

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



INFORME FINAL

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA.

**“Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en los
Adolescentes del Centro Escolar “Los Cedros”, Municipio de Villa El
Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de
Septiembre-Noviembre del 2012”.**

AUTORAS: Bra. Lorente Ferman Claudia Carolina.
Bra. Munguía Gómez Meyllin Auxiliadora.

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

FECHA: Febrero del 2013.



DEDICATORIA.

¡Queda prohibido no sonreír a los problemas, no luchar por lo que quieres, abandonarlo todo por miedo, no convertir en realidad tus sueños!

Pablo Neruda

A Dios padre eterno por darme aliento de vida, ser mi guía en cada paso del camino, mantenerme en pie a pesar de todos mis tropiezos, permitirme cumplir este sueño, por cada regalo de gracia que me has dado y que inmerecidamente he recibido.

A mi madre Mirna Jeannette Ferman, por brindarme además de la vida, su apoyo incondicional, alentándome para alcanzar el éxito y sobre todo por tu esfuerzo imparable para hacer de mí una mejor persona día con día.

A cada uno de mis amigos con quienes he compartido alegrías, tristezas y logros...

Claudia Carolina Lorente Ferman.



DEDICATORIA.

¡Actúa en vez de suplicar. Sacrificate sin esperanza de gloria ni recompensa! Si quieres conocer los milagros, hazlos tú antes. Sólo así podrá cumplirse tu peculiar destino.

Ludwig van Beethoven.

A Dios padre todopoderoso, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi madre María Auxiliadora Gómez por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

Al resto de mi familia y amigos por estar conmigo en cada momento alentándome a seguir adelante para alcanzar cada uno de mis sueños y metas.

Meyllin Auxiliadora Munguía Gómez.



AGRADECIMIENTOS.

A Dios nuestro Señor por regalarnos el don de vivir y por guiarnos hasta el día de hoy.

*A nuestras madres, amigas y confidentes, por estar siempre con nosotros, por sus consejos y por ser
nuestra inspiración y ejemplo a seguir.*

*A nuestros amigos por permanecer siempre juntos, brindándonos ánimo y fuerza para continuar
con este sueño que todos compartimos.*

*A cada uno de nuestros docentes quienes han enriquecido nuestros conocimientos en el transcurso de
estos años.*

Al personal educativo del centro escolar los cedros por habernos colaborado a realizar este estudio.

*Al Doctor Francisco Reyes por sus conocimientos transmitidos, su gran paciencia, empeño y
dedicación en que culmináramos esta importante etapa de nuestras vidas.*

¡Saber y saberlo demostrar es valer dos veces!

Baltasar Gracián.



OPINION DEL TUTOR.

El presente estudio monográfico sobre “Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en los Adolescentes del Centro Escolar Los Cedros, Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012” realizado por las Bachilleres Claudia Carolina Lorente Ferman y Meyllin Auxiliadora Munguía Gómez, es un tema de interés y de mucha importancia en el campo de la Salud Reproductiva, que aborda a uno de los grupos más predominantes y determinante para el desarrollo y estado de salud de la población nicaragüense: LOS ADOLESCENTES.

La mayor prevalencia e incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual, y con especial énfasis en el VIH/SIDA, son algunos ejemplos de los problemas que enfrentan los adolescentes, determinado por un pobre proceso de educación sexual y reproductiva desde los primeros años del desarrollo. Uno de los aspectos más importantes es que la afectación de la población adolescente en la actualidad tendría repercusiones a mediano y largo plazo con efectos incalculables a todos los niveles de nuestro desarrollo.

La prevalencia de la Infección del VIH-SIDA sigue siendo un problema grave en los países en vías del desarrollo y la morbimortalidad por esta patología tiene su principal efecto en los jóvenes y adolescentes en la mayor parte del mundo. Este problema representa un aspecto muy importante en la vida diaria de los jóvenes de nuestro país, y del mundo.



La información oportuna y el conocimiento objetivo sobre esta temática desarrollara una vida más saludable donde nuestros jóvenes 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 las Bachilleres Lorente Ferman y Munguía Gómez 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 las Bachilleres Lorente Ferman y Munguía Gómez, por los alcances logrados y extendiendo mi motivación a que continúe profundizando y desarrollando este campo Investigativo.

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



RESUMEN

Actualmente Nicaragua vive problemas de salud propios del subdesarrollo y uno de ellos son las Infecciones de Transmisión Sexual en las adolescentes, problema de salud pública, que actualmente afecta a todos los países.

En Nicaragua las infecciones de transmisión sexual en los adolescentes cada día alcanza tasas de infección más alta y en los últimos años el comportamiento se ha feminizado. La infección por el VIH-SIDA no escapa a este comportamiento condicionado sobre todo por una deficiente base de información que provoca un mayor impacto negativo en nuestra población y sobre todo en los estratos sociales más vulnerables, en donde se destaca la población adolescente, ya que es un hecho que las infecciones por VIH en Nicaragua van aumentando año con año.

El impacto socioeconómico que conllevan estos problemas, hace que la información acerca del VIH sida hacia los adolescentes sea un tema de especial interés sobre todo porque en ellos descansa el futuro socioeconómico de Nicaragua, ya que ellos representan la fuerza productiva de nuestro país.

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 388 adolescentes estudiantes de secundaria del Centro Escolar “Los Cedros”, Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, aplicándose una encuesta dirigida a los adolescentes en estudio para valorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VIH-SIDA.

De los 388 estudiantes encuestados el 35.3% correspondió al grupo de 10 a 14 años y 64.7% al grupo de edad de 15 a 19 años. Respecto al sexo, el 59.5% correspondió al sexo femenino, y el 40.5% al masculino. Según el estado civil predominó el soltero con un 90.8%, Acompañados el 6.4%, y solamente un 2.8% se encontraban casados.

En cuanto a la religión, los adolescentes en estudio en 24.2% profesaban la religión católica y un 40.2% la evangélica, 4.1% pertenecían a otras entidades religiosas. En el 31.5% de los adolescentes encuestados indicaron que no profesaban ningún tipo de religión en el momento de recolectar la información del presente estudio. En la escolaridad encontramos que el 37.6% cursaba 1ro y 2do año, 35.8% 3ro y 4to año y un 26.6 % se encontraban en 5to año.

De manera general encontramos un buen nivel de conocimientos y actitudes favorables en los adolescentes pero un mal nivel de prácticas. 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.



INDICE.

CAPITULO I: GENERALIDADES

INTRODUCCION-----	1
ANTECEDENTES-----	4
JUSTIFICACION-----	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-----	18
OBJETIVOS-----	19
MARCO TEORICO-----	20

CAPITULO II: MATERIAL Y METODOS-----55

CAPITULO III: DESARROLLO

RESULTADOS-----	67
ANALISIS DE LOS RESULTADOS-----	86
CONCLUSIONES-----	92
RECOMENDACIONES-----	93

CAPITULO IV: BIBLIOGRAFIA-----95

CAPITULO V. ANEXOS-----102



INTRODUCCIÓN.

En el contexto mundial, el programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) decidió junto con sus copatrocinadores y asociados en 1998, centrar la Campaña Mundial del SIDA en los jóvenes. Entre las razones principales figuro que más del 50% de las nuevas infecciones por VIH/SIDA, se produjeron en jóvenes del grupo de edad de 10 a 24 años (1).

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 ostentaban en individuos menores de 25 años de edad y que la mayoría se contagiaba por la ruta sexual (2).

Los jóvenes adolescentes son especialmente 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 estos tienden a experimentar con formas peligrosas de comportamiento, a menudo sin darse cuenta del peligro (3 y 4).

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 (5).



El SIDA en Nicaragua se caracteriza por ser una epidemia naciente o de bajo nivel según incidencias reportadas por el Ministerio de Salud. Es el país centroamericano donde se manifestó más tardíamente. Se menciona que a la fecha no se ha logrado diagnosticar todos los casos, basado en un subregistro de la información (6 y 7).

Nicaragua se caracteriza por tener una pirámide poblacional de base ancha donde predominan los grupos etarios correspondientes a niños y adolescentes, es importante por tanto prestar atención a las diversas problemáticas que aquejan a este grupo de edad (8).

La adolescencia aumenta la vulnerabilidad al VIH/SIDA, en la adolescencia se tiene un patrón de comportamiento impredecible, falta el discernimiento para apreciar las consecuencias adversas de sus actos (9).

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 (10).



Muchos adolescentes experimentan con tipos de conductas arriesgadas, sin darse cuenta de las posibles consecuencias adversas. Estos hallazgos ponen de manifiesto el sentido distorsionado de invulnerabilidad al VIH/SIDA de muchos jóvenes. Esta manera de sentir lleva a que muchas personas jóvenes ignoren el riesgo de infección y por lo tanto a que no tomen precauciones (11).

La sexualidad produce en muchos jóvenes ansiedad y turbación, en parte porque es común que la sociedad misma reaccione de esta manera ante este tema. Aun los jóvenes que saben cómo protegerse contra el VIH/SIDA suelen carecer de las actitudes para hacerlo, la ansiedad y la aprensión impiden a menudo que los jóvenes utilicen condones porque para ello se requiere el conocimiento y cooperación de la pareja.

Algunos jóvenes, especialmente las mujeres corren riesgo de contraer VIH/SIDA por tener un sentido de inferioridad o por sentirse incómodos con su sexualidad. A menudo no creen que puedan controlar su comportamiento sexual.



ANTECEDENTES.

Evolución histórica del VIH/SIDA a nivel mundial: (12)

El origen de la pandemia suscita un gran debate entre la comunidad científica. Algunas fuentes afirman que las primeras evidencias científicas del sida se remontan a los años 30 y sitúan el primer caso de una persona muerta a causa del virus en el Congo en 1959.

En 1981 un boletín médico norteamericano publica un artículo donde se describe un síndrome de inmunodeficiencia en cinco homosexuales con una extraña neumonía.

En 1982 el activista homosexual Bruce Voeller propone designar la enfermedad con el nombre de SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).

El médico francés Luc Montagnier en 1983 aísla por primera vez el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). El médico norteamericano Robert Gallo anuncia el descubrimiento del virus en 1984. Entre Gallo y Montagnier se produce un largo debate sobre quién es el auténtico descubridor.

En 1985 se empieza a utilizar el test Elisa, la primera prueba de detección del VIH. Permite empezar a hacer pruebas a los productos sanguíneos que se utilizan en las transfusiones.



En 1986 identificación de una variante del virus en París, que se denomina VIH-2.

En 1987 se aprueba el primer antiretroviral (AZT). Dos años más tarde la presión activista obliga a las empresas farmacéuticas a rebajar su precio. Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) de los Estados Unidos revisan la definición de caso sida.

En 1988 se celebra por primera vez el 1º de Diciembre como el Día Mundial de Lucha contra el Sida.

En 1989 se realiza la V Conferencia Internacional de la Sida en Montreal, con la participación de 12.000 personas. Durante la conferencia el presidente de Zambia, Kenneth Kaunda, revela que su hijo murió a causa del sida en 1986. Es el primer líder africano que habla abiertamente de esta enfermedad en el seno de la familia.

En 1990 Frank Moore crea el lazo rojo para recordar a las personas muertas y se adopta como símbolo del Día Mundial de Lucha contra el Sida.

En 1991 un millar de hemofílicos resultan infectados en Francia después de unas transfusiones con sangre contaminada por el virus. El asunto puso de manifiesto la sanidad pública francesa y se llevó a los tribunales a los responsables del gobierno.

En 1992 el doctor Semprini y sus colaboradores desarrollan la técnica de lavado de semen que permite a parejas serodiscordantes poder tener hijos/as, minimizando el riesgo de infectar a su mujer y al feto.



En 1993 el CDC amplía la definición de sida para incluir otras infecciones oportunistas, así como a los adultos VIH positivos con un recuento de CD4 de menos de 200.

En 1994 se demuestra la eficacia de los antiretrovirales para reducir la transmisión de VIH de las embarazadas a sus hijos.

En 1995 aprueban el saquinavir (Invirase), el primer inhibidor de la proteasa para tratar la infección del VIH. Comienzan a utilizarse los inhibidores de proteasa combinados con otros fármacos después de los primeros ensayos clínicos de 1992.

En 1996 se crea el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). Su misión es dirigir, fortalecer y dar una respuesta integral al VIH/sida. Se presenta la terapia combinada altamente activa (TARGA) por primera vez en Vancouver en la XII Conferencia Internacional sobre el Sida. La mortalidad y morbilidad de los pacientes bajará drásticamente, permitiendo pasar del pronóstico de enfermedad mortal a crónica.

En 1997 el CDC anuncia que por primera vez las muertes a causa de la sida comienzan a disminuir en el país gracias al éxito de la terapia combinada.

En 1998 según ONUSIDA, unos 33'4 millones de personas del mundo viven con el VIH. El 28 de junio se celebra en Ginebra la XII Conferencia Internacional sobre el Sida con el lema Bridging the gap, cerrando fisuras. La conferencia menciona el hecho de que alrededor del 90% de las personas seropositivas viven en países en desarrollo donde prácticamente no se han producido avances en el tratamiento.



En 1999 investigadores de la Universidad de Alabama en Birmingham creen que el origen del VIH podría estar en una cepa de un virus presente en una subespecie de chimpanzé y teorizan que cazadores humanos podrían haber contraído el virus al estar expuesto a sangre infectada. Por primera vez hay más mujeres que hombres, viviendo con el VIH en África.

En el 2000 los Estados miembros de Naciones Unidas, juntamente con diversas organizaciones internacionales, establecen los Objetivos de Desarrollo del Milenio, 8 metas para asumir en el 2015. El sexto objetivo pretende conseguir el acceso universal al tratamiento para todas las personas afectadas por el VIH y reducir la propagación de la enfermedad.

En el 2001 las empresas farmacéuticas bajan los precios de los fármacos antiretrovirales para tratar el VIH/sida y Brasil empieza a producir genéricos.

En el 2002 se celebra en Barcelona la XIV Conferencia Internacional del Sida, con una participación mayor de las mujeres y las personas de los países en desarrollo de Latinoamérica. Los Estados Unidos aprueban el primer test rápido de VIH, que produce resultados en menos de 20 minutos.

Se crea el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis con el objetivo de incrementar radicalmente los recursos de lucha contra las tres enfermedades más devastadoras existentes en el mundo y dirigirlos a las áreas más necesitadas.

En el 2003 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanza la iniciativa 3 por 5, tratar a 3 millones de personas que viven con el VIH en países en desarrollo antes de finales del año 2005.



En el 2004 según ONUSIDA la pandemia afecta a 40 millones de personas. La enfermedad se expande con intensidad con 5 millones de nuevos casos. El sida se feminiza: el 47% de las personas que viven con el VIH son mujeres.

En el 2005 por primera vez la Iglesia Católica acepta el uso del preservativo en el contexto de la lucha contra el sida.

En el año 2006 se aprueba Atripla, un fármaco que combina un régimen antirretroviral completo en un único comprimido de una sola toma diaria.

En el 2007 Las empresas farmacéuticas empiezan a vender medicamentos para el sida más baratos en los países en desarrollo. Con esta acción quieren frenar el aumento de las ventas de los medicamentos genéricos en países como la India y Brasil y la mala opinión pública contra las grandes corporaciones.

La FDA aprueba raltegravir (Isentress), primer fármaco de la familia de los inhibidores de la integrasa y maraviroc (Celsentri), primer fármaco de la familia de los inhibidores de los co receptores CCR5.

En el 2008 Luc Montagnier y Françoise Barre-Sinoussi reciben el Premio Nobel de Medicina por haber descubierto el VIH.

En el 2009 se produce el mayor incremento en la historia de personas con VIH en el mundo que sigue un tratamiento. Según ONUSIDA, se ha incrementado en un 25% las personas que reciben el tratamiento. Sin embargo, todavía hay 10 millones de personas en el mundo que no reciben ningún medicamento.



En el 2010 primeros resultados prometedores en la investigación sobre los microbicidas. El gel CAPRISA demuestra como se reduce en un 40% el riesgo de una mujer al ser infectada por el VIH.

En el 2011 se hacen públicos los resultados del ensayo HTPN 052 con parejas heterosexuales serodiscordantes. Los datos evidencian que el hecho de que la persona con VIH iniciara antes su tratamiento antirretroviral permitía reducir en un 96% el riesgo de transmisión del virus a su pareja habitual. Estos hallazgos han supuesto un espaldarazo al concepto denominado “tratamiento como prevención”, en el que la terapia antirretroviral se considera parte de las herramientas para prevenir la transmisión de nuevas infecciones.

En Nicaragua, se reportó el primer caso de VIH en el año 1987, hasta el 2011 el comportamiento epidemiológico de la epidemia en el país se mantiene como una epidemia concentrada, manteniendo un comportamiento de bajos niveles (13).

Actualmente la prevalencia en población general y en embarazadas no sobrepasa el 1% y se mantiene en los grupos con comportamientos de riesgo (13).

Hasta el 2011 se registraron un total de 6,864 personas afectadas por el VIH de las cuales 5,177 son VIH, 695 casos y 941 fallecidos. Según sexo el 34.5% (2,305 mujeres) y 65.5% (4,379) hombres, manteniéndose la relación hombre mujer de 1.89 a 1 es decir por cada 1.89 hombres infectado hay una mujer infectada (13).

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



En Perú en el año 2004, Catacora López y Villanueva Roque realizaron un estudio de conocimientos sobre VIH/SIDA y prácticas sexuales en adolescentes de 14 a 17 años en el cual encontraron que en relación al sexo los hombres tuvieron mayor conocimiento en comparación con las mujeres sobre VIH/SIDA, en cuanto a los que tenían el antecedente de IVSA se encontró un mejor conocimiento del tema. La televisión (64,2%) y el internet (37,8%) fueron los principales medios de comunicación por los cuales los escolares reciben información. En relación a las prácticas sexuales el 34.7% de los varones refirió haber tenido relaciones sexuales a diferencia del 8.5% de las mujeres. El inicio de relaciones sexuales fue a los 14,1 años en los varones y 15,4 años en las mujeres (14).

Dávila, Tagliaferro y Bullones en Venezuela en el año 2008, encontraron que el 51.9% del total de los 208 adolescentes de este estudio tenían un conocimiento regular, de los que obtuvieron un nivel de conocimiento bueno el 67.1% eran mujeres en contraste con el 73.3% de conocimientos deficientes estaban representados por los hombres. En cuanto a la edad reportan que los grupos entre 13-15 años el mayor porcentaje de los participantes tiene un nivel de conocimientos “bueno”, mientras que el grupo de edad de 16-18 años un alto porcentaje (56,5 %) reportó un nivel de conocimiento regular (15).

En Venezuela se realizó un estudio acerca de los conocimientos sobre VIH/SIDA por adolescentes de la Parroquia 23 de Enero, del total de encuestados el 55,5% pertenecen al sexo femenino y el 44,5% al masculino, se encontró que el 88,4% de los adolescentes entre 14 a 17 años ya habían experimentado sus primeras relaciones sexuales, y el 73,7% del grupo de 11 a 13, también habían tenido relaciones coitales.



En el grupo de edades de 11 a 13 años el 23% de las féminas había contraído alguna ITS, en cambio en los varones la cifra fue superior representando el 53.3%. En cuanto al nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA sólo el 26,2 % obtuvo evaluación de bien, el 45,7% estuvo en el rango de regular y 28 % codificó en el de mal (16).

En el 2006 en Paraguay se realizó un estudio de Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de Educación, en el cual se encontró que la fuente de información más citada fue el colegio con un 47%, en cuanto al IVSA los varones predominaron con un 56.5% en comparación con las mujeres con un 27%. El nivel de conocimientos en general fue bajo e inconsistente. En relación al conocimiento de que si el preservativo protege contra el VIH el 9.5% expresó que no protege en oposición del 56.7% que expresó que siempre protege. Respecto a su uso el 71,3% lo utilizan mientras que el 8.2% se le olvida en el momento y por tanto no lo utilizan (17).

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. Se encontró en ellos un cambio de pareja frecuente con un 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 (18).



En Colombia Navarro y Vargas encontraron que un 42% manifestó recibir información con regularidad, el canal principal es la escuela con un 41.5%, seguida por la familia 21.1% y la televisión 17.7%. La fuente preferida es la escuela, con el 28.4%, pero para el 54.4% del total de encuestados la información recibida en ella no satisface todas sus dudas, inquietudes y necesidades. En relación al condón 70% no sabía que previene el contagio, que es una herramienta eficaz contra el VIH, y tampoco sabía cómo utilizarlo.

Con respecto a IVSA el 74.8% de los hombres inició vida sexual entre los 13 y los 15 años en comparación con las mujeres con un 13.5%. Dentro del grupo de los que afirmaron haber tenido relaciones sexuales, 14.8% ha consumido alcohol y/o drogas, 26.7% ha sido promiscuo en los últimos seis meses, 7.4% ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo, 27.4% con personas a quienes no han conocido bien, y 82.4% utiliza el condón de manera ocasional (19).

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 con un 50.7%, seguido del regular con 28.8% y el buen conocimiento con 20.5%. 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% (20).

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. El 44.7% mencionó que con los amigos habla más de sexo y en segundo lugar con sus maestros en un 24.5%. En cuanto a las medidas preventivas se encontró que un 81% utilizan condón, el 75.5% tienen una sola pareja (21).

En Bluefields en el año 2011 se realizó un estudio sobre conocimientos, actitudes y practicas sobre el VIH/SIDA en los estudiantes mayores de 15 años del colegio Moravo de esta ciudad, encontrándose que el 55.4% tiene un conocimiento necesario ante el VIH, de ellos el 59.1% son del sexo femenino, el 31.4% tiene conocimiento suficiente y apenas un 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 (22).



En el año 2011 en la comunidad La Flor-Isla de Ometepe, Municipio de Rivas se realizó un estudio CAP en adolescentes sobre VIH-SIDA, se encontró que el 18% de los encuestados consideran que el condón deja pasar el virus del VIH, el 74% recomendarían su uso durante las relaciones sexuales a un portador de VIH-SIDA. En cuanto a las prácticas el 72% está totalmente de acuerdo que tener sexo oral con personas desconocidas es una práctica de riesgo y solo el 0.2% está totalmente en desacuerdo. Acerca del IVSA, el 14% pertenece al grupo de 10 a 14 años, y el 28% al grupo de 15 a 19 años. El 42% mencionó haber tenido relaciones sexuales con penetración de los cuales solamente el 7% refiere haber usado condón en su primera relación sexual (23).

En el Centro de Salud Edgar Lang Sacaza, en el municipio de Managua (2006), se realizó un estudio CAP sobre VIH/SIDA encontrándose que el principal medio de información es la televisión con un 77.7%, seguido del MIINSA con el 60.9%, los libros con 27.9% y la radio con 16.7%. Solo el 23.7% refiere abordar el tema con la familia. En cuanto al nivel de conocimientos el 54.7% posee un buen nivel de conocimiento, el 35.2% regular y el 10.1% mal conocimiento.

En relación a la actitud de los adolescentes el 86.4% es favorable y desfavorable en un 13.6%. En cuanto a las practicas observaron que el 55.7% tienen una mala práctica, el 28.2% práctica regular y solo el 16.1% tienen una buena práctica (24).



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 se pueden proteger del VIH/SIDA utilizando correctamente el preservativo, un 4.3% considera que no es así, 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.

Respecto a la actitud frente a las personas enfermas de 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 haber tenido relaciones sexuales, frente a un 25.2% que no había tenido relaciones sexuales todavía. 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 nunca usaba el preservativo (25).



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.

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.

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.

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 del manejo de los diferentes programas sobre todo en el municipio de Managua. Pudiendo posteriormente ser utilizado como referencia a nivel Nacional.



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 (26).

Debido a que los casos de infección por el VIH/SIDA han ido incrementándose en todo el mundo y especialmente se ha observado una alta incidencia en la población más joven, es de especial interés conocer las fortalezas y debilidades en cuanto a los conocimientos, las actitudes y las practicas sobre el VIH/SIDA en los adolescentes (27).

Debido a lo antes señalado nos planteamos la siguiente pregunta:

¿“Cuáles son los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en los Adolescentes del Centro Escolar “Los Cedros”, Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012”?



OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en los Adolescentes del Centro Escolar “Los Cedros”, Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre- Noviembre del 2012.

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.

ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

Edad: En el programa de VIH-SIDA se estima que la mayor concentración de casos notificados se presenta entre las edades de 20 y 39 años, 71% de todas las personas seropositivas diagnosticadas desde el inicio de la epidemia tienen entre 20 y 39 años, mientras que el 10.3% son niñas, niños y adolescentes de 0 a 19 años, en este rango, el 74% tiene 10 y 19 años. (28).

Sexo: Se estima que la razón hombre-mujer se va reduciendo a expensas de las edades más jóvenes y se va equiparando aceleradamente entre los 15 y 19 años.

Tomando en cuenta diferentes rangos de edad de las mujeres, se observa que entre los 20 y 29 años hay 2,22 hombres VIH+ por mujer, y entre los 30 y 39 años hay 3,46 hombres por mujer. Sin embargo, entre los 15 a 19 años, esta relación desciende a 1,2 hombres por mujer y empeora a 1,14 hombres por mujer, si en este rango incluimos adolescentes (de 10 a 19 años). La feminización de la epidemia adquiere relevancia cuando menor es la edad de las mujeres. La más alta tasa de mortalidad en los hombres fue en el grupo de 35 a 39 años. En este grupo la razón hombre-mujer en las tasas de mortalidad fue cercana a 7:1 (28).

En las mujeres la mayor tasa de mortalidad fue entre los 25 y 29 años donde la razón hombre-mujeres entre estas tasas fue 4:1, las mujeres son el 17% del total de personas de 20 a 34 años afectadas por el VIH; sin



embargo del total de personas adolescentes afectadas de 10 a 19 años, las mujeres ascienden al 28%.

ADOLESCENCIA.

En la actualidad existe consenso en el ámbito mundial de la salud del adolescente, entendida como el completo bienestar físico, psíquico y social, elemento básico para el desarrollo de los países (29).

La OMS define al grupo de adolescentes como la población comprendida entre los 10 y los 19 años, y se divide en 2 fases: la adolescencia temprana, que abarca desde los 10 a los 14 años, y la adolescencia tardía que comprende desde los 15 a los 19 años. Esta etapa y los primeros años de la juventud son cruciales, porque en ellas se producen profundos cambios físicos, psicológicos y sociales que impactan el resto de la vida de los seres humanos (29).

Entre los cambios físicos, se encuentran el crecimiento corporal, el desarrollo sexual y el inicio de la capacidad reproductiva, que a su vez conllevan al inicio de las relaciones sexuales; y entre los cambios psicológicos, se encuentran la necesidad de independencia que provoca relaciones conflictivas con los padres, la búsqueda de su identidad, las contradicciones en las manifestaciones de la conducta y las fluctuaciones del estado de ánimo. Igualmente, entre los cambios sociales, se encuentra la tendencia a reunirse en grupos, la elección de una ocupación, así como la necesidad de adiestramiento y capacitación para el desempeño de esa ocupación que se convertirá en su proyecto de vida.

El adolescente es por definición una población de riesgo de infección por VIH. Para su atención y pautas de actuación el pediatra debe diferenciar tres importante grupos:



- ✓ El adolescente infectado por VIH, vía transmisión vertical (infectado crónico)
- ✓ El adolescente primo infectado por actividades de riesgo (relaciones sexuales, utilización de drogas endovenosas).
- ✓ El adolescente en general (29).

Es necesario enseñar al adolescente antes que se convierta en persona sexualmente activa ya que las relaciones sexuales llevan consigo importantes responsabilidades y que ellos pueden ejercer opciones responsables (30).

Según el modelo socio-cognitivo desarrollado por Bandura (1994) el comportamiento humano se explica a partir de tres elementos que se interrelacionan modificándose el uno al otro:

- a) Los determinantes personales, que incluyen factores cognitivos, afectivos y biológicos.
- b) La conducta.
- c) El ambiente.

