

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Obstetricia y Puericultura



Relación entre el conocimiento sobre VIH/SIDA y Prácticas Coitales en escolares del 4to y 5to de Secundaria de la I. E. “Francisco Javier de Luna Pizarro” de Arequipa, 2015

Tesis presentada por las bachilleres:

Juana Yris Galdos Acosta.

Daniela Maria Saico Molleapaza.

Para optar el Título Profesional de Licenciadas en Obstetricia

Arequipa - Perú

2015

DEDICATORIA

Agradezco principalmente a Dios por haberme permitido llegar hasta este punto, dándome fortaleza y salud para lograr mis objetivos. A mis padres, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida. A mis tíos porque creyeron en mí y porque me impulsaron en los momentos más difíciles de mi carrera, apoyaron en el desarrollo y cumplimiento en una de tantas metas. A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar. Agradezco a mi familia, porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final.

Todo este trabajo va por ustedes por lo que valen porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho por mí. Gracias a todos ustedes.

Juana Yris Galdos Acosta.

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 mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo. A mis hermanos, gracias por estar conmigo y apoyarme siempre, los quiero mucho. A mi cuñado por estar siempre conmigo y por todos sus consejos.

Daniela Maria Saico Molleapaza.



"La diferencia entre una persona de éxito y otros no es la falta de fuerza, no una falta de conocimiento, sino más bien una falta de voluntad."

Vince Lombardi



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	1
EPÍGRAFE.....	2
ÍNDICE GENERAL	3
RESUMEN.....	5
SUMMARY	6
INTRODUCCIÓN	7

CAPITULO I

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	8
1. PROBLEMA DE INVESTIGACION	8
1.1. Enunciado del Problema	8
1.2. Descripción del Problema	8
1.3. Justificación del Problema	10
2. Objetivos	11
3. MARCO TEÓRICO.....	12
3.1.Marco Conceptual	12
3.1.1. Virus Inmunodeficiencia Humana y Síndrome Inmuno Deficiencia Adquirida ..	12
3.1.2. Prácticas coitales	32
3.2.Análisis de Antecedentes Investigativos.....	36
4. Hipótesis.....	43

CAPITULO II

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	44
------------------------------------	----

CAPITULO III

III. RESULTADOS.....	49
DISCUSIÓN	76
CONCLUSIONES	79
SUGERENCIAS	80

BIBLIOGRAFIA	81
HEMEROGRAFIA	82
WEBGRAFIA	83
ANEXOS	86
Anexo 1:SOLICITUD	87
Anexo 2:CUESTIONARIO	88
Anexo 3:ESCALA DE CALIFICACIÓN	92
Anexo 4:CROQUIS	96
Anexo 5:MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN	97



RESUMEN

Los conocimientos superficiales sobre sexualidad y prevención del VIH/SIDA en adolescentes pueden influir en una elevada frecuencia de SIDA en jóvenes.

Objetivo: Establecer la relación entre el conocimiento sobre VIH/SIDA y Prácticas coitales en escolares de 4to y 5to de Secundaria de la I. E. “Francisco Javier de Luna Pizarro” de Arequipa, 2015.

Material y métodos: Se aplicó una ficha de datos y un cuestionario validado de conocimientos y otro de prácticas hacia el VIH/SIDA en estudiantes que cumplieron los criterios de selección. Los resultados se muestran mediante estadística descriptiva y se relacionan variables cualitativas mediante prueba de independencia chi cuadrado, considerando significativa una diferencia de $p < 0.05$.

Resultados: Se encuestaron 134 estudiantes, 36.57% de cuarto año y 63.43% de quinto año de secundaria. El 62.69% de estudiantes fueron varones y 37.31% mujeres. La religión predominante en todos los estudiantes fue la católica (50%) seguida de los cristianos (14.93%). El 52.24% de familias estuvieron integrados por padre, madre y hermanos, en 24.63% sólo por la madre, 5.22% sólo por el padre, en 2.24% por los abuelos. El nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA fue deficiente en 36.57%, regular en 50.00% y bueno en 13.43% de estudiantes sin diferencias significativas entre los alumnos de cuarto y quinto año ($p > 0.05$). El 34.33% de estudiantes manifestó haber tenido actividad coital.

Conclusión: El nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA en escolares de 4to y 5to de Secundaria evaluados es regular, y un tercio de alumnos ha iniciado su vida sexual, por lo que se requiere de educación y promoción de la salud sexual y reproductiva en este grupo de edad.

No hubo una relación significativa ($p > 0.05$) entre el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y la práctica de relaciones coitales ($p > 0.05$).

PALABRAS CLAVE: Conocimiento - VIH/SIDA - Prácticas coitales - adolescentes

ABSTRACT

Superficial knowledge about sexuality and HIV/AIDS prevention among teenagers can be related to a high incidence of AIDS among young people.

Objective: To establish the relationship between knowledge about HIV / AIDS and coital practices in 4th and 5th school Secondary E I "Francisco Javier de Luna Pizarro " of Arequipa, 2015.

Methods: A fact sheet and a validated questionnaire and a practical knowledge about HIV / AIDS among students who met the selection criteria were applied. The results are shown using descriptive statistics and qualitative variables are related by chi square test of independence, considering a significant difference of $p < 0.05$.

Results: From 134 students, 36.57% were on fourth year and from 63.43% in fifth year of high school; 62.69% of the students were male and 37.31% female. The predominant religion in all students was Catholic (50%) followed by Christians (14.93%). The 52.24% of families were composed of father, mother and brothers, in 24.63% by the mother alone, 5.22% only by the father, in 2.24% by grandparents. The level of knowledge on HIV / AIDS was poor in 36.57%, 50.00% regular and good in 13.43% of students no significant difference between students in the fourth and fifth year ($p > 0.05$). The 34.33% of students reported having had coital activity.

Conclusions: The level of knowledge about HIV / AIDS in 4th and 5th grade students is regular, and a third of students have started their sexual life, so it requires education and promotion in sexual and reproductive health this age group. There was no significant relationship ($p > 0.05$) between the level of knowledge about HIV / AIDS and the practice of sexual relations ($p > 0.05$).

KEYWORDS: Knowledge - HIV / AIDS - coital practices - teenagers

INTRODUCCIÓN

Se sabe que aproximadamente una tercera parte de casos de SIDA en el Perú afectan a jóvenes entre 20 y 29 años de edad, notándose que existe un incremento porcentual de los casos entre los 20 años y 24 años. Considerando que el intervalo entre la infección primaria y el desarrollo de las condiciones que señala la evolución hacia el SIDA, tiene un promedio de ocho años¹, entonces el contagio fue entre los 14-20 años.

El inicio de relaciones coitales cada vez más tempranas, el cambio de parejas, la falta de concientización y protección, hacen que los adolescentes sean un grupo etario con mayor riesgo de contraer el VIH o de aumentar la probabilidad de enfermar.

Investigaciones recientes nos revelan que los conocimientos sobre sexualidad y la prevención del VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes son superficiales y no llevan a un cambio, en relación a su protección en todas y cada una de las relaciones coitales.

Este es el contexto que nos motivó a realizar el presente estudio , aplicándolo a adolescentes que se encuentran en edad escolar, específicamente a los que cursan el 4to y 5to de secundaria, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento que tienen sobre VIH / SIDA y sus prácticas coitales, todo esto con el propósito de conocer la magnitud del problema en Arequipa y sea una referencia importante para el diseño y la fundamentación de estrategias educativas que permitan la prevención de VIH/SIDA.

¹ MINISTERIO DE SALUD, Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú; pág. 1.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

Relación entre el conocimiento sobre VIH/SIDA y Prácticas coitales en escolares de 4to y 5to de Secundaria de la I. E. “Francisco Javier de Luna Pizarro” de Arequipa, 2015.

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Campo : Ciencias de la Salud
- Área general : Salud Sexual y Reproductiva
- Línea : Conocimiento VIH/SIDA y Prácticas Coitales

b) Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Conocimiento sobre VIH/SIDA	➤ Concepto VIH/SIDA	➤ Definición VIH/SIDA ➤ Fisiopatología VIH/SIDA ➤ Periodo de ventana ➤ Pruebas de diagnóstico
	➤ Vía de transmisión del VIH	➤ Transmisión sexual ➤ Transmisión Sanguínea ➤ Transmisión Vertical
	➤ Prevención del VIH	➤ Abstinencia ➤ Relación monógama ➤ Uso del condón

Prácticas Coitales	➤ No tiene relaciones coitales	
	➤ Si tiene relaciones coitales	➤ Edad de primera relación coital
		➤ Número de parejas coitales
		➤ Frecuencia de Relaciones Coitales
		➤ Uso del preservativo

c) Interrogantes básicas

- ✓ ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA en escolares del 4to y 5to de Secundaria de la I.E. “Francisco Javier de Luna Pizarro” de Arequipa, 2015?
- ✓ ¿Comparar la relación entre el nivel de conocimiento y prácticas coitales entre escolares de 4to y 5to de secundaria de la I.E. “Francisco Javier de Luna Pizarro” de Arequipa, 2015?
- ✓ ¿Cuáles son las prácticas coitales en escolares de nivel secundario del 4to y 5to de Secundaria de la I.E. “Francisco Javier de Luna Pizarro” de Arequipa, 2015?
- ✓ ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y las prácticas coitales en escolares del 4to y 5to de Secundaria de la I.E. “Francisco Javier de Luna Pizarro” de Arequipa, 2015?

d) Tipo de Investigación

La presente investigación es un estudio de campo.

e) Nivel de investigación.

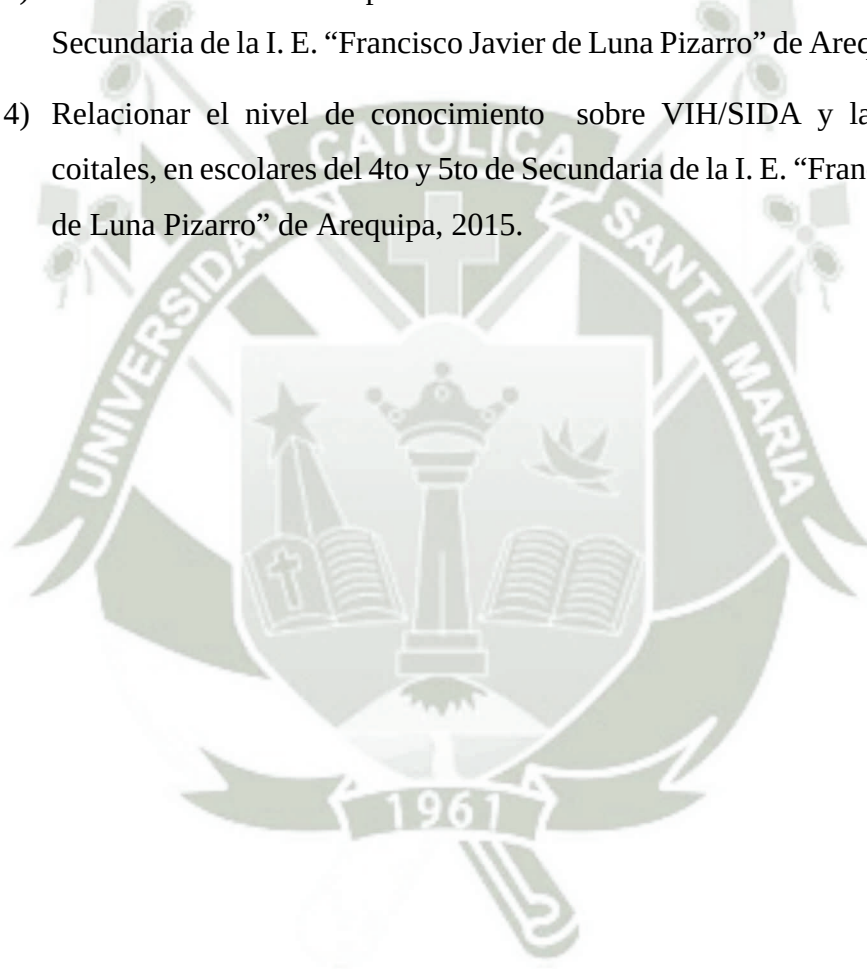
Se trata de un estudio Explicativo y comparativo, de corte transversal.

1.3. Justificación del problema

- **Relevancia Contemporánea:** Por las elevadas tasas de VIH y SIDA que se están presentando en este grupo etario, por el inicio temprano de las relaciones coitales. Los jóvenes no pueden protegerse si no conocen los conceptos básicos sobre el VIH/SIDA. Los adolescentes deben conocerlos antes de que sean sexualmente activos y la información debe reforzarse y actualizarse con regularidad, tanto dentro como fuera del aula.
- **Interés y Motivación Personal:** Lo que se busca es identificar el nivel de conocimiento en relación al VIH/SIDA de los adolescentes. Dado que, es fundamental que se disponga de un nivel de conocimiento adecuado, ya que nuevos estudios han concluido que una enorme cantidad de jóvenes no tiene idea de cómo se propaga el VIH/SIDA ni de cómo protegerse, indicios nuevos que demuestran por qué los jóvenes son un grupo etario fundamental para derrotar la infección de VIH/SIDA.
- **Relevancia Social:** El presente trabajo nos proporciona información valiosa, respecto a la información que reciben los alumnos de 4to y 5to en los temas de VIH/SIDA y salud sexual. A su vez contribuirá de forma importante en el futuro, aportándoles nuevos conocimientos y el aplazamiento del inicio de las prácticas coitales. Sin los conocimientos y habilidades para la vida necesarios, los adolescentes más jóvenes tienen menos posibilidades de protegerse del VIH. Este contexto nos motivó a realizar el presente estudio aplicado a adolescentes que se encuentran en el 4to y 5to grado de Secundaria.
- **Factibilidad:** Por la disponibilidad de las unidades de estudios y el interés de éstos, sobre el presente tema.
- **Contribución Académica:** Lograremos una importante contribución académica al campo de las Ciencias de la Salud y la carrera de Obstetricia, porque nos permitirá evidenciar los posibles vacíos en su desarrollo cognitivo a lo largo de su vida, y la importancia que tiene la asesoría por parte del personal de salud en la prevención del VIH/ SIDA desde los colegios.

