



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 2011-2013

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE VIH-SIDA EN
ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD HISPANO AMERICANA, SEDE MASAYA,
NICARAGUA. MARZO DEL 2013.**

Autor:

Eduardo José Taleno Espinoza MD

Tutor:

**Pablo Cuadra MD, MSc. Epidemiólogo
Docente investigador del CIES UNAN Managua**

Managua, Nicaragua 2013

INDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN.....	IV
I. INTRODUCCION.....	1
II. ANTECEDENTES	4
III. JUSTIFICACIÓN	8
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
V. OBJETIVOS	10
VI. MARCO TEÓRICO.....	11
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	39
VIII. RESULTADOS	44
IX. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	54
X. CONCLUSIONES.....	60
XI. RECOMENDACIONES.....	61
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	62
ANEXOS.....	66
ANEXO 1: MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	67
ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS.....	73
ANEXO 3: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	76
ANEXO 4: PRESUPUESTO.....	77
ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO	78
ANEXO 6: TABLAS DE SALIDA DE LA INFORMACIÓN	79
ANEXO 7: GRÁFICOS	97

DEDICATORIA

A Dios

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A la Virgen María.

Por brindarme su amor incondicional de madre.

A mis hijos

Quienes son todo para mí.

A mi esposa

Por siempre estar a mi lado, brindándome todo su amor, entrega, dedicación y sobre todo por tenerme mucha comprensión y paciencia durante estos años de mi vida y quien ha sido una pieza clave en mi desarrollo profesional.

A mi mamá

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos.

A mi papá (Q.E.P.D.)

Quien me inspiró a estudiar medicina, me brindó todo su apoyo, me heredó grandes valores y principios morales.

A mis hermanos

Porque siempre me han apoyado incondicionalmente.

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme guiado en el camino de mi formación profesional y darme la fortaleza para seguir adelante y culminar la Maestría en Salud Pública.

A mi tutor el Dr. Pablo Cuadra quien me asesoró y brindó todo su apoyo profesional para la elaboración de mi trabajo de Tesis.

A todo el cuerpo docente del CIES por haberme transmitido todos los conocimientos requeridos y hacerme un profesional de la salud pública.

Al Lic. Miguel Alemán, Director General de la Universidad Hispano Americana Sub sede Masaya por haberme brindado su apoyo en la realización de esta investigación.

A los estudiantes de la Universidad Americana Sub sede Masaya quienes me brindaron la información necesaria para este estudio.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue identificar los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre VIH-SIDA que tienen los estudiantes del turno dominical de la Universidad Hispano Americana en el mes de marzo del 2013.

El estudio fue descriptivo de corte transversal. Para la recolección de la información se elaboró un instrumento compuesto por 39 preguntas que midieron los conocimientos, actitudes y prácticas y 7 preguntas en relación a las características socio demográficas.

La población de estudio estuvo constituida por 152 estudiantes del turno dominical que asistieron a clases.

Para medir los conocimientos se elaboraron 20 preguntas en relación al concepto de VIH / SIDA, localización en el cuerpo del virus, formas de transmisión, prueba diagnóstica del VIH, medidas de prevención y tratamiento.

Para medir las actitudes se utilizó la escala de Likert en donde se formularon 10 afirmaciones que provocaran una reacción en los encuestados generando diversos puntos de vista.

Para medir las prácticas se formularon 9 preguntas a las cuales se le dio un enfoque de prácticas seguras o inseguras por parte de los estudiantes.

Se determinaron los conocimientos, actitudes y prácticas de acuerdo a edad, estado civil, año de estudio, ocupación, religión y procedencia.

La mayoría de los estudiantes presentaron un conocimiento bueno, una actitud adecuada frente a la enfermedad y practicas seguras, sin embargo se identificaron debilidades puntuales en las que hay que crear estrategias para fortalecerlas.

I. INTRODUCCION

La epidemia del SIDA puede que sea la catástrofe de salud más devastadora de la historia de la humanidad. La enfermedad continúa destruyendo a familias y comunidades en todo el mundo y está obstaculizando el progreso a nivel familiar, y de las comunidades y las naciones. En los países seriamente azotados por esta también se ven amenazados el crecimiento económico y la estabilidad política.

En los países altamente afectados, el VIH ha sobrecargado los sistemas de salud pública y abrumado a los proveedores de atención sanitaria, así como la infraestructura y los presupuestos de sanidad por encima de su capacidad. Pero el SIDA es mucho más que una crisis de salud. Sus efectos se hacen sentir en casi todas las dimensiones de la vida económica y social, especialmente en los países más afectados. El VIH y el SIDA dejan sin empleados a la fuerza laboral, sin sostén económico y atención a las familias, y sin maestros a las comunidades

El SIDA también socava la moral de los trabajadores de salud, a medida que aumenta la carga de trabajo y tensión, y presencian altos niveles de mortalidad entre niños, adultos jóvenes y sus propios colegas. (1)

Referente a la situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en el mundo en adultos (personas de entre 15 y 49 años, según ONUSIDA), se puede decir que las regiones más desfavorecidas, con un menor nivel de ingresos económicos y de desarrollo son las que se encuentran más afectadas por la epidemia como son África Subsahariana, el Caribe, Europa del este y Asia central, en cuarto lugar se encuentra Latinoamérica mientras que Europa occidental y Norteamérica ocupan las últimas posiciones. (2)

En Nicaragua según información del Secretario General del Ministerio de Salud, Dr. Enrique Beteta realizada el 30 de Noviembre del 2012 casi el 83 por ciento de los nicaragüenses infectados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) tienen de 15 a 39 años de edad, por lo que la epidemia del VIH-sida dejó de ser un problema estrictamente de salud para convertirse en obstáculo al desarrollo, al afectar de manera mayoritaria a la población económicamente activa y pese a sistemáticas campañas instructivas y la inclusión de los temas de salud sexual y reproductiva en el sistema educacional, todavía prevalecen en Nicaragua patrones culturales que funcionan como tabúes.

Según el MINSA en nuestro país de cada 10 jóvenes solo cuatro tienen relaciones sexuales protegidas debido a problemas culturales, pues no comprenden o rechazan el uso de preservativos.

En 2011, se realizaron 350 mil pruebas, lo cual permitió detectar más de 900 personas infectadas con el VIH en territorios como Managua, Masaya, León y las regiones autónomas del Atlántico Norte y Sur, los que presentan las mayores incidencias. (3)

El departamento de Masaya está muy cercano a Managua con alta movilidad de la población por efectos del comercio y turismo. Esta considerado el sexto departamento de alto riesgo en prevalencia del VIH del país.

Con relación al grupo etáreo la población más afectada es 15-49 años con el 85% de casos y en el año 2011 se registraron 42 nuevas infecciones por VIH. (4)

Por lo anterior se conoce que los jóvenes están siendo amenazados y afectados por la epidemia del VIH/SIDA en donde la falta de información, de educación y de servicios referentes a la infección por VIH, los pone en riesgo de contraer la enfermedad así como también los riesgos que acompañan a la experimentación y la curiosidad de los adolescentes, principalmente en el ámbito sexual.

En la Universidad Hispano americana de Masaya el estudio sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en los estudiantes es de gran importancia, por los aportes que pueden obtenerse de esta investigación.

II. ANTECEDENTES

Para dar inicio con la presente investigación se visitaron las instalaciones de la Universidad Hispano Americana de la sede Masaya en donde se le explicó al Director General el propósito del trabajo investigativo de acuerdo a la problemática de salud existente, así mismo se constató de que en la sede Masaya no se han realizado estudios sobre Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH-SIDA en los estudiantes de ninguno de los turnos de clase por lo que no hay antecedentes de estudios similares, aunque según expresó el Director de que diferentes organizaciones de salud pública han llegado a realizar encuestas sobre diferentes temas de salud, pero no ha existido hasta la fecha una retroalimentación de los trabajos realizados.

En el año 2006 se realizó un estudio sobre Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de educación del área metropolitana en Paraguay.

La investigación tuvo un diseño observacional, analítico, prospectivo de corte transversal. Se aplicó una encuesta voluntaria, auto administrada, a estudiantes de 1º, 2º y 3º de la media de colegios de la capital y Lambaré, durante el mes de agosto de 2006.

Se pudo precisar que la edad media de iniciación sexual fue a los 14,6 años, 72% de los varones se iniciaron sexualmente antes de los 15 años, solo 55% refirió haber utilizado preservativo en relaciones ocasionales, se determinó un nivel de conocimientos en general bajo e inconsistente, por lo que los resultados revelaron jóvenes en situación de riesgo de contraer VIH/SIDA. (5)

Se realizó un estudio sobre Nivel de Conocimientos sobre VIH - SIDA en adolescentes y sus fuentes de información en Minatitlán Veracruz México en el año 2006, siendo un estudio transversal, integrado por 84 adolescentes de una escuela de bachilleres a quienes se les hizo un cuestionario el cual reveló que el personal de salud fue el medio interpersonal que proporcionó mayor información referente al VIH seguido por los padres, los adolescentes refirieron consultar principalmente la televisión y revistas, la mayoría de los adolescentes obtuvieron un nivel de conocimientos regular referente a la

enfermedad. Se pudo constatar la importancia que juegan los medios de comunicación actualmente ya que los adolescentes reciben gran influencia diariamente en especial de la televisión, la cual representa un modelo para los jóvenes, creando en ellos la necesidad de imitación, adoptando actitudes y comportamientos que deben modificarse gradualmente para ser aceptados por la sociedad que los rodea, también se destacó la importancia de que los padres se involucren para satisfacer la curiosidad de sus hijos respecto al VIH-SIDA respondiendo a sus interrogantes y brindándolos una información adecuada cuando busquen apoyo en ellos, además la información brindada por el personal de salud generó un conocimiento regular en general para los estudiantes. (6)

En el año 2008 se realizó un estudio sobre el estado actual de conocimiento sobre VIH/SIDA, de niño/as, adolescentes y jóvenes en los centros locales de la red MDB (muchachos y muchachas con Don Bosco), en Santo Domingo, República Dominicana, en donde los objetivos Específicos eran realizar un diagnóstico de conocimiento y comportamiento frente al VIH/SIDA, determinar los niveles de conocimiento sobre el riesgo y prevención de enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA, determinar los niveles de actitudes y prácticas de riesgo y prevención de infecciones de transmisión sexual y del VIH/SIDA e identificar el nivel de estigma y discriminación existente en lo(as) niño(as), adolescentes y jóvenes frente a los PVVSs (personas viviendo con VIH/SIDA)”.

Dentro de los resultados del estudio se pudo constatar que la vulnerabilidad de los entrevistados se incrementa con el escaso conocimiento e información de que disponen respecto a la infección del VIH y salud en general, que les dificulta percibir los riesgos a que están expuestos.

Se observó una proporción importante de ignorancia o respuestas erróneas, deficiencias de conocimiento sobre prevención y en general sobre el VIH/SIDA, salud sexual y reproductiva. (7)

En el año 2011 a través de la Fundación Xochiquetzal se llevó a cabo un estudio sobre la seroprevalencia de VIH / Sida en jóvenes de 18 – 30 años en diferentes municipios del pacifico de Nicaragua (Chinandega, Corinto, Tipitapa, Ciudad Sandino, Masaya,

Niquinomo, Nindirí, Rivas y Managua) el cual tenía como objetivos específicos identificar la capacidad de protección de los jóvenes ante el VIH-SIDA, establecer los factores vinculados a las probabilidades de uso y al no uso de condones por parte de los/as jóvenes como medida de protección ante el VIH sida.

El estudio fue descriptivo de corte transversal con una muestra constituida por 2,018 participantes en 17 sitios centinelas.

Los instrumentos utilizados fueron: Un cuestionario dirigido por un encuestador/a, un cuestionario auto administrado y el protocolo de consejería prueba VIH.

En el estudio se observó que todos los casos positivos se presentaron en mujeres, sin embargo en el estudio se evidencia de forma contundente que el uso permanente de condón, es precisamente por sexo y que son las jóvenes mujeres las que reflejan la menor capacidad de tomar, concertar e implementar decisiones de protección. (8)

Se realizó un estudio sobre Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de enfermería sobre VIH/SIDA en el Hospital Bertha Calderón Roque de la ciudad de Managua, en el período de enero-septiembre 2008. Se encontró que había suficiente conocimiento teórico sobre la transmisión y el manejo de los procedimientos para evitar riesgos de contaminación, desconociendo a la persona a quien tenía que notificar los riesgos, en cuanto a la actitud del personal encuestado hacia el manejo de las personas con VIH/Sida se encontró que no había discriminación por esta parte hacia los pacientes y además el personal tenía un buen conocimiento del manejo de personas con alto riesgo de portadores VIH/Sida. En relación a las prácticas, encontramos que 21% del personal de la salud no dan ningún tipo de Orientación o consejería sobre ITS y VIH/Sida, el restante dan algún tipo de Orientación, la prevención sigue siendo el arma fundamental. (9)

En el año 2009 se llevó a cabo un estudio sobre Conocimientos con prácticas de riesgo en adolescentes ante el VIH/SIDA en el Centro de Salud Dr. Alonso Suazo en Tegucigalpa-Honduras; los principales hallazgos fueron, media de edad 16.6 años, 84.6% mujeres, 15.4% hombres, de 11 a 19 años de edad. 62.8% refieren relaciones sexuales en el último año, hombres: 89.7% y las mujeres en 92.8%. La edad media de

iniciación sexual 15.5 años, 54.5% nunca uso preservativo en sus relaciones sexuales del último año. Las relaciones sexuales fueron reconocidas por la gran mayoría de las y los adolescentes como factor de riesgo para el VIH. Y el uso del preservativo es considerado como la más efectiva forma de prevención. Un 77.1% tiene buen nivel de conocimientos sobre las formas de transmisión y prevención. Hay un 43.2% con alto nivel de conocimiento y alto riesgo para el VIH/SIDA, encontrándose asociación significativa con el sexo (chi cuadrado 37.76, gl 5, p 0.000) y con el estado civil de las y los adolescentes (chi cuadrado 27.01, gl 10, p 0.0026). El medio de información citado con más frecuencia fue la televisión. (10)

III. JUSTIFICACIÓN

El VIH es una de las causas principales de morbilidad y mortalidad en jóvenes y un problema de salud pública constituyendo uno de los retos de mayor importancia para la ciencia, situación a la que no está ajeno el departamento de Masaya, ya que es una enfermedad que afecta a todos por igual, además se sabe que los jóvenes no tienen claro cuáles son las formas más seguras de protección ante el VIH, pero sobre todo no tienen plena conciencia de abstenerse de tener relaciones al no contar con estos medios de protección, además no solicitan los servicios de salud debido a temores, tabús y vergüenza de ser descubiertos por personas conocidas.

El presente estudio es llevado a cabo debido a que hoy en día los jóvenes presentan problemas complejos de conocimientos en relación a su salud sexual, lo que distorsiona la manera de abordar su propia sexualidad, haciéndolos vulnerables a enfrentarse con conductas sexuales de riesgo, además de la falta de programas de educación sexual formales desde etapas tempranas de su formación académica.

La Universidad Hispanoamericana está ampliamente extendida en el país y en vista de que no existen estudios previos al respecto, el presente estudio sirve de referencia y abre nuevos caminos para aplicar esta metodología de investigación en otros departamentos en los que se proyecta la Universidad como son la sede central Managua y las subsedes Granada, Jinotepe, Rivas, Boaco, Juigalpa y Camoapa razón por la cual se escogió la UHISPAM.

La presente investigación es de utilidad ya que beneficia al cuerpo estudiantil y docente de la Universidad Hispanoamericana de Masaya, a través de la reflexión y debate sobre el conocimiento de la realidad actual del centro de estudio en cuanto al conocimiento, actitudes y prácticas de los estudiantes en cuanto al VIH y propone estrategias de acción para resolver la problemática en estudio. Será de utilidad a las autoridades del MINSA, Ministerio de Educación y organismos no gubernamentales que trabajan el tema del VIH SIDA.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tomando en consideración la dramática situación del Sida en el país y el impacto del VIH-SIDA como problema de salud pública entre los jóvenes, en donde un alto porcentaje de los casos están comprendidos entre las edades de 10 y 30 años de edad, lo cual significa que si esta situación se sigue comportando de esa manera entre los jóvenes y adolescentes 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 truncada por esta enfermedad.

La Comisión Nacional del Sida (CONSIDA), afirma que los departamentos de Masaya, Managua y Chinandega siguen más afectados por el VIH-SIDA, y es allí en donde se están concentrando los esfuerzos preventivos.

En consideración a los problemas complejos de información que los adolescentes tienen en relación al VIH / SIDA lo cual los hace vulnerables a conductas sexuales de riesgo, nos formulamos la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en los estudiantes del turno dominical de la Universidad Hispano Americana de la sede Masaya, del 1 al 31 de marzo del 2013?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en los estudiantes del turno dominical de la Universidad Hispano Americana, sede Masaya, del 1 al 31 de marzo del 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características socio demográficas de los estudiantes del turno dominical de la universidad.
2. Determinar los conocimientos que tienen los estudiantes sobre la enfermedad en estudio.
3. Definir la actitud que tienen los estudiantes frente a la enfermedad.
4. Detallar las prácticas sexuales de los estudiantes.

VI. MARCO TEÓRICO

Evaluación de los "Conocimientos, Actitudes y Prácticas" en salud

Los estudios tipo CAP han sido utilizados en diversos temas de salud y se consideran la base fundamental de los diagnósticos para ofrecer información a instituciones u organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud. (11)

Se realizan para comprender mejor por qué la gente actúa de la manera que lo hace y así, desarrollar de forma más eficaz los programas sanitarios. (12)

Los conocimientos, experiencias, la influencia social, los hábitos, la autoconfianza, la motivación, las actitudes y las posibilidades de cambio han sido identificados como determinantes del comportamiento de la salud. Una teoría es que el conocimiento es necesario para influir en la actitud que conduce a cambios en la salud. Sin embargo, otros modelos sugieren que hay una vía más compleja que conduce a cambios en el comportamiento de la salud, como las experiencias y la influencia social que pueden causar cambios de actitud que llevan a cambios en el comportamiento de la salud. (13)

Desde la propuesta de la encuesta CAP, vale la pena aclarar los términos que está evalúa. El conocimiento representa un conjunto de cosas conocidas, incluye la capacidad de representarse y la propia forma de percibir. El grado de conocimiento constatado permite situar los ámbitos en los que son necesarios realizar esfuerzos en materia de información y educación. De otra parte, la actitud es una forma de ser, una postura de tendencias, de "disposiciones a". Se trata de una variable intermedia entre la situación y la respuesta a dicha situación. Permite explicar cómo un sujeto sometido a un estímulo adopta una determinada práctica y no otra. Por último, las prácticas o los comportamientos son acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo; es decir que son el aspecto concreto, son la acción. (14)

En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud ha llamado la atención, puesto que la desinformación de las instituciones y de los profesionales sobre los sistemas de creencias y valores de la población son factores determinantes en la presentación de la enfermedad. Las intervenciones educativas sostenidas en el tiempo y que contemplen particularidades, lograrán cambios importantes en el comportamiento con respecto a la prevención y control de estas y otros problemas que afectan a las poblaciones. (15)

Asimismo, se convierten en insumos para el diseño e implementación de estrategias efectivas de promoción de la salud.

Los jóvenes y el VIH / Sida

Con un total de 1,7 billones de personas, la actual generación de jóvenes es la más grande de toda la historia. Los jóvenes representan aproximadamente la mitad de los 5 millones de nuevas infecciones por VIH que se registran cada año, alrededor de 6,000 personas jóvenes se infectan cada día.

Actualmente existen factores que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad social de los jóvenes ante el VIH y SIDA, tales como la aceleración de los cambios socioculturales, la complejidad de ciertas situaciones mundiales y la globalización (16)

Además de los factores antes mencionados existen factores locales que son los principales responsables de su dinámica. A nivel mundial la mayoría de los jóvenes han iniciado su vida sexual activa antes de haber cumplido los 20 años, ya sea que estén casados o no; para una minoría importante de mujeres y hombres jóvenes, las relaciones sexuales tempranas no han sido deseadas o han sido producto de coacción. Muchos jóvenes miran al condón con desconfianza por creer que hacen perder intimidad y placer sexual.

Es importante mencionar que las personas que inician su vida sexual activa más tempranamente tienen más probabilidades de tener más de una pareja; por tanto se incrementa la posibilidad de adquirir una ITS (17)

En Latinoamérica, los jóvenes inician su actividad sexual a la edad de 12,7 a 16 años, mientras que las jóvenes lo hacen a la edad de 15,6 a 17,9 años; la mayoría de estos jóvenes tienen pocos conocimientos de las ITS y sus síntomas y muchos no reciben tratamiento oportuno. Es esta región cerca de la mitad de los infectados por el VIH son menores de 25 años (18)

Biológicamente las mujeres jóvenes tienen mayor susceptibilidad a ITS debido a ectopia del cérvix. Esta es una condición normal que se presenta en adolescentes y que llega a ser menos común con la edad; las células endocervicales son más vulnerables a las infecciones, como la clamidia y gonorrea (19)

Los trabajadores de la salud y demás trabajadores de las ciencias sociales están obligados a investigar y trabajar en la prevención de estas enfermedades, contribuyendo a elevar la percepción del riesgo y modificando creencias, actitudes y conocimientos erróneos sobre las ITS (20)

La familia y la educación son factores de singular importancia que influyen en la salud reproductiva de los jóvenes y el riesgo de contraer ITS incluyendo el VIH. Las y los Jóvenes que han recibido más instrucciones educativas tanto del sector formal como del informal, tienen en promedio menos probabilidades de infectarse con el VIH, y tienen mayor posibilidad de posponer la procreación, tener familias menos numerosas y más saludables (21)

Fuentes de información de los adolescentes

En un estudio diagnóstico realizado en adolescentes en Perú sobre comportamientos sexuales y acceso a condón en lo que respecta a las fuentes de información de los adolescentes se indagó sobre quiénes les han hablado más o de quiénes han aprendido más en relación con temas sexuales o relaciones sexuales y quiénes creían ellos que deberían ser los que les hablen de estos asuntos. Adicionalmente, se preguntó específicamente si los profesores les hablan de las ITS y cómo consideran la información que les dan los profesores acerca de temas sexuales.

En general, en todas las ciudades, alrededor de un 90% de las y los adolescentes de 15 a 19 años, señala que en el colegio sus profesores les han hablado de enfermedades que se contagian a través de las relaciones sexuales. También indican que las personas que más les han hablado de temas sexuales son los profesores (entre el 33.5% al 49.5%, variando entre sexos y ciudades). La segunda fuente de información resulta ser la madre y luego el padre.

Para los adolescentes de 12 a 14, la fuente de la que reciben mayor información varía si son varones o mujeres. Aparentemente, para las jovencitas las fuentes fundamentales son las madres primero y luego los profesores, y para los varones, los profesores y luego la madre.