Desde este punto de vista, una actuación preventiva eficaz debe actuar sobre estos tres factores, incluyendo los siguientes componentes:

- 1) Información, con el fin de alertar a la población y aumentar su conocimiento acerca de los riesgos que conlleva el sexo sin protección.
- 2) Desarrollo de habilidades sociales y de autocontrol, necesarias para que los conocimientos adquiridos se traduzcan en conductas concretas.



3) Potenciar la autoeficacia, de forma que el adolescente tenga oportunidad de practicar y mejorar sus habilidades en situaciones de alto riesgo.

4) Apoyo social: fomentando el apoyo interpersonal para afirmar los cambios que una persona va realizando en sus hábitos. Para que la información resulte eficaz, debe transmitir a los destinatarios la creencia de que ellos mismos pueden modificar sus hábitos y mejorar su salud y, a continuación, enseñarles a realizar dichos cambios (31).

VIH/SIDA.

VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA. (VIH)

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un lentivirus (familia Retroviridae), causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Fue descubierto y considerado como el agente de la naciente epidemia de sida por el equipo de Luc Montagnier en Francia en 1983 (32).

Existen dos tipos del VIH, llamados VIH-1 y VIH-2. El primero de ellos corresponde al virus descubierto originalmente, que recibió los nombres de LAV y HTLV-III por parte de los dos equipos que estaban investigando el agente etiológico del sida durante la primera mitad de la década de 1980. El VIH-1 es más virulento e infeccioso que el VIH-2 y es el causante de la mayoría de infecciones por VIH en el mundo. El VIH-2 es menos contagioso y por ello se encuentra confinado casi exclusivamente a los países de África occidental (33).



En torno a la definición del Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) encontramos que Laurence lo define como una enfermedad retroviral crónica con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que produce defectos graves de las células T, que ponen en peligro la vida, además de la disminución del CD 4 (células T cooperadoras), hay un aumento del CD 8 (células T supresoras citotóxicas), la mayor parte de las cuales tienen un fenotipo citotóxico. Se considera VIH positivo una serología ELISA positiva, asociada a Western Blot positiva. (34)

Clasificación

Sistema de clasificación VIH, CDC 1993

	CATEGORIA CLINICA		
Categoría CD4	A	B	C
(1) $\geq 500/\text{mm}^3$	A1	B1	C1
(2) 200-499/ mm^3	A2	B2	C2
(3) $< 200/\text{mm}^3$	A3	B3	C3

Nota: Las categorías incluidas en la zona sombreada indican SIDA.

Categorías Clínicas de Infección por HIV

Categoría A: Consiste en una o más de las condiciones enumeradas abajo en un adolescente o adulto (>13 años) con infección documentada por HIV. Las condiciones enumeradas en las categorías B y C podrían no haber ocurrido.

- ✓ Infección asintomática por HIV.
- ✓ Linfadenopatía generalizada persistente.



- ✓ Infección aguda por HIV (primaria) con enfermedades acompañantes o historia de infección aguda por HIV.

Categoría B: Compuesto por condiciones sintomáticas en un adolescente o adulto infectado por HIV que no están incluidas en las condiciones enumeradas en la categoría clínica C y que se encuentra al menos uno de los siguientes criterios:

(1) Las condiciones que son atribuidas a infección por HIV o son indicadores de un defecto en la inmunidad mediada por células; o (2) las condiciones que son consideradas por los médicos que presentan un curso clínico o que requieren un manejo que es complicado por la infección por HIV. Los ejemplos incluyen, pero no son limitados, a los siguientes:

- ✓ Angiomatosis bacilar.
- ✓ Candidiasis orofaríngea.
- ✓ Candidiasis vulvovaginal; persistente, frecuente, o pobremente responsiva al tratamiento.
- ✓ Displasia cervical (moderada o severa)/ carcinoma cervical in situ.
- ✓ Síntomas constitucionales, como fiebre (38.5°C) o diarrea de >1 mes de duración.
- ✓ Leucoplasia velluda oral.
- ✓ Herpes zoster, comprometiendo en al menos 2 episodios distintos o más de un dermatoma.
- ✓ Púrpura trombocitopénica idiopática.
- ✓ Listeriosis.
- ✓ Enfermedad pélvica inflamatoria, particularmente si es complicada por abscesos tuboováricos.
- ✓ Neuropatía periférica.



Categoría C: Condiciones enumeradas en la definición de caso de SIDA.

- ✓ Candidiasis bronquial, traqueal, o pulmonar.
- ✓ Candidiasis esofágica.
- ✓ Cáncer cervical invasivo.
- ✓ Coccidioidomicosis diseminado o extrapulmonar.
- ✓ Criptococcosis extrapulmonar.
- ✓ Criptosporidiasis crónica intestinal (>1 mes de duración).
- ✓ Infección por citomegalovirus (otro órgano diferente al hígado, bazo, o ganglios linfáticos).
- ✓ Retinitis por citomegalovirus (con pérdida de la visión).
- ✓ Encefalopatía relacionada a HIV.
- ✓ Herpes simple: ulcera(s) crónica (>1 mes de duración); o bronquitis, neumonía, o esofagitis.
- ✓ Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar.
- ✓ Isosporidiasis crónica intestinal (>1 mes de duración).
- ✓ Sarcoma de Kaposi.
- ✓ Linfoma de Burkitt (o término equivalente).
- ✓ Linfoma primario cerebral.
- ✓ Complejo *Mycobacterium avium* o *M. kansasii*, diseminado o extrapulmonar.
- ✓ *Mycobacterium tuberculosis*, de cualquier sitio (pulmonar o extrapulmonar).
- ✓ *Mycobacterium*, otras especies o especies no identificadas, diseminadas o extrapulmonar.
- ✓ Neumonía por *Pneumocystis carinii*.
- ✓ Neumonía recurrente.
- ✓ Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- ✓ Septicemia por *Salmonella*, recurrente.
- ✓ Toxoplasmosis cerebral.



- ✓ Síndrome consuntivo (wasting syndrome) por HIV. (35)

Mecanismo de transmisión.

El VIH sólo se puede transmitir a través del contacto entre fluidos corporales que poseen una alta concentración viral. El virus no se transmite de manera casual. De acuerdo con los CDC de Estados Unidos, no se han encontrado casos en que abrazos, besos secos o saludos con las manos hayan sido causantes de infección. El virus ha sido aislado en la saliva, las lágrimas y la orina, el semen, el líquido preseminal, los fluidos vaginales, el líquido amniótico, la leche materna, el líquido cefalorraquídeo y la sangre, entre otros fluidos corporales humanos. (36)

Las tres principales formas de transmisión son:

Sexual (acto sexual sin protección). (Infección de transmisión sexual). La transmisión se produce por el contacto de secreciones infectadas con la mucosa genital, rectal u oral de la otra persona.

Parenteral (por sangre). Es una forma de transmisión a través de jeringuillas contaminadas que se da por la utilización de drogas intravenosas o a través de los servicios sanitarios, como ha ocurrido a veces en países pobres, no usan las mejores medidas de higiene; también en personas, como hemofílicos, que han recibido una transfusión de sangre contaminada o productos contaminados derivados de la sangre; y en menor grado trabajadores de salud que estén expuestos a la infección en un accidente de trabajo como puede ocurrir si una herida entra en contacto con sangre contaminada; también durante la realización de piercings, tatuajes y escarificaciones. (37)



Vertical (de madre a hijo). La transmisión puede ocurrir durante las últimas semanas del embarazo, durante el parto, o al amamantar al bebé. De estas situaciones, el parto es la más problemática. Actualmente en países desarrollados la transmisión vertical del VIH está totalmente controlada (siempre que la madre sepa que es portadora del virus) ya que desde el inicio del embarazo (y en ciertos casos con anterioridad incluso) se le da a la embarazada un Tratamiento Anti-Retroviral de Gran Actividad (TARGA) especialmente indicado para estas situaciones, el parto se realiza por cesárea generalmente, se suprime la producción de leche, y con ello la lactancia, e incluso se da tratamiento antiviral al recién nacido. (37)

Diagnóstico y pruebas de laboratorio.

En la actualidad el diagnóstico se basa en la detección de los anticuerpos. Pero se debe conocer las bases para identificar factores de riesgo: contacto sexual con una persona infectada, exposición parenteral a sangre infectada por transfusiones o compartir agujas y transmisión perinatal. (38)

Molestias generales notables: sudoración, diarrea, pérdida de peso y emaciación. Se considera que una persona es seropositiva cuando presenta anticuerpos frente al virus de la inmunodeficiencia humana, la seropositividad nos indica:

- Que el sujeto ha entrado en contacto con el virus.
- Que está infectado por el VIH.
- Debe considerarse portador del virus y por tanto lo puede transmitir a otras personas.



Sin embargo la seropositividad no indica que se padece del SIDA ni predice la evolución de la enfermedad, si una persona es seropositiva permanecerá infectada probablemente de por vida por lo que deberá tomar precauciones que disminuyan los riesgos de evolución de la enfermedad y evitar contagiar a otras personas. (38)

Métodos diagnósticos.

Se dividen en 3 grupos:

- Detección del virus completo o de sus proteínas: aislamiento viral y detección de antígenos P24
- Detección del anticuerpo contra el VIH: Pruebas presuntivas y confirmatorias
- Detección del genoma viral: Hibridación y sondas genéticas

Pruebas de Anticuerpos

- Pruebas de detección o tamizaje: Son aquellas que detectan anticuerpos totales, se emplean en bancos de sangre y para diagnóstico en personas con riesgo de infecciones, se realiza en plasma y suero. Entre ellas están ELISA, aglutinación y las rápidas con formato de inmunoblot con mínima extracción de sangre. (38)

Pruebas Presuntivas: son las que detectan anticuerpos totales sin especificar a qué proteínas del virus pertenecen, son pruebas muy sensibles que requieren de una prueba confirmatoria o suplementaria.

Pruebas suplementarias o confirmatorias: Entre estas las más utilizadas es la inmunoelectrotransferencia o western blot, radioinmunoprecipitación.



ELISA: prueba de detección para la infección por VIH es la más utilizada, tienen como fundamento técnico una reacción inmunoenzimática, su sensibilidad es mayor al 99.9% y una y una especificidad de 99.8%, para evitar los resultados falsos positivos, estos resultados reactivos repetidos deben confirmarse con la prueba de western Blot. (38)

Western Blot: es la principal prueba confirmatoria en la actualidad básicamente se basa en la separación de las proteínas y glicoproteínas (antígenos) obtenida de vih-1 procedente del lisado del cultivo del virus y purificado por centrifugación. (38)

Indicaciones para una prueba de VIH

Criterio epidemiológico: Toda persona que refiere conducta o antecedentes que la hayan expuesto razonablemente al VIH, debe practicarse una prueba para detectar marcadores de esta infección.

Criterio clínico: El diagnóstico de algunas de las entidades clínicas como criterio subjetivo de una infección por VIH.

Criterio ético-legal: Se refiere al análisis de donantes de sangre, hemoderivados y órganos para trasplantes. (38)

Condiciones de los resultados

Al notificar el resultado sea positivo o negativo la información debe ser:

- Personal
- Privada
- Confidencial



- Simple y concreta
- De acuerdo al nivel de comprensión en la persona

Tratamiento.

Es primordial brindar una atención integral al paciente con VIH y/o SIDA, el objetivo es prevenir y atender en forma temprana y oportuna las complicaciones y las necesidades de los individuos infectados por VIH y de su familia o entorno social. La atención integral pretende promover la salud de los individuos afectados por la epidemia a través de estrategias que permiten mejorar su calidad de vida y contribuir activamente en la interrupción de la cadena de transmisión.

Se han probado 16 fármacos para el tratamiento de infección por VIH 1, estos compuestos afectan las diferentes fases del ciclo vital que utiliza el VIH 1 para reproducirse; inhibiendo 1 a 2 enzimas virales esenciales diferentes, la transcriptasa inversa y proteasa. Como el VIH muta rápidamente y se vuelve resistente a todos los medicamentos administrados en forma aislada, los pacientes deben tomar una combinación de fármacos para lograr la máxima supresión del VIH.

De acuerdo al sitio en que actúan se clasifican en:

1. Inhibidores análogos de nucleótidos de la transcriptasa inversa
2. Inhibidores de la transcriptasa inversa y no análogos
3. Inhibidores de proteasa

La terapia de combinación contra el VIH es conocida como terapia antirretroviral de gran actividad o TARGA, cambia el curso natural de la infección por el VIH y prolonga significativamente el periodo entre la infección inicial y el desarrollo de síntomas.



Las investigaciones continúan en las áreas de tratamientos farmacológicos y desarrollo de una vacuna.

Una vacuna contra el VIH/sida, desarrollada en Italia, que ha demostrado regenerar el sistema inmunitario de los pacientes, aún está en fase II de experimentación. (37)

En el año 2000 surgió un nuevo tratamiento del SIDA, el medicamento llamado KALETRA, ya ha sido aprobado para su aplicación, tanto en adultos como en niños mayores de 6 meses de edad.

Kaletra es una fusión de los medicamentos, el RINOTAVIR junto al LOPINAVIR, ambos fármacos forman parte de los inhibidores de la proteasa, una enzima que es utilizada por el virus para entrar en las células del sistema inmune y comenzar en su multiplicación.

Kaletra es 10 veces más potente que las otras drogas existentes, con menos efectos secundarios negativo y que requiere ser administrada en solo 2 dosis diarias sin horarios rigurosos.

PREVENCION.

1. Retardar el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad.
2. Fidelidad entre la pareja.
3. Uso correcto del preservativo en todas las relaciones sexuales.
4. No compartir jeringuillas, cuchillas de afeitar, cepillos de dientes o cualquier otro utensilio personal que pueda haber dejado sangre.



5. Si es madre infectada no amamantar a su bebe. (39)

FACTORES CONTRIBUYENTES

Una combinación de factores sociales, biológicos y económicos contribuye a estimular la pandemia de SIDA:

POBREZA: El VIH/SIDA es una enfermedad sumamente correlacionada con la pobreza.

LAS NIÑAS Y LAS MUJERES SON MÁS VULNERABLES: Por razones atinentes a la biología, el género y las normas culturales, las mujeres son más susceptibles que los varones a la infección con el VIH. Desde el punto de vista biológico, el riesgo de que una mujer se infecte durante relaciones sexuales sin protección es de 2 a 4 veces mayor que para un varón; las jóvenes mujeres son incluso más vulnerables debido a que sus aparatos reproductores están aún en proceso de maduración y que los desgarramientos de sus tejidos ofrecen un fácil acceso a la infección. (40)

Asimismo, las jóvenes enfrentan más altos riesgos sociales. Cuando tienen relaciones sexuales, tienden a predominar las relaciones con hombres de más edad y esto aumenta las probabilidades de que sus compañeros sexuales ya estén infectados.

RIESGO QUE CORREN LAS JÓVENES CASADAS: El matrimonio no siempre protege a las jóvenes contra la infección con el VIH. Dado que el porcentaje de jóvenes varones que inician tempranamente su actividad sexual es muy superior al porcentaje de jóvenes mujeres, éstas probablemente contraen matrimonio con un hombre que ya tiene experiencia sexual. (40)



FALTA DE INFORMACIÓN Y DE CONOCIMIENTOS PRÁCTICOS PARA SU PROTECCIÓN: Debido a que en muchos países, las cuestiones sexuales son un tema tabú, hay grandes cantidades de jóvenes que carecen de la información o los conocimientos prácticos suficientes para negarse a tener relaciones sexuales o negociar prácticas sexuales de menor riesgo. Si bien la mayoría de los jóvenes han oído acerca del VIH/SIDA, son pocos los que tienen conocimientos suficientes para protegerse a sí mismos contra la infección.

FALTA DE CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA: La falta de información, así como otras variables de tipo social, conductual y cognitivo pueden inducir a realizar comportamientos de riesgo de transmitir o contagiarse del VIH/SIDA. Se destaca la importancia de que el adolescente perciba el riesgo potencial y se sienta competente para desarrollar comportamientos protectores, y que los beneficios de tomar estas medidas sean más valorados que los costes. (40)

LAS RELACIONES SEXUALES EN LA ADOLESCENCIA: Según informe sobre la epidemia del SIDA (ONUSIDA, 2002), casi la mitad de las nuevas infecciones se dan en jóvenes entre los 15 y los 24 años. Para poder realizar intervenciones preventivas eficaces, es preciso conocer las variables que originan y mantienen las conductas de riesgo de los adolescentes.

La adolescencia es un período en el que se experimentan importantes cambios a nivel biológico, psicológico y social. Durante esta etapa suele aumentar el interés por el sexo y darse las primeras relaciones sexuales. Para que esta primera relación pueda considerarse saludable, debe cumplir algunos requisitos:



- a) Anticipada, es decir, prevista con antelación.
- b) Deseada por ambos miembros de la pareja.
- c) Con protección ante riesgos de embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual (ETS) y VIH/SIDA.
- d) Disfrutada, resultando gratificante para los dos. (40)

EDAD DE LAS PRIMERAS RELACIONES: Como promedio, el primer contacto sexual suele darse en torno a los 16 años (Bimbela y Cruz, 1997). Aunque las chicas alcanzan antes la madurez sexual, suelen ser los chicos quienes se inician primero.

CONDUCTAS SEXUALES EN LA ADOLESCENCIA:

- a) Masturbación: Tanto la auto-estimulación, como la masturbación de la pareja son prácticas muy extendidas entre los adolescentes. Entre jóvenes estudiantes se han observado tasas que llegan al 95 %, y cerca de la mitad se masturban con una frecuencia de una o más veces por semana. (41)
- b) Sexo oral: Los estudios con adolescentes indican que más de la mitad de los sujetos han tenido alguna práctica de sexo oral, llegando al 76 % en los varones y al 66 % en las mujeres (Murphy et al., 1998).
- c) Coito vaginal: entre el 68 y el 83 % de los jóvenes manifiestan haber mantenido relaciones sexuales con penetración vaginal (McCabe y Cummins, 1998). Otros estudios indican que entre chicas y chicos sexualmente activos, el 100 % ha tenido alguna relación con penetración vaginal (Murphy et al. 1998).



d) Coito anal: esta práctica, una de las que conlleva mayor riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), tiene una frecuencia muy variable en función de los estudios. (41)

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES.

Es un hecho que los adolescentes cambian de compañero sexual con mayor frecuencia que los adultos. La relevancia de este dato radica en que a mayor número de parejas, aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual. Se da además la circunstancia de que los jóvenes con más parejas y mayor número de contactos sexuales son quienes emplean menos el preservativo.

SENTIMIENTOS DE INVENCIBILIDAD

Los adolescentes tienden a subestimar, desestimar o denegar los riesgos de infección con el VIH. Muchos jóvenes no reconocen que el comportamiento de sus parejas también los hace correr riesgos. Muchos otros tal vez creen que la infección con el VIH sólo ocurre entre trabajadoras del sexo, toxicómanos u hombres que tienen relaciones íntimas con otros hombres. Los sentimientos de invencibilidad, sumados a la falta de conocimiento sobre las consecuencias del comportamiento riesgoso, los pueden impulsar a adoptar menos precauciones para proteger su salud, y su vida. (41)

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las infecciones de transmisión sexual aumentan considerablemente la probabilidad de infección con el VIH.



Lo probable es que los jóvenes busquen remedios tradicionales para las infecciones de transmisión sexual o que hagan caso omiso de los síntomas. Esta pauta se atribuye a sentimientos de culpabilidad por haberse contagiado y al estigma que tiende a asignárseles en los centros de salud, inclusive en las clínicas que dispensan tratamiento para las infecciones de transmisión sexual. (42)

USO DE ALCOHOL Y DROGAS

Compartir las agujas para inyectarse drogas es un medio sumamente eficiente de propagar el VIH, debido a que se introduce el virus directamente en el torrente circulatorio. Al combinar el consumo de drogas con las relaciones sexuales a cambio de dinero, se proporciona un puente para el VIH, desde los toxicómanos por vía endovenosa hacia la comunidad en general (43).

INTERACCIÓN CON LA TUBERCULOSIS

En todo el mundo, la tuberculosis es la principal causa de defunción de los pacientes de SIDA; un tercio de todos ellos están tuberculosos. Los infectados con el VIH tienen probabilidades mucho mayores que los demás según algunas estimaciones, 800 veces superiores de presentar tuberculosis activa. (43)

EPIDEMIOLOGIA

El VIH SIDA es hasta ahora una epidemia mundial y una amenaza de tal magnitud que exige una respuesta universal, sin embargo la gravedad de la epidemia se ha subestimado mucho.



Es posible que los síntomas del SIDA no se manifiesten hasta cinco años o más tarde, después que la persona queda infectada, las personas que hoy tienen SIDA son las que se infectaron hace cinco años o quizás antes ya que la evolución de la infección del VIH hasta desarrollar el SIDA es más lenta entre los jóvenes que entre todas las personas a quienes se les ha diagnosticado la infección por el VIH (44).

El VIH/SIDA es una epidemia en crecimiento en el mundo industrializado, donde se identificó el SIDA hace casi dos décadas. En la actualidad se estiman 10 millones de personas infectadas, traduciendo cerca de un millón de estadounidenses. El 44% de los casos de SIDA se informa en varones homosexuales, bisexuales y el 26% son usuarios heterosexuales de drogas intravenosas, en su mayoría viven en áreas metropolitanas. En áreas suburbanas de África Oriental y Central cerca de un tercio de los adultos sexualmente activos están infectados. (45)

En diciembre de 2006, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, había 39,5 millones de personas con VIH en el mundo, de las cuales 24,7 millones vivían en África Subsahariana.

El VIH/SIDA ha pasado a ser una enfermedad de los jóvenes, puesto que los jóvenes adultos de 15 a 24 años de edad constituyen la mitad de aproximadamente 5 millones de nuevos casos que cada año se agregan a las infecciones con el VIH en todo el mundo. No obstante, los jóvenes suelen carecer de la información, los conocimientos prácticos y los servicios que necesitan para protegerse a sí mismo contra la infección del VIH/SIDA. (45)

Según se estima, cada día unos 6.000 jóvenes se infectan con el VIH/SIDA uno cada 14 segundos y la mayoría de ellos son jóvenes mujeres.



A fines de 2001, se estimaba que 11,8 millones de jóvenes de 15 a 24 años de edad estaban viviendo con el VIH/SIDA, es decir, un tercio de la cantidad total de personas que viven con el VIH/SIDA en todo el mundo. De ellos, sólo unos pocos tienen conocimiento de su propia reacción serológica positiva al VIH.

Para América Latina se estimó en el mismo año, que 2 millones de personas viven con el VIH, de las cuales 240 mil contrajeron la infección y otras 95 mil fallecieron a causa del Sida. La epidemia es especialmente grave para la población más joven. Las mujeres representan el 36 por ciento de los 1,7 millones de personas adultas que viven con el VIH en la región. (45)

En general, las epidemias del VIH en América Latina son estables. Un descenso constante en las nuevas infecciones por el VIH anuales desde 1996 se estabilizó en los primeros años del nuevo milenio y ha permanecido estable desde entonces a 100.000 [73.000-135.000] por año. El número total de personas que viven con el VIH en esta región sigue en crecimiento. Ese incremento se atribuye parcialmente al aumento en las personas que viven con el VIH y que reciben tratamiento antirretrovírico, lo que ha ayudado a reducir el número de muertes anuales relacionadas con el sida. Más de un tercio (36%) de los adultos que vivían con el VIH en esta región en 2010 eran mujeres. El número de niños menores de 15 años que viven con el VIH en esta región ha disminuido. Hubo un descenso considerable en las nuevas infecciones por el VIH y las muertes relacionadas con el sida en los niños entre 2001 y 2010. (46)

La ONU SIDA determinó que a fines de 2010, aproximadamente 34 millones de personas [31,6 millones-35,2 millones] 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, especialmente en los últimos años. El número de personas que mueren por causas relacionadas con el sida disminuyó a 1,8 millones [1,6 millones–1,9 millones] en 2010, desde el nivel máximo de 2,2 millones [2,1 millones–2,5 millones] alcanzado a mediados de los años 2000. (46)

La proporción de mujeres que viven con el VIH se ha mantenido estable al 50% en todo el mundo, aunque este grupo de población es más afectado en África subsahariana (59% de todas las personas que viven con el VIH) y el Caribe (53%). (46)

El crecimiento de la epidemia entre los jóvenes, niños y niñas, despierta especial preocupación. Las mujeres constituyen cerca de la mitad de las personas adultas (15-49 años) que viven con el VIH en el mundo; las jóvenes tienen 1,6 veces más probabilidades de adquirir el VIH que los hombres jóvenes. (47)

Para el consejo de seguridad de las Naciones Unidas, la epidemia del VIH-SIDA refleja una profunda preocupación dado que en los 30 años transcurridos desde que comenzó la epidemia del VIH, más de 60 millones de personas han sido infectadas, más de 25 millones de personas han muerto y más de 16 millones de niños han quedado huérfanos a causa del SIDA, asimismo reconoce que mujeres y niñas se ven especialmente afectadas. (47)

Los jóvenes de 15 a 24 años representaron el 40% de todos los casos nuevos de infección por VIH registrados entre los adultos en 2009, según datos de la OMS. (48)



Uno de los Objetivos del Milenio apunta a detener la propagación del VIH/sida, incluye indicadores como una reducción del 25% entre los jóvenes, y mide también la proporción de jóvenes de 15 a 24 años con conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/sida. (49)

En 2009 la población de 15 a 24 años sufrió aproximadamente el 40% de los casos de infecciones nuevas por VIH registrados entre los adultos en todo el mundo. Cada día se contagian 2400 jóvenes, y a nivel mundial hay más de 5 millones de jóvenes afectados por el VIH/sida. La juventud ha de saber cómo protegerse y debe tener los medios necesarios para ello.

Para este mismo año, la ONUSIDA determinó que se produjeron 370.000 nuevas infecciones por VIH en niños en todo el mundo y se calcula que 42.000 - 60.000 mujeres embarazadas murieron a causa del VIH. (50)

En la actualidad, entre los jóvenes, solo el 36% de los hombres y el 24% de las mujeres tienen conocimientos amplios y correctos para protegerse contra el virus. Un mejor acceso al asesoramiento y las pruebas del VIH permitirá informar a los jóvenes sobre su serología, les ayudará a obtener la atención que necesitan, y evitará una mayor propagación del virus. Cuando las condiciones sociales, culturales y económicas aumentan la vulnerabilidad de los jóvenes a la infección por VIH, la estrategia de prevención de la transmisión del virus debe abordar también esos factores para ser eficaz. (51)

Aunque la epidemia del VIH en Nicaragua se ha mantenido con bajos niveles de prevalencia en la población general, en los últimos años se ha producido un aumento acelerado de la incidencia.



Mientras que entre 1993 y 1999 se diagnosticó un promedio anual de 22 nuevas infecciones, entre 2000 y 2004 la media anual de nuevas personas VIH + se incrementó a 131, o sea tuvo un ascenso del 495% en 4 años.