2. Objetivos.

- 1) Identificar el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA, en los escolares del 4to y 5to de Secundaria de la I. E. “Francisco Javier de Luna Pizarro” de Arequipa, 2015.
- 2) Establecer la comparación entre el nivel de conocimiento y prácticas coitales entre escolares de 4to y 5to de secundaria de la I.E. “Francisco Javier de Luna Pizarro” de Arequipa ,2015
- 3) Conocer cómo son las prácticas coitales en escolares del 4to y 5to de Secundaria de la I. E. “Francisco Javier de Luna Pizarro” de Arequipa, 2015.
- 4) Relacionar el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y las prácticas coitales, en escolares del 4to y 5to de Secundaria de la I. E. “Francisco Javier de Luna Pizarro” de Arequipa, 2015.



3. MARCO TEÓRICO

3.1. MARCO CONCEPTUAL

3.1.1. Virus Inmunodeficiencia Humana y Síndrome Inmuno Deficiencia Adquirida

La pandemia actual arrancó en África Central; pero paso inadvertida mientras no empezó a afectar a la población de países ricos². La muestra más antigua que se sepa que contenía VIH fue tomada en 1959 a un marino británico, quien aparentemente la contrajo en lo que ahora es la República Democrática del Congo, otras muestras que contenían el virus fueron encontradas en un hombre estadounidense que murió en 1969 y en un marino noruego en 1976. A medida que los primeros infectados viajaron por el mundo fueron llevando la enfermedad a varias ciudades de distintos continentes.

La comunidad médica se percató por vez primera de la existencia del VIH/SIDA en Junio de 1981. “Los especialistas propusieron diferentes teorías sobre el surgimiento del VIH. Algunos dijeron que era un arma creada por el hombre con el objetivo de ser utilizados en una guerra biológica, otros que había pasado de algunas especies de mono al hombre y que surgió de una mutación genética que lo hizo más letal, incluso no faltó quien lo relacionara con una maldición divina, como castigo a las conductas pecaminosas de los hombres. En nuestros días la teoría más aceptada sobre el origen del VIH, basada en evidencias de sueros guardados hasta la fecha, es que este virus ya existía desde la década del 50 y se diseminó fácilmente por el mundo. Esto coincidió con la liberación sexual de los años sesenta y la facilidad de comunicaciones rápidas en el orbe”.³

Su etiología fue descubierta en 1983, desde entonces el SIDA se ha convertido en una pandemia mundial. La pandemia del VIH sigue

². CANALES RÁZURI Y., MORALES DÁVILA f. Actitud Del Personal De Salud Profesional Asistencial Hacia Las Personas Viviendo Con El VIH/SIDA. Del Hospital II – 2 Minsa Tarapoto. [en línea]; 2011[fecha de acceso 05 de junio del 2015] URL disponible en :

http://intranet.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyectos/archivo_104_Binder1.pdf

³ PÉREZ, F.; ÁLVAREZ, A.; FONSECA, N. Conociendo sobre VIH. [en línea]Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2004[fecha de acceso 15 de junio del 2015] URL disponible en: <http://www.cubaeduca.cu/medias/pdf/MANUAL-CONOCIENDO-VIH.pdf>

constituyendo uno de los desafíos más importantes en enfermedades infecciosas para la salud pública.

Al principio se describió como una enfermedad que afectaba principalmente a varones homosexuales, pero el SIDA se identificó enseguida en muchos otros grupos de riesgo y se hizo evidente que estaba causado por un agente infeccioso que se transmitía a través de relaciones sexuales, por vía parenteral a través de transfusiones y del uso de drogas inyectadas, así como en el periodo perinatal por la vía materno – fetal.⁴

La pandemia del VIH/SIDA y el reconocimiento de la gravedad del impacto de otras infecciones de transmisión sexual, han ocasionado desde su aparición un enorme desafío a la humanidad. Durante los últimos años ha crecido el interés por fortalecer las respuestas nacionales y regionales dirigidas a la prevención y control del VIH/SIDA. La Organización Panamericana de la Salud, en sus sesiones extraordinarias, ha colaborado en proveer el marco de apoyo que permitirá fortalecer las acciones de prevención y atención del VIH/SIDA en los países de la región. De esta forma es que, durante la sesión extraordinaria sobre VIH/SIDA (Washington, Junio 2001), en presencia de líderes políticos de más de 170 países, se fijaron líneas de acción y metas para las naciones congregadas, tales como: Liderazgo, prevención, atención apoyo, tratamiento y derechos humanos.⁵

3.1.1.1.Descripción y Epidemiología.

El primer caso de SIDA se diagnosticó en el Perú en 1983, dos años después de que lo hicieran en Estados Unidos. Desde esa fecha la epidemia ha avanzado de manera sostenida, siendo actualmente uno de los problemas más serios a los que debemos enfrentar dada su particular manera de

⁴ GOLDMAN, Lee; SHAFER, Andrew. Cecil y Goldman-Tratado de Medicina Interna, 2v. España: Elsevier, 2013.

⁵MINSA. Compromiso del gobierno por conservar la salud de los peruanos. [En línea] Lima Ministerio de Salud; 2014 [fecha de acceso 13 de enero del 2015] URL disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/PortalMINSA/efemerides/sida/sida1.htm>.

transmisión. Esto por ser una enfermedad de larga evolución con una etapa asintomática prolongada, y con componentes ligados a los comportamientos y actitudes que la hacen difícil de manejar⁶.

Solo en el 2014, se reportaron en el Perú 3349 nuevos casos de pacientes infectados con VIH y 1056 casos de SIDA (856 casos de varones y 200 mujeres infectados con el VIH/SIDA), donde la mayoría de casos se encuentran entre Lima y Callao, afectando mayormente a las personas entre 20 a 44 años. Desde 1983 hasta el 2014 se tiene conocimiento del reporte de 32056 casos de SIDA y 56018 casos de VIH, notificados al 31 de diciembre del 2014.

En Arequipa solo el año 2014 se notificaron 109 casos de VIH y 74 casos de SIDA, Según la Red Nacional de Estadística del MINSA (Ministerio de Salud del Perú).⁷

La epidemia de VIH ha ocurrido en “oleadas” en diferentes regiones del mundo, cada una de las cuales ha tenido características un poco diferentes con base en las características demográficas del país y de la región en cuestión, así como del momento de la introducción del VIH a la población.

La epidemia por SIDA se identificó por primera vez en Estados Unidos y poco después en Europa Occidental pero es muy probable que haya iniciado en África subsahariana región que ha sido en particular devastada por la epidemia.

La región del sureste de África es la más afectada. En ocho países del sur del continente africano los datos disponibles en cuanto a seroprevalencia indican que más de 10 % de la población adulta entre 15 a 49 años de edad está infectada con VIH.

⁶INPPARES. El SIDA un problema de todos. Revista Salud, Sexualidad y Sociedad 1(1,2), 2008. [en línea] [fecha de acceso 05 de junio del 2015] URL disponible en: <http://www.inppares.org/revistass/Revista%201%202008/12%20Comunicaciones%20SIDA%20WEB.htm>

⁷ MINSA. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín epidemiológico mensual noviembre 2014. [En línea] Lima Ministerio de Salud; 2014 [fecha de acceso 16 de febrero del 2015] URL disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/boletin_2014/noviembre.pdf.

Al final de 2009 se calculó que en el este, sur y sureste de Asia había 4.9 millones de personas infectadas con VIH. En esta región del mundo, la prevalencia nacional de VIH es más alta en los países del sureste asiático, con amplias variaciones en las tendencias entre las distintas naciones.

La epidemia va en crecimiento en el este de Europa y el centro de Asia, donde cerca de 1.4 millones de personas vivían con VIH al final de 2009. La Federación Rusa y Ucrania tienen la mayor parte de los casos de VIH en la región; la seroprevalencia entre los adultos de Ucrania es de 1.1%, la más alta de Europa.

En Latinoamérica y el Caribe, casi 1.6 millones de personas viven con VIH/SIDA. Brasil es el país con el mayor número de personas infectadas con VIH en la región. Sin embargo, la epidemia se ha reducido en dicho país por el tratamiento y prevención exitosos. Los varones homosexuales representan la mayor proporción de infecciones por VIH en Centroamérica y Sudamérica. La región del Caribe tiene la prevalencia regional más alta de seroprevalencia en adultos después de África, debido en gran parte, a la enorme cantidad de casos en Haití. La transmisión heterosexual a menudo vinculada con el trabajo sexual, es el principal promotor de la transmisión en la región.

En Norteamérica, Europa occidental y central, y Oceanía, alrededor de 2.4 millones de personas viven con VIH/SIDA. El número de infecciones nuevas entre los varones homosexuales ha aumentado en el último decenio, sobre todo en áreas con ingresos elevados, mientras que las infecciones nuevas entre los heterosexuales se han estabilizado y han disminuido entre los consumidores de drogas inyectadas⁸

Los principales objetivos en la educación preventiva contra el VIH/SIDA, deben ser encaminada a preparar a los y las adolescentes a adoptar actitudes y comportamientos que reduzcan los riesgos de contraer algunas de estas infecciones y contribuir a erradicar la discriminación contra las personas

⁸ LONGO, D.L., Kasper, D.L., Jameson, J.L., Fauci, A.S., Hauser, S.L., & Loscalzo, J. Harrison. Principios de Medicina Interna. 18ª edición. México, D.F.: Mc Graw Hill Interamericana Editores; 2012. p1516-1517.

que viven con el VIH/SIDA. Según información basada en un estudio realizado en Colombia, “La educación destinada a jóvenes como herramienta de prevención en VIH/sida”, indican que el aprendizaje acerca del VIH/SIDA e ITS, tiene más impacto sobre el comportamiento cuando se lo imparte en un contexto de aprendizaje de competencias para la vida⁹, de esta forma la educación para la prevención de ITS, VIH/SIDA debería ser orientada no solo a la incorporación de conocimientos sino también al desarrollo de capacidades relacionadas con el juicio crítico, la resolución de problemas y la toma de decisiones con asertividad.

3.1.1.2. Definición VIH.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define al VIH como el virus de la inmunodeficiencia humana que infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades.

El VIH es un retrovirus del género Lentivirus que pertenece a la familia Retroviridae. Se caracteriza por poseer un genoma viral formado por ácido ribonucleico (ARN) y una enzima catalizadora, la transcriptasa reversa, que lo transcribe a DNA de doble cadena, el cual durante el proceso de replicación se integra como provirus al cromosoma celular¹⁰. Al igual que el resto de los virus no puede vivir de forma independiente sino dentro de una célula y tiene como particularidad que invade y destruye principalmente los linfocitos CD4, que son los que dirigen la respuesta inmune. El VIH busca células del sistema inmunitario que tenga receptores de superficie CD, porque este receptor especial permite al virus unirse a la célula. Aunque el

⁹ ESTRADA, John Harold. La educación destinada a jóvenes como herramienta de prevención en VIH/sida. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 2007, vol. 25, no 1, p. 61-70.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2007000100008&script=sci_arttext

¹⁰ SCHWARCZ, R. L., Fescina, R. H, Duverges, C.A. Obstetricia. 6ª edición. Buenos Aires: El ateneo; 2005. Pag 337.

VIH infecta varias células, tiene preferencia por el linfocito T, un leucocito que posee numerosos receptores CD4. Después de unirse a la célula CD4, el VIH transfiere su material genético y enzimas vitales al interior de la célula, donde se integra con el material genético de la célula huésped, produciéndose una nueva generación de VIH. Los períodos de mayor transmisibilidad del VIH/SIDA, corresponden con los períodos de mayor viremia; al inicio de la infección y en la fase más avanzada de la enfermedad.

Hasta ahora se conocen dos tipos de VIH (Virus Inmunodeficiencia Humana):

- **VIH 1:** distribuido por todo el mundo, con mayor virulencia.
- **VIH 2:** se encuentra fundamentalmente en África Occidental, al parecer es más difícil de transmitir y con mayor período de incubación.

3.1.1.3. Definición SIDA.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH, tal definición es dada por la OMS (Organización Mundial de la Salud).

Es un complejo cuadro clínico que ataca el sistema inmunológico, debilitando las defensas naturales del organismo contra microbios (virus, bacterias u hongos), quedando la persona vulnerable a una gran cantidad de infecciones y enfermedades potencialmente mortales, que no lo dañarían si tuviera un sistema inmunológico sano.

3.1.1.4. Fisiopatología de VIH.

Constituye la pandemia de este siglo, la del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

El VIH se replica activamente durante todo el curso de la infección produciendo diariamente hasta 1010 viriones genéticamente distintos lo que

se relaciona con escape inmune, incremento en la patogenicidad. La replicación viral persistente ocasiona por diferentes mecanismos, destrucción de linfocitos T CD4+ e inmunodeficiencia¹¹.

A. Aspectos generales de la evolución de la infección por VIH.

La evolución típica de la infección por VIH no tratada puede extenderse a lo largo de un decenio.

Las etapas incluyen la infección primaria, la diseminación del virus a órganos linfoides, la fase de latencia clínica, la mayor expresión de VIH, la aparición de enfermedad clínica y la muerte. El lapso que media entre la infección primaria y la evolución hasta llegar a la enfermedad clínica es en promedio de 10 años. Los sujetos no tratados suelen morir en un plazo de dos años de haber comenzado los síntomas clínicos.

Después de la infección primaria hay un lapso de 4 a 11 días entre la infección de la mucosa y la viremia inicial y se detecta a esta última durante ocho a 12 semanas.