Es interesante notar que las respuestas a la pregunta “¿quién crees que debería hablarte de estos temas?”, resultan diferentes según el sexo. Las mujeres informan que debería ser la madre o el personal de salud (doctora/enfermera) y como tercera opción, los profesores. Los varones indican más frecuentemente al padre, seguido por el personal de salud y profesores. Esta información, como hemos visto, refleja diferencias de necesidades por género.

Para los/as adolescentes más jóvenes, el rol del personal de salud es menos importante y básicamente madre/profesor y padre/profesor se señalan como preferencias.

Un hallazgo preocupante es que, si bien ambos grupos de adolescentes reconocen que actualmente la mayor fuente de información proviene de los profesores, esta información es calificada como insuficiente o pobre por casi un 40% de los encuestados; en Huancayo, por ejemplo, esta percepción fluctúa entre un 45 y 50%.

(22)

Epidemiología mundial del SIDA

A finales de 2011, 34 millones de personas [31,4 millones-35,9 millones] vivían con el VIH en todo el mundo. Se calcula que el 0,8% de los adultos de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años son seropositivos, pero la morbilidad de la epidemia sigue variando considerablemente entre países y regiones.

África subsahariana sigue siendo la región más afectada: prácticamente 1 de cada 20 adultos (un 4,9%) vive con el VIH, lo que representa el 69% de las personas seropositivas de todo el mundo. Aunque la prevalencia regional de la infección es casi 25 veces superior en África subsahariana que en Asia, casi 5 millones de personas viven con el virus en Asia meridional, sudoriental y oriental. Después de África subsahariana, las regiones más afectadas son el Caribe y Europa oriental y Asia central, donde en 2011 el 1% de los adultos vivía con el VIH.

En algunas partes del mundo, las tendencias del VIH (entre niños y adultos) son preocupantes. Desde 2001, el número de nuevas infecciones en Oriente Medio y África septentrional ha aumentado más de un 35% (de 27.000 [22.000-34.000] a 37.000 [29.000-46.000]). Los datos sugieren que la incidencia de la infección en Europa oriental y Asia central comenzó a subir a finales de la primera década del nuevo milenio, tras haber permanecido relativamente estable durante años.

Durante la última década, muchas epidemias nacionales han cambiado exponencialmente. En 39 países, la incidencia del VIH entre adultos se redujo más de un 25% entre 2001 y 2011. Veintitrés de los países que presentan grandes descensos en la incidencia están en África subsahariana, donde el número de personas que se infectaron por el VIH en 2011 (1,8 millones [1,6 millones-2,0 millones] fue un 25% menor que en 2001 (2,4 millones [2,2 millones-2,5 millones])). A pesar de estos avances, en esta región se produjeron en 2011 el 71% de las nuevas infecciones en adultos y niños de todo el mundo, lo que resalta la importancia de continuar y fortalecer las iniciativas de prevención del VIH en la región. Las tendencias epidemiológicas son menos favorables en otros países. En al menos nueve, el número de nuevas infecciones en 2011 superó en al menos un 25% el de 2001. (23)

Epidemiología del SIDA en Nicaragua

Según datos del 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.

La tasa de incidencia en el año 2009, fue de 15.1 x cada 100,000 habitantes, superior a la reportada en 2008 de 13.3x 100,000 habitantes.

Algunos departamentos presentan una tasa de incidencia para el 2009, superior a la media nacional, como es el caso de la tasa de incidencia (VIH) por 100,000 habitantes de Chinandega con 34.4, Managua con 27.4, RAAN con 20.8, Masaya con 19.4. Cercanas a la tasa nacional se ubican Rivas con 14.3 y León con 14.0. La tasa de prevalencia fue de 67.7 x100, 000 habitantes, mayor que la reportada en el 2008 (55.0 x 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. Las tasas de prevalencia son mayores en adultos jóvenes y adultos para ambos años. Amas de casas, obreros y estudiantes representan el mayor número de casos. El 55% de las personas con VIH residen en zonas urbanas.

Análisis de la prevalencia del VIH

- Según ocupación. Son las amas de casas, obreros y estudiantes.
- Según poblaciones en riesgo. Al analizar la prevalencia en los grupos de riesgo, los heterosexuales representan el 86% (747) de los casos, HSH el 10% (86), bisexuales 3% (23), transmisión vertical 1%. Según grupos indígenas y afro descendientes.

En la Región Autónoma del Atlántico Sur, la prevalencia de VIH y sida es de 83 por cada 100.000 personas; mientras que en la Región Autónoma del Atlántico Norte es de 61 por cada 100.000 personas durante el mismo año.

El comportamiento epidemiológico según sexo refiere que el 65% son del sexo masculino y 35% del sexo femenino, lo que determina una relación hombre mujer de 1.7 a 1. Los hombres predominan en las causas para todos los grupos de edad.

En cuanto a captación se reportan 886 nuevas personas afectadas por el VIH, de los cuales 721 son VIH, 71 son casos sida y 74 fallecidos. De este grupo se realizó diagnóstico de transmisión vertical en 63 embarazadas. Según datos del MINSA desagregados hasta el 2007, los mecanismos de transmisión continúan siendo a través de las relaciones sexuales en el 94% de los casos, en segundo lugar la vía perinatal en el 3.6, con una tendencia a disminuir a través de Drogas IV, producto de los mensajes del no uso de jeringas contaminadas. En cuanto a la cobertura con terapia antirretroviral (TAR), recibieron tratamiento antirretroviral 1,063 personas que representa el 22% del total de personas con VIH.

La prueba para el VIH y consejería es ofertada en el 74% (862) de los establecimientos de salud de Nicaragua. La consejería sobre diferentes dimensiones de la infección por el VIH, ha incrementado visiblemente. (24)

Definición del VIH/SIDA

El VIH significa “virus de la inmunodeficiencia humana”. Este es el virus que causa el SIDA. El VIH es diferente a la mayoría de los virus porque ataca el sistema inmunitario. El sistema inmunitario le permite al cuerpo combatir las infecciones. El VIH encuentra y destruye un tipo particular de glóbulos blancos (las células T o CD4) utilizados por el sistema inmunitario para combatir las enfermedades.

El término SIDA significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida. El SIDA representa la etapa final de la infección por el VIH. Es posible que una persona infectada con el VIH tarde varios años en alcanzar esta etapa aun sin recibir tratamiento. En las personas que tienen el SIDA, el virus ha debilitado su sistema inmunitario a tal grado que al cuerpo se le dificulta combatir las infecciones. Se considera que alguien tiene SIDA cuando presenta una o más infecciones y un número bajo de células T.

El VIH se encuentra principalmente en la sangre, el semen o el flujo vaginal de una persona infectada. (25)

Transmisión del VIH

El VIH puede transmitirse de una persona a otra cuando la sangre o algún fluido corporal (semen, secreciones vaginales o leche materna) de una persona infectada ingresa al organismo de una persona no infectada. Entre las vías de transmisión se incluye:

- Sexo vaginal, anal u oral sin protección con una persona infectada.
- Compartir jeringas y otros utensilios en el consumo de drogas con personas que tienen el VIH.
- Exposición prenatal (antes del nacimiento) y perinatal (durante y justo después del nacimiento) de recién nacidos por sus madres con el VIH.
- Madres con el VIH que amamantan a sus bebés.
- Productos de transfusión sanguínea que contienen el virus.
- Trasplante de órganos de donantes infectados con el VIH.

Heridas profundas o accidentes que los profesionales médicos (por lo general, piquetes con agujas que fueron usadas en personas infectadas) mientras atendían o manipulaban la sangre de pacientes con el VIH.

El VIH no se transmite a través de los mosquitos, garrapatas ni otros insectos. Tampoco se transmite por el contacto casual como las conversaciones, saludar de mano, estornudos, compartir platos (trastes), compartir baños, teléfonos o computadoras, ni a través del agua. No se transmite a través de la saliva, las lágrimas ni el sudor.

Las transfusiones de sangre y los productos sanguíneos causaron algunas infecciones con el VIH a principios de la década de 1980. Gracias a las nuevas precauciones y a las pruebas detalladas en los bancos de sangre, este riesgo ha sido casi completamente eliminado.

Diagnóstico de la infección con el VIH

Debido a que la infección con el VIH frecuentemente no presenta síntomas por años, una persona puede tener VIH por mucho tiempo y no saberlo. Las personas con frecuencia creen que por haber sido sometidas a un examen médico general, que el médico realizó la prueba para el VIH. Esto a menudo no es cierto. Aunque los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC, siglas en inglés) de los EE.UU. recomiendan someterse rutinariamente a la prueba del VIH entre los adolescentes jóvenes.

La mayoría de las veces, una persona que se somete a la prueba lo sabe, aunque hay algunos casos en que no se le informa a la persona que estará siendo sometida al examen, como las personas que ingresan a servicio militar y algunas personas que envían su solicitud para pólizas de salud o de seguro de vida.

Para someterse a la prueba del VIH no es necesario que proporcione su nombre y dirección (prueba anónima). En los departamentos de salud y sitios de atención médica ofrecen pruebas anónimas.

Puede que las personas infectadas que evitan someterse a la prueba del VIH no se enteren sobre su infección hasta que ya empiezan a desarrollar síntomas o incluso sida, mientras que al someterse a la prueba del virus, es posible detectarlo fácilmente y administrar el tratamiento antes de que la persona enferme gravemente.

Pruebas para detectar la infección con el VIH

El VIH es detectado con mayor frecuencia mediante las pruebas de detección que analizan los anticuerpos contra este virus (las proteínas del sistema inmunológico) en la sangre. Puede que otras pruebas analicen los anticuerpos en fluidos de la boca o en la orina. Cuando el cuerpo se infecta con el VIH, comienza a producir anticuerpos contra el virus para tratar de combatirlo.

Aunque estos anticuerpos no pueden combatir el VIH, por lo general pueden encontrarse en la sangre y en otros fluidos corporales dentro de varias semanas de haberse dado la infección. Las pruebas de detección del VIH buscan la presencia de estos anticuerpos, y no del virus en sí. El virus es más difícil de detectar que los anticuerpos.

Las pruebas del VIH están disponibles en muchos centros de atención médica (consultorios de los médicos, hospitales, clínicas locales, clínicas del departamento de salud del estado). También hay pruebas que se pueden adquirir en las farmacias para tomar las muestras en su casa.

Resultados de la prueba

Si el resultado inicial de cualquier tipo de prueba de detección es positivo (es decir, que se encontró algo que podría señalar la presencia de anticuerpos contra el VIH), no siempre significa que la persona esté infectada con el VIH. Se requerirá hacer otras pruebas para confirmar la infección.

Si la primera prueba da resultado negativo (es decir, que no se detectaron los anticuerpos contra el VIH), en la mayoría de los casos no se requerirá de pruebas adicionales. Pero es importante mencionar que un resultado negativo de la prueba no implica una garantía de que la persona no esté infectada. A menudo toma varias semanas (y en algunos casos más tiempo) antes de que el cuerpo de una persona infectada produzca los anticuerpos en cantidades suficientemente grandes como para ser detectados. Las pruebas realizadas antes de esto puede que den resultado negativo, incluso si la persona está infectada. Para asegurarse que una persona no tiene el VIH, ésta debe someterse a pruebas a los 3 a 6 meses tras su exposición sospechosa más reciente.

Prevención de la infección con el VIH y del sida

Debido a la forma en como el VIH se transmite, existen formas para evitar la infección con el VIH y prevenir el sida.

La mayoría de las infecciones con el VIH en todo el mundo se dan mediante las relaciones sexuales entre personas no infectadas con personas infectadas. Por lo tanto, no tener sexo sin protección con personas infectadas puede prevenir la mayoría de las infecciones con el VIH. Si ambas personas en una pareja no están infectadas, y ambas evitan cuidadosamente las actividades que podrían ocasionar la infección con el VIH (ambas personas siendo monógamas y sin compartir jeringas con nadie), entonces el sexo sin protección puede ser seguro. Hay que utilizar un condón de látex o plástico de principio a fin en cada actividad sexual con alguien de quien no se tenga certeza sobre su estatus de VIH.

La segunda causa más común de infección con el VIH es por compartir jeringas usadas y otros utensilios similares con personas que consumen drogas inyectadas y que son portadoras de este virus. Para dichas personas, la forma más segura de evitar el VIH es simplemente dejar de inyectarse. Sin embargo, algunas personas no pueden abstenerse por sí mismas, o requieren de ayuda para poder abstenerse, lo cual puede que no permita que dejen el hábito de inmediato. Para estas personas, el uso de jeringas y utensilios de inyección no contaminados (p.ej. artículos nuevos y sin que vuelvan a utilizarse una segunda vez) puede ser útil para su protección. Algunas regiones cuentan con programas para asegurar que los consumidores de drogas tengan acceso a jeringas nuevas. Casi en todos los lugares donde han iniciado estos programas, se ha reducido el número de nuevas infecciones con el VIH entre las personas que se inyectan estas sustancias.

En caso de una ruptura del condón o de alguna exposición accidental con una persona de quien se desconoce su estatus de VIH, algunos médicos ofrecen tratamiento para "la mañana siguiente" para intentar reducir el riesgo de infección. Si una persona se ha expuesto al virus con una persona de quien se desconoce si está infectada o no, la persona cuyo estatus de VIH es incierto puede someterse a un examen rápido de VIH para luego decidir si la otra persona requeriría dicho tratamiento.

Este tratamiento consiste de antirretrovirales (medicamentos contra el VIH), los cuales deberán tomarse diariamente por las siguientes 4 semanas, y son más propensos a ser eficaces si se administran dentro de 24 horas tras la posible exposición al virus, y en raras ocasiones se llegan administrar a más de 72 horas después.

Las madres con el VIH pueden transmitir el virus al bebé ya sea durante el embarazo, el parto o mientras lo amamantan. Es posible reducir en gran medida este tipo de infecciones mediante tratamiento con medicamentos contra el virus para las madres infectadas, junto con no amamantar a sus bebés.

Los trasplantes de órganos y tejidos de donantes humanos pueden conllevar cierto riesgo de VIH y otras infecciones. Los donantes son sometidos a pruebas detalladas para reducir el riesgo en lo posible.

Tratamiento contra la infección con el VIH y el sida

El tratamiento contra la infección con el VIH y el sida es complejo, y las enfermedades que surgen repentinamente pueden causar problemas graves e incluso poner la vida en peligro. Debido a esto, es muy importante someterse a tratamiento con un médico o profesional clínico que tenga experiencia en tratar a personas con el VIH y sida.

El tratamiento contra el VIH y el sida tiene tres principales metas:

- Restaurar y preservar la función inmunológica.
- Mantener el nivel del VIH en el cuerpo tan bajo y por la mayor cantidad de tiempo como sea posible.
- Prevenir, curar o controlar las infecciones oportunistas.

Cada uno de estos objetivos contribuirá en la calidad de vida de la persona al mejorar su salud y reducir su riesgo de padecer enfermedades graves junto con los efectos del largo plazo que ocasionan. Un tratamiento eficaz prolonga la vida.

El tratamiento principal contra el VIH actualmente hace uso de tres o más medicamentos contra el virus que se toman diariamente, lo cual es útil para bloquear su reproducción (evitar la formación de más de virus). El tratamiento contra el VIH con medicamentos a menudo es referido como terapia antirretroviral (o ARV) debido a que el VIH es un tipo de retrovirus. Las combinaciones de antirretrovirales que son muy eficaces en detener el desarrollo del VIH a veces es referida como terapia antirretroviral de gran actividad (HAART por sus siglas en inglés).

Al desacelerar el crecimiento viral y mantener al sistema inmunológico tan saludable como sea posible, el tratamiento ayuda a reducir el riesgo de ciertos tipos de infecciones, los tipos de cáncer relacionados al sida y otros problemas de salud. Con un tratamiento eficaz, la enfermedad progresa más lentamente y las personas viven por más tiempo. No obstante, no existe combinación alguna de medicamentos que pueda realmente curar la infección, por lo que es importante que las personas bajo tratamiento continúen tomando sus medicinas y acudan a sus consultas médicas de seguimiento, así como a sus análisis clínicos para asegurarse que el tratamiento está siendo eficaz. Puede que las personas infectadas con el VIH no requieran someterse a tratamiento inmediatamente. Debido a que el VIH es una infección que progresa lentamente y sabiendo que los antirretrovirales producen graves efectos secundarios con el transcurso del tiempo, el momento ideal para comenzar con el tratamiento no se ha determinado de forma concisa. Pero los médicos han determinado que por lo general hay mejores resultados cuando los antirretrovirales se administran antes de que el sistema inmunitario se haya deteriorado gravemente. La mayoría de los médicos coinciden en que un tratamiento contra el VIH deberá comenzar cuando la infección está causando síntomas graves o el recuento CD4 de la persona se reduce por debajo de un nivel determinado.

Puede que también haya otras razones para considerar comenzar con el tratamiento.

Otras medidas que pueden tomarse para apoyar al sistema inmunológico involucran el tomar buenos cuidados de sí mismo(a), como:

- Comer sanamente y hacer ejercicio de forma habitual.
- Controlar el estrés.
- Evitar las infecciones (lo cual puede incluir mantenerse alejados de personas que están enfermas, practicar la seguridad en los alimentos, obtener ciertas vacunas y tomar antibióticos, entre otras precauciones).
- Dejar de consumir productos del tabaco y otras drogas.

Una persona puede que tenga la infección con el VIH y no tener sida. El sida ocurre cuando la infección con el VIH ha dañado gravemente el sistema inmunitario, un proceso que puede tomar años. En los Estados Unidos y otras naciones industrializadas, el tiempo promedio entre haber contraído el VIH y el haber desarrollado el sida en etapa avanzada es de aproximadamente 10 años en caso de que la persona no reciba tratamiento. El VIH daña al sistema inmunológico al infectar y eliminar las células CD4 (linfocitos-T colaboradores), un tipo de glóbulos blancos. En las etapas más avanzadas de la infección con el VIH, la pérdida de estas células resulta en un debilitamiento del sistema inmunológico, lo cual fomenta que surjan las infecciones oportunistas (infecciones que un cuerpo sano generalmente combatiría), algunos tipos de cáncer y otros trastornos a la salud.

El CDC define sida como una prueba sanguínea positiva del VIH, junto con una de las siguientes condiciones:

- Una afección oportunista de mayor importancia, entre las cuales se incluye ciertos tipos de cáncer, infecciones y síndromes que con frecuencia se asocian al sida.
- Un recuento CD4 menor a 200 células por milímetro cúbico de sangre (200/mm³). Un recuento CD4 normal es entre alrededor de 500/mm³ a 1,500/mm³. (26)

Consejería y VIH/SIDA

El enfrentamiento del VIH/SIDA desde un enfoque integral, que incorpora elementos biopsicosociales ha significado avances científicos que se expresan en la incorporación y consideración de los aspectos emocionales ligados al VIH, la promoción de conductas más saludables en la población y el desarrollo de un rol activo del propio usuario. En múltiples investigaciones se ha confirmado la importancia del apoyo psicosocial como un predictor de bienestar y mejoría de la calidad de vida de las personas afectadas por el VIH. La consejería constituye un componente central de las actividades de apoyo psicosocial que pueden desarrollarse en este tema.

En 1987, la OMS decide aplicar la consejería como estrategia de apoyo psicosocial privilegiada ante el VIH/SIDA, definiéndose entre sus objetivos principales la reducción del sufrimiento psicológico, la prevención de la transmisión, la mejora o mantenimiento de la calidad de vida y la reducción de la necesidad de hospitalización y otros cuidados institucionalizados.

Diversos estudios han evidenciado como la consejería permite el fortalecimiento de la prevención, la toma de decisiones informadas relacionadas con el VIH (como realizarse el test de detección) y favorece que las personas viviendo con VIH acepten y enfrenten de mejor manera su situación. Las características de la implementación de servicios de consejería dependerá de las condiciones locales de cada región, influyendo en ello factores epidemiológicos (prevalencia del VIH, distribución y tendencias); factores socioculturales (actitudes sociales y de grupos clave de la sociedad); factores históricos y políticos (legislación y normativas sobre el examen, notificación de enfermedades, compromiso político con el tema); y la oferta de servicios (distribución del personal y los establecimientos de salud, de planificación familiar, y otros servicios).

Definición y características de la consejería para el VIH/SIDA

“El verbo que mejor sintetiza la tarea del profesional es "facilitar"; facilitar conocimientos, instrumentos, herramientas, técnicas, habilidades, materiales, sugerencias, alternativas, tanto al usuario como a su entorno.

Por otro lado, el verbo que más se acerca a la tarea básica del usuario es "conducir"; conducir su proceso, su salud y sus decisiones respecto a ella." Se ha definido como "un diálogo confidencial entre un usuario y un consejero cuya finalidad es contribuir a que el primero supere su estrés y tome decisiones relacionadas con el VIH/SIDA", asociándola con dos objetivos generales: prevenir la infección y la transmisión del VIH y dotar de apoyo psicosocial a las personas directa o indirectamente afectadas.

En esencia, se visualiza como un proceso de apoyo a la persona para la toma de decisiones que conduzcan a la reducción del riesgo de infección y a movilizar el tipo y calidad de apoyo social necesario. Para lograr los objetivos de dar apoyo emocional y facilitar el comportamiento preventivo, la consejería precisa:

- Ser confidencial y personalizada;
- Responder a las necesidades del usuario facilitando la toma de decisiones;
- Ser un proceso fortalecedor que permita al usuario tomar responsabilidad plena de las decisiones que directamente afectan su vida, la de sus familiares y la de su comunidad.

Hacer consejería implica compartir la información, recursos y opciones disponibles, a través de un diálogo horizontal que implica un trabajo conjunto en el cual tanto el consejero como el usuario aprenden, intercambian y se enriquecen.

Se considera que cualquier persona motivada, comprometida y con la formación técnica adecuada puede hacer consejería.

Acciones generales implicadas en la consejería para el VIH/SIDA

Entre las acciones generales sugeridas desde la OPS/OMS encontramos, entre otras:

- Contribuir a reducir la ansiedad, para facilitar el proceso de reflexión, toma de decisiones y acción para el cambio.
- Apoyar la evaluación de riesgos asociados al VIH/SIDA.
- Facilitar el análisis de las ventajas, desventajas y consecuencias asociadas al tema a desarrollar en la consejería.

- Ampliar las opciones y alternativas posibles del usuario, facilitando el análisis de pros, contras y consecuencias.
- Entregar información precisa, concisa y relevante.
- Apoyar al usuario en la construcción e implementación de un plan de acción individual.
- Facilitar la derivación a servicios que el usuario requiera. (27)

Disfrutar del sexo a pesar del preservativo

Una de las 'excusas' más frecuentes a la hora de que un hombre no quiera usar un preservativo es que reduce la sensibilidad y, por tanto, el placer en la relación sexual. Otra barrera hace referencia a que se piensa que interrumpe la relación, le resta espontaneidad al encuentro. Pero lo cierto es que el placer sexual con este método contraceptivo depende de factores psicológicos, como el bienestar con la pareja o la duración del encuentro, o fisiológicos, como la dificultad para lograr una erección.

