

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBEN DARIO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICO Y CIRUJANO

Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015.

AUTORES: Br. José Daniel López Castillo.

Br. Mayra Lesbia Ruiz Arcia.

TUTOR: Dr. José Francisco Reyes Ramírez.

Profesor Titular, Facultad de Ciencias Médicas, UNAN- Managua.

DICIEMBRE 2015

DEDICATORIA

A Nuestro Padre Eterno quién nos brindó día a día la sabiduría necesaria, la actitud y la voluntad para seguir adelante y así terminar este in forme.

A Nuestros Padres, por su apoyo incondicional en cada una de las metas propuestas en nuestra vida y en especial en este trabajo.

A Nuestro Tutor, por su disposición en la realización de esta investigación.

A Nuestros Hijos, por iluminarnos cada día con su amor y ternura.

JOSÉ DANIEL LÓPEZ CASTILLO.

MAYRA LESBIA RUIZ ARCIA.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos primeramente a Dios, por habernos permitido terminar nuestros estudios y darnos la oportunidad de desempeñarnos en el maravilloso campo de la salud.

A nuestros padres por todo el apoyo incondicional durante este camino que recorrimos.

A nuestro tutor, por guiarnos en la finalización de esta investigación.

A todos nuestros docentes quienes día a día dedicaron tiempo y esfuerzo por construir profesionales de bien para esta nación.

A la Universidad, por permitirnos ser egresados de la mejor universidad del país.

JOSÉ DANIEL LÓPEZ CASTILLO.

MAYRA LESBIA RUIZ ARCIA.

RESUMEN

La Salud Sexual y Reproductiva conforma una parte integral del proceso de equilibrio de salud en el hombre, la mayoría de los países en vía de desarrollo no presentan verdaderos programas dirigidos de forma directa y objetiva en el abordaje de estas condiciones en los Adolescentes.

En Nicaragua cada años la prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual en los jóvenes, alcanza mayores porcentajes, donde la presencia de infecciones por vih/Sida es una realidad palpable, teniendo un claro mantenimiento de nuevos casos cada año y con afectación directa hacia la población de jóvenes. En los países pobres más de la mitad de los nuevos casos se localiza en este grupo de población. Y más difícil aún, en los últimos años el comportamiento se ha feminizado.

La infección por el VIH-SIDA presenta una deficiente base de información que provoca un mayor impacto negativo en nuestra población y sobre todo en los estratos sociales más vulnerables, donde se destacan los adolescentes.

.

La adolescencia es una etapa crítica en el desarrollo del ser humano pues hay mucha inseguridad e inmadurez y por otro lado un sentimiento de invencibilidad, un comportamiento normativo, con el fin de sentirse aceptados por los demás, factores que conllevan muchas veces a prácticas de riesgo.

Debido a la importancia que reviste el tema se realizó un estudio en una muestra de 192 adolescentes que se encuentran ubicados en el nivel Secundario del Colegio 1° de Junio, ubicado en el Barrio Jorge Dimitrov, de Managua en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015, aplicándose una encuesta dirigida a los adolescentes en estudio para valorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VIH/SIDA.

.

De los 192 estudiantes encuestados el 27.6% correspondió al grupo de 10 a 14 años y 72.4% al grupo de edad de 15 a 19 años. Respecto al sexo, el 59.9% correspondió al sexo femenino, y el 40.1% al masculino. Según el estado civil predominó el soltero con un 83.8%, Acompañado el 14.1% y Casados el 2.1%.

En cuanto a la religión, los adolescentes en estudio un 54.2% profesaban la religión católica y un 34.9% la evangélica, 10.9% pertenecían a otras entidades religiosas. En la escolaridad encontramos que el 62.5% cursaban el 1° y 2° año de Secundaria, el 31.8%, se encontraban en 3° y 4° año, un 5.7 % se encontraban en 5to año.

De manera general encontramos un buen nivel de conocimientos (73.4%) y actitudes favorables (78.1%) en los adolescentes pero un nivel malo de prácticas (64.1%). Lo que nos hace reflexionar en el papel que se está desempeñando en materia preventiva para que los adolescentes adopten prácticas sexuales seguras que disminuyan los riesgos de infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados. Cabe señalar que un buen nivel de conocimientos no conlleva a prácticas adecuadas pero si es importante a la hora de tomar decisiones.

Los medios de comunicación masivos juegan un rol importante ya que es la televisión, y el centro escolar, los medios donde los adolescentes destacaron como principal fuente de información acerca del VIH-SIDA.

Es con sus amigos principalmente con quienes los adolescentes hablan sobre este tema, seguidos de los novios (as), cuando los principios y valores deben inculcarse desde el seno del hogar.

Es necesario que la población en general, maestros, padres de familia y adolescentes tomen conciencia de la magnitud que representa la epidemia del VIH SIDA como problema de salud pública en Nicaragua, ya que nos afecta a todos, repercutiendo en la calidad de vida, las oportunidades de desarrollo económico que se ven reflejados desde el mismo núcleo familiar.

OPINION DEL TUTOR

El presente estudio monográfico sobre Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015, realizado por los Bachilleres José Daniel López Castillo y Mayra Lesbia Ruiz Arcia, es un tema de interés y de mucha importancia en el campo de la Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes en Nicaragua, enfocándose en los niveles de conocimiento y el desarrollo de prácticas alrededor de una de las Patologías más importantes en la juventud nicaragüense como es el VIH/SIDA, siendo uno de los retos a enfrentar a diario por los jóvenes, fuerza vital del país.

La información oportuna y un proceso continuo de evaluación del conocimiento objetivo sobre esta temática, fortalecerán las bases de los programas de salud dirigidos hacia los jóvenes, donde ellos mismos sean verdaderos impulsores, participando activamente en un enfoque más integral y objetivo.

Los resultados alcanzados en el estudio han sido posibles por la dedicación, interés, responsabilidad e iniciativa demostrada por los Bachilleres José Daniel López Castillo y Mayra Lesbia Ruiz Arcia, durante todo el proceso de la Investigación, lo cual permitió haber logrado la aplicación de una metodología regida en todo momento por un alto nivel científico.

Por lo anterior expuesto felicito a los Bachilleres López Castillo y Ruiz Arcia, por los alcances logrados y extendiendo mi motivación a que continúen profundizando y desarrollando este campo Investigativo.

Dr. José Francisco Reyes Ramírez.
Profesor Titular
Facultad de Ciencias Médicas, UNAN- Managua.

INDICE

CAPITULO I: GENERALIDADES

INTRODUCCION-----	1
ANTECEDENTES-----	3
JUSTIFICACION-----	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-----	9
OBJETIVOS-----	10
MARCO TEORICO-----	11

CAPITULO II: MATERIAL Y METODOS----- 44

CAPITULO III: DESARROLLO

RESULTADOS-----	54
ANALISIS DE LOS RESULTADOS-----	60
CONCLUSIONES-----	65
RECOMENDACIONES-----	66

CAPITULO IV: BIBLIOGRAFIA----- 67

CAPITULO V. ANEXOS----- 69

INTRODUCCIÓN

Desde el momento de la aparición de la pandemia del SIDA en el año de 1983, el proceso evolutivo de la pandemia del SIDA ha tenido una constante: AFECTACIÓN A PERSONAS JÓVENES Y ADOLESCENTES.

En el año de 1998, el programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), impulsa la Campaña Mundial del SIDA en los jóvenes, como estrategia para tratar de controlar la epidemia ya que se identificó, que más del 50% de las nuevas infecciones por VIH/SIDA, se produjeron en jóvenes del grupo de edad de 10 a 24 años.

Los jóvenes adolescentes son especialmente vulnerables a la infección por el VIH, ya que se encuentran en un periodo de transición, donde su desarrollo social, emocional y psicológico es incompleto, y esto facilita el hecho de desarrollar actividades dentro del proceso de experimentación, lo que los lleva a confrontar con formas peligrosas de comportamiento, a menudo sin darse cuenta del peligro.

La epidemia ha tenido consecuencias importantes en la población adolescente y joven, al considerarse que en América Latina y el Caribe la mitad de todas las recientes infecciones se desarrollaban en individuos menores de 25 años de edad y que la mayoría se contagiaba por la ruta sexual, además que las limitaciones con respecto al acceso a la educación y el nivel de pobreza de gran parte de nuestros países facilitaban todavía más esta tendencia.

Por otra parte en su mayoría las personas jóvenes tienen solo un conocimiento limitado sobre VIH/SIDA, en gran parte por que la sociedad no les facilita la obtención de información.

El SIDA en Nicaragua desde el año 1987, donde fue reportado el primer caso en el país, la epidemia se ha caracterizado por mantener un bajo nivel de casos de acuerdo a los reportes del Ministerio de Salud. Es el país centroamericano donde se manifestó más tardíamente.

Para los jóvenes, los riesgos de presentar el VIH/SIDA puede ser difícil de comprender. Como el VIH/SIDA tiene un largo periodo de incubación, el comportamiento arriesgado no tiene inmediatamente consecuencias manifiestas.

Al mismo tiempo, para una persona joven los costos sociales de prevenir la infección por VIH/SIDA, inclusive la pérdida de la relación, la pérdida de confianza y la pérdida de aceptación por parte de los compañeros puede ser un precio demasiado alto que pagar para la mayoría de los adolescentes. Además, muchos jóvenes no están enterados de qué se entiende por comportamiento sexual arriesgado. Aún si reconocen el riesgo de contraer el VIH/SIDA, muchos creen que ellos mismos son invulnerables.

La percepción de los jóvenes de tener el dominio y el control de la situación ha sido uno de los principales factores de mantener prácticas de riesgo de forma continua, lo que facilita que la epidemia hasta el momento actual mantenga siempre niveles altos.

El manejo de una sexualidad responsable y segura de parte del adolescente, se basa en el conocimiento objetivo que este recibe de parte de toda la sociedad en su conjunto, iniciando desde el mismo núcleo familiar.

Las metas ha alcanzar se logran poco a poco de acuerdo al fortalecimiento del nivel de conocimiento de los adolescentes sobre una base libre de prejuicios y tabúes, y haciéndose cada día más activos en la participación de impulsar el desarrollo de su propia salud.

ANTECEDENTES

A nivel internacional existen diversos estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA en adolescentes:

En Barranquilla, Colombia, en el año 2003 se realizó un estudio sobre Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados, identificando de los 412 adolescentes encuestados, el 9% no conoce apropiadamente las formas de prevención y transmisión de VIH/SIDA, a diferencia de un 15% que conoce excelentemente estos parámetros; el 98% asume una actitud positiva frente a la enfermedad; el 33% ya ha tenido relaciones sexuales, y de éstos un gran porcentaje presenta prácticas de riesgo, tal como consumir alcohol (15%), sexo con desconocidos (22%) y no usar siempre el condón (82.5%); el 47% considera que su riesgo de contagio es nulo o muy bajo; el 92% afirmó que recibe frecuentemente información sobre sexualidad, mayormente es la escuela (28.6%), seguido por la familia (23.4%) ([Navarro y Vargas, 2004](#))

Otro estudio en Colombia, realizado en 2008 con estudiantes de 4° y 5° año de dos unidades educativas públicas del municipio de Jiménez sobre el Nivel de Conocimiento de Adolescentes sobre VIH/SIDA, arrojó los siguientes resultados:

La edad promedio de los participantes fue $15,90 \pm 1,24$ años de edad con 57,2 % del género femenino. El 40,9 % reportó un Nivel de Conocimiento “bueno”, 51,9 % “regular” y 7,2 % “deficiente”. El Nivel de Conocimiento relacionado a las medidas de prevención indicó que un 78,8 % conoce dichas medidas. Un 95,7 % respondió correctamente que el “VIH/SIDA se puede contraer al mantener relaciones sexuales sin protección” y 41,8 % respondió incorrectamente que “no hay forma de protegerse contra el VIH” ([Dávila, Tagliaferro, Bullones y Daza, 2008](#)).

En el año 2004 se realizó en Tacna, Perú un estudio acerca de conocimientos sobre VIH/sida y prácticas sexuales de escolares, resultando que el nivel de conocimiento fue regular para la mayoría de adolescentes (46,4%), los varones tuvieron mayor puntaje que las mujeres ($p < 0,05$).

El inicio de relaciones sexuales fue a los 14,1 años en los varones y 15,4 años en las mujeres, Uno de cada tres (34,7%; IC95: 27,3-42,0) varones refirió haber tenido relaciones sexuales a diferencia de una de cada doce (8,5%; IC95: 4,6-12,4) mujeres ($p < 0,001$); de éstos 30% (IC95%: 19,3-40,7%) manifestó no haber usado preservativos en sus relaciones sexuales sin diferencias según sexo. La información sobre VIH/SIDA es recibida principalmente de folletos (69,4%), televisión (64,2%) y de sus profesores (62,2%) ([Catacora y Villanueva, 2007](#)).

En Chile en el 2004 se realizó un estudio sobre Conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA de estudiantes de Enfermería de las Universidades de La Frontera y Austral de Chile. Temuco - Valdivia. Chile, 2004. La investigación reflejó vacíos de conocimientos en Salud Mental, déficit en atención integral y manejo de redes de apoyo, hallazgos centrados en el aspecto físico-biológico ([Rivas, Rivas, Barría y Sepúlveda, 2009](#)).

En Paraguay, en el año 2007, un estudio sobre Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de educación del área metropolitana, refleja los siguientes resultados:

La fuente de información con más frecuencia y la más importante fue la escuela en un 42,4%; relaciones sexuales en varones en 56,5% y las mujeres en 27%. La edad media de iniciación sexual de 14,6 años, 72% de los varones inicio vida sexual antes de los 15 años. Uso del preservativo en relaciones ocasionales en 55%. El 71.3% de los encuestados sabía donde recurrir

en situaciones de riesgo. El nivel de conocimientos en general fue bajo e inconsistente. ([Macci, Benítez, Corvalán, Núñez, Ortigosa, 2008](#))

En Cuba en el año 2009 se encontró que la fuente de información más utilizada por los adolescentes fueron los medios de comunicación masiva con un 85.9%, en cuanto a IVSA las edades que predominaron fueron entre 14 y 16 años.

Un cambio de pareja frecuente se encontró en el 42.1%. De la totalidad que tienen vida sexual activa solo el 39% usan el condón siempre, siendo la mujer en el 59,8% la que más lo propone, y la no utilización en el 62,5% por pareja estable. ([Regina, 2009](#)).

A nivel nacional se han realizado varios estudios que presentan la situación actual en cuanto a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA que tienen nuestros adolescentes:

Flores en el año 2004 realizó un estudio de CAP en adolescentes que asistían al Centro de Salud de Juigalpa encontrando un nivel de conocimiento malo en un 50.7%, seguido del regular con 28.8% y buen conocimiento el 20.5% de los encuestados.

En relación al medio de información más frecuente se encontró que es la televisión con un 54.8%, seguido de libros con 19.2% y la radio con 17.8%. En cuanto al inicio de vida sexual activa se encontró que la edad promedio fue de 14.5 años. Referente a las actitudes los adolescentes tienen actitudes indecisas sobre el uso de condón haciendo énfasis en que el preservativo disminuye el placer sexual con 42.4% ([Flores, 2004](#)).

En el año 2006 Rocha realizó un estudio CAP sobre VIH-SIDA e ITS en adolescentes, encontrando que sobre las características demográficas de los encuestados, el 90% estaba comprendido en edades de 15 a 19 años, el 6.3% entre 10 a 14 años y el 3.6% de 20 y más años.

De los encuestados, el 44.7% mencionó que habla mayormente con los amigos de sexo y en segundo lugar con sus maestros en un 24.5%. En las medidas preventivas de esa población estudiantil se encontró que un 81% utilizan condón y el 75.5% practica la fidelidad ([Rocha, 2007](#)).

En Bluefields en el año 2011 se realizó un estudio CAP sobre el VIH/SIDA en estudiantes mayores de 15 años del Colegio Moravo de la localidad, encontrándose que el 55.4% tiene un conocimiento adecuado ante el VIH, el 31.4% tiene conocimiento suficiente y el 13.2% tiene insuficientes conocimientos ante el VIH. En relación al nivel de práctica se encontró que un 53.6% tienen prácticas de bajo riesgo y 45.9% tienen de alto riesgo, de ellos 54% son masculinos y 37.3% son femeninas ([Salazar, 2012](#)).

En el año 2011 se realizó un estudio CAP sobre VIH/SIDA en el Colegio Salomón Ibarra Mayorga del distrito V de Managua, encontrándose que el 93.2% de los adolescentes manejan que pueden protegerse del VIH/SIDA utilizando correctamente el preservativo, un 4.3% considera lo contrario, y un 2.3% no sabe. Un 99.4% estuvieron de acuerdo en que el VIH/SIDA es una enfermedad que no tiene cura, y un 0.5% desconocía la respuesta.

En cuanto a la actitud frente a las personas que padecen VIH/SIDA el 74.7% de los adolescentes encuestados refieren que tratarían a esa persona de manera normal, apenas el 0.2% estuvo en desacuerdo. En cuanto a la práctica sexual el 74.7% refirió había tenido relaciones sexuales, frente a un 25.2% que aún no había tenido relaciones sexuales. Referente al uso del preservativo, el 9.6% lo utilizaban, de las cuales solamente el 2.4% siempre usa el preservativo en las relaciones sexuales con su pareja, contra el 94.1% que jamás usó preservativo ([Reyes, 2012](#)).

JUSTIFICACIÓN

La Adolescencia representa según los expertos una de las fases más críticas en el desarrollo biológico del ser humano.

Se encuentra influenciada por múltiples factores: sociales, económicos, familiares y emocionales, que crean un ambiente demasiado hostil para el ser humano que se encuentra inmerso dentro de ella.

Esto provoca que los adolescentes tengan una mayor vulnerabilidad a desarrollar las infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y/o VIH/ SIDA, lo que a su vez provocará severos efectos en el interior del núcleo familiar, trayendo un fuerte impacto socioeconómico, educativo y cultural.

En la actualidad 10,3 millones de jóvenes de 15-24 años están viviendo con el VIH/SIDA, esto significa el 42% de las personas infectadas recientemente

La lucha contra la pandemia del VIH/SIDA, en la actualidad sólo es posible enfrentarla mediante la promoción de comportamientos responsables desde edades tempranas, encaminados a transformar positivamente las situaciones sociales que generan riesgos para la salud.

Este panorama tan difícil se agudiza todavía mucho más en países en vías de desarrollo, ya que bajos niveles socioeducativos, así como bajos ingresos económicos familiares, siempre han sido relacionados a esta problemática.

En base al planteamiento anterior el presente estudio pretende recabar información actualizada acerca del Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes sobre VIH/SIDA, lo que ayudará a evaluar y valorar las diferentes políticas, el desarrollo de los programas, la

participación de los adolescentes durante este proceso, el manejo y el acceso a la información que tienen los adolescentes en la temática del VIH/SIDA.

Estos insumos ayudarán a fortalecer la dinámica, así como la coordinación de las diferentes organizaciones que impulsan el trabajo con los Adolescentes en el Distrito I, así como en el Barrio Jorge Dimitrov, con el objetivo del mejoramiento en el manejo de los diferentes programas.

Esta experiencia fortalecerá también el punto de vista acerca de la Educación Sexual que reciben los jóvenes desde sus primeros años y tratará de motivar a los miembros de la familia para que de forma más activa apoyen a estos jóvenes a consolidar e impulsar una sexualidad objetiva y responsable.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En 2007 el SIDA causó 63,000 defunciones (cerca de 170 muertes por día). En la actualidad 10,3 millones de jóvenes de 15-24 años están viviendo con el VIH/SIDA, esto significa el 42% de las personas infectadas recientemente.

Los casos de infección por el VIH/SIDA, han mantenido de forma continua su incremento en todo el mundo, incluyendo Nicaragua, sobre todo en la población más joven, donde la vulnerabilidad de este grupo adquiere una gran importancia.

Esta situación, provoca directamente afectación en las condiciones socioeconómicas de los países, ya que la morbimortalidad del VIH/SIDA desarrolla niveles que comprometen a la población económicamente activa.

El conocimiento sobre la enfermedad, la actitud y práctica de la población adolescente es la base fundamental para desarrollar conductas de riesgo que hasta el momento es uno de los factores más importantes en el mantenimiento de la epidemia.

La evaluación de estos factores, durante el proceso de seguimiento, dará la información importante y necesaria para el fortalecimiento de los diferentes programas que trabajan y organizan a los adolescentes, dentro del campo de la Salud Sexual y Reproductiva.

Debido a lo antes señalado nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Describir las características socio demográficas de los adolescentes del presente estudio.
2. Identificar el nivel de conocimientos que tienen los adolescentes acerca del VIH/SIDA.
3. Conocer la actitud que tienen los adolescentes respecto al tema del VIH/SIDA.
4. Determinar el nivel de prácticas de los adolescentes sobre el tema de VIH/SIDA.
5. Conocer la fuente de información más frecuente acerca del tema VIH/SIDA.

MARCO TEORICO

ADOLESCENCIA

Definición

El Diccionario de Medicina Mosby ([Anderson](#), 2007) define adolescencia como:

El periodo de desarrollo entre el comienzo de la pubertad y la edad adulta. Suele empezar entre los 11 y 13 años de edad, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, y termina a los 18-20 años, con la adquisición de la forma adulta totalmente desarrollada. Durante este periodo, el sujeto sufre grandes cambios físicos, psicológicos, emocionales y de personalidad. (p.30)

Etapas de la adolescencia

La adolescencia progresa a través de tres periodos distintos precoz, medio y tardío, cada uno de los cuales posee características biológicas, psicológicas y sociales destacadas ([Needlman](#), 2004).

Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

La adolescencia temprana suele ocurrir entre los 10 y 13 años de vida ([Needlman](#), 2004). En esta, el crecimiento y desarrollo físico posee un efecto inquietante en el individuo: el adolescente se muestra muy ansioso, torpe y con necesidad de actividades físicas. Las percepciones que tiene su cuerpo chocan contra las normas idealizadas de su apariencia física y destreza. Para la joven, la menstruación puede representar temores e incertidumbres. Su área cognoscitiva cambia de poseer un pensamiento formal a ser crítico y posteriormente reflexivo y con pensamientos abstractos ([Martínez](#), Cuevas, Apodaca, 2005). El interés sexual suele ser mayor que la actividad sexual. El área social de la adolescencia temprana requiere de auto identificarse con personas

fuera del hogar que por lo general son amigos de la misma edad, busca aumentar su independencia de la familia.