En este lapso se disemina ampliamente el virus en todo el organismo y queda sembrado en órganos linfoides. En muchos enfermos (50 a 75%), tres a seis semanas después de la infección primaria aparece un síndrome agudo similar a la mononucleosis. En esta fase temprana disminuye notablemente el número de linfocitos TCD4 circulantes. Una semana a tres meses después de la infección surge una respuesta inmunitaria al VIH, disminuye el número de virus en el plasma y aumentan los niveles de linfocitos CD4. Sin embargo, la respuesta inmunitaria no elimina del todo la infección y en los ganglios linfáticos persisten células infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana. El periodo mencionado de latencia clínica puede durar incluso 10 años, y en ese lapso se advierte muy intensa y constante replicación viral.

La semivida del virus en el plasma es de unas 6 h y el ciclo vital del virus (desde el momento de la infección de una célula hasta que surgen nuevos hijos, que infectan a las células siguientes), es de 2.6 días, en

¹¹SOTO RAMÍREZ, Luis Enrique. Fisiopatología y tratamiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Rev. invest. clín.*, 2000, vol. 52, no 1, p. 60-71.

promedio. Al parecer tienen velocidades grandes de renovación, los linfocitos T CD4, los principales elementos de los que dependería la producción de los virus. La semivida de los linfocitos mencionados, una vez infectados en forma productiva es de 1.6 días, aproximadamente. Ante la rápida proliferación de los virus y la cifra de error inherente de la transcriptasa inversa de VIH, se ha calculado que cada nucleótido del genoma VIH probablemente experimenta mutación todos los días.

Al final el enfermo terminará por mostrar síntomas generales y enfermedad clínicamente manifiesta, en la forma de infecciones por oportunistas o neoplasias. Es posible detectar fácilmente en el plasma números grandes de virus en las etapas avanzadas de la infección. El VIH de individuos en la etapa tardía por lo común es mucho más virulento y citopático que las cepas de virus que intervienen en los comienzos de la evolución.

B. Linfocitos T CD4, células anamnésicas y latencia.

El signo cardinal de la infección por VIH es el agotamiento del número de los linfocitos cooperadores-inductores T, como consecuencia de la replicación de VIH en dicha población de células y también la muerte de linfocitos T no infectados, por mecanismos indirectos. Las células comentadas expresan el marcador fenotípico CD4 en su superficie y la molécula en cuestión constituye el principal receptor del virus; posee notable afinidad por la cubierta viral. El correceptor de VIH sobre los linfocitos es el receptor CXCR4 quimiocínico.

En los comienzos de la infección, VIH primarios aislados son macrofagotrópicos, Sin embargo, todas las cepas de VIH infectan linfocitos T CD4 primarios (pero no las líneas de dichas células inmortalizadas *in vitro*). Al evolucionar la infección los virus M-trópicos dominantes son sustituidos por los T-trópicos.

La adaptación de tales partículas primarias en el laboratorio, en las líneas de linfocitos T inmortalizadas, hace que pierda capacidad de infectar monocitos y macrófagos.

Las consecuencias de la disfunción de los linfocitos T CD4 causada por la infección por VIH son devastadoras, porque los linfocitos mencionados intervienen de manera fundamental en la respuesta inmunitaria de humanos. Son los encargados de manera directa o indirecta de inducir un conjunto muy amplio de funciones de células linfoides y no linfoides; dichos efectos incluyen activación de macrófagos, inducción de funciones de linfocitos citolíticos naturales y células B, así como la secreción de diversos factores solubles que inducen la proliferación y la diferenciación de células linfoides que afectan las células hematopoyéticas.

En cualquier momento particular sólo una pequeña fracción de linfocitos T CD4 es infectada en forma productiva y muchas de las células con dicho ataque son destruidas, pero sobrevive una fracción y recupera su estado anamnésico en reposo. En las células anamnésicas es pequeña o nula la expresión del gen viral y de este modo permite que sea un reservorio latente, estable, a largo plazo del virus. Menos de una célula por millón de linfocitos TCD4 en reposo alberga provirus latentes de VIH-1, si la persona recibe satisfactoriamente antirretrovirales. Incluso después de 10 años de tratamiento los enfermos presentan cambio mínimo en la magnitud en reservorio con número de VIH latentes, porque con gran lentitud se deteriora el reservorio latente de las células anamnésicas infectadas. Es poco probable la cura de la infección por VIH; si existiera un millón de células anamnésicas infectadas en el cuerpo se necesitarían unos 70 años para que se deterioren y murieran. Cuando las células mencionadas se exponen al antígeno o se interrumpe la farmacoterapia, se activa y libera el virus infectante. Es posible que existan también entre los macrófagos, los hemoblastos o las células cerebrales otros reservorios.

C. Monocitos y macrófagos.

Los dos tipos de células intervienen decisivamente en diseminación y la patogenia de la infección por virus de inmunodeficiencia humana.

Algunos subgrupos de monocitos expresan el antígeno de superficie CD4, y por ello se fijan en la cubierta del virus. El correceptor de dicho virus en los monocitos y macrófagos es la quimiocina CCR5. En el cerebro, los principales tipos celulares infectados por VIH al parecer son los monocitos y los macrófagos, y ello pudiera tener consecuencias importantes para la aparición de manifestaciones neuropsiquiátricas que acompañan a la infección por virus de inmunodeficiencia humana. Los macrófagos infectados de alvéolos pulmonares pudieran intervenir en la neumonitis intersticial en algunos enfermos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Se ha pensado que los monocitos y los macrófagos constituyen reservorios importantes de VIH en el cuerpo. A diferencia del linfocito T CD4, el monocito es relativamente refractario a los efectos citopáticos del VIH, por ello el virus, además de sobrevivir en el interior de la célula, puede ser transportado por ella a diversos órganos como los pulmones y el cerebro. Los macrófagos infectados pueden seguir produciendo virus por largo tiempo.

D. Órganos linfoides.

Los órganos linfoides intervienen decisivamente en la infección por virus de inmunodeficiencia en humanos. Los linfocitos en la sangre periférica constituyen sólo alrededor de 2% del conjunto total de ellos y el resto está más bien en órganos linfoides; precisamente en estos últimos se generan las respuestas inmunitarias específicas. La red de células dendríticas foliculares en los centros germinales de los ganglios linfáticos atrapa antígeno y estimula la aparición de una respuesta inmunitaria. Durante toda la evolución de la infección no tratada (incluso durante la fase de latencia clínica), hay replicación activa de VIH en los tejidos linfoides. El microambiente del ganglio linfático es óptimo para que se establezca y propague la infección por el virus. Hay liberación de citosinas que activa un gran fondo común de linfocitos T CD4 que son muy susceptibles a la infección por virus VIH. Al

evolucionar la enfermedad y llegar a etapas posteriores se altera la arquitectura de los ganglios mencionados.

E. Células del sistema nervioso

Las anormalidades del sistema nervioso son frecuentes en etapas posteriores de la infección y constituyen un cuadro definitorio del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. La enfermedad de dicho sistema aparece en grados variables en 40 a 90% de los pacientes; los cuadros comprenden encefalopatía por VIH, neuropatías periféricas y como problema más grave, el complejo de demencia por SIDA.

Mecanismos patógenos directos e indirectos podrían explicar las manifestaciones neuropsiquiátricas de la infección por virus de inmunodeficiencia humana. Los tipos predominantes de células en el cerebro que son infectadas por el VIH son los monocitos y los macrófagos. El virus puede penetrar en el parénquima cerebral, valiéndose de monocitos infectados que liberan citocinas, que son tóxicas para las neuronas, así como factores quimiotácticos.

F. Coinfecciones virales.

Se necesitan señales de activación para que se establezca una infección por VIH productiva y en la persona infectada por dicho virus al parecer actúan como activadores celulares muy diversos estímulos antigénicos *in vivo*. Por ejemplo, la infección activa por *Mycobacterium tuberculosis* incrementa sustancialmente la viremia plasmática. Los efectos lesivos del VIH en el sistema inmunitario hacen que los enfermos queden vulnerables a muchos tipos de infecciones. La Organización Mundial de la Salud señala que la infección por VIH aumenta incluso 20 veces el peligro de contraer tuberculosis. De los 9 millones de nuevos casos de tuberculosis a nivel mundial en 2007, se calcula que 15% aparecieron en personas infectadas por virus de inmunodeficiencia humana.

Otras infecciones virales concomitantes, como serían las causadas por los virus de Epstein-Barr, citomegálico, del herpes simple o de hepatitis

B pueden actuar como cofactores del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Una causa importante de morbilidad y mortalidad en personas infectadas por VIH es la infección coexistente con virus de hepatitis C que aparece en 15 a 30% de los enfermos de VIH en Estados Unidos y que suele ocasionar una hepatopatía. Se observa una elevada prevalencia de infección por virus citomegálico en sujetos VIH-positivos.

Se observan también infecciones coexistentes con dos cepas diferentes de virus de inmunodeficiencia humana. Se han publicado casos probados de sobreinfección por una segunda cepa en una persona infectada por VIH, incluso en caso de haber una potente respuesta de linfocitos T CD8 contra la primera cepa. Se considera que la sobreinfección por VIH es un hecho raro.¹²

3.1.1.5. Cuadro clínico.

La infección primaria por el VIH puede reconocerse en lactantes, niños, adolescentes y adultos; puede ser asintomática o asociarse a características de un síndrome retroviral agudo de gravedad variable. La infección primaria suele comenzar como una enfermedad febril aguda 2 a 4 semanas posterior a la exposición, a menudo con linfadenopatías, faringitis, erupción cutánea maculopapular, úlceras orales y genitales, y meningoencefalitis. Puede presentarse una linfopenia transitoria intensa (incluida una disminución de los linfocitos CD4) y es posible que se padezcan infecciones oportunistas; no obstante, estas infecciones no deberían confundirse con eventos de estadificación clínica que se desarrollan en la infección por el VIH. La infección primaria por el VIH puede identificarse ante la aparición reciente de anticuerpos contra el VIH o al identificar productos virales (ARN del VIH, ADN del VIH y/o antígeno p24 del VIH ultrasensible) acompañados de análisis de anticuerpos contra el VIH negativos o débilmente positivos¹³.

¹² JAWETZ, MELNICK Y ADELBURG. Microbiología médica .México. McGraw-HILL Interamericana Editores;2011.

¹³ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Definición de la OMS de caso de infección por el VIH a efectos de vigilancia y revisión de la estadificación clínica y de la clasificación inmunológica de la enfermedad relacionada con el VIH en adultos y niños, 1º Ed. Washington; 2009.p.10

En la historia natural de la infección por VIH se reconocen 4 fases:

1. Infección Aguda o Síndrome Retroviral Agudo (2 a 4 semanas luego del ingreso del VIH en la persona).
2. Portador Asintomático (promedio en el Perú 5 a 10 años).
3. Portador con Síntomas.
4. SIDA (final del proceso, consecuencia de la destrucción del sistema inmunológico por el VIH) Si tomamos en cuenta que las dos primeras fases del proceso generalmente pasan desapercibidas, podemos entender la razón de que la epidemia se incremente a través del contacto con personas que aparentan estar completamente “sanas”. Es por ello que apreciamos que los casos con VIH son mayores a los casos de SIDA, etapa en la cual se hacen presentes las llamadas Infecciones o Enfermedades Oportunistas que ponen en riesgo la vida de la persona.¹⁴

Según la estratificación clínica de la OMS (Organización Mundial de la Salud) de la infección por el VIH/ SIDA en adultos y adolescentes con infección por el VIH confirmada, describe que:

- **Estadio clínico 1.-**
 - Asintomático
 - Linfadenopatía persistente generalizada.

¹⁴ALCÁNTARA CHÁVEZ. J. El Sida Un Problema De Todos. Revista Salud, Sexualidad y Sociedad. [en línea]. 2008. [fecha de acceso 05 de junio del 2015] URL disponible en : <http://www.inppares.org/sites/default/files/12%20Comunicaciones%20SIDA%20WEB.pdf>

- **Estadio clínico 2.-**
 - Pérdida moderada de peso idiopática* (menos del 10% del peso corporal presumido o medido).
 - Infecciones recurrentes de las vías respiratorias (sinusitis, amígdalas, faringitis, otitis media).
 - Herpes zoster.
 - Queilitis angular.
 - Úlceras orales recurrentes.
 - Erupciones papulares pruriginosas.
 - Dermatitis seborreica.
 - Onicomycosis.
- **Estadio clínico 3.-**
 - Pérdida grave de peso idiopática (más del 10% del peso corporal presumido o medido).
 - Diarrea crónica idiopática durante más de un mes.
 - Fiebre persistente idiopática (mayor de 37,5° C , intermitente o constante, durante más de un mes).
 - Candidiasis oral persistente.
 - Leucoplasia oral vellosa.
 - Tuberculosis pulmonar.
 - Infecciones bacterianas graves (como neumonía, empiema, piomiositis, osteomielitis, artritis, meningitis, bacteriemia).
 - Estomatitis, gingivitis o periodontitis ulcerativa necrotizante aguda.
- **Estadio clínico 4*.-**
 - Síndrome de consunción por VIH.
 - Neumonía por Pneumocystis.

* Idiopática se refiere a la condición que no puede ser explicada por otra causa.

* Algunas condiciones específicas adicionales también pueden incluirse en las clasificaciones regionales (como por ejemplo, la reactivación de la tripanosomiasis americana (meningoencefalía y/o miocarditis) en la Región de las Américas de la OMS y la peniciliosis en Asia)

- Neumonía bacteriana grave recurrente.
- Infección crónica por herpes simple (orolabial, genital o ano rectal de más de un mes de duración. o visceral de cualquier duración).
- Candidiasis esofágica (o candidiasis esofágica, los bronquios o los pulmones).
- Tuberculosis extra pulmonar.
- Sarcoma de Kaposi.
- Infección por citomegalovirus (retinitis o infección de otros órganos).
- Toxoplasmosis del sistema nervioso central.
- Encefalopatía por VIH.
- Criptococosis extra pulmonar (incluyendo meningitis).
- Infección diseminada por micro bacterias no tuberculosas.
- leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Criptosporidiosis crónica.
- Isosporiasis crónica.
- Micosis sistémica (histoplasmosis extra pulmonar, coccidioidomicosis).
- Septicemia recurrente (incluyendo por salmonella no tifoidea)
- Linfoma (cerebral o de células B, no-Hodgkin).
- Carcinoma cervical invasivo.
- Leishmaniasis atípica diseminada.
- Nefropatía sintomática asociada VIH o miocardiopatía VIH¹⁵.