Según el MINSA situación epidemiológica del VIH-SIDA para el quinquenio del 2007 al 2011, la epidemia en Nicaragua fue concentrada y mantuvo un comportamiento de bajos niveles, donde la prevalencia en población general y en embarazadas no sobrepasa el 1% y se mantuvo en los grupos con comportamientos de riesgo como es la población PEMAR (HSH y TS). UNGAS, demuestra avances en la reducción de la transmisión del VIH de la madre a su hijo o hija, pasando del 38 % para el año 2005 al 2 % para el año 2011. (52)

El MINSA determinó para el quinquenio 2007-2011 que las zonas de alto riesgo fueron, Chinandega, León, Managua, Atlántico Norte y Atlántico Sur; en mediano riesgo encontraron, Nueva Segovia, Jinotega, Estelí, Matagalpa, Boaco, Río San Juan, y en bajo riesgo, Rivas, Madriz, y Chontales. (52)

La CONISIDA (Comisión Nicaragüense del SIDA) reportó que al finalizar el año 2009, Nicaragua ha acumulado 4,742 casos prevalentes ubicándose entre los países con menor número de casos en Centroamérica. Según el Ministerio de Salud a diciembre de 2009, los casos se desagregan de la siguiente manera: 3,262 personas con VIH; 587 casos SIDA y 842 fallecidos, además de 51 casos que se ignoran los datos; clasificando la epidemia del SIDA como concentrada, de lento crecimiento, predominantemente de transmisión sexual, heterosexual y con una letalidad por debajo del 10%. (53)



La tasa de Incidencia en el año 2009, fue de 15.1 por cada 100,000 habitantes superior a la reportada en el año 2008 de 13.3 por 100,000 habitantes. Distribuida de tal manera que Chinandega con 34.4, Managua con 27.4, RAAN con 20.8, Masaya con 19.4. Cercanas a la tasa nacional se ubica Rivas con 14.3 León con 14.0. La tasa de prevalencia fue de 67.7 por 100,000 habitantes, mayor que la reportada en el 2008 de 55.0 por 100,000 habitantes. La prevalencia tiene similar distribución, siendo Chinandega el departamento de mayor tasa de prevalencia, seguido de Managua, RAAS, Masaya, León, RAAN y Rivas. (53)

Las tasas de prevalencia son mayores en adultos jóvenes y adultos. Amas de casas, obreros y estudiantes representan el mayor número de casos. El 55% de las personas con VIH residen en zonas urbanas. (53)

Para el año 2010 se estimaba una prevalencia de VIH de 0.13% en personas de 15 a 49 años de edad. Como la prevalencia del VIH no sobrepasa al 1% en la población general, la epidemia se identifica como de bajo nivel, aunque investigaciones realizadas en Hombres que tienen Sexo con Hombres han encontrado niveles de prevalencia superiores al 9%. Lo que nos orienta hacia una epidemia concentrada.

Todos los departamentos del país han reportado casos de VIH/SIDA; sin embargo, los mayores niveles de incidencia y prevalencia se registran en Managua, Chinandega, León, RAAS y Masaya.

A diciembre 2005, 71% de todas las personas seropositivas diagnosticadas desde el inicio de la epidemia tienen entre 20 y 39 años, mientras que el 10.3% son niñas, niños y adolescentes de 0 a 19 años; en este rango, el 74% tiene entre 10 y 19 años. Esto se relaciona con el inicio precoz y sin



protección de la actividad sexual y la presencia de relaciones sexuales forzadas, producto del abuso sexual y violación. De manera singular se observa que en el rango de adolescentes VIH+ de 10 a 14 años, el 63% son mujeres. (54)

A nivel de la escala mundial, el impacto socioeconómico del SIDA, refleja que la enfermedad provoca en el ámbito familiar e individual, desviación de los recursos destinados a la educación, agricultura y otras iniciativas de desarrollo para poder pagar los costos crecientes del SIDA.

El sistema de salud de muchas naciones está llegando al borde del colapso debido al elevado número de personas que padecen afecciones relacionadas con VIH SIDA. Para el año 2005 se prevé que los costos de tratamiento para VIH SIDA representarán una tercera parte del presupuesto sanitario del gobierno de Etiopía, más de la mitad del gasto sanitario del gobierno de Kenia y casi las dos terceras partes del gasto sanitario de Zimbabwe.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO, EDUCATIVO Y CULTURAL.

En Nicaragua que es un país subdesarrollado la epidemia del VIH suele ser parte de un cuadro mucho más amplio, complejo y apremiante por presentar servicios de salud inaccesibles o inadecuado, subordinación de la mujer, ineficiente administración de justicia, deuda externa, pobreza y la desigualdad e injusta distribución de ingresos son factores que contribuyen a la propagación del VIH, puesto que conducen a actividades que aumentan el riesgo de transmisión del virus.

En Nicaragua las personas entre los 15 y 49 años de edad representan el 85% de los 4,742 casos de personas portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH-Sida). Ante esta realidad organizaciones



como el Instituto Nicaragüense de la Juventud (INJUVE), la Comisión Nacional del Sida (CONISIDA), Ministerio de Salud (MINSa) y grupos de personas portadoras de la enfermedad han unido esfuerzos por concientizar a los jóvenes y adolescentes de tomar todas las medidas de precaución necesarias para prevenir cualquier contagio.

En relación a la situación epidemiológica del VIH en Nicaragua, las estadísticas del año 2010, muestran que el país sigue teniendo una epidemia concentrada, que la vía de transmisión continúa siendo la sexual en un 93%, y con un avance en la feminización de la epidemia.

Ciertos fenómenos propios del desarrollo tales como las migraciones, turismo, urbanización, van acompañadas de cambios drásticos en el comportamiento humano que también contribuye a la difusión de la epidemia.

En países de ingresos bajos como el nuestro el planteamiento de necesidades futuras para problemas de salud pública como el SIDA, se convierten en gran valor para la optimización de los escasos recursos destinados al área de salud.

Tan dramática es la situación del Sida en el país, que según las estadísticas más del 60% de los casos son niños de entre 10 y 30 años de edad. “Esto significa que si presentamos este porcentaje de jóvenes y adolescentes al futuro y esta epidemia sigue comportándose así, va a llegar un momento en que toda nuestra fuerza laboral, toda la expectativa de vida, toda la esperanza de desarrollo del país, se verá afectado por esta enfermedad”, insistió el doctor Roberto Martínez, responsable del componente Adolescentes y Jóvenes del MINSa. (51)



CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL VIH/SIDA EN LOS ADOLESCENTES.

CONOCIMIENTOS (55)

El conocimiento implica datos concretos sobre lo que se basa una persona para decir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada. El término conocimiento se usa en sentido de hecho, información, contexto, pero también como comprensión y análisis.

Sin embargo el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona haga conciencia de las razones para modificar o adoptar una determinada conducta. El conocimiento brinda un significado a las actitudes, creencias y prácticas.

El nivel de conocimiento de la población en general sobre el VIH/SIDA es importante para la prevención por las siguientes razones:

1. Sin existir una vacuna contra el VIH/SIDA, ni un tratamiento biomédico efectivo, el único medio para prevenir el contagio y la diseminación por el VIH es el cambio del comportamiento sobre la información y educación.
2. Las medidas educativas tomadas en consideración para el éxito dependen de las necesidades de información de la población en general y de los diferentes niveles sociales que la componen.

Ciertamente se sabe que en la población en general existe desinformación, distorsión de hechos verdaderos, mitos, creencias falsas y conocimientos incorrectos sobre el SIDA y la transmisión del VIH.



Por estas razones mencionadas determinamos las necesidades de información y de buscar de una manera aceptable e individualmente relevante de educar sobre el VIH/SIDA.

ACTITUDES

Una actitud es un conjunto de creencias entorno a un objeto o situación que induce a reaccionar preferentemente de una manera determinada. Estos términos implican una serie de otros conceptos como valores, impulsos, propósitos, preferencias, aversiones, gustos, prejuicios, convicciones, etc.

Las actitudes son adquiridas y no heredadas, por tanto su desarrollo implica socialización y hábito. El nivel socioeconómico, educacional, ocupacional y la edad tienen influencias sobre las actitudes y la sexualidad.

El proceso de educación se efectúa en todo momento, si un individuo no está aprendiendo un hecho nuevo, por lo menos experimentó algo, está desarrollando una actitud adecuada o no y está reaccionando a esta actitud de modo correcto o incorrecto.

Las actitudes tienden a uniformar el comportamiento de las relaciones sociales, conociendo las actitudes y creencias de una persona respecto de algo, es posible predecir más fácilmente sus prácticas, conviene aclarar que las actitudes y prácticas son dinámicas y que existan más de una para cada situación sobre todo en cuanto al SIDA.



Muchos de los adolescentes y hombres jóvenes no quieren hacerse la prueba voluntaria con consejería (PVC) porque tienen miedo de saber la verdad. En caso hayan hecho el test, ni si quiera recogen los resultados. Estas actitudes los hacen más vulnerables. (56)

Variables Actitudinales.

Las actitudes no garantizan la realización final de una conducta, pero sí predicen una mayor probabilidad de aparición. Así, el hecho de que un adolescente decida mantener únicamente relaciones sexuales seguras, no es garantía de que finalmente se comporte así. En cualquier caso, los datos de la investigación en este campo indican que aunque la intención no es suficiente, sí es necesaria.

Variables Conductuales.

a) Consumo de alcohol y otras drogas.

El consumo de drogas puede provocar una disminución en la percepción del riesgo, una sobrevaloración de las propias capacidades y un sentimiento de invulnerabilidad. En algunos estudios se ha hallado que hasta el 86 % de los sujetos habían mantenido relaciones sexuales sin protección bajo los efectos del alcohol. Respecto al consumo de otras sustancias, casi un tercio realizó conductas de riesgo después de consumir marihuana. Existe una relación progresiva entre el consumo de alcohol y las conductas de riesgo: los adolescentes que beben con más frecuencia tienen más relaciones sexuales sin protección (O'Hara et al., 1998).

b) Variedad de parejas.

Existe una relación positiva entre el riesgo de infectarse con el virus del SIDA y el número de compañeros sexuales. Sin embargo, limitar el número



de parejas sexuales, o tener solamente una, no garantiza estar protegido frente al VIH, a menos que al inicio de la relación ambos sean seronegativos y se mantengan fieles a su pareja. Deben darse las dos condiciones para garantizar que en una pareja estable no existe posibilidad de contraer el VIH u otras ETS. La monogamia serial, o el mantenimiento de varias relaciones estables y fieles sucesivamente, no suponen ninguna garantía de protección frente al SIDA.

c) Utilización adecuada del preservativo.

El correcto uso del preservativo determina su eficacia como barrera frente al VIH. El reducido margen de fallo de este método anticonceptivo se debe en gran medida a su utilización inadecuada. La habilidad de emplear de forma correcta el preservativo de látex se puede aprender fácilmente, observando y practicando con prótesis.

d) Habilidad para solicitar sexo seguro a la pareja.

Consiste en la capacidad para plantear eficazmente el uso de preservativo o realizar sexo seguro, y mantener a la vez una relación positiva con la pareja.

e) Asertividad ante las situaciones de sexo no seguro.

Se trata de la habilidad de decir "no" en caso de que la pareja ejerza presión para mantener una relación sin protección.

f) Acceso a métodos de prevención

La accesibilidad supone la existencia de medios (informativos o materiales) en el entorno próximo del adolescente y que su disponibilidad sea sencilla. En el caso del preservativo, en la medida que pueda adquirirse en más



lugares, y que su compra no suponga una barrera para el joven, será más probable que finalmente lo adquiera. (56)

PRÁCTICAS

El comportamiento está formado por prácticas, conductas, procedimientos y relaciones, es decir todo lo que acontece al individuo y de lo que el participa, las prácticas regulares se llaman hábitos y se definen como una respuesta establecida para una situación común.

Ciertas prácticas sexuales pueden convertirse en factores de riesgo transmisión del VIH/SIDA.

Los estudios CAP sobre sexualidad en Latinoamérica son escasos y resultan básicos para el diseño de programas de educación para la prevención de VIH/SIDA. Las encuestas CAP pueden convertirse en instrumentos útiles para el diseño de programas educativos que a su vez incorporen fundamentos teóricos para sus justificaciones.

Consideramos que los programas de educación e información deben estar dirigidos al público en general y tener plenamente en cuenta las circunstancias social y cultural, los diferentes modos de vida y los valores humanos y espirituales. (56)

Grupos Con Prácticas De Alto Riesgo

Este grupo incluye sujetos con múltiples parejas sexuales, que no utilizan condón en todas sus relaciones sexuales, que suelen tener relaciones sexuales con personas recién conocidas y que con alguna frecuencia asocian el uso de drogas y/o alcohol con las relaciones sexuales ya sea que se presenten todas las características mencionadas o alguna combinación de ellas.



Grupos Con Prácticas De Bajo Riesgo

En este grupo se consideran a sujetos que no tienen relaciones sexuales o son monógamos, que evitan tener relaciones sexuales con personas recién conocidas o que utilizan condón en sus relaciones sexuales. Las personas situadas entre estos dos perfiles pueden considerarse como sujetos de práctica de riesgo intermedio.

El modelo de creencias de salud (Becker, 1974) se enmarca en las teorías del valor-expectativa, aplicado a la prevención del sida, señala que para que un adolescente adopte conductas de prevención deben darse cinco elementos:

- a) Que perciba el SIDA como una enfermedad grave.
- b) Que esté realmente en riesgo o sea susceptible de adquirirlo.
- c) Que conozca los mecanismos de prevención.
- d) Que se encuentre motivado para ponerlos en práctica.
- e) Que cuente con los recursos necesarios para implantar finalmente las conductas de protección. (56)

VARIABLES QUE EXPLICAN LAS CONDUCTAS DE RIESGO.

Los principales factores que determinan la adopción de conductas de protección frente al SIDA entre adolescentes pueden agruparse en cognitivos, actitudinales y conductuales.

VARIABLES DE CARÁCTER COGNITIVO

- a) Sesgos en la información y creencias erróneas.



A menudo los comportamientos de riesgo son consecuencia de los déficits en los conocimientos y de las creencias erróneas o inexactas sobre la sexualidad o el sida. También se detectan lagunas informativas a la hora de discriminar las prácticas seguras de las que no lo son.

b) Percepción normativa.

Este concepto hace referencia a lo que un sujeto cree que piensan y hacen el resto de individuos semejantes a él. En el caso de los adolescentes y las conductas de protección frente al SIDA, un individuo que se plantea si su edad es idónea para tener una primera relación sexual. Varios estudios han asociado la percepción normativa de los adolescentes con su actividad sexual, encontrando que los que perciben que el uso de preservativo está socialmente aceptado entre sus iguales es más probable que lo utilicen.

c) Percepción de riesgo

Aunque en menor medida, el SIDA continúa percibiéndose como una enfermedad marginal. Por tanto, los adolescentes que no se vean en riesgo de contraer el VIH probablemente no atenderán a la información que llegue hasta ellos a través de campañas o programas escolares.

d) Percepción de la gravedad de la enfermedad.

Tal y como postula el modelo de creencias de salud, es más probable que el adolescente evite comportamientos de riesgo si el balance entre el esfuerzo y las consecuencias de su conducta se decanta hacia la toma de medidas de protección. La gravedad de las consecuencias, en este caso la enfermedad, es un factor de peso a la hora de valorar costes y beneficios.

e) Percepción de la capacidad para adoptar conductas protectoras.



La adopción de medidas preventivas pasa porque los adolescentes se auto-perciban competentes para seguirlas. En este sentido, es importante cómo atribuye cada persona las causas de la infección: si un individuo explica el hecho de infectarse como un caso de mala suerte, poco puede hacer para salir airoso de una situación de riesgo, salvo tocar madera. Se trata pues, de llegar a que el adolescente perciba que las consecuencias dependen de sus propios comportamientos y no de factores externos. (57)

f) Nivel de preocupación.

Bimbela y Gómez (1994) analizan la conveniencia de recurrir al miedo para prevenir las conductas de riesgo sexual. Los mensajes basados exclusivamente en el miedo consiguen aumentar el nivel de preocupación de aquéllos que no se encuentran en riesgo, mientras que los sujetos que sí lo están tienden a la negación de dicho riesgo. Es conveniente, por tanto, un equilibrio entre la activación del miedo y la información constructiva.

g) Percepción de que los cambios conductuales reducirán los riesgos.

Para establecer esa relación entre comportamiento y reducción de riesgos, la información sobre los métodos preventivos debe ser coherente. El adolescente necesita garantías de que su comportamiento seguro (que implica ciertos costes inmediatos, mientras que los beneficios son a largo plazo) le va a proporcionar las consecuencias positivas deseadas. En ocasiones, los mensajes que recibe el sujeto son contradictorios. Por ejemplo, por un lado aparecen eslóganes que animan a usar siempre el preservativo, mientras que por otro lado surgen voces poniendo en duda la eficacia del profiláctico para evitar la transmisión del VIH.



Una información incompleta, errónea o contradictoria puede hacer que la persona se perciba como incompetente para prevenir de forma eficaz el contacto con el virus. (57).



MATERIAL Y METODO.

Tipo de Estudio.

Descriptivo, de corte transversal.

Universo.

El universo del estudio estuvo constituido por 441 Jóvenes Adolescentes que se encuentran cursando el Nivel Secundario, de Primero a Quinto año, de acuerdo a datos proporcionados por la Dirección del Centro Escolar “Los Cedros”, Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012”.

Muestra.

La muestra correspondió a 388 Adolescentes, equivalente al 88% del Universo, fue de tipo no probabilístico, por conveniencia, establecido de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

1. Jóvenes Adolescentes en edades de 10 – 19 años.
2. Jóvenes que se encuentren debidamente matriculados en el colegio del Centro Escolar “Los Cedros” de acuerdo a los registros académicos.
3. Jóvenes que se encuentren presentes en el momento del llenado de la encuesta.



4. Jóvenes estudiantes adolescentes que estén de acuerdo en el llenado del instrumento de recolección de la información.

5. Que el instrumento de recolección de la información NO presente alteraciones, ni manchones y esté correctamente llenado.

Criterios de exclusión:

1. Jóvenes en secundaria mayor de 20 años

2. 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

Estado civil

Religión

Nivel de escolaridad

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

Conocimientos Generales

Formas de transmisión

Diagnóstico

Tratamiento

Signos y síntomas

Medidas de prevención

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

Actitud ante el uso del condón.

Actitud ante las relaciones sexuales de riesgo.

Actitud ante las personas portadoras de VIH/ SIDA.



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

Prácticas de Riesgo.

Prácticas Sexuales.

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

Medios masivos de información

Personas con quienes han hablado de VIH/SIDA

Lugares donde han escuchado de VIH/SIDA



OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	VALORES
Edad	Tiempo transcurrido en años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.	Años	10 a 14 años 15 a 19 años
Sexo	Característica Bio-fisiológicas que involucran los aparatos reproductores y características sexuales secundarias.	Fenotipo	Masculino Femenino
Estado civil	Condición del encuestado con los derechos y obligaciones civiles.	Estado conyugal de la persona.	Soltero Casado Acompañado
Religión	Conjunto de creencias, dogmas, prácticas y rituales sobre un ser divino.	Práctica religiosa aceptada por la persona.	Católico Evangélico Otra Ninguna
Escolaridad	Nivel de preparación académica recibida por el encuestado hasta el momento de llenado del formulario.	Ultimo año o nivel aprobado.	1ro y 2do año 3ro y 4to año 5to año



<p>Nivel de conocimientos generales acerca de VIH/SIDA</p>	<p>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.</p>	<p>Puntuación según test determinado por encuesta realizada</p> <p>0 -59%</p> <p>60-69%</p> <p>70-100%</p>	<p>Malo</p> <p>Regular</p> <p>Bueno</p>
<p>Formas de transmisión de VIH/SIDA</p>	<p>Nivel de conocimiento acerca de las vías a través de las cuales se puede transmitir el VIH/SIDA.</p>	<p>Puntuación según test determinado por encuesta realizada:</p> <p>0 -59%</p> <p>60-69%</p> <p>70-100%</p>	<p>Malo</p> <p>Regular</p> <p>Bueno</p>
<p>Diagnóstico</p>	<p>Nivel de conocimientos acerca de los medios a través de los cuales se puede realizar el diagnóstico del VIH SIDA.</p>	<p>Puntuación según test determinado por encuesta realizada:</p> <p>0 -59%</p> <p>60-69%</p> <p>70-100%</p>	<p>Malo</p> <p>Regular</p> <p>Bueno</p>
<p>Tratamiento</p>	<p>Nivel de conocimiento acerca de la conducta a seguir en el tratamiento del VIH/SIDA.</p>	<p>Puntuación según test determinado por encuesta realizada:</p>	<p>Malo</p> <p>Regular</p> <p>Bueno</p>



		0 -59%	
		60-69%	
		70-100%	
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 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	Buena Regular Mala
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 Internet
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 Madres Hermanos (as) Novios (as) Amigos (as) Médicos Maestros



			<p>Sacerdotes</p> <p>Pastores</p>
<p>Lugares donde ha escuchado hablar de VIH/sida</p>	<p>Lugares donde han obtenido información sobre VIH/sida</p>	<p>Principales lugares donde el individuo ha obtenido información.</p>	<p>Calle</p> <p>Casa</p> <p>Escuela</p> <p>Iglesia</p> <p>Bares</p> <p>Unidad de salud</p>



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 profesionales especialistas y que laboran con programas y perfiles de Salud de los Adolescentes, como Médicos, Enfermeras, Psicólogas y maestros, 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 30 Adolescentes que viven en la comunidad de los Cedros pero que no estudian en el Centro Educativo. Se realizó posteriormente una revisión, con el tutor del trabajo investigativo, para hacer modificaciones para el mejoramiento del mismo.

En la primera parte del cuestionario se solicita los datos socio demográfico del adolescente.

El conocimiento sobre VIH/SIDA se evaluó de acuerdo a conocimientos generales del tema, forma de transmisión, diagnóstico, tratamiento, sintomatología, y medidas de prevención.

Se realizaron 51 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:



0-59 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 18 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: 37-54

Desfavorable: 18-36

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 09 preguntas relacionadas a los factores y actividades realizadas por los adolescentes que pudiesen llevarles a padecer la enfermedad, tomando en cuenta el uso correcto y consistente del preservativo durante las relaciones sexuales.

A cada pregunta se le asignó un valor numérico de 11.1 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 diseñar y realizar una base de datos, en base en la información recopilada, a través del instrumento de recolección de la información, mediante el programa SPSS 12.0.

PLAN DE ANALISIS

La información obtenida se resumió 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 realizo 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.

La información se presentará en cuadros y gráficos mediante el programa de Office 2007.



RESULTADOS.

Al finalizar nuestro sobre Conocimientos Actitudes Prácticas en los adolescentes del Centro Escolar Los Cedros, obtuvieron los siguientes resultados.

En lo que refiere a las características Sociodemográficas de los adolescentes en estudio se encontró que 137 pertenecen al grupo de edad de 10 a 14 años lo que representa el 35.3%, y en el grupo de 15 a 19 años corresponde a 251 adolescentes que representa el 64.7%.

La distribución del sexo correspondió a 157 adolescentes del sexo masculino equivalente al 40.5%, y al sexo femenino 231 adolescentes que representa el 59.5%.

En relación al estado civil, 352 adolescentes pertenecen al grupo de solteros que representa el 90.8%, 25 adolescentes en el grupo de acompañados que representa el 6.4%, y 11 adolescentes pertenecen al grupo de casados que representa el 2.8%.

La religión se distribuyó de tal manera que 94 adolescentes son católicos lo que representa el 24.2%, 156 adolescentes son evangélicos lo que representa el 40.2%, en el grupo de otras religiones se encontraron 16 adolescentes lo que representa 4.1%, y en el grupo de ninguna religión se encontraron 122 adolescentes lo que representa 31.5%.

En cuanto a la escolaridad, al rango de 1° y 2° año de secundaria pertenecen 146 adolescentes que representan el 37.6%, al rango de 3° y 4°



año pertenecen 139 adolescentes representando el 35.8%, y al rango de 5° año pertenecen 103 adolescentes, representando el 26.6%.

En lo que refiere a los conocimientos generales de los adolescentes sobre VIH-SIDA se obtuvo lo siguiente:

El SIDA significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida, 336 adolescentes equivalente al 86.6%, afirman dicha proposición, 23 adolescentes equivalente al 5.9% niegan la proposición y 29 adolescentes que representan el 7.5% afirman no saber.

El VIH significa virus de inmunodeficiencia humana, 341 adolescentes representan el 87.9% afirman la proposición, 27 adolescentes que equivale al 7.0% niegan la proposición y 20 adolescentes que representan el 5.1% refieren no saber.

El VID-SIDA se cura en la mayoría de los casos, 34 adolescentes que equivalen al 8.8% respondieron si, 315 adolescentes que representan el 81.1% responden no y 39 adolescentes que representan el 10.1% refieren no saber.

Cuando una persona tiene VIH-SIDA y tiene relaciones sexuales sin protección, es necesario dar tratamiento a la pareja, 339 adolescentes que representan el 87.4% piensan que si se debe dar tratamiento a la pareja, 16 adolescentes que representan el 4.1% piensan que no y 33 adolescentes que representan el 8.5% no saben.

Si una persona utiliza correctamente el condón se protege del VIH-SIDA, 351 adolescentes que representan el 90.5% están de acuerdo con la proposición, 13 adolescentes que representan el 3.4% no están de acuerdo y 24 adolescentes que representan el 6.1% refieren no saber.



El VIH-SIDA, es un problema de salud importante en Nicaragua, 321 adolescentes equivalentes al 82.7% afirman la proposición, 43 adolescentes que representan el 11.1% niegan la proposición y 24 adolescentes que representan el 6.2% refieren no saber.

De los adolescentes en estudio, 17 que representan el 4.4% piensa que el VIH-SIDA si tiene cura, 339 que representan el 87.4% piensan que no tiene cura y 32 que representan el 8.2% refieren no saber.

Se encontró que 357 adolescentes que representan el 92% piensan que el VIH-SIDA es una enfermedad de transmisión sexual, 9 de los adolescentes que representan el 2.3% piensan que no se transmite sexualmente y 22 de los adolescentes que representan el 5.7% no sabe si se transmite sexualmente.

Cuando una persona tiene SIDA, no desarrolla defensas contra las enfermedades, 132 de los adolescentes que representan el 34% responden si, 104 de los adolescentes que representan el 26.8% responden no y 152 adolescentes que representan el 39.2% refieren no saber.

En cuanto a la proposición, las personas que tienen SIDA comúnmente se ponen delgadas, 323 de los adolescentes que representan el 83.2% piensan que si, 39 adolescentes que representan el 10.1% piensan que no y 26 de los adolescentes que representan el 6.7% refieren no saber.

Se encontró que 315 adolescentes que representan el 81.2% piensan que el SIDA es una enfermedad que pone en peligro la vida de las personas que la padecen, 55 de los adolescentes que representan el 14.2% piensan que no y 18 adolescentes que representan el 4.6% no saben.



Se encontró que 32 adolescentes que representan el 8.3% piensan que el SIDA se puede curar si se diagnostica pronto, 252 adolescentes que representan el 64.9% piensan que no y 104 de los adolescentes que representan el 26.8% refieren no saber.

Continuando con los conocimientos sobre las formas de transmisión del VIH-SIDA se encontró que:

Es una enfermedad que se transmite a través de un contacto sexual con una persona infectada, 362 de los adolescentes que representa el 93.3% afirman la proposición, 9 de los adolescentes que representan el 2.3% niegan la proposición y 17 de los adolescentes que representan el 4.4% refieren no saber.

Las personas con muchas parejas sexuales tienen mayor riesgo de contagiarse de VIH-SIDA, en relación a esta proposición, 339 de los adolescentes que representa el 87.4% responden si, 26 de los adolescentes que representan el 6.7% responden no, y 23 de los adolescentes que representan el 5.9% refieren no saber.

Se encontró que 312 de los adolescentes que representan el 80.4%, piensan que una persona se puede contagiar de VIH-SIDA por compartir agujas o jeringuillas, 32 de los adolescentes que representan 8.3% piensan no, y 44 de los adolescentes que representan el 11.3% refieren no saber.

También se encontró que 104 de los adolescentes que representan 26.8% piensan que el VIH se transmite por mala higiene personal, 205 de los adolescentes que representan el 52.8% piensan que no se transmite por mala higiene personal y 79 de los adolescentes que representan el 20.4% refieren no saber.



El VIH-SIDA, se transmite por no usar condón en una relación sexual, 291 de los adolescentes que representan el 75% afirman la proposición, 43 adolescentes que representan el 11.1% niegan la proposición y 54 de los adolescentes que representan el 13.9% refieren no saber.