Adolescencia media (14 a 16 años)

En la adolescencia media, el cuerpo va alcanzando su forma adulta. Va integrando progresivamente los cambios físicos vividos, aunque a veces requiere apoyo de otros. Su pensamiento puede parecer egocéntrico por el interés que le da a sus cambios físicos, pero además tiene la capacidad de formar hipótesis fuera de la realidad observable, su pensamiento se vuelve más abstracto. Su conducta afectiva se orienta hacia la heterosexualidad, aunque no precisamente se concreta. Es la época del amor romántico, sueña con el amor perfecto. Su aspecto social, sobre todo en el hogar, se torna rebelde, debido a que lucha por su propio espacio y su propio tiempo, sin embargo existe un apego mayor con la generación del honor y la lealtad ([Martínez](#) et al, 2005).

Adolescencia tardía (17 hasta los 20 años)

Por último, la adolescencia tardía, etapa que transcurre desde los 17 años hasta el momento en que cumple los 20 años, es una etapa en que el crecimiento se ha estabilizado y se logra cierto equilibrio entre lo físico y el resto de las áreas. Se ha logrado un equilibrio de las constantes variaciones del YO personal con la formación de una identidad. Asimismo, el individuo logra una capacidad para pensar, crear y descubrir. El equilibrio de sus funciones mentales permite cierta autonomía emocional. El impulso sexual encuentra su objetivo en esta etapa que es la de formar pareja. Su rebeldía disminuye, debido a que alcanzó cierta autonomía y respeto lo que le ayuda a adaptarse a su nuevo rol de adulto y a poseer una actitud crítica frente a los problemas que se le presenten ([Martínez](#) et al, 2005).

Este cambio produce una nueva concepción del mundo interior y del mundo exterior, un nuevo enfrentamiento con los conceptos éticos, religiosos y sociales y, una nueva valoración de lo pasado y, sobre todo, de lo futuro que colocan al ser en una crisis apremiante, profunda y larga.

Los rápidos y súbitos cambios a nivel físico que experimentan los adolescentes los lleva a tener complejos. Son sensibles y están preocupados por sus cambios corporales. Pueden hacer comparaciones angustiosas respecto a ellos mismos y sus compañeros.

Los cambios físicos quizá no ocurran en un plazo regular y sin problemas. Por lo tanto, los adolescentes podrían pasar por etapas de incomodidad, tanto en su apariencia como en su coordinación física. Las niñas pueden estar ansiosas si no están listas para el comienzo de los periodos menstruales y los niños pueden preocuparse si no saben acerca de las emisiones nocturnas.

Es normal durante la adolescencia que los jóvenes empiecen a separarse de sus padres y a crear su propia identidad. En algunos casos, esto puede ocurrir sin problemas de los padres y otros miembros de la familia. Sin embargo, esto puede provocar conflicto en algunas familias.

Los amigos se vuelven más importantes a medida que los adolescentes se alejan de los padres en búsqueda de su propia identidad.

Los jóvenes a menudo sienten la necesidad de establecer su identidad sexual. Necesitan estar cómodos con su cuerpo y sus sentimientos sexuales. Los adolescentes aprenden a expresar y recibir intimidad o insinuaciones sexuales. Pueden experimentar una gran variedad de comportamientos y orientaciones sexuales antes de sentirse cómodos con su propia identidad sexual.

VIH SIDA

Concepto

La historia natural de la infección por el HIV consiste en una primoinfección, asintomática o desapercibida en más de la mitad de los casos, seguida de un período de latencia clínica de varios años en el que el virus sigue replicándose de forma activa en diversos compartimentos y en sangre periférica. En el siguiente período, la mayoría de los pacientes desarrolla infecciones oportunistas o neoplasias como consecuencia de una profunda inmunodepresión. A esta fase o período final se le denomina síndrome de inmunodeficiencia adquirida ([Gatell](#), Miró y Pumarola, 2012).

Situación mundial

En agosto de 2006, alrededor de 65 millones de personas se habían infectado con el VIH desde el comienzo de la epidemia en 1981. De ellas, más de 27 millones ya habían fallecido de SIDA, y esta enfermedad se había convertido en una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo. Según las estimaciones de Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNAIDS), 38,6 millones de personas estaban afectadas por el VIH en agosto de 2006. Sólo en 2005, 4,1 millones de personas se infectaron por primera vez, de las que la mitad eran jóvenes entre 15 y 24 años. Casi el 90% de todas las nuevas infecciones se produjeron en países en vías de desarrollo; el 50% correspondieron a mujeres y el principal modo de transmisión fue el contagio heterosexual, aunque las infecciones continúan diseminándose a unas tasas elevadas entre los varones homosexuales. [[Quinn](#), 2009].

Actualmente más personas que nunca viven con el VIH, en gran parte debido al mayor acceso al tratamiento. A fines de 2010, aproximadamente 34 millones de personas vivían con el VIH en

todo el mundo, un 17% más que en 2001. Esto refleja el continuo gran número de nuevas infecciones por el VIH y una expansión significativa del acceso al tratamiento antirretrovírico, que ha ayudado a reducir las muertes relacionadas con el sida. ([ONUSIDA](#), 2011).

VIH y SIDA en Latinoamérica y el Caribe

Se estima que 1,9 millones de adultos y niños están infectados por el VIH en Latinoamérica y el Caribe. Doce países de esta región tienen una prevalencia estimada del VIH del 1% o mayor entre las mujeres embarazadas. En varios países del Caribe, las tasas de prevalencia del VIH en adultos sólo se ven superadas por las que se encuentran en África subsahariana, lo que hace que esta región sea la segunda más afectada del mundo. Haití sigue siendo la más afectada, con una prevalencia nacional estimada superior al 3,8%, junto con Bahamas, donde la prevalencia es del 3,5%.

El SIDA es la principal causa de mortalidad en algunos países de la cuenca del Caribe. En Haití, Bahamas y Guyana, el número de fallecidos en el grupo de 15-34 años de edad es 2,5 veces mayor de lo que habría sido en ausencia del SIDA. El número estimado de 100.000 fallecimientos por SIDA en 2005 ha aumentado aún más la cantidad de niños que se han quedado huérfanos por la epidemia en esta región. Alrededor de 330.000 de estos huérfanos viven en Latinoamérica (130.000 de ellos en Brasil) y 250.000 en el Caribe (200.000 sólo en Haití).

La transmisión homo y heterosexual sigue siendo el principal modo de transmisión en toda la región, aunque existen evidencias de que la diseminación del VIH está aumentando por compartir el material infectado usado para las drogas.

La posición geográfica de Centroamérica también hace que sea una zona de tránsito destacada para las personas que se desplazan entre el resto de la región y los países de Norteamérica ([Quinn, 2009](#)).

Situación en Nicaragua

La epidemia de sida en Nicaragua se clasifica aún como concentrada, de lento crecimiento, predominantemente de transmisión sexual, heterosexual, letalidad por debajo de 10%.

La epidemia en Nicaragua es concentrada y ha mantenido un comportamiento de bajos niveles, actualmente la prevalencia en población general y en embarazadas no sobrepasa el 1% y se mantiene en los grupos con comportamientos de riesgo como es la Población en Mayor Riesgo [PEMAR (HSH: Hombres que tienen sexo con hombres y TS: Trabajadoras sexuales)].

Según datos del Ministerio de Salud, acumulado al 2011, los casos se desagregan de la siguiente manera: 6863 personas con VIH; 631 casos sida y 941 fallecidos ([MINSAL, 2011](#)).

Etiología

Los VIH pertenecen a la familia Retroviridae, subfamilia Lentivirinae. Se caracterizan por ser virus ARN diploides, monocatenarios de polaridad positiva y presentar una cápside recubierta por una envoltura lipídica derivada de la célula hospedadora. En la actualidad el VIH-1 se clasifica en cuatro grupos distintos: M, N, O y P (un único aislado descrito). El grupo M se subdivide en once subtipos no recombinantes (A1, A2, B, C, D, F1, F2, G, H, J y K) y 48 formas recombinantes entre los diferentes subtipos. El genoma del HIV-1 se compone de 9 genes que condicionan la enorme complejidad de las interacciones virus-célula y por consiguiente la patogenia de la enfermedad ([Gatell et al. 2012](#)).

El tropismo del VIH-1 se basa fundamentalmente en la interacción de las glucoproteínas de la envoltura (gp120 y gp41) con la molécula CD4, presente en la superficie de los linfocitos T colaboradores y en células del sistema mononuclear fagocítico, y un correceptor (CCR5 o CXCR4) perteneciente a la familia de receptores de quimiocinas presentes en la superficie linfocitaria.

El VIH-1 se replica activamente en tan sólo una pequeña proporción de linfocitos infectados, responsables de la enorme producción de viriones observada en el paciente infectado. En la mayoría de los linfocitos el VIH-1 se integra en el genoma celular, donde permanece en estado de latencia.

Patogenia

La característica distintiva de la infección sintomática por VIH es la inmunodeficiencia causada por la multiplicación vírica continua. El virus puede infectar a todas las células que expresan el antígeno T4 (CD4), que el VIH utiliza para adherirse a la célula. Los receptores de quimiocinas (CCR5 y CXCR4) son importantes para la entrada del virus y los individuos con deleciones de CCR5 tienen menos probabilidad de infección y, una vez infectados, es más probable que la enfermedad avance con lentitud. Una vez que entra a la célula, el VIH puede multiplicarse y causar fusión o muerte celular ([Zolopa](#) y Katz, 2007)

También se establece un estado latente, con integración del genoma del VIH al de la célula. La célula principalmente infectada es el linfocito CD4 (auxiliar-inductor) que dirige a muchas otras células en la red inmunitaria. Con la duración creciente de la infección el número de linfocitos CD4 decrece.

Algunos de los efectos inmunitarios, sin embargo, se explican no sólo por las alteraciones cuantitativas de los subgrupos de linfocitos, sino por los defectos cualitativos de la capacidad de respuesta de los CD4 inducida por el VIH.

El defecto en las células B se debe en parte a una función desordenada de los linfocitos CD4. Esos efectos directos e indirectos pueden llevar a una hipergammaglobulinemia generalizada y también a deprimir las respuestas de las células B ante nuevas provocaciones antigénicas.

Debido a estos defectos, la inmunodeficiencia por VIH es mixta. Se observan elementos de inmunodeficiencia humoral y celular, en especial en niños. Los macrófagos pueden actuar como reservorios de VIH y servir para diseminarlo a otros aparatos, órganos y sistemas orgánicos.

Además de los efectos inmunitarios del VIH, el virus también puede causar de manera indirecta una diversidad de efectos neurológicos. Ocurre alteración patológica neurológica en gran parte por la liberación de citocinas y otras neurotoxinas por los macrófagos infectados. Las alteraciones de los neurotransmisores excitatorios y el flujo de calcio pueden contribuir a la disfunción neurológica. La infección directa por VIH de las células tubulares renales y el epitelio gastrointestinal puede contribuir a las manifestaciones de infección de esos órganos, aparatos y sistemas.

Fisiopatología

En términos clínicos, los síndromes causados por la infección por VIH suelen ser explicables por uno de tres mecanismos conocidos: inmunodeficiencia, autoinmunidad y reacciones alérgicas y de hipersensibilidad ([Zolopa et al. 2007](#)):

- **Inmunodeficiencia:** La inmunodeficiencia es un resultado directo de los efectos del VIH sobre las células inmunitarias. Se observa una variedad de infecciones y neoplasias, al igual que en otros estados de inmunodeficiencia congénita o adquirida. Dos características notorias de la inmunodeficiencia por VIH son la baja incidencia de ciertas infecciones, como la listeriosis y aspergilosis, y la aparición frecuente de ciertas neoplasias como el linfoma o el sarcoma de Kaposi. Un herpes virus (KSHV o HHV-8) causa el sarcoma de Kaposi.
- **Reacciones de autoinmunidad:** Puede ocurrir autoinmunidad como resultado de una alteración de la función inmunitaria celular o disfunción de los linfocitos B. Hay ejemplos de infiltración linfocítica de órganos (p. ej., neumonitis intersticial linfocítica) y producción de auto anticuerpos (p. ej., trombocitopenia inmunitaria), fenómenos que pueden constituir la única afección clínicamente manifiesta o coexistir con una inmunodeficiencia obvia.
- **Alergia e hipersensibilidad:** Los individuos infectados por VIH parecen tener tasas más altas de reacciones alérgicas a alérgenos desconocidos, como ocurre con la foliculitis pustulosa eosinofílica (“síndrome de la giba roja pruriginosa”), así como tasas crecientes de reacciones de hipersensibilidad a medicamentos.

MODOS DE TRANSMISIÓN

Transmisión sexual

La infección por el VIH es una enfermedad de transmisión sexual (ETS). Al igual que otras ETS, el VIH se contagia de forma bidireccional, y parece que con más eficacia del varón a la mujer. El riesgo por acto sexual de la adquisición del VIH se ha estimado en 5/10.000 por coito vaginal sin

protección y de 50/10.000 por coito anal sin protección. El contacto sexual es el modo predominante de transmisión del VIH en todo el mundo.

Transmisión del VIH en adictos a drogas por vía parenteral.

El modo principal de transmisión del VIH en los adictos a drogas por vía parenteral es el hecho de compartir agujas y jeringas contaminadas. El compartir la parafernalia de la inyección es habitual entre los adictos a drogas por vía parenteral y se ve reforzado por el entorno cultural, económico y legal de la comunidad de adictos. El riesgo de transmisión del VIH es máximo entre los adictos que comparten agujas y que usan drogas que se inyectan más a menudo (como la cocaína). El VIH se transmite con frecuencia a sus parejas sexuales a través de relaciones homo y heterosexuales, y al final el virus puede transmitirse a sus hijos a través de la exposición perinatal. Muchos casos de transmisión heterosexual, incluida la transmisión a partir de prostitutas, se asocian al consumo de drogas inyectadas.

Transmisión del VIH a través de los hemoderivados y de otros tejidos

El VIH se ha transmitido a través de la transfusión de sangre de donante único y de hemoderivados, como sangre completa, plasma fresco congelado, concentrados de hematíes, crio precipitados, factores de la coagulación y plaquetas. La eliminación confidencial de los donantes, así como la institución de un programa de despistaje de anticuerpos del VIH, seguida por la realización de análisis adicionales para los anticuerpos frente al VIH-2 y el antígeno p24, así como de análisis de ácidos nucleídos, ha reducido el riesgo de infección por VIH a través de la transfusión de sangre o de hemoderivados a alrededor de 1/2.135.000 ([Quinn, 2009](#)).

Historia natural de la infección por el VIH-1

Según [Gatell](#) et al. (2009), el VIH-1 prolifera de forma continua desde el momento en que infecta a un paciente. Cabe distinguir:

- a) una fase precoz o aguda, también llamada primoinfección, de varias semanas de duración;
- b) una fase intermedia o crónica, con replicación vírica activa y latencia clínica, de varios años de duración, y
- c) una fase final o de crisis que clínicamente correspondería a lo que se denomina sida.

Fase precoz, infección aguda o primoinfección

La infección por el HIV-1 se puede adquirir por transmisión materno-fetal y perinatal, incluida la leche materna, por transfusiones de sangre o derivados hemáticos contaminados, por trasplantes de órganos y tejidos de pacientes infectados, o a través de relaciones sexuales y por contacto directo con sangre (compartir jeringuillas). El paciente infectado persistirá asintomático o presentará un cuadro clínico caracterizado por un síndrome mononucleósico (en aproximadamente el 40%-90% de los casos, aunque es fácil que pase desapercibido o se confunda con otro trastorno), acompañado generalmente por una erupción cutánea. A partir de las primeras horas/días de la infección el HIV-1 invade el tejido linfático, donde alcanza concentraciones muy elevadas. Infectará y destruirá fundamentalmente los linfocitos CD4+ con fenotipo memoria y que expresan el correceptor CCR5. En pocos días se producirá una depleción muy importante de estos linfocitos de los órganos linfoides secundarios (hígado, bazo y ganglios en equilibrio con la sangre periférica), y sobre todo de linfocitos CD4+ con fenotipo memoria, efectores y localizados en el tejido linfoide de las mucosas (especialmente la intestinal).

Fase intermedia o crónica

En esta fase, que generalmente dura varios años, persiste la proliferación vírica. En casi todos los pacientes es posible detectar y cuantificar la carga viral. En plasma se alcanza un nivel de equilibrio que depende de la tasa de producción vírica (en el tejido linfático fundamentalmente) y de la de destrucción por parte del sistema inmunitario. Los pacientes suelen estar asintomáticos, con o sin adenopatías, y pueden presentar trombocitopenia (sobre todo en los drogadictos) o trastornos neurológicos centrales o periféricos.

Fase final o de crisis

El incremento de la actividad replicativa del virus coincide clínicamente con la aparición de una intensa alteración del estado general y consunción (wasting syndrome), de infecciones oportunistas, de ciertos tipos de neoplasias o de trastornos neurológicos. A partir de entonces se considera que el paciente padece un sida. Las alteraciones inmunológicas que acompañan a la infección por el HIV-1 son prácticamente exclusivas de esta entidad y se deben fundamentalmente a una destrucción (por citólisis directa y por otros mecanismos indirectos) y disfunción de los linfocitos CD4 junto con una hiperactivación crónica del sistema inmunitario y una inflamación crónica.

Manifestaciones clínicas

Dado que la mayoría de las personas que viven con VIH/SIDA se encuentran asintomáticas por un período significativo de tiempo, es importante establecer la posibilidad de riesgo o vulnerabilidad o la presencia de datos clínicos que obliguen a descartar la infección con la finalidad de realizar un diagnóstico temprano que tiene implicaciones pronósticas.

Muchos individuos con infección por VIH se mantienen asintomáticos durante años, incluso sin tratamiento antirretrovírico, con un tiempo promedio de casi 10 años entre la exposición y la aparición del sida. Cuando surgen los síntomas, son notoriamente variables e inespecíficos. Puesto que casi todas las manifestaciones pueden ocurrir con otras enfermedades, una combinación de ellas es más sugerente de infección por VIH que algún síntoma aislado.

Entre las manifestaciones generalizadas están fiebre, sudores nocturnos y pérdida de peso son síntomas frecuentes en pacientes infectados por VIH y pueden aparecer sin una infección oportunista como complicación.

La pérdida de peso es una complicación en particular angustiante de la infección prolongada por VIH. Los pacientes por lo general sufren una pérdida desproporcionada de masa muscular, con mantenimiento de las reservas de grasa o una pérdida menos sustancial de ellas.

La neumonía por *Pneumocystis jiroveci* es la infección oportunista más frecuente vinculada con el sida, enfermedad que puede ser difícil de diagnosticar por sus síntomas inespecíficos de fiebre, tos y disnea. Es más, la intensidad de las manifestaciones va desde fiebre sin síntomas respiratorios hasta tos leve o disnea y una franca insuficiencia respiratoria.

La afección del sistema nervioso central en individuos infectados por VIH puede dividirse en lesiones intracerebrales expansivas, encefalopatía, meningitis y procesos de médula espinal. La toxoplasmosis es causa de la lesión expansiva más frecuente en pacientes infectados por VIH. Pueden ser síntomas de presentación la cefalea, el déficit neurológico focal, las convulsiones o alteraciones del estado mental. El complejo de demencia por sida, es de exclusión y se basa en un estudio de imágenes cerebrales y el análisis de líquido cefalorraquídeo que descarta otros microorganismos patógenos. Son útiles las pruebas neuropsiquiátricas para distinguir entre

individuos con demencia y aquellos con depresión. También puede deteriorarse el funcionamiento de la médula espinal en los individuos infectados por VIH. La mielopatía se presenta con debilidad de piernas e incontinencia. Se detectan paraparesia espástica y ataxia sensorial en la exploración neurológica. La mielopatía suele ser una manifestación tardía de infección por VIH y la mayoría de los pacientes tiene encefalopatía concomitante por VIH.

La presencia de candidiasis bucal o leucoplasia vellosa es significativa por varios motivos. En primer término, esas lesiones son muy sugerentes de infección por VIH en pacientes sin otra causa evidente de inmunodeficiencia. En segundo lugar, varios estudios han indicado que los individuos con candidiasis tienen una elevada tasa de avance a sida, incluso con ajuste estadístico para la cifra de CD4. La leucoplasia vellosa es causada por el virus de Epstein-Barr. La lesión no suele ser problemática y a veces remite de manera espontánea. La leucoplasia vellosa se observa por lo común como una lesión blanca en la cara lateral de la lengua. Puede ser plana o un poco elevada, por lo general corrugada, y tiene líneas verticales paralelas con proyecciones finas o gruesas (“vellosa”). La candidiasis bucal puede ser molesta; muchos enfermos manifiestan un sabor desagradable o sequedad de la boca.

Los pacientes infectados por VIH suelen presentar manifestaciones cutáneas que se agrupan en dermatitis víricas, bacterianas, micóticas, neoplásicas e inespecíficas. Ocurren infecciones por virus del herpes simple con más frecuencia, tienden a ser más graves y con mayor probabilidad de diseminarse en pacientes con sida que en personas inmunocompetentes. El herpes zoster es una manifestación frecuente de la infección por VIH. La angiomatosis bacilar es una entidad clínica bien descrita en pacientes infectados por VIH, causada por dos microorganismos muy relacionados: *Bartonella henselae* y *Bartonella quintana*. La manifestación más frecuente

consiste en lesiones cutáneas elevadas rojas muy vascularizadas que pueden simular las del sarcoma de Kaposi.

Cuatro cánceres se incluyen en la actualidad en la clasificación del sida de los CDC: sarcoma de Kaposi, linfoma no hodgkiniano, linfoma primario cerebral y carcinoma cervicouterino invasor. Las lesiones del sarcoma de Kaposi pueden aparecer en cualquier parte; las lesiones suelen ser papulares o nodulares, de color púrpura que no palidece. El linfoma no hodgkiniano en personas infectadas por VIH tiende a ser muy agresivo.