3.1.1.6.Periodo de ventana.

Es el tiempo que va desde que la persona ha adquirido el virus hasta el momento en que su cuerpo ha producido la cantidad de anticuerpos que pueden ser detectados por los estudios de laboratorio, mediante una prueba de sangre para el VIH.

¹⁵ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Op. Cit.p 15-18

Esta fase dura de 30 días a 6 meses y, como promedio, de 6 a 8 semanas y durante la misma puede transmitir el VIH; La Organización Mundial de la Salud explica que la mayoría de las personas pasan por un "periodo silente", generalmente de entre 3 y 6 semanas, durante el cual los anticuerpos contra el virus se están fabricando y aún no son detectables. Una persona es seropositiva o portadora del VIH cuando ha estado expuesta al virus y al realizarse las pruebas resultan positivas, al detectarse los anticuerpos que el organismo produce para dar respuesta a esta infección. Puede que no presente ningún síntoma y parecer sana, pero es capaz de transmitir la enfermedad.

3.1.1.7. Pruebas para diagnosticar el VIH.

Las pruebas de detección deben ser voluntarias, debe reconocer el derecho de las personas a no querer someterse a ellas, la realización de pruebas obligatorias o bajo coacción, ya sea por parte de personal de salud, autoridades, la pareja sexual o un miembro de su familia, es inaceptable pues es contraria a la buena práctica de la salud pública y es considerada una violación de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.

Todos los servicios de asesoramiento consultoría y pruebas de detección deben regirse por los cinco principios fundamentales recomendados a este respecto por la OMS (Organización Mundial de la Salud): consentimiento informado, confidencialidad, facilitación de orientación (o asesoramiento), garantía de que los resultados de la prueba son correctos, y vinculación con la asistencia, el tratamiento y otros servicios.

- **Las pruebas rápidas para VIH:** Técnicamente, las pruebas rápidas son semejantes a las pruebas tradicionales, detectan anticuerpos contra el VIH a través de aglutinación, membranas de flujo, inmunocromatografía y dependiendo del reactivo, pueden tener sensibilidad y especificidad cercanas al 100%. Su principal ventaja es que es una alternativa para lugares que no cuenten con laboratorio con una infraestructura compleja o para trabajo de campo en

condiciones especiales; son fáciles de realizar y el resultado Presuntivo está disponible de 20 a 40 minutos.¹⁶

- **ELISA:** detecta anticuerpos contra el virus, es una prueba muy sensible pero poco específica, ya que puede dar positiva también por la presencia de otras infecciones, por lo que es necesario confirmar ese resultado.
- **WESTERN BLOT (WB):** es mucho más específica. Técnica de confirmación para el VIH, se le aplica a una segunda muestra que se le realiza a la persona. Cuando el resultado es indeterminado quiere decir que los anticuerpos que aparecen no son suficientes como para dar positivo el diagnóstico.

3.1.1.8. Modo de contagio.

El virus del VIH se encuentra en diferentes exudados orgánicos pero solo se puede diseminar entre las personas a través de fluidos transmisibles.

- La sangre.
- El semen.
- Líquido preseminal.
- Secreciones vaginales.
- Leche materna.

A. Vía de transmisión del VIH.

El virus penetra en la sangre a través de heridas, pinchazos, lesiones en la piel, en la mucosa vaginal, en la mucosa anal o en la mucosa bucal, las vías de transmisión del VIH son:

- Vía de transmisión sexual.
- Vía de Transmisión Sanguínea.
- Vía de Transmisión Vertical.

a) Vía de transmisión sexual:

¹⁶ GUIA PARA LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA RAPIDA. CENSIDA. MEXICO .2006.pag 9.

Por el intercambio de fluidos como el semen o el flujo vaginal; ya sea hombre a hombre, heterosexual o mujer a mujer. Esta vía se produce durante las relaciones sexuales sin protección, el VIH puede entrar al cuerpo por relaciones sexuales a través del ano, la vagina, o la boca.

En el sexo anal hay riesgo tanto para el que penetra como para el que es penetrado. La relación anal receptora confiere el riesgo de infección más grande a hombres homosexuales y parejas femeninas de hombres bisexuales.

Varios informes de transmisión de lesbiana a lesbiana, sugieren la posible función de las secreciones vaginales como vía única de las infecciones de VIH, además de que este virus se ha obtenido de secreciones vaginales y sangre menstrual aunque en pocas proporciones.

b) **Vía de Transmisión Sanguínea:**

Se origina mediante las transfusiones de sangre que pasa directamente al torrente sanguíneo.

Cabe mencionar que las transfusiones de sangre son examinadas desde 1987, la sangre que se encuentra contaminada se descarta.

Al compartir agujas o jeringas para medicamentos o drogas o exposición por punción con instrumental contaminado.

c) **Vía de Transmisión Vertical:**

La madre infecta al niño durante el embarazo, durante el parto o al amamantarlo.

Este virus se ha identificado *in vitro* en la leche materna, por lo que amamantar se ha considerado como la probable vía de transmisión de madres infectadas postnatalmente.

d) **Otros modos de transmisión**

Se han informado de casos de infección son por trasplante de hígado, riñón, páncreas y posiblemente de piel.¹⁷ Los donantes

¹⁷PONCE DE LEÓN, Samuel y RANGEL FRAUSTO, Sigfrido **SIDA: Aspectos Clínicos y Terapéuticos.** , México. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 2000.

reciben la prueba de anticuerpos cuando donan la muestra.

A diferencia de otros virus como el de la gripe, resfriado, el VIH no se transmite por el aire, al tocarse o por el contacto diario. No existen hasta hoy casos comprobados de contagio a través de la saliva, las lágrimas, los mosquitos, los animales domésticos, besar en la mejilla, duchas, teléfonos piscinas etc.

Pero se debe desvirtuar algunos mitos y creencias con respecto al modo de contagio como por ejemplo:

- “Puede transmitirse el VIH al ser picado por un mosquito”, se ha comprobado que estos, cuando pican a una persona, no inyectan ni su sangre, ni la de la persona que fue picada anteriormente, sino la saliva, la cual es, en algunos mosquitos, portadora de enfermedades como el dengue. No olvidemos que la trompa de un mosco no puede contener más de dos milésimos de milímetros cúbicos de sangre, y que ésta se digiere en el estómago del insecto, lo que inactiva al virus de una manera tan eficaz como el calentamiento o los detergentes. Además, los estudios epidemiológicos confirman que el VIH solamente vive poco tiempo dentro de un insecto y no se reproduce dentro de ellos.¹⁸
- “Con una sola relación coital no protegida no se puede adquirir la infección, una sola relación coital no protegida con una persona infectada por el VIH puede ser suficiente para que se transmita la infección, por lo que siempre se deben tomar medidas preventivas.
- “Las mujeres están más expuestas que los hombres a contraer el VIH/SIDA”, a pesar de que el promedio mundial de varones infectados por el VIH supera al de las mujeres, el riesgo de infectarse durante el coito vaginal sin protección siempre es mayor para la mujer que para el varón y si son jóvenes este riesgo aumenta

¹⁸ MONTAGNIER Luc y DAUDEL Raymond. El Sida. México SIGLO XXI. 2002.pag 43

más, ya que al estar su sistema reproductor inmaduro los tejidos se desgarran con facilidad.

3.1.1.9.Prevenición.

A la fecha no, existe una vacuna para prevenir el VIH; por lo tanto, es una afección irreversible. A pesar de los esfuerzos que se vienen realizando a nivel mundial, aún no se ha logrado obtener una vacuna. Si bien el VIH no se cura, los tratamientos para combatirlo pueden ayudar a que las personas afectadas vivan más tiempo y con mejor calidad.¹⁹

Las formas de protegerse más útiles son:

- La **abstinencia** (no teniendo relaciones sexuales con penetración), pero esta no es práctica ni en la mayoría de los casos deseable.
- Una **relación monógama** con una persona que se sabe no ha contraído la infección.
- El **uso del condón** desde el principio hasta el final de la actividad sexual y debe usarse cada vez que la persona mantiene relaciones coitales con una pareja no monógama u otra persona sospechosa.

A. Prevención basada en el uso de antirretrovíricos.

a) Uso del tratamiento antirretrovírico como método de prevención.

Según ha confirmado un ensayo realizado en fecha reciente, cuando una persona VIH-positiva sigue un régimen terapéutico eficaz con antirretrovíricos, el riesgo de que transmita el virus a una pareja sexual no infectada se puede reducir en un 96%. En el caso de las parejas en que una de las personas es VIH-positiva y otra VIH-negativa, la OMS recomienda administrar tratamiento

¹⁹ MINISTERIO DE EDUCACIÓN, Más vale prevenir: El VIH y la planificación familiar desde la perspectiva de los derechos humanos; 2007. p.23

antirretrovírico a la persona infectada, con independencia de su recuento de células CD4.

b) Profilaxis pre exposición para la pareja VIH-negativa.

Los ensayos realizados entre parejas serodiscordantes han demostrado que el consumo de antirretrovíricos por el sujeto VIH-negativo puede ser una medida eficaz para prevenir el contagio por el sujeto seropositivo. Es lo que se conoce como profilaxis pre exposición.

La OMS recomienda que los países apliquen proyectos piloto sobre la profilaxis pre exposición para las parejas serodiscordantes y los hombres y mujeres transexuales que tengan relaciones sexuales con hombres antes de adoptar una decisión sobre la ampliación de esta intervención.

c) Profilaxis post exposición al VIH

La profilaxis post exposición consiste en tomar antirretrovíricos, dentro de las 72 horas siguientes a la exposición al VIH para prevenir la infección. Este método suele recomendarse cuando un profesional sanitario se pincha con una aguja en el lugar de trabajo. La profilaxis post exposición incluye servicios de asesoramiento, primeros auxilios, pruebas de detección del VIH y, dependiendo del nivel de riesgo, la administración de terapia antirretrovírica durante 28 días junto con atención complementaria²⁰

3.1.2. Prácticas coitales.

En los seres humanos el coito es una de las prácticas sexuales que forma parte de la relación sexual. Además es la práctica normativa de las relaciones

²⁰ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Nota descriptiva N°360. VIH/SIDA: 2013 [fecha de acceso 25 de febrero 2015]. URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>

sexuales, e implica la participación de los órganos genitales externos e internos.

Erróneamente a las prácticas coitales se les denomina “relaciones sexuales” cuando este término es más amplio, involucra todo tipo de relaciones de carácter sexual que se da en la pareja; por ejemplo, besarse, abrazarse, acariciarse, la masturbación mutua o el sexo oral dirigido hacia los genitales. Las prácticas coitales, es la cópula o es la inserción y empuje pélvico del pene en la vagina o el ano. La mayor parte de los adolescentes no tienen motivos suficientes ni válidos para empezar sus prácticas coitales. Una práctica coital nunca debería llegar a realizarse, obligando a una persona. Las prácticas sexuales, es el conjunto de comportamientos eróticos que realizan dos o más seres de distinto sexo o del mismo, y que generalmente suele incluir uno o varios coitos. Los jóvenes se ven influenciados intensamente por sus compañeros, preocupa el hecho de que la mayor libertad sexual de que gozan los jóvenes en nuestra sociedad puede estar favoreciendo el inicio precoz de las prácticas coitales.

Un estudio realizado por la universidad de Illinois en Chicago por el profesor David Henry. Se ha observado una asociación entre el inicio precoz de las relaciones coitales en adolescentes de 15 años, en ambos sexos. El estudio encontró que era más probable que los adolescentes cuyos amigos tenían relaciones coitales sin condón hicieran lo mismo durante el año siguiente.