Esta es al menos la conclusión a la que ha llegado un grupo de expertos dirigidos por Devon Hensel, de la Universidad de Indiana (EEUU), tras llevar a cabo un estudio con 1.875 varones heterosexuales. En declaraciones a ELMUNDO.es el investigador Hensel confirma: "la más razón común que argumentan los hombres para no usar el preservativo es que reduce el placer. Sin embargo, nuestros datos sugieren que en realidad hay varios factores que predicen niveles más altos de placer cuando se usa este método, y estos factores incluyen la participación en diferentes tipos de relaciones sexuales no coitales (por ejemplo, el sexo oral) o que la relación se prolongue".

En el ensayo, publicado en el último 'Journal of Sexual Medicine', todos los participantes, con una media de edad de 26 años, recibieron 12 condones, así como una guía sobre su correcto uso. Tras la recepción de los mismos, los hombres realizaron un diario en internet a lo largo de un mes en el que registraron sus comportamientos sexuales, tanto manuales, como orales, vaginales, anales y el uso del condón. Asimismo, dieron cuenta de su valoración sobre la relación, su estado fisiológico y la percepción del uso del preservativo asociado al placer.

"Existe un reconocimiento creciente sobre el importante papel que juegan los aspectos positivos de la sexualidad, el placer sexual sobre todo, en la promoción de la salud sexual en todo el ciclo de vida. El placer ha sido reconocido como un factor central de la organización en el comportamiento sexual de los hombres, incluyendo el uso del preservativo. Tradicionalmente, la literatura ha sugerido que dicha satisfacción y el uso del preservativo se perciben como conceptos excluyentes entre sí, con los hombres que los usan con menos frecuencia de manera incompleta o nunca, debido a preocupaciones sobre disminución en el placer, baja percepción de la excitación sexual, o dificultad para alcanzar el orgasmo", introducen los autores en su ensayo.

Reconocen, además, que "se sabe poco acerca de cómo la asociación entre el placer sexual y el uso del preservativo puede variar a través de múltiples eventos sexuales, y cómo la influencia de otros factores puede afectar esta relación", de ahí la idea esta nueva investigación.

Los datos de su ensayo muestran que se obtuvieron 29.714 anotaciones diarias de los participantes en el diario de internet de las que un 29,8% incluyeron el coito vaginal. El uso de preservativo se realizó en el 85% de estos encuentros.

En cuanto a la relación del empleo de este método anticonceptivo y el placer, el estudio constata que las "clasificaciones más altas de placer durante su uso completo se asocian con una mayor edad, la estimulación manual de los genitales y haber recibido sexo oral. Asimismo, los más satisfechos fueron los que tuvieron una relación más intensa y duradera, percibían que lograban una buena erección y el preservativo les resultó cómodo. En cambio, los que menos placer experimentaron fueron los que tuvieron dificultades para lograr la erección y hubo malestar con la pareja durante el acto", concretan los investigadores.

El científico Hensel defiende que "hay cosas que los hombres y sus parejas pueden hacer para que el uso del condón sea una experiencia sexual agradable. Por ejemplo, recibir sexo oral durante el encuentro. Además, un hombre y su pareja pueden trabajar juntos para asegurarse de que están utilizando el mejor preservativo posible: uno que se ajuste bien y cómodamente y no cause molestias a su pareja. Por último, ya que la

experiencia de su pareja durante el acto sexual está íntimamente ligada a la experiencia propia del placer del hombre, la comunicación regular sobre las necesidades y deseos de cada uno pueden ayudar a garantizar el disfrute del sexo cuando se emplean condones".

En su opinión, "los esfuerzos de la salud pública para reducir las relaciones sexuales de riesgo tienen que comenzar reconociendo la importancia de la salud sexual centrada en el placer. Nuestros datos se suman a los existentes para avanzar en estos esfuerzos, y sugieren que hay características psicológicas y fisiológicas específicas que se asocian con las percepciones del placer durante la penetración vaginal con preservativo. Estos hallazgos amplían la comprensión actual de cómo la experiencia del placer sexual varía según los eventos sexuales".

A ello se suma "que los médicos pueden desempeñar un papel importante en el uso del preservativo. Pueden hablar regularmente con los pacientes durante sus visitas a la consulta y aconsejarles sobre el preservativo que más les conviene así como sobre su correcto uso". (28)

Comunicación sin discriminación

Hablar de "personas con VIH " y no decir "sidótico o sidoso "porque estas palabras denotan desprecio hacia la persona con VIH. Eso es una falta a los derechos humanos porque pone una marca que lleva a la discriminación, humillación y exclusión.

Hay palabras y siglas que repetimos de tanto oír las y las vamos incorporando en nuestro vocabulario, pero que no son apropiadas porque ponen una etiqueta. Un ejemplo es PVVS, que significa Personas Viviendo con VIH y Sida. Las mismas personas con VIH las usan, pero no es apropiado porque además de poner una marca, es como separar para diferenciar a estas personas. Al igual que decimos personas con cáncer, lo aconsejable es decir personas con VIH.

Conductas de riesgo, no grupos de riesgo

Es correcto hablar de "conductas o comportamientos de riesgo" y no de "grupos de riesgo", porque el problema no es con qué personas se tienen relaciones sexuales o con cuántas, sino más bien el riesgo está cuando tenemos relaciones sexuales sin condón, sin información y con violencia.

Es incorrecto estigmatizar a las trabajadoras sexuales como las que están en mayor riesgo ante el VIH o que son las responsables de transmitirlo. Recordemos que no hay grupos de riesgo sino conductas de riesgo.

El VIH se transmite, no se contagia

También es incorrecto decir que alguien se contagió de sida porque el sida no se contagia sino que es un efecto del VIH.

El VIH tampoco se contagia, sino que se transmite. Contagio significa que se pasa sólo por el contacto y esto no es cierto en el caso del VIH. Es decir, no se transmite por tocar a una persona o compartir habitación, vasos o cucharas. Tampoco se transmite por estornudar o por picaduras de insectos como el mosquito.

Por eso es incorrecto decir que una persona se contagió de VIH. Lo correcto es decir que una persona adquiere el VIH. Para no reforzar ideas como éstas, es recomendable

evitar cuentos o comentarios que llevan una mala información. El VIH se transmite a través de la sangre, semen, flujos vaginales, leche materna y sangre menstrual infectada con el virus.

Reaccionamos de acuerdo a la palabra escuchada o leída

Muchas veces hablamos de combatir y luchar contra el sida, pero esto refuerza una idea guerrerista y coloca a las personas con VIH como el blanco de esa guerra. Es mejor referirnos a dar una respuesta ante el VIH y enfocarnos en la prevención.

Al confundir VIH con Sida se relaciona con la muerte, el dolor o algo que no tiene salida. Por eso muchas veces al oír o hablar de VIH pensamos en cadáveres o personas agonizantes. Estas ideas o imágenes son tan negativas que nos hacen tener miedo a hablar del tema y más aún empezamos a temer a las personas con VIH. Al temerlas las apartamos, las despreciamos, las dañamos, las victimizamos y violentamos sus derechos humanos.

Es mejor no hablar de víctimas del sida o de personas que sufren sida, porque las personas con VIH sienten que la palabra víctima las presenta como incapaces, que no tienen control sobre sus vidas. Se ha demostrado que las personas con VIH pueden ser activas, productivas, si no se les victimiza y se respeta su derecho a la salud, a la educación, al esparcimiento, al trabajo, etc.

No hay víctimas ni inocentes o culpables ante el VIH

No debemos hablar de víctimas inocentes porque da la idea de que existen culpables a quienes hay que castigar. Con esta idea del castigo se llega también a la discriminación. El castigo a su vez se relaciona con el pecado que también induce al menosprecio del que creemos pecador.

En lugar de desgastarnos en juzgar a las personas y buscar culpables, debemos centrar esfuerzos en eliminar las relaciones sin protección y en la prevención, respeto de los derechos humanos y el diálogo sobre el tema.

Discriminación cotidiana

A veces, sin darnos cuenta, reforzamos ideas y actitudes que discriminan. Lo hacemos en nuestra vida cotidiana y lo vamos incorporando como parte de nuestra cultura, al contar un chiste o decir un refrán, una frase con doble sentido o al escuchar música.

Son palabras, son vidas y sentimientos

En la prevención del VIH es importante que todos y todas nos sintamos involucrados. Es importante no juzgar a las personas. Las palabras muchas veces están cargadas de estigma que nos lleva a la discriminación o están colmadas de juicios que incomodan, hieren sentimientos y nos hacen aislarnos y cargarnos de rencor. Todo esto impide la respuesta efectiva ante el VIH.

Para Paulo Lyra, asesor de comunicación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), "El cambio de comportamiento más importante que se quiere es la implementación del diálogo. El diálogo sobre la sexualidad y el VIH con la familia, con la pareja, con las autoridades, con la Iglesia. De ahí se derivan otros comportamientos como el uso del condón o hacerse la prueba del VIH". Y para que el diálogo sea efectivo es necesaria la palabra apropiada que convoque, el término que no denigre ni estigmatice.

Políticas públicas no discriminatorias

Gran parte de los problemas que tienen las personas con VIH no se relacionan directamente con el virus, sino con la burla, la humillación, el desprecio y la falta de afecto de los seres humanos que las rodean.

El estigma y la discriminación hace tener miedo a las personas con VIH, miedo a hablar del tema, a hacerse la prueba, a ser discriminado, humillado, encerrado, aislado y rechazado. Esto debilita los esfuerzos para detener el VIH, que es un problema mundial. (29)

Lucha contra el VIH / SIDA

Para que se pueda albergar alguna esperanza de éxito en la lucha contra el VIH / SIDA es preciso que el mundo aúne sus fuerzas en una gran alianza mundial. Es un proceso de concienciación, compromiso y movilización por parte de los Gobiernos, las organizaciones multilaterales, el sector privado y la sociedad civil.

En la guerra contra el VIH / SIDA no hay bandos contrarios, no hay países desarrollados ni países en desarrollo, no hay pobres ni ricos; hay sólo un enemigo común que no conoce fronteras y que amenaza a todos los pueblos.

No obstante, todos debemos recordar que si bien el VIH/SIDA afecta a ricos y pobres, los pobres son mucho más vulnerables a la infección y mucho menos capaces de hacer frente a la enfermedad una vez infectados. (30)

Enfermedades oportunistas relacionadas con el VIH

Candidiasis

Los dos tipos principales de candidiasis son la enfermedad localizada (de la boca y la garganta, y de la vagina) y la enfermedad sistémica (del esófago, y la enfermedad diseminada). Se cree que la variante de la boca y la garganta (candidiasis orofaríngea; COF) aparece como mínimo una vez durante la vida de todos los pacientes infectados por el VIH.

Aunque la COF no es una causa de mortalidad, provoca dolor bucal y dificulta la deglución. El síntoma principal de la candidiasis esofágica es el dolor torácico, que se intensifica durante la deglución y la dificulta. La candidiasis diseminada causa fiebre y síntomas en los órganos afectados por la enfermedad (por ejemplo, la ceguera cuando se localiza en los ojos).

La enfermedad localizada se trata al principio con fármacos tópicos relativamente baratos, como nistatina, miconazol o clotrimazol. Los agentes antimicóticos sistémicos

suelen administrarse únicamente cuando fracasa la terapia tópica. La candidiasis sistémica requiere tratamiento con agentes antimicóticos sistémicos, como ketoconazol, itraconazol, fluconazol o anfotericina B.

Criptococosis

Las micosis sistémicas, como la criptococosis, causan probablemente un 5% de todos los fallecimientos asociados al VIH a nivel mundial. En la mayoría de los casos, la criptococosis se manifiesta como meningitis y, de forma ocasional, como enfermedad pulmonar o diseminada. La meningitis criptococócica es la infección micótica sistémica más frecuente en las personas infectadas por el VIH. Sin tratamiento, la expectativa de vida es probablemente inferior a un mes. La criptococosis es relativamente fácil de diagnosticar. Sin embargo, su tratamiento (anfotericina B con o sin flucitosina, o bien, en los casos leves, fluconazol oral) y la quimioprofilaxis secundaria son a menudo imposibles en los países en desarrollo debido al elevado costo y la escasa disponibilidad de los fármacos requeridos.

Infección por citomegalovirus

Las estimaciones sobre la incidencia de la infección por CMV varían considerablemente entre las regiones geográficas, pero el CMV provoca un sufrimiento significativo en las personas infectadas por el VIH de todo el mundo. Entre los síntomas figuran fiebre y diarrea secundaria a colitis por CMV, disnea debida a neumonitis por CMV y ceguera causada por la retinitis por CMV.

El tratamiento se dirige a aliviar los síntomas y prevenir la ceguera, más que a curar la enfermedad. Los fármacos que se utilizan actualmente son el ganciclovir y el foscarnet, y el cidofovir en caso de que no surtan efecto los dos anteriores. Todos ellos tienen una gran toxicidad y una eficacia limitada a un costo relativamente alto (que aumenta debido a la necesidad de vigilancia estrecha), y no están incluidos en la lista de medicamentos esenciales de la OMS.

Herpes simple y herpes zoster

La infección por el virus del herpes simple (VHS), que provoca vesículas alrededor de la boca y los genitales, y la infección por el virus del herpes zoster (herpes «zonal») no ponen en peligro la vida, pero pueden resultar extremadamente dolorosas. Ambas afectan con frecuencia a personas infectadas por el VIH; sin embargo, dado que no se consideran afecciones definitorias del SIDA, hay pocos datos sobre su incidencia. Téngase en cuenta, de todas formas, que ambas infecciones pueden causar encefalitis, potencialmente mortal.

El tratamiento con aciclovir tiene tan sólo una eficacia marginal en el herpes zoster, pero a veces puede producir resultados espectaculares en el herpes simple asociado al VIH con ulceración extensa.

El aciclovir también puede utilizarse para tratar la encefalitis.

Sarcoma de Kaposi

El sarcoma de Kaposi asociado al VIH causa lesiones de color azul oscuro que pueden presentarse en múltiples lugares, como la piel, las membranas mucosas, el aparato digestivo, los pulmones y los ganglios linfáticos. Las lesiones suelen aparecer en una etapa temprana en el curso de la infección por el VIH.

El tratamiento depende de los síntomas y la localización de las lesiones. En caso de lesiones locales, se han utilizado inyecciones de vinblastina con un cierto éxito. También puede aplicarse radioterapia, especialmente en las localizaciones de difícil acceso, como la parte interna de la boca, los ojos, la cara y las plantas de los pies. Para la enfermedad generalizada grave, la quimioterapia sistémica es el tratamiento de elección.

La mayoría de los medicamentos que se emplean para la quimioterapia del sarcoma de Kaposi figuran en la lista de medicamentos esenciales de la OMS. Sin embargo, dado que los proveedores internacionales de fármacos genéricos suelen ofrecer

exclusivamente vincristina y metotrexato, la disponibilidad de medicamentos para tratar la enfermedad en los países en desarrollo está limitada.

Linfoma y carcinoma de células escamosas

En las personas infectadas por el VIH, el tratamiento del linfoma es controvertido. La quimioterapia, a pesar de su elevado costo, apenas prolonga la supervivencia, y la calidad de vida es deficiente a lo largo del tratamiento. Los fármacos empleados en estos tratamientos forman parte de la lista de medicamentos esenciales de la OMS y su disponibilidad debería estar garantizada, pero a menudo no es así porque los distribuidores de productos genéricos no suelen disponer de ellos. Además, sólo los sistemas de atención de salud especializados pueden manejarlos con seguridad.

Mycobacterium avium (CMA)

La enfermedad por el CMA parece ser relativamente poco frecuente en África, pero en el resto del mundo afecta aproximadamente al 5% de las personas con SIDA. Entre los síntomas destacan la fiebre, la pérdida de peso, la sudación nocturna, la diarrea y la emaciación.

Los fármacos recomendados para la profilaxis son la azitromicina, la claritromicina y la rifabutina. Para el tratamiento, la combinación de claritromicina/etambutol/rifabutina es el único tratamiento que se ha comprobado que aumenta la expectativa de vida; aun así, en la práctica se utiliza a menudo una pauta de dos fármacos, con un antibiótico macrólido y etambutol, porque reduce tanto las probabilidades de toxicidad e interacciones farmacológicas como el costo del tratamiento. Salvo el etambutol, ninguno de esos medicamentos figura en la lista de medicamentos esenciales de la OMS debido a su elevado costo y al hecho de que no curan la enfermedad por el CMA.

Neumonía por Pneumocystis carinii

En los países industrializados, la NPC es la infección oportunista asociada con mayor frecuencia al VIH, pero parece ser menos prevalente en África. Los síntomas consisten principalmente en neumonía con fiebre y trastornos respiratorios, como tos seca, dolor torácico y disnea. El diagnóstico definitivo requiere el examen microscópico de los

tejidos o líquidos corporales. Los casos graves se tratan inicialmente con trimetoprima-sulfametoxazol (TMP-SMZ) por vía intravenosa, o bien con clindamicina y primaquina oral. Los casos leves pueden tratarse con TMP-SMZ durante todo el proceso. Con ambos tratamientos, la toxicidad (especialmente las reacciones de tipo alérgico) exige a menudo cambios en la terapia. Se recomienda encarecidamente la prevención de la NPC en las personas infectadas por el VIH con un deterioro inmunitario significativo, siempre que la NPC constituya un problema importante de salud para los individuos seropositivos; también se recomienda después de haber experimentado un primer episodio de NPC. La prevención y el tratamiento de la NPC no tienen por qué ser excesivamente caros: el uso de productos genéricos sin marca puede reducir el costo de la profilaxis con TMP-SMZ por debajo de los US\$ 12,00 anuales.

Tuberculosis

La tuberculosis es la principal enfermedad oportunista asociada al VIH en los países en desarrollo.

La estrategia de tratamiento breve bajo observación directa recomendada por la OMS para tratar la tuberculosis es tan eficaz en las personas infectadas por el VIH como en las que no lo están.

La curación completa requiere de seis a ocho meses y una combinación de antibióticos. Además de curar al enfermo, también previene la ulterior propagación de la enfermedad. Es por ello que tratar los casos infecciosos de tuberculosis reporta importantes beneficios para la sociedad en general y constituye el principal pilar de la estrategia de control de la tuberculosis de la OMS.

Se recomienda el tratamiento profiláctico con isoniazida como medida para conservar la salud en las personas infectadas por el VIH vulnerables a la tuberculosis, como las que tienen una prueba cutánea positiva para la tuberculosis o las que viven en zonas donde la enfermedad es endémica. (31)

Escala de Likert

La Escala de tipo Likert es una escala psicométrica comúnmente utilizada en cuestionarios, y es la escala de uso más amplio en encuestas para la investigación, principalmente en ciencias sociales. Al responder a una pregunta de un cuestionario elaborado con la técnica de Likert, se especifica el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración (elemento, ítem o reactivo o pregunta). La escala se llama así por Rensis Likert, quien publicó en 1932 un informe donde describía su uso.

Un elemento de tipo Likert es una declaración que se le hace a los sujetos para que éstos lo evalúen en función de su criterio subjetivo; generalmente se pide a los sujetos que manifiesten su grado de acuerdo o desacuerdo. Normalmente hay 5 posibles respuestas o niveles de acuerdo o desacuerdo.

El formato de un típico elemento de Likert con 5 niveles de respuesta sería:

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

La escala de Likert es un método de escala bipolar que mide tanto el grado positivo como neutral y negativo de cada enunciado.

La escala de Likert, al ser una escala que mide actitudes, es importante que pueda aceptar que las personas tienen actitudes favorables, desfavorables o neutras a las cosas y situaciones lo cual es perfectamente normal en términos de información. Debido a ello es importante considerar siempre que una escala de actitud puede y debe estar abierta a la posibilidad de aceptar opciones de respuesta neutrales.

Se considera una escala de tipo ordinal, ya que no podemos asumir que los sujetos perciban las respuestas como equidistantes, aunque podría asumirse si cada elemento se acompaña de una escala visual horizontal en la cual deba marcar su respuesta, y en la que cada respuesta esté situada de forma equidistante.

La ventaja es que es una escala fácil y rápida de construir. (32)

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

Descriptivo y transversal.

Área de estudio:

El presente estudio se realizó en la Universidad Hispanoamericana de la ciudad de Masaya la cual se encuentra ubicada del parque en el barrio La Reforma, ½ cuadra al este, ofreciendo las carreras de Ingeniería y Licenciatura.

Población de estudio:

Está constituida por los 152 estudiantes del turno dominical de la ciudad de Masaya.

Criterios de inclusión:

Son estudiantes activos del turno dominical
Que quieran participar con pleno consentimiento en el estudio.

Criterios de exclusión:

Que no sean del turno dominical.
Que no deseen ser incluidos en el estudio.

Unidad de análisis:

Estudiantes del turno dominical de la Universidad Hispanoamericana que acepten participar en el estudio.

Variables del estudio:

Las variables de estudio fueron definidas en relación a cada uno de los objetivos específicos del presente estudio.

Características Sociodemográficas

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Año que cursa
- Ocupación
- Religión
- Procedencia

Conocimientos sobre el VIH/SIDA

- Concepto de VIH / SIDA
- Localización en el cuerpo del VIH
- Formas de transmisión del VIH
- Prueba diagnóstica del VIH / SIDA
- Medidas de prevención del VIH / SIDA
- Tratamiento del VIH / SIDA

Actitudes frente a:

- Consejería sobre el VIH / SIDA
- Número de parejas sexuales en el sexo femenino
- Número de parejas sexuales en el sexo masculino
- Uso de condón solo por el sexo masculino
- Uso de condón en las relaciones casuales
- Uso de condón y disminución del placer
- Interacción con personas infectadas con el VIH
- Aislamiento de las personas con VIH
- Trabajo activo en contra del VIH
- Realización de la prueba del VIH en personas con vida sexual activa

Prácticas de riesgo

- Solicitud de la prueba del VIH SIDA
- Transfusiones sanguíneas previas
- Uso de algún tipo de droga inyectada
- Práctica de la fidelidad
- Relaciones sexuales anales como forma de práctica sexual
- Uso de condón con la pareja estable

- Portación de condón en la cartera
- Relaciones sexuales con una persona con VIH SIDA
- Relaciones sexuales con más de una persona a la vez

Cruce de variables:

Para realizar un mejor análisis del estudio, se realizó el cruce de las principales variables de las características socio demográficas con los resultados obtenidos del procesamiento de las variables de conocimientos, actitudes y practicas:

- Edad / conocimiento
- Edad / actitud
- Edad / practica
- Sexo / conocimiento
- Sexo / actitud
- Sexo / practica
- Estado civil / conocimiento
- Estado civil / actitud
- Estado civil / practica
- Año de estudio / conocimiento
- Año de estudio / actitud
- Año de estudio / practica
- Religión / conocimiento
- Religión / actitud
- Religión / practica
- Procedencia / conocimiento
- Procedencia / actitud
- Procedencia / practica

Fuentes de obtención de la información:

La fuente de obtención de la información fue primaria es decir, los estudiantes de la Universidad Hispano americana.