Una persona puede estar infectada por el VIH-SIDA y no presentar síntomas, 259 de los adolescentes que representan el 66.8% afirman la proposición, 78 de los adolescentes que representan el 20.1% niegan la proposición y 51 de los adolescentes que representan el 13.1% refieren no saber.

Una madre que tiene VIH-SIDA, puede transmitirlo a su bebe durante el parto y durante el período de lactancia materna, 307 de los adolescentes que representan el 79.1% responden si, 42 de los adolescentes que corresponden al 10.8% responden no, y 39 de los adolescentes que representan el 10.1% refieren no saber.

Se encontró que 24 adolescentes que representan el 6.2% piensan que el VIH-SIDA es una enfermedad que solo le da a homosexuales, 329 de los adolescentes que representan el 84.8% piensan que no y 35 de los adolescentes que corresponden al 9% no saben.

En cuanto a si el VIH-SIDA puede transmitirse si dos personas se besan, es decir, por la saliva o por lágrimas, se encontró que 15 de los adolescentes que representan el 3.9% piensan que si, 349 de los adolescentes que representan el 89.9% piensan que no y 24 adolescentes que representan el 6.2% desconocen.



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, 27 de los adolescentes que representan el 7% afirman la proposición, 326 que representan el 84% niegan la proposición y 35 de los adolescentes que corresponden al 9% no saben.

En lo que refiere a los conocimientos que tienen los adolescentes sobre el diagnóstico de VIH-SIDA:

Se encontró que 117 de los adolescentes que representan el 30.2% piensan que se diagnostica por lo que se observa, 194 de los adolescentes que representan el 50.0% piensan que no, y 77 de los adolescentes que representan el 19.8% piensan que no.

El VIH-SIDA se diagnostica por lo que le dice algún amigo o conocido, 61 de los adolescentes que representan el 15.7% piensan que si, 226 de los adolescentes que representan el 58.3% piensan que no y 101 de los adolescentes que representan el 26.0% no saben.

El VIH-SIDA se diagnostica por lo que refiere el médico y/o cualquier profesional de la salud al examinarlo, 317 (81.7%) de los adolescentes afirman la proposición, 42 de los adolescentes que representan el 10.8% niegan la proposición, y 29 de los adolescentes que representan el 7.5% de los adolescentes no saben.

Se encontró que 355 de los adolescentes que representan el 91.4% de los adolescentes piensan que el VIH-SIDA se diagnostica por el resultado de laboratorio, 10 de los adolescentes que representan el 2.5% piensan que no y 24 de los adolescentes que representan el 6.1% refieren no saber.



En lo que refiere a los conocimientos de los adolescentes sobre el tratamiento del VIH-SIDA:

Se encontró que 97 de los adolescentes que corresponden al 25.0% piensan que es correcto auto medicarse, 183 de los adolescentes que representan el 47.2% piensan que no se debe auto medicar, y 108 de los adolescentes que representan el 27.8% refieren no saber.

El tratamiento para el VIH-SIDA debe ser recomendado por amigo o familiares, 129 de los adolescentes que corresponden al 33.3% piensan que si, 198 de los adolescentes que representan el 51.0% piensan que no, y 61 de los adolescentes que representan el 15.7% refieren no saber.

Los enfermos(as) de VIH-SIDA debe acudir a un curandero(a), 39 de los adolescentes que representan el 10.1% afirman la proposición, 278 de los adolescentes que representan el 71.6% niegan la proposición, y 71 de los adolescentes que representan el 18.3% no saben.

Se encontró que 367 de los adolescentes que representan el 94.6% piensan que el tratamiento ideal para el VIH-SIDA es el recomendado por el médico, 12 de los adolescentes que representan el 3.1% piensan que no y 9 de los adolescentes que representan el 2.3% refieren no saber.

En relación a los conocimientos de los adolescentes sobre los signos y síntomas del VIH-SIDA:

Se encontró que 201 de los adolescentes que representa el 51.8% piensan que si manifiestan fiebre, 110 de los adolescentes que representan el 28.4% piensan que no y 77 de los adolescentes lue representan el 19.8% refieren no saber.



Picazón en la región genital, 178 de los adolescentes que representan 45.9% piensan que si se manifiesta este síntoma, 143 de los adolescentes que representan el 36.8% piensan que no, y 67 de los adolescentes que representa el 17.3% no saben.

Pérdida de peso, 229 de los adolescentes que representan el 59% piensan que si está presente esta manifestación clínica, 74 de los adolescentes que representan el 19.1% piensan que no, y 85 de los adolescentes que representan el 21.9% no saben.

Diarrea, 237 de los adolescentes que representan el 61.1% están de acuerdo con la presencia de este síntoma, 54 de los adolescentes que representan el 13.9% piensan que no, y 97 de los adolescentes que corresponden al 25.0% refieren no saber.

Se encontró que 157 de los adolescentes que representan el 40.5% piensan que los vómitos es un síntoma presente en los enfermos de VIH-SIDA, 121 de los adolescentes que representan el 31.2% piensan que no, y 110 de los adolescentes que representan el 28.3% no saben.

Se encontró que 162 de los adolescentes que representan el 41.7% piensan que el dolor de cabeza es un síntoma presente, 109 de los adolescentes que representan el 28.1% piensan que no está presente y 117 de los adolescentes que representan el 30.2% refieren no saber.

Escalofríos, 187 de los adolescentes que representan el 48.2% afirman que están presentes, 79 de los adolescentes que corresponden a 20.4% niegan la proposición, y 122 adolescentes que representan el 31.4% no saben.



Verrugas (pelotitas en partes íntimas), 235 de los adolescentes que representan el 60.6% afirman que están presentes, 90 de los adolescentes que corresponden al 23.2% niegan la proposición y 63 de los adolescentes que representan el 16.2% desconocen la presencia o ausencia del síntoma.

En cuanto a la salida de pus de partes íntimas, 213 de los adolescentes que representan el 54.9% afirman la proposición, 102 de los adolescentes que corresponden al 26.3% niegan dicha proposición y 73 de ellos correspondientes al 18.8% desconocen.

Úlceras o granos cerca de tus partes íntimas, 251 de los adolescentes que representan el 64.7% indican que esta manifestación se encuentra presente, 89 de los adolescentes q corresponden al 22.9% la niegan y 48 de ellos que representan el 12.4% no saben acerca de su manifestación.

Respecto a la aparición de ganglios o secas en la ingle, 187 (48.2%) de los adolescentes están de acuerdo con la proposición, 126 de ellos (32.5%) no están de acuerdo y 75 adolescentes (19.3%) no saben.

En relación a los Conocimientos de los adolescentes sobre las Medidas de Prevención del VIH/SIDA:

Se encontró que 229 de los adolescentes (59.0%), consideran que no tener relaciones sexuales es una medida de prevención para el VIH, 138 de ellos (35.6%) piensan que no y 21 adolescentes (5.4%) no saben.

También se encontró que 287 adolescentes (74.0%), piensan que tener una sola pareja es una medida para prevenir el VIH, 84 de ellos (21.6%) piensan que no y solo 17 (4.4%) no saben.



No usar drogas intravenosas, 234 de los adolescentes que representan el 60.3% están de acuerdo con la proposición, 80 (20.6%) adolescentes la niegan y 74 de ellos (19.1%) no saben.

Reducir el número de parejas sexuales, respecto a esta proposición, 276 de los adolescentes que representan el 71.1% la afirman, 42 adolescentes que corresponden al 10.8% la niegan y 70 adolescentes (18.1%) no saben.

El uso del condón es una medida de prevención del VIH, 346 de los adolescentes que representan el 89.2% afirman la proposición, 17 adolescentes (4.4%) la niegan y solo 25 adolescentes (6.4%) no saben.

Practicando sexo oral, 115 de los adolescentes que representan el 29.7% respondieron si a la proposición, 129 adolescentes que corresponden al 33.2% respondieron que no y 144 adolescentes que representan el 37.1% no saben.

Eyacular fuera de la pareja, 109 de los adolescentes que representan el 28.1% respondieron si a la proposición, 157 de los adolescentes que representan el 40.5% respondieron no y 122 de los adolescentes que representan el 31.4% no saben.

La masturbación es una medida de prevención del VIH, 245 (63.2%) de los adolescentes consideran que si, 23 de los adolescentes (5.9%) consideran que no y 120 de los adolescentes (30.9%) no saben.

Se encontró que 115 adolescentes (29.6%) piensan que no usar baños públicos es una medida para prevenir el VIH, 169 de los adolescentes (43.6%) piensan que no, y 104 (26.8%) no saben.



No usar jeringas contaminadas, 258 de los adolescentes (66.5%) están de acuerdo con el enunciado, 57 de los adolescentes (14.7%) no están de acuerdo y 73 (18.8%) no saben.

En relación a la Actitud de los adolescentes ante el uso del condón:

Se encontró que 63 adolescentes (16.2%) piensan que el preservativo disminuye el placer sexual, 87 de los adolescentes que representan el 22.5% están en duda y 238 (61.3%) no están de acuerdo.

Es mejor usar el preservativo con personas con las que tienen relaciones de vez en cuando, 289 de los adolescentes (74.5%) están de acuerdo con la proposición, 53 adolescentes (13.7) se encuentran en duda y 46 adolescentes (11.8%) están en desacuerdo.

Me daría mucha vergüenza comprar un condón, 127 adolescentes (32.7%) están de acuerdo, 78 adolescentes (20.1%) están en duda y 183 adolescentes (47.2%) están en desacuerdo.

Crees que el condón o preservativo hace que el hombre pierda la erección del pene, 26 adolescentes (6.7%) están de acuerdo, 45 adolescentes (11.6%) están en duda y 317 adolescentes (81.7%) están en desacuerdo.

Debe de evitarse el uso del preservativo porque va contra la religión, 31 (7.9%) adolescentes están de acuerdo con la proposición, 37 adolescentes (9.5%) están en duda y 320 (82.6%) están en desacuerdo.

Solo los hombres deben portar preservativos, respecto a esta proposición, 96 adolescentes (24.7%) están de acuerdo, 52 adolescentes (13.4%) están en duda y 240 adolescentes (61.9%) están en desacuerdo.



Las mujeres que portan preservativos es que han tenido múltiples parejas sexuales, 67 adolescentes (17.3%) están de acuerdo con la proposición, 44 adolescentes (11.3%) están en duda y 277 (71.4%) están en desacuerdo.

En cuanto a la actitud ante las relaciones sexuales de riesgo se encontró que 195 (50.3%) de los adolescentes está de acuerdo con evitar tener relaciones sexuales con amistades casuales, 88 (22.6%) están en duda y 105 (27.1%) están en desacuerdo con la aseveración, en relación a que si una persona de su edad debe tener relaciones sexuales con diferentes parejas 102 (26.3%) están de acuerdo, 56 (14.4%) en duda y 230 (59.3%) en desacuerdo. Ante la aseveración de que no tener relaciones sexuales disminuye el riesgo de contraer VIH/SIDA, 207 (53.4%) de los jóvenes están de acuerdo, 23 (5.9%) en duda, y 158 (40.7%) de ellos en desacuerdo.

Siguiendo con la actitud ante las relaciones sexuales de riesgo 239 (61.6%) están de acuerdo con que practicando sexo oral con personas que no conocen es una actitud de riesgo ante el VIH/SIDA, 69 (17.8%) están en duda y 80 (20.6%) en desacuerdo. En cuanto a que entre más joven tienen relaciones sexuales es mejor 167 (43.0%) están de acuerdo, 78 (20.1%) en duda y 143 (36.9%) en desacuerdo. Ante la aseveración de que combinar el sexo con el alcohol y las drogas es más placentero 97 (25.0%) de ellos están de acuerdo, 32 (8.2%) en duda y 259 (66.8%) en desacuerdo.

En cuanto a la actitud ante las personas portadoras de VIH/SIDA, 105 (27.1%) de los adolescentes están de acuerdo en que rechazarían a alguien que tenga VIH/SIDA, en duda 127 (32.7%) de ellos y en desacuerdo 156 (40.2%). Ante la aseveración de que si lo trataría como una persona normal 197 (50.8%) están de acuerdo, 85 (21.9%) en duda y 106 (27.3%) en desacuerdo.



En relación a que las personas con VIH/SIDA tienen el castigo que se merecen están de acuerdo con esto 67 (17.3%) adolescentes, en duda 136 (35.0%) y en desacuerdo 185 (47.7%). Con respecto a que si fuera su pareja NO tendría relaciones sexuales con él o ella pero lo besaría 138 (35.6%) están de acuerdo, 148 (38.1%) en duda y 102 (26.3%) en desacuerdo. Con la aseveración siguiente: NO me pasa nada por estar en la misma aula con una persona con VIH/SIDA 297 (76.5%) están de acuerdo, 59 (15.2%) en duda y 32 (8.3%) en desacuerdo.

En relación a las prácticas de riesgos tenemos que ninguno de los adolescentes de nuestro estudio ha utilizado drogas inyectadas, en cuanto a la presencia de tatuajes 21 (5.4%) afirmaron tenerlos contrario a los 367 (94.6%) que negaron este antecedente. Referente a la práctica de la fidelidad 269 (69.3%) de los adolescentes dijeron que si la practicaban y 119 (30.7%) de ellos dijeron que no. Ante la pregunta de que si acostumbraban a portar siempre un condón en su billetera o mochila, 59 (15.2%) de ellos dijo que si lo portaban y 329 (84.8%) que no.

En cuanto a la pregunta de que si han tenido relaciones sexuales 168 (43.3%) de los adolescentes afirmo haber iniciado ya su vida sexual contrario a los 220 (56.7%) que negó el antecedente.

Respecto a la edad de inicio de las relaciones sexuales se encontró que en el intervalo de 10-11 años 4 (2.4%) de los adolescentes afirmaron haber iniciado a esa edad, de 12-13 años 7 (4.2%), de 14-15 años 52 (31.0%), de 16-17 años 61 (36.3%) y de 18-19 años 44 (26.1%).



En relación al uso del condón en las relaciones sexuales 21 (12.5%) de los adolescentes con vida sexual activa refirieron utilizarlo siempre, 102 (60.7%) casi siempre y 45 (26.8%) nunca lo utilizan.

En cuanto a la pregunta de que si tienen relaciones sexuales con otra persona además de su pareja, 52 (31.0%) de los adolescentes con vida sexual afirmó que si y 116 (69.0%) refirió que no tenían esa práctica.

Referente a que con cuantas personas han tenido relaciones sexuales 71 (42.3%) adolescentes refirió que con solo una persona, 59 (35.1%) con dos parejas y 38 (22.6%) de tres a mas parejas en su vida sexual.

Sobre los medios masivos de información sobre VIH/SIDA que utilizan los adolescentes se encontró que la televisión era utilizada como medio de información por 294 (75.8%) del total de adolescentes, el internet con 153 (39.4%), las revistas y/o brochures 134 (34.5%), la radio con 57 (14.7%) y los libros eran consultado por 28 (7.2%) de los adolescentes.

Con respecto a las personas con quienes han hablado sobre VIH/SIDA los adolescentes se reflejó que 187 (48.1%) del total con amigos, 169 (43.5%) con su novio (a), 145 (37.3%) con maestros, 69 (17.8%) de los adolescentes con pastores, 59 (15.2%) con médicos, 33 (8.5%) con hermanos, 27 (6.9%) de los adolescentes han hablado del tema con su madre, 19 (4.9%) con el padre, 4 (1.0%) con sacerdotes, y 3 (0.8%) de ellos con su esposo (a).

Respecto a los lugares donde han escuchado hablar sobre VIH/SIDA los adolescentes se encontró que 362 (93.3%) afirmó que en la escuela, 221 (57.0%) refirió que la calle, 56 (14.4%) en la iglesia, 47 (12.1%) en su casa, 39 (10.1%) en las unidades de salud y 3 (0.8%) de ellos en los bares.



En cuanto al nivel de conocimiento que tienen los adolescentes se encontró que 241 (62.1%) del total tienen un buen conocimiento, 83 (21.4%) regular y 64 (16.5%) tienen un mal conocimiento.

Referente a la actitud se reflejó favorable en 224 (57.7%) y desfavorable en 164 (42.3%) adolescentes de dicho colegio.

Acerca de las prácticas se encontró que 64 (16.5%) adolescentes tienen buena práctica, 81 (20.9%) regular práctica y 243 (62.6%) del total realizan una mala práctica.

En cuanto al nivel de conocimientos versus la actitud se reflejó que de los 241 adolescentes que tienen buen conocimiento 176 (73.0%) tenían una actitud favorable y 65 (27.0%) una actitud desfavorable. De los 83 adolescentes que tenían un regular conocimiento 39 (47.0%) de ellos tenían una actitud favorable y 44 (53.0%) desfavorable. Respecto a los que obtuvieron un nivel de conocimientos malo que fueron 64 adolescentes 9 (14.1%) de ellos tenían una actitud favorable y 55 (85.9%) desfavorable.

Referente al nivel de conocimientos versus la práctica se encontró que de los 241 adolescentes que tenían buen conocimiento 39 (16.2%) tenían buena práctica, 42 (17.4%) regular y 160 (66.4%) mala práctica. De los 83 adolescentes que tenían un regular conocimiento 17 (20.5%) tenían buena práctica, 31 (37.3%) regular y 35 (42.2%) mala práctica. Respecto a los que obtuvieron un nivel de conocimientos malo que fueron 64 adolescentes 8 (12.5%) tenían buena práctica, 8 (12.5%) regular y 48 (75.0%) mala práctica.



En cuanto a las características sociodemográficas versus el nivel de conocimientos se encontró:

De los 137 adolescentes de 10-14 años 72 tenían buen conocimiento (52.6%), 25 (18.2%) regular y 40 (29.2%) mal conocimientos. Entre las edades de 15-19 años que correspondió a 251 adolescentes 169 (67.3%) tuvieron buen conocimiento, 58 (23.1%) regular y 24 (9.6%) mal conocimiento.

En cuanto al sexo se encontró que de los 157 adolescentes masculinos 69 (43.9%) de ellos tuvieron un buen conocimiento, 46 (29.3%) regular y 42 (26.8%) un mal conocimiento. En el sexo femenino que estuvo representado por 231 adolescentes 172 (74.5%) de ellas tuvieron un nivel de conocimiento bueno, 37 (16.0%) regular y 22 (9.5%) mal conocimiento.

Referente al estado civil 352 refirieron ser solteros de los cuales 225 (63.9%) tuvieron buen conocimiento, 69 (19.6%) regular y 58 (16.5%) mal conocimiento. De los 25 acompañados(as) 14 (56.0%) tuvieron buen conocimiento, 8 (32.0%) regular y 3 (12.0%) mal conocimiento. De los 11 adolescentes casados(as) 2 (18.1%) tuvieron buen conocimiento, 6 (54.6%) regular y 3 (27.3%) mal conocimiento.

Respecto a la religión se encontró que de los 94 adolescentes católicos 69 (73.4%) tuvieron buen conocimiento, 14 (14.9%) regular y 11 (11.7%) un mal conocimiento. De los 156 que siguen la religión evangélica 92 (59.0%) tuvieron un nivel de conocimiento bueno, 38 (24.4%) regular y 26 (16.6%) mal conocimiento. Los que pertenecen a otras religiones no mencionadas anteriormente que fueron 16 adolescentes 10 (62.5%) de ellos tuvieron un buen conocimiento, 4 (25.0%) regular y 2 (12.5%) un mal conocimiento. En cuanto a los adolescentes que no profesan ninguna religión que fueron 122



jóvenes, 70 (57.4%) de ellos tuvieron un buen conocimiento, 27 (22.1%) regular y 25 (20.5%) un mal conocimiento.

Referente a la escolaridad se encontró que de los 146 adolescentes que cursaban 1° y 2° año 80 (54.8%) de ellos tuvieron buen conocimiento, 35 (24.0%) regular y 31 (21.2%) un mal conocimiento. De los 139 que cursaban de 3° y 4° año 78 (56.2%) de ellos tuvieron un buen conocimiento, 33 (23.7%) regular y 28 (20.1%) mal conocimiento. De los 103 alumnos que cursaban 5° año 83 (80.6%) tuvieron buen conocimiento, 15 (14.6%) regular y 5 (4.8%) mal conocimiento.

Referente a las características sociodemográficas versus el nivel de actitud se encontró:

De los 137 adolescentes de 10-14 años 73 (53.3%) de ellos tenían una actitud favorable y 64 (46.7%) desfavorable. Entre las edades de 15-19 años que correspondió a 251 adolescentes 151 (60.2%) tuvieron una actitud favorable y 100 (39.8%) desfavorable.

En cuanto al sexo se encontró que de los 157 adolescentes masculinos 86 (54.8%) de ellos tuvieron una actitud favorable y 71 (45.2%) desfavorable. En el sexo femenino que estuvo representado por 231 adolescentes 138 (59.7%) de ellas tuvieron una actitud favorable y 93 (40.3%) desfavorable.

Referente al estado civil 352 refirieron ser solteros de los cuales 204 (58.0%) tuvieron una actitud favorable y 148 (42.0%) desfavorable. De los 25 acompañados(as) 15 (60.0%) tuvieron una actitud favorable y 10 (40.0%) desfavorable. De los 11 adolescentes casados(as) 5 (45.5%) tuvieron una actitud favorable y 6 (54.5%) desfavorable.



Respecto a la religión se encontró que de los 94 adolescentes católicos 57 (60.6%) tuvieron una actitud favorable y 37 (39.4%) desfavorable. De los 156 que siguen la religión evangélica 84 (53.8%) tuvieron una actitud favorable y 72 (46.2%) desfavorable. Los que pertenecen a otras religiones no mencionadas anteriormente que fueron 16 adolescentes 9 (56.3%) de ellos tuvieron una actitud favorable y 7 (43.7%) desfavorable. En cuanto a los adolescentes que no profesan ninguna religión que fueron 122 jóvenes, 74 (60.7%) de ellos tuvieron una actitud favorable y 48 (39.3%) desfavorable.

Referente a la escolaridad se encontró que de los 146 adolescentes que cursaban 1° y 2° año 76 (52.1%) de ellos tuvieron una actitud favorable y 70 (47.9%) desfavorable. De los 139 que cursaban de 3° y 4° año 78 (56.1%) de ellos tuvieron una actitud favorable y 61 (43.9%) desfavorable. De los 103 alumnos que cursaban 5° año 70 (68.0%) tuvieron una actitud favorable y 33 (32.0%) desfavorable.

En cuanto a las características sociodemográficas versus el nivel de práctica se encontró:

De los 137 adolescentes de 10-14 años 19 (13.9%) tenían una buena práctica, 30 (21.9%) regular y 88 (64.2%) mala práctica. Entre las edades de 15-19 años que correspondió a 251 adolescentes 45(17.9%) tuvieron una buena práctica, 51 (20.3%) regular y 155 (61.8%) mala práctica.

En cuanto al sexo se encontró que de los 157 adolescentes masculinos 18 (11.5%) de ellos tuvieron una buena práctica, 38 (24.2%) regular y 101 (64.3%) una mala práctica. En el sexo femenino que estuvo representado por 231 adolescentes 46 (19.9%) de ellas tuvieron una buena práctica, 43 (18.6%) regular y 142 (61.5%) mala práctica.



Referente al estado civil 352 refirieron ser solteros de los cuales 59 (16.8%) tuvieron una buena práctica, 76 (21.6%) regular y 217 (61.6%) una mala práctica. De los 25 acompañados(as) 3 (12.0%) tuvieron una buena práctica, 4 (16.0%) regular y 18 (72.0%) una mala práctica. De los 11 adolescentes casados(as) solo 2 (18.2%) tuvo una buena práctica, 1 (9.1%) regular y 8 (72.7%) una mala práctica.

Respecto a la religión se encontró que de los 94 adolescentes católicos 18 (19.1%) tuvieron una buena práctica, 22 (23.4%) regular y 54 (57.5%) una mala práctica. De los 156 que siguen la religión evangélica 23 (14.7%) tuvieron una buena práctica, 28 (18.0%) regular y 105 (67.3%) una mala práctica. Los que pertenecen a otras religiones no mencionadas anteriormente que fueron 16 adolescentes 3 (18.7%) de ellos tuvieron una buena práctica, 2 (12.5%) regular y 11 (68.8%) una mala práctica. En cuanto a los adolescentes que no profesan ninguna religión que fueron 122 jóvenes, 20 (16.4%) de ellos tuvieron una buena práctica, 29 (23.8%) regular y 73 (59.8%) una mala práctica.

Referente a la escolaridad se encontró que de los 146 adolescentes que cursaban 1° y 2° año 22 (15.1%) de ellos tuvieron una buena práctica, 27 (18.5%) regular y 97 (66.4%) una mala práctica. De los 139 que cursaban de 3° y 4° año 24 (17.3%) de ellos tuvieron una buena práctica, 31 (22.3%) regular y 84 (60.4%) una mala práctica. De los 103 alumnos que cursaban 5° año 18 (17.5%) tuvieron una buena práctica, 23 (22.3%) regular y 62 (60.2%) una mala práctica.



ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

Al analizar la mayor frecuencia por grupo de edad, la distribución de los adolescentes prevaleció entre las edades de 15 a 19 años esto concuerda con datos de la encuesta nicaragüense de demografía (ENDESA) en el año 2001 donde se encontró que la población nicaragüense es predominantemente joven. Inclusive diversos estudios en Latinoamérica sitúan a Nicaragua como uno de los 3 primeros países con población menor a los 25 años para los próximos 50 años. Desde el punto de vista epidemiológico estos datos deben de motivar a desarrollar e impulsar políticas y programas que vayan de acuerdo a las expectativas y demandas que este grupo poblacional va realizando ya que de una forma estratégica, la planificación y seguimiento sostenible de estos programas ayudará a abordar objetivamente dichas situaciones, y prevenir a tiempo toda las complicaciones hacia el núcleo familiar del adolescente.

En cuanto al sexo el 59.5% perteneció al sexo femenino, diversos estudios realizados en grupos de adolescentes en varias regiones de Nicaragua, han revelado un comportamiento similar, marcando una tendencia, debemos recordar que la población femenina de Nicaragua ha mantenido una constante prevalencia en relación a la población general, como lo demuestran los diferentes censos poblacionales realizados en el País, además con las características de la región muchos adolescentes masculinos abandonan los estudios para dedicarse al trabajo en el campo. Se ha visto cada día más como la mujer nicaragüense va desarrollando un empoderamiento que va en un ascenso continuo y que las jóvenes adolescentes de hoy serán las mujeres del mañana. En la medida en que fortalezcamos desde ya sus derechos y sobretodo en la temática de la



Salud Sexual y Reproductiva, estaremos abonando a consolidar la base de la sociedad nicaragüense futura.

Referente al estado civil de los encuestados la gran mayoría eran solteros esto concuerda con las literaturas consultadas las cuales remarcan que la población nicaragüense es meramente joven, pero llama la atención un pequeño grupo de adolescente que indicaron estar acompañado(a) y/o casado(a) que reflejan la creciente tasa de embarazos adolescentes en nuestro país.

Al analizar la religión, los que profesan la religión evangélica prevaleció en el grupo de adolescentes, pero otra gran mayoría indicó no seguir ninguna religión, lo que de alguna manera podría influir en el comportamiento de estos adolescentes. Aunque de manera tradicional nuestro pueblo ha sido católico, se ha venido observando que la religión evangélica ha fortalecido su presencia cada día más. No debemos olvidar que durante este período del desarrollo biológico del ser humano, existe una crisis permanente en la medida que el adolescente busca la manera para encontrarse “a sí mismo” y es por eso que en algunos jóvenes se encontró que todavía no tenían una religión de su preferencia.

En referente a la escolaridad los adolescentes que cursaban primero y segundo año predominaron en contrastes con los de quinto año esto refleja la deserción escolar en nuestro país conforme avanzan en el nivel académico. Estudios de la UNESCO en nuestro país hasta hace pocos años indicaban que existía un alto nivel de deserción escolar y cuya causa fundamental era la crisis económica y social en que la familia del adolescente en este caso se encontraba. Esta crisis impulsaba a los jóvenes a buscar un medio de subsistir de alguna manera y también cooperar en el aporte monetario para apoyar a los padres y/o a su pareja



en el caso de asumir la responsabilidad de hacerse cargo de una “NUEVA FAMILIA”.