Según la Organización Mundial de la Salud existe un cambio en las condiciones de vida en el patrón de conducta sexual, caracterizado por mayor desinhibición y desenfreno, exponiendo a nuestros jóvenes a una pubertad cada vez más temprana, casamiento más tardío, menos control familiar, intensa exposición al erotismo de los medios de comunicación, y todo esto asociados a la falta de información y contención por parte de la sociedad.²¹

²¹Vera Lina M., López Nahyr., Ariza Nelsy D., Díaz Luz M., Flórez Yaneth, Franco., y otros :Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes;2004, pág. 63 -68.

a. Sexualidad y VIH.-

La sexualidad es parte de la constitución y de la personalidad de todo ser humano. Nos permite saber a qué sexo pertenecemos; puede definir nuestro papel en la sociedad e influir en nuestros sentimientos acerca de nuestras relaciones con los demás. Nos hace posible experimentar el amor, la compasión, la alegría y el dolor. Nuestra sexualidad determina, básicamente, la forma en que vivimos nuestra vida cotidiana.²²

Existen riesgos específicos para contraer infecciones en mujeres y hombres determinados por las creencias y actitudes acerca de los papeles de género en cada medio social. Dichos papeles conllevan, por un lado, la reducción de la autonomía sexual y afectiva en las mujeres y, por otro, la libertad sin límites en los hombres, por lo que el género determina la percepción de riesgo y reduce la capacidad de evaluar y afrontar el mismo.²³

El 19,5% de los adolescentes estudiantes peruanos de 13 a 18 años refieren haber tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida. De ellos, más de dos tercios son varones (71,8%) y menos de un tercio son mujeres (28,2%)...Entre las razones por las que han tenido su primera relación sexual. Las razones más frecuentemente señaladas por las mujeres son “Me deje llevar por la excitación física del momento, sin que fuera nuestra intención inicial”. Las de los varones son “Sentía un impulso físico”, “Me deje llevar por la excitación física del momento, sin que fuera nuestra intención inicial” y “Quería saber cómo era, por curiosidad”.²⁴

b. Uso de preservativo

Aunque existen algunos detractores del preservativo como medio eficaz de protección, fundamentalmente ligados a concepciones religiosas,

²² SOLER.C. C., RAMOS J. M, ¿Cómo ves? El VIH/ SIDA; 2006, pag.. 37-38

²³Ibid., p. 38

²⁴. CORCUERA PAÚL. Estilos de vida de los adolescentes peruanos, 2010, p.107-108

está demostrado que es el mejor anticonceptivo en estas edades por su inocuidad y ausencia de efectos colaterales, y además es la forma más eficaz de protección contra las ITS, entre ellas inclusive el VIH/SIDA. Se ha llegado a plantear que el condón tiene alguna sustancia capaz de inactivar el VIH, aunque no se ha logrado identificar. Sin embargo, no se le usa regularmente porque existen mitos y creencias en su contra, sobre todo, en adolescentes y jóvenes que se exponen a un mayor riesgo de infección por estas enfermedades.²⁵



²⁵ GARCÍA ROCHE, René G., et al. Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. [En línea] Cuba. Rev. Cubana Med Gen Integr; 2006 [fecha de acceso 01 de Abril del 2015] URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-212520060000100003&script=sci_arttext

3.2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

- A. LEGUÍA C Juan, NIÑO E. Brenda, PERALES C José y DÍAZ V Cristian.
“Nivel de Conocimientos sobre VIH/SIDA en la Institución Educativa de José Leonardo Ortiz – Chiclayo. Marzo- Mayo 2011”.²⁶

REVISTA: Medico científica del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo Vol.5 N°.4 – 2012. Perú.

RESUMEN: El objetivo del estudio fue determinar el nivel de conocimientos sobre el VIH-SIDA que existe en un Colegio de José Leonardo Ortiz. Fue un estudio descriptivo, transversal y observacional, se seleccionó de manera no probabilística una muestra de 348, en alumnos de los tres últimos años de la educación secundaria regular, ambos sexos.

CONCLUSIONES: Existe un bajo nivel de conocimientos acerca del VIH-SIDA y está asociado a edad y año académico, pero no a sexo e ingreso económico; fuente de información y percepción aparente de conocimiento.

No se encontró asociación significativa, pero sí relevancia conceptual en cuanto a la percepción subjetiva de un buen conocimiento acerca de esta enfermedad, percatándonos que la gran mayoría de personas encuestadas respondieron que tenían un nivel de conocimiento alto y medio, en ambos casos, en más del 75% de los encuestados, su verdadero nivel de conocimientos era en realidad bajo, en ambos, es relevante considerar que esta mala percepción del nivel de conocimientos pueda ser el determinante a partir del cual se inicia estas malas prácticas en relación al conocimiento básico, aspectos de transmisión y prevención que condicionan mayor riesgo en la probabilidad de infección por VIH.

- B. GÓMEZ-B. Edna y COGOLLO M Zuleima. "Conocimiento sobre VIH-SIDA en estudiantes de secundaria de Cartagena, Colombia".²⁷

REVISTA: Salud Publica Vol.13, N° 5 Bogotá – Colombia Oct. 2011.

²⁶ http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/cuerpomedicohnaaa/v5n4_2012/pdf/a07v5n4.pdf

²⁷ <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n5/v13n5a06.pdf>

RESUMEN: El Objetivo fue determinar el nivel de conocimiento en VIH-SIDA en estudiantes de Cartagena, Colombia. Fue un estudio de corte transversal con una muestra de 2 625 estudiantes entre 10 y 20 años. Un total 249 (9,5 % IC95 % 8,4-10,6) respondieron en forma correcta el cuestionario. Ser estudiante de media vocacional (OR 2,62; IC95 % 4,82-13,29) y estudiar en colegio privado (OR 1,32; IC95 % 1,24-3,54), ajustados por edad, se asociaron a buen conocimiento en VIH-Sida.

CONCLUSIONES: En adolescentes estudiantes, es necesario fortalecer la educación en salud sexual y reproductiva con una visión integral que permita la adopción de conocimientos y valores personales y pro sociales que se expresen a diario en comportamientos saludables, de autocuidado, de respeto de la propia integridad física y de la pareja. De igual manera, es importante mejorar la formación de los docentes en esta área dado que los estudiantes reciben la mayor información sobre VIH-Sida en el contexto escolar.

Los estudiantes de secundaria de Cartagena presentan un bajo conocimiento sobre el VIH-Sida. El nivel es superior en estudiantes de media vocacional y de colegios privados. Se necesita más investigación y fortalecer la formación en educación en salud sexual y reproductiva.

C. CARRATALÁ Elena, ESPADA José Y ORGILÉS Mireia.

“Conocimientos y actitudes hacia el VIH/SIDA: diferencias entre adolescentes españoles con padres casados y divorciados”.²⁸

REVISTA: Salud Mental vol.36, N° 5. México septiembre -octubre. 2013.

RESUMEN: Examinar por primera vez con una muestra de habla hispana si existen diferencias entre los adolescentes con padres casados y divorciados en el nivel de conocimientos y en sus actitudes hacia el VIH/SIDA, variables tradicionalmente asociadas con las prácticas sexuales

²⁸ http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-332520130005000006&script=sci_arttext

de riesgo, a fin de conocer si la situación familiar debe tenerse en cuenta en los programas de prevención.

CONCLUSIONES: Los resultados de nuestro estudio indican, contrariamente a lo esperado, que el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA no parece relacionarse con la estructura familiar, ya que no difiere entre los adolescentes con padres casados y con padres divorciados. Los resultados sugieren que la educación sexual que proporcionan los padres, con independencia de la situación familiar, tiene efectos semejantes en los adolescentes a nivel cognitivo. La ausencia de diferencias en el nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA en función de la estructura familiar podría explicarse atendiendo a las fuentes de transmisión de la información. Algunos estudios afirman que los adolescentes obtienen la información sobre la sexualidad y los métodos de prevención del VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual principalmente del contexto escolar y de los amigos. El hecho de que sea la escuela o los amigos, y no los padres, los que proporcionan información sobre el VIH/SIDA podría explicar que el nivel de conocimientos de los adolescentes sea el mismo con independencia de si los padres están casados o divorciados.

D. DAVILA María, TAGLIAFERRO Antonieta. “Nivel de Conocimientos de Adolescentes sobre VIH/SIDA”.²⁹

REVISTA: Salud Publica, Vol.10, Nº, 2008, Bogotá - Colombia.

RESUMEN: El propósito del estudio fue determinar el nivel de conocimientos que poseen los adolescentes sobre VIH/SIDA, dicho estudio fue de tipo descriptiva, transversal, con una muestra constituida por 329 estudiantes de los 4tos y 5tos años de dos unidades educativas públicas.

CONCLUSIONES: Los resultados de la presente investigación demuestran que los adolescentes estudiados, presentan un alto grado de desconocimiento sobre algunos aspectos relacionados con el VIH/SIDA y alerta a las autoridades educativas, padres y/o representantes a desarrollar

²⁹ http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0124-00642008000500004&script=sci_arttext

estrategias que permitan mejorar los niveles encontrados en esta población para así prevenir el contagio con VIH.

En general los estudiantes presentaron un nivel de conocimientos “Regular”, lo que hace necesario la implementación de estrategias educativas para mejorar el conocimiento acerca de la enfermedad sus consecuencias acerca de la enfermedad, sus consecuencias y formas de prevención con la finalidad de proteger a este grupo de riesgo.

- E. SALAZAR G Alberto, et Al. “Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de el Agustino, Lima-Perú”.³⁰

REVISTA: Horizonte Médico | Volumen 7, N°2, Diciembre 2007, Lima-Perú.

RESUMEN: Se realizó un estudio descriptivo transversal, en diez Instituciones Educativas Nacionales del distrito de El Agustino– Lima, aplicándose un cuestionario a adolescentes hombres y mujeres (n=1109), indagando acerca de conocimientos de planificación familiar, métodos anticonceptivos y usos; infecciones de transmisión sexual, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar con los padres acerca de sexualidad. Los datos obtenidos sobre conocimientos y comunicación familiar se valoraron en tres niveles, según los puntajes acumulados en cada ítem. Se reveló conocimientos sobre sexualidad calificados como malo en un 50% (n=632) y muy malo 15.5% (n=172). El inicio de la vida sexual activa fue 17.9% (n=199), con una edad promedio de 14.5 años, de los cuales el 83% (n=165) han tenido relaciones sexuales de riesgo (sin protección de “preservativo”). La comunicación familiar global entre progenitores y adolescentes fue 19.4% (n=215) mala y 76% (n=843) muy mala El propósito del estudio fue determinar el nivel de conocimientos que poseen los adolescentes sobre VIH/SIDA, dicho estudio fue de tipo

³⁰<http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/214/229>

descriptiva, transversal, con una muestra constituida por 329 estudiantes de los 4tos y 5tos años de dos unidades educativas públicas.

CONCLUSIONES

El conocimiento sobre sexualidad de los adolescentes de Instituciones Educativas Nacionales del Distrito de El Agustino-Lima es deficiente. La comunicación familiar acerca de sexualidad entre adolescentes y progenitores del Distrito de El Agustino es deficiente. Comunicación familiar deficiente entre progenitores y adolescentes presentó una relación de adolescentes con conocimientos deficientes sobre sexualidad $p=0.000$. Comunicación familiar deficiente entre progenitores y adolescentes presentó una relación de adolescentes con inicio de relaciones sexuales de riesgo $p=0.000$. El grado de conocimientos deficientes de sexualidad de los adolescentes presentó una relación con el inicio de relaciones sexuales de riesgo $p=0.000$.

- F. VINACCIA Stefano, et Al. “Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por VIH/SIDA en Adolescentes Colombianos”.³¹

REVISTA: TERAPIA PSICOLÓGICA 2007, Vol. 25, N° 1, 39-50, Colombia.

RESUMEN: El propósito del siguiente estudio fue evaluar los factores de riesgo para contraer el VIH/SIDA en adolescentes de ambos géneros y diferentes estratos sociales escolarizados de la ciudad de Medellín, Colombia. Se evaluó una muestra de 300 adolescentes mediante muestreo no aleatorio disponible de 10 y 11 grados de educación básica secundaria de diferentes colegios públicos y privados de la ciudad de Medellín, a quienes se les aplicó el cuestionario CPS desarrollado por Ballester, Gil, Guirado y Bravo (2004), encontrándose alta confiabilidad en el estudio. Finalmente se

³¹http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082007000100003&script=sci_arttext&tlng=en

evidenció una baja información sobre los riesgos del VIH/SIDA en los adolescentes, acompañado por una baja percepción de vulnerabilidad especialmente en el género masculino, como de actitud poco sensible y solidaria ante los afectados por la enfermedad.

CONCLUSIONES

Los resultados de nuestro estudio muestran una situación preocupante en los y las adolescentes colombianos en lo que respecta a la prevención del VIH/SIDA. A pesar de que muchos estudiantes han recibido en alguna ocasión información sobre el VIH/SIDA, se mantienen vacíos conceptuales o de información importante en lo que se refiere al sexo oral, al período ventana (periodo de tiempo en que una persona se infecta de VIH/SIDA y la evaluación serológica que confirma o no la presencia del virus del VIH/SIDA en su organismo) y a la diferencia entre seropositividad y SIDA.

Por lo tanto sería conveniente tener en cuenta estas falencias en los programas de educación sexual, ya que algunas de ellas se refieren a prácticas que comportan un cierto riesgo como el sexo oral, y las segundas pueden llevar a errores en la toma de decisiones para la realización de las pruebas.

- G. VALDIVIA Cecilia y VELARDE Kristel. “factores asociados al inicio de relaciones sexuales según género en estudiantes de 3°, 4° y 5° de secundaria de la I.E. José Carlos Mariátegui, Arequipa 2011”.³²

RESUMEN: se trató de un estudio de campo prospectivo a través de un instrumento (encuesta) a 372 alumnos. El estudio reveló que la población adolescente masculina inició relaciones sexuales en mayor porcentaje en un 31.15% y las adolescentes mujeres alcanzaron un 16.40%. En cuanto a los factores asociados al inicio de relaciones sexuales en adolescentes, se pudo observar que el factor principal asociado al inicio de relaciones sexuales fue

³²http://cybertesis.ucsm.edu.pe/bibl_virt/tesis.php?href=at/2012/valdivia_cc/index.html

el sociocultural dándose a conocer que fue por deseo propio este inicio en varones en un 41.38% y en mujeres en un 41.57%.

Este estudio también reveló que el 31.80% de los adolescentes reciben información de charlas de estudiantes de obstetricia sobre sexo y sexualidad dadas en la institución educativa.

CONCLUSIONES

El factor asociado al inicio de relaciones sexuales en alumnos de 3°, 4° y 5° de secundaria es el sociocultural iniciándose a la misma edad en ambos géneros, predominando el deseo propio la curiosidad y presión de amigos.

No hay diferencias en cuanto a la edad ya que ambos iniciaron sus relaciones sexuales a los 14 años, los varones en un 2.73% y las mujeres en un 1.59%.



4. HIPÓTESIS

Dado que, el VIH/SIDA es una infección de transmisión sexual y una pandemia mundial, que en la última década ha afectado más a la población juvenil.