Según la Guía de terapia antirretroviral del [MINSA](#) 2010, clasifica a los pacientes de acuerdo a estadios clínicos de la enfermedad:

Estadio clínico I

1. Infección primaria
2. Asintomático
3. Linfadenopatía generalizada persistente y/o escala de funcionamiento 1: asintomático con actividad normal.

Estadio clínico II

1. Pérdida de peso < 10%
2. Manifestaciones mucocutáneas menores (dermatitis seborreica, prurito, onicomicosis, úlceras orales recurrentes, queilitis angular)
3. Infecciones a Herpes zoster, en los últimos 5 años
4. Infecciones bacterianas recurrentes del tracto respiratorio superior y/o Escala del funcionamiento 2: sintomático con actividad normal.

Estadio clínico III

1. Pérdida de peso > 10%
2. Diarrea inexplicada >1 mes
3. Fiebre prolongada (intermitente o constante) inexplicada >1 mes
4. Candidiasis oral
5. Leucoplasia pilosa oral
6. Tuberculosis pulmonar en el último año
7. Infecciones bacterianas graves (neumonía, piomiositis) y/o Escala de funcionamiento 3: encamado <50o/o del día en el último mes

Estadio clínico IV

1. Síndrome desgaste (“wasting syndrome”) conforme definición del CDC (a)
2. Toxoplasmosis cerebral
3. Criptosporidiosis con diarrea > 1 mes
4. Isosporidiosis con diarrea > 1 mes
5. Criptococosis extra pulmonar
6. Cualquier micosis endémica diseminada (histoplasmosis, paracoccidioidomicosis)
7. Candidiasis del esófago, tráquea, bronquios o pulmones.
8. Citomegalovirus (CMV) de cualquier órgano
9. Retinitis a CMV
10. Infección a Herpes simplex, mucó cutáneo > 1 mes, o visceral con cualquier duración.
11. Septicemia por Salmonella no Typhi
12. Tuberculosis pulmonar

13. Tuberculosis extra pulmonar o diseminada.
14. Infección por *M. Avium* - *intracellulare* o *kansasii*, diseminada o extra pulmonar
15. Infección por otras mico bacterias, diseminada o extra pulmonar
16. Neumonía por *Pneumocistis carinii*
17. Neumonía recurrente
18. Sarcoma de Kaposi
19. Linfoma de Burkitt o equivalente
20. Linfoma inmunoblástico o equivalente
21. Linfoma cerebral primario
22. Leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP)
23. Encefalopatía por VIH (b) y/o escala de funcionamiento 4: encamado 50% del día en el último mes.
24. Carcinoma invasivo de cuello uterino

Diagnóstico

Las pruebas de detección directa e indirecta del VIH sirven, fundamentalmente, para diagnosticar si una persona se halla infectada por el virus (métodos serológicos) y, en caso afirmativo, cuál es la actividad replicativa del mismo (cuantificación de las copias de ARN-VIH-1/mL de plasma o carga viral), que se emplea además como marcador pronóstico y de eficacia del tratamiento antirretrovírico. La detección en el suero de las personas infectadas de anticuerpos específicos (Ac anti-VIH) por enzimoimmunoanálisis (ELISA) es el método empleado con más frecuencia para el diagnóstico de la infección por el VIH.

La prueba diagnóstica para infección por VIH deberá estar disponible y ofrecerse a toda la población general y dado que la mayoría de las personas con VIH se encuentran asintomáticas por un período significativo de tiempo es importante considerar las condiciones de riesgo y vulnerabilidad de los individuos o la presencia de datos clínicos que obliguen a descartar la infección con la finalidad de realizar un diagnóstico temprano que tiene implicaciones pronósticas.

La entrevista inicial debe realizarse en un ambiente de confianza y respeto, asegurando la confidencialidad de la información. En la entrevista se sugiere interrogar por ([MINSA, 2010](#)):

1. Antecedentes relacionados con transmisión sanguínea:
 - a) Transfusión de sangre o sus componentes.
 - b) Trasplantes de órganos o inseminación artificial.
 - c) Uso de drogas intravenosas.
 - d) Personal de salud con antecedentes de exposición ocupacional a sangre o líquidos potencialmente infectantes.
 - e) Punción con agujas o jeringas potencialmente contaminadas con sangre.
2. Antecedentes relacionados con transmisión sexual:
 - a) Relaciones sexuales sin protección con personas cuyo estado de VIH se desconoce.
 - b) Ser o haber sido pareja sexual de una persona infectada con VIH.
 - c) Tener un (a) solo (a) compañero (a) sexual pero con prácticas de riesgo.
 - d) Tener múltiples parejas sexuales de manera secuencial o simultánea, sin protección
 - e) Antecedentes de violación o abuso sexual.
 - f) Ser trabajador (a) sexual.
 - g) Tener antecedentes en el último año de alguna infección de transmisión sexual.

3. Antecedentes relacionados con la transmisión perinatal.
 - a) Ser hijo menor de 5 años, de madre o padre con prácticas de riesgo para infección por VIH o cuya madre se conozca infectada por el VIH.
 - b) Ser menor de 5 años, con datos clínicos que obliguen a descartar infección por VIH.

Una vez establecida la vulnerabilidad o la posibilidad de riesgo debe investigarse la posibilidad de infección por VIH por lo que se justifica solicitar una prueba de detección del VIH en sangre, previa consejería, de tal manera que se brinde información suficiente a la persona del porqué se solicita la prueba, su significado y repercusiones. Así mismo, se debe solicitar al paciente, o a su representante legal, que autorice y haga constar por escrito la realización de la prueba (consentimiento informado).

El diagnóstico de infección de VIH se basa en las pruebas que detectan antígenos y anticuerpos contra el virus. Estas pruebas se clasifican en ([MINSA](#), 2010):

- Pruebas de detección o tamizaje: pruebas rápidas para detección de anticuerpos de VIH I y ELISA.
- Pruebas confirmatorias: Western Blot, antígeno p24, cultivo viral, DNA proviral y carga viral por RT PCR o DNA.

En Nicaragua, el Ministerio de Salud ha definido un algoritmo de diagnóstico que considera a una persona con VIH cuando presenta los siguientes criterios diagnósticos de laboratorio:

Dos pruebas rápidas de diferente principio para la detección de anticuerpos. En esta situación se considerará al individuo preliminarmente positivo y deberá confirmarse el diagnóstico con ELISA y Western Blot.

Además del algoritmo de diagnóstico, se puede considerar a una persona con VIH:

- Dos resultados positivos de ELISA y una prueba confirmatoria positiva (Western Blot).
- En un paciente con cuadro clínico sugerente de SIDA no es indispensable confirmar con Western Blot.
- Alguna prueba suplementaria positiva que determine la presencia del virus o de algún componente del mismo: cultivo viral, antígeno p24, carga viral.

Debe considerarse que una persona NO tiene VIH si presenta los siguientes criterios diagnósticos de laboratorio:

- Solo una de las pruebas para tamizaje de anticuerpos VIH I y II resultó positiva.
- El resultado del Western Blot es negativo.

Si un resultado de Western Blot es indeterminado³ debe considerarse lo siguiente:

- En el caso de presentar dos resultados de pruebas de tamizaje positivos, pero con Western Blot indeterminado; se deberá considerar al individuo potencialmente infectado y se recomendará repetir la prueba de Western Blot tres meses después.
- Si después de tres meses el resultado del Western Blot continúa siendo indeterminado se deberá evaluar el riesgo de infección del paciente conforme la historia clínica y repetir la prueba nuevamente a los 3 meses. Los pacientes con bajo riesgo y pruebas indeterminadas casi nunca tienen VIH-1 o VIH-2. Se desconoce la causa de ese patrón poco frecuente.

Se recomiendan el seguimiento serológico es decir, repetir las pruebas de tamizaje, en las siguientes situaciones:

- En trabajadores de la salud con exposición a sangre o líquidos potencialmente infectantes que procedan de una persona con VIH, o cuando se desconozca el estado serológico de la persona-fuente.
- En compañeros (as) sexuales de personas con el VIH.
- En casos de violación.
- En caso de que el resultado del Western Blot sea indeterminado.

En estos casos se recomienda realizar una prueba inicial y seguimiento al mes, a los 3 meses y 6 meses.

En las pruebas de tamizaje debe tenerse en cuenta:

1. Causas de falsos negativos de las pruebas:
 - a. Período de ventana (tres semanas a seis meses).
 - b. Tratamiento inmunosupresor.
 - c. Transfusión masiva.
 - d. Trasplante de médula ósea.
 - e. Presencia de polvo de guante de laboratorio durante el procedimiento.
 - f. Agammaglobulinemia.
 - g. Estadios finales de la enfermedad.
 - h. Error técnico.
 - i. Inadecuado almacenamiento y distribución de los reactivos de laboratorio.

2. Causas de falsos positivos de las pruebas:

- a. Enfermedad auto inmune.
- b. Mieloma múltiple.
- c. Hepatitis.
- d. Vacunación reciente contra influenza.
- e. Cirrosis biliar primaria.
- f. Transferencia pasiva de anticuerpos.
- g. Error técnico.
- h. Inadecuado almacenamiento y distribución de los reactivos de laboratorio.

En relación con el Western Blot se deben tomar en cuenta las siguientes causas de falsos positivos y negativos:

1. Causas de falsos positivos:

- a) Infecciones por paramixovirus.
- b) Autoanticuerpos contra proteínas celulares.
- c) Presencia de anticuerpos carbohidratados.
- d) Error técnico.

2. Causas de falsos negativos:

- a) Período de ventana.
- b) Inmunosupresión severa.
- c) Error técnico.
- d) Transferencia pasiva de anticuerpos.

Medidas preventivas

La prevención de la infección por VIH dependerá de precauciones eficaces en cuanto a las prácticas sexuales y el uso de fármacos inyectables, la aplicación de profilaxis perinatal para VIH, las pruebas de detección de productos sanguíneos y las prácticas de control de la infección en el contexto de la atención de la salud.

La abstinencia es la única manera absoluta de prevenir la adquisición sexual de la infección por VIH. Las estrategias para la prevención de la transmisión sexual del VIH se han centrado en reducir las conductas sexuales inseguras, fomentar el uso de preservativos y tratar las enfermedades de transmisión sexual. Las intervenciones conductuales adaptadas a cada sexo y congruentes con cada cultura pueden reducir la transmisión a las mujeres no infectadas. El uso correcto y sistemático de preservativos puede reducir de un modo considerable la transmisión del VIH y de otras ETS. Sin embargo, para que el preservativo sea eficaz, debería estar fabricado con látex y usarse de un modo adecuado.

Por tanto, debe aconsejarse a las personas que mantienen relaciones homosexuales/heterosexuales múltiples que reduzcan el número de parejas y que eviten la exposición de su mucosa oral o genital a la sangre, semen, saliva y secreciones vaginales. La correcta utilización de preservativos puede minimizar la infección por el HIV-1 y otras enfermedades de transmisión sexual.

El modo principal de prevenir la transmisión del VIH en los adictos a drogas por vía parenteral es interrumpir el consumo de drogas intravenosas en primer lugar. Los programas de educación que tengan en cuenta las características culturales y que se dirijan a audiencias jóvenes tienen las máximas probabilidades de prevenir el consumo de drogas. El acceso a los centros de

tratamiento es la mejor estrategia para las personas que ya consumen drogas intravenosas. Para que no deseen solicitar tratamiento o que no puedan acceder a él, la forma más eficaz de prevenir la infección por el VIH es no compartir agujas.

La administración de zidovudina a partir de las semanas 14-34 del embarazo y en el período del parto y al recién nacido durante las 6 primeras semanas de vida reduce la tasa de transmisión materno-fetal a menos del 8% y se tolera muy bien ([Gatell](#) et al. 2012).

El personal sanitario debe utilizar métodos de barrera (guantes y, si es necesario, mascarilla, protectores oculares y batas) y adoptar precauciones para evitar la producción de heridas por agujas, bisturíes u otros instrumentos punzantes en el transcurso de su empleo o limpieza.

Tratamiento

El tratamiento del VIH y el SIDA puede organizarse en tres áreas principales: 1) terapia antirretroviral, 2) profilaxis de las infecciones oportunistas y 3) tratamiento de las complicaciones relacionadas con el VIH. Estos tratamientos deben utilizarse con el objetivo de evitar las complicaciones relacionadas con el VIH, con la menor alteración posible en el estilo de vida del paciente, y tratando enseguida las complicaciones cuando aparezcan, antes de que deterioren el estado del paciente o se conviertan en potencialmente mortales.

El tratamiento de la infección por el HIV-1 persigue dos objetivos:

- a) encontrar una combinación de fármacos con gran actividad antirretrovírica, que sean capaces de suprimir prácticamente la replicación del HIV-1, y
- b) permitir que el sistema inmunitario se reconstituya.

La terapia antirretroviral altamente activa (TARAA), es decir, la combinación de al menos tres fármacos antirretrovirales (ARV) con actividad contra el VIH, es uno de los avances médicos más importantes es de la terapia en los últimos 12 años ([MINSA](#), 2010).

El primer esquema que se emplea en los pacientes, es el más importante y determinante del éxito terapéutico, de manera que los criterios de inicio de tratamiento son básicos para la optimización de los recursos disponibles en el manejo de estos pacientes.

EL Ministerio de Salud de Nicaragua se ha propuesto como objetivo antirretroviral lo siguiente:

1. Supresión virológica máxima y duradera.
2. Reconstitución y/o preservación de la función inmune.
3. Mejoría de la calidad de vida.
4. Reducción de la morbimortalidad asociada a la infección por el VIH.
5. Epidemiológico, reducir la transmisión.

El inicio temprano del tratamiento solo puede lograrse si se cuenta con las pruebas necesarias (CD4+ y CV). La determinación de linfocitos CD4+ y de CV, lejos de incrementar gastos de atención, logra optimizar el tratamiento, disminuyendo además los costos y las complicaciones por continuar un tratamiento ineficaz.

Existen seis grandes grupos de antirretrovirales que comprenden 29 productos comerciales aprobados por la FDA de Estados Unidos de América para el tratamiento de la infección por VIH. Los médicos que utilicen estos fármacos deberán conocer sus características a profundidad:

Inhibidores de la transcriptasa reversa análogos nucleósidos (ITRAN)

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| 1) Zidovudina (AZT, ZDV) | 5) Lamivudina (3TC) |
| 2) Didanosina (ddI) | 6) Abacavir (ABC) |
| 3) Zalcitavina (ddC) | 7) Tenofovir (TDF) |
| 4) Estavudina (d4T) | 8) Emtricitabina (FTC) |

Inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleósidos (ITRNN)

- 1) Nevirapina (NVP)
- 2) Delavirdina (DLV)
- 3) Efavirenz (EFV)

Inhibidores de Proteasa (IP)

- | | |
|---------------------|------------------------|
| 1) Saquinavir (SQV) | 6) Lopinavir (LPV) |
| 2) Ritonavir (RTV) | 7) Atazanavir (ATV) |
| 3) Indinavir (IDV) | 8) Fosamprenavir (FPV) |
| 4) Nelfinavir (NFV) | 9) Tipranavir (TPV) |
| 5) Amprenavir (APV) | 10) Darunavir (DRV) |

Inhibidores de fusión

- 1) Enfuvirtide (T-20, ENF)

Antagonista de CCR5

- 2) Maraviroc (MVC)

Inhibidores de integrasa

- 3) Raltegravir (RAL)

Las combinaciones más recomendadas son:

- a) 2 ITRAN Y 1 ITRNN (primera opción)
- b) 2 ITRAN Y 1 IP reforzado (segunda opción).

VIH/SIDA y adolescencia

Más de dos millones de jóvenes de entre 10 y 19 años están infectados por el VIH. Los adolescentes están especialmente expuestos a infectarse por el VIH y a morir por causas relacionadas con el virus ([OMS](#), 2013)

Los adolescentes son principalmente vulnerables a la infección por el VIH, ya que se encuentran en un periodo de transición en el que ya no son niños pero no han llegado a la edad adulta, su desarrollo social, emocional y psicológico es incompleto, y tienden a experimentar con formas peligrosas de comportamiento, a menudo sin darse cuenta del peligro.

Por otra parte en su mayoría las personas jóvenes tienen solo un conocimiento escaso del VIH/SIDA, mayormente por que la sociedad no les facilita la obtención de información. Con frecuencia las políticas sociales ponen de manifiesto la intolerancia y discriminación contra la juventud, como cuando limitan el acceso a la información sobre la salud y al cuidado de esta.

En los adolescentes, los riesgos de presentar el VIH/SIDA pueden ser difíciles de entender, ya que el VIH/SIDA tiene un largo periodo de incubación, el comportamiento arriesgado no tiene consecuencias inmediatas visibles. Al mismo tiempo, para una persona joven los costos sociales de prevenir la infección por VIH/SIDA, inclusive la pérdida de la relación, la pérdida de confianza y la pérdida de aceptación por parte de los compañeros puede ser un precio demasiado alto que pagar para la mayoría. Muchos jóvenes no están enterados de que se entiende por

comportamiento sexual arriesgado. Aún si reconocen el riesgo de contraer el VIH/SIDA, muchos creen que ellos mismos son invulnerables.

En lugares donde la prevalencia de VIH/SIDA es alta, algunos adolescentes no se consideran en riesgo, mientras que si se infectaran, serian otros los responsables y no ellos. Algunos hasta ponen en duda la existencia del VIH/SIDA.

Algunos adolescentes, en especial las mujeres corren riesgo de contraer VIH/SIDA por tener un sentido de inferioridad o sentirse incómodas con su sexualidad. A menudo no creen que puedan controlar su comportamiento sexual o anticonceptivo. No aceptan la importancia de los anticonceptivos o exageran la dificultad de obtenerlos.

Es necesaria la prevención de ITS y SIDA en la adolescencia ya que en los adolescentes se producen cambios referidos a la adaptación e integración del nuevo cuerpo, al desarrollo del pensamiento y juicio crítico, la reestructuración de su identidad y la anticipación de un futuro a través de la construcción de un proyecto de vida.

La educación de los adolescentes por parte de los padres y profesores, continúa siendo un arma importante por la falta de toma de conciencia y el desconocimiento que existe la prevención de estas enfermedades en este grupo de edad. Enseñar sobre sexualidad no es sinónimo de incentivar a los adolescentes a iniciar sus prácticas sexuales, por el contrario es la forma de prevenir actos irresponsables que impliquen consecuencias graves para la salud, con el consecuente costo económico y social, de manera que si un adolescente conoce los métodos de planificación y sabe cómo utilizarlos, sólo está disfrutando de su derecho a la sexualidad responsablemente.

El desconocimiento sobre el VIH/SIDA

En Nicaragua se asocia el VIH sida fuertemente con personas socialmente marginadas, entre otros los homosexuales y las/los trabajadores sexuales, a pesar de que la transmisión heterosexual de la infección está en franco predominio. Esta estigmatización lleva a una situación en la que gran parte de la población no es receptiva a la información sobre el VIH sida.

Algunos prejuicios y mitos existentes alrededor de la transmisión del VIH/SIDA son

- Solamente afecta a homosexuales y trabajadores sexuales
- Los preservativos no protegen contra la infección, además, disminuyen la sensibilidad y solamente son para la anticoncepción
- Cuando se usa un método de anticoncepción, por ejemplo una píldora o un DIU, uno esta protegido contra las ITS y el VIH/SIDA y no hay necesidad de usar el preservativo
- La atención prestada al sida es exagerada, porque el numero de casos en Nicaragua es muy bajo
- Cuando un hombre o mujer sugiere el uso del preservativo significa que él o ella tiene una ITS y/o que no es fiel, o que él o ella ‘acusa’ a su pareja de tener una ITS y/o de no ser fiel
- Si se dona sangre, puede contagiarse con el VIH
- Si el cuerpo se ve normal y sano, no tiene VIH/SIDA
- Una persona bien pagada y educada no puede contagiarse con VIH
- Se puede contagiar con el VIH a través del baño, las toallas, al dar la mano, por un piquete de mosquito

En Nicaragua, al igual que en los demás países de la región, alrededor de la sexualidad existen mitos y tabúes que están profundamente arraigados en la cultura de los diversos grupos sociales. Esta circunstancia plantea retos muy considerables a la educación sexual y a todo esfuerzo orientado a prevenir la difusión de enfermedades de transmisión sexual.

En el sector de la educación formal, el MINED incorporo la educación sexual en el currículo en respuesta a los problemas tales como ITS y los embarazos precoces y para discutir sobre la procreación irresponsable y los delitos sexuales. En la mayoría de las escuelas la educación sexual está incluida dentro del currículo de biología o ciencias naturales.

Se puede valorar como positiva la preocupación del MINED sobre los problemas como los embarazos precoces y las ITS y la afirmación de que es importante brindar información a los jóvenes sobre todos los aspectos de la sexualidad. Sin embargo el MINED da mucha importancia al componente “formativo de valores morales para distinguir lo correcto de lo no-correcto” de la sexualidad. Esto pudiera hacer más difícil un abordaje adecuado sobre la problemática y la prevención del VIH/SIDA en Nicaragua, debido a la relatividad socio-cultural de muchos temas de la sexualidad.

Estudios de Conocimientos, actitudes y prácticas

Los estudios tipo Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) han sido utilizados en diversos temas de salud y se consideran la base fundamental de los diagnósticos para ofrecer información a instituciones u organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud. Su finalidad es comprender mejor por qué la gente actúa de la manera que lo hace, y así desarrollar de forma más eficaz los programas sanitarios. Los

conocimientos, experiencias, la influencia social, los hábitos, la autoconfianza, la motivación, las actitudes y las posibilidades de cambio han sido identificados como determinantes del comportamiento de la salud. El conocimiento es necesario para influir en la actitud que conduce a cambios en la salud. Sin embargo, las experiencias y la influencia social pueden causar cambios de actitud que llevan a cambios en el comportamiento de la salud.

Los estudios tipo CAP, proporcionan a los profesionales e instituciones de la salud herramientas para construir relaciones de confianza con los adolescentes; así como las posibilidades de promocionar actitudes y prácticas con respecto al bienestar siendo coherentes con las construcciones socioculturales de éstas.

Es de gran importancia, establecer una premisa básica y proporcionar definiciones a cada palabra, esto es para el adecuado desarrollo de este tipo de encuentros.