En cuanto al nivel de conocimiento que tienen los adolescentes sobre el tema VIH/SIDA, fue muy importante notar el hecho que en general la mayoría tenían un conocimiento bueno (62.1%), esto coincide con muchos estudios en nuestro país pero contrasta con los resultados de estudios internacionales en los que predomina el regular y mal conocimiento. Estos resultados están asociados al hecho de que la dirección del colegio y los propios adolescentes afirmaron haber recibido bastantes tipos de información referente al tema en forma de taller y charlas por parte del personal del colegio, ONG y MINSA, conformando grupos de adolescentes bien capacitados encargados de dar charlas a otros de su mismo colegio.

Actualmente los adolescentes tienen de forma directa o indirecta el acceso a un gran abanico de Medios de Información, para la obtención de la información sobre VIH/SIDA, y más aún acerca del uso del condón, esto puede deberse a que en los últimos años ha habido un aumento en el suministro de información por parte del Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y ONGs; aunque por parte del ámbito familiar se ha mantenido hasta este momento un distanciamiento condicionado sobre todo por los mitos, tabûes y prejuicios que dominan la cultura nicaragüense. Esto de alguna manera juega un importante rol al momento de establecer las principales fortalezas acerca del conocimiento del tema en los adolescentes.

El 57.7% de los adolescentes tuvieron una actitud favorable, datos revisados en estudios científicos en el país reflejaron comportamientos similares, estableciéndose una relación directa con el nivel de los conocimientos obtenidos por parte de los adolescentes a través de los diferentes medios de información a los cuales tienen acceso.



En el presente estudio la práctica alcanzó en promedio el 62.6% de práctica incorrecta. Probablemente este fenómeno se encuentra debido al vacío que todavía existe en relación a una participación más activa de la familia con los adolescentes, y la falta de una buena coordinación con los otros agentes que participan en la formación de los adolescentes desde etapas tempranas del desarrollo como lo son los maestros, religiosos, tutores culturales grupos de amigos etc. Y de esa manera el adolescente fortalecería mucho su posición frente a su sexualidad y la de los otros adolescentes que comparten su núcleo social.

Esta situación nos tiene que hacer reflexionar en que hay que impulsar mucho más la educación desde etapas muy tempranas en el desarrollo de los niños para que cuando estos lleguen a ser adolescentes cuenten con la seguridad que les da el hecho de estar debidamente informados y consolidar así un comportamiento y responsabilidad en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva.

En cuanto a inicio de vida sexual activa un 43.3% de los adolescentes ya han iniciado una vida sexual, de los cuales la edad de inicio de las relaciones sexuales más frecuente que se encontró fue entre 16 y 17 años, además un pequeño grupo de adolescentes están iniciando a tener relaciones sexuales cada vez más jóvenes esto parece deberse en gran parte a la falta de comunicación entre padres e hijos, y por tanto es un factor predisponente a embarazos adolescentes y a ETS. Sin embargo un grupo muy significativo aun no inician a tener relaciones sexuales de tal manera que los adolescentes en estudio conocen la importancia de retrasar el inicio de las relaciones sexuales.

De los adolescentes que reflejaron haber iniciado vida sexual, solo el 12.5% manifestó utilizar siempre el condón al momento de llevar a cabo



una relación sexual, esto pone de manifiesto que los adolescentes a pesar de tener un buen conocimiento y una buena actitud, poseen mala práctica, consideramos que esto aún puede deberse a lo mencionado anteriormente sobre los prejuicios y tabúes de la sociedad nicaragüense que no permiten que los adolescentes se desenvuelvan con libertad y experimenten con seguridad. También se encontró que un cierto número de adolescentes refiere sostener relaciones sexuales con más de 3 personas (22.6%), al asociar esta práctica con la no portación del preservativo, nos enfrentamos a una realidad difícil ya que los adolescentes están viviendo la sexualidad sin protección alguna, exponiéndose cada vez al VIH/SIDA, lo que corresponde con los decretos de la ONUSIDA que establecen un mayor número de casos positivos, es decir PVVS (Paciente que vive con el virus del sida), sobre todo en adolescentes, razón por la cual se han dirigido programas por esta causa, ejemplo de ellos es el programa cuenta cero.

En cuanto a las diversas maneras a través de las cuales los adolescentes se informan sobre la epidemia del VIH, resalto la televisión con el 75.8%; si bien es cierto, este medio masivo de información muchas veces puede ser factor ayudador o destructor, debido a que juega un doble papel al transmitir información sobre la enfermedad y medidas de prevención pero incita a los adolescentes a practicar desde ya las relaciones sexuales, sin embargo las campañas que ha dirigido la UNICEF o la OMS han sido una gran colaboración para instruir a los jóvenes.

También cabe destacar que los adolescentes hablan más sobre VIH con sus amigos (as) y novios (as), a lo que surge la gran interrogante, ¿Qué pueden hablar dos jóvenes inexperimentados y con falta de conocimientos? Pues es una realidad que hay que aceptar y tratar de cambiar, ya que la poca participación de los padres y madres de familia es un factor contribuyente a la expansión de la epidemia, muchas veces esto puede deberse a que son hijos de madres solteras, cabeza de familia donde no



queda tiempo para conversar, o madres y padres que recibieron la misma educación y no corrigen ese error y mantienen distancia con sus hijos, otra razón puede deberse a la desunión del núcleo familiar, a un número grande de hermanos donde no alcanza el tiempo para que todos sean atendidos y los padres dan preferencia a los más pequeños. Sin embargo ninguna de estas resulta justificación suficiente para la marcada distancia y falta de comunicación que existe entre los padres e hijos.

En cuanto a la edad, sexo y nivel de conocimiento de los adolescentes, resalto que el grupo de edad de 15 a 19 poseen un mejor conocimiento en comparación con el grupo de edad más pequeño, y en cuanto al sexo, las mujeres adolescentes demostraron dominar más sobre el tema, esto puede explicarse desde el punto de vista psicológico donde se asume que la mujer madura primero que el varón, y referente a la escolaridad, a pesar de que estos jóvenes pertenecen a una comunidad un tanto alejada de la ciudad, manejan el tema en cuestión lo que habla bien de las autoridades del centro escolar y de los dirigentes religiosos que también tienen una participación influyente en los adolescentes de dicho lugar.



CONCLUSIONES.

- Predominaron los Adolescentes de 15-19 años, del sexo femenino, con escolaridad en su mayoría de 1° a 3° año de secundaria, solteros, y de religión evangélica.
- El conocimiento en general fue bueno, teniendo mayor porcentaje aquella que se relacionaban a la forma de transmisión.
- La principal fuente de información respecto al VIH/SIDA fue la televisión y el internet, los amigos y la escuela tuvieron una participación importante.
- La actitud fue favorable en la mayoría del grupo de estudio, mostrado principalmente en la no discriminación a las personas con VIH/SIDA.
- La práctica fue mala, encontrando que a pesar de que su mayoría cuenta con información al menos básica del VIH, no utilizan las medidas preventivas.



RECOMENDACIONES.

1.- El Ministerio de Salud (MINSA) y el Ministerio de Educación y Deportes (MINED) y todos los actores, deberán seguir estableciendo la estrategia que fortalezca la difusión del continuo conocimiento sobre el tema del VIH/SIDA con mayor énfasis a la población de jóvenes y en general a toda la población, con información más coherente a los grupos de baja escolaridad.

2.- Respalda todos los estudios que refuercen el Conocimiento sobre el tema de VIH/SIDA, en los sistemas locales de salud, con la finalidad de implementar programas de prevención, educación y salud sexual y reproductiva, tomando a la población Adolescente como una prioridad del sistema de salud pública de Nicaragua.

3.- Reforzar a las redes comunitarias, para que transmitan información referente al VIH/SIDA, integrando a los maestros de los centros escolares, grupos religiosos, ONG que manejan el tema de VIH-SIDA, motivando la incorporación del núcleo familiar como estrategia para fortalecer la prevención de la epidemia.

4.- Fomentar a través de los medios de comunicación, programas dirigidos a aumentar el conocimiento y la buena conducción de todos los aspectos relacionados con el VIH/SIDA y que motiven a la población a buscar información referente al tema.



5.- Establecer lugares donde los jóvenes puedan informarse sobre la temática de VIH/SIDA, durante todo el año, teniendo acceso a una información objetiva, dándoles charlas educativas, teniendo acceso a la realización de la prueba del VIH/SIDA.



BIBLIOGRAFIA.

1. Informe sobre epidemia mundial del VIH/SIDA, 2002. ONUSIDA. ONU/OMS. Extraído de (www.unaids.org).
2. Informe sobre la epidemia mundial del SIDA, ONUSIDA (2008).
3. Caballero Hoyos R. y A Villaseñor Sierra, OP. CIT.
4. Salud de los adolescentes en las Américas. OPS/OMS, 1998-2001.
5. Caballero Hoyos, R. y A Villaseñor Sierra, OP.CIT.
6. La salud de los adolescentes en cifras, Dirección General de Información y Evaluación del desempeño-secretaría de salud. 2003. Salud Pública México 45 suplemento1: S153-S165.
7. Informe sobre epidemia mundial del VIH/SIDA, 2002. ONUSIDA. ONU/OMS. Extraído de (www.unaids.org).
8. Informe sobre la epidemia mundial del SIDA, ONUSIDA (2008).
9. Marchetti R y G Rodríguez 1996. Los adolescentes y el SIDA. Sida/ETS 2: 61-64.



10. Villaseñor Sierra A, R Caballero Hoyos, A. Hidalgo San Martín y JI Santos Preciado, 2003. Conocimientos, Objetivos, Subjetivos sobre el VIH SIDA como predictor en el uso del condón en adolescentes. Salud Publica México, 45 suplemento 1: S73-S80.

11. Rasmussen Cruz B, Hidalgo San Martín A., y Alfaro Alfaro N., 2003. Comportamiento de riesgo de ITS SIDA en adolescentes trabajadores de hoteles de puerto Vallarta y su asociación con el ambiente laboral. Salud Publica México, 45 suplemento 1: S81-S91.

12. 30 AÑOS DE VIH/SIDA, 30 AÑOS DE LUCHAS: SIDASTUDI.
<http://www.sidastudi.org>

13. <http://www.onusida-latina.org>

14. Catacora-López Fresia, Villanueva-Roque Javier. Conocimientos sobre VIH/sida y prácticas sexuales de escolares de 14 a 17 años de la ciudad de Tacna, Perú 2004.

15. Dávila María, Tagliaferro Antonieta, Bullones Xiomara. Nivel de Conocimiento de Adolescentes sobre VIH/SIDA, Venezuela 2008.

16. Broche Morera Rafael, Martín Ross Diana, Soler Porro Aida, Alonso Luis Zoraida. Conocimiento sobre VIH/SIDA por adolescentes de la Parroquia 23 de Enero. Caracas-Venezuela, 2007.

17. Macchi ML, Benítez Leite S., Corvalán A., Núñez C., Ortigoza D. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de Educación, del área metropolitana, Paraguay 2006.



18. Valdivia Rivero Maidé Regina. Conocimientos, Actitudes y Prácticas acerca del VIH/SIDA en adolescentes de enseñanza politécnica, Municipio Yaguajay-Cuba 2009.

19. Navarro L. Edgar, Vargas Morath Rusvelt. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados, Barranquilla-Colombia, Julio-Noviembre de 2003.

20. Flores Oscar. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de ITS y VIH/SIDA en adolescentes del centro de salud de Juigalpa "Dr. Adán Barrillas Huete" en el I semestre del año 2004.

21. Rocha López Eulalia Teresita. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de ITS/SIDA en adolescentes de cinco colegios de educación media de la ciudad de Bilwi, Puerto Cabezas en el II semestre del año 2006.

22. Salazar. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VIH/SIDA en los estudiantes mayores de 15 años del colegio Moravo de Bluefields del año 2011.

23. Cerda Reyes, Espinoza López, Soza González. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH/SIDA en adolescentes de la comunidad La Flor- Isla de Ometepe, Municipio de Rivas en el periodo comprendido del 01 de Octubre al 31 de Diciembre del año 2011.

24. Martínez Gómez Sergio, Vela Cruz Michell. Conocimientos, Actitudes y Prácticas en los adolescentes de 10-19 años respecto al VIH/SIDA que acuden al Centro de Salud Edgar Lang Sacaza en el periodo del 1 de Julio al 31 de Diciembre del 2006.



25. Reyes y Romero. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH/SIDA en los adolescentes de secundaria del Colegio Salomón Ibarra Mayorga del distrito V de Managua, en el año 2011.

26. Bermúdez González S y Hernández Meléndez. Conocimientos, Actitudes y Practicas preventivas sobre VIH/SIDA en estudiantes entre 15 y 19 años con vida sexual activa en cuatro colegios del Municipio de Masaya, Agosto a Septiembre del 2004.

27. Seminario Internacional de Enfermedades Transmisibles OPS/OMS. Managua, Nicaragua, 1993. 1v

28. Vilchez Trejos Aymara de la Concepción, Zapata Berrios Marjorie Lisseth y Zamoran Larios Ada Marisol. Conocimientos, Actitudes, Practicas sobre VIH en estudiantes del ciclo básico del Instituto Publico San Francisco del Norte departamento de Chinandega del 1 al 30 de Septiembre del 2011.

29. Echeverria J. Problemas en la adolescencia SEISIDA 94; 5 (3): 123-124.

30. www.indexmundi.com/es/Nicaragua.

31. Conocimientos sobre VIH SIDA en los adolescentes.
<https://www.vozjoven.net/documentacion/vihsida/12/>

32. www.cisas.org.ni/node/103.



33. Retos del milenio.

www.undp.org.ni/files/dmilenio/1170803712_objetivo6.pdf.

34. Situación del VIH sida en Nicaragua.

www.nicaraguaeduca.edu.ni/.../situacion-del-vih-sida-en-nicaragua.

35. <http://www.medicalcriteria.com>

36. Academia Biomédica Digital, Facultad de Medicina-Universidad Central de Venezuela (CDC 1993).

37. Tratamiento del VIH sida www.avert.org/tratamiento-vih-sida.htm.

38. Vilchez Trejos Aymara de la Concepción, Zapata Berrios Marjorie Lisseth y Zamoran Larios Ada Marisol. Conocimientos, Actitudes, Practicas sobre VIH en estudiantes del ciclo básico del Instituto Publico San Francisco del Norte departamento de Chinandega del 1 al 30 de Septiembre del 2011.

39. Retos del milenio

www.undp.org.ni/files/dmilenio/1170803712_objetivo6.pdf

40. Reyes Padilla A. M. y Romero Morales A. C. 2011. 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 periodo del 1 agosto al 31 de octubre del 2011.



41. Discusión de grupo focal con adolescentes y mujeres jóvenes 19-25 años. www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1076.

42. Tratamiento del VIH SIDA www.avert.org/tratamiento-vih-sida.htm

43. Situación del VIH sida en Nicaragua
www.nicaraguaeduca.edu.ni/.../situacion-del-vih-sida-en-nicaragua

44. Plan estratégico nacional de ITS, VIH y SIDA Nicaragua 2006-2010.pp13, 24.

45. Reporte ONU SIDA 2011.

46. Estado de la población mundial 2003, el VIH/SIDA y adolescencia UNFPA.

47. Resolución 1983 ONU Consejo de Seguridad.

48. Martínez, Gómez, S. B, Vela Cruz, M, 2007 Conocimientos, Actitudes y Practicas en los adolescentes 10 a 19 años respecto al VIH/SIDA que acuden al Centro de Salud Edgard Lang Sacaza en el periodo de 1 de julio al 31 diciembre 2006. Monografía. P.1

49. Plan Mundial para eliminar el VIH en niños 2015.

50. Virus de la inmunodeficiencia humana desde es.wikipedia.org/wiki/virus_de_la_inmunodeficiencia_human



51. Datos epidemiológicos VIH 2011 MINSA.

52. Estrategia de comunicación VIH-SIDA MINSA.

53. Transmisión del VIH SIDA.

www.geosalud.com/sida/vih_transmision.htm

54. Pineda Leyva T de J, Ramos Cavazos M. A, Frías Contreras P C, Cantú Martínez 2000. Encuesta sobre salud sexual y reproductiva en estudiantes adolescentes de educación media superior en Monterrey, N. L. (México) Revista Salud Publica y nutrición vol. 1 No. 4. Extraído de www.unanl.mx/publicaciones/respyn.

55. Conocimientos sobre VIH SIDA en adolescentes desde

<https://www.vozjoven.net/documentacion/vihsida/12/>

56. Pineda Leyva T de J, Ramos Cavazos M. A, Frías Contreras P C, Cantú Martínez, 2000. Encuesta sobre salud sexual y reproductiva en estudiantes adolescentes de educación media superior en Monterrey, N. L. (México) Revista Salud Publica y nutrición vol. 1 No. 4. Extraído de www.unanl.mx/publicaciones/respyn.

57. Plan estratégico Nacional de ITS, VIH y SIDA. Nicaragua 2006-2010.



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 Centro Escolar "Los Cedros", Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el período de Septiembre-Noviembre del 2012".**

Tome su debido tiempo para contestar este cuestionario según su criterio personal. La información obtenida se mantendrá en estricta confidencialidad. En caso de presentar dudas solicite aclaración a quien aplica el cuestionario.

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 ____ d) Ninguna ____
- 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 es 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 contagiar 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 el 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. ¿Acostumbras a portar siempre un condón en tu billetera o mochila?		



PRACTICAS SEXUALES

5. ¿Has tenido relaciones sexuales?

SI _____ NO _____

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
Libros	
Revistas	
Radio	
T.V.	
Internet	

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

PERSONAS CON QUIEN HAS HABLADO DE VIH/SIDA	MARQUE CON UNA X
Madre	
Padre	
Hermanos	
Novio (a)	
Esposo (a)	
Amigos	
Médicos	
Maestros	
Sacerdotes	
Pastores	



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

FUENTE	MARQUE CON UNA X
Calle	
Casa	
Escuela	
Iglesias	
Bares	
Unidades de salud	

Observación:



CONSENTIMIENTO INFORMADO

TEMA DEL ESTUDIO:

“Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH/SIDA en los Adolescentes del Centro Escolar “Los Cedros”, Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012”.

AUTORAS: Bra. Lorente Ferman Claudia Carolina.
Bra. Munguía Gómez Meyllin Auxiliadora.

PROPOSITO DEL ESTUDIO: Evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA en los adolescentes en estudio, dicha información será empleada en la realización de tesis monográfica, y podrá ser utilizada como referencia para la toma de decisiones y la elaboración de programas o campañas educativas sobre la prevención de VIH en los adolescentes.

La presente encuesta sobre “Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en los Adolescentes del Centro Escolar “Los Cedros”, Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012”, consta de una serie de preguntas, redactadas en forma sencilla, con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y practicas acerca del tema antes descrito.

La persona encuestada puede contestar de la manera más tranquila posible dado que no se pide nombre ni identificación alguna, por lo que se asegura privacidad del encuestado, además la información se utilizará para fines estrictamente investigativos. Se pide al encuestado que lea detenidamente y conteste con el mayor interés posible, la respuesta que estime conveniente para cada pregunta.

Firma del participante. _____.

Firma del investigador. _____.



CUADRO N° 1.

Características Socio Demográficas de los Adolescentes del Centro Escolar “Los Cedros”, Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012”.

n=388

Características Sociodemográficas		
Edad	N°	%
10-14 años	137	35.3%
15-19 años	251	64.7%
Sexo		
Masculino	157	40.5%
Femenino	231	59.5%
Estado civil		
Soltero (a)	352	90.8%
Acompañado (a)	25	6.4%
Casado (a)	11	2.8%
Religión		
Católica	94	24.2%
Evangélica	156	40.2%
Otras	16	4.1%
Ninguna	122	31.5%
Escolaridad		
1° y 2° año	146	37.6%
3° y 4° año	139	35.8%
5° año	103	26.6%

Fuente: Encuesta



CUADRO N° 2.

Conocimientos generales sobre VIH/SIDA en los Adolescentes del Centro Escolar “Los Cedros”, Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012”.

n=388

Conocimientos Generales sobre VIH/SIDA	Si		No		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) El SIDA significa Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	336	86.6	23	5.9	29	7.5
2) El VIH significa Virus de inmunodeficiencia humana	341	87.9	27	7.0	20	5.1
3) EL VIH/SIDA se cura en la mayoría de los casos	34	8.8	315	81.1	39	10.1
4) Cuando una persona tiene VIH/SIDA y tiene relaciones sexuales sin protección (condón) es necesario dar tratamiento a la pareja	339	87.4	16	4.1	33	8.5
5) Si una persona utiliza correctamente el condón se protege del VIH/SIDA	351	90.5	13	3.4	24	6.1
6) El VIH/SIDA es un problema de salud importante en Nicaragua	321	82.7	43	11.1	24	6.2
7) El VIH/SIDA tiene cura	17	4.4	339	87.4	32	8.2
8) El VIH /SIDA es una enfermedad de transmisión sexual	357	92.0	9	2.3	22	5.7
9) Cuando una persona tiene SIDA no desarrolla defensas contra las enfermedades	132	34.0	104	26.8	152	39.2
10) Las personas que padecen de SIDA comúnmente se ponen delgadas	323	83.2	39	10.1	26	6.7
11) El SIDA es una enfermedad que pone en peligro la vida de las personas que la padecen	315	81.2	55	14.2	18	4.6
12) El SIDA se puede curar si se diagnostica pronto	32	8.3	252	64.9	104	26.8

Fuente: Encuesta



CUADRO N° 3.

Conocimientos sobre formas de transmisión del VIH/SIDA en los Adolescentes del Centro Escolar “Los Cedros”, Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012”.

n=388

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	362	93.3	9	2.3	17	4.4
2) Las personas con muchas parejas sexuales tienen mayor riesgo de contagiarse de VIH/SIDA.	339	87.4	26	6.7	23	5.9
3) Se puede contagiar de VIH-SIDA por compartir agujas o jeringuillas.	312	80.4	32	8.3	44	11.3
4) Se transmite por mala higiene personal	104	26.8	205	52.8	79	20.4
5) No uso de preservativos en una relación sexual	291	75.0	43	11.1	54	13.9
6) Una persona puede estar infectada por el VIH y no presentar síntomas.	259	66.8	78	20.1	51	13.1
7) Una madre que tiene VIH-SIDA puede transmitirlo a su bebe durante el parto y durante el periodo de lactancia materna	307	79.1	42	10.8	39	10.1
8) El VIH-SIDA es una enfermedad que solo le da a homosexuales	24	6.2	329	84.8	35	9.0
9) El VIH-SIDA puede transmitirse si dos personas se besan, es decir por saliva o por lagrimas	15	3.9	349	89.9	24	6.2
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	27	7.0	326	84.0	35	9.0

Fuente: Encuesta.



CUADRO N° 4.

Conocimientos sobre el Diagnóstico del VIH/SIDA en los Adolescentes del Centro Escolar “Los Cedros”, Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012”.

n=388

Diagnostico	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) ¿Por lo que usted observa?	117	30.2	194	50.0	77	19.8
2) Por lo que le dice algún amigo o conocido	61	15.7	226	58.3	101	26.0
3) Por lo que le refiere el médico y/o cualquier profesional de la salud al examinarlo	317	81.7	42	10.8	29	7.5
4) Por el resultado de laboratorio	355	91.4	10	2.5	24	6.1

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 5.

Conocimientos sobre el tratamiento del VIH/SIDA en los Adolescentes del Centro Escolar “Los Cedros”, Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012”.

n=388

Tratamiento	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) Usted mismo se daría tratamiento	97	25.0	183	47.2	108	27.8
2) Tomaría medicamentos recomendados por amigos o familiares	129	33.3	198	51.0	61	15.7
3) Acudiría a un curandero	39	10.1	278	71.6	71	18.3
4) Tomaría medicamentos indicados por el médico	367	94.6	12	3.1	9	2.3

Fuente: Encuesta.



CUADRO N° 6.

Conocimientos sobre signos y síntomas del VIH/SIDA en los Adolescentes del Centro Escolar “Los Cedros”, Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012”.

n=388

Signos y Síntomas	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) Fiebre	201	51.8	110	28.4	77	19.8
2) Picazón en la región genital	178	45.9	143	36.8	67	17.3
3) Pérdida de peso	229	59.0	74	19.1	85	21.9
4) Diarrea	237	61.1	54	13.9	97	25.0
5) Vómitos	157	40.5	121	31.2	110	28.3
6) Dolor de Cabeza	162	41.7	109	28.1	117	30.2
7) Escalofríos	187	48.2	79	20.4	122	31.4
8) Verrugas (pelotitas en tus partes íntimas)	235	60.6	90	23.2	63	16.2
9) Salida de pus a través de tus partes íntimas	213	54.9	102	26.3	73	18.8
10) úlceras o granos cerca de tus partes	251	64.7	89	22.9	48	12.4
11) Ganglios (secas o mancuernas) en la ingle	187	48.2	126	32.5	75	19.3

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 7.

Conocimientos sobre medidas de prevención del VIH/SIDA en los Adolescentes del Centro Escolar “Los Cedros”, Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012”.

n=388

Medidas de Prevención	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) No teniendo relaciones sexuales	229	59.0	138	35.6	21	5.4
2) Teniendo una sola pareja	287	74.0	84	21.6	17	4.4
3) No usar drogas por las venas	234	60.3	80	20.6	74	19.1
4) Reducir el número de parejas sexuales	276	71.1	42	10.8	70	18.1
5) Usando condón	346	89.2	17	4.4	25	6.4
6) Practicando sexo oral	115	29.7	129	33.2	144	37.1
7) Eyacular (terminar) fuera de la pareja	109	28.1	157	40.5	122	31.4
8) Masturbándose	245	63.2	23	5.9	120	30.9
9) No usando baños públicos	115	29.6	169	43.6	104	26.8
10) No usar jeringas contaminadas	258	66.5	57	14.7	73	18.8

Fuente: Encuesta.



CUADRO N° 8.

Actitud ante el uso del condón en los Adolescentes del Centro Escolar "Los Cedros", Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012".

n=388

Actitud ante el uso del condón	A		D		DS	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) El preservativo disminuye el placer sexual	63	16.2	87	22.5	238	61.3
2) Es mejor usar el preservativo con personas con las que tienen relaciones de vez en cuando	289	74.5	53	13.7	46	11.8
3) Me daría mucha vergüenza comprar un condón	127	32.7	78	20.1	183	47.2
4) Crees que el condón o preservativo hace que el hombre pierda la erección del pene	26	6.7	45	11.6	317	81.7
5) Debe de evitarse el uso del preservativo porque va contra la religión	31	7.9	37	9.5	320	82.6
6) Solo los hombres deben portar preservativos	96	24.7	52	13.4	240	61.9
7) Las mujeres que portan preservativos es que han tenido múltiples parejas sexuales	67	17.3	44	11.3	277	71.4

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 Centro Escolar "Los Cedros", Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012".

n=388

Actitud ante las relaciones sexuales de riesgo	A		D		DS	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) Evitar tener relaciones sexuales con amistades casuales	195	50.3	88	22.6	105	27.1
2) Una persona de tu edad debe tener relaciones sexuales con diferentes parejas.	102	26.3	56	14.4	230	59.3
3) No tener relaciones sexuales disminuye el riesgo de contraer VIH/SIDA.	207	53.4	23	5.9	158	40.7
4) Practicando sexo oral con personas que no conoces es una actitud de riesgo ante el VIH/SIDA.	239	61.6	69	17.8	80	20.6
5) Entre más joven tienes relaciones	167	43.0	78	20.1	143	36.9



sexuales es mejor						
6) Combinar el sexo con el alcohol y las drogas es más placentero	97	25.0	32	8.2	259	66.8

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 Centro Escolar "Los Cedros", Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012".

n=388

Actitud ante las personas portadoras de VIH/SIDA	A		D		DS	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) Rechazaría a alguien que tenga VIH/SIDA	105	27.1	127	32.7	156	40.2
2) Lo trataría como una persona normal	197	50.8	85	21.9	106	27.3
3) Las personas con VIH/SIDA tienen el castigo que se merecen	67	17.3	136	35.0	185	47.7
4) Si fuera su pareja NO tendría relaciones sexuales con el o ella pero lo besaría	138	35.6	148	38.1	102	26.3
5) NO me pasa nada por estar en la misma aula con una persona con VIH/SIDA	297	76.5	59	15.2	32	8.3

Fuente: Encuesta

A: De acuerdo.