Técnica e instrumento de recolección de datos:

La técnica usada fue la encuesta, y el instrumento un cuestionario de autollenado cuyos acápites estuvieron destinados a obtener la información de las variables en estudio.

En la estructura del instrumento se consideró que su llenado no creara dificultades en los estudiantes al momento de responder.

Para recolectar la información se visitó y se conversó con las autoridades correspondientes de la Universidad, de quienes se obtuvo la autorización para realizar el estudio.

Proceso de validación del instrumento:

Para validar el instrumento se visitaron 2 aulas con un total de 30 estudiantes a quienes se les explicó el objetivo de la investigación y se les pidió que llenaran la encuesta, siguiendo las instrucciones correspondientes.

Una vez realizada la validación, se hicieron los ajustes y correcciones necesarias al instrumento ajustándose la base de datos para el procesamiento de la información.

Plan de análisis:

Las variables numéricas se procesaron con el programa EPI.Info, además se analizan con Promedio, Mediana y Moda.

En caso de variables complejas como Conocimiento, se evaluaron en función de sus dimensiones.

Para las variables categóricas se usaron tablas de frecuencia y porcentajes.

Primeramente el estudio estuvo encaminado a obtener la información de las variables de las condiciones socio demográficas del primer objetivo específico en donde se formularon 7 preguntas.

El segundo acápite lo constituyen un total de 20 preguntas relacionadas con los conocimientos que tienen los estudiantes referentes al VIH / SIDA el cual es calificado de la siguiente forma por cada estudiante:

Conocimiento bueno	De 11 a 20 respuestas correctas
Conocimiento regular	De 6 a 10 respuestas correctas
Conocimiento malo	5 o menos respuestas correctas

Las preguntas para valorar las actitudes de los estudiantes fueron un total de 10 y se utilizó la escala de Likert en donde se presentan una serie de afirmaciones ante las cuales los estudiantes reaccionan generando su actitud mediante respuestas tales como: Totalmente de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo. Posterior a lo cual según el número de respuestas correctas las actitudes fueron clasificadas en adecuadas e inadecuadas.

Las preguntas para la obtención de las prácticas de los estudiantes fueron un total de 9 y en dependencia de las respuestas correctas las actitudes fueron clasificadas como seguras, inseguras o de riesgo.

Se realizó el cruce de las variables de acuerdo a estos resultados.

Paquete estadístico utilizado:

Se utilizó Epi-Info.

Para la elaboración de las tablas y gráficos se utilizó el programa Excel.

VIII. RESULTADOS

Características socio demográficas de los encuestados.

El total de estudiantes encuestados fueron 152. En ambos sexos el rango de edad con mayor frecuencia va de 23 años a más el cual le corresponde a 53 estudiantes (35%) y el porcentaje más bajo de estudiantes es el de menores de 17 años con 15%.

Se encontró un mayor número de estudiantes del sexo femenino representado por el 54% (82 estudiantes) en relación con el 46% de estudiantes del sexo masculino (70 estudiantes).

El estado civil se clasificó en casado, soltero y acompañado en donde la mayoría de ellos son solteros representados por el 68% (103 estudiantes), el 30% son casados (46 estudiantes) y solo el 2% de ellos eran acompañados (3 estudiantes). **(Ver en Anexos, Tabla No 2).**

En relación al año de estudio que cursaban los estudiantes se puede observar que en su mayoría son estudiantes de I y II año universitario con un 82% (125 estudiantes), seguidos por los estudiantes de III y IV año representados por el 13% (20 estudiantes) y por último los estudiantes de V año los cuales representan un 5% (7 estudiantes), por lo que la mayoría son estudiantes con poco conocimiento teórico de sus carreras. **(Ver en Anexos, Tabla No 3).**

Con respecto a la ocupación podemos observar que 102 encuestados se dedican 100% a sus estudios ya que no tienen ninguna ocupación además de estudiar, sin embargo en los 50 restantes podemos observar 20 amas de casa (13%), 8 vendedores (5%), 8 asistentes de recursos humanos (5%), 5 comerciantes (3%), 3 obreros (2%), 3 cajeros (2%) y 3 dependientes (2%). **(Ver en Anexos, Tabla No 4)**

La religión que predominó en el estudio fue la católica con un 59% (90 estudiantes) en relación a los no católicos con un 41% (62 estudiantes). **(Ver en Anexos, Tabla No 5).**

Con respecto a la procedencia de los estudiantes encuestados la que más predominó fue la urbana con 62% (94 estudiantes) seguida de la procedencia rural con 38% (58 estudiantes). **(Ver en Anexos, Tabla No 6).**

En relación a los Conocimientos sobre VIH – SIDA por parte de los estudiantes.

En relación al conocimiento de que SIDA significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida, el 64 % de los encuestados (97 estudiantes) maneja de forma correcta el término, sin embargo el 24% negó dicho significado y el 13% refiere no saber del termino SIDA.

El 64% de los encuestados (98 estudiantes) maneja de forma correcta el término de que VIH significa virus de la inmunodeficiencia humana, sin embargo el 24% no maneja dicho término y el 12% refiere no saberlo.

Para el 61% de los encuestados (92 estudiantes) existe diferencia entre la infección del VIH y la enfermedad SIDA, sin embargo el 26% no existe diferencia y el 13% de los estudiantes lo desconoce.

Con respecto al conocimiento de la localización del virus en el cuerpo podemos observar que el 77% de los encuestados (117 estudiantes) refiere saber que el virus se encuentra en la sangre, sin embargo el 13% no lo maneja y el 10% lo desconoce.

El 51% de los encuestados (77 estudiantes) conoce que el virus también se encuentra presente en el semen, el 23% niegan que el virus se encuentre en dicha secreción y el 26% desconoce la presencia del virus en el semen.

El 47% de los encuestados (72 estudiantes) conoce que el virus también se encuentra presente en las secreciones vaginales, el 26% niegan que el virus se encuentre en dicha secreción y el también el 26% desconoce la presencia del virus en las secreciones vaginales.

En relación a las formas de transmisión de la enfermedad podemos observar que el 59% de los estudiantes (89 encuestados) saben que una madre que tenga en su cuerpo el VIH/SIDA puede transmitírselo a su bebé a través de la leche materna, sin embargo

el 25% no cree que esto sea un riesgo para la transmisión de la enfermedad y el 16% de los encuestados desconocen dicha forma de transmisión.

El 55% de los encuestados (84 estudiantes) respondió incorrectamente al pensar que la enfermedad se puede transmitir compartiendo cuchillos, tenedores y vasos con alguien que porta la enfermedad; el 32% (48 estudiantes) respondió de forma correcta negando dicha posibilidad y el 13% desconocen esa forma de transmisión.

La mayoría de los encuestados (58%) representados por 88 estudiantes considera que a través del semen y los fluidos vaginales en las relaciones sexuales podemos infectarnos con el VIH/SIDA, sin embargo el 26% no consideran que esos fluidos sean una forma de transmisión, y el 16% desconocen dicho mecanismo de transmisión.

El 59% de los encuestados (90 estudiantes) consideran que si una persona recibe una transfusión sanguínea infectada con el VIH, puede contraer la enfermedad; el 24% no consideran dicha posibilidad y el 16% desconocen esa forma de contraer la enfermedad.

El 59% de los encuestados (89 estudiantes) respondió incorrectamente al pensar que se puede contraer el VIH/SIDA si uno se sienta en la tasa del inodoro o letrina que haya sido ocupada por alguien que padezca de la enfermedad, el 26% (40 de ellos) respondió de forma correcta negando dicha posibilidad y el 15% no saben sobre esa forma de transmisión.

El 64.5% (98 estudiantes) respondió incorrectamente al pensar que la transmisión del VIH/SIDA se evita haciendo ejercicio regularmente, sin embargo el 9% de los estudiantes respondió de forma correcta negando esa forma de evitar la enfermedad; el 26% desconocen si hacer ejercicio físico es una forma de prevenir la infección por el VIH.

Referente a la prueba diagnóstica del VIH se observa que el 55% (84 estudiantes) no consideran que la detección de la enfermedad tiene que ser solo en laboratorios altamente especializados; sin embargo el 28% respondió de forma incorrecta

considerando que solo en laboratorios especializados se detecta el VIH y el 16% desconoce al respecto.

El 53% de los encuestados (80 estudiantes) respondió de forma correcta al negar que la prueba del VIH solo se realiza en hospitales, el 29% respondió de forma incorrecta y el 18% desconoce la información.

La mayoría de los encuestados (56%) consideran que la prueba del VIH se realiza en hospitales, centros de salud y cruz roja, 31% niega que la prueba se pueda hacer también en esas instancias y el 13% desconocen en que instituciones se puede realizar la prueba.

En relación a las medidas de prevención del VIH el 64.5% consideran que el uso del condón es un método preventivo de la enfermedad, sin embargo el 22% no consideran la importancia del uso del condón como medida de protección contra la enfermedad y el 13% desconocen si el condón es efectivo o no.

56% de los encuestados (85 estudiantes) respondió de forma correcta ya que son de la opinión que en los bancos de sangre es necesario que se realicen pruebas para detectar el VIH/SIDA, el 24% consideran que no es necesario se realicen pruebas y el 20% desconocen si se deben de hacer pruebas o no en los bancos de sangre.

El 46% de los encuestados respondió de forma correcta al negar que la lactancia materna proteja a la madre y al bebé de infectarse con el VIH/SIDA; el 30% de los encuestados respondió de forma incorrecta, y el 24% desconocen dicha información.

Con respecto al tratamiento de una persona con el VIH, la mayoría de los encuestados respondió de forma correcta ya que el 55% no consideran que el VIH / SIDA tenga cura, por el contrario el 32% consideran que sí y el 13% desconocen la respuesta.

La mayoría de los encuestados representada por el 51% (78 estudiantes) consideran que existe alguna forma que ayude a prolongar la vida una vez que uno está infectado, sin embargo el 46% consideran que no existe dicha posibilidad y la minoría el 3% no saben de dicha afirmación.

Actitudes de los estudiantes en relación al VIH – SIDA

Se formularon por cada estudiante 10 preguntas en relación a la actitud en donde se obtuvieron un total de 1520 respuestas diferentes, de las cuales 954 fueron respuestas correctas y 566 respuestas incorrectas. El porcentaje de respuestas correctas alcanzó el 63%, el porcentaje de respuestas incorrectas fue de 37%. **(Ver en Anexos, Tabla No 19).**

En relación a la actitud de los estudiantes con la consejería sobre el VIH – SIDA, la mayoría de ellos el 64% (98 estudiantes) están totalmente de acuerdo en recibirla, sin embargo el 36% tiene una actitud inadecuada ya que 50 de los estudiantes están en desacuerdo y 4 de ellos están indecisos. **(Ver en Anexos, Tabla No 10).**

En relación a la afirmación de que tener muchas parejas es riesgoso tanto para la mujer como para el hombre, la mayoría tiene una actitud adecuada (66%) ya que 100 estudiantes están totalmente de acuerdo con dicha afirmación, sin embargo el 34% (52 estudiantes) estuvieron en desacuerdo que esa actitud conlleva a mayor riesgo de contraer la enfermedad en ambos sexos. **(Ver en Anexos, Tabla No 11).**

En relación a la afirmación de que únicamente los hombres tienen que andar preservativos, la mayoría de los encuestados (64%) están totalmente en desacuerdo lo que refleja una actitud adecuada y solo el 36% está de acuerdo con dicha afirmación. **(Ver en Anexos, Tabla No 12)**

En relación a la afirmación de que al tener relaciones sexuales casuales hay que usar condón la mayoría de los estudiantes tienen una actitud adecuada al estar totalmente de acuerdo (67%) y el 33% estuvo en desacuerdo. **(Ver en Anexos, Tabla No 13)**

En relación a la afirmación de que tener relaciones sexuales con preservativos disminuye el placer la mayoría de los estudiantes (61%) están en desacuerdo, prevaleciendo una actitud adecuada; el 39% estuvo de acuerdo. **(Ver en Anexos, Tabla No 14).**

La mayoría de los encuestados representados por el 59% (89 estudiantes) están totalmente en desacuerdo que es peligroso interactuar con una persona infectada con

el VIH/SIDA sin embargo un 41% están de acuerdo con dicha afirmación. **(Ver en Anexos, Tabla No 15).**

Referente a la afirmación de que las personas con VIH/SIDA deben ser aisladas, se observa de que existe una actitud adecuada de parte de los encuestados ya que el 51% están totalmente en desacuerdo con dicha afirmación sin embargo existe un 49% de los encuestados que está de acuerdo con esa afirmación. **(Ver en Anexos, Tabla No 16).**

En relación a la afirmación de que todas las personas tienen que trabajar activamente en contra del VIH/SIDA, la actitud de la mayoría de los estudiantes representada por el 70% refleja una actitud adecuada ya que 107 estudiantes están totalmente de acuerdo con dicha afirmación, el resto 30% están en desacuerdo. **(Ver en Anexos, Tabla No 17).**

Con respecto a la afirmación de que todas las personas con vida sexual activa deben realizarse la prueba del VIH/SIDA, en su mayoría la actitud de los encuestados es adecuada representada por un 59% ya que todos ellos estuvieron totalmente de acuerdo y el 41% estuvo en desacuerdo. **(Ver en Anexos, Tabla No 18).**

Prácticas de riesgo que tienen los estudiantes frente al VIH / SIDA

Se formularon por cada estudiante 9 preguntas en relación a las prácticas en donde se obtuvieron un total de 1368 respuestas diferentes, de las cuales 766 fueron respuestas correctas y 602 respuestas incorrectas. El porcentaje de respuestas correctas alcanzó el 56%, el porcentaje de respuestas incorrectas fue de 44%, prevaleciendo el más alto porcentaje de respuestas correctas (56%). **(Ver en Anexos, Tabla No 22).**

El 54% de los encuestados (82 estudiantes) ha solicitado realizarse la prueba del VIH SIDA y el 46% no se la ha realizado, prevaleciendo la práctica segura por parte de los estudiantes. **(Ver en Anexos, Tabla No 21 y Gráfico No 16).**

El 64% de los estudiantes (98 estudiantes) nunca ha recibido transfusión sanguínea previa; el 36% si ha recibido transfusión sanguínea.

La mayoría de los estudiantes (64%) nunca ha usado algún tipo de droga inyectada, sin embargo el 36% de ellos sí la han usado, prevaleciendo el porcentaje más alto para la práctica segura.

Solo el 36% de los encuestados practica la fidelidad, el 64% restante no la toma en cuenta prevaleciendo la actitud de riesgo.

La mayoría de los estudiantes (64%) practican las relaciones sexuales anales, por el contrario solo en el 36% esta no es tomada en cuenta, predominando la práctica de riesgo.

El 53% de los estudiantes usa condón aún con su pareja estable (80 de los estudiantes) y en el 47% este no es usado con la pareja estable, predominando la práctica segura.

En relación a la portación de condón en la cartera el 64% practica esta forma de prevención, la cual no es practicada en el 36% de los encuestados, sin embargo predomina la práctica segura.

El 30% de los encuestados refieren haber tenido relaciones sexuales con una persona con el VIH (45 estudiantes).

El 38% de los encuestados (57 de ellos) refieren haber tenido relaciones sexuales con más de una persona a la vez y el 63% de los estudiantes no, por lo que predomina la practica segura.

Cruce de variables

Edad / conocimiento

Edad / actitud

Edad / practica

Con respecto al cruce de las variables edad / conocimiento podemos observar que la edad que obtuvo el más alto porcentaje de conocimiento bueno fue la que va de 23 años o más (52%) representada por 41 estudiantes de los 53 que comprende el rango. **(Ver en Anexos, Tabla No 24).**

La edad que obtuvo el más alto porcentaje de conocimiento malo fue la que va de 17 a 19 años o más (43%) representada por 29 estudiantes de los 38 que comprende el rango.

Con respecto al cruce de las variables edad / actitud se puede observar que el rango de edad que obtuvo el más alto porcentaje de actitud adecuada fue el 20 – 22 años (35%) representado por 33 estudiantes de los 38 que comprende el rango. **(Ver en Anexos, Tabla No 25).**

Con respecto al cruce de las variables edad / practicas podemos observar que la edad que obtuvo el mas alto porcentaje de practicas seguras fue la que va de 23 años o mas (52%) representada por 44 estudiantes de los 53 que comprende el rango. **(Ver en Anexos, Tabla No 26).**

Los estudiantes con el más alto porcentaje en cuanto a prácticas inseguras (31%) son los menores de 17 años. **(Ver en Anexos, Tabla No 26).**

Sexo / conocimiento

Sexo / actitud

Sexo / practica

Con respecto al cruce de las variables sexo / conocimiento se observa que el sexo que obtuvo el mas alto porcentaje de conocimiento bueno fue el femenino con 63% representado por 52 de las 82 estudiantes. **(Ver en Anexos, Tabla No 27).**

Con respecto al cruce de las variables sexo / actitud podemos observar que el sexo que obtuvo el mas alto porcentaje para la actitud adecuada fue el femenino con 72% representado por 59 de las 82 estudiantes. **(Ver en Anexos, Tabla No 28).**

Con respecto al cruce de las variables sexo / practicas podemos observar que el sexo que obtuvo el mas alto porcentaje para las practicas seguras fue el femenino con 68% representado por 56 de las 82 estudiantes. **(Ver en Anexos, Tabla No 29).**

Estado civil / conocimiento

Estado civil / actitud

Estado civil / practica

Con respecto al cruce de las variables estado civil / conocimiento podemos observar que el estado civil que obtuvo el más alto porcentaje de conocimiento bueno fue el acompañado con 100% representado por 3 estudiantes. **(Ver en Anexos, Tabla No 30).**

Con respecto al cruce de las variables estado civil / actitud podemos observar que el estado civil que obtuvo el más alto porcentaje para la actitud adecuada fue el acompañado con 100% representado por 3 estudiantes. **(Ver en Anexos, Tabla No 31).**

Con respecto al cruce de las variables estado civil / practica podemos observar que el estado civil que obtuvo el más alto porcentaje para la practica segura fue el acompañado con 100% representado por 3 estudiantes. **(Ver en Anexos, Tabla No 32).**

Año de estudio / conocimiento

Año de estudio / actitud

Año de estudio / practica

Con respecto al cruce de las variables año de estudio / conocimiento podemos observar que los estudiantes que obtuvieron el mas alto porcentaje en cuanto a conocimiento bueno son los que cursan el V año de la carrera con un 100% obtenido representado por 7 estudiantes. **(Ver en Anexos, Tabla No 33).**

Con respecto al cruce de las variables año de estudio / actitud se puede observar que los estudiantes que obtuvieron el más alto porcentaje en cuanto a una actitud adecuada son los que cursan entre el III y IV año de la carrera con un 100% obtenido representado por 20 de los 20 estudiantes en esos años de estudios. **(Ver en Anexos, Tabla No 34).**

Con respecto al cruce de las variables año de estudio / practica se observa que los estudiantes que obtuvieron el más alto porcentaje en cuanto a las practicas mas seguras son los que cursan el V año de la carrera con un 100% representado por los 7 estudiantes de ese año de estudios. **(Ver en Anexos, Tabla No 35).**

Religión / conocimiento

Religión / actitud

Religión / practica

Con respecto al cruce de las variables religión / conocimiento se puede observar que la religión que obtuvo el más alto porcentaje de conocimiento bueno fue la religión no católica con 61% representado por 38 de los 62 estudiantes no católicos. **(Ver en Anexos, Tabla No 36).**

Con respecto al cruce de las variables religión / actitud se puede observar que la religión que obtuvo el más alto porcentaje para actitud adecuada fue la religión no católica con 94% representado por 58 de los 62 estudiantes no católicos. **(Ver en Anexos, Tabla No 37).**

Con respecto al cruce de las variables religión / prácticas se observa que la religión que obtuvo el más alto porcentaje para las practicas seguras fue la religión no católica con 94% representado por 58 de los 62 estudiantes no católicos. **(Ver en Anexos, Tabla No 38).**

Procedencia / conocimiento

Procedencia / actitud

Procedencia / practica

Con respecto al cruce de las variables procedencia / conocimiento podemos observar que la procedencia que obtuvo el mas alto porcentaje de conocimiento bueno fue la urbana con 84% representado por 79 de los 94 estudiantes de procedencia urbana. **(Ver en Anexos, Tabla No 39).**

Con respecto al cruce de las variables procedencia / actitud podemos observar que la procedencia que obtuvo el mas alto porcentaje para una actitud adecuada fue la rural con 93% representado por 54 de los 58 estudiantes de procedencia rural. **(Ver en Anexos, Tabla No 40).**

Con respecto al cruce de las variables procedencia / prácticas se puede observar que la procedencia que obtuvo el más alto porcentaje para las practicas seguras fue la rural con 97% representado por 56 de los 58 estudiantes de procedencia rural. **(Ver en Anexos, Tabla No 41).**

IX. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Conocimientos que tienen los estudiantes sobre VIH – SIDA

Los conocimientos valorados en los estudiantes fueron el concepto de VIH / SIDA, conocimiento sobre la localización del virus en el cuerpo, las formas de transmisión del VIH, conocimiento sobre la prueba diagnóstica del VIH / SIDA, conocimiento de las medidas de prevención y el tratamiento de la enfermedad.

El conocimiento que mejor dominan los estudiantes por el hecho de haber obtenido el mayor porcentaje de respuestas correctas esta relacionado con el concepto de lo que es VIH / SIDA y la diferencia entre ellos, seguido por conocer la localización del virus en el cuerpo, conocer la existencia de la prueba diagnóstica, conocer las medidas de prevención de la enfermedad y la existencia de tratamiento. **(Ver en Anexos, Gráfico No 8).**

El nivel de conocimiento que alcanzó el porcentaje mas bajo dentro de las respuestas correctas fue el de las formas de transmisión de la enfermedad y específicamente lo relacionado al hecho de pensar que el VIH se puede transmitir compartiendo cuchillos, tenedores y vasos con alguien que porta la enfermedad, al sentarse en la tasa del inodoro o letrina que haya sido ocupada por alguien enfermo del VIH/SIDA y evitándolo al realizar ejercicio regularmente con forma de prevención.