Conocimientos

Debe definirse como los niveles de información que un individuo tiene acerca de una materia e implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada.

El conocimiento de una conducta de salud se considera que es beneficioso, sin embargo, no significa automáticamente que se siguió este comportamiento. El grado de conocimiento evaluado por la encuesta ayuda a localizar las áreas donde los esfuerzos de información y educación aún no se han ejercido.

Actitudes

Es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación, que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada. Las actitudes son adquiridas y no heredadas; por tanto su desarrollo implica socialización y hábito. El nivel socioeconómico y educacional, la ocupación y la edad tienen influencia sobre las actitudes y creencias. Las actitudes tienden a uniformar el comportamiento y las relaciones sociales. Conociendo las actitudes y creencias de una persona respecto de algo, es posible predecir más fácilmente sus prácticas.

Las actitudes comprenden tres factores: uno ideológico formado por ideas y convicciones determinadas, otro sentimental que genera simpatía o antipatía hacia cosas o personas; y un tercero reactivo o conductual que impulsa a pensar y obrar en las distintas situaciones sociales en consonancia con las convicciones y sentimientos profesados.

Prácticas

Es una respuesta establecida para una situación común. El comportamiento está formado por prácticas, conductas, procedimientos y reacciones, es decir, todo lo que le acontece al individuo y de lo que el participa. Es una conducta o reacción. Las prácticas regulares se denominan hábitos. Ciertas prácticas, si no son adecuadas, pueden convertirse en factores de riesgo.

La finalidad de los métodos cuantitativos al recopilar datos es cuantificar y medir un fenómeno mediante el uso de cuestionarios y la aplicación de métodos estadísticos sobre la información recopilada. Los cuestionarios son el método principal de recolección de datos cuantitativos donde se incluyen entrevistas. Mediante un cuestionario, una muestra de individuos lo más representativa posible de toda la población de estudio, puede evaluarse. Una de las ventajas de

una encuesta CAP es permitir, en un solo estudio, la recolección de una gran cantidad de datos que serán objeto de análisis estadístico.

Las preguntas de un cuestionario CAP tienden a revelar no sólo los rasgos característicos de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la salud relacionados con factores religiosos, sociales, tradicionales, sino también la idea que cada persona tiene de su cuerpo o de la enfermedad.

Una encuesta CAP puede:

- Medir el alcance de una situación conocida, para confirmar o refutar una hipótesis,
- Mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas en torno a temas específicos, para identificar lo que se conoce y se hace acerca de diversos temas relacionados con la salud.
- Establecer la línea de base para su uso en futuras evaluaciones y ayudará a medir la eficacia de las actividades de educación para la salud en el cambio de comportamientos de salud.
- Proponer una estrategia de intervención en función de las circunstancias locales específicas y los factores culturales que influyen en ellos, para planificar las actividades más adecuadas a la población respectiva que se trate

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio.

Descriptivo, de corte transversal.

Universo.

El universo del estudio estuvo constituido por 226 Adolescentes ubicados del 1° al 5° año de Secundaria, del Colegio 1° de Junio, del Distrito I, del Barrio Jorge Dimitrov, municipio de Managua, Departamento de Managua.

Muestra.

La muestra fue conformada por 192 Adolescentes, que representan el 84.9% del total del Universo, la cual fue de tipo no probabilístico, por conveniencia, establecida de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Jóvenes Adolescentes en edades de 10 – 19 años.
- Jóvenes que se encuentren debidamente matriculados en el Colegio 1° de Junio, de acuerdo a los registros académicos.
- Jóvenes que se encuentren presentes en el momento del llenado de la encuesta.
- Jóvenes estudiantes adolescentes que estén de acuerdo en el llenado del instrumento de recolección de la información.

Criterios de exclusión:

- Jóvenes en secundaria mayor de 20 años
- Adolescentes que no estén de acuerdo en el llenado de recolección de la información.

VARIABLES.

ENUMERACION DE VARIABLES SEGÚN LOS OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Variables relacionadas a las características socio demográficas.

- Edad
- Sexo
- Religión
- Estado civil
- Nivel de escolaridad

2. Variables relacionadas a Identificar el nivel de conocimientos que tienen los adolescentes acerca del VIH/SIDA.

- Conocimientos generales
- Formas de transmisión
- Diagnostico
- Tratamiento
- Signos y síntomas
- Prevención

3. Variables relacionadas a la actitud que tienen los adolescentes acerca del tema de VIH/SIDA.

- Actitud ante la prevención.
- Actitud ante el uso del condón.
- Actitud ante las personas portadoras y enfermas del SIDA.

4. Variables respecto al nivel de prácticas que tienen los adolescentes acerca del tema de VIH/SIDA.

- Número de parejas sexuales.
- Practicas acerca de la edad de inicio de las relaciones sexuales.
- Practicas acerca de las relaciones sexuales de riesgo.

5. Variables relacionadas a la fuente de información más frecuente acerca del tema VIH/SIDA.

- Lugar de información
- Fuente de Información
- Informantes

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	VALORES
Edad	Tiempo transcurrido en años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.	Adolescencia temprana Adolescencia tardía	10 a 14 años 15 a 19 años
Sexo	Característica bio-fisiológicas que involucran los aparatos reproductores y características sexuales secundarias.	Genero al cual pertenece la persona	Masculino Femenino
Escolaridad	Nivel de preparación académica recibida por el encuestado hasta el momento de llenado del formulario.	Ultimo año aprobado: 1ro y 2do año 3ro y 4to año 5to año	Secundaria
Estado civil	Condición del encuestado con los derechos y obligaciones civiles.	Estado conyugal de la persona.	Soltero Acompañado (a) Casado (a)
Religión	Conjunto de creencias, dogmas, prácticas y rituales sobre un ser divino.	Práctica religiosa aceptada por la persona.	Católico Evangélico Otra
Nivel de conocimientos generales acerca de VIH/SIDA	Grado de adquisición de datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada respecto al VIH/SIDA.	Puntuación según test determinado por encuesta realizada 0 -59% 60-69% 70-100%	Malo Bueno Regular

Formas de transmisión de VIH/SIDA	Nivel de conocimiento acerca de las vías a través de las cuales se puede transmitir el VIH/SIDA.	Puntuación según test determinado por encuesta realizada: 0 -59% 60-69% 70-100%	Malo Regular Bueno
Diagnostico	Nivel de conocimientos acerca de los medios a través de los cuales se puede realizar el diagnostico del VIH SIDA.	Puntuación según test determinado por encuesta realizada: 0 -59% 60-69% 70-100%	Malo Regular Bueno
Tratamiento	Nivel de conocimiento acerca de la conducta a seguir en el tratamiento del VIH/SIDA.	Puntuación según test determinado por encuesta realizada: 0 -59% 60-69% 70-100%	Malo Regular Bueno
Presentación clínica del VIH/SIDA	Nivel de conocimiento acerca de los signos y síntomas que presentan personas enfermas de VIH/SIDA	Puntuación según test determinado por encuesta realizada: 0 -59% 60-69% 70-100%	Malo Regular Bueno
Prevención	Nivel de conocimiento acerca de las medidas o métodos que pueden ser aplicados para evitar enfermarse de VIH/SIDA	Puntuación según test determinado por encuesta realizada: 0 -59% 60-69% 70-100%	Malo Regular Bueno
Actitud respecto al VIH/SIDA	Predisposición a reaccionar de manera sistemática favorable ante determinados aspectos relacionados al VIH/SIDA	Puntuación según test determinado por encuesta realizada	Desfavorable Favorable
Actitud respecto al uso del condón	Predisposición a reaccionar de manera favorable o no respecto al uso del condón.	Puntuación según test determinado por la escala de Likert:	Desfavorable Favorable

Actitud respecto a las relaciones sexuales de riesgo	Predisposición a reaccionar de manera favorable o no respecto a las relaciones sexuales de riesgo.	Puntuación según test determinado por la escala de Likert	Desfavorable Favorable
Actitud respecto al rechazo hacia las personas enfermas de SIDA	Predisposición a reaccionar de manera favorable o no respecto al rechazo hacia las personas enfermas de SIDA	Puntuación según test determinado por la escala de Likert	Desfavorable Favorable
Nivel de practica	Conjunto de costumbre ,hábitos que realiza el adolescente en su práctica sexual	Tipo de práctica, uso del preservativo, relaciones sexuales con más de una pareja	Siempre Casi siempre Nunca
Alguna vez ha tenido relaciones sexuales	Practica de al menos una relación sexual coital por el encuestado en algún momento de su vida.	Si: si ha tenido al menos una relación sexual coital. No: no ha tenido relación sexual coital alguna.	Si No
Relaciones sexuales con más de una pareja	Prácticas sexuales del individuo con otras personas además de su pareja	Respuesta del encuestado	Siempre Casi siempre Nunca
Edad de inicio de las relaciones sexuales	Edad a la cual refiere el encuestado practico su primera relación sexual coital.	Adolescencia temprana. Adolescencia tardía.	10 a 14 años. 15 a 19 años.
Fuente de información	Medio a través del cual el encuestado obtuvo información sobre VIH/SIDA	Respuesta del encuestado	Lugares y medios de obtención de la información Personas con quienes han hablado de VIH/SIDA
Medios masivos de información acerca del VIH/SIDA	Medios de comunicación masivos mediante los cuales los encuestados reciben información sobre VIH/SIDA.	Fuentes de información audio visuales masivos referidos por el encuestado.	Radio Televisión Libros Revistas Otros

Personas con quienes hablan más sobre VIH/SIDA	Persona con el cual el encuestado conversa sobre VIH/SIDA.	Principales individuos que transmiten información de manera verbal al encuestado.	Padres Maestros Novios Amigos Personal de salud
Lugares donde ha escuchado hablar de VIH/sida	Lugares donde han obtenido información sobre VIH/sida	Principales lugares donde el individuo ha obtenido información.	Calle Casa Escuela Iglesia Bares Unidad de salud

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Se elaboró un Instrumento de Recolección de la Información, basado directamente en los objetivos específicos del presente estudio.

Luego se procedió a un mecanismo de validación, contando para ello, con un total de 04 profesionales especialistas que laboran con programas y perfiles de Salud de los Adolescentes, como Médicos, Enfermeras, Psicólogas, Policías y Religiosos, además contamos con el apoyo de 20 Adolescentes escogidos al azar, de ambos géneros (10 varones-10mujeres), del nivel secundario de educación.

El Instrumento, se aplicó en una prueba piloto a un número de 20 Adolescentes que no estudian en el Colegio 1° de Junio. Se realizó posteriormente una revisión, con el tutor del trabajo investigativo, para realizar modificaciones en el proceso de mejoramiento del mismo.

En la primera parte de la encuesta se solicitó los datos socio demográfico del adolescente.

El conocimiento sobre VIH SIDA se evaluó de acuerdo a su concepto, forma de adquirir la enfermedad, causas que favorecen la transmisión, diagnóstico, sintomatología, prácticas de riesgo, y medios de prevención.

Luego se realizaron 48 preguntas de conocimientos sobre VIH/SIDA a los adolescentes en estudio; en las cuales deben contestar si, no, o no sabe. El total de preguntas tiene un valor ponderal de 100 puntos, para luego asignársele una puntuación de:

- Menor a 59 para un nivel de conocimiento malo;
- 60-69 para un nivel de conocimiento regular; y
- 70-100 para un nivel de conocimientos bueno.

Para valorar las actitudes respecto al VIH/SIDA de los adolescentes en estudio, se realizaron 16 preguntas con las siguientes opciones de respuesta:

- A: de acuerdo.
- D: en duda.
- DS: en desacuerdo.

La puntuación obtenida se corresponde a la escala de Likert, pero en este caso se modificó a valores de 1 a 3.

- Para una actitud favorable: 31 - 48
- Desfavorable: 16- 30

Por ejemplo; “Estar de acuerdo en rechazar a una persona infectada con VIH/SIDA”, es una actitud desfavorable ante la persona enferma, entonces se le asignaba 1 punto, en duda: 2 puntos, en desacuerdo: 3 puntos.

Para evaluar las prácticas acerca del VIH-SIDA, se formularon 5 preguntas relacionadas a los factores y actividades realizadas por los adolescentes que pudiesen llevarles a padecer la enfermedad, tomando en el uso correcto y consistente del preservativo durante las relaciones sexuales.

A cada pregunta se le asignará un valor numérico de 20 puntos, para obtener los siguientes niveles:

- Bueno: 70- 100 puntos.
- Regular: 60-69 puntos.
- Malo: 0- 59 puntos.

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Una vez finalizado el periodo de recolección de la información, se procedió a digitar los datos obtenidos en las encuestas a través de la elaboración de una base de datos, siendo incluidos, procesados y analizados en Software, para lo cual se utilizamos el Programa SPSS 20.0.

PLAN DE ANALISIS.

La información obtenida se consolidó en tablas de frecuencia simple, distribuyéndose en números y porcentajes, para lo siguiente:

1. Factores socio demográficos.
2. Conocimientos sobre VIH/SIDA.
3. Actitudes respecto al VIH/SIDA.
4. Practicas respecto al VIH/SIDA.
5. Fuentes de información respecto al VIH/SIDA.

Se realizó el siguiente entrecruzamiento de variables:

1. Factores socio demográficos versus el nivel de conocimientos.
2. Factores socio demográficos versus el nivel de actitudes.
3. Factores socio demográficos versus el nivel de prácticas.
4. Nivel de conocimientos versus nivel de actitud.
5. Nivel de conocimientos versus nivel de prácticas.
6. Nivel de actitudes versus nivel de prácticas.

La información se presentará en cuadros y gráficos mediante el programa de Office 2010

RESULTADOS

En el presente estudio sobre Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio que se encuentra ubicado en el Barrio Jorge Dimitrov de Managua, realizado en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015, en el cual se encuestaron 192 estudiantes se obtuvieron los siguientes resultados:

El predominio de edades es entre los 15 a 19 años de edad con un 72.4%(139), el otro grupo de edad de 10 a14 incluye el 27.6%(53). El sexo predominante en el estudiantado es el femenino con 59.9%(115) seguido del masculino 40.1%(77). La escolaridad correspondiente de los encuestados mayormente fue en el 1° a 2° año (7°-8°grado) en un 62.5%(120), en 3° a 4° año (9°-10° grado) con 31.8%(61) y un pequeño grupo de 5° año (11°grado) correspondiente a un 5.7%(11). En lo que respecta al estado civil de los adolescentes predomina la soltería con 83.8%(161) seguido del estado acompañado en un 14.1%(27) y por último 2.1%(4). En lo que respecta a las creencias religiosas la mayoría de los encuestados profesa la religión católica en un 54.2%(104) seguida de la fe evangélica con 34.9%(67) y en un 10.9%(21) se encuentran estudiantes con otro tipo de creencias religiosas.

En lo que respecta a los conocimientos generales del VIH/SIDA en los adolescentes encuestados, la mayoría sabe que significa VIH en un 69.3%(133) y SIDA en un 62.5%(120), conocen que es VIH/SIDA no se cura [75.5%(145)], y que tampoco se cura aun detectándolo a tiempo [68.8%(132)]. El 64.6%(124) manejan que se transmite sexualmente, que pone en peligro la vida de quien lo padece [81.8%(157)], que una medida de protección es el condón o preservativo [72.4%(139)], el 84.4%(162) piensan que una persona debe recibir tratamiento si ha tenido relaciones sexuales con un portador de VIH [84.4%(162)], que no se desarrollan defensas contra

las enfermedades [45.8%(88)] y que es un problema de salud importante en Nicaragua [60.9%(117)].

Para los jóvenes encuestados, en lo que se refiere a conocimientos de transmisión del VIH/SIDA, la mayoría [67.2%(129)] maneja que su transmisión es a través de contacto sexual con una persona infectada y el no uso de preservativos en una relación sexual [57.3%(110)] además es favorecido si se tienen múltiples parejas sexuales [74.5%(143)]. En lo referente a otras formas de transmisión tienen entendido que el uso de agujas contaminadas puede contagiar de VIH/SIDA [79.2%(152)], que existe una transmisión materno-fetal [62.5%(120)] y que no se transmite por mala higiene personal [65.1%(125)] ni por besos [78.6%(151)] así como tampoco por sentarse en la tasa de un inodoro [86.4%(166)], aunque no saben si una persona con VIH/SIDA presenta síntomas [58.8%(113)] y tienen la idea que es preferente de la homosexualidad [51.6%(99)].

Los conocimientos sobre el diagnóstico de la enfermedad piensan mayormente que un análisis de laboratorio [92.7%(178)] es confiable seguido de una examinación por un médico o profesional de la salud [84.4%(162)] y no por la observación de alguien [45.3%(87)] aunque si bien, aceptan que si un amigo o conocido les informa sobre alguien que es portador de VIH lo creen [74.5%(143)].

En el tratamiento de la enfermedad, en un caso hipotético tuvieran VIH, los jóvenes respondieron que se prefiere el tratamiento prescrito por un médico en un 92.7%(178), aunque no sabrían si tomar medicinas recomendadas por amigos [53.6%(103)] o la automedicación [46.3%(89)] pero no asistirían donde un curandero [69.8%(134)].

Los jóvenes encuestados cuando se les preguntó sobre medidas de prevención tienen claro que tanto la abstinencia [71.9%(138)] como la fidelidad [86.5%(166)] y el uso del preservativo

[73.4%(141)] son de suma importancia para evitar contraer VIH. No creen que el uso de baños públicos [60.9%(117)] y la práctica de la masturbación [63.5%(122)] sean medidas de prevención, aunque tienen dudas sobre si el sexo oral [50.5%(97)] y el coito interrumpido [37.5%(72)] sean medidas de prevención del VIH/SIDA.

En la sección sobre las actitudes que tienen los adolescentes sobre el VIH/SIDA, en específico la actitud ante el uso del preservativo creen que este disminuye el placer [46.3%(89)], que hay que usarlo con las personas con las que se tiene relaciones de vez en cuando [37.5%(72)] y que no necesariamente los hombres lo deban de portar [46.3%(89)]. Tampoco piensan que vaya en contra de sus creencias religiosas [82.8%(159)] o que las mujeres que lo portan es porque han tenido múltiples parejas sexuales [74.5%(143)].

Ante las relaciones sexuales de riesgo, la actitud es evitar las relaciones sexuales casuales [47.9%(92)], la promiscuidad [42.7%(82)], relaciones sexuales a temprana edad [35.4%(68)], el sexo oral con desconocidos [49.5%(95)] y evitar también la combinación sexo con alcohol/drogas [77.6%(149)].

Si, los jóvenes tuvieran una amistad o familiar con VIH/SIDA su actitud sería no rechazarlo [60.9%(117)], tratarlo como una persona normal [58.8%(113)] y que al estar cerca de ellos no los contagiarían [92.7%(178)]. Tampoco piensan que el VIH/SIDA es un castigo merecido [88.6%(170)] y sí podrían besarlo [39.1%(75)].

En cuanto a las prácticas de riesgo en los adolescentes estudiados, un 2.6%(5) han utilizado algún tipo de droga inyectada, poseen tatuajes un 10.9%(21) y un significativo porcentaje no practican la fidelidad [41.2%(79)].

En los antecedentes de relaciones sexuales, el 27.6%(53) ha tenido relaciones sexuales y un 72,4%(139) no lo ha hecho aún. Del total de los 53 adolescentes que han tenido relaciones sexuales, la edad de inicio que prepondera es 16-17 años [39.6%(21)] seguido de 14-15 años [30.2%(16)] y hay que tener en cuenta que un 5.7%(3) inicio vida sexual activa a temprana edad entre los 10-11 años.

Continuando con los antecedentes de prácticas sexuales, el uso del preservativo en quienes ya han iniciado vida sexual activa no es una elección ya que un 69.8%(37) no utilizan condón a la hora del acto sexual en contra de un 9.4%(5) que lo utilizan siempre. Respecto a las relaciones basadas en la fidelidad, el 60.4%(32) la practican y el 39.6%(21) tienen otra pareja sexual. En lo referente a los/las compañeros/as sexuales, predominan más de tres parejas sexuales en su vida [60.4%(32)] seguido de dos parejas [28.3%(15)] y solo el 11.3%(6) han tenido un/una compañero(a) sexual.

La fuente de información de la que los adolescentes han obtenido conocimientos sobre VIH/SIDA ha sido mayoritariamente la internet [95.8%(180)] seguido de la T.V. [93.8%(180)] y el medio donde poco consultan son los libros [45.3%(87)]. Las personas con las que tienen confianza de hablar son sus amigos [91.1%(175)], sus novios/as [69.8%(134)] y por último los maestros [65.6%(126)]. Con quienes menos hablan del tema es con el padre [11.5%(22)], con algún líder religioso [3.6%(7)] o con su pareja [1.6%(3)] en quienes ya tienen una relación de hecho.

La mayoría de los adolescentes han escuchado alguna vez del tema en su escuela [92.7%(178)] y en la calle [45.8%(88)], y en menor porcentaje las unidades de salud con un 11.4%(22) y las

Iglesias [4.7%(9)]. Un grupo de adolescentes [2.6%(5)] ha escuchado del tema en algún bar o discoteca.

Al finalizar el análisis de la encuesta, se encuentra que de los 192 encuestados, el 73.4%(141) poseen un buen conocimiento del tema, el 18.8%(36) un conocimiento regular y el 7.8%(15) con un mal conocimiento sobre la temática. Su actitud ante el VIH/SIDA es favorable en un 78.1%(150) y desfavorable en un 21.9%(42). En relación al nivel de práctica predominan las malas prácticas en un 64.2%(34), practicas regulares 22.6%(12) y buenas prácticas 13.2%(7).

Del total de encuestados, el grupo de edad 15-19 años poseen un buen conocimiento [91.3%(127)] y el grupo de 10-14 años su conocimiento es regular [58.5%(31)]. En relación al sexo y nivel de conocimiento, en las muchachas respecto a los varones tienen un buen conocimiento en un 71.3%(82) y ellos con un 76.6%(59); de quienes tienen un conocimiento regular predominan en porcentaje los varones [20.8%(16)], y en aquellos que tienen un mal conocimiento del tema el predominio es femenino [11.3%(13)].

Según el estado civil de los encuestados, los que practican la soltería tienen buen conocimiento en un 77.6%(125).