Es probable que, exista una relación entre el conocimiento sobre el VIH/SIDA y las prácticas coitales en los escolares del 4to y 5to de secundaria de la I.E. “Francisco Javier de Luna Pizarro”.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

- **Técnica:** La técnica empleada fue la de la Comunicación: Cuestionario.
- **Instrumento:** El instrumento empleado fue Documental: Formulario de preguntas Ver ANEXO 2 y una escala de calificación Ver ANEXO 3

VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Conocimiento sobre VIH/SIDA	➤ Concepto VIH/ SIDA	➤ Cuestionario	➤ Ficha De Cuestionario (Anexo 2)
	➤ Vía de transmisión del VIH	➤ Cuestionario	➤ Ficha De Cuestionario (Anexo 2)
	➤ Prevención del VIH	➤ Cuestionario	➤ Ficha De Cuestionario (Anexo 2)
Prácticas Coitales	➤ No tiene relaciones coitales	➤ Cuestionario	➤ Ficha De Cuestionario (Anexo 2)
	➤ Si tiene Relaciones Coitales	➤ Cuestionario	➤ Ficha De Cuestionario (Anexo 2)

• **Materiales:**

- Fichas de investigación.
- Material de escritorio.
- Computadora personal con software de procesamiento de datos.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial:

2.1.1 Precisión del Lugar:

Este estudio se realizó en la Institución Educativa “Colegio Nacional Francisco Javier de Luna Pizarro” perteneciente a la UGEL- Arequipa Sur, la institución mencionada está ubicada en la avenida Cesar Vallejo N° 102, Departamento de Arequipa, Distrito de Miraflores, Provincia de Arequipa.

2.1.2 Características del Lugar:

La Institución Educativa “Colegio Nacional Francisco Javier de Luna Pizarro” Es una institución pública mixta, que cuenta con el nivel secundario de formación regular, el cual funciona solo por las mañanas.

2.1.3 Delimitación Gráfica del Lugar: Ver ANEXO 4

2.2. Ubicación temporal:

2.2.1 Cronología: Julio 2015

2.2.2 Visión Temporal: Prospectiva.

2.2.3 Corte Temporal: Transversal

2.3. **Unidades de estudio:** No hay muestra ya que se estudió al total de adolescentes del cuarto y quinto año de secundaria de la Institución Educativa “Colegio Nacional Francisco Javier de Luna Pizarro”

2.3.1. Universo:

2.3.1.1 Cualitativo:

2.3.1.1.1 **Inclusión:** Alumnos del cuarto y quinto año de secundaria de ambos sexos y que deseen participar voluntariamente.

2.3.1.1.2 **Exclusión:** Alumnos ausentes durante el periodo de estudio, alumnos que no deseen participar, formularios de preguntas incompletos de acuerdo a las instrucciones.

2.3.1.2 Cuantitativo:

2.3.1.2.1 Población: Totalidad de escolares adolescentes de 4° y 5° año de secundaria de la Institución Educativa “Colegio Nacional Francisco Javier de Luna Pizarro” de la ciudad de Arequipa, menos los criterios de exclusión.

	Sección	N° Alumnos
4° Grado	A	24
	B	25
5° Grado	A	21
	B	22
	C	22
	D	20
TOTAL		134

Población total de alumnos matriculados en 4° y 5°: 134 alumnos (as)

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

3.1.1. Autorización: Se realizó la coordinación con las autoridades de la Institución Educativa “Colegio Nacional Francisco Javier de Luna Pizarro” de la ciudad de Arequipa.

3.1.2. Prueba Piloto: Se realizó en 15 alumnos, en la misma proporción entre varones y mujeres.

3.2 Recursos:

3.2.1 Humanos:

Autoras: Juana Yris Galdos Acosta.

Daniela Maria Saico Molleapaza.

Asesor: Marcos Herrera Cárdenas.

3.2.2 Físicos: Computadora, impresora, fotocopidora, scanner, útiles de escritorio.

3.2.3 Económicos: Autofinanciado por las investigadoras.

3.2.4 Institucionales: Institución Educativa “Colegio Nacional Francisco Javier de Luna Pizarro” de Arequipa

3.3 Validación del Instrumento:

3.3.1 Procedimiento: Se realizó la prueba piloto en 15 adolescentes de la Institución Educativa Francisco Javier de Luna Pizarro, en la misma proporción entre varones y mujeres.

3.3.2 Finalidad: La finalidad del presente fue juzgar su eficacia, para su perfeccionamiento y ver el tiempo de administración al llevarlo a cabo.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1 Nivel de Sistematización de Datos:

4.1.2 Tipo De Sistematización: Manual y electrónica

4.1.2 Plan De Operación: En el presente trabajo de investigación se realizó con matrices de clasificación utilizando codificación; el recuento será de tipo electrónico.

La tabulación se realizó una vez obtenida la totalidad de los datos mediante tablas.

En la gráfica se utilizó la más adecuada para exponerlos.

La prueba de chi cuadrado (χ^2) se utilizó para determinar si existe asociación en un cuadro de contingencia (el cruce de dos variables) obtenido con datos de una muestra. Esta prueba se define con la fórmula que exige el uso de frecuencias absolutas.

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

4.1.2.1 Clasificación: Matriz de sistematización, para ordenar datos.

4.1.2.2 Codificación: Sistema computarizado.

4.1.2.3 Análisis: Se empleó estadística descriptiva con medidas de frecuencia absoluta y porcentual. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2013 y Paquete de Datos SPSS 220.0

4.1.2.4 Tabulación: Se utilizó tablas de doble entrada y simple.

4.1.2.5 Graficación: Se usaron gráficos.

4.2 Plan de Recuento:

4.2.1 Tipo de Recuento: Electrónico y manual.

4.2.2 Prototipo de esquema(s) matricial(es) de conteo: estadísticas descriptivas con medidas de frecuencia absoluta (N) y relativa (%)



CAPÍTULO III

RESULTADOS



**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y PRÁCTICAS
COITALES EN ESCOLARES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA I. E.
“FRANCISCO JAVIER DE LUNA PIZARRO” DE AREQUIPA, 2015**

Características de los estudiantes

Tabla 1

Distribución de los estudiantes encuestados por año y sección

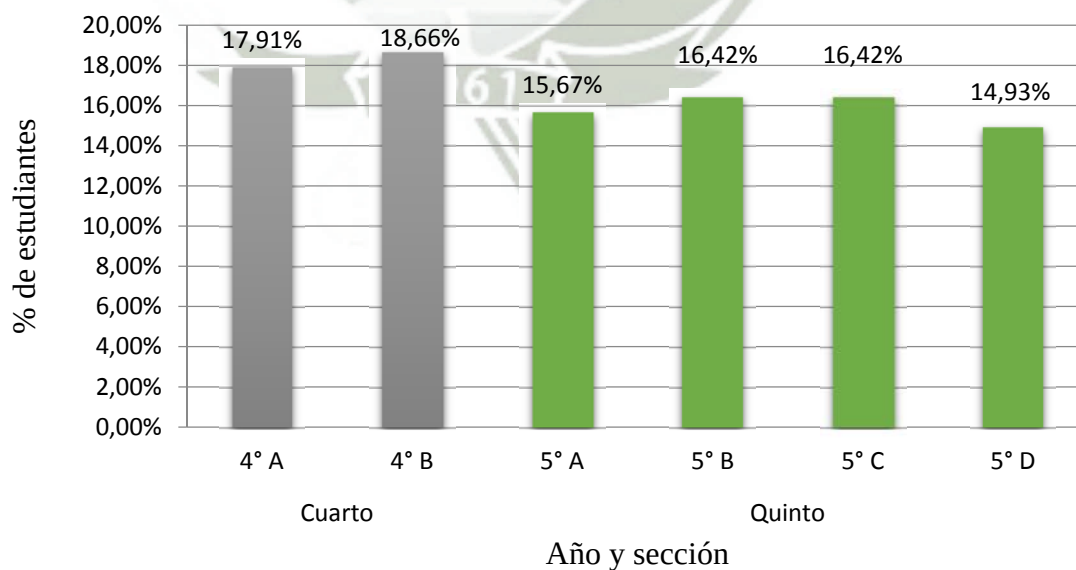
Año \ Sección		Nº	%
Cuarto	4° A	24	17.91%
	4° B	25	18.66%
Quinto	5° A	21	15.67%
	5° B	22	16.42%
	5° C	22	16.42%
	5° D	20	14.93%
Total		134	100.00%

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: De los 134 participantes, el 36.57% pertenecían al cuarto año y 63.43% a quinto año de secundaria. Porcentaje

Gráfico1

Distribución de los estudiantes encuestados por año y sección



**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y PRÁCTICAS
COITALES EN ESCOLARES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA I. E.
“FRANCISCO JAVIER DE LUNA PIZARRO” DE AREQUIPA, 2015**

Tabla 2

Distribución de los estudiantes encuestados según edad

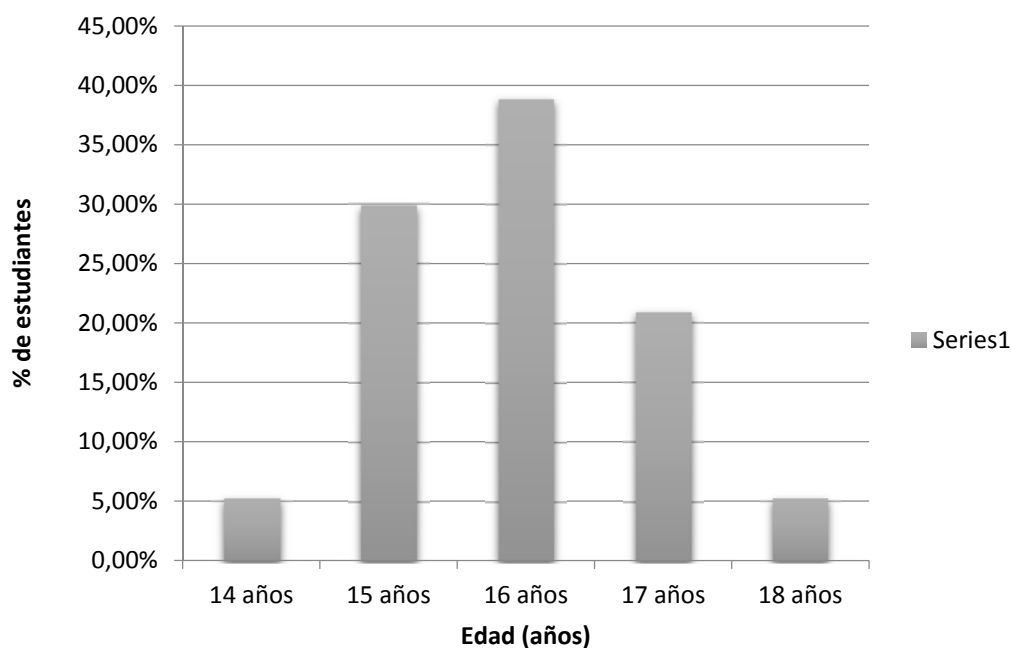
Edad	Nº	%
14 años	7	5.22%
15 años	40	29.85%
16 años	52	38.81%
17 años	28	20.90%
18 años	7	5.22%
Total	134	100.00%

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: En general, el 89.55% de estudiantes encuestados tuvo entre 15 y 17 años y un 5.22% tuvo 18 años.

Gráfico 2

Distribución de los estudiantes encuestados según edad



**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y PRÁCTICAS
COITALES EN ESCOLARES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA I. E.
“FRANCISCO JAVIER DE LUNA PIZARRO” DE AREQUIPA, 2015**

Tabla 3

Distribución de los estudiantes encuestados según sexo

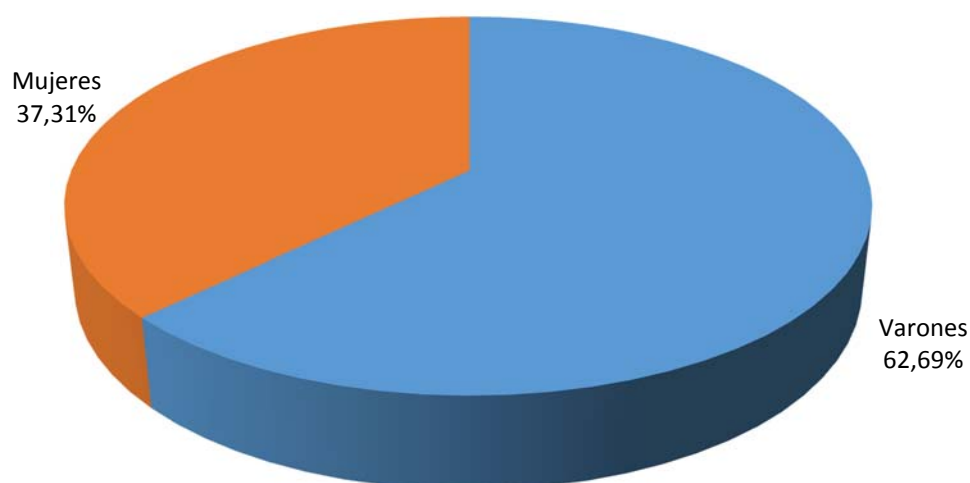
Sexo	Nº	%
Varones	84	62.69%
Mujeres	50	37.31%
Total	134	100.00%

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: En general, el 62.69% de estudiantes fueron varones y 37.31% mujeres.