Las mayores debilidades en cuanto a desconocimiento de información están relacionadas con no saber la localización del virus en el cuerpo, ya que se sabe que el virus se localiza en la sangre pero la mayoría no sabe que se encuentra en el semen y las secreciones vaginales. **(Ver en Anexos Gráfico No 10).**

De los resultados obtenidos de las 20 preguntas realizadas a cada estudiante para evaluar el conocimiento sobre VIH – SIDA se puede observar que 79 de ellos obtuvieron entre 11- 20 respuestas correctas, solo 6 obtuvieron entre 6 -10 respuestas correctas y 67 de ellos obtuvieron 5 o menos respuestas correctas, por lo que el 52% posee un conocimiento bueno, el 4% un conocimiento regular y el 44% un conocimiento malo. **(Ver en Anexos, Tabla No 9 y Gráfico No 12).**

Actitud que tienen los estudiantes frente al VIH / SIDA

Dentro de las respuestas correctas las mejores actitudes son el estar totalmente de acuerdo con el trabajo activo de todas las personas en contra del VIH / SIDA, estar totalmente de acuerdo ante el uso del condón frente a las relaciones sexuales casuales, y en tercer lugar por estar totalmente de acuerdo de que tener muchas parejas es riesgoso tanto para el hombre como para la mujer. **(Ver en Anexos, Tabla No 17, Tabla No 13, Tabla No 11 y Gráfico No 13).**

Las mayores debilidades en las respuestas contestadas correctamente se encuentran en que solo 78 estudiantes de los 152 estuvieron totalmente en desacuerdo que las personas con VIH/SIDA deben ser aisladas. **(Ver en Anexos, Tabla No 16).**

De los resultados obtenidos de la actitud se puede observar que 95 estudiantes (63%) se clasificaron con actitud adecuada y 57 de ellos fueron clasificados con una actitud inadecuada (37%). **(Ver en Anexos, Tabla No 20 y Gráfico No 15).**

Prácticas sexuales de los estudiantes estudiados

Dentro de las prácticas de riesgo de los estudiantes se observa el haber tenido relaciones sexuales con una persona con el VIH, solo un mínimo porcentaje de estudiantes practica la fidelidad y la mayoría de los estudiantes practican las relaciones sexuales anales lo cual representa un fuerte factor de riesgo para contraer la enfermedad, otro hecho preocupante es que un pequeño grupo de ellos ha consumido alguna vez algún tipo de droga inyectada.

Un poco más de la mitad de los estudiantes toma en cuenta el uso de condón aún con su pareja estable lo cual es un poco alentador. **(Ver en Anexos, Tabla No 22y Gráfico No 17).**

De los resultados obtenidos de las prácticas de los estudiantes en cuanto al VIH / SIDA podemos observar que 85 estudiantes (56%) tienen prácticas seguras y 67 de ellos (44%) poseen prácticas de riesgo. **(Ver en Anexos, Tabla No 23 y Gráfico No 18).**

Referente al **cruce de variables** de las principales características socio demográficas con los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes podemos observar que

la mayoría son estudiantes de 23 años o más y la menor frecuencia la representan los menores de 17 años, observando que la edad para entrar a la universidad es post puesta en la mayoría de estos jóvenes lo cual nos hace pensar en razones económicas, geográficas o culturales, lo cual se hace evidente ya que los años de estudios en donde existe el mayor número de estudiantes son los dos primeros años de las carreras que allí se ofrecen.

La mayoría de los estudiantes son solteros lo cual es evidente ya que el medio donde se llevó a cabo el estudio es un centro universitario.

Una vez en la universidad estos jóvenes solo se dedican a estudiar ya que la mayoría no tiene ninguna ocupación, solo 50 de ellos tienen ocupación lo cual se puede relacionar con la necesidad de costear los estudios que cursan.

La mayoría de estos jóvenes proceden de la zona urbana de la ciudad de Masaya.

Dentro de los 84 estudiantes que poseen el mejor conocimiento sobre el VIH / SIDA el más alto porcentaje se encuentra entre las edades de 23 años a más, además las prácticas mas seguras también están dentro de las edades de 23 años a mas. **(Ver en Anexos, Tabla No 24).**

El conocimiento más deficiente se encuentra en el rango de edad de 17 a 19 años. **(Ver en Anexos, Tabla No 24).**

Las actitudes más adecuadas se encuentran en el rango de edad entre 20 – 22 años. **(Ver en Anexos, Tabla No 25).**

Las actitudes más inadecuadas y las prácticas más riesgosas están en los estudiantes menores de 17 años. **(Ver en Anexos, Tabla No 25 y Tabla No. 26).**

El sexo con los mejores conocimientos, actitudes y prácticas le corresponde al femenino. **(Ver en Anexos, Tabla No 27, Tabla 28 y Tabla 29).**

El estado civil con mejores conocimientos, actitudes y prácticas le corresponde a los acompañados, cabe mencionar que son solo 3 casos en la investigación. **(Ver en Anexos, Tabla No 30, Tabla No 31 y Tabla No 32).**

Los solteros son los que tienen el más alto porcentaje de conocimiento malo, actitud inadecuada y mayores prácticas de riesgo.

Los estudiantes que tienen los más altos porcentajes de buen conocimiento son los que están en V año de sus carreras, además de tener las mejores prácticas seguras, sin embargo los que tienen mejores actitudes ante el VIH son los que cursan entre III y IV año de sus carreras. **(Ver en Anexos, Tabla No 33, Tabla 34 y Tabla 35).**

Los estudiantes de I y II año son los que tienen el conocimiento mas deficiente, las actitudes mas inadecuadas y el mas alto porcentaje de riesgo en sus relaciones.

Los estudiantes no católicos son los que tienen los mejores conocimientos, actitudes y prácticas ante el VIH. **(Ver en Anexos, Tabla No 36, Tabla No 37 y Tabla No 38).**

Con respecto a la procedencia se observó que los estudiantes del área urbana son los que tienen los mejores conocimientos respecto al VIH, sin embargo los estudiantes de las zonas rurales son los que tienen las mejores actitudes y practicas. **(Ver en Anexos, Tabla No 39, Tabla 40 y Tabla 41).**

Al realizar una comparación de los resultados obtenidos en el presente estudio con los resultados de otros estudios similares mencionados en los antecedentes podemos decir lo siguiente:

Tras comparar el presente estudio con la investigación sobre Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de educación del área metropolitana en Paraguay en donde solo el 55% refirió haber utilizado preservativo en las relaciones ocasionales podemos decir que existen mejores conocimientos, actitudes y prácticas en relación al condón en los estudiantes de la UHISPAM, ya que el 67% tiene una actitud adecuada ante el uso del condón en las relaciones sexuales casuales, el 64% de los estudiantes sabe que el condón es un método preventivo del VIH y el 53% usa el condón incluso con su pareja estable.

Al comparar el presente estudio con la investigación sobre Conocimientos sobre VIH - SIDA en adolescentes y sus fuentes de información en Minatitlán Veracruz México en el año 2006, en donde los resultados reportan un conocimiento regular en general para los

estudiantes podemos observar que en los estudiantes de la UHISPAM existen un mejor conocimiento sobre VIH y SIDA.

Al realizar la comparación del presente estudio con la investigación sobre el Estado actual de conocimiento sobre VIH/SIDA, de niño/as, adolescentes y jóvenes en los centros locales de la red MDB (muchachos y muchachas con Don Bosco), en Santo Domingo, República Dominicana, en donde los resultados reflejan que la vulnerabilidad de los entrevistados se incrementa con el escaso conocimiento e información de que disponen respecto a la infección del VIH y salud en general, que les dificulta percibir los riesgos a que están expuestos, podemos decir que existe mejor Conocimiento sobre medidas de prevención y prácticas más seguras en los estudiantes de la UHISPAM.

Comparando el presente estudio con la investigación sobre Seroprevalencia de VIH / Sida en jóvenes de 18 – 30 años en diferentes municipios del pacifico de Nicaragua (Chinandega, Corinto, Tipitapa, Ciudad Sandino, Masaya, Niquinomo, Nindirí, Rivas y Managua) y capacidad de protección de los jóvenes ante el VIH-SIDA, estableciendo los factores vinculados a las probabilidades de uso y al no uso de condones por parte de los/as jóvenes como medida de protección ante el VIH SIDA en donde los resultados reflejan que son las jóvenes mujeres las que reflejan la menor capacidad de tomar, concertar e implementar decisiones de protección, podemos decir que en los estudiantes de la UHISPAM las mujeres son las que tienen los mejores conocimientos, actitudes y prácticas referente al VIH.

Referente a la investigación sobre Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de enfermería sobre VIH/SIDA en el Hospital Bertha Calderón Roque de la ciudad de Managua, en el período de enero-septiembre 2008 en donde los resultados reflejan que había suficiente conocimiento teórico sobre la transmisión de la enfermedad, en cuanto a la actitud frente al manejo de las personas con VIH/Sida se encontró que no había discriminación y además el personal tenía un buen conocimiento del manejo de personas con alto riesgo de portadores VIH/Sida, podemos decir que existe diferencia con la investigación en los estudiantes de la UHISPAM ya que en estos solo el 51% estuvo totalmente en desacuerdo que las personas con VIH/SIDA deben ser aisladas y el conocimiento sobre las formas de transmisión del VIH obtuvo el más bajo porcentaje

de respuestas correctas (40%). Ambos estudios presentaron similitud en cuanto a valorar la importancia de la consejería sobre VIH / SIDA.

Al observar la investigación sobre conocimientos con prácticas de riesgo en adolescentes ante el VIH/SIDA en el Centro de Salud Dr. Alonso Suazo en Tegucigalpa-Honduras en donde se observó que las mujeres representaban el 84.6% y los hombres el 15.4% podemos decir que existe similitud con el presente estudio realizado en la UHISPAM ya que también el porcentaje de mujeres era superior; ambos estudios coincidieron en cuanto a la importancia del uso del condón como forma de prevención, sin embargo en el estudio realizado en Tegucigalpa se encontró que un 77.1% tiene buen nivel de conocimientos sobre las formas de transmisión y prevención, lo cual difiere de los resultados de la UHISPAM en donde solo el 40% tiene buenos conocimientos sobre las formas de transmisión y solo el 55% tiene conocimiento sobre las medidas de prevención, sin embargo en los estudiantes de la UHISPAM existe mejor nivel de conocimiento en general y practicas mas seguras.

X. CONCLUSIONES

Objetivo 1: Describir las características socio demográficas de los estudiantes del turno dominical de la universidad.

La mayoría de los estudiantes son mayores de 23 años, predominando el sexo femenino, solteros, de primero y segundo año de estudio, son dedicados únicamente al estudio, católicos y de procedencia urbana.

Objetivo 2: Determinar los conocimientos que tienen los estudiantes sobre la enfermedad en estudio.

Al explorar los conocimientos sobre VIH – SIDA los hallazgos indican que los estudiantes manejan buena información ya que en su mayoría respondieron correctamente a las preguntas, sin embargo aún existe un grupo significativo que dio respuestas equivocadas o que consignó desconocimiento de información principalmente relacionado a las formas de transmisión tal es el hecho de pensar que el VIH/SIDA se puede adquirir compartiendo cuchillos, tenedores y vasos con alguien que porta la enfermedad, al sentarse en la tasa del inodoro o letrina que haya sido ocupada por una persona con el VIH y que la transmisión se evita haciendo ejercicio regularmente.

Objetivo 3: Definir la actitud que tienen los estudiantes frente a la enfermedad.

La actitud de los estudiantes frente al VIH – SIDA en su mayoría es adecuada, sin embargo existe un porcentaje de ellos que piensa que es peligroso interactuar con una persona infectada con el VIH y que las personas con el VIH – SIDA deben ser aisladas.

Objetivo 4: Detallar las prácticas sexuales de los estudiantes.

La mayoría de las prácticas sexuales de los estudiantes son seguras, sin embargo solo un mínimo porcentaje practica la fidelidad, un alto porcentaje practica las relaciones sexuales anales y existe un pequeño porcentaje que ha tenido relaciones sexuales con una persona con el VIH.

XI. RECOMENDACIONES

Dirigidas a las autoridades administrativas de la Universidad Hispano Americana de la sede Masaya:

- Asignación de un espacio dentro de la universidad para un mural destinado a salud sexual en donde se promuevan las formas de transmisión de la enfermedad, prácticas sexuales seguras entre los jóvenes y métodos existentes de tratamiento de las personas con VIH.
- Crear una articulación entre la Universidad y el departamento de docencia del SILAIS de Masaya, con el objetivo de implementar un programa de educación continua sobre salud sexual.
- Incluir en el programa de educación a todo el cuerpo docente de la Universidad para que sean ellos los que sensibilicen a los estudiantes como parte de su labor educativa creando un clima de apoyo para las personas con VIH – SIDA.
- Crear alianzas estratégicas con otras instancias no gubernamentales relacionadas con los derechos de las personas con VIH / SIDA para que sean promovidos entre los estudiantes de la universidad.

Dirigidas a los estudiantes de la Universidad Hispano Americana de la sede Masaya:

- Mantener actualizado el mural sobre salud sexual que se cree en la universidad.
- Creación de afiches relacionados con el VIH para ser distribuidos entre todos los alumnos de la universidad de todos los turnos.
- Participar en los programas de educación continua o charlas que se les impartan en el centro educativo relacionadas con temas de salud.
- Tomar conciencia sobre las formas de transmisión de la enfermedad, los derechos de las personas con VIH – SIDA los cuales hay que hacer valer y respetar.
- Practicar el sexo seguro con una sola pareja estable.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Peter R. Lamptey, Jami L. Johnson y Marya Khan. (2006). El desafío mundial del VIH y el SIDA. Recuperado el 16 de Enero de 2013 de http://www.prb.org/pdf06/61.1GlobalChallengeHIVAIDS_Sp.pdf
2. INMACULADA TEVA, MARÍA PAZ BERMÚDEZ, MARÍA TERESA RAMIRO, GUALBERTO BUELA-CASAL. (2012). Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI. Recuperado el 17 de Enero de 2013, de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v140n1/art07.pdf>
3. Ministerio de salud. (2012). ALERTAN SOBRE INCIDENCIA DEL VIH-SIDA EN JÓVENES NICARAGÜENSES. Recuperado el 18 de enero de 2013, de http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com_content&view=article&id=2702:alert-an-sobre-incidencia-del-vih-sida-en-jovenes-nicaragueenses&catid=66:noticias-2012&Itemid=237
4. SILAIS MASAYA. (2012). Plan de Acción en VIH 2012, Nicaragua, Proyecto DSS. Recuperado el 20 de enero de 2013, de <http://www.vihcentroamericard.org/sites/default/files/files/Plan%20NIC%20-espa%C3%B1ol.pdf>
5. Macchi ML, Benítez Leite S, Corvalán A, Nuñez C, Ortigoza. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de educación del área metropolitana, Paraguay. Recuperado el 21 de enero de 2013, de http://www.sup.org.uy/Archivos/adp79-3/pdf/adp79-3_11.pdf
6. Pérez, B. & Suárez C. (2006). Nivel de Conocimientos sobre VIH - SIDA en adolescentes y sus fuentes de información. Recuperado el 22 de enero de 2013, de <http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/969/1/tesis-0273.pdf>
7. Brito, Juan. (2008). Estado actual de conocimiento sobre VIH/SIDA, de lo/as niño/as adolescentes y jóvenes en los centros locales de la red MDB. Recuperado el 21 de enero de 2013, de http://www.unicef.org/republicadominicana/INFORME_FINAL__DonBosco_.pdf

8. Fundación Xochiquetzal. (2011). Sero prevalencia de VIH/SIDA, Practicas Sexuales y Uso del Condón en Jóvenes de 18–30 años. Recuperado el 22 de enero de 2013, de http://sidoc.puntos.org.ni/isis_sidoc/documentos/13426/13426_00.pdf
9. Ramírez, O. (2009). Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de enfermería sobre VIH/SIDA. Hospital Bertha Calderón Roque. Managua. Período enero-septiembre 2008. Recuperado el 23 de enero de 2013, de <http://cedoc.cies.edu.ni/cgi-bin/wxis1660.exe/tesis/iah/>
10. Paz, A.H. (2009). Conocimientos con prácticas de riesgo en adolescentes ante el VIH/SIDA. Centro de Salud Dr. Alonso Suazo. Tegucigalpa-Honduras. Febrero de 2009. Recuperado el 23 de enero de 2013, de <http://cedoc.cies.edu.ni/cgi-bin/wxis1660.exe/tesis/iah/>
11. Gamboa EM, López N, Prada GE, Gallo KY. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Rev. chil. nutr. 2008; 35(1): 43-52.
12. Katzenellenbogen JM; Joubert G, Abdool-Karim SS. Epidemiology: A manual for South Africa. Cape Town: Oxford University Press Southern Africa; 1997.
13. Meillier LK, Lund AB, Kok G: Cues to action in the process of changing lifestyle. Patient Educ Couns 1997; 30:37-51.
14. Gumucio S. Recogida de datos. Métodos cuantitativos. Ejemplo de encuestas CAP (conocimientos, actitudes y prácticas). (Sin ciudad) Médecins du Monde, 2011. P: 1-40.
15. Organización Panamericana de la Salud. Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP): una herramienta para el abordaje intercultural de la malaria. 2008 [on line]. [acceso el 10 septiembre 2010]. Disponible en <http://new.paho.org/pan/index2.php?option=comdocman&task=docview&gid=73&Itemid=224>
16. UNICEF (2001) Guía de consulta sobre VIH/Sida y las ITS para jóvenes y adolescentes, /Nicaragua
17. Ulloa Sequeira Verónica (2004) Estudio Actitudes hacia el SIDA de las y los estudiantes de cuarto y quinto año de secundaria del turno nocturno y sabatino del Instituto Autónomo experimental México, Managua –Nicaragua.

18. The World Bank (2006) Nicaragua: Situation and Response to the Epidemic, Latin American and the Caribbean and the global HIV/AIDS Program.
19. OMS, ONUSIDA (2003), Guía técnica para implementar encuestas serológicas centinelas de VIH en mujeres embarazadas y otros grupos.
20. Organización Mundial (2003) de la Salud, Women and HIV /AIDS.
21. Clifford Paula (2005), La teología Cristiana y la epidemia VIH/Sida, Pastoral ecuménica VIH-sida, Christian Aids.
22. García, P,J., Cotrina, A. & Cárcamo, C.P. (2008). Sexo, prevención y riesgo. Adolescentes y sus madres frente al VIH y las ITS en el Perú. Recuperado el 25 de febrero de 2013, de <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/CARE-Sexo-Prevencion-Riesgo.pdf>
23. ONUSIDA. (2011). Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. Recuperado el 27 de febrero de 2013, de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_es.pdf
24. Comisión Nicaragüense del SIDA. (2001). Estrategia Nacional de Comunicación para el Abordaje del VIH y SIDA 2011 – 2015.
25. Departamento de salud, Puerto Rico. (2007). División de prevención ETS / VIH. Recuperado el 27 de abril de 2013, de <http://www.salud.gov.pr/Programas/DivisiondePrevencionETSVIH/Pages/DefiniciondeVIHSIDA.aspx>
26. American Cancer Society. (2012). Infección con VIH, SIDA y cáncer. Recuperado el 29 de enero de 2013, de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002296-pdf.pdf>
27. Comisión Nacional del SIDA. (2002). CONSEJERIA PARA VIH/SIDA. Recuperado el 27 de abril de 2013, de http://www.criaps.cl/descarga/doc_elect_%20consejeria_conasida_chile.pdf
28. El mundo.es. (2013). Sexualidad. Disfrutar del sexo a pesar del preservativo. Recuperado el 27 de abril de 2013, de <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/06/04/noticias/1338809291.html>
29. Puntos de encuentro para la transformación de la vida cotidiana. (2013). Comunicación sin discriminación. Recuperado el 27 de abril de 2013, de

<http://www.puntos.org.ni/index.php/es/ediciones-boletina/boletina-edicion-71/comunicacion-sin-discriminacion.html>

30. Naciones Unidas. (2001). Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH / SIDA. Recuperado el 28 de abril de 2013, de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub03/aidsdeclaration_es.pdf
31. ONUSIDA. (1999). Enfermedades oportunistas relacionadas con el VIH. Recuperado el 27 de enero de 2013, de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub05/opportu_es.pdf
32. Sánchez, F. y otros (1998). *Psicología social*. Madrid: McGraw-Hill.

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Objetivo 1: Características socio demográficas

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor o Categorías	Escala de Medición
Características socio demográficas	Numero de años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento de realizar la encuesta.	Edad	Años	Numérica
	Características fenotípicas que diferencian al sexo masculino del femenino observado en la encuesta.	Sexo	Masculino Femenino	Nominal Dicotómica
	Condición o estatus social de los derechos civiles de las personas	Estado civil	Casado Soltero Separado	Nominal Dicotómica
	Grado académico en el que se encuentra el estudiante al momento del estudio.	Año que cursa	I – II III - IV V	Ordinal
	Tipo de actividad laboral que desempeña el encuetado.	Ocupación	Ninguna Ama de casa Vendedor Asistente de RRHH Comerciante Obrero Cajero Dependiente	Nominal
	Creencia religiosa que profesa el estudiante.	Religión	Católica No católica	Nominal
	Lugar de residencia del estudiante.	Procedencia	Urbano rural	Nominal

Objetivo 2: Conocimientos que tienen los estudiantes sobre VIH – SIDA.

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Valor o Categorías	Escala de Medición
Conocimientos que tienen los estudiantes sobre VIH – SIDA.	Idea que tienen los estudiantes sobre la infección del VIH / SIDA.	El SIDA significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida.	Concepto de VIH / SIDA	Bueno Regular Malo	Nominal
		VIH significa virus de la inmunodeficiencia humana.			
		Cree usted que exista diferencia entre la infección del VIH y la enfermedad SIDA			
	Fluidos de nuestro cuerpo en los cuales se halla el virus del SIDA.	El VIH se localiza en la sangre	Localización en el cuerpo del VIH	Bueno Regular Malo	
		El VIH se localiza en el semen			
		El VIH se localiza en las secreciones vaginales			

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Valor o Categorías	Escala de Medición
Conocimientos que tienen los estudiantes sobre VIH – SIDA.	Vías a través de las cuales se propaga el VIH.	Una madre que tenga en su cuerpo el VIH/SIDA puede transmitírselo a su bebé a través de la leche materna.	Formas de transmisión del VIH	Bueno Regular Malo	Nominal
		El VIH/SIDA se puede adquirir compartiendo cuchillos, tenedores y vasos con alguien que porta la enfermedad?			
		A través del semen y los fluidos vaginales en las relaciones sexuales podemos infectarnos con el VIH/SIDA?			
		Si una persona recibe una transfusión sanguínea infectada con el VIH, puede contraer la enfermedad?			
		Puedo contraer el VIH/SIDA si me siento en la tasa del inodoro o letrina que haya sido ocupada por alguien enfermo del VIH/SIDA?			
		La transmisión del VIH/SIDA se evita haciendo ejercicio regularmente?			

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Valor o Categorías	Escala de Medición
Conocimientos que tienen los estudiantes sobre VIH – SIDA.	Procedimiento a través del cual se determina la presencia del VIH en las personas.	El VIH solo detecta en laboratorios altamente especializados	Prueba diagnóstica del VIH / SIDA	Bueno Regular Malo	Nominal
		La prueba se realiza solo en hospitales?			
		La prueba se realiza en hospitales, centros de salud y cruz roja?			
	Formas a través de las cuales se evita el contagio con el VIH.	El uso del condón es un método preventivo del VIH/SIDA?	Medidas de prevención del VIH / SIDA	Bueno Regular Malo	Nominal
		En los bancos de sangre es necesario que se realice pruebas para detectar el VIH/SIDA?			
		La lactancia materna protege a la madre y al bebé de infectarse con el VIH/SIDA?			
	Conjunto de medios para frenar o prolongar la vida en la infección por el VIH.	El VIH/SIDA tiene cura?	Tratamiento del VIH / SIDA	Bueno Regular Malo	Nominal
		Existe alguna forma que ayude a prolongar la vida una vez que uno esta infectado?			