En cuanto a creencias religiosas, el buen conocimiento predominó en el grupo de fe católica [94.2%(98)] y, en el conocimiento regular predomina el grupo de estudiantes evangélicos [41.8%(28)].

En quienes predomina la actitud favorable es en el grupo de edades 15-19 años en un 80.6%(112) en comparación con un 71.7%(38) en las edades de 10-14 años. El sexo femenino predomina con una actitud favorable frente al VIH/SIDA [76.5%(88)]. De los encuestados, según estado civil, los solteros son quienes tienen una actitud favorable ante el VIH/SIDA

[79.5%(128)]. Los jóvenes quienes profesan el catolicismo predominan en la actitud favorable [84.6%(88)] seguidos del grupo de estudiantes que se declaran evangélicos [73.1%(49)]. En el nivel de escolaridad de los adolescentes encuestados, la actitud favorable en estudiantes de 1°-2° año es de 78.3%(94), en 3°-4° año de 80.3%(49) y en 5° año un 63.6%(7).

En relación a las prácticas, el 64.2%(34) de los adolescentes tiene una mala práctica en torno a la temática del VIH/SIDA y solo el 13.2%(7) tienen una buena práctica. En quienes tienen una buena práctica, el grupo etareo de 15-19 años predomina con un 18.2%(6). Según sexo y buenas prácticas, las adolescentes demostraron mejores resultados con un 14.8%(4); según estado civil, encabezan una buena práctica quienes están acompañados [57.1%(4)] seguido de quienes están casados [25%(1)].

En el cruce de variables Nivel de Conocimiento/Nivel de Actitud, quienes tienen un nivel de conocimiento bueno, tienen también una actitud favorable [88.7%(125)] y quienes tienen un conocimiento regular y malo su actitud ante el VIH/SIDA predomina en desfavorable en un 66.7%(24) y 13.3%(2) respectivamente.

Al analizar Nivel de Conocimiento/Nivel de Prácticas, quienes tienen buenos conocimientos sobre el tema también tienen buenas prácticas ante el mismo [26.7%(4)].

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos en los adolescentes del Colegio 1° de Junio que se encuentra ubicado en el Barrio Jorge Dimitrov de Managua, aportan elementos sustanciales que permiten conocer tres aspectos importantes: el nivel de conocimientos, las actitudes y las prácticas de riesgo relacionadas con el VIH/SIDA, en un centro de estudios donde nunca se había realizado un estudio de este tipo.

El inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales, el cambio de pareja, la falta del uso de medios de protección, así como las variables sociales, hace de los adolescentes una población a riesgo de contraer el VIH o de aumentar la probabilidad de enfermar.

Investigaciones recientes revelan que los conocimientos sobre la sexualidad y la prevención del SIDA en adolescentes y jóvenes son superficiales y no llevan a un cambio de actitudes o a conductas efectivamente protegidas en todas y cada una de las relaciones sexuales.

En la muestra predomina el sexo femenino y el grupo de edades entre los 15 a 19 años, así como el estado de soltería y la fe católica. La mayoría de los adolescentes se encuentran en 1° y 2° año de secundaria. Datos sociodemográficos recopilados en nuestra población indican la prevalencia de que somos poblaciones de jóvenes y que el sexo femenino sigue prevaleciendo en el país, datos de ENDESA 2011, definen que la mayoría de los nuevos casos de VIH/SIDA se comportan en edades que tienen menos de 25 años de edad, y sobre todo en las zonas de mayor situación de pobreza.

A la fecha todavía el manejo del conocimiento sobre el VIH/SIDA sigue teniendo condiciones limitadas debido al componente socio cultural de los jóvenes y condicionado por una prevalencia de carácter machista que se encuentra muy arraigada en nuestra sociedad.

Un pequeño aliciente es el hecho que este grupo de jóvenes de alguna manera tiene un acceso a la información objetiva al estar ubicados dentro del sistema escolar. Datos de estudios en América Latina indican que el pobre acceso a la educación es un factor frecuentemente asociado al contagio por VIH en la población de adolescentes.

INFORMACIÓN

Entre los aspectos más relevantes que arroja el estudio, refiriéndonos a las fuentes de obtención de la información acerca del VIH/SIDA es en la escuela, seguido de la calle y en casa donde los jóvenes aprenden de la temática, al igual que los medios como el internet y la televisión forman parte de la obtención de la información. Éstos jóvenes, se sienten en confianza para hablar del tema con personas de su mismo rango de edades, puesto que son los amigos y los novios(as) con quienes comentan del tema, y muy distante quedan los padres de familia, algo propio de esta edad en donde los adolescentes buscan su autonomía. Sin embargo, la educación de los adolescentes por parte de los padres y profesores, continúa siendo un arma importante por la falta de toma de conciencia y el desconocimiento que existe la prevención de estas enfermedades en este grupo de edad. Enseñar sobre sexualidad no es sinónimo de incentivar a los adolescentes a iniciar sus prácticas sexuales, por el contrario es la forma de prevenir actos irresponsables que impliquen consecuencias graves para la salud.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS

El estudio revela que la mayoría de los adolescentes entrevistados poseen buenos conocimientos sobre la temática, ya que manejan en gran porcentaje lo que es el VIH/SIDA, su severidad, las formas de transmisión, su diagnóstico así como las medidas eficaces para su prevención además de conocer qué y cuáles son las prácticas de riesgo para contraer VIH/SIDA, aunque

lamentablemente su nivel de práctica sea deficiente, posiblemente porque no creen que puedan controlar su comportamiento sexual o que es propio de esta etapa.

La mayoría de los jóvenes reconoce que los síntomas de la enfermedad son muchos y que afectan al organismo, sin embargo un porcentaje considerable de estos chicos tiene dudas sobre si alguien con VIH no presenta síntomas, lo que nos puede explicar también las razones de las prácticas de riesgo en ellos a pesar de conocerlas y aun así creerse invulnerables.

Es interesante saber, que en este grupo de adolescentes algunos tabúes como que el VIH solo afecta a homosexuales, que se transmite por besos o por sentarse en inodoros y que solo los hombres puedan portar preservativos y que las mujeres que los andan es porque tienen múltiples parejas, no están arraigados lo que puede favorecer a realizar intervenciones para mejorar sus conocimientos y fortalecer sus actitudes y prácticas.

Si bien es cierto la mayoría maneja conceptos sobre vih sida, estos de alguna manera desarrollan cierto grado de tergiversación, debido al concepto individual de cada joven, más el hecho de la presión social acerca del comportamiento que deben de manejar ante cada una de las situaciones definidas con anterioridad.

TENDENCIA DE LAS ACTITUDES

Las actitudes son creencias en torno a un objeto o situación, que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada, es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. La valoración de las actitudes de los adolescentes hacia el VIH/SIDA es clave para garantizar el éxito de estrategias y programas de prevención.

Un importante hallazgo y al mismo tiempo favorable en este estudio es la aceptación del preservativo o condón como medio de prevención frente a la infección del VIH, además la actitud de ellos es favorable a que cualquiera, sea hombre o mujer pueda portar un preservativo sin que necesariamente sea por tener múltiples parejas.

Otras de las actitudes favorables que arroja el estudio es ante las relaciones sexuales de riesgo, haciendo que éstos jóvenes tengan una noción sobre los riesgos que conlleva este tipo de prácticas evitando así las relaciones sexuales casuales, las múltiples parejas y la combinación del sexo con cualquier droga o alcohol.

Tenemos que agregar también que estos jóvenes ante las personas con VIH/SIDA está dirigido hacia la aceptación, solidaridad y apoyo manifestado por su forma en tratarlo como alguien normal, sin rechazarlo ni menospreciarlo y manteniéndose a su lado si fueran su pareja.

PRÁCTICAS DE RIESGO

Está ampliamente demostrado que las prácticas de riesgo son un factor determinante en la propagación del VIH, situación que exige impulsar y desarrollar estrategias educativas y de prevención dirigidas a la adolescencia.

El 64.2% de los adolescentes encuestados, sin importar ninguna característica sociodemográfica, demostraron ejercer prácticas sexuales arriesgadas. Cuando las asociamos al nivel de conocimientos se demuestra que un buen nivel de conocimientos no es determinante para ejercer prácticas de bajo riesgo.

El estudio revela que el 27.6% de los encuestados ya inició vida sexual activa y la mayoría lo hizo entre los 16 a 17 años de edad. Casi nunca utilizan protección con un preservativo durante las relaciones, que una cantidad significativa de ellos tiene relaciones sexuales con otra pareja y, el haber tenido relaciones sexuales con más de una persona fue el factor de riesgo de más relevancia como práctica sexual riesgosa.

A nivel mundial, las campañas de prevención no han logrado los objetivos esperados; a pesar de que muchos jóvenes han adoptado cambios en sus prácticas sexuales como el aumento del uso del condón, y que sus actitudes frente al tema sean positivas en la mayoría de los casos, se espera que más jóvenes lo utilicen; de hecho, en otras poblaciones en las que se ha indagado sobre el uso del condón en adolescentes se ha confirmado la baja prevalencia de su uso. En el estudio, un 9.4% de los que ya han tenido relaciones sexuales afirmó utilizar condón en todos sus encuentros

En general, los resultados en el presente estudio son bastante semejantes a otros realizados en el país sobre la misma temática, en donde la inmensa mayoría tiene prácticas de riesgo en comparación a un alto nivel de conocimiento, lo que nos hace hincapié en la importancia de mejorar los aspectos prácticos del tema reforzando continuamente en los adolescentes una práctica sexual libre de riesgo para así evitar graves consecuencias en su vida.

CONCLUSIONES

1. Se observa predominio del grupo de edad entre 15 a 19 años, del sexo femenino, solteros, católicos y entre 1° y 2° año de secundaria.
2. El nivel de conocimientos de la población en estudio fue bueno en un 73.4% de los encuestados.
3. Respecto a la actitud frente al VIH/SIDA esta fue favorable en el 78.1% de los adolescentes.
4. El nivel de prácticas sobre el VIH/SIDA fue malo en el 64.2% de los encuestados.
5. La principal fuente de información sobre VIH/SIDA es el Internet y con quienes mayormente hablan del tema es con sus amistades.

RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud

- Coordinaciones con el Ministerio de Educación para brindar capacitaciones a los Maestros y el estudiantado del Colegio 1° de Junio del Barrio Jorge Dimitrov del Distrito I de Managua, Respecto a la temática del VIH/SIDA, haciendo énfasis en la prevención y prácticas adecuadas.
- Mejoramiento del Club de Adolescentes en la Unidad de Salud cercana al Colegio 1° de junio del Barrio Jorge Dimitrov de Managua, donde se brinden charlas que fortalezcan los conocimientos y actitudes y favorezcan prácticas adecuadas respecto al VIH/SIDA, procediendo a darles un seguimiento continuo para la evaluación del mismo.
- Mensajes educativos a través de medios audiovisuales, ya sea en campañas televisivas, radiales, perifoneo y entrega de brochures.

Al Ministerio de Educación

- Incluir en el Pensum Educativo de Secundaria, una materia en Salud sexual y Reproductiva haciendo énfasis en prevención del VIH y prácticas sexuales libres de riesgo.
- Divulgar mensajes sistemáticos en los medios de comunicación sobre educación sexual responsable con énfasis en VIH/SIDA en adolescentes.
- Brindar más activamente educación sobre sexualidad sin influencia de tabúes ni prejuicios sociales que existen alrededor del tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anderson, K., (2007). Diccionario de Medicina Océano Mosby. Barcelona, España: Editorial Océano
2. Catacora-López, F., Villanueva-Roque, J. (2007). Conocimientos sobre vih/sida y prácticas sexuales de escolares de Tacna, Perú 2004. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 24(3), 240-247
3. Dávila, M., Tagliaferro, A., Bullones, X., y Daza, D. (2008). Nivel de Conocimiento de Adolescentes sobre VIH/SIDA. *Rev. Salud Pública.* 10 (5):716-722
4. Flores, O., (2004). Conocimientos y actitudes acerca de las ITS y VIH/SIDA de los/las adolescentes que asisten al Centro de Salud de Juigalpa "Dr. Adán Barillas Huete" durante el primer semestre del año 2004
5. Gatell, J., Miró, J., y Pumarola T., (2012). Infecciones causadas por los virus de la inmunodeficiencia humana tipos 1 y 2. En Farreras, P., Rozman, C. (pp. 2298-2309)
6. Macci, M., Benítez, S., Corvalán, A., Núñez, C., y Ortigoza, D. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de educación del área metropolitana, Paraguay. *Arch Pediatr Urug* 2008; 79(3): 253-263
7. Martínez y Martínez R, Cuevas A, Apodaca J. S. Etapa adolescencia. En Martínez y Martínez R. (2005) La salud del niño y del adolescente. (pp. 1560-1627). México: Manual Moderno
8. MINSa. (2010). Guía de Terapia antirretroviral en adultos con VIH. Managua: MINSa
9. MINSa. (2011). Componente ITS, VIH-SIDA Situación Epidemiológica VIH SIDA Quinquenio 2007 a 2011. Managua: MINSa
10. Navarro, E., Vargas, R. (2004). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados, Barranquilla, julio - noviembre de 2003. *Salud Uninorte.*19: 14-24
11. Needlman R. D. (2004) Adolescencia. En Behrman, Kliegman, Jenson Nelson Tratado de pediatría (pp. 53-58). Elsevier
12. OMS. (2013). Lidar con el VIH en la adolescencia. Recuperado de <http://www.who.int/features/2013/adolescents-hiv/es/>

13. ONUSIDA. (2011). Informe de ONUSIDA para el día mundial del sida. Suiza: UNAIDS
14. Quinn, T. (2009). Epidemiología de la Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. En Goldman, L., Ausiello, D. Cecil Tratado de medicina interna (pp. 2561-2567).
15. Regina, E. (2009). Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en adolescentes de enseñanza Politécnica. Municipio Yaguajay, 2009.
16. Reyes, A., (2012). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA en los adolescentes de secundaria del turno matutino del Colegio Público Salomón Ibarra Mayorga del Distrito V de Managua, en el período del 1 de Agosto al 31 de Octubre del 2011
17. Rivas, E., Rivas, A., Barría, M., y Sepúlveda, C. (2009). Conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA de estudiantes de Enfermería de las Universidades de La Frontera y Austral de Chile. Temuco - Valdivia. Chile, 2004. *Ciencia y Enfermería XV (1)*: 109-19
18. Rocha, E., (2007). Conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo de las ITS y VIH/SIDA que tienen los adolescentes de cinco colegios de educación media de la ciudad de Bilwi, Puerto Cabezas II semestre año 2006
19. Salazar, C. (2012). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VIH/SIDA en los estudiantes mayores de 15 años del colegio moravo de la ciudad de Bluefields del 1 al 30 de noviembre del 2011.
20. Zolopa, A., Katz, M. (2007). Infección por virus de la inmunodeficiencia humana. En McPhee, S., Papadakis, M., Diagnóstico Clínico y Tratamiento (pp. 1346-1377).

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO "RUBEN DARIO"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Cuestionario con fines investigativos para el estudio titulado:
Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015.

Tome su debido tiempo para contestar este cuestionario según su criterio personal. La información obtenida se mantendrá en estricta confidencialidad.

I- DATOS GENERALES.

- 1.- Edad en años: a) 10 a 14 años ____ b) 15 a 19 años ____
- 2.- Sexo: a) Masculino: ____ b) Femenino ____
- 3- Estado Civil: a) Soltero (a) ____ b) Acompañado (a) ____ c) Casado (a) ____
- 4- Religión: a) Católica ____ b) Evangélica ____ c) Otras ____
- 5- Nivel de Escolaridad: a) 1° y 2° año ____ b) 3° y 4° año ____ c) 5° año ____

II – CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA.

A. CONOCIMIENTOS GENERALES.

PREGUNTAS	SI	NO	NO SABE
1) El SIDA significa Síndrome de inmunodeficiencia adquirida			
2) El VIH significa Virus de inmunodeficiencia humana			
3) EL VIH/sida se cura en la mayoría de los casos			
4) Cuando una persona tiene VIH/SIDA y tiene relaciones sexuales sin protección (condón) es necesario dar tratamiento a la pareja			
5) Si una persona utiliza correctamente el condón se protege del VIH/SIDA.			
6) El VIH/sida es un problema de salud importante en Nicaragua			
7) El VIH/SIDA tiene cura			
8) El VIH /SIDA en una enfermedad de transmisión sexual			
9) Cuando una persona tiene SIDA no desarrolla defensas contra las enfermedades			
10) Las personas que padecen de SIDA comúnmente se ponen delgadas			
11) El sida es una enfermedad que pone en peligro la vida de las personas que la padecen			
12) El SIDA se puede curar si se diagnóstica pronto			

B. FORMAS DE TRANSMISION:

PREGUNTAS	SI	NO	NO SABE
1) Es una enfermedad que se transmite a través de un contacto sexual con una persona infectada.			
2) Las personas con muchas parejas sexuales tienen mayor riesgo de contagiarse de VIH/SIDA.			
3) Se puede contagiarse de VIH-SIDA por compartir agujas o jeringuillas.			
4) Se transmite por mala higiene personal.			
5) No uso de preservativo durante la relación sexual.			
6) Una persona puede estar infectada por el VIH y no presentar síntomas.			
7) Una madre que tiene VIH-SIDA puede transmitirlo a su bebe durante el parto y durante el período de lactancia materna			
8) El VIH-SIDA es una enfermedad que solo le da a homosexuales			
9) El VIH-SIDA puede transmitirse si dos personas se besan, es decir por saliva o por lagrimas			
10) Se puede adquirir si alguien se sienta en la tasa de un inodoro o letrina que haya sido ocupado previamente por una persona enferma de VIH-SIDA			

C. DIANOSTICO.

PREGUNTAS	SI	NO	NO SABE
1) ¿Por lo que usted observa?			
2) Por lo que le dice algún amigo o conocido.			
3) Por lo que le refiere el médico y/o cualquier profesional de la salud al examinarlo.			
4) Por el resultado de laboratorio.			

D. TRATAMIENTO.

PREGUNTAS	SI	NO	NO SABE
1)Usted mismo se daría tratamiento			
2)Tomaría medicamentos recomendados por amigos o familiares			
3) Acudiría a un curandero			
4) Tomaría medicamentos indicados por el médico			

E. SIGNOS Y SINTOMAS

PREGUNTAS	SI	NO	NO SABE
1) Fiebre			
2) Picazón en la región genital			
3) Pérdida de peso			
4) Diarrea			
5) Vómitos			
6) Dolor de Cabeza			
7) Escalofríos			
8) Verrugas (pelotitas en tus partes íntimas)			
9) Salida de pus a través de tus partes íntimas			
10) úlceras o granos cerca de tus partes			
11) Ganglios (secas o mancuernas) en la ingle			

F. MEDIDAS DE PREVENCIÓN.

PREGUNTAS	SI	NO	NO SABE
1) No teniendo relaciones sexuales.			
2) Teniendo una sola pareja.			
3) No usar drogas por las venas.			
4) Reducir el número de parejas sexuales.			
5) Usando condón.			
6) Practicando sexo oral.			
7) Eyacular (terminar) fuera de la pareja.			
8) Masturbándose.			
9) No usando baños públicos.			
10) No usar jeringas contaminadas.			

III. ACTITUD FRENTE AL VIH/SIDA

A: De acuerdo D: En duda DS: En desacuerdo

A. ANTE EL USO DEL CONDÓN.

PROPOSICIONES	A	D	DS
1) El preservativo disminuye el placer sexual			
2) Es mejor usar el preservativo con personas con las que tienen relaciones de vez en cuando			
3) Me daría mucha vergüenza comprar un condón			
4) Crees que el condón o preservativo hace que el hombre pierda la erección del pene			

5) Debe de evitarse el uso del preservativo porque va contra la religión			
6) Solo los hombres deben portar preservativos			
7) Las mujeres que portan preservativos es que han tenido múltiples parejas sexuales			

B. ANTE LAS RELACIONES SEXUALES DE RIESGO.

PREGUNTAS	A	D	DS
1) Evitar tener relaciones sexuales con amistades casuales			
2) Una persona de tu edad debe tener relaciones sexuales con diferentes parejas.			
3) No tener relaciones sexuales disminuye el riesgo de contraer VIH/SIDA.			
4) Practicando sexo oral con personas que no conoces es una actitud de riesgo ante el VIH/SIDA.			
5) Entre más joven tienes relaciones sexuales es mejor			
6) Combinar el sexo con el alcohol y las drogas es más placentero.			

C. ANTE LAS PERSONAS PORTADORAS DE VIH/SIDA.

PREGUNTAS	A	D	DS
1) Rechazaría a alguien que tenga VIH/SIDA			
2) Lo trataría como una persona normal			
3) Las personas con VIH/SIDA tienen el castigo que se merecen			
4) Si fuera su pareja NO tendría relaciones sexuales con él o ella pero lo besaría			
5) NO me pasa nada por estar en la misma aula con una persona con VIH/SIDA			

IV-PRACTICAS EN RELACION AL VIH/SIDA

PRACTICAS DE RIESGO

1. ¿Has utilizado algún tipo de droga inyectada?	SI	NO
2. ¿Tienes tatuajes?		
3. ¿Practicas la fidelidad?		
4. ¿Acostumbas a portar siempre un condón en tu billetera o mochila?		

PRACTICAS SEXUALES

5. ¿Has tenido relaciones sexuales?

SI _____ NO _____

(Si su respuesta es NO pase a la Parte V: Fuente de información sobre VIH)

6. ¿Edad de Inicio de las Relaciones Sexuales?

10-11 años _____ 12-13 años _____ 14-15 años _____ 16-17 años _____ 18-19 años _____

7. ¿En tus relaciones sexuales utilizas condón?

Siempre _____ Casi Siempre _____ Nunca _____

8. ¿Tenés relaciones sexuales con otra persona, además de tu pareja?

SI _____ NO _____

9. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?

1 _____ 2 _____ 3 a más _____

V-FUENTE DE INFORMACION SOBRE VIH

A -MEDIOS MASIVOS DE INFORMACIÓN SOBRE VIH SIDA/SIDA.