D: En duda.

DS: En desacuerdo

CUADRO N° 11.

Prácticas de riesgo en los Adolescentes del Centro Escolar "Los Cedros", Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012".

n=388

Prácticas de Riesgo	SI		NO	
	N°	%	N°	%
1. ¿Has utilizado algún tipo de droga inyectada?	0	0.0	388	100
2. ¿Tienes tatuajes?	21	5.4	367	94.6
3 ¿Practicar la fidelidad?	269	69.3	119	30.7
4. ¿Acostumbra a portar siempre un condón en tu billetera o mochila?	59	15.2	329	84.8

Fuente: Encuesta.



CUADRO N° 12 A.

Prácticas sexuales en los Adolescentes del Centro Escolar “Los Cedros”, Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012”.

n=388

¿Has tenido relaciones sexuales?	SI		NO	
	N°	%	N°	%
	168	43.3	220	56.7

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 12 B.

Prácticas sexuales en los Adolescentes del Centro Escolar “Los Cedros”, Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012”.

n=168

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°	%
	4	2.4	7	4.2	52	31.0	61	36.3	44	26.1

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 12 C.

Prácticas sexuales en los Adolescentes del Centro Escolar “Los Cedros”, Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012”.

n=168

Uso del condón en las relaciones sexuales	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		NUNCA	
	N°	%	N°	%	N°	%
	21	12.5	102	60.7	45	26.8

Fuente: Encuesta.



CUADRO N° 12 D.

Prácticas sexuales en los Adolescentes del Centro Escolar “Los Cedros”, Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012”.

n=168

¿Tenés relaciones sexuales con otra persona, además de tu pareja?	SI		NO	
	N°	%	N°	%
	52	31.0	116	69.0

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 12 E.

Prácticas sexuales en los Adolescentes del Centro Escolar “Los Cedros”, Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012”.

n=168

¿Con cuantas personas has tenido relaciones sexuales?	Una		Dos		Tres a mas	
	N°	%	N°	%	N°	%
	71	42.3	59	35.1	38	22.6

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 13.

Medios masivos de información sobre VIH/SIDA que utilizan los Adolescentes del Centro Escolar “Los Cedros”, Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012”.

n=388

Fuentes de información	N°	%
T.V.	294	75.8
Internet	153	39.4
Revistas y/o Brochures	134	34.5
Radio	57	14.7
Libros	28	7.2

Fuente: Encuesta.



CUADRO N° 14.

Personas con quienes han hablado sobre VIH/SIDA los Adolescentes del Centro Escolar "Los Cedros", Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012".

n=388

Personas con quien has hablado de VIH/SIDA	N°	%
Amigos	187	48.1
Novio (a)	169	43.5
Maestros	145	37.3
Pastores	69	17.8
Médicos	59	15.2
Hermanos	33	8.5
Madre	27	6.9
Padre	19	4.9
Sacerdotes	4	1.0
Esposo (a)	3	0.8

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 15.

Lugares donde han escuchado hablar sobre VIH/SIDA los Adolescentes del Centro Escolar "Los Cedros", Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012".

n=388

Lugares donde han escuchado hablar sobre VIH/SIDA	N°	%
Escuela	362	93.3
Calle	221	57.0
Iglesias	56	14.4
Casa	47	12.1
Unidades de salud	39	10.1
Bares	3	0.8

Fuente: Encuesta.



CUADRO N° 16.

Nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA de los Adolescentes del Centro Escolar “Los Cedros”, Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012”.

n=388

Nivel de Conocimiento	N°	%
Bueno	241	62.1%
Regular	83	21.4%
Malo	64	16.5%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 17.

Nivel de actitud sobre VIH/SIDA de los Adolescentes del Centro Escolar “Los Cedros”, Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012”.

n=388

Nivel de Actitud	N°	%
Favorable	224	57.7%
Desfavorable	164	42.3%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 18.

Nivel de práctica sobre VIH/SIDA de los Adolescentes del Centro Escolar “Los Cedros”, Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012”.

n=388

Nivel de Práctica	N°	%
Buena	64	16.5
Regular	81	20.9
Mala	243	62.6

Fuente: Encuesta.



CUADRO N° 19.

Nivel de Conocimiento versus Nivel de Actitud en los Adolescentes del Centro Escolar “Los Cedros”, Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012”.

n=388

Nivel de conocimiento	Nivel de Actitud			
	Favorable		Desfavorable	
	N°	%	N°	%
Bueno	176	73.0	65	27.0
Regular	39	47.0	44	53.0
Malo	9	14.1	55	85.9

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 20.

Nivel de conocimiento versus nivel de práctica en los adolescentes del Centro Escolar “Los Cedros”, Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012”.

n=388

Nivel de conocimiento	Nivel de Práctica					
	Bueno		Regular		Malo	
	N°	%	N°	%	N°	%
Bueno	39	16.2	42	17.4	160	66.4
Regular	17	20.5	31	37.3	35	42.2
Malo	8	12.5	8	12.5	48	75.0

Fuente: Encuesta



CUADRO N° 21.

Características Socio Demográficas versus nivel de conocimiento de los Adolescentes del Centro Escolar “Los Cedros”, Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012”.

n=388

Características Sociodemográficas	NIVEL DE CONOCIMIENTOS					
	BUENO		REGULAR		MALO	
Edad	N°	%	N°	%	N°	%
10-14 años	72	52.6	25	18.2	40	29.2
15-19 años	169	67.3	58	23.1	24	9.6
Sexo	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	69	43.9	46	29.3	42	26.8
Femenino	172	74.5	37	16.0	22	9.5
Estado civil	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero (a)	225	63.9	69	19.6	58	16.5
Acompañado (a)	14	56.0	8	32.0	3	12.0
Casado (a)	2	18.1	6	54.6	3	27.3
Religión	N°	%	N°	%	N°	%
Católica	69	73.4	14	14.9	11	11.7
Evangélica	92	59.0	38	24.4	26	16.6
Otras	10	62.5	4	25.0	2	12.5
Ninguna	70	57.4	27	22.1	25	20.5
Escolaridad	N°	%	N°	%	N°	%
1° y 2° año	80	54.8	35	24.0	31	21.2
3° y 4° año	78	56.2	33	23.7	28	20.1
5° año	83	80.6	15	14.6	5	4.8

Fuente: Encuesta



CUADRO N° 22.

Características Socio Demográficas versus nivel de actitud de los Adolescentes del Centro Escolar “Los Cedros”, Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012”.

n=388

Características Sociodemográficas	NIVEL DE ACTITUD			
	FAVORABLE		DESFAVORABLE	
Edad	N°	%	N°	%
10-14 años	73	53.3	64	46.7
15-19 años	151	60.2	100	39.8
Sexo	N°	%	N°	%
Masculino	86	54.8	71	45.2
Femenino	138	59.7	93	40.3
Estado civil	N°	%	N°	%
Soltero (a)	204	58.0	148	42.0
Acompañado (a)	15	60.0	10	40.0
Casado (a)	5	45.5	6	54.5
Religión	N°	%	N°	%
Católica	57	60.6	37	39.4
Evangélica	84	53.8	72	46.2
Otras	9	56.3	7	43.7
Ninguna	74	60.7	48	39.3
Escolaridad	N°	%	N°	%
1° y 2° año	76	52.1	70	47.9
3° y 4° año	78	56.1	61	43.9
5° año	70	68.0	33	32.0

Fuente: Encuesta



CUADRO N° 23.

Características Socio Demográficas versus nivel de práctica de los Adolescentes del Centro Escolar "Los Cedros", Municipio de Villa El Carmen, Departamento de Managua, durante el periodo de Septiembre-Noviembre del 2012".

n=388

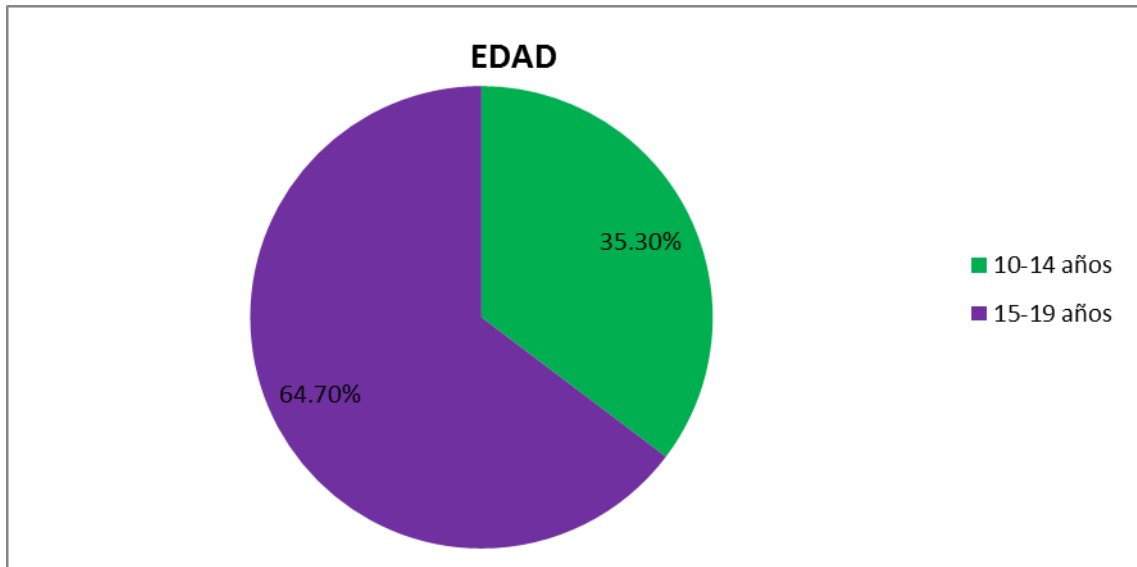
Características Sociodemográficas	NIVEL DE PRACTICA					
	BUENA		REGULAR		MALA	
Edad	N°	%	N°	%	N°	%
10-14 años	19	13.9	30	21.9	88	64.2
15-19 años	45	17.9	51	20.3	155	61.8
Sexo	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	18	11.5	38	24.2	101	64.3
Femenino	46	19.9	43	18.6	142	61.5
Estado civil	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero (a)	59	16.8	76	21.6	217	61.6
Acompañado (a)	3	12.0	4	16.0	18	72.0
Casado (a)	2	18.2	1	9.1	8	72.7
Religión	N°	%	N°	%	N°	%
Católica	18	19.1	22	23.4	54	57.5
Evangélica	23	14.7	28	18.0	105	67.3
Otras	3	18.7	2	12.5	11	68.8
Ninguna	20	16.4	29	23.8	73	59.8
Escolaridad	N°	%	N°	%	N°	%
1° y 2° año	22	15.1	27	18.5	97	66.4
3° y 4° año	24	17.3	31	22.3	84	60.4
5° año	18	17.5	23	22.3	62	60.2

Fuente: Encuesta



GRAFICO N° 1

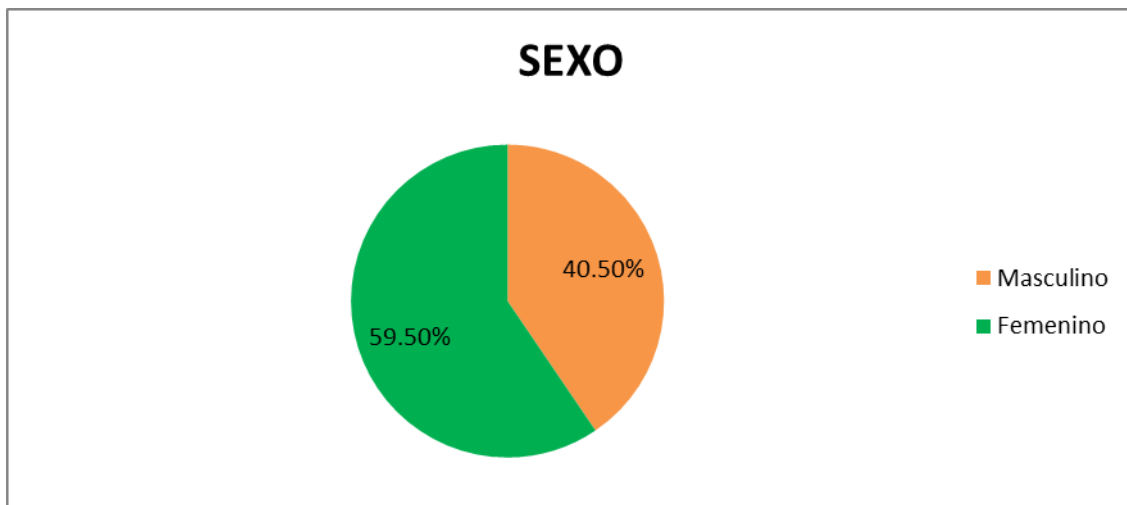
EDAD DE LOS ADOLESCENTES DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.



Fuente: Cuadro N° 1

GRAFICO N° 2

SEXO DE LOS ADOLESCENTES DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.

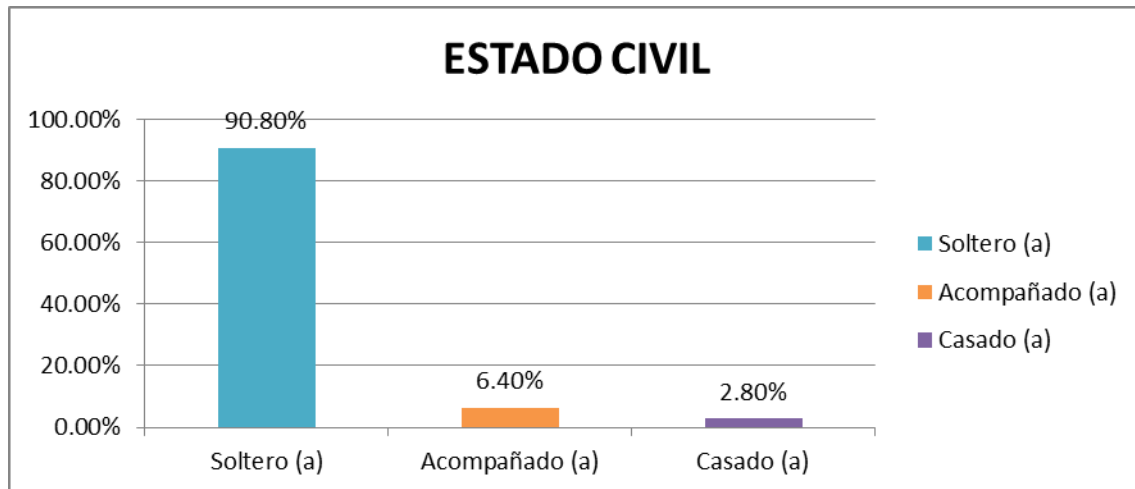


Fuente: Cuadro N° 1



GRAFICO N° 3

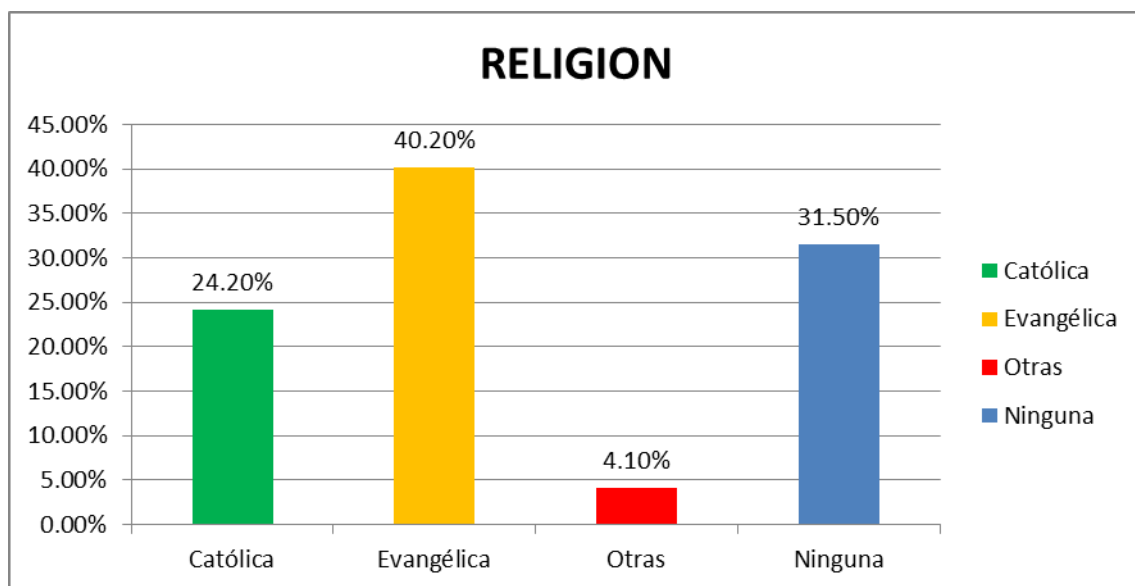
ESTADO CIVIL DE LOS ADOLESCENTES DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.



Fuente: Cuadro N° 1

GRAFICO N° 4.

RELIGIÓN DE LOS ADOLESCENTES DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.

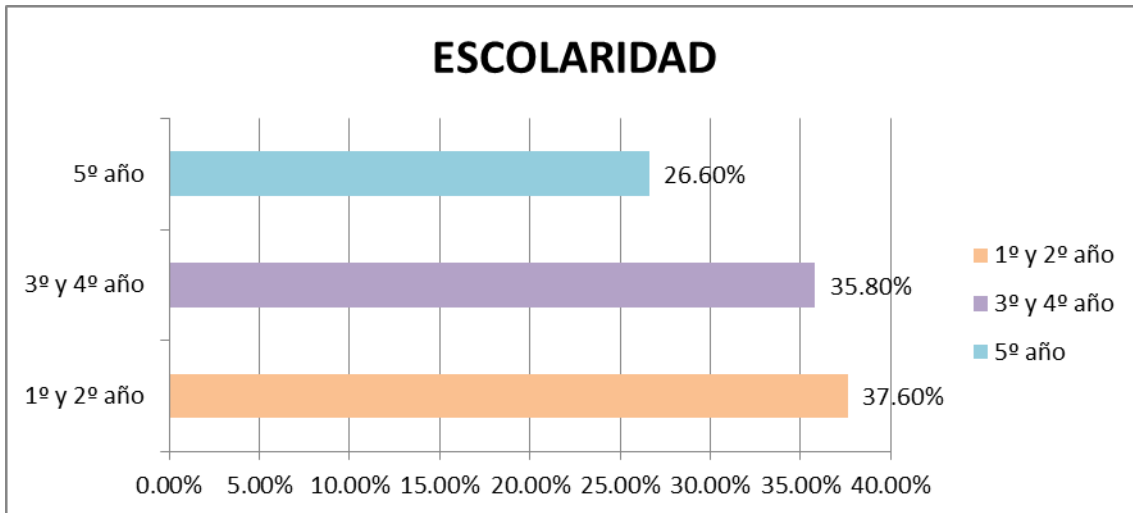


Fuente: Cuadro N° 1



GRAFICO N° 5

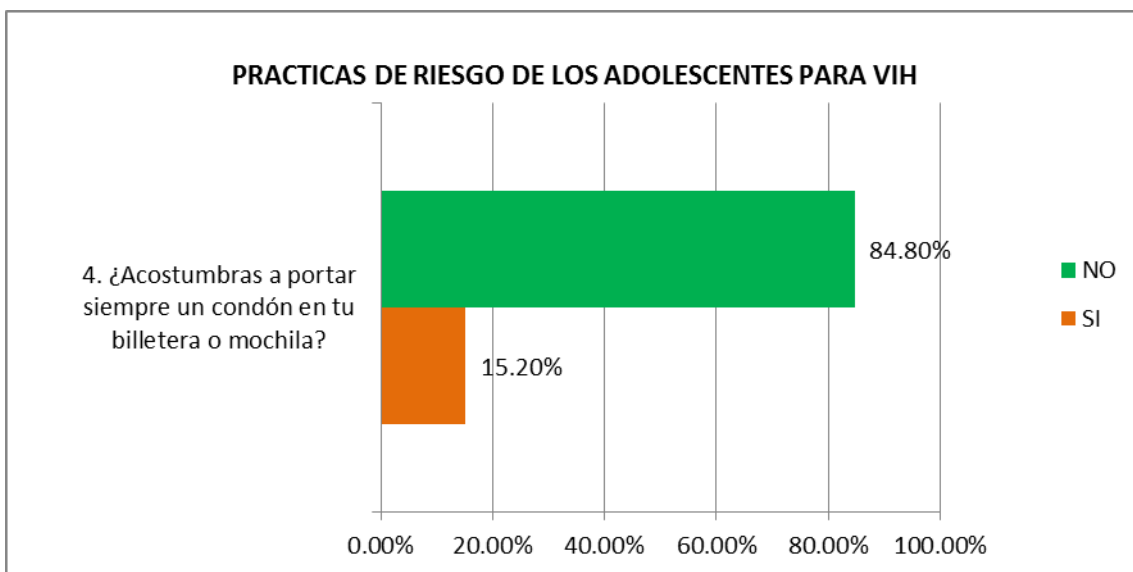
ESCOLARIDAD DE LOS ADOLESCENTES DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.



Fuente: Cuadro N° 1

GRAFICO N° 6

PRACTICAS DE RIESGO PARA VIH/SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.

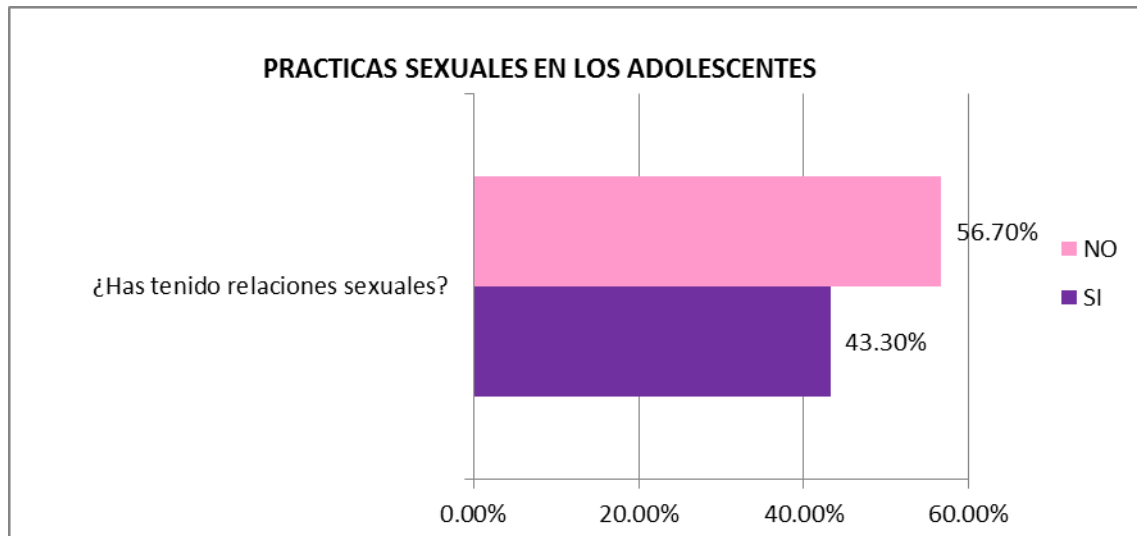


Fuente: Cuadro N° 11



GRAFICO N° 7

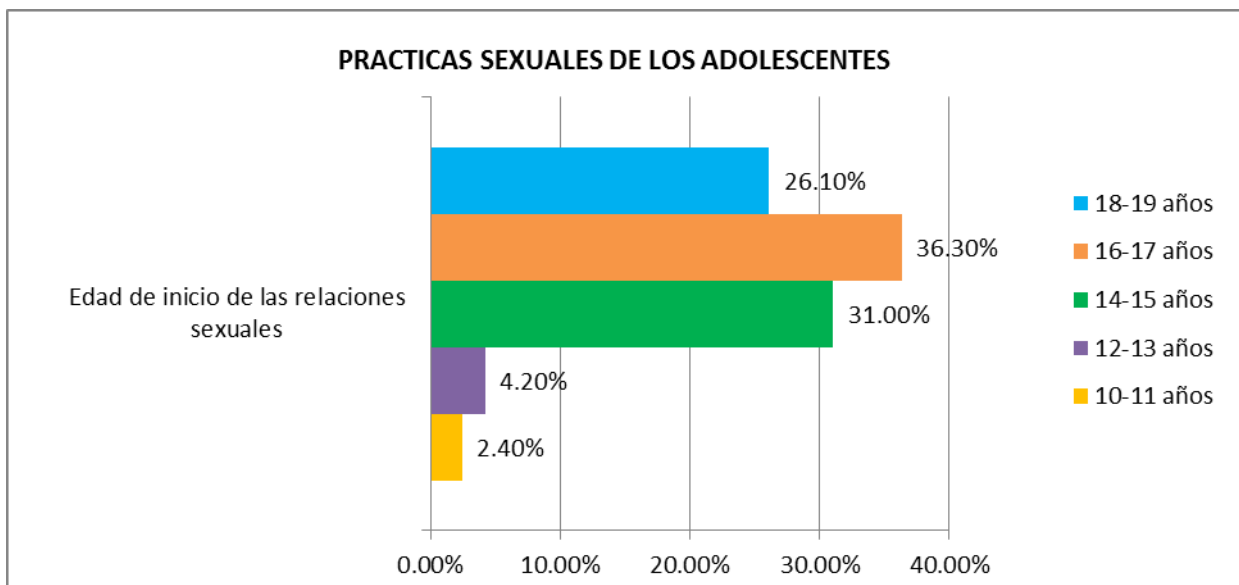
PRACTICAS SEXUALES EN LOS ADOLESCENTES DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.



Fuente: Cuadro N° 12 A

GRAFICO N° 8

PRACTICAS SEXUALES EN LOS ADOLESCENTES DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.