Objetivo 3: Actitudes de riesgo que tienen los estudiantes frente al VIH / SIDA.

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor o Categorías	Escala de Medición
Actitudes de riesgo que tienen los estudiantes frente al VIH / SIDA.	Interacción entre el personal de salud y el paciente con VIH / SIDA	Consejería sobre el VIH / SIDA	Adecuada Inadecuada	Ordinal (Escala de Likert)
	Riesgo de contraer el VIH por parte del sexo femenino debido a tener relaciones sexuales con varias personas.	Tener muchas parejas es riesgoso para la mujer	Adecuada Inadecuada	Ordinal (Escala de Likert)
	Riesgo de contraer el VIH por parte del sexo masculino debido a tener relaciones sexuales con varias personas.	Tener muchas parejas es riesgoso para el hombre	Adecuada Inadecuada	Ordinal (Escala de Likert)
	Interés de protegerse con preservativo únicamente por el sexo masculino.	Únicamente los hombres tienen que andar preservativos	Adecuada Inadecuada	Ordinal (Escala de Likert)
	Uso de condón en todo momento de tener relaciones sexuales con una persona a la que no se conoce bien.	Si tengo relaciones sexuales casuales debo utilizar siempre el condón	Adecuada Inadecuada	Ordinal (Escala de Likert)
	Relaciones sexuales con menor placer debido al uso del condón	Tener relaciones sexuales con preservativos disminuye el placer	Adecuada Inadecuada	Ordinal (Escala de Likert)
	Riesgo de contraer la infección por el VIH por el hecho de platicar, saludar o hablar con alguien que tenga la infección del VIH.	Es peligroso interactuar con una persona infectada con el VIH/SIDA	Adecuada Inadecuada	Ordinal (Escala de Likert)
	Separación de las personas que tengan el VIH del resto de los demás como medida de prevención para los individuos sanos.	Las personas con VIH/SIDA deben ser aisladas	Adecuada Inadecuada	Ordinal (Escala de Likert)
	Participación de todos los estatus sociales en la prevención de la enfermedad del VIH	Todas las personas tienen que trabajar activamente en contra del VIH/SIDA	Adecuada Inadecuada	Ordinal (Escala de Likert)
	Disposición de someterse al procedimiento de detección de la prueba del VIH	Todas las personas con vida sexual activa deben realizarse la prueba del VIH/SIDA	Adecuada Inadecuada	Ordinal (Escala de Likert)

Objetivo 4: Prácticas de riesgo que tienen los estudiantes frente al VIH / SIDA

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor	Escala de Medición
Prácticas de riesgo que tienen los estudiantes frente al VIH / SIDA	Interés por realizarle la prueba del VIH de parte de los estudiantes como parte de su chequeo medico periódico.	Solicitud de la prueba del VIH SIDA	Práctica de riesgo Práctica segura	Nominal
	Haber recibido sangre alguna vez por parte del estudiante.	Transfusiones sanguínea previas	Práctica de riesgo Práctica segura	Nominal
	Utilización por vía intravenosa de alguna sustancia de efecto psicoactivo por parte del estudiante.	Uso de algún tipo de droga inyectada	Práctica de riesgo Práctica segura	Nominal
	Tener relaciones sexuales solo con una pareja estable.	Práctica de la fidelidad	Práctica de riesgo Práctica segura	Nominal
	Practica sexual consistente en la introducción del pene en el ano de la pareja.	Relaciones sexuales anales como forma de práctica sexual	Práctica de riesgo Práctica segura	Nominal
	Utilización del preservativo con la pareja estable como forma de protección.	Uso de condón con la pareja estable	Práctica de riesgo Práctica segura	Nominal
	Llevar el condón en la cartera del hombre o de la mujer.	Portación de condón en la cartera	Práctica de riesgo Práctica segura	Nominal
	Comportamiento <u>erótico</u> realizado con una persona con el VIH por parte del estudiante.	Relaciones sexuales con una persona con VIH SIDA	Práctica de riesgo Práctica segura	Nominal
	Comportamiento <u>erótico</u> realizado con más de una persona a la vez.	Relaciones sexuales con más de una persona a la vez.	Práctica de riesgo Práctica segura	Nominal

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN A CERCA DE LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE VIH- SIDA EN LOS ESTUDIANTES DEL TURNO DOMINICAL DE LA UNIVERSIDAD HISPANO AMERICANA, SEDE MASAYA, DEL 1 AL 31 DE MARZO DEL 2013.

Fecha	
No. de encuesta	
I. DATOS GENERALES	
Edad	
Sexo	
Estado civil	
Año que cursa	
Ocupación	
Religión	
Procedencia	

II. CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIH/SIDA	Si	No	No sé
Concepto			
El sida significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida			
VIH significa virus de la inmunodeficiencia humana			
Cree usted que exista diferencia entre la infección del VIH y la enfermedad sida			
Localización			
El VIH se localiza en la sangre			
El VIH se localiza en el semen			
El VIH se localiza en las secreciones vaginales			
Formas de transmisión			
Una madre que tenga en su cuerpo el VIH /SIDA puede transmitírselo a su bebé a través de la leche materna?			
El VIH /SIDA se puede adquirir compartiendo cuchillos, tenedores y vasos con alguien que porta la enfermedad?			
A través del semen y los fluidos vaginales en las relaciones sexuales podemos infectarnos con el VIH /SIDA?			
Si una persona recibe una transfusión sanguínea infectada con el VIH, puede contraer la enfermedad?			
Puedo contraer el VIH /SIDA si me siento en la tasa del inodoro o letrina que haya sido ocupada por alguien enfermo del VIH /SIDA?			
La transmisión del VIH /SIDA se evita haciendo ejercicio regularmente?			
En cuanto al diagnóstico			
El VIH /SIDA solo se detecta en laboratorios altamente especializados?			
La prueba se realiza solo en hospitales?			
La prueba se realiza en hospitales, centros de salud y cruz roja?			

En cuanto a la prevención			
El uso del condón es un método preventivo del VIH /SIDA?			
En los bancos de sangre es necesario que se realice pruebas para detectar el VIH /SIDA?			
La lactancia materna protege a la madre y al bebé de infectarse con el VIH/SIDA?			
En cuanto al tratamiento			
El VIH /SIDA a tiene cura?			
Existe alguna forma que ayude a prolongar la vida una vez que uno esta infectado?			

III. ACTITUDES DE RIESGO FRENTE AL VIH/SIDA	TDA	DA	IND	ED	TED
Para responder las siguientes preguntas marque con una X en la columna que considere compatible con su opinión personal, usando las siguientes escalas: TDA (Totalmente de acuerdo) DA (de acuerdo) IND (Indeciso) ED (en desacuerdo) TED (totalmente en desacuerdo)					
La consejería y la orientación sobre el VIH /SIDA es muy importante en la pareja?					
Tener muchas parejas es riesgoso para la mujer?					
Tener muchas parejas es riesgoso para el hombre?					
Únicamente los hombres tienen que andar preservativos?					
Si tengo relaciones sexuales casuales debo utilizar siempre el condón?					
Tener relaciones sexuales con preservativos disminuye el placer que se tiene al no usarlo?					
Es peligroso interactuar con una persona infectada con VIH /SIDA?					
Las personas con VIH /SIDA deben se aisladas?					
Considera usted que todas las personas tienen que trabajar activamente en contra de una enfermedad como el VIH /SIDA?					
Todas las personas con vida sexual activa deben realizarse la prueba del VIH /SIDA?					

IV. PRACTICAS DE RIESGO	SI	NO
Alguna vez ha solicitado o realizado un análisis de VIH/SIDA?		
Ha recibido transfusión sanguínea?		
Ha utilizado algún tipo de droga inyectada?		
Practica la fidelidad?		
Las relaciones anales son parte de su práctica?		
Cuando piensa en relaciones sexuales con su pareja estable toma en cuenta el condón?		
Acostumbra a llevar en su cartera siempre un condón?		
Ha tenido relaciones sexuales con alguien con VIH positivo?		
Ha tenido relaciones sexuales con más de una persona simultáneamente?		

ANEXO 3: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES		DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Fase exploratoria	X	X	X																	
2	Redacción de los objetivos				X																
3	Elaboración del marco teórico					X	X	X	X												
4	Prueba ó validación del instrumento									X	X	X	X								
5	Obtención de la información													X	X						
6	Discusión de los resultados															X	X				
7	Redacción del informe																	X	X	X	
8	Presentación del trabajo																				X

ANEXO 4: PRESUPUESTO

	Cantidad	Concepto	Recursos	Costo unitario	Total
Componente 1	5	Lapicero	Materiales	C\$ 4.00	C\$ 20.00
	2	Lápiz		C\$ 2.00	C\$ 4.00
	2	Resaltador		C\$ 10.00	C\$ 20.00
	2	Corrector		C\$ 20.00	C\$ 40.00
	1	Regla		C\$ 18.00	C\$ 18.00
	1	Calculadora		C\$ 120.00	C\$ 120.00
	1	Resma de papel		C\$ 130.00	C\$ 130.00
	3	Encolchado		C\$ 30.00	C\$ 90.00
	360	Impresiones		C\$ 1.00	C\$ 160.00
Componente 2	1	Computadora	Tecnológicos	C\$ 14,400.00	C\$ 14,400.00
	1	Flash Memory		C\$ 720.00	C\$ 720.00
	2	CD		C\$ 20.00	C\$ 40.00
	150	Horas de Internet		C\$ 10.00	C\$ 1,500.00
Componente 3	12	Transporte*	Económicos	C\$ 120.00	C\$ 1,440.00
	60	Alimentación*		C\$ 70.00	C\$ 4,200.00
	5	Imprevistos		C\$ 200.00	C\$ 1,000.00
Total:				C\$ 24,102.00	
Se necesitan 12 galones de gasolina en donde el galón cuesta 120 córdobas					
El almuerzo tiene un costo de 70 córdobas el plato y se necesitan 60 platos de comida durante toda la investigación					

ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante

Soy Médico, actualmente estudiante de la Maestría en Salud Pública en el Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES) de Managua y como parte de los requisitos de la misma estoy llevando a cabo una investigación, la cual trata sobre los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en los estudiantes del turno dominical de la Universidad Hispano Americana, sede Masaya, en el mes de marzo del 2013.

Esta investigación es requisito para obtener mi Título de Maestro en Salud Pública y usted ha sido seleccionado para participar en esta investigación la cual consiste en contestar un cuestionario que le tomará aproximadamente 15 minutos. Usted puede contestar solamente las preguntas que así desee.

La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad y su nombre no será utilizado. Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento, sin embargo su honestidad para contestar estas preguntas nos ayudará a comprender lo que los estudiantes saben, piensan y hacen en relación a su comportamiento y el VIH / SIDA El estudio no conlleva ningún riesgo sin embargo es de gran importancia ya que beneficia al cuerpo estudiantil y docente de la Universidad Hispanoamericana de Masaya, ya que propone estrategias de acción para resolver la problemática de salud existente como es el VIH / SIDA en conjunto con las autoridades de salud correspondientes.

Por su participación en la presente investigación usted no recibirá compensación.

He leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente por lo que doy mi consentimiento para participar en el estudio del Dr. Eduardo Taleno E. sobre los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en los estudiantes del turno dominical de la Universidad Hispano Americana, sede Masaya, en el mes de Marzo 2013.

Firma del participante

Fecha

ANEXO 6: TABLAS DE SALIDA DE LA INFORMACIÓN

Tabla No 1. Distribución de los rangos de edades en relación al sexo de los alumnos del turno dominical de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

EDAD DEL ENCUESTADO	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
< 17 AÑOS	9	6	14	9	23	15
17-19 AÑOS	18	12	20	13	38	25
20-22 AÑOS	18	12	20	13	38	25
23 O MÁS	25	16	28	18	53	35
TOTAL	70	46	82	54	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 2. Distribución del estado civil en los alumnos del turno dominical de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
Soltero	103	68
Casado	46	30
Acompañado	3	2
Total	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 3. Distribución de los años académicos en relación al numero de estudiantes en la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

AÑO DE ESTUDIO	FRECUENCIA	%
I-II	125	82
III-IV	20	13
V	7	5
Total	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 4. Distribución de las diferentes ocupaciones de los estudiantes en la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	%
Ninguna	102	67
Ama de casa	20	13
Vendedor	8	5
Asistente de RRHH	8	5
Comerciante	5	3
Obrero	3	2
Cajero	3	2
Dependiente	3	2
Total	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 5. Distribución por tipo de religión que profesan los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

RELIGIÓN	FRECUENCIA	%
CATÓLICO	90	59
NO CATÓLICO	62	41
Total	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 6. Distribución según procedencia de los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Procedencia	FRECUENCIA	%
Urbano	94	62
Rural	58	38
Total	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 7. Distribución de las respuestas correctas, incorrectas y de desinformación en relación a los conocimientos sobre el VIH / SIDA emitidas por los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

	Concepto de VIH / SIDA	Respuestas correctas	%	Respuestas incorrectas	%	No saben	%	Total
1	El SIDA significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida.	97	64	36	24	19	13	152
2	VIH significa virus de la inmunodeficiencia humana.	98	64	36	24	18	12	152
3	Cree usted que exista diferencia entre la infección del VIH y la enfermedad SIDA	92	61	40	26	20	13	152
	Total	287	63	112	25	57	13	456
	Localización en el cuerpo del VIH	Respuestas correctas	%	Respuestas incorrectas	%	No saben	%	Total
4	El VIH se localiza en la sangre	117	77	20	13	15	10	152
5	El VIH se localiza en el semen	77	51	35	23	40	26	152
6	El VIH se localiza en las secreciones vaginales	72	47	40	26	40	26	152
	Total	266	58	95	21	95	21	456
	Formas de transmisión del VIH	Respuestas correctas	%	Respuestas incorrectas	%	No saben	%	Total
7	Una madre que tenga en su cuerpo el VIH/SIDA puede transmitírselo a su bebé a través de la leche materna.	89	59	38	25	25	16	152
8	El VIH/SIDA se puede adquirir compartiendo cuchillos, tenedores y vasos con alguien que porta la enfermedad?	48	32	84	55	20	13	152
9	A través del semen y los fluidos vaginales en las relaciones sexuales podemos infectarnos con el VIH/SIDA?	88	58	40	26	24	16	152
10	Si una persona recibe una transfusión sanguínea infectada con el VIH, puede contraer la enfermedad?	90	59	37	24	25	16	152

11	Puedo contraer el VIH/SIDA si me siento en la tasa del inodoro o letrina que haya sido ocupada por alguien enfermo del VIH/SIDA?	40	26	89	59	23	15	152
12	La transmisión del VIH/SIDA se evita haciendo ejercicio regularmente?	14	9	98	64	40	26	152
	Total	369	40	386	42	157	17	912
	Prueba diagnóstica del VIH / SIDA	Respuestas correctas	%	Respuestas incorrectas	%	No saben	%	Total
13	El VIH solo detecta en laboratorios altamente especializados	84	55	43	28	25	16	152
14	La prueba se realiza solo en hospitales?	80	53	44	29	28	18	152
15	La prueba se realiza en hospitales, centros de salud y cruz roja?	85	56	47	31	20	13	152
	Total	249	55	134	29	73	16	456
	Medidas de prevención del VIH / SIDA	Respuestas correctas	%	Respuestas incorrectas	%	No saben	%	Total
16	El uso del condón es un método preventivo del VIH/SIDA?	98	64	34	22	20	13	152
17	En los bancos de sangre es necesario que se realice pruebas para detectar el VIH/SIDA?	85	56	37	24	30	20	152
18	La lactancia materna protege a la madre y al bebé de infectarse con el VIH/SIDA?	70	46	45	30	37	24	152
	Total	253	55	116	25	87	19	456
	Tratamiento del VIH / SIDA	Respuestas correctas	%	Respuestas incorrectas	%	No saben	%	Total
19	El VIH/SIDA tiene cura?	84	55	48	32	20	13	152
20	Existe alguna forma que ayude a prolongar la vida una vez que uno esta infectado?	78	51	70	46	4	3	152
	Total	162	53	118	39	24	8	304
	Total	1586	52	961	32	493	16	3040

Fuente: Base de datos

Tabla No 8. Consolidado de las respuestas correctas, incorrectas y desinformación en relación al conocimiento sobre el VIH / SIDA por parte de los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Variables	Respuestas correctas		Respuestas Incorrectas		Desconocimiento de la información		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Concepto de VIH / SIDA	287	63	112	25	57	13	456	100
Localización en el cuerpo del VIH	266	58	95	21	95	21	456	100
Formas de transmisión del VIH	369	40	386	42	157	17	912	100
Prueba diagnóstica del VIH / SIDA	249	55	134	29	73	16	456	100
Medidas de prevención del VIH / SIDA	253	55	116	25	87	19	456	100
Tratamiento del VIH / SIDA	162	53	118	39	24	8	304	100
Total	1586	52	961	32	493	16	3040	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 9. Clasificación del conocimiento obtenido por los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Respuestas correctas	Frecuencia	%
11 a 20 (Conocimiento Bueno)	79	52
6 a 10 (Conocimiento Regular)	6	4
5 o menos (Conocimiento Malo)	67	44
Total	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 10. Escala de Likert en relación a la afirmación "La consejería y la orientación sobre el VIH /SIDA es muy importante en la pareja" emitida por los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Escala de Likert	Frecuencia	%
totalmente de acuerdo	98	64
de acuerdo	0	0
Indeciso	4	3
en desacuerdo	50	33
totalmente en desacuerdo	0	0
Total	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 11. Escala de Likert en relación a la afirmación " Tener muchas parejas es un riesgo en ambos sexos"emitida por los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Escala de Likert	Frecuencia	%
totalmente de acuerdo	100	66
de acuerdo	0	0
Indeciso	0	0
en desacuerdo	52	34
totalmente en desacuerdo	0	0
Total	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 12. Escala de Likert en relación a la afirmación " Únicamente los hombres tienen que andar preservativo"emitida por los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Escala de Likert	Frecuencia	%
totalmente de acuerdo	0	0
de acuerdo	54	36
Indeciso	0	0
en desacuerdo	0	0
totalmente en desacuerdo	98	64
Total	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 13. Escala de Likert en relación a la afirmación "si tengo relaciones sexuales casuales debo utilizar siempre el condón" emitida por los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Escala de Likert	Frecuencia	%
totalmente de acuerdo	102	67
de acuerdo	0	0
Indeciso	0	0
en desacuerdo	50	33
totalmente en desacuerdo	0	0
Total	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 14. Escala de Likert en relación a la afirmación " tener relaciones sexuales con preservativo disminuye el placer" emitida por los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Escala de Likert	Frecuencia	%
totalmente de acuerdo	0	0
de acuerdo	60	39
Indeciso	0	0
en desacuerdo	92	61
totalmente en desacuerdo	0	0
Total	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 15. Escala de Likert en relación a la afirmación " es peligroso interactuar con una persona infectada con el VIH SIDA" emitida por los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Escala de Likert	Frecuencia	%
totalmente de acuerdo	0	0
de acuerdo	63	41
Indeciso	0	0
en desacuerdo	0	0
totalmente en desacuerdo	89	59
Total	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 16. Escala de Likert en relación a la afirmación " las personas con VIH / SIDA deben ser aisladas" emitida por los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Escala de Likert	Frecuencia	%
totalmente de acuerdo	0	0
de acuerdo	74	49
Indeciso	0	0
en desacuerdo	78	51
totalmente en desacuerdo	0	0
Total	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 17. Escala de Likert en relación a la afirmación " todas las personas tienen que trabajar activamente en contra del VIH / SIDA " emitida por los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Escala de Likert	Frecuencia	%
totalmente de acuerdo	107	70
de acuerdo	0	0
Indeciso	0	0
en desacuerdo	45	30
totalmente en desacuerdo	0	0
Total	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 18. Escala de Likert en relación a la afirmación " todas las personas con vida sexual activa deben realizarse la prueba del VIH / SIDA " emitida por los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Escala de Likert	Frecuencia	%
totalmente de acuerdo	90	59
de acuerdo	0	0
indeciso	0	0
en desacuerdo	62	41
totalmente en desacuerdo	0	0
Total	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 19. Consolidado de las respuestas correctas e incorrectas en relación a las actitudes frente al VIH / SIDA por parte de los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Actitudes frente al VIH SIDA	Respuestas correctas		Respuestas incorrectas		Total
		%		%	
Consejería sobre el VIH / SIDA	98	64	54	36	152
Tener muchas parejas es riesgoso para la mujer	100	66	52	34	152
Tener muchas parejas es riesgoso para el hombre	100	66	52	34	152
Únicamente los hombres tienen que andar preservativos	98	64	54	36	152
Si tengo relaciones sexuales casuales debo utilizar siempre el condón	102	67	50	33	152
Tener relaciones sexuales con preservativos disminuye el placer	92	61	60	39	152
Es peligroso interactuar con una persona infectada con el VIH/SIDA	89	59	63	41	152
Las personas con VIH/SIDA deben ser aisladas	78	51	74	49	152
Todas las personas tienen que trabajar activamente en contra del VIH/SIDA	107	70	45	30	152
Todas las personas con vida sexual activa deben realizarse la prueba del VIH/SIDA	90	59	62	41	152
Promedio	954	63	566	37	1520

Fuente: Base de datos

Tabla No 20. Clasificación de las actitudes de los estudiantes frente al VIH / SIDA de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Respuestas correctas	Frecuencia	%
Actitud adecuada	95	63
Actitud Inadecuada	57	37
Total	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 21. Distribución de las respuestas positivas y negativas en relación a las prácticas emitidas por los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Prácticas que tienen los estudiantes frente al VIH / SIDA	si	%	no	%	Total
Solicitud de la prueba del VIH SIDA	82	54	70	46	152
Transfusiones sanguínea previas	54	36	98	64	152
Uso de algún tipo de droga inyectada	54	36	98	64	152
Práctica de la fidelidad	54	36	98	64	152
Relaciones sexuales anales como forma de práctica sexual	98	64	54	36	152
Uso de condón con la pareja estable	80	53	72	47	152
Portación de condón en la cartera	98	64	54	36	152
Relaciones sexuales con una persona con VIH SIDA	45	30	107	70	152
Relaciones sexuales con más de una persona a la vez	57	38	95	63	152
Total	622	45	746	55	1368

Fuente: Base de datos

Tabla No 22. Distribución de las respuestas correctas e incorrectas en relación a las prácticas emitidas por los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Prácticas de riesgo que tienen los estudiantes frente al VIH / SIDA	Respuestas correctas	%	Respuestas incorrectas	%	Total
Solicitud de la prueba del VIH SIDA	82	54	70	46	152
Transfusiones sanguínea previas	98	64	54	36	152
Uso de algún tipo de droga inyectada	98	64	54	36	152
Práctica de la fidelidad	54	36	98	64	152
Relaciones sexuales anales como forma de práctica sexual	54	36	98	64	152
Uso de condón con la pareja estable	80	53	72	47	152
Portación de condón en la cartera	98	64	54	36	152
Relaciones sexuales con una persona con VIH SIDA	107	70	45	30	152
Relaciones sexuales con más de una persona a la vez	95	63	57	38	152
Total	766	56	602	44	1368