FUENTES DE INFORMACION	MARQUE CON UNA X
TV	
Internet	
Revistas y/o brochures	
Radio	
Libros	

B- PERSONAS CON QUIEN HAS HABLADO DE VIH/SIDA.

PERSONAS CON QUIEN HAS HABLADO DE VIH/SIDA	MARQUE CON UNA X
Amigos (as)	
Novio (a)	
Maestros	
Médicos	
Hermanos	
Madre	
Padre	
Sacerdote/Pastor	
Pareja	

C- LUGAR DONDE HAN ESCUCHADO HABLAR DE VIH/SIDA.

LUGAR DONDE HAN ESCUCHADO HABLAR DE VIH/SIDA	MARQUE CON UNA X
Escuela	
Calle	
Iglesias	
Casa	
Unidades de Salud	
Bares	

Observación:

Gracias por su colaboración...

CUADRO N° 1

Características Socio Demográficas de los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

n=192

Características Sociodemográficas		
Edad	N°	%
10-14 años	53	27.6
15-19 años	139	72.4
Sexo		
Masculino	77	40.1
Femenino	115	59.9
Estado civil		
Soltero (a)	161	83.8
Acompañado (a)	27	14.1
Casado (a)	4	2.1
Religión		
Católica	104	54.2
Evangélica	67	34.9
Otras	21	10.9
Escolaridad		
1° y 2° año	120	62.5
3° y 4° año	61	31.8
5° año	11	5.7

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 2

Conocimientos generales sobre VIH/SIDA en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

n=192

Conocimientos Generales sobre VIH/SIDA	Si		No		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) El SIDA significa Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	120	62.5	40	20.8	32	16.7
2) El VIH significa Virus de inmunodeficiencia humana	133	69.3	47	24.5	12	6.2
3) EL VIH/SIDA se cura en la mayoría de los casos	39	20.3	149	77.6	4	2.1
4) Cuando una persona tiene VIH/SIDA y tiene relaciones sexuales sin protección (condón) es necesario dar tratamiento a la pareja	162	84.4	13	6.8	17	8.8
5) Si una persona utiliza correctamente el condón se protege del VIH/SIDA	139	72.4	11	5.7	42	21.9
6) El VIH/SIDA es un problema de salud importante en Nicaragua	117	60.9	32	16.7	43	22.4
7) El VIH/SIDA tiene cura	34	17.7	145	75.5	13	6.8
8) El VIH /SIDA es una enfermedad de transmisión sexual	124	64.6	17	8.8	51	26.6
9) Cuando una persona tiene SIDA no desarrolla defensas contra las enfermedades	88	45.8	59	30.7	45	23.5
10) Las personas que padecen de SIDA comúnmente se ponen delgadas	115	59.9	24	12.5	53	27.6
11) El SIDA es una enfermedad que pone en peligro la vida de las personas que la padecen	157	81.8	7	3.6	28	14.6
12) El SIDA se puede curar si se diagnostica pronto	29	15.1	132	68.8	31	16.1

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 3

Conocimientos sobre formas de transmisión del VIH/SIDA en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

n=192

Cómo se transmite el VIH/SIDA	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) Es una enfermedad que se transmiten a través de un contacto sexual con una persona infectada	129	67.2	28	14.6	35	18.2
2) Las personas con muchas parejas sexuales tienen mayor riesgo de contagiarse de VIH/SIDA.	143	74.5	11	5.7	38	19.8
3) Se puede contagiar de VIH-SIDA por compartir agujas o jeringuillas.	152	79.2	7	3.6	33	17.2
4) Se transmite por mala higiene personal	64	33.3	125	65.1	3	1.6
5) No uso de preservativos en una relación sexual	110	57.3	35	18.2	47	24.5
6) Una persona puede estar infectada por el VIH y no presentar síntomas.	32	16.7	47	24.5	113	58.8
7) Una madre que tiene VIH-SIDA puede transmitirlo a su bebe durante el parto y durante el período de lactancia materna	120	62.5	55	28.7	17	8.8
8) El VIH-SIDA es una enfermedad que solo le da a homosexuales	99	51.6	69	35.9	24	12.5
9) El VIH-SIDA puede transmitirse si dos personas se besan, es decir por saliva o por lagrimas	28	14.6	151	78.6	13	6.8
10) Se puede adquirir si alguien se sienta en la tasa de un inodoro o letrina que haya sido ocupado previamente por una persona enferma de VIH-SIDA	14	7.3	166	86.4	12	6.3

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 4

Conocimientos sobre el Diagnóstico del VIH/SIDA en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

n=192

Diagnostico	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) ¿Por lo que usted observa?	83	43.2	87	45.3	22	11.5
2) Por lo que le dice algún amigo o conocido	143	74.5	42	21.9	7	3.6
3) Por lo que le refiere el médico y/o cualquier profesional de la salud al examinarlo	162	84.4	22	11.4	8	4.2
4) Por el resultado de laboratorio	178	92.7	11	5.7	3	1.6

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 5

Conocimientos sobre el tratamiento del VIH/SIDA en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

n=192

Tratamiento	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) Usted mismo se daría tratamiento	51	26.6	52	27.1	89	46.3
2) Tomaría medicamentos recomendados por amigos o familiares	47	24.5	42	21.9	103	53.6
3) Acudiría a un curandero	11	5.7	134	69.8	47	24.5
4) Tomaría medicamentos indicados por el médico	178	92.7	3	1.6	11	5.7

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 6

Conocimientos sobre signos y síntomas del VIH/SIDA en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

n=192

Signos y Síntomas	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) Fiebre	132	68.8	34	17.7	26	13.5
2) Picazón en la región genital	89	46.3	17	8.9	86	44.8
3) Pérdida de peso	117	60.9	13	6.8	62	32.3
4) Diarrea	45	23.5	53	27.6	94	48.9
5) Vómitos	78	40.6	77	40.1	37	19.3
6) Dolor de Cabeza	34	17.7	72	37.5	86	44.8
7) Escalofríos	95	49.5	33	17.2	64	33.3
8) Verrugas (pelotitas en tus partes íntimas)	72	37.5	82	42.7	38	19.8
9) Salida de pus a través de tus partes íntimas	85	44.3	66	34.3	41	21.4
10) úlceras o granos cerca de tus partes	56	29.2	110	57.3	26	13.5
11) Ganglios (secas o mancuernas) en la ingle	62	32.3	117	60.9	13	6.8

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 7

Conocimientos sobre medidas de prevención del VIH/SIDA en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

n=192

Medidas de Prevención	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) No teniendo relaciones sexuales	138	71.9	24	12.5	30	15.6
2) Teniendo una sola pareja	166	86.5	11	5.7	15	7.8
3) No usar drogas por las venas	156	81.3	7	3.6	29	15.1
4) Reducir el número de parejas sexuales	143	74.5	3	1.6	46	23.9
5) Usando condón	141	73.4	33	17.2	18	9.4
6) Practicando sexo oral	43	22.4	52	27.1	97	50.5
7) Eyacular (terminar) fuera de la pareja	57	29.7	63	32.8	72	37.5
8) Masturbándose	13	6.8	122	63.5	57	29.7
9) No usando baños públicos	64	33.3	117	60.9	11	5.7
10) No usar jeringas contaminadas	161	83.8	9	4.7	22	11.5

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 8

Actitud ante el uso del condón en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015
n=192

Actitud ante el uso del condón	A		D		DS	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) El preservativo disminuye el placer sexual	89	46.3	28	14.6	75	39.1
2) Es mejor usar el preservativo con personas con las que tienen relaciones de vez en cuando	72	37.5	52	27.1	68	35.4
3) Me daría mucha vergüenza comprar un condón	115	59.9	12	6.2	65	33.9
4) Crees que el condón hace que el hombre pierda la erección del pene	49	25.5	32	16.7	111	57.8
5) Debe de evitarse el uso del preservativo porque va contra la religión	22	11.5	11	5.7	159	82.8
6) Solo los hombres deben portar preservativos	76	39.6	27	14.1	89	46.3
7) Las mujeres que portan preservativos es que han tenido múltiples parejas sexuales	42	21.9	7	3.6	143	74.5

Fuente: Encuesta

A: De acuerdo. D: En duda. DS: En desacuerdo

CUADRO N° 9

Actitud ante las relaciones sexuales de riesgo en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

n=192

Actitud ante las relaciones sexuales de riesgo	A		D		DS	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) Evitar tener relaciones sexuales con amistades casuales	92	47.9	24	12.5	76	39.6
2) Una persona de tu edad debe tener relaciones sexuales con diferentes parejas.	67	34.9	43	22.4	82	42.7
3) No tener relaciones sexuales disminuye el riesgo de contraer VIH/SIDA.	182	94.8	3	1.6	7	3.6
4) Practicando sexo oral con personas que no conoces es una actitud de riesgo ante el VIH/SIDA.	95	49.5	80	41.7	17	8.8
5) Entre más joven tienes relaciones sexuales es mejor	57	29.7	67	34.9	68	35.4
6) Combinar el sexo con el alcohol y las drogas es más placentero	32	16.7	11	5.7	149	77.6

Fuente: Encuesta

A: De acuerdo. D: En duda. DS: En desacuerdo

CUADRO N° 10

Actitud ante las personas portadoras de VIH/SIDA en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

n=192

Actitud ante las personas portadoras de VIH/SIDA	A		D		DS	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) Rechazaría a alguien que tenga VIH/SIDA	32	16.7	43	22.4	117	60.9
2) Lo trataría como una persona normal	113	58.8	41	21.4	38	19.8
3) Las personas con VIH/SIDA tienen el castigo que se merecen	7	3.6	15	7.8	170	88.6
4) Si fuera su pareja NO tendría relaciones sexuales con él o ella pero lo besaría	75	39.1	64	33.3	53	27.6
5) NO me pasa nada por estar en la misma aula con una persona con VIH/SIDA	178	92.7	3	1.6	11	5.7

Fuente: Encuesta

A: De acuerdo. D: En duda. DS: En desacuerdo

CUADRO N° 11

Prácticas de riesgo en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

n=192

Prácticas de Riesgo	SI		NO	
	N°	%	N°	%
1. ¿Has utilizado algún tipo de droga inyectada?	5	2.6	187	97.4
2. ¿Tienes tatuajes?	21	10.9	171	89.1
3 ¿Prácticas la fidelidad?	113	58.8	79	41.2
4. ¿Acostumbras a portar siempre un condón en tu billetera o mochila?	17	8.8	175	91.2

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 12 A

Antecedentes de prácticas sexuales en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

n=192

¿Has tenido relaciones sexuales?	SI		NO	
	N°	%	N°	%
	53	27.6	139	72.4

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 12 B

Antecedentes de prácticas sexuales en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

n=53

Edad de Inicio de las Relaciones Sexuales	10-11 años		12-13 años		14-15 años		16-17 años		18-19 años	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	3	5.7	6	11.3	16	30.2	21	39.6	7	13.2

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 12 C

Antecedentes de prácticas sexuales en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

n= 53

Uso del condón en las relaciones sexuales	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		NUNCA	
	N°	%	N°	%	N°	%
	5	9.4	11	20.8	37	69.8

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 12 D

Antecedentes de prácticas sexuales en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

n= 53

¿Tienes relaciones sexuales con otra persona, además de tu pareja?	SI		NO	
	N°	%	N°	%
	21	39.6	32	60.4

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 12 E

Antecedentes de prácticas sexuales en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

n=53

¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?	Una		Dos		Tres a mas	
	N°	%	N°	%	N°	%
	6	11.3	15	28.3	32	60.4

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 13

Medios masivos de información sobre VIH/SIDA que utilizan los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

n= 192

Fuentes de información	N°	%
Internet	184	95.8
T.V.	180	93.8
Radio	146	76.1
Revistas y/o Brochures	132	68.8
Libros	87	45.3

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 14

Personas con quienes han hablado sobre VIH/SIDA los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

n= 192

Personas con quien has hablado de VIH/SIDA	N°	%
Amigos	175	91.1
Novio (a)	134	69.8
Maestros	126	65.6
Madre	67	34.9
Hermanos	56	29.2
Médicos	34	17.7
Padre	22	11.5
Sacerdote/Pastor	7	3.6
Pareja	3	1.6

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 15

Lugares donde han escuchado hablar sobre VIH/SIDA los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

n= 192

Lugares donde han escuchado hablar sobre VIH/SIDA	N°	%
Escuela	178	92.7
Calle	88	45.8
Casa	46	23.9
Unidades de salud	22	11.4
Iglesias	9	4.7
Bares	5	2.6

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 16

Nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

n= 192

Nivel de Conocimiento	N°	%
Bueno	141	73.4
Regular	36	18.8
Malo	15	7.8

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 17

Nivel de actitud sobre VIH/SIDA en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

n=192

Nivel de Actitud	N°	%
Favorable	150	78.1
Desfavorable	42	21.9

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 18

Nivel de práctica sobre VIH/SIDA en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

n= 53

Nivel de Práctica	N°	%
Buena	7	13.2
Regular	12	22.6
Mala	34	64.2

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 19

Nivel de Conocimiento versus Nivel de Actitud en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

n=192

Nivel de conocimiento	Nivel de Actitud			
	Favorable		Desfavorable	
	N°	%	N°	%
Bueno	125	88.7	16	11.3
Regular	12	33.3	24	66.7
Malo	13	86.7	2	13.3

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 20

Nivel de conocimiento versus nivel de práctica en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

n=53

Nivel de conocimiento	Nivel de Práctica					
	Bueno		Regular		Malo	
	N°	%	N°	%	N°	%
Bueno	4	26.7	2	13.3	9	60.0
Regular	2	8.3	8	33.3	14	58.4
Malo	1	7.1	2	14.3	11	78.6

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 21

Características Socio Demográficas versus nivel de conocimiento en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

n=192

NIVEL DE CONOCIMIENTOS						
Características Sociodemográficas	BUENO		REGULAR		MALO	
	N°	%	N°	%	N°	%
Edad						
10-14 años	14	26.4	31	58.5	8	15.1
15-19 años	127	91.3	5	3.6	7	5.1
Sexo						
Masculino	59	76.6	16	20.8	2	2.6
Femenino	82	71.3	20	17.4	13	11.3
Estado civil						
Soltero (a)	125	77.6	23	14.3	13	8.1
Acompañado (a)	14	51.9	12	44.4	1	3.7
Casado (a)	2	50.0	1	25.0	1	25.0
Religión						
Católica	98	94.2	2	1.9	4	3.9
Evangélica	32	47.8	28	41.8	7	10.4
Otras	11	52.4	6	28.5	4	19.1
Escolaridad						
1° y 2° año	100	83.4	10	8.3	10	8.3
3° y 4° año	32	52.5	25	40.9	4	6.6
5° año	9	81.8	1	9.1	1	9.1

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 22

Características Socio Demográficas versus nivel de actitud en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

n=192

Características Sociodemográficas	NIVEL DE ACTITUD			
	FAVORABLE		DESFAVORABLE	
Edad	N°	%	N°	%
10-14 años	38	71.7	15	28.3
15-19 años	112	80.6	27	19.4
Sexo				
Masculino	62	80.6	15	19.4
Femenino	88	76.5	27	23.5
Estado civil				
Soltero (a)	128	79.5	33	20.5
Acompañado (a)	20	74.1	7	25.9
Casado (a)	2	50.0	2	50.0
Religión				
Católica	88	84.6	16	15.4
Evangélica	49	73.1	18	26.9
Otras	13	61.9	8	38.1
Escolaridad				
1° y 2° año	94	78.3	26	21.7
3° y 4° año	49	80.3	12	19.7
5° año	7	63.6	4	36.4

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 23.

Características Socio Demográficas versus nivel de Práctica en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

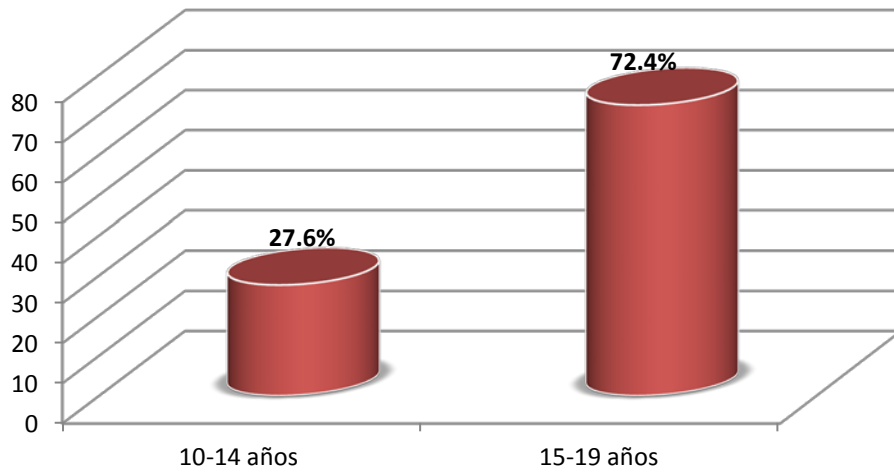
n=53

NIVEL DE PRACTICA						
Características Sociodemográficas	BUENA		REGULAR		MALA	
Edad	N°	%	N°	%	N°	%
10-14 años	1	5.0	4	20.0	15	75.0
15-19 años	6	18.2	8	24.2	19	57.6
Sexo						
Masculino	3	11.6	5	19.2	18	69.2
Femenino	4	14.8	7	25.9	16	59.3
Estado civil						
Soltero (a)	2	7.1	4	14.3	22	78.6
Acompañado (a)	4	19.1	6	28.6	11	52.3
Casado (a)	1	25.0	2	50.0	1	25.0
Religión						
Católica	3	14.3	5	23.8	13	61.9
Evangélica	2	8.7	5	21.7	16	69.6
Otras	2	22.2	2	22.2	5	55.6
Escolaridad						
1° y 2° año	4	12.5	10	31.2	18	56.3
3° y 4° año	1	7.1	1	7.1	12	85.8
5° año	2	28.6	1	14.3	4	57.1

Fuente: Encuesta

GRÁFICO N° 1

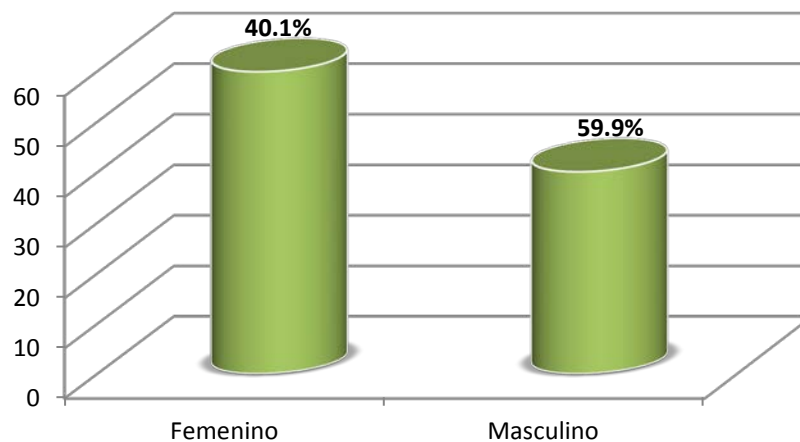
Edad de los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 1

GRÁFICO N° 2

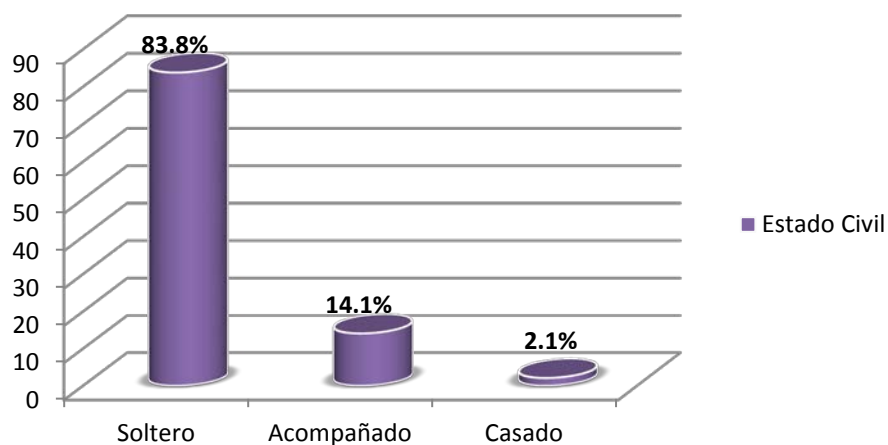
Sexo de los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 1

GRÁFICO N° 3

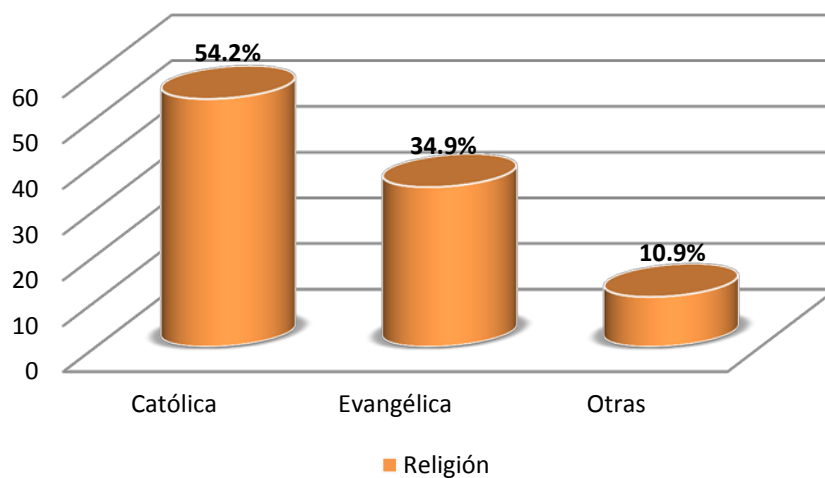
Estado Civil de los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 1