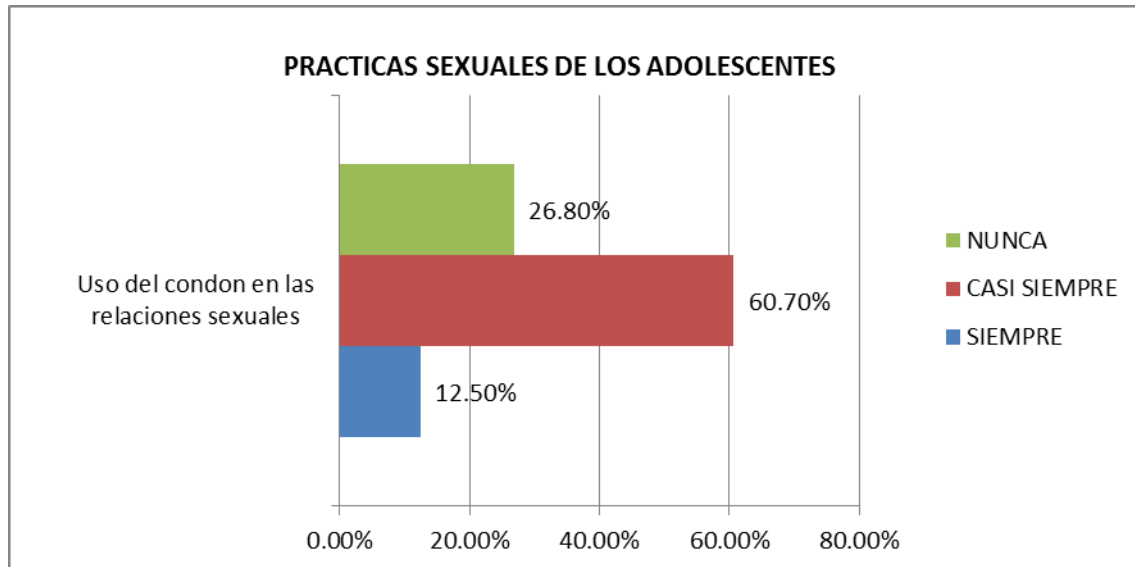


Fuente: Cuadro N° 12 B



GRAFICO N° 9

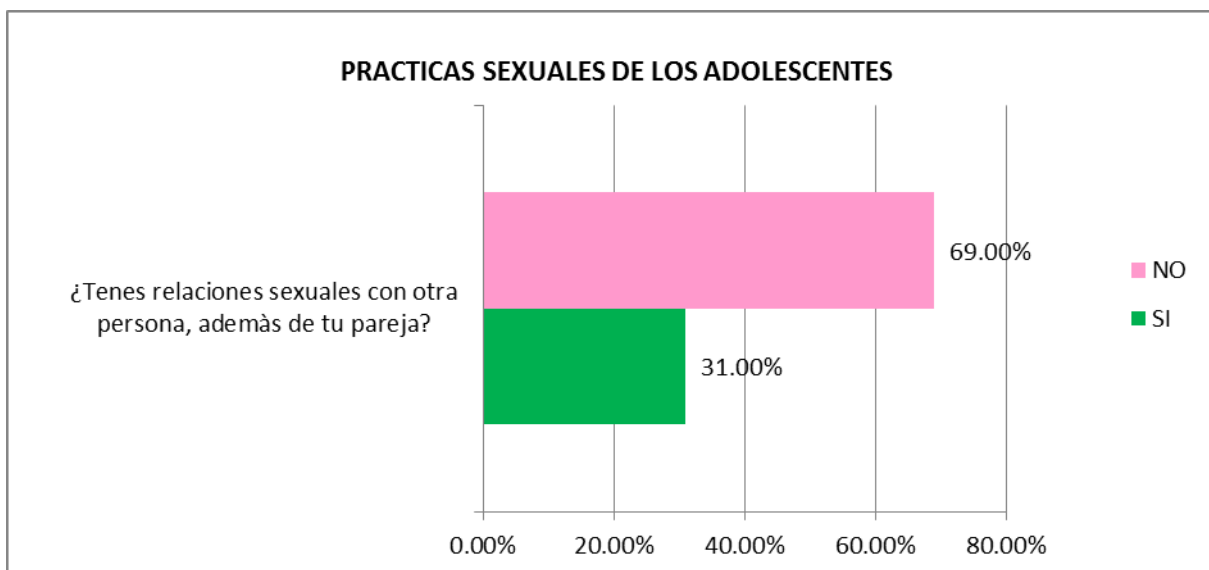
PRACTICAS SEXUALES EN LOS ADOLESCENTES DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.



Fuente: Cuadro N° 12 C

GRAFICO N° 10

PRACTICAS SEXUALES EN LOS ADOLESCENTES DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.

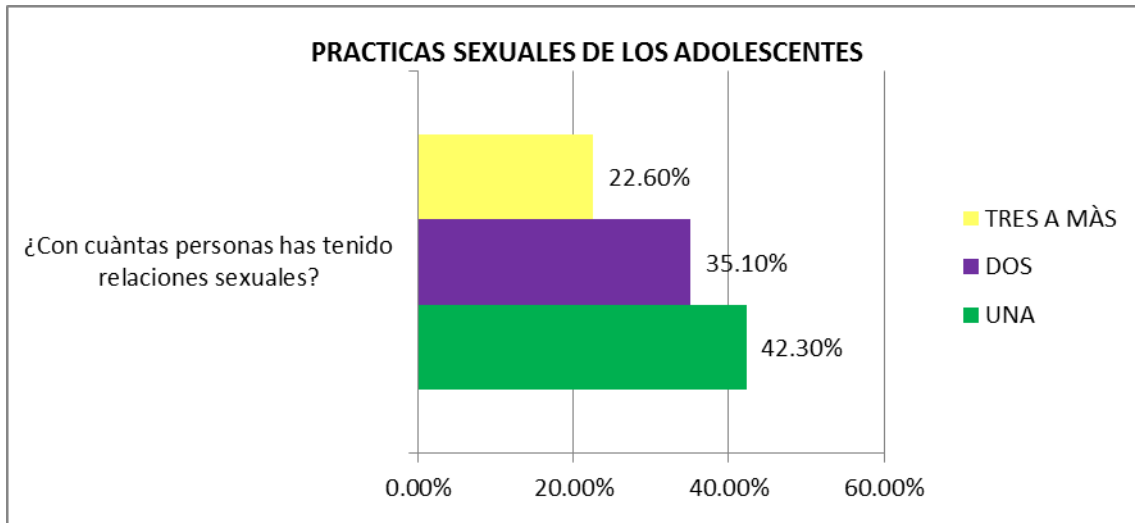


Fuente: Cuadro N° 12 D



GRAFICO N° 11

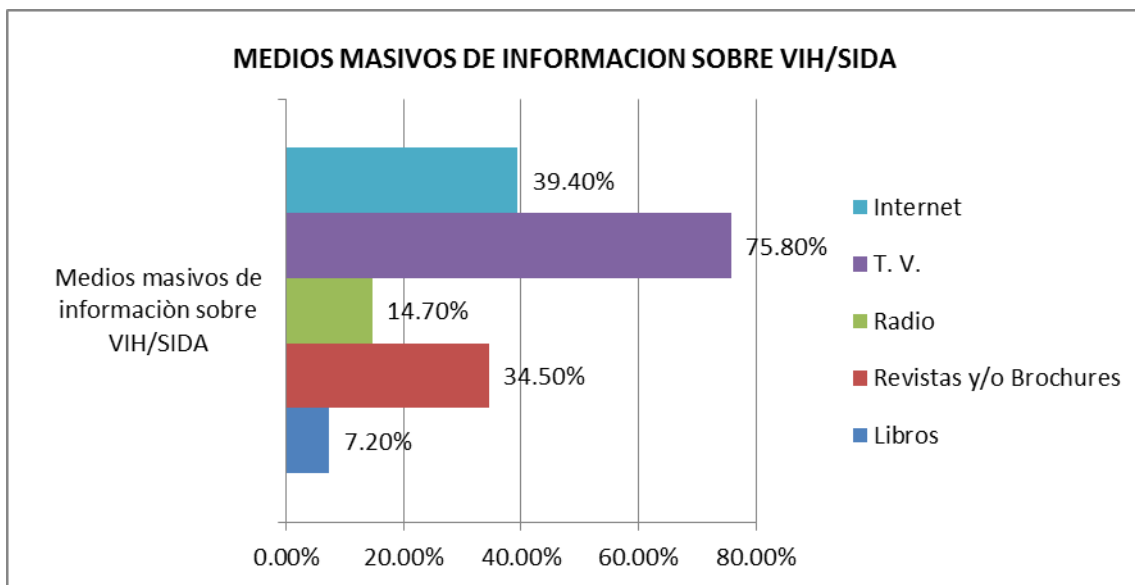
PRACTICAS SEXUALES EN LOS ADOLESCENTES DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.



Fuente: Cuadro N° 12 E

GRAFICO N° 12

MEDIOS MASIVOS DE INFORMACION SOBRE VIH/SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.

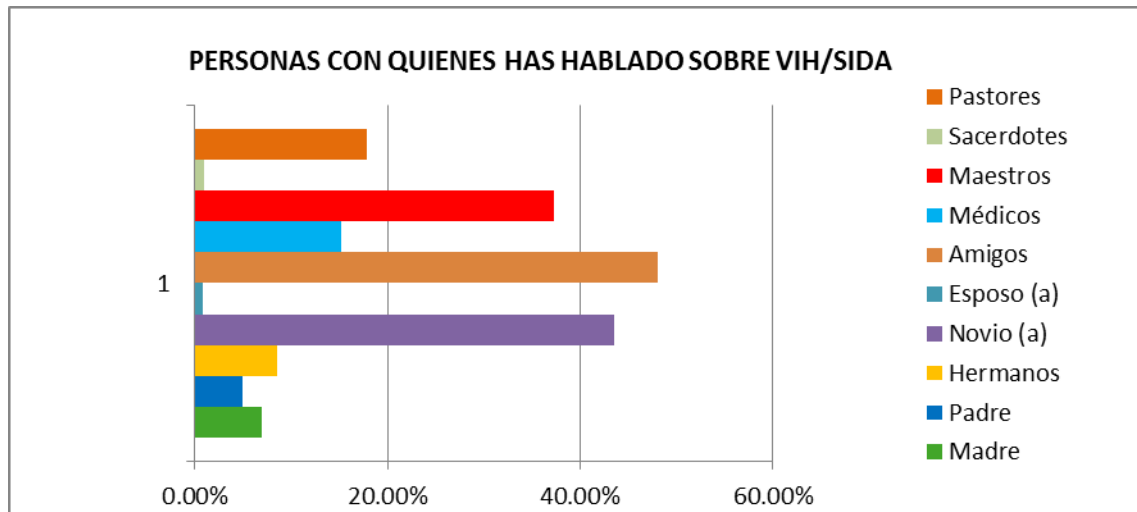


Fuente: Cuadro N° 13



GRAFICO N° 13

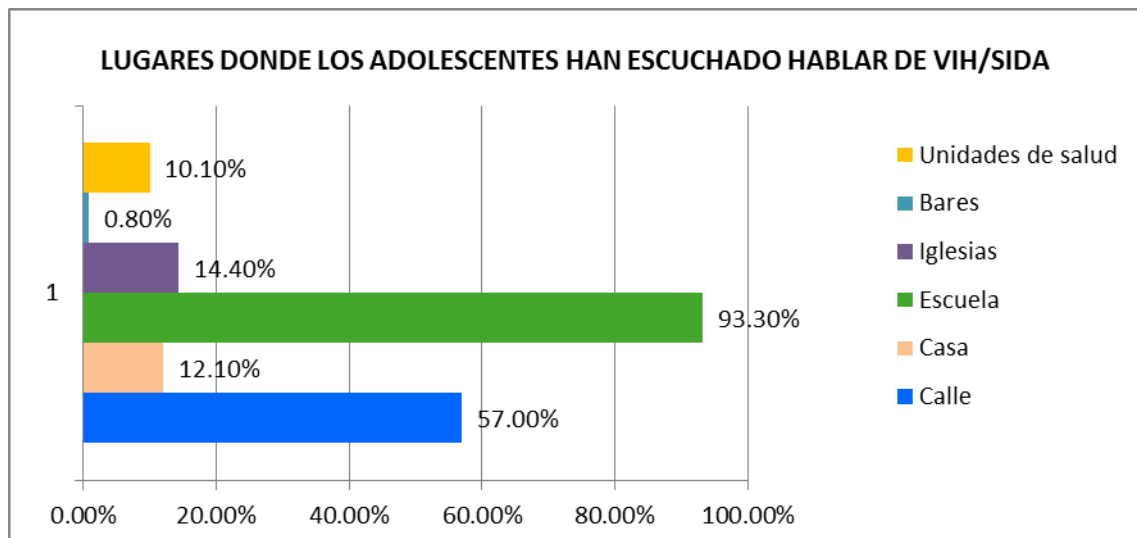
PERSONAS CON QUIENES HAN HABLADO LOS ADOLESCENTES SOBRE VIH/SIDA DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.



Fuente: Cuadro N° 14

GRAFICO N° 14

LUGARES DONDE LOS ADOLESCENTES HAN ESCUCHADO HABLAR SOBRE VIH/SIDA CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.

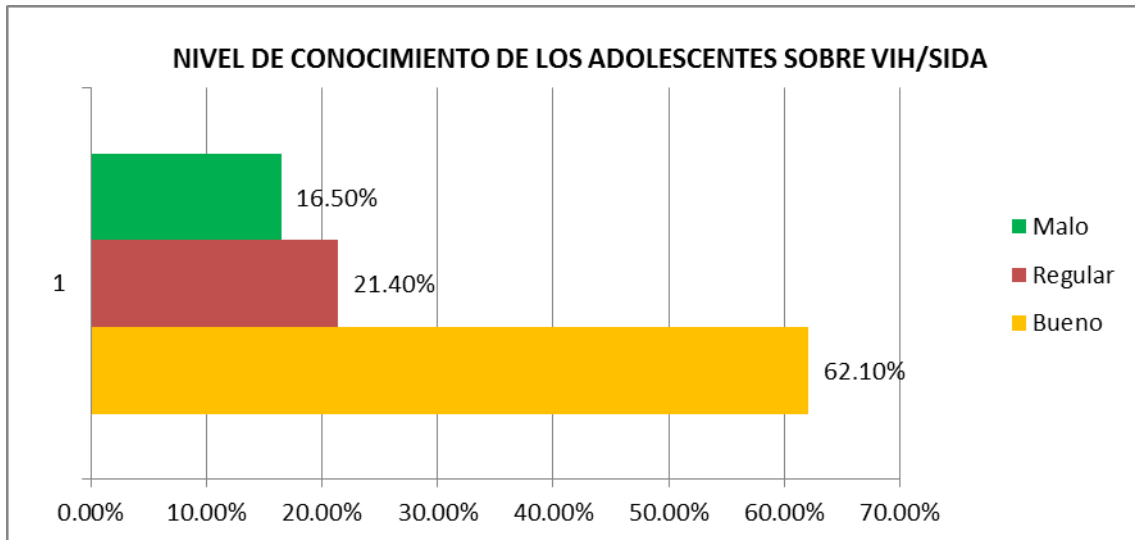


Fuente: Cuadro N° 15



GRAFICO N° 15

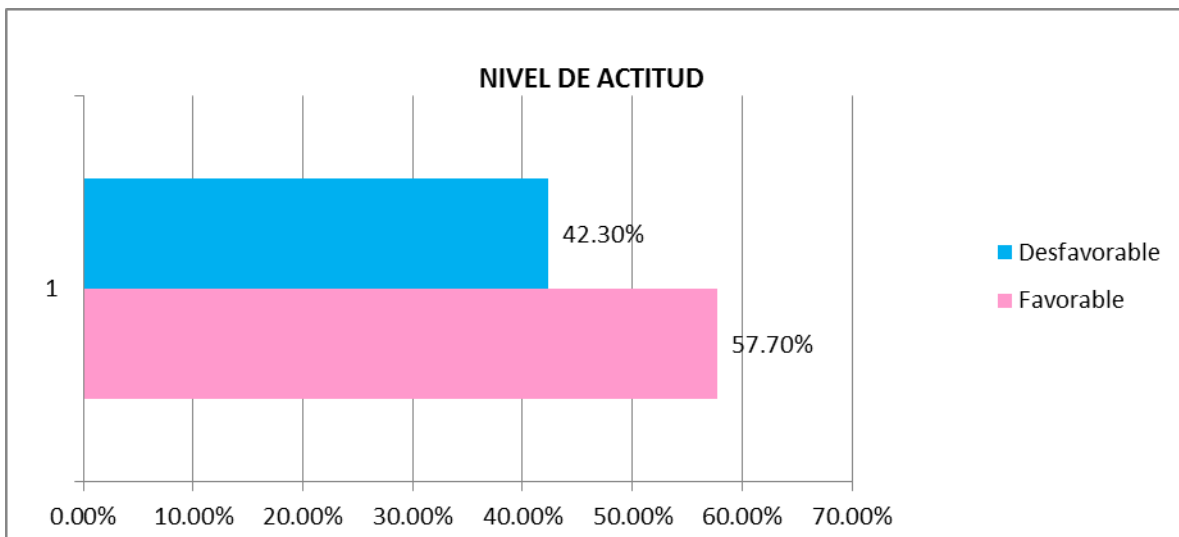
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES SOBRE VIH/SIDA DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.



Fuente: Cuadro N° 16

GRAFICO N° 16

NIVEL DE ACTITUD DE LOS ADOLESCENTES SOBRE VIH/SIDA DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.

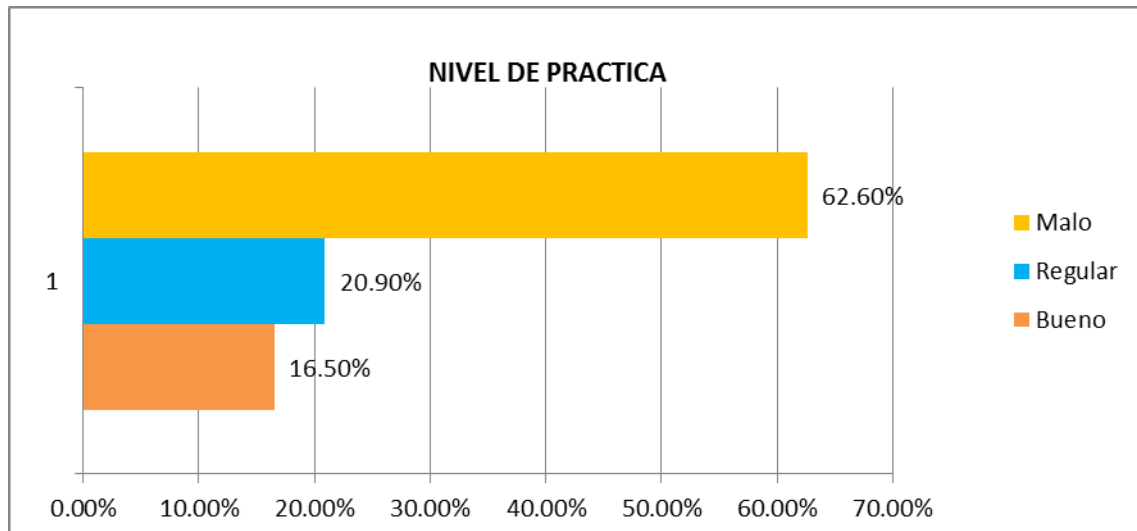


Fuente: Cuadro N° 17



GRAFICO N° 17

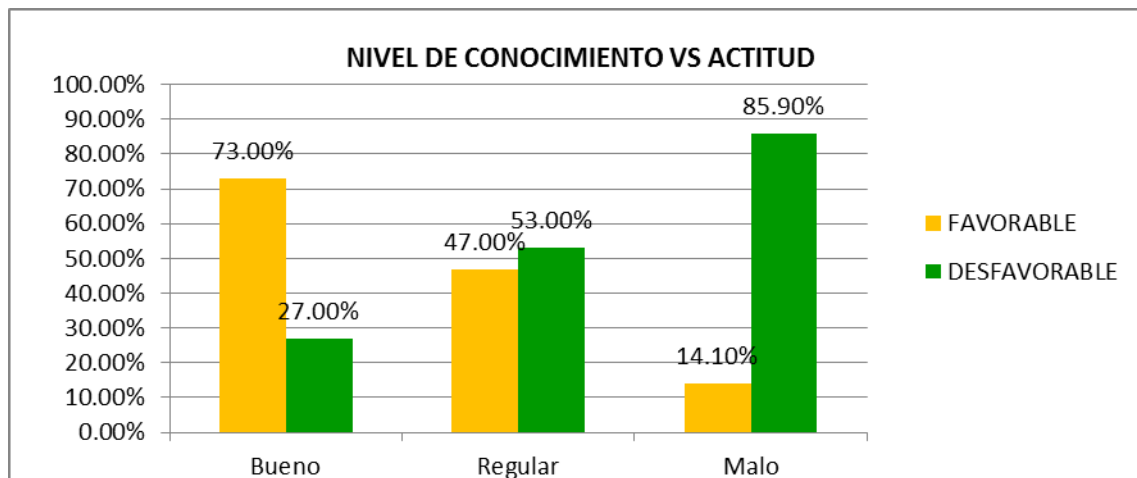
NIVEL DE PRÁCTICA DE LOS ADOLESCENTES SOBRE VIH/SIDA DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.



Fuente: Cuadro N° 18

GRAFICO N° 18

NIVEL DE CONOCIMIENTO VS ACTITUD DE LOS ADOLESCENTES SOBRE VIH/SIDA DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.

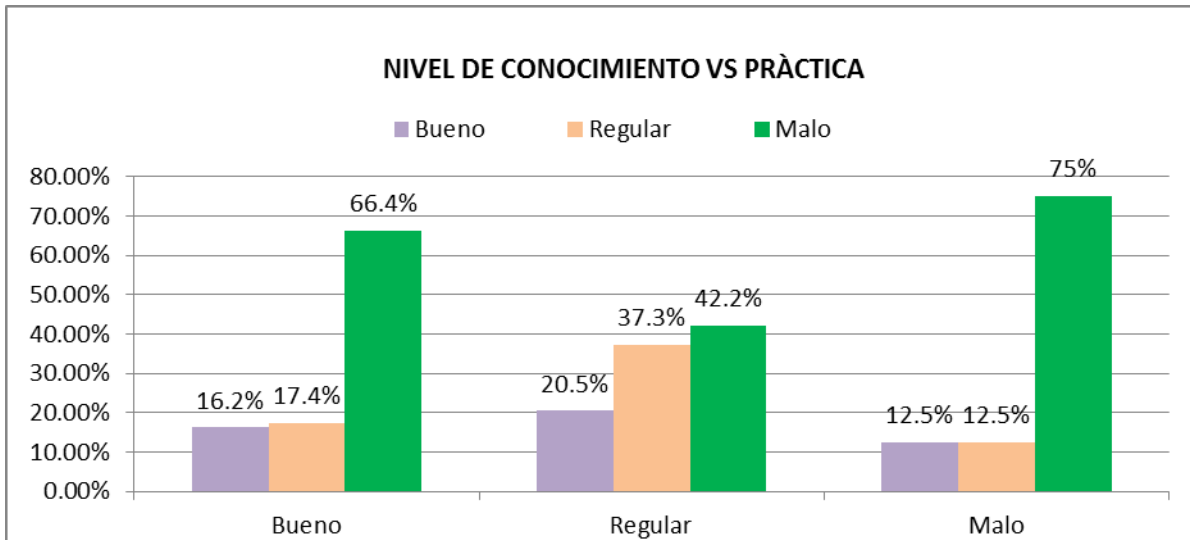


Fuente: Cuadro N° 19



GRAFICO N° 19

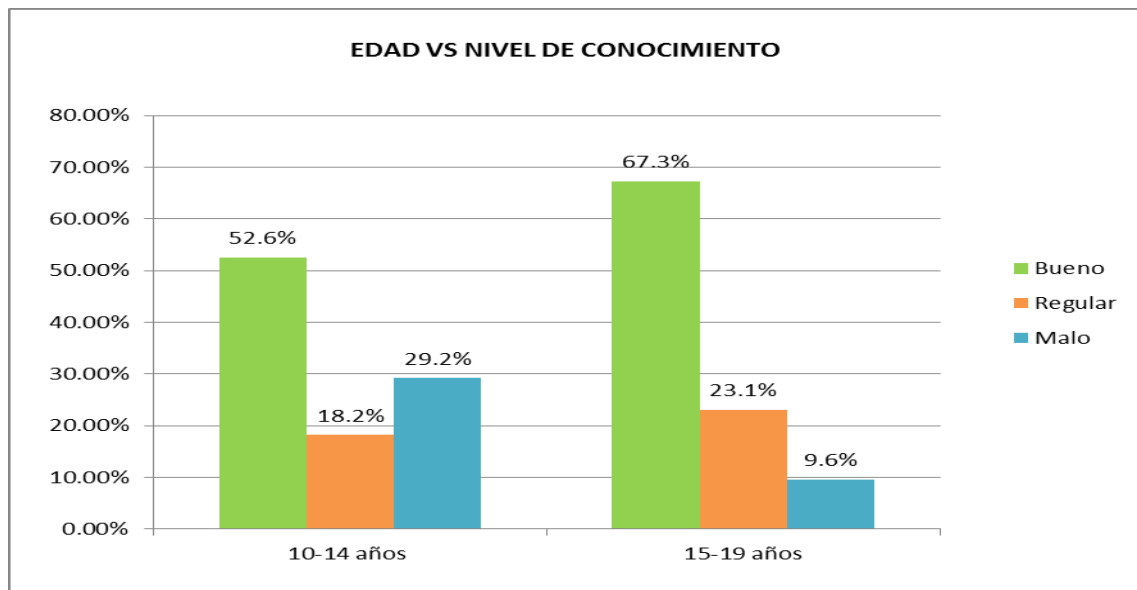
NIVEL DE CONOCIMIENTO VS PRÁCTICA DE LOS ADOLESCENTES SOBRE VIH/SIDA DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA, EL CARMEN DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.



Fuente: Cuadro N° 20

GRAFICO N° 20

EDAD VS NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES SOBRE VIH/SIDA DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA, EL CARMEN DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.

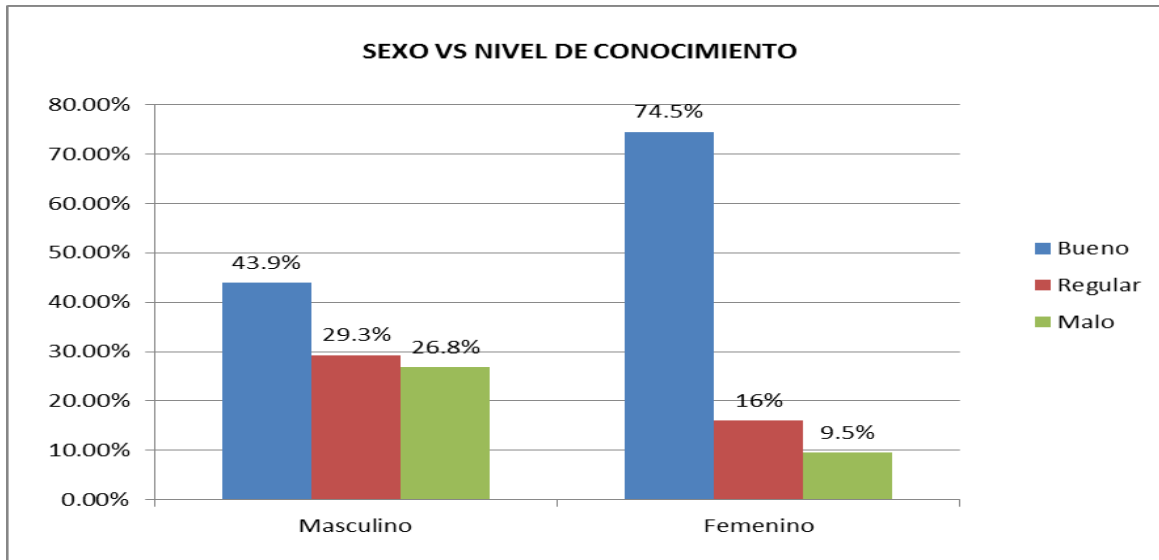


Fuente: Cuadro N° 21



GRAFICO N° 21

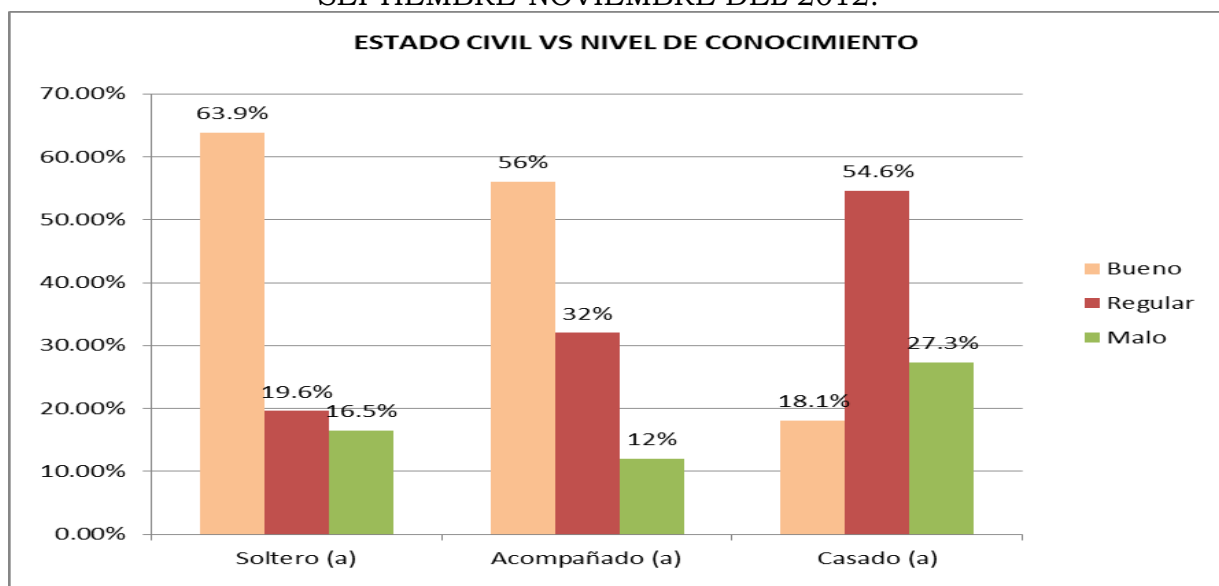
SEXO VS NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES SOBRE VIH/SIDA DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.