Fuente: Base de datos

Tabla No 23. Clasificación de las prácticas de los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Respuestas correctas	Frecuencia	%
Práctica segura	85	56
Práctica de Riesgo	67	44
Total	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 24. Distribución de los rangos de edades en relación al nivel de conocimiento de los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Edad del encuestado	Conocimiento						Total
	Bueno		Regular		Malo		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
< 17 AÑOS	6	8	0	0	17	25	23
17-19 AÑOS	8	10	1	17	29	43	38
20-22	24	30	2	33	12	18	38
23 O MÁS	41	52	3	50	9	13	53
TOTAL	79	100	6	100	67	100	152

Fuente: Base de datos

Tabla No 25. Distribución de los rangos de edades en relación a la actitudes que tienen los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Edad del encuestado	Actitud				Total
	Adecuada		Inadecuada		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
< 17 AÑOS	0	0	23	40	23
17-19 AÑOS	31	33	7	12	38
20-22	33	35	5	9	38
23 O MÁS	31	33	22	39	53
TOTAL	95	100	57	100	152

Fuente: Base de datos

Tabla No 26. Distribución de los rangos de edades en relación a las prácticas los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Edad del encuestado	Prácticas				Total
	Práctica segura		Práctica de riesgo		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
< 17 AÑOS	2	2	21	31	23
17-19 AÑOS	19	22	19	28	38
20-22	20	24	18	27	38
23 O MÁS	44	52	9	13	53
TOTAL	85	100	67	100	152

Fuente: Base de datos

Tabla No 27. Distribución del nivel de conocimiento en relación al sexo de los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Conocimiento	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Bueno	27	39	52	63	79	52
Regular	3	4	3	4	6	4
Malo	40	57	27	33	67	44
Total	70	100	82	100	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 28. Distribución de la actitud en relación al sexo de los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Actitud	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Adecuada	36	51	59	72	95	63
No adecuada	34	49	23	28	57	38
Total	70	100	82	100	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 29. Distribución de las prácticas sexuales en relación al sexo de los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Práctica	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Segura	29	41	56	68	85	56
De riesgo	41	59	26	32	67	44
Total	70	100	82	100	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 30. Distribución del conocimiento en relación al estado civil de los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Conocimiento	Estado Civil						Total	
	Casado		Soltero		Acompañado			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Bueno	37	80	39	38	3	100	79	52
Regular	4	9	2	2	0	0	6	4
Malo	5	11	62	60	0	0	67	44
Total	46	100	103	100	3	100	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 31. Distribución de la actitud en relación al estado civil de los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Actitud	Estado civil						Total	
	Casado		Soltero		Acompañado			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Adecuada	44	96	48	47	3	100	95	63
No adecuada	2	4	55	53	0	0	57	38
Total	46	100	103	100	3	100	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 32. Distribución de las prácticas sexuales en relación al estado civil de los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Práctica	Estado civil						Total	
	Casado		Soltero		Acompañado			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Segura	40	87	42	41	3	100	85	56
De riesgo	6	13	61	59	0	0	67	44
Total	46	100	103	100	3	100	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 33. Distribución del nivel de conocimiento en relación con el año de estudio en que se encuentren los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Conocimiento	Año de estudio						Total	
	I-II		III-IV		V			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Bueno	67	54	5	25	7	100	79	52
Regular	2	2	4	20	0	0	6	4
Malo	56	45	11	55	0	0	67	44
Total	125	100	20	100	7	100	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 34. Distribución de la actitud en relación con el año de estudio en que se encuentren los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Actitud	Año de estudio						Total	
	I-II		III-IV		V			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Adecuada	70	56	20	100	5	71	95	63
No adecuada	55	44	0	0	2	29	57	38
Total	125	100	20	100	7	100	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 35. Distribución de las prácticas en relación con el año de estudio en que se encuentren los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Práctica	Año de estudio						Total	
	I-II		III-IV		V			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Segura	59	47	19	95	7	100	85	56
De riesgo	66	53	1	5	0	0	67	44
Total	125	100	20	100	7	100	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 36. Distribución del nivel de conocimiento en relación con la religión de los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Conocimiento	Religión				Total	
	Católico		No católico			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Bueno	41	46	38	61	79	52
Regular	2	2	4	6	6	4
Malo	47	52	20	32	67	44
Total	90	100	62	100	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 37. Distribución de la actitud en relación a la religión de los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Actitud	Religión				Total	
	Católico		No católico			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Adecuada	37	41	58	94	95	63
No adecuada	53	59	4	6	57	38
Total	90	100	62	100	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 38. Distribución de las prácticas sexuales en relación con la religión de los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Práctica	Religión				Total	
	Católico		No católico			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Segura	27	30	58	94	85	56
De riesgo	63	70	4	6	67	44
Total	90	100	62	100	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 39. Distribución del nivel de conocimiento en relación con la procedencia de los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Conocimiento	Procedencia				Total	
	Urbana		Rural			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Bueno	79	84	0	0	79	52
Regular	3	3	3	5	6	4
Malo	12	13	55	95	67	44
Total	94	100	58	100	152	100

Fuente: Base de datos

Tabla No 40. Distribución de la actitud en relación con la procedencia de los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Actitud	Procedencia				Total	
	Urbana		Rural			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Adecuada	41	44	54	93	95	63
No adecuada	53	56	4	7	57	38
Total	94	100	58	100	152	100

Fuente: Base de datos

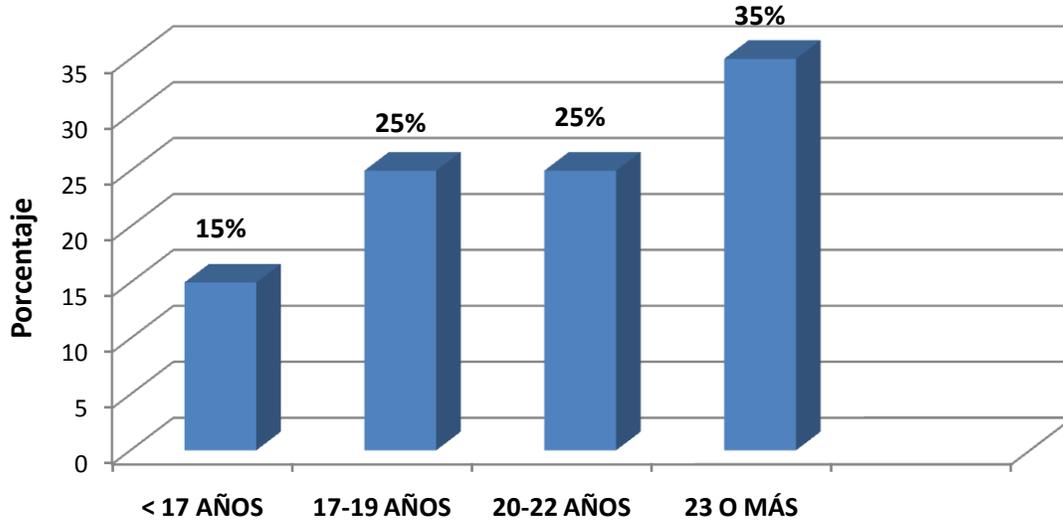
Tabla No 41. Distribución de las prácticas sexuales en relación con la procedencia de los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.

Práctica	Procedencia				Total	
	Urbana		Rural			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Segura	29	31	56	97	85	56
De riesgo	65	69	2	3	67	44
Total	94	100	58	100	152	100

Fuente: Base de datos

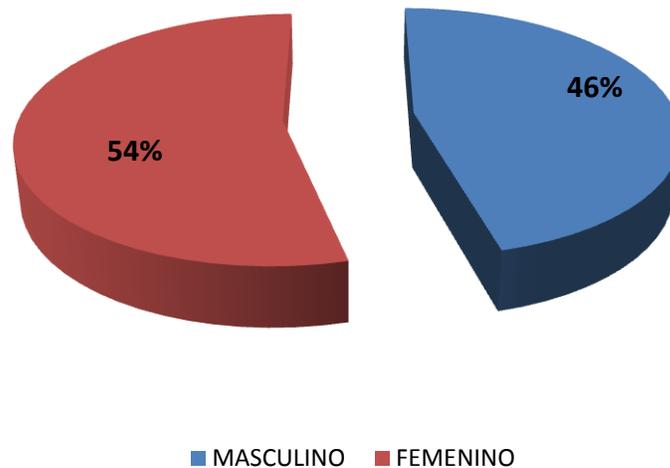
ANEXO 7: GRÁFICOS

Gráfico No 1. Porcentajes de la distribución por grupos de edad de los alumnos del turno dominical de la UHISPAM de la sede Masaya, Marzo 2013.



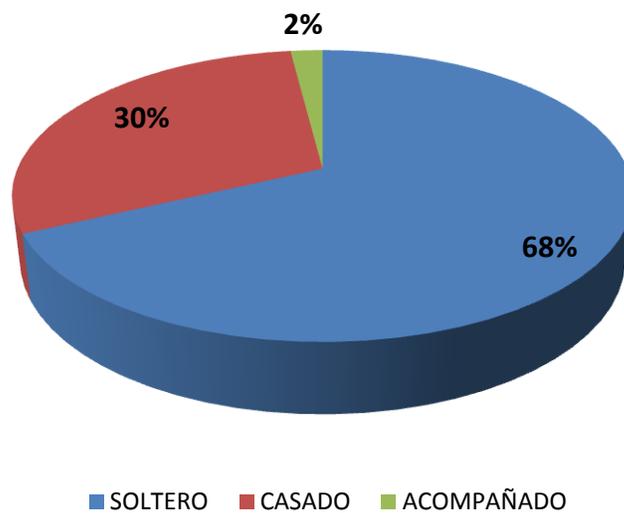
Fuente: Tabla No 1, datos socio demográficos

Gráfico No2. Porcentajes de la distribución por sexo de los alumnos del turno dominical de la UHISPAM de la sede Masaya, Marzo 2013.



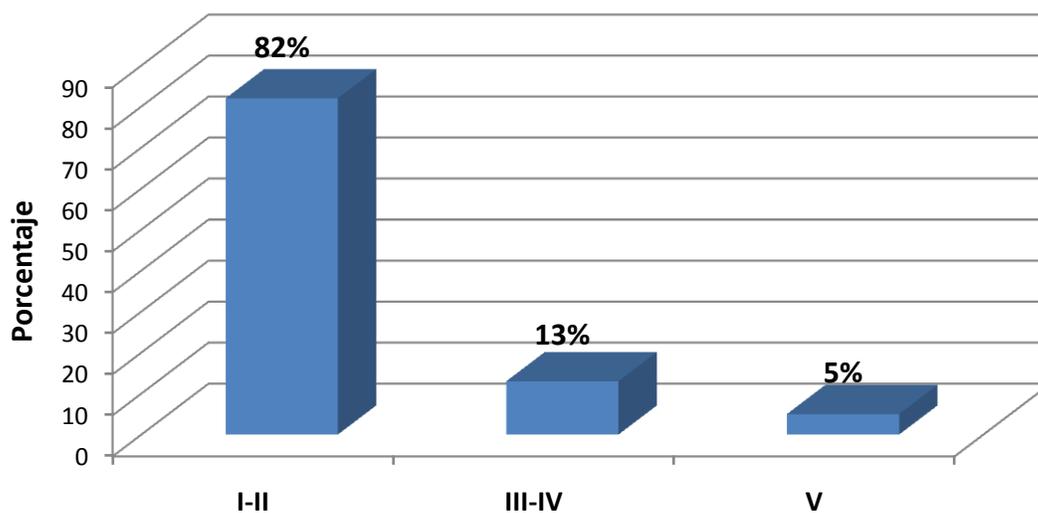
Fuente: Tabla No 1, Datos Socio demográficos

Gráfico No 3. Porcentajes de la distribución del estado civil en los alumnos del turno dominical de la UHISPAM de la sede Masaya, Marzo 2013.



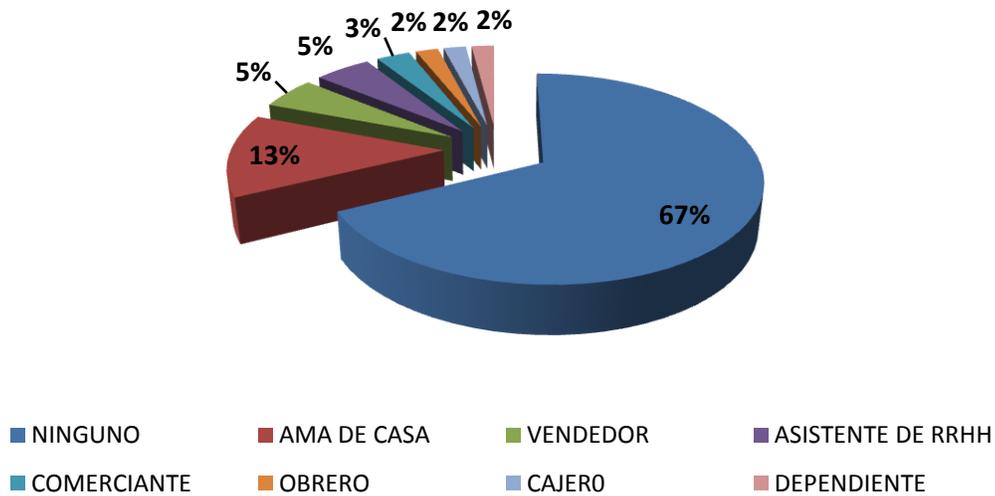
Fuente: Tabla No 2, Características Socio demográficas

Gráfico No 4: Porcentajes de la distribución del número de estudiantes por año académico en la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.



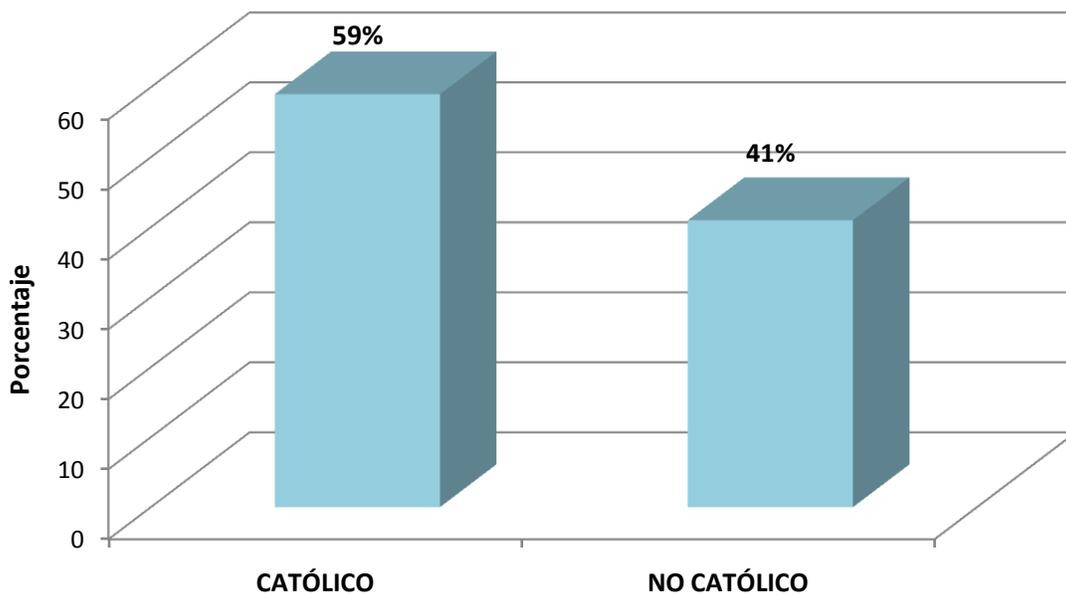
Fuente: Tabla No 3, Características sociodemográficas

Gráfico No 5, Porcentajes de la distribución de las diferentes ocupaciones de los estudiantes en la UHISPAN de la sede Masaya, Marzo 2013.



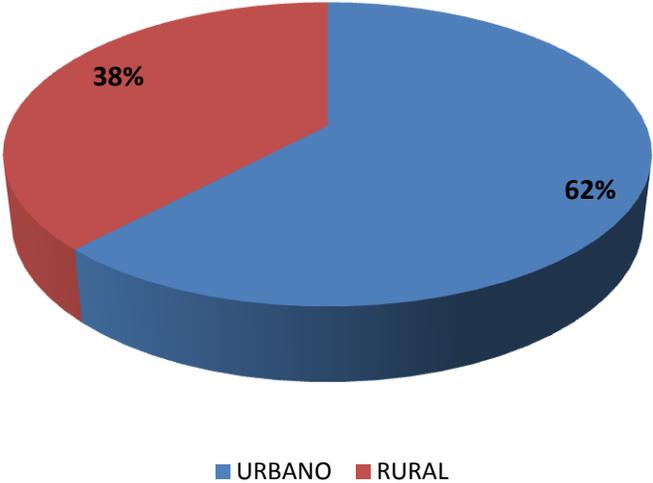
Fuente: Tabla No 4, Características sociodemográficas

Gráfico No 6: Porcentajes de la distribución por tipo de religión que profesan los estudiantes de la UHISPAN de la sede Masaya, Marzo 2013.



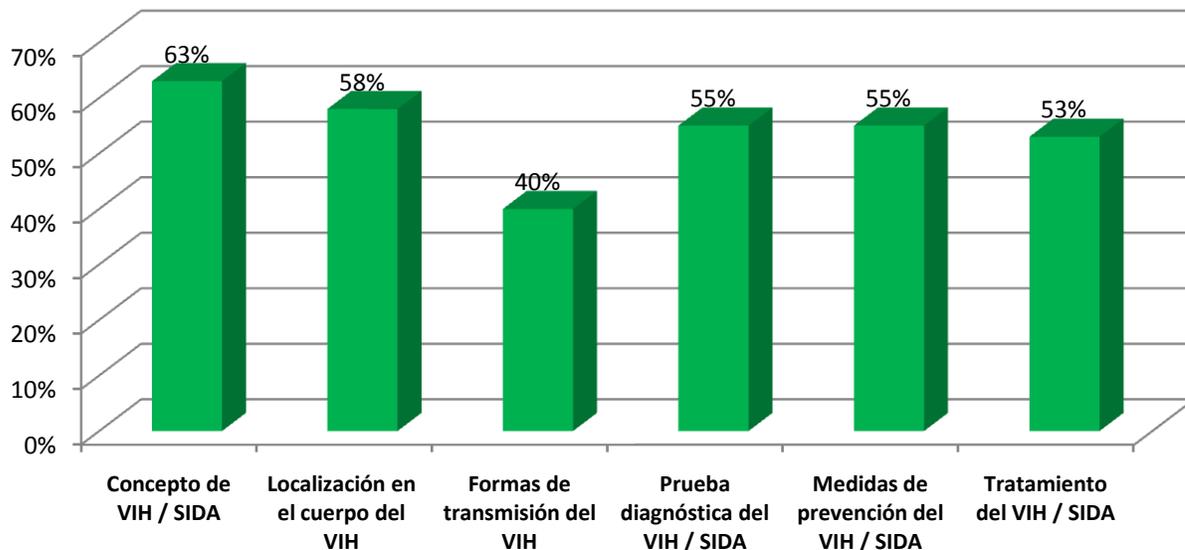
Fuente: Tabla No 5, Características Socio demográficas

Gráfico No 7: Porcentajes de la distribución según procedencia de los estudiantes de la Universidad Hispano americana de la sede Masaya, Marzo 2013.



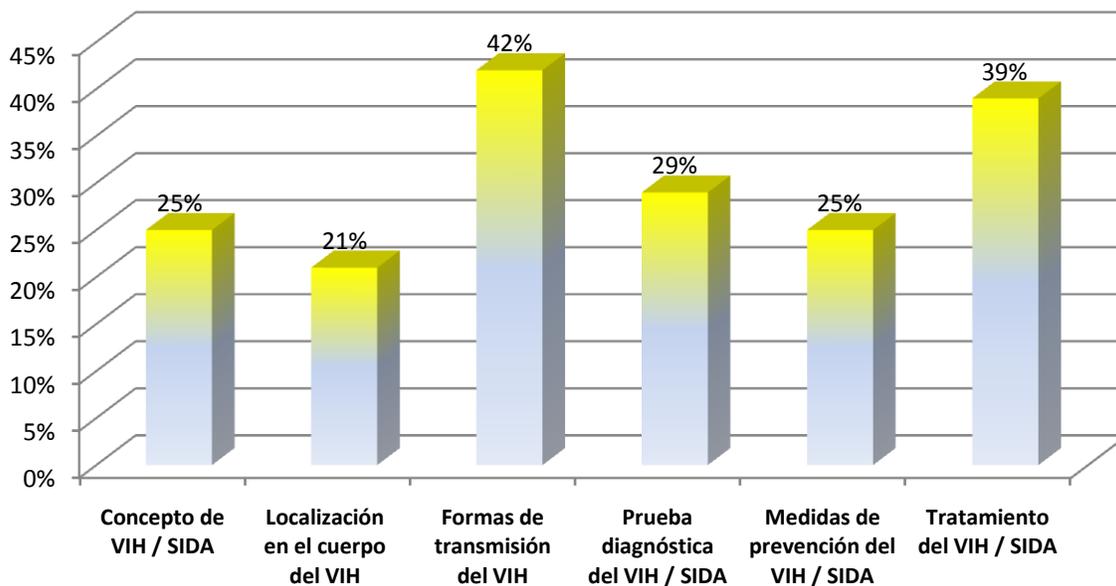
Fuente: Tabla No 6, Características socio demográficas

Gráfico No 8: Distribución de los porcentajes de respuestas correctas en relación a los conocimientos sobre VIH / SIDA en los estudiantes de la UHISPAM, de la sede Masaya, Marzo 2013



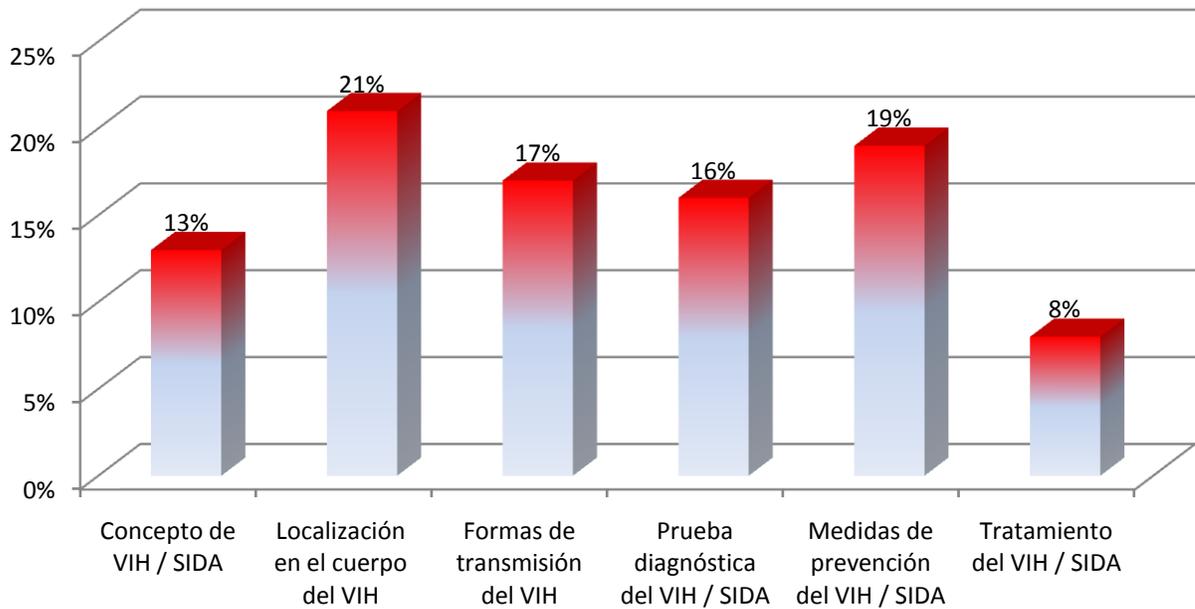
Fuente: Tabla No 8

Gráfico No 9: Distribución de los porcentajes de respuestas incorrectas en relación a los conocimientos sobre VIH / SIDA en los estudiantes de la UHISPAM de la sede Masaya, Marzo 2013.