GRÁFICO N° 4

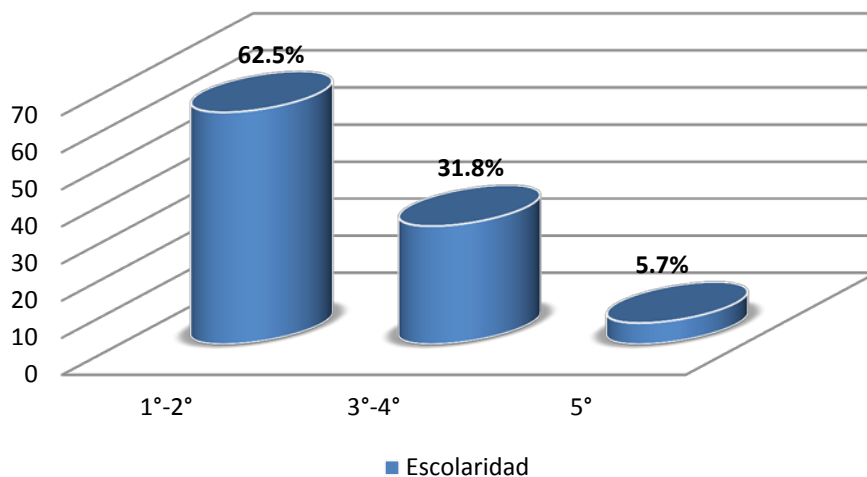
Creencias Religiosas de los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 1

GRÁFICO N° 5

Escolaridad de los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 1

GRÁFICO N° 6

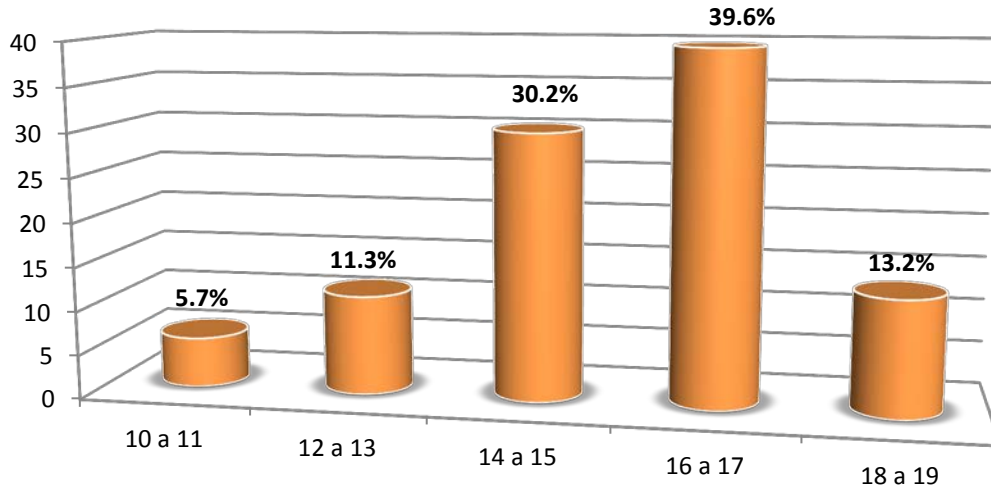
Antecedentes de prácticas sexuales en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 12A

GRÁFICO N° 7

Edad de inicio de las prácticas sexuales en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

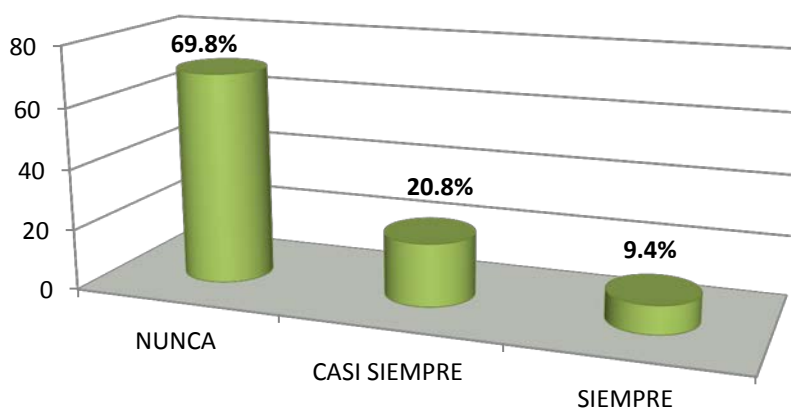


Fuente: Cuadro 12B

GRÁFICO N° 8

Antecedentes de prácticas sexuales en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

Uso del condón en las relaciones sexuales

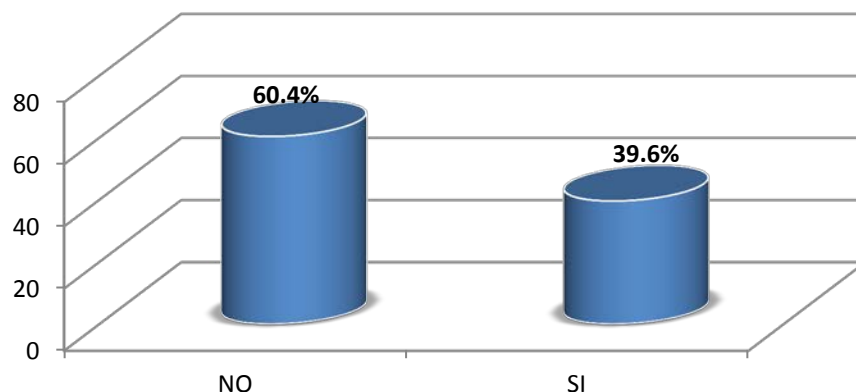


Fuente: Cuadro 12C

GRÁFICO N° 9

Antecedentes de prácticas sexuales en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

Relaciones sexuales con otra pareja

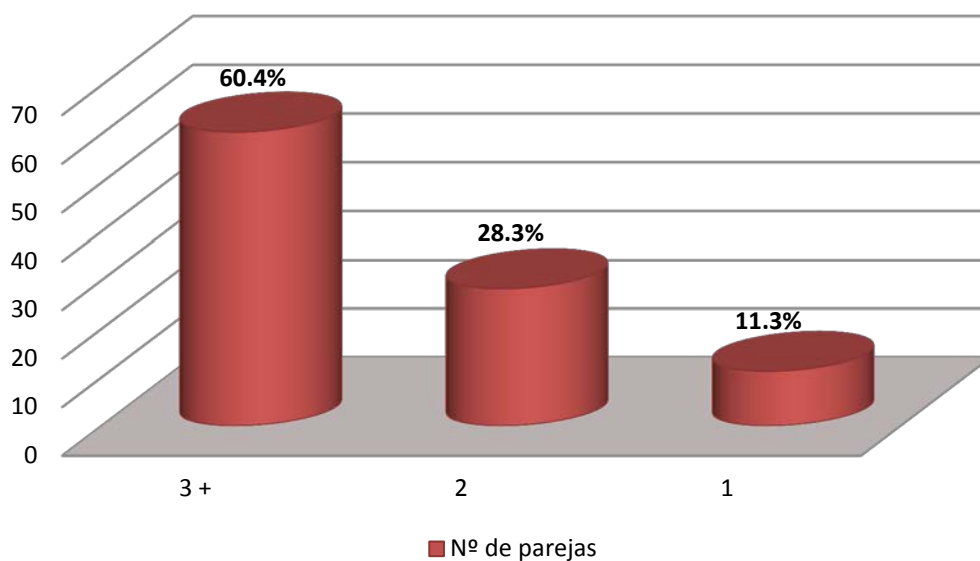


Fuente: Cuadro 12D

GRÁFICO N° 10

Antecedentes de prácticas sexuales en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015

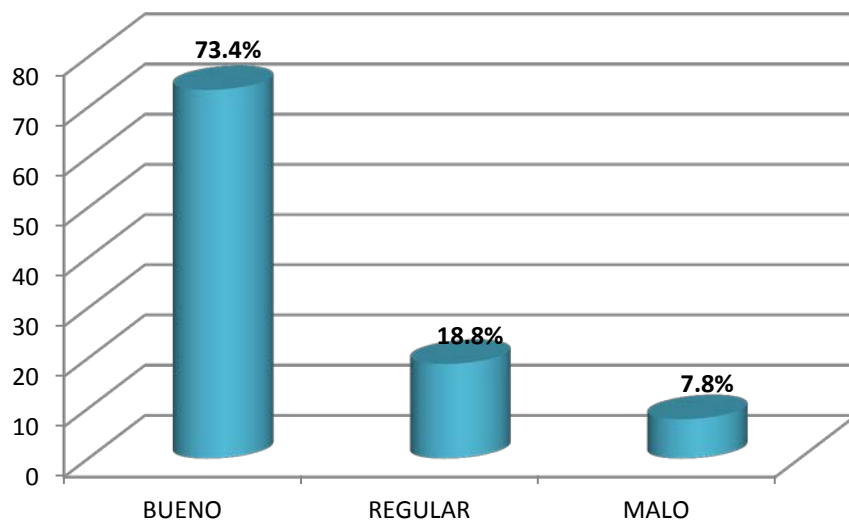
¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?



Fuente: Cuadro 12E

GRÁFICO N° 11

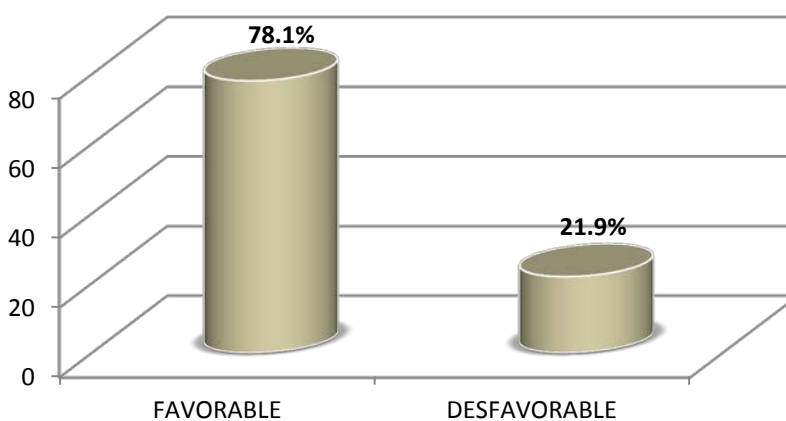
Nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 16

GRÁFICO N° 12

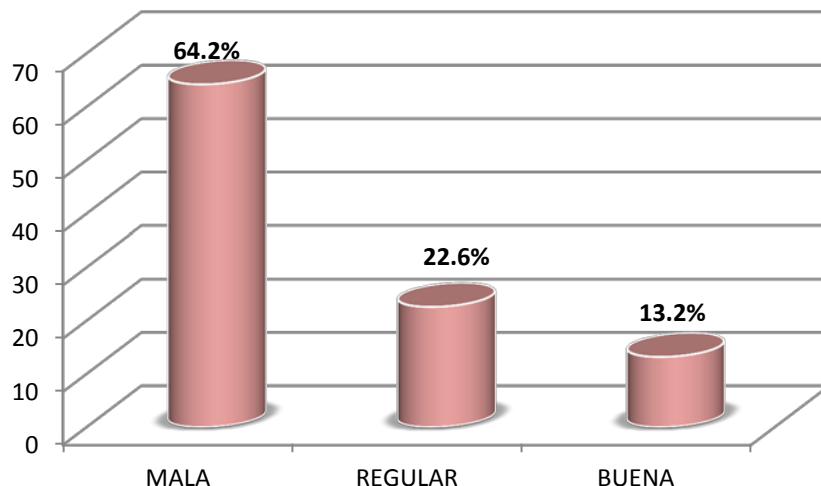
Nivel de actitud sobre VIH/SIDA en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 17

GRÁFICO N° 13

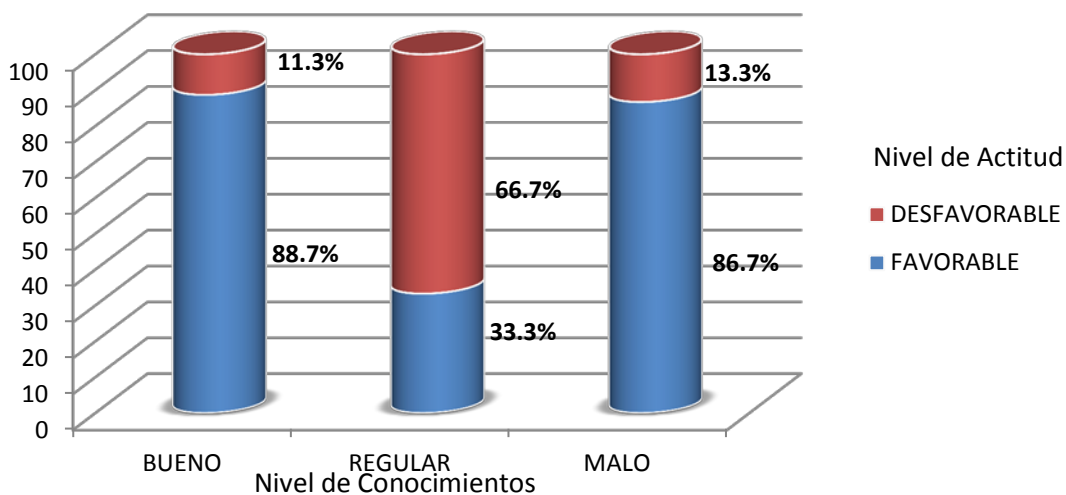
Nivel de práctica sobre VIH/SIDA en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 18

GRÁFICO N° 14

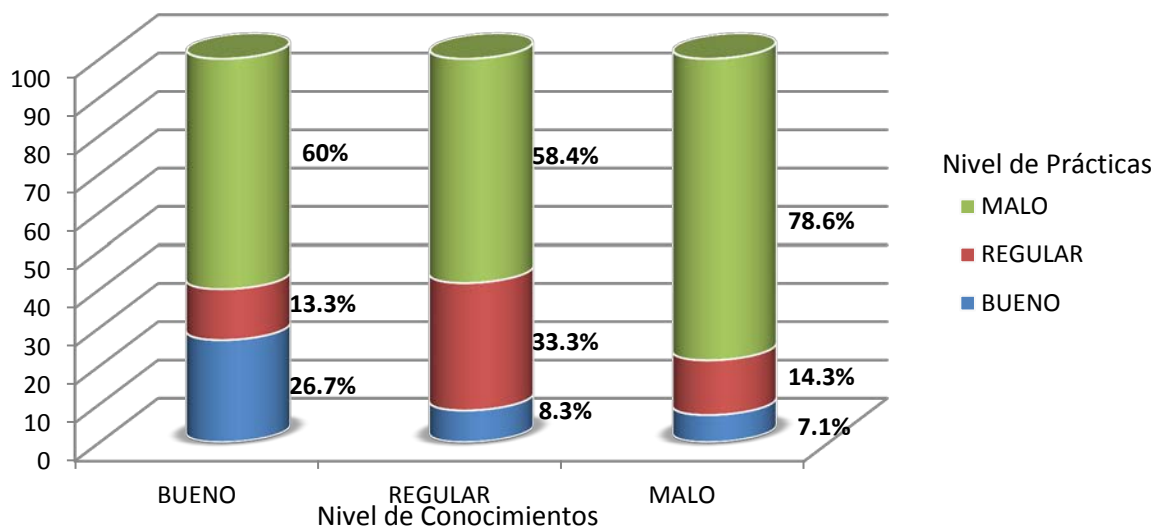
Nivel de Conocimiento versus Nivel de Actitud en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 19

GRÁFICO N° 15

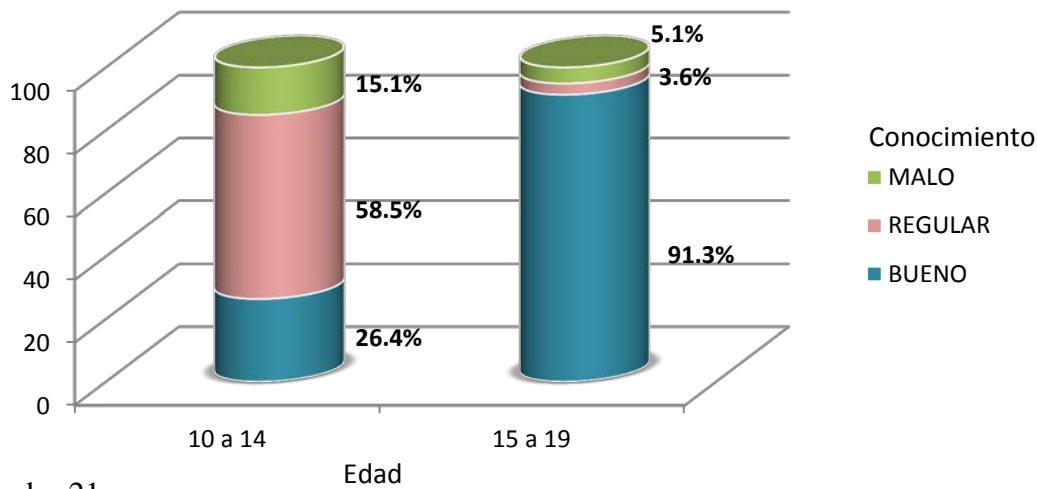
Nivel de conocimiento versus nivel de práctica en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 20

GRÁFICO N° 16

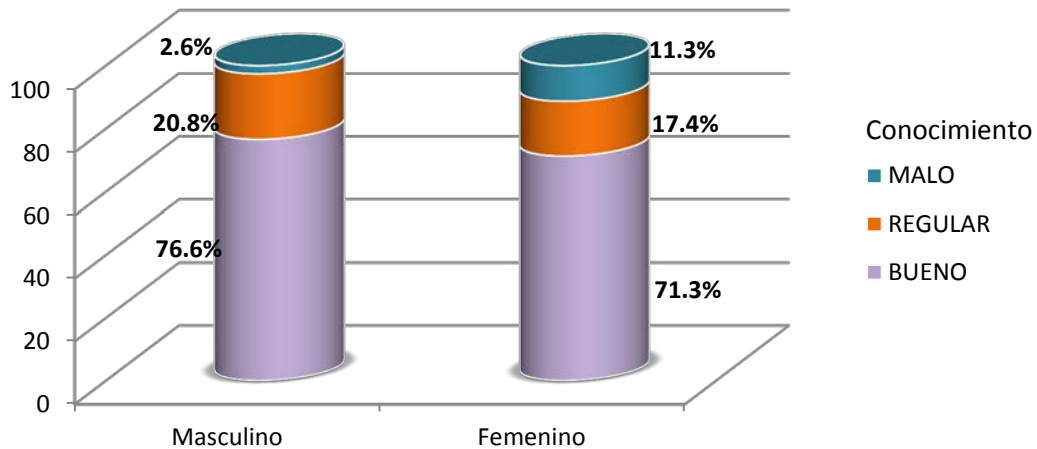
Edad versus nivel de conocimiento en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 21

GRÁFICO N° 17

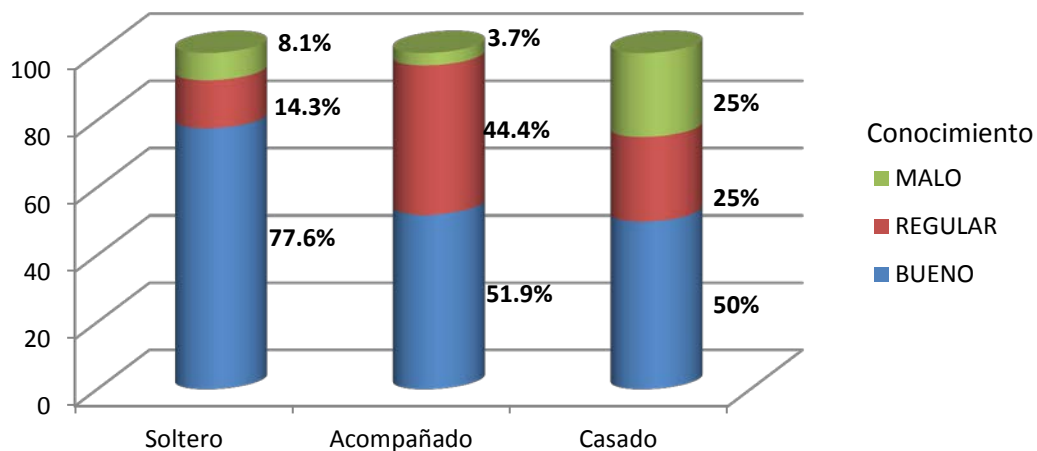
Sexo versus nivel de conocimiento en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 21

GRÁFICO N° 18

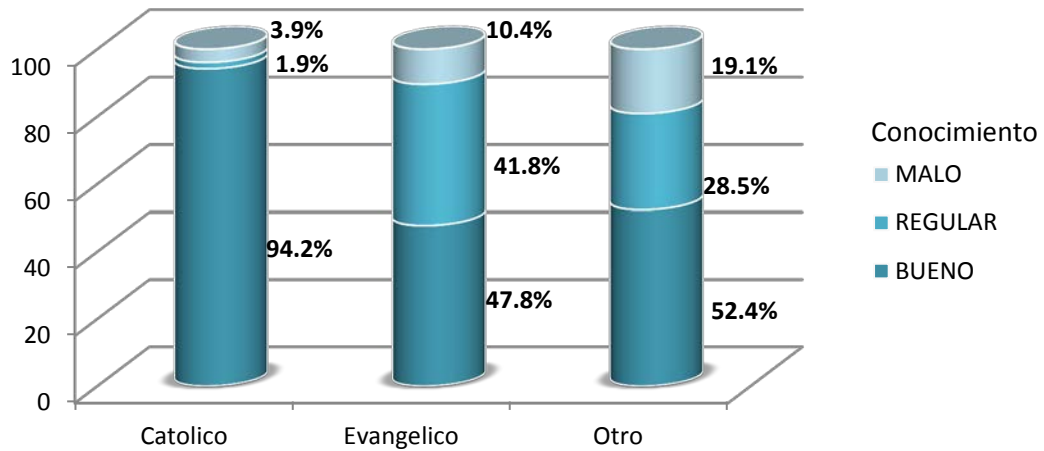
Estado Civil versus nivel de conocimiento en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 21