Gráfico3

Distribución de los estudiantes encuestados según sexo



**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y PRÁCTICAS
COITALES EN ESCOLARES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA I. E.
“FRANCISCO JAVIER DE LUNA PIZARRO” DE AREQUIPA, 2015**

Tabla 4

Distribución de los estudiantes encuestados según religión

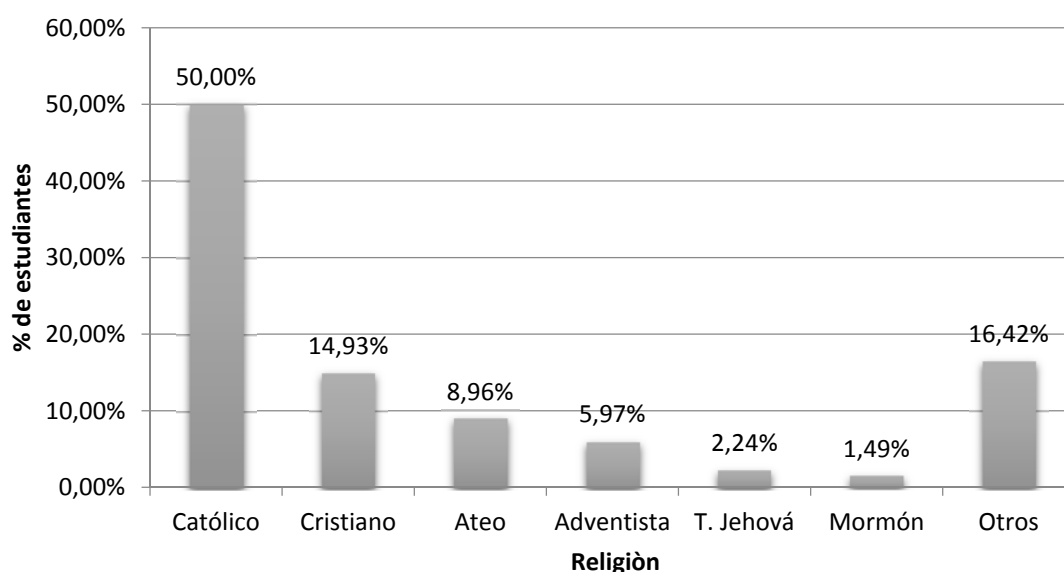
Religión	Nº	%
Católico	67	50.00%
Cristiano	20	14.93%
Ateo	12	8.96%
Adventista	8	5.97%
T. Jehová	3	2.24%
Mormón	2	1.49%
Otros	22	16.42%
Total	134	100.00%

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: La religión predominante en todos los estudiantes fue la católica (50%) seguida de los cristianos (14.93%), con 8.96% de ateos, 5.97% de adventistas y 2.24% de testigos de Jehová; 1.49% fueron mormones y 16.42% manifestaron otras creencias.

Gráfico 4

Distribución de los estudiantes encuestados según religión



**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y PRÁCTICAS
COITALES EN ESCOLARES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA I. E.
“FRANCISCO JAVIER DE LUNA PIZARRO” DE AREQUIPA, 2015**

Tabla 5

Distribución de los estudiantes encuestados según composición familiar

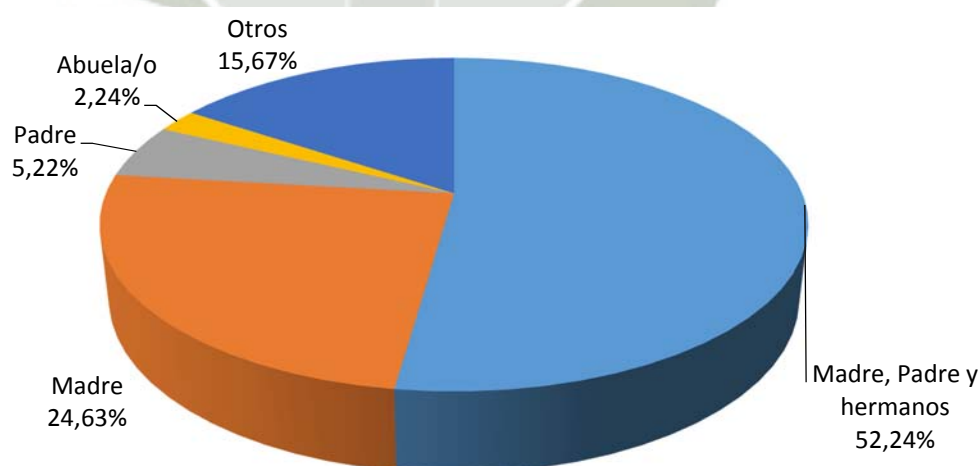
Familia	N°	%
Madre, Padre y hermanos	70	52.24%
Madre	33	24.63%
Padre	7	5.22%
Abuela/o	3	2.24%
Otros	21	15.67%
Total	134	100.00%

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: La composición de la familia de los estudiantes fue en el 52.24% de casos integrados por padre, madre y hermanos, en 24.63% sólo por la madre, 5.22% sólo por el padre, en 2.24% por los abuelos, y en 15.67% por otros familiares.

Gráfico 5

Distribución de los estudiantes encuestados según composición familiar y año de estudios



**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y PRÁCTICAS
COITALES EN ESCOLARES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA I. E.
“FRANCISCO JAVIER DE LUNA PIZARRO” DE AREQUIPA, 2015**

Conocimientos sobre VIH/SIDA de los estudiantes

Tabla 6

**Distribución de los estudiantes encuestados según aspectos conocidos sobre
concepto del VIH/SIDA y año de estudios**

Concepto.	Cuarto		Quinto		Total		Chi ²	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Concepto VIH	33	67.35%	38	44.71%	71	52.99%	6.40	0.01
Concepto SIDA	38	77.55%	37	43.53%	75	55.97%	14.60	0.00
Relación VIH / SIDA	11	22.45%	17	20.00%	28	20.90%	0.11	0.74
Patogenia	7	14.29%	18	21.18%	25	18.66%	0.97	0.32
Afectación	28	57.14%	24	28.24%	52	38.81%	10.94	0.00
Principales infecciones	23	46.94%	29	34.12%	52	38.81%	2.15	0.14
Periodo ventana	5	10.20%	15	17.65%	20	14.93%	1.36	0.24
Infección asintomática	38	77.55%	58	68.24%	96	71.64%	1.33	0.25
Detección por pruebas	45	91.84%	78	91.76%	123	91.79%	0.00	0.99

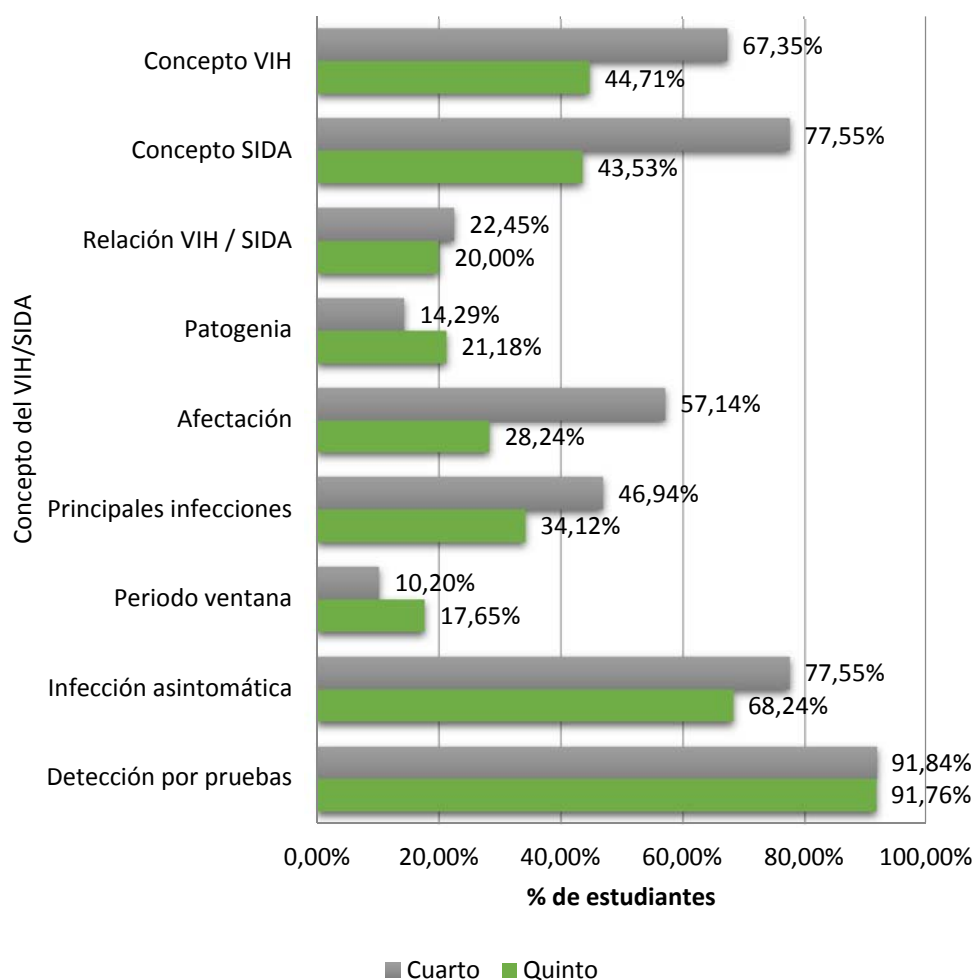
Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: Hubo mejor conocimiento del concepto de VIH y del SIDA entre estudiantes de cuarto año (67.35% en cuarto y 44.71% en quinto acerca de VIH; 77.55% sobre SIDA en cuarto y 43.53% en quinto) al igual que en la afectación de los órganos por la enfermedad (57.14% en cuarto, 28.24% en quinto; $p < 0.05$). Los demás aspectos fueron similarmente conocidos en ambos grupos, siendo el ítem con mejor conocimiento la posibilidad de detección de la infección por pruebas (91.79%) y el peor el concepto de periodo ventana (14.93%).

**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y PRÁCTICAS
COITALES EN ESCOLARES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA I. E.
“FRANCISCO JAVIER DE LUNA PIZARRO” DE AREQUIPA, 2015**

Gráfico 6

**Distribución de los estudiantes encuestados según aspectos conocidos sobre
concepto del VIH/SIDA y año de estudios**



**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y PRÁCTICAS
COITALES EN ESCOLARES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA I. E.
“FRANCISCO JAVIER DE LUNA PIZARRO” DE AREQUIPA, 2015**

Tabla 7

**Distribución de los estudiantes encuestados según aspectos conocidos sobre
transmisión del VIH/SIDA y año de estudios**

	Año	Cuarto		Quinto		Total		Chi²	p
Transmisión	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Formas de transmisión	21	42.86%	54	63.53%	75	55.97%	5.39	0.02	
Transmisión homosexual	39	79.59%	66	77.65%	105	78.36%	0.07	0.79	
Transmisión vertical	20	40.82%	43	50.59%	63	47.01%	1.19	0.28	
Transmisión por vectores	21	42.86%	46	54.12%	67	50.00%	1.58	0.21	
Riesgo con convivencia	41	83.67%	65	76.47%	106	79.10%	0.98	0.32	
Contagio por baños	20	40.82%	37	43.53%	57	42.54%	0.09	0.76	

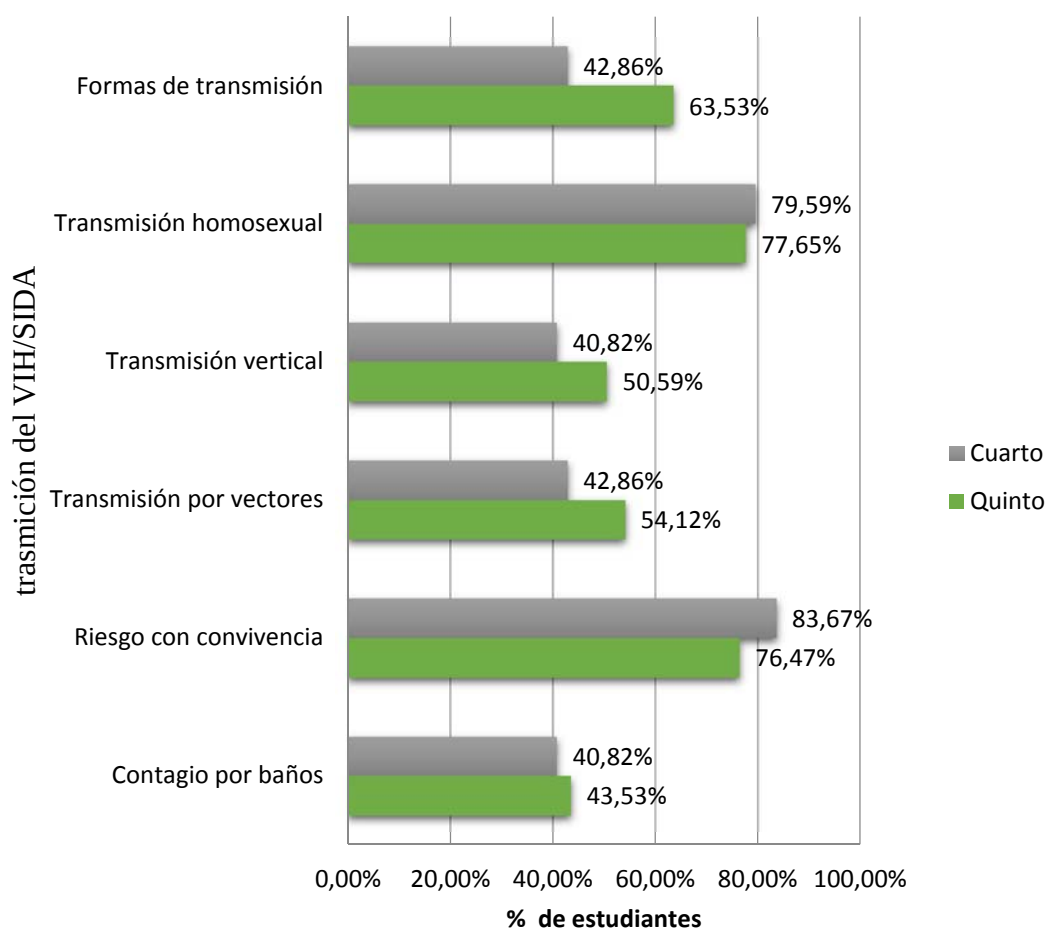
Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: Hubo mejor conocimiento de las formas de transmisión de la infección en quinto (63.53%) que en cuarto (42.86%; $p < 0.05$). El aspecto mejor conocido sobre transmisión fue el riesgo de infección con la convivencia (79.10%) y el menos conocido fue acerca de la posibilidad de contagio por compartir baños (42.54%).