Fuente: Cuadro N° 21

GRAFICO N° 22

ESTADO CIVIL VS NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES SOBRE VIH/SIDA DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.

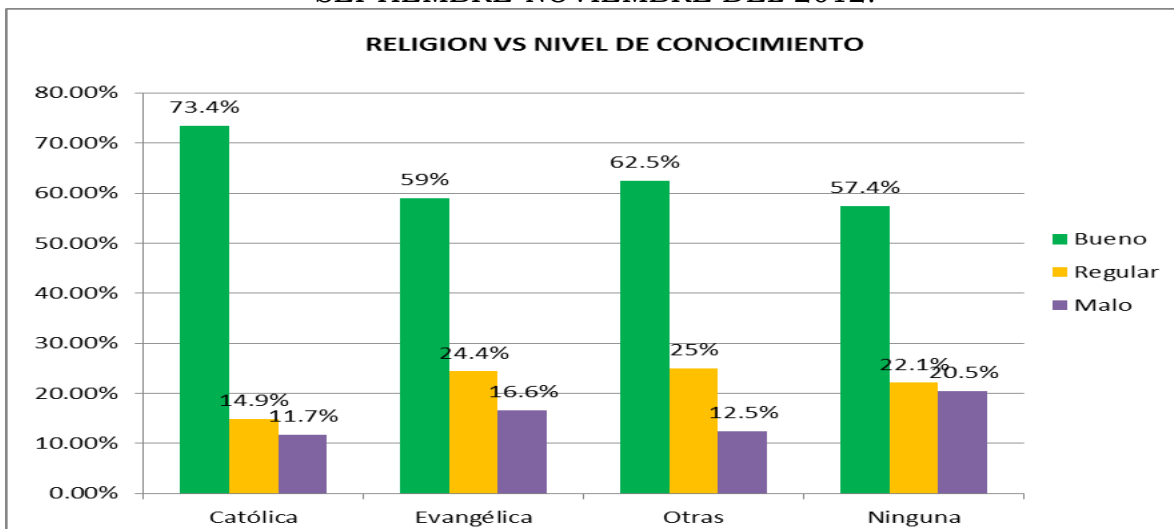


Fuente: Cuadro N° 21



GRAFICO N° 23

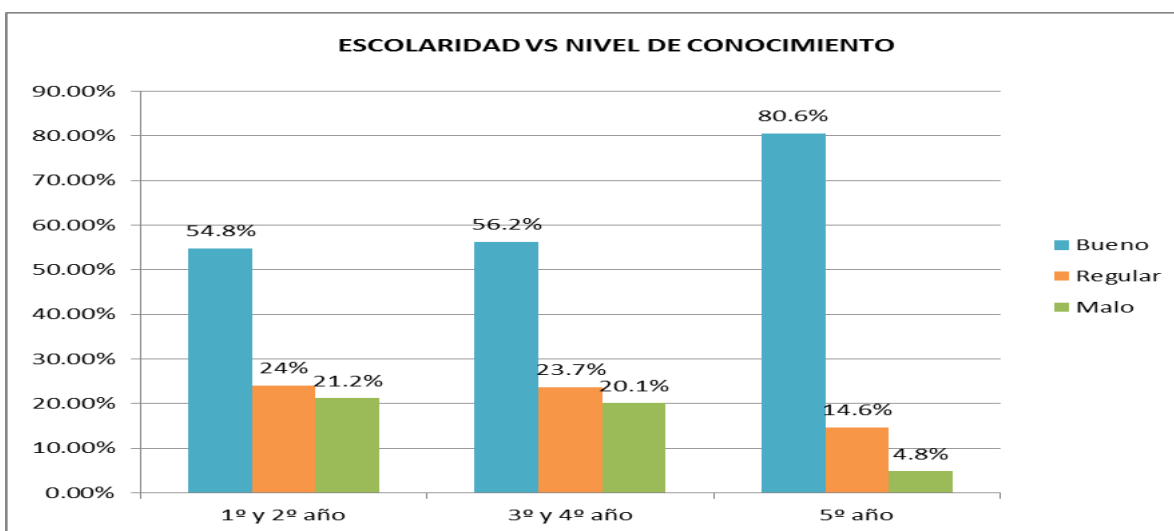
RELIGION VS NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES SOBRE VIH/SIDA DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.



Fuente: Cuadro N° 21

GRAFICO N° 24

ESCOLARIDAD VS NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES SOBRE VIH/SIDA DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.

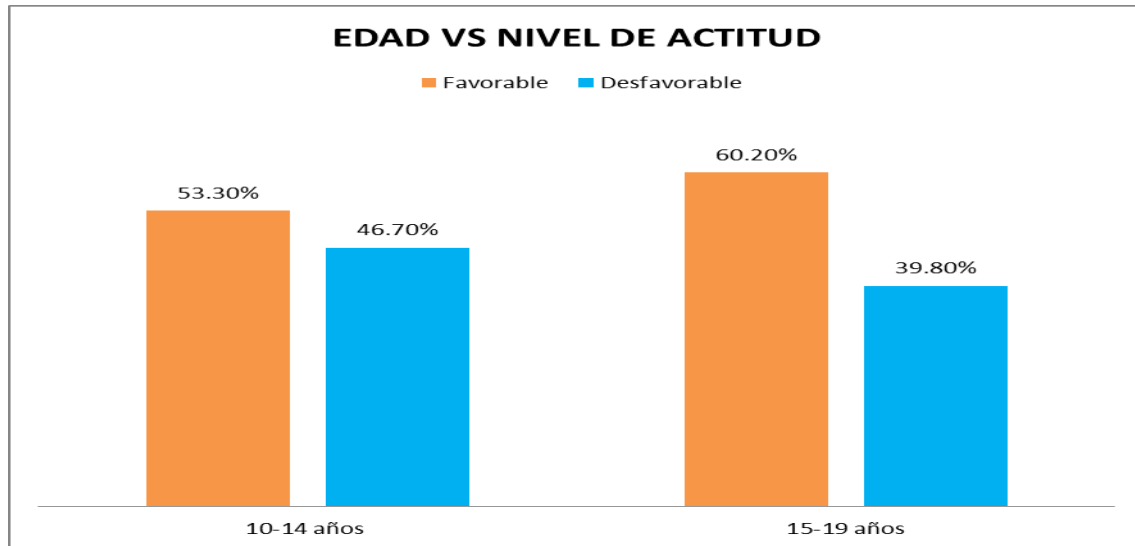


Fuente: Cuadro N° 21



GRAFICO N° 25

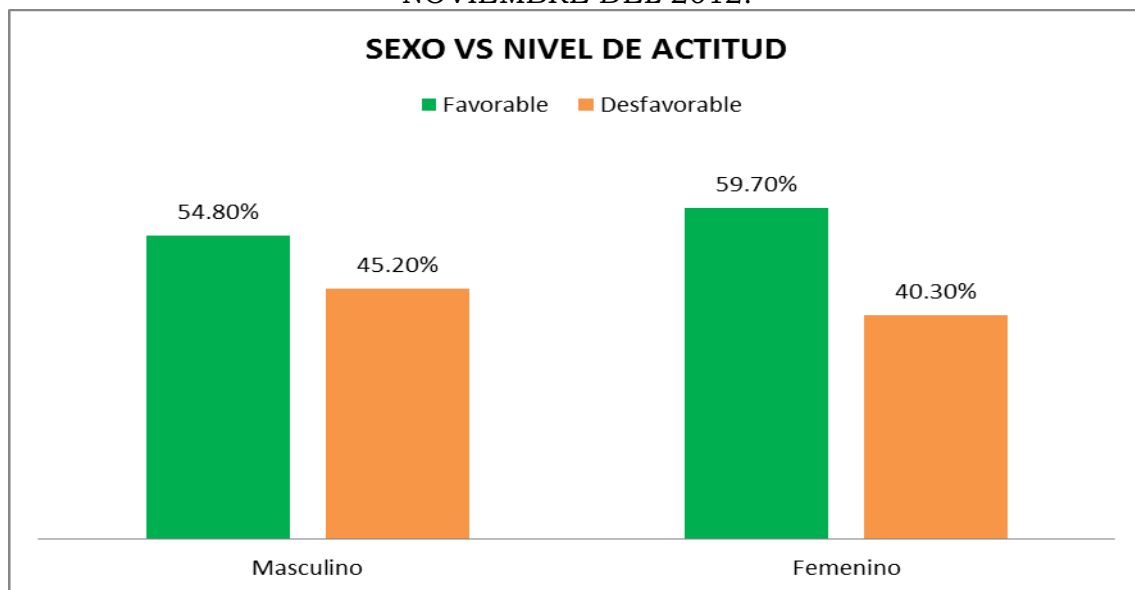
EDAD VS ACTITUD DE LOS ADOLESCENTES SOBRE VIH/SIDA DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA, EL CARMEN DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.



Fuente: Cuadro N° 22

GRAFICO N° 26

SEXO VS ACTITUD DE LOS ADOLESCENTES SOBRE VIH/SIDA DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.

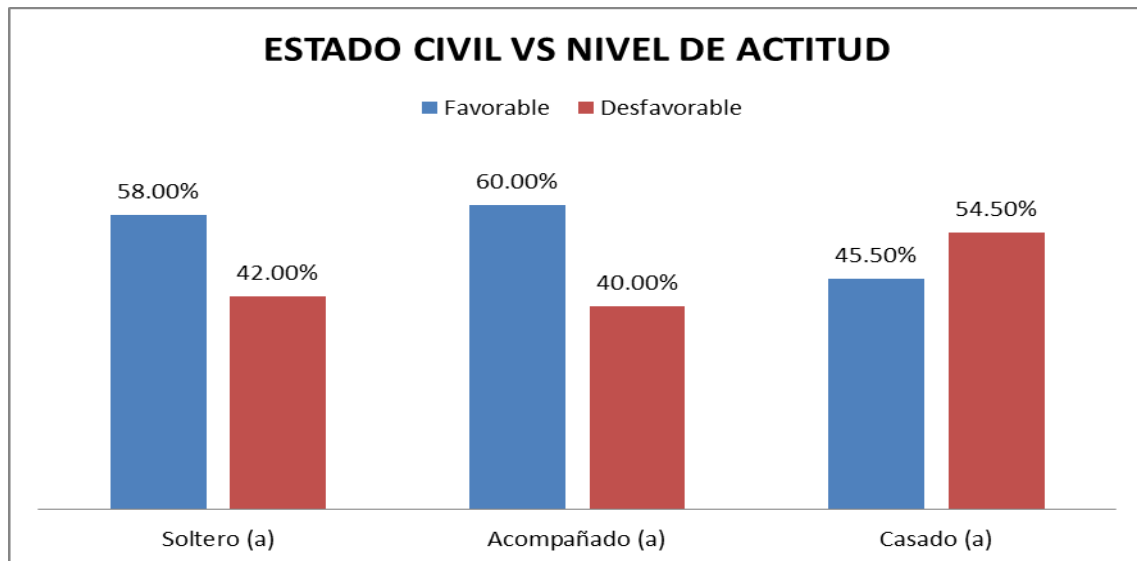


Fuente: Cuadro N° 22



GRAFICO N° 27

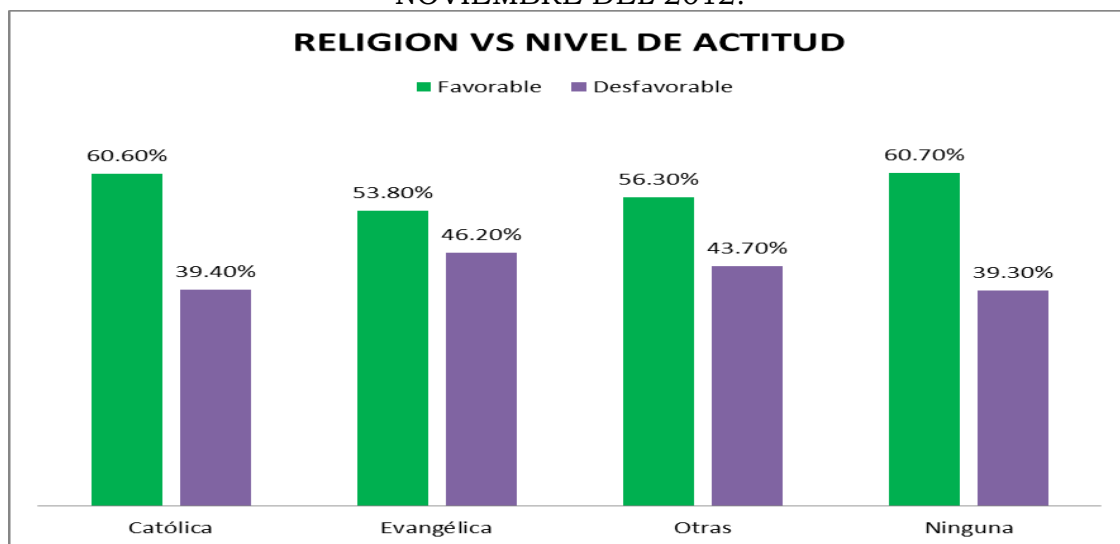
ESTADO CIVIL VS ACTITUD DE LOS ADOLESCENTES SOBRE VIH/SIDA DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.



Fuente: Cuadro 22

GRAFICO N° 28

RELIGION VS ACTITUD DE LOS ADOLESCENTES SOBRE VIH/SIDA DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.

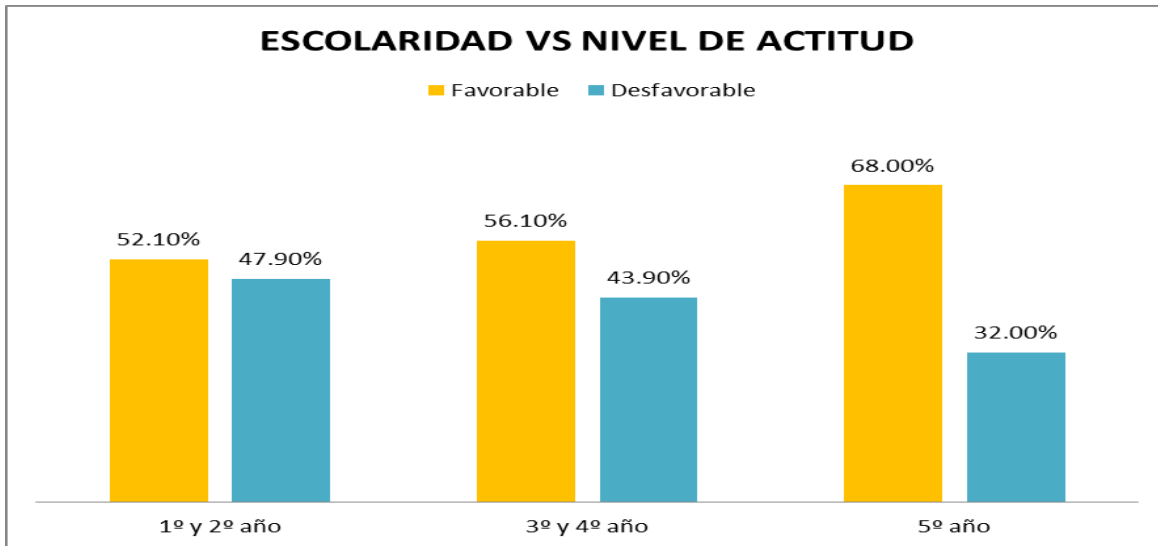


Fuente: Cuadro N° 22



GRAFICO N° 29

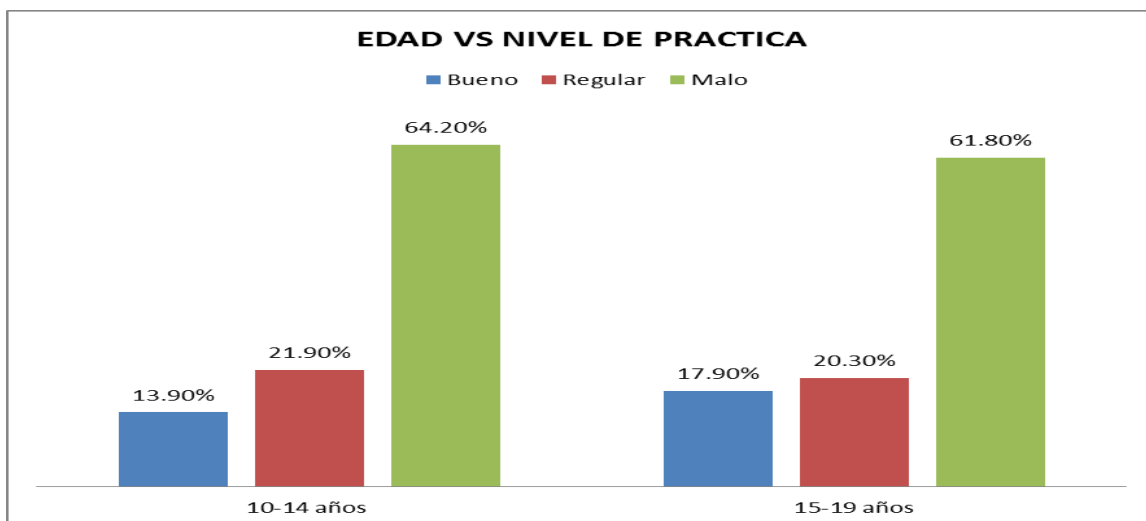
ESCOLARIDAD VS ACTITUD DE LOS ADOLESCENTES SOBRE VIH/SIDA DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.



Fuente: Cuadro N° 22

GRAFICO N° 30

EDAD VS PRÁCTICA DE LOS ADOLESCENTES SOBRE VIH/SIDA DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.

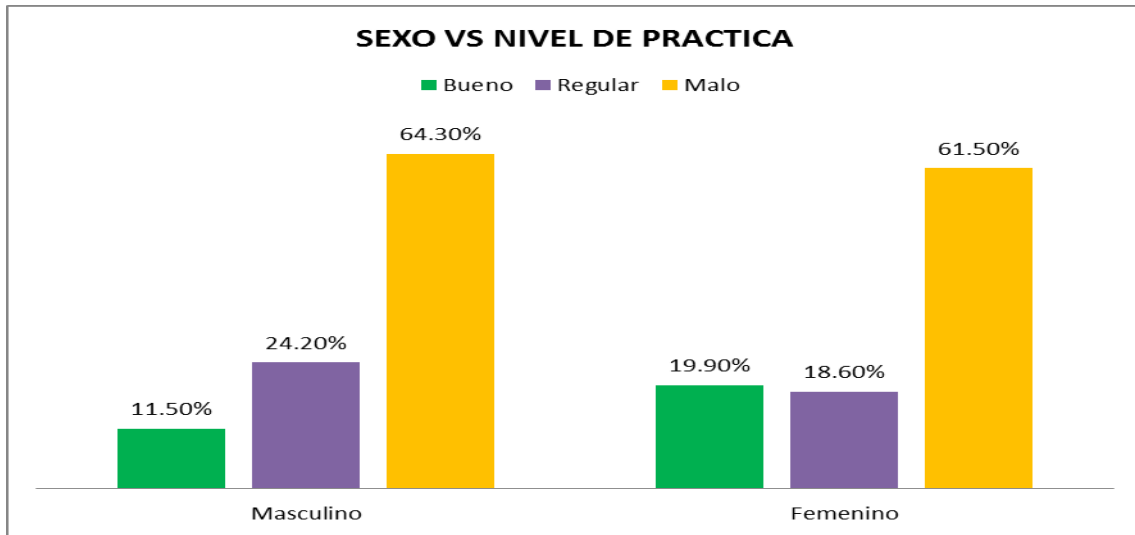


Fuente: Cuadro N° 23



GRAFICO N° 31

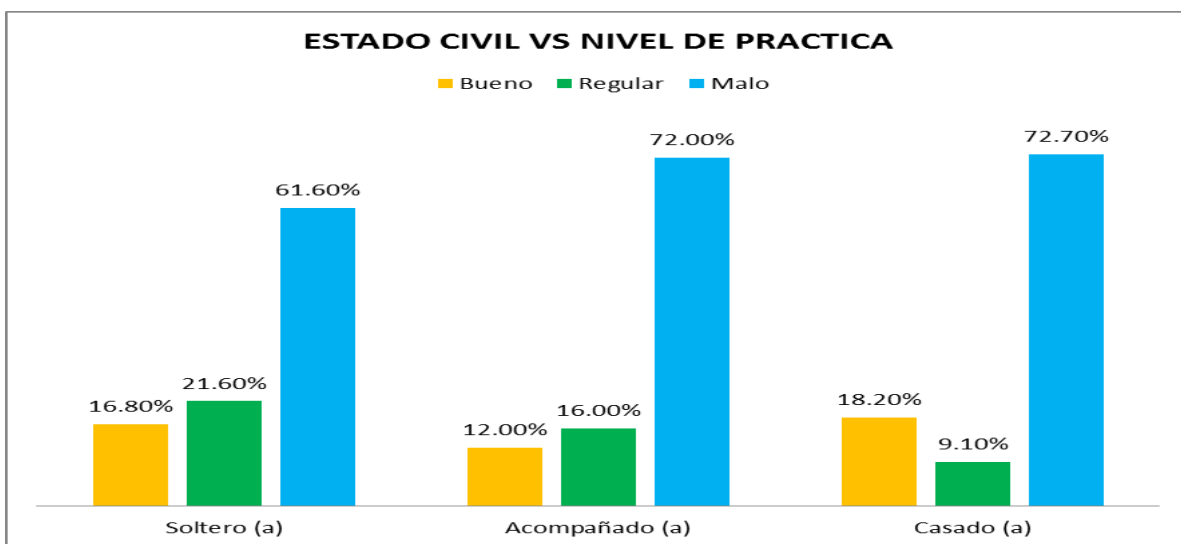
SEXO VS PRÁCTICA DE LOS ADOLESCENTES SOBRE VIH/SIDA DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.



Fuente: Cuadro N° 23

GRAFICO N° 32

ESTADO CIVIL VS PRACTICA DE LOS ADOLESCENTES SOBRE VIH/SIDA DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.

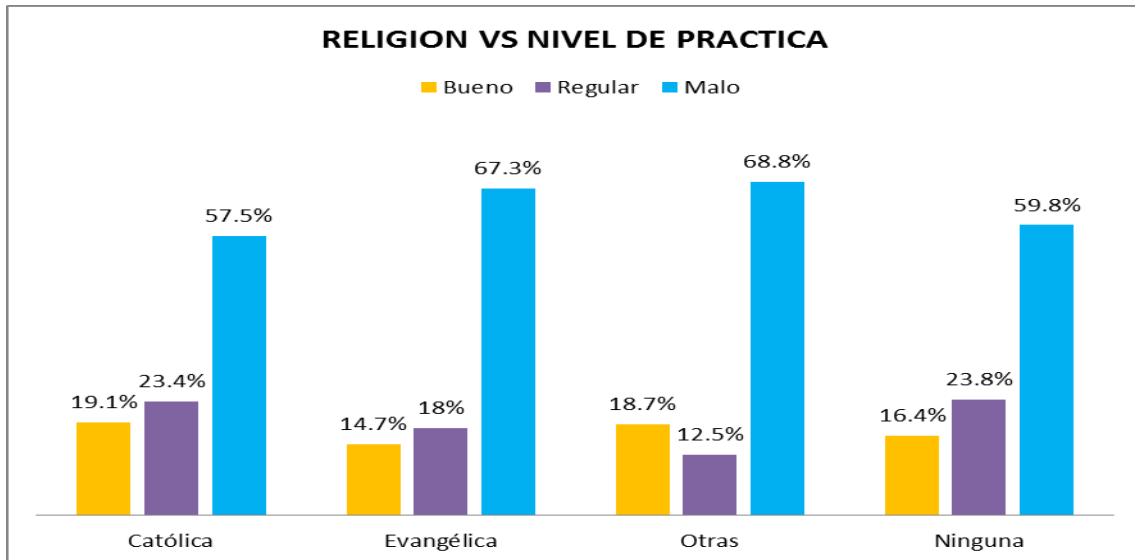


Fuente: Cuadro N° 23



GRAFICO N° 33

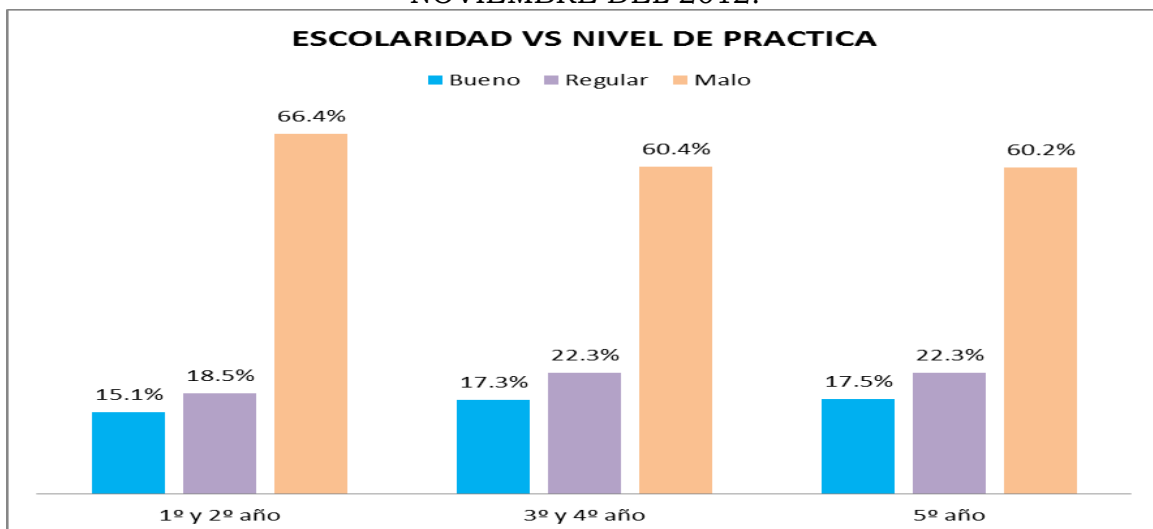
RELIGION VS PRÁCTICA DE LOS ADOLESCENTES SOBRE VIH/SIDA DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.



Fuente: Cuadro N° 23

GRAFICO N° 34

ESCOLARIDAD VS PRÁCTICA DE LOS ADOLESCENTES SOBRE VIH/SIDA DEL CENTRO ESCOLAR "LOS CEDROS" DEL MUNICIPIO DE VILLA EL CARMEN, DEPARTAMENTO DE MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2012.



Fuente: Cuadro N° 23