GRÁFICO N° 19

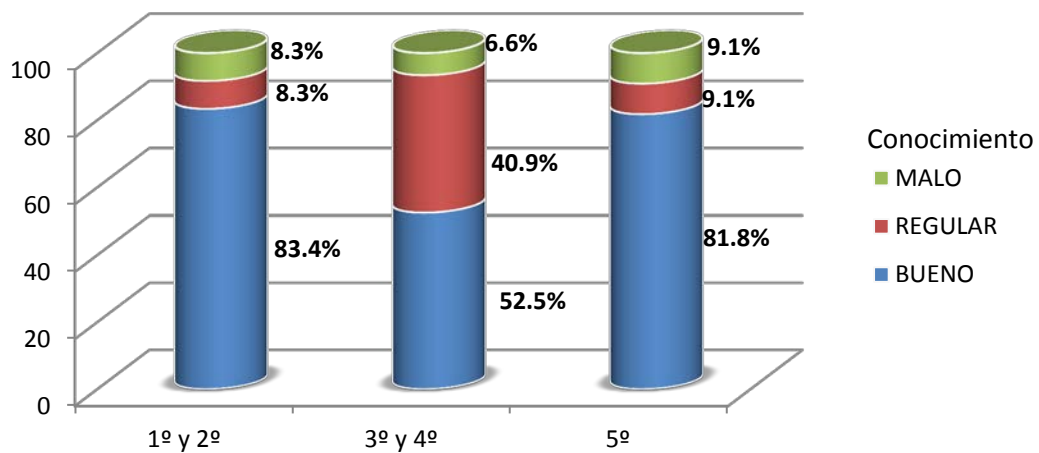
Religión versus nivel de conocimiento en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 21

GRÁFICO N° 20

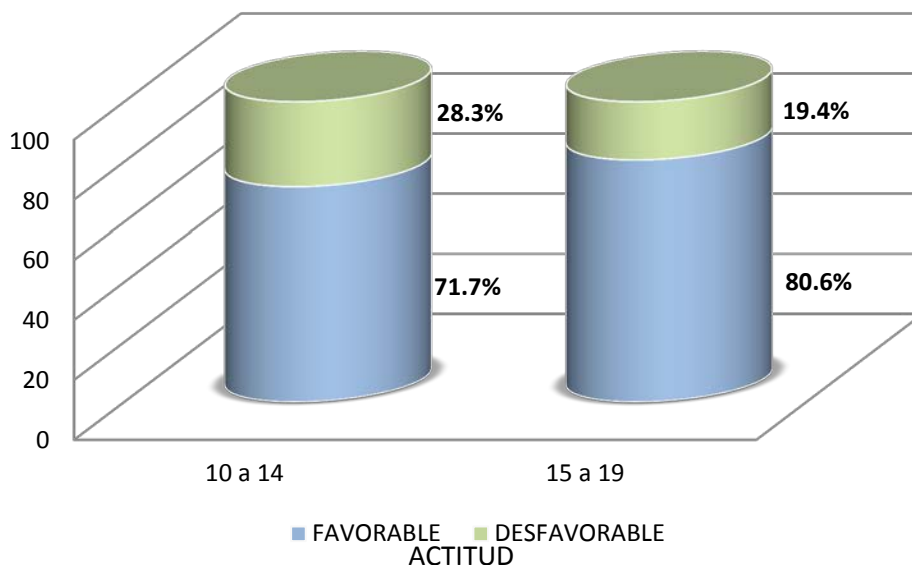
Escolaridad versus nivel de conocimiento en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 21

GRÁFICO N° 21

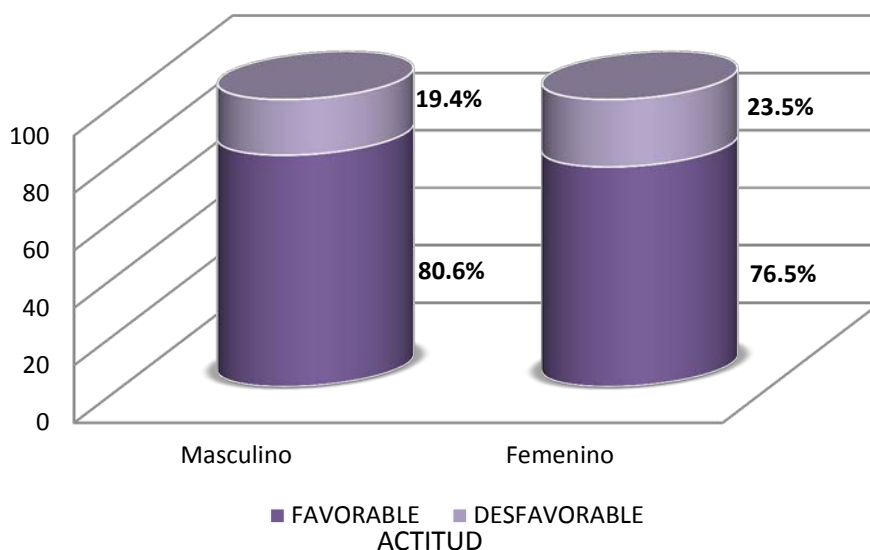
Edad versus nivel de actitud en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 22

GRÁFICO N° 22

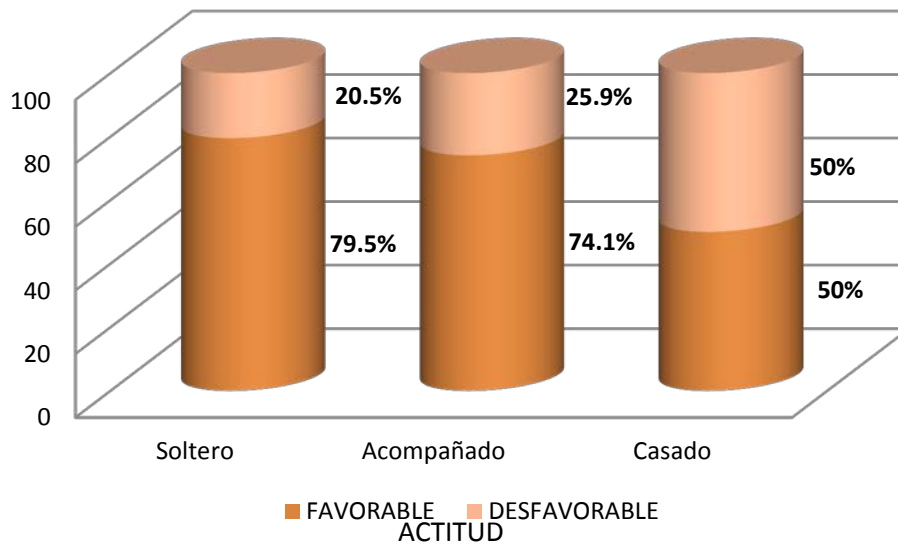
Sexo versus nivel de actitud en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 22

GRÁFICO N° 23

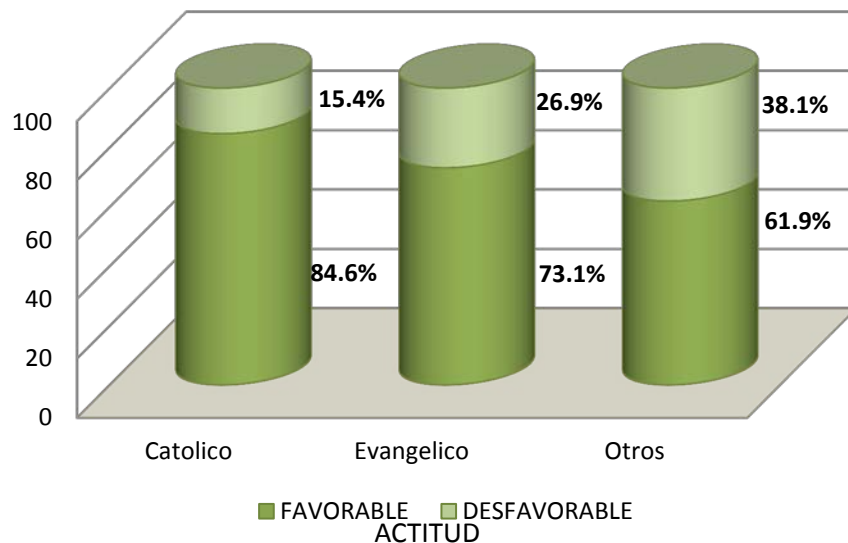
Estado Civil versus nivel de actitud en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 22

GRÁFICO N° 24

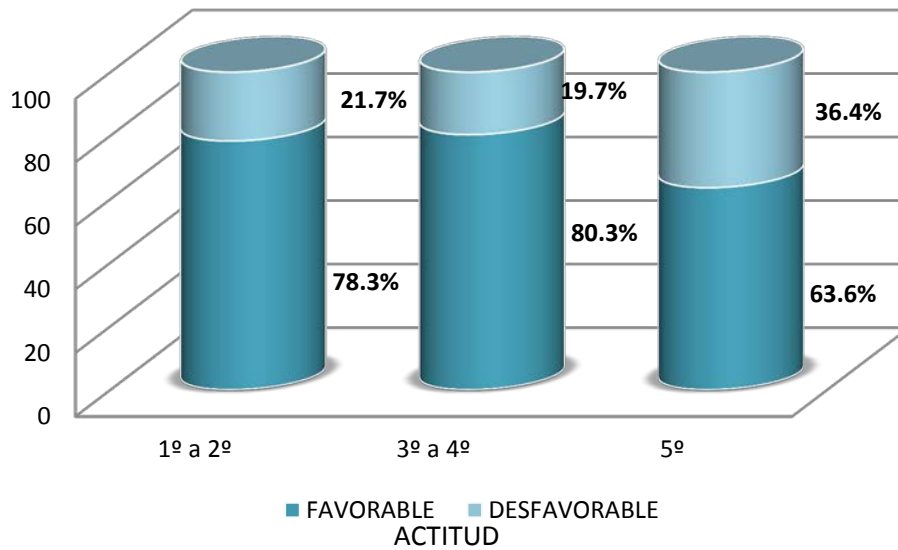
Religión versus nivel de actitud en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 22

GRÁFICO N° 25

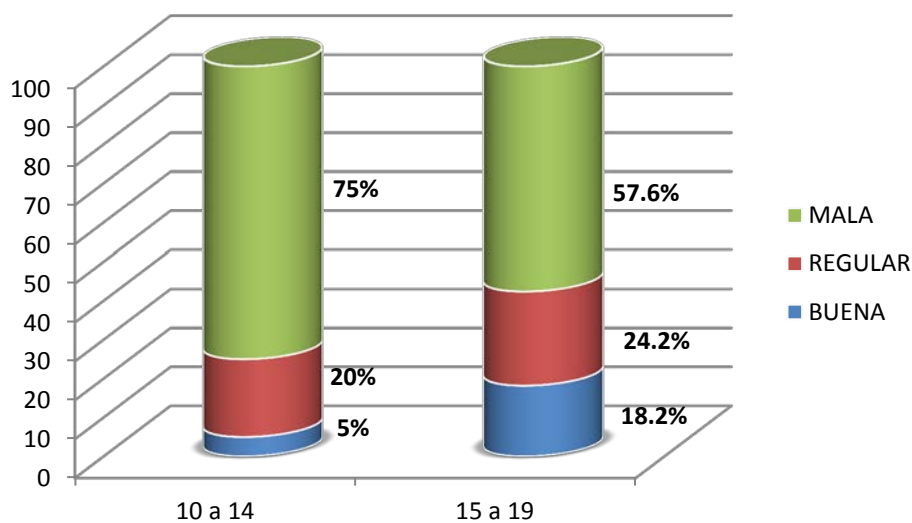
Escolaridad versus nivel de actitud en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 22

GRÁFICO N° 26

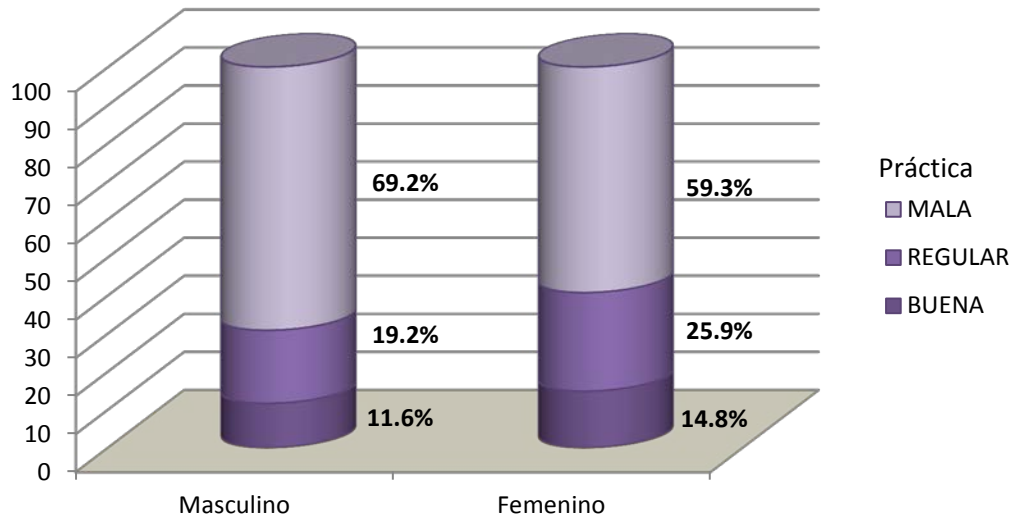
Edad versus nivel de práctica en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 23

GRÁFICO N° 27

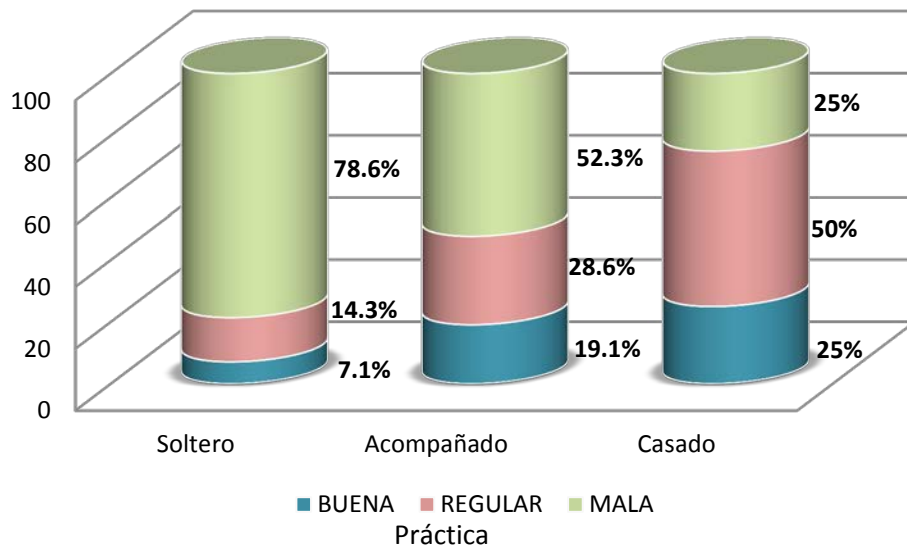
Sexo versus nivel de práctica en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 23

GRÁFICO N° 28

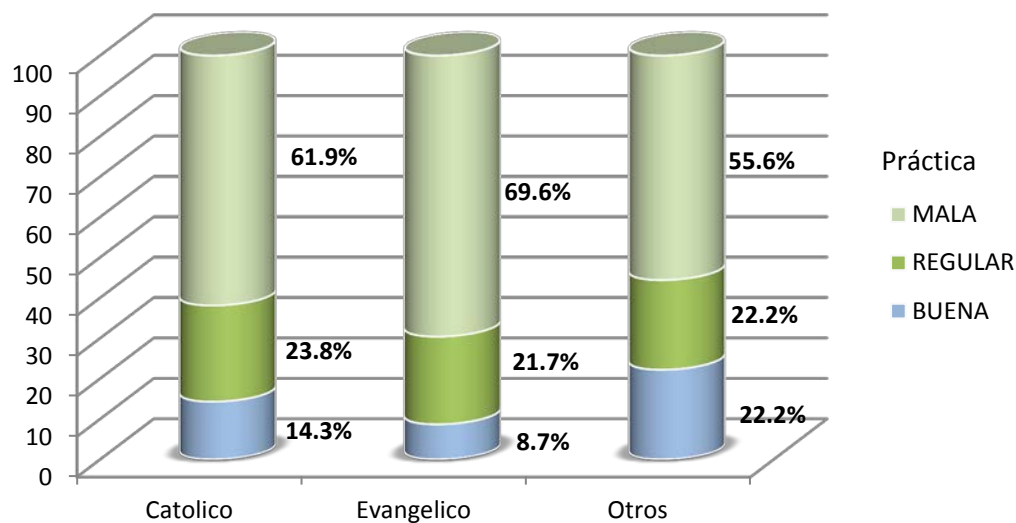
Estado Civil versus nivel de práctica en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 23

GRÁFICO N° 29

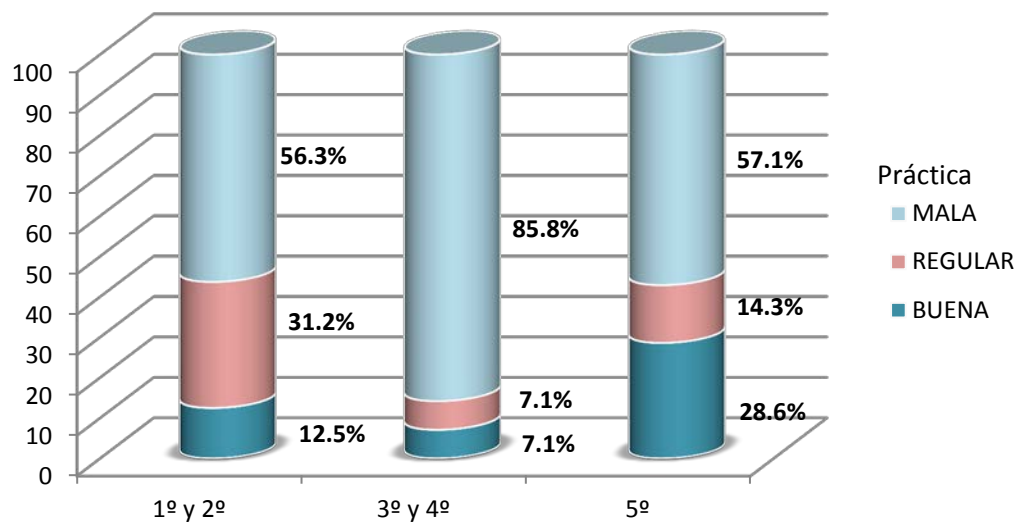
Religión versus nivel de práctica en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 23

GRÁFICO N° 30

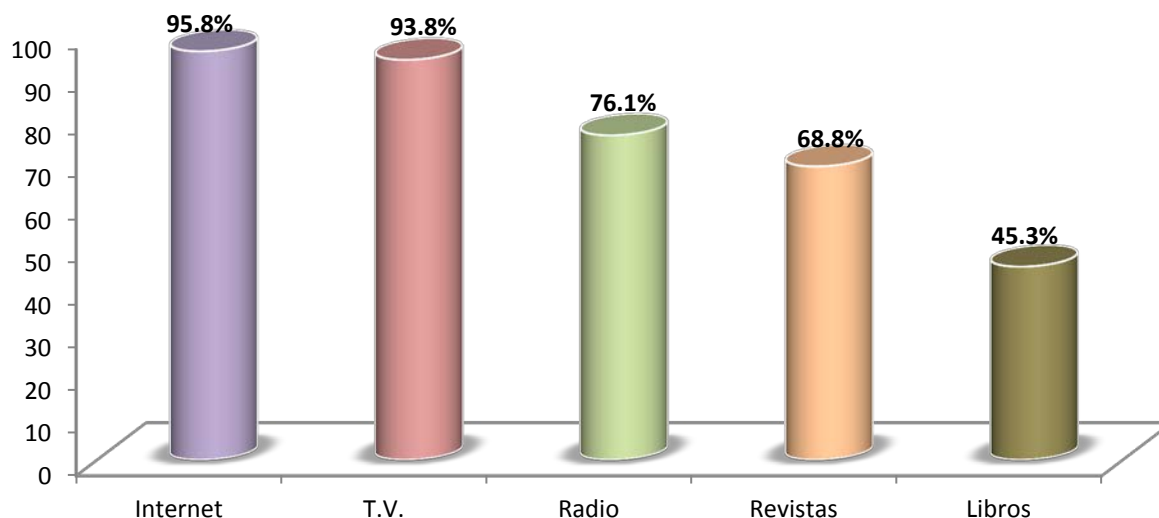
Escolaridad versus nivel de práctica en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 23

GRÁFICO N° 31

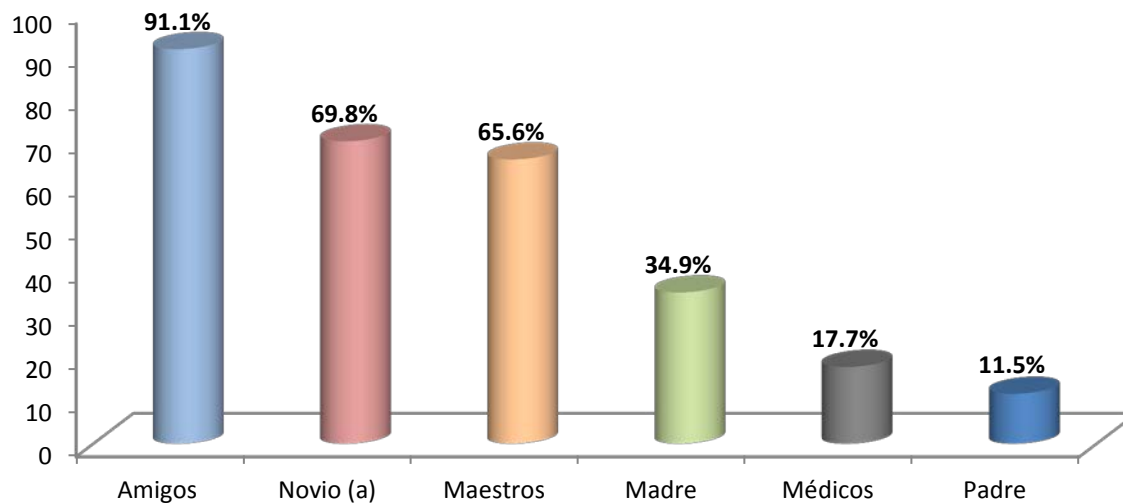
Fuente de Información sobre el VIH/SIDA en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 13

GRÁFICO N° 32

Personas con quienes han hablado sobre VIH/SIDA los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 14