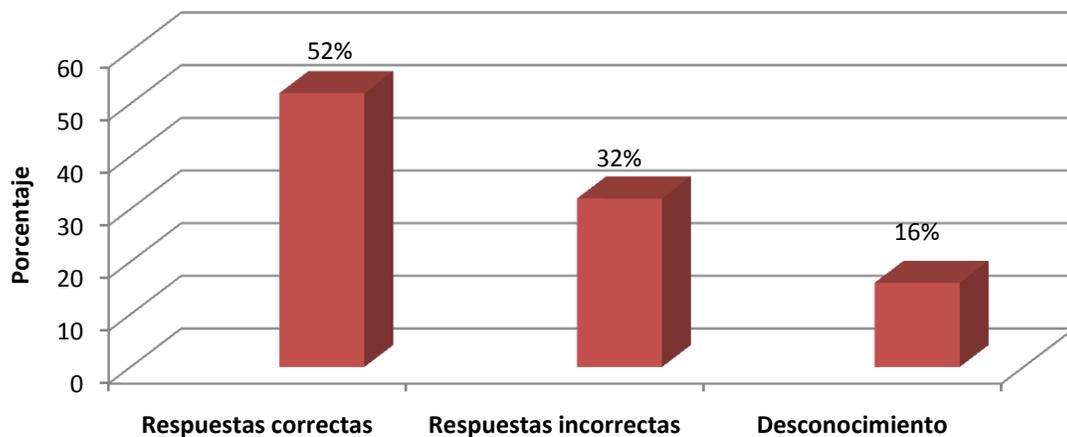
Fuente: Tabla No 8

Gráfico No 10: Distribución de los porcentajes de desconocimiento de información en relación a los conocimientos sobre VIH / SIDA en los estudiantes de la UHISPAM de la sede Masaya, Marzo 2013.



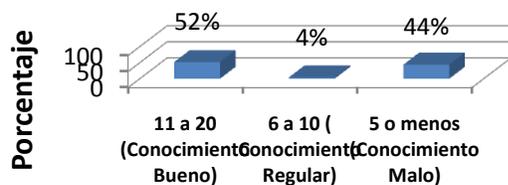
Fuente: Tabla No 8

Gráfico No 11: Distribución de los porcentajes obtenidos de las respuestas de Conocimiento sobre VIH / SIDA de los estudiantes de la UHISPAM de la sede Masaya, Marzo 2013.



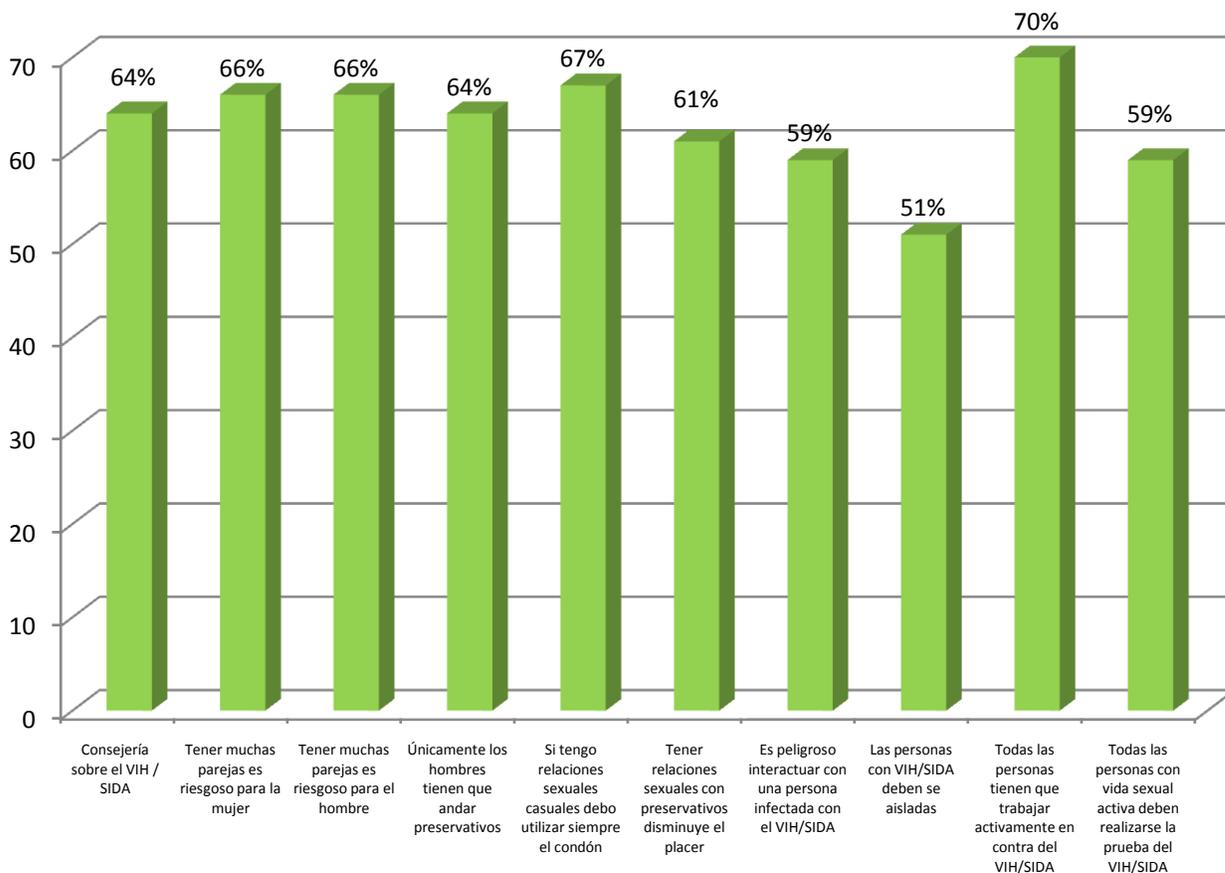
Fuente: Tabla No 8

Gráfico No 12: Clasificación del conocimiento sobre VIH / SIDA según el número de respuestas correctas en los estudiantes de la UHISPAM de la sede Masaya, Marzo 2013



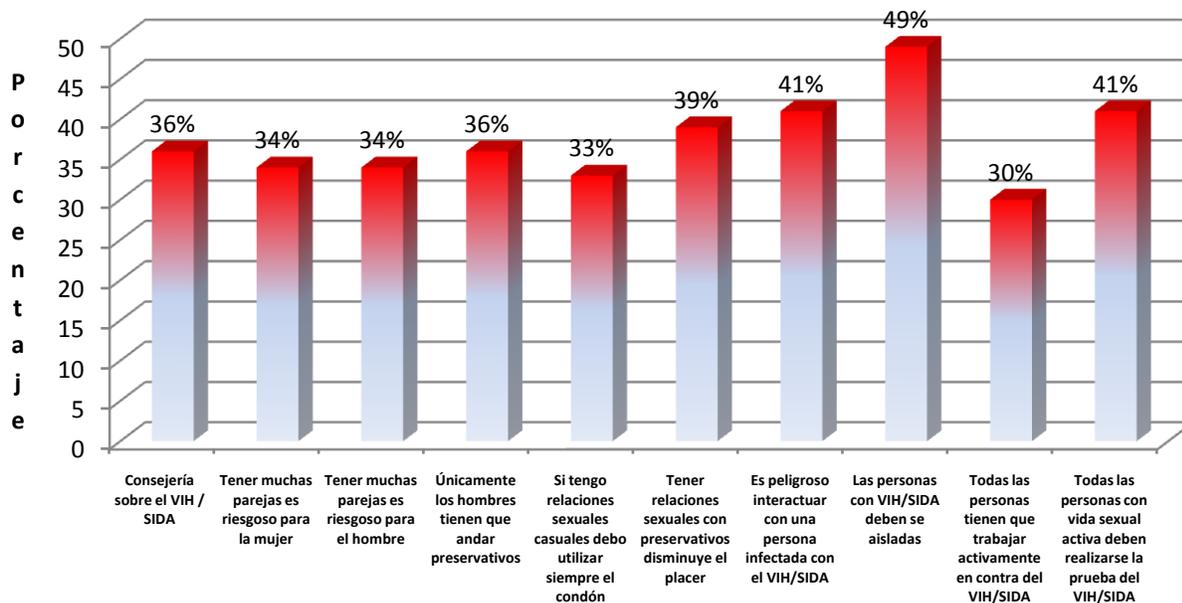
Fuente: Tabla No 9

Gráfico No 13: Distribución de los porcentajes de respuestas correctas en relación a las actitudes frente al VIH / SIDA en los estudiantes de la UHISPAM, de la sede Masaya, Marzo 2013



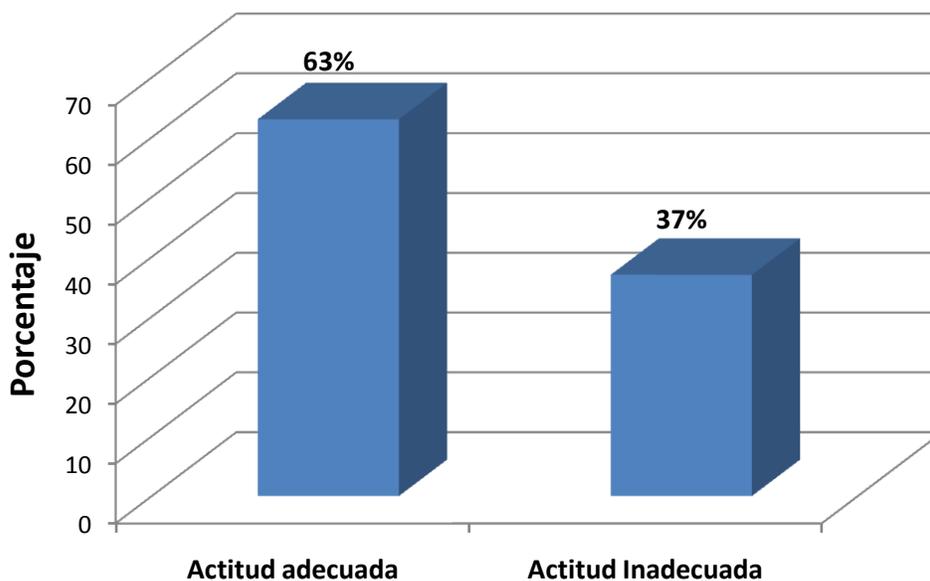
Fuente: Tabla No 19

Gráfico No 14: Distribución de los porcentajes de respuestas incorrectas en relación a las actitudes frente al VIH / SIDA en los estudiantes de la UHISPAM, de la sede Masaya, Marzo 2013



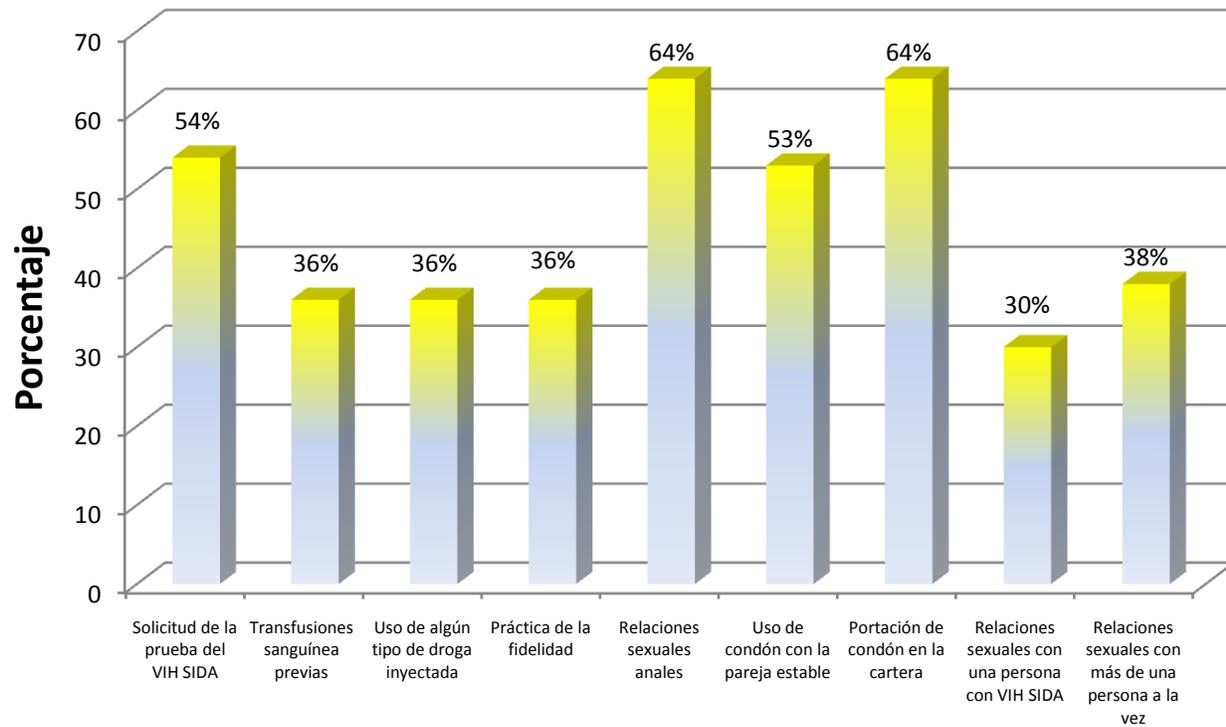
Fuente: Tabla No 19

Gráfico No 15: Clasificación de la actitud frente al VIH / SIDA según rango de respuestas correctas en los estudiantes de la UHISPAM de la sede Masaya, Marzo 2013.



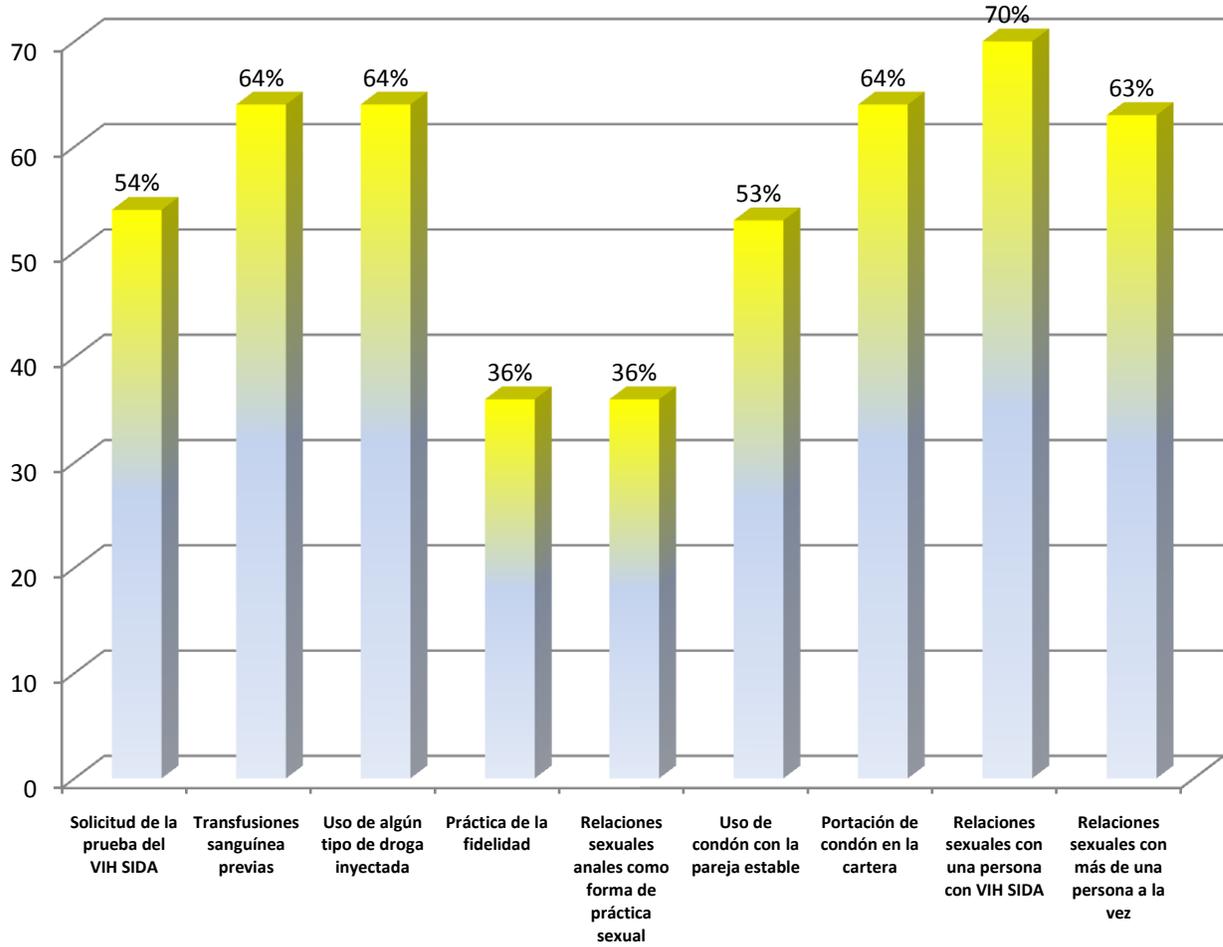
Fuente: Tabla No 20

Gráfico No 16: Porcentaje de respuestas contestadas de forma positiva en relación a las prácticas de los estudiantes de la UHISPAM de la sede Masaya, Marzo 2013



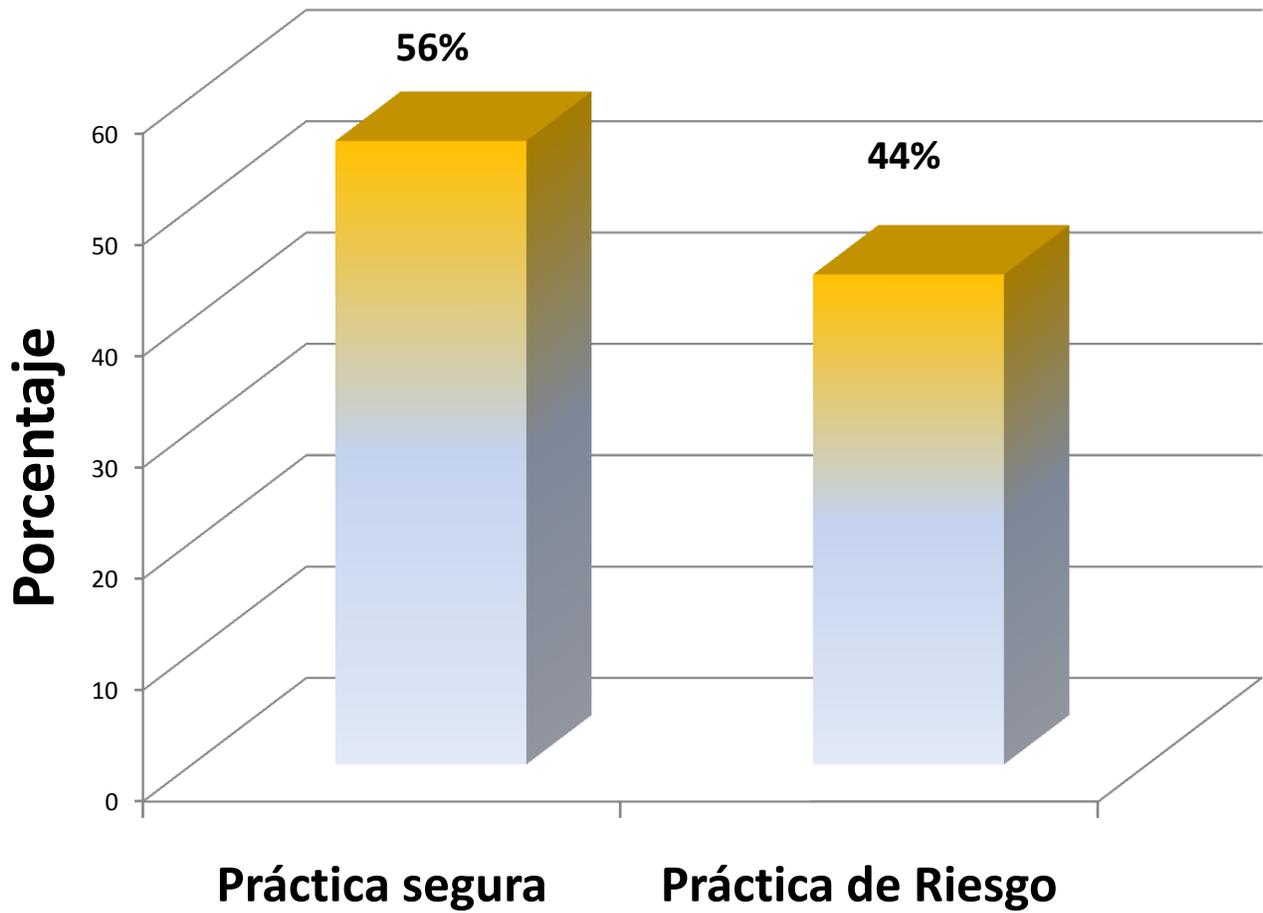
Fuente: Tabla No 21

Gráfico No 17: Distribución de los porcentajes de respuestas correctas en relación a las prácticas de los estudiantes de la UHISPAM, de la sede Masaya, Marzo 2013



Fuente: Tabla No 22

Gráfico No 18: : Clasificación de las prácticas según porcentaje de respuestas correctas de los estudiantes de la UHISPAM de la sede Masaya, Marzo 2013.



Fuente: Tabla No 23