**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y PRÁCTICAS
COITALES EN ESCOLARES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA I. E.
“FRANCISCO JAVIER DE LUNA PIZARRO” DE AREQUIPA, 2015**

Gráfico 7

**Distribución de los estudiantes encuestados según aspectos conocidos sobre
transmisión del VIH/SIDA y año de estudios**



**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y PRÁCTICAS
COITALES EN ESCOLARES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA I. E.
“FRANCISCO JAVIER DE LUNA PIZARRO” DE AREQUIPA, 2015**

Tabla 8

**Distribución de los estudiantes encuestados según aspectos conocidos sobre
prevención del VIH/SIDA y año de estudios**

Año	Cuarto		Quinto		Total		Chi ²	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Prevención								
Detección por aspecto	43	87.76%	68	80.00%	111	82.84%	1.31	0.25
Posibilidad de prevenc.	40	81.63%	73	85.88%	113	84.33%	0.42	0.51
Reducción de transmisión	40	81.63%	69	81.18%	109	81.34%	0.00	0.95
Transm. en monogamia	32	65.31%	63	74.12%	95	70.90%	1.17	0.28
Prevenc. con preservativos	38	77.55%	65	76.47%	103	76.87%	0.02	0.89

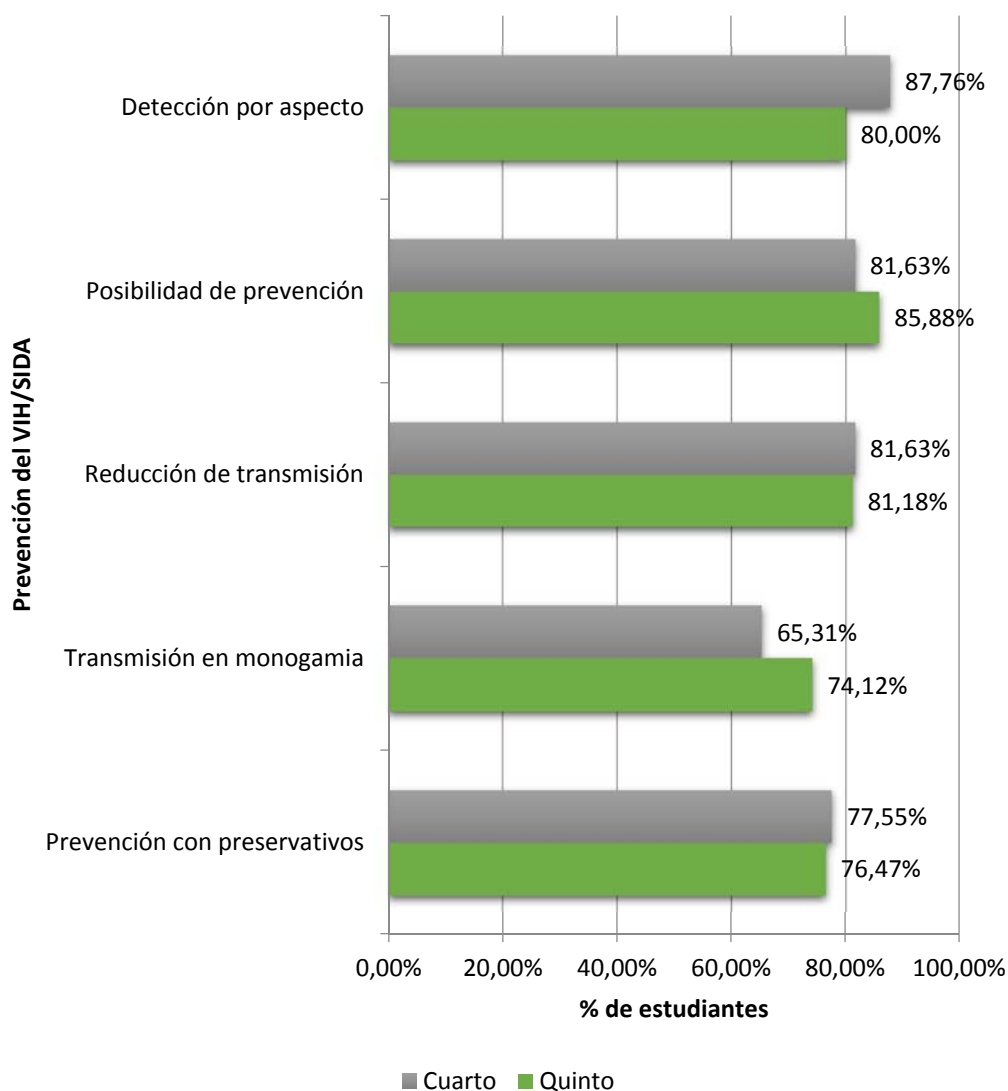
Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: No hubo diferencias en el conocimiento sobre prevención entre los dos años de estudio. El aspecto mejor conocido fue la posibilidad de prevención (84.33%) y el menos conocido fue la posibilidad de prevención con la monogamia (70.90%).

**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y PRÁCTICAS
COITALES EN ESCOLARES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA I. E.
“FRANCISCO JAVIER DE LUNA PIZARRO” DE AREQUIPA, 2015**

Gráfico 8

**Distribución de los estudiantes encuestados según aspectos conocidos sobre
prevención del VIH/SIDA y año de estudios**



**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y PRÁCTICAS
COITALES EN ESCOLARES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA I. E.
“FRANCISCO JAVIER DE LUNA PIZARRO” DE AREQUIPA, 2015**

Tabla 9

**Distribución de los estudiantes encuestados según nivel de conocimientos y
año de estudios**

Nivel	Cuarto		Quinto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Deficiente	16	32.65%	33	38.82%	49	36.57%
Regular	25	51.02%	42	49.41%	67	50.00%
Bueno	8	16.33%	10	11.76%	18	13.43%
Total	49	100.00%	85	100.00%	134	100.00%

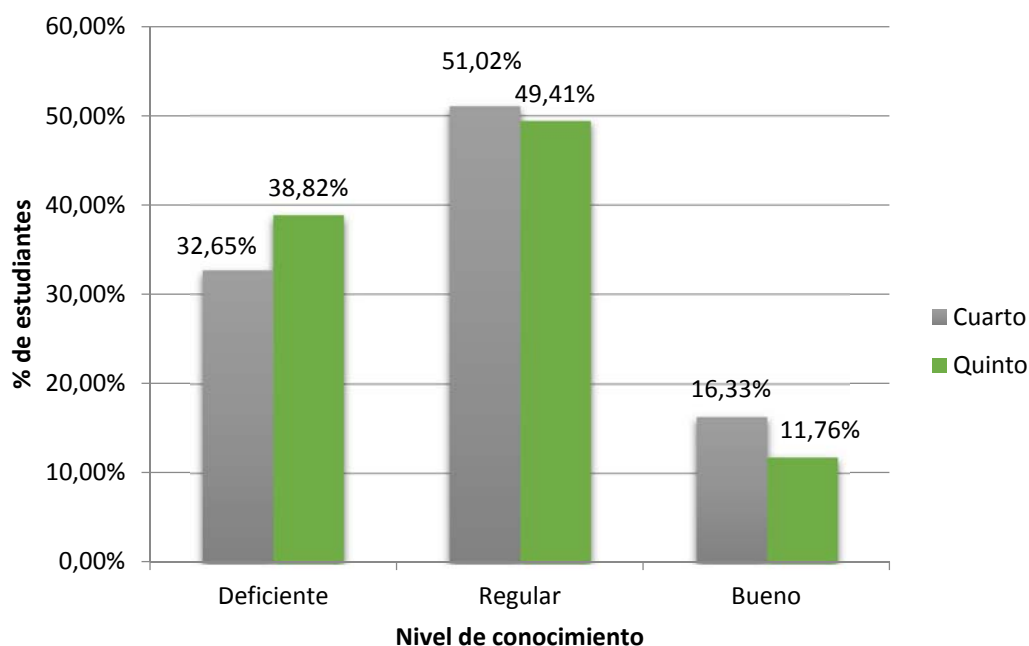
Chi² = 0.89 G. libertad = 2 p = 0.64 (p > 0.05; NS)

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: El nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA fue deficiente en 36.57%, regular en 50.00% y bueno en 13.43% de estudiantes sin diferencias significativas entre los alumnos de cuarto y quinto año (p > 0.05).

Gráfico 9

**Distribución de los estudiantes encuestados según nivel de conocimiento y
año de estudios**



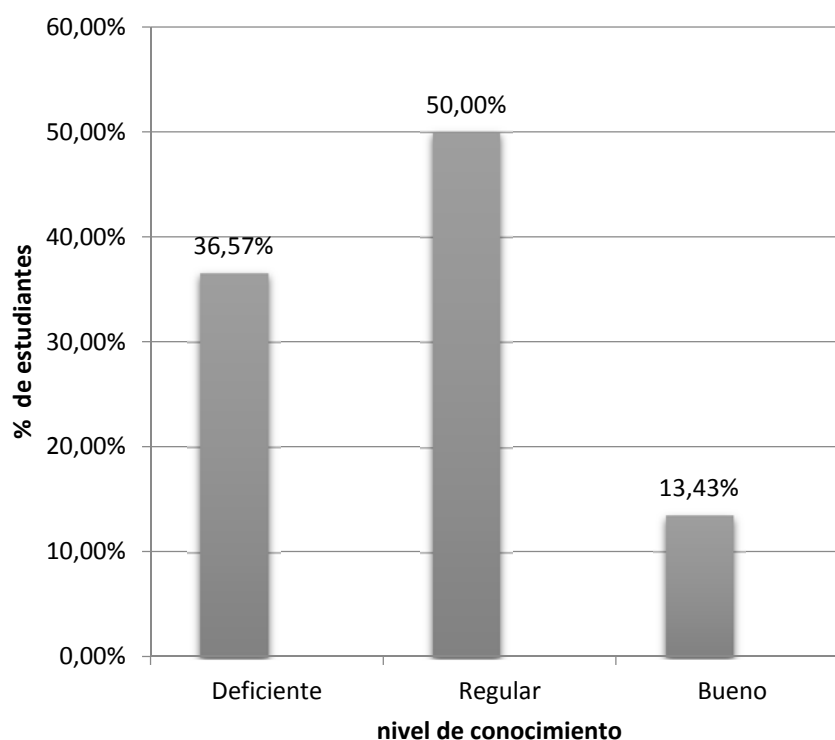
**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y PRÁCTICAS
COITALES EN ESCOLARES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA I. E.
“FRANCISCO JAVIER DE LUNA PIZARRO” DE AREQUIPA, 2015**

Tabla 10
Distribución de los estudiantes encuestados según nivel de conocimiento

Total		
Nivel	Nº	%
Deficiente	49	36.57%
Regular	67	50.00%
Bueno	18	13.43%
Total	134	100.00%

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: El nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA fue deficiente en 36.57%, regular en 50.00% y bueno en 13.43% de estudiantes de cuarto y quinto año ($p > 0.05$).

Gráfico 10
Distribución de los estudiantes encuestados según nivel de conocimiento


**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y PRÁCTICAS
COITALES EN ESCOLARES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA I. E.
“FRANCISCO JAVIER DE LUNA PIZARRO” DE AREQUIPA, 2015**

Prácticas coitales en los estudiantes

Tabla 11

Distribución de estudiantes encuestados según prácticas coitales y año de estudios

Práctica	Año		Cuarto		Quinto		Total	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
No			34	69.39%	54	63.53%	88	65.67%
Sí			15	30.61%	31	36.47%	46	34.33%
Total			49	100.00%	85	100.00%	134	100.00%

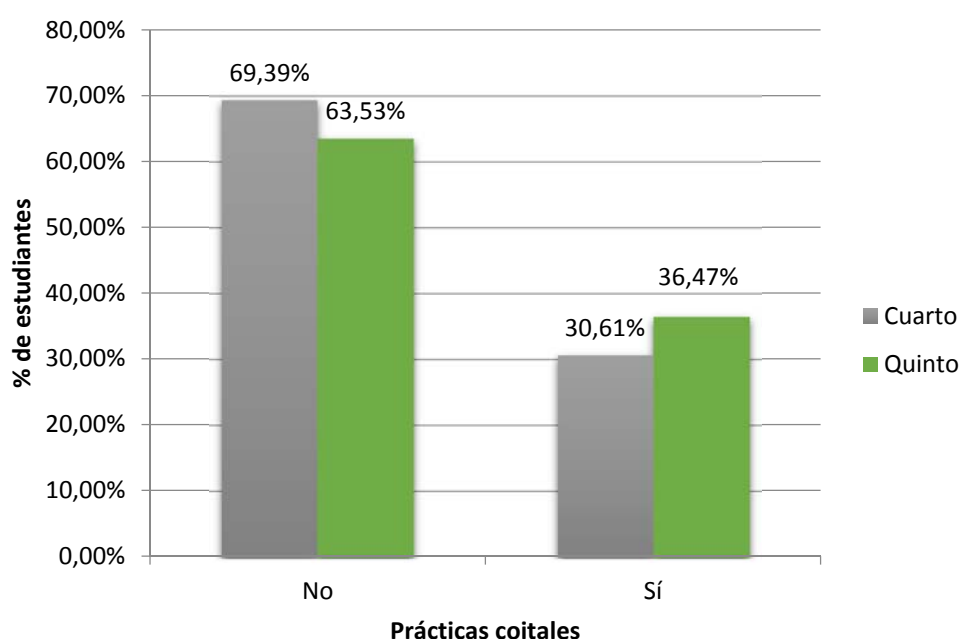
Chi² =0.47 G. libertad = 1 p = 0.49 (p > 0.05; NS)

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: El 65.67% de estudiantes manifestó no haber tenido actividad coital, mientras que 34.33% sí; no hubo diferencias significativas entre alumnos de cuarto (30.61%) y quinto año (36.47%).

Gráfico 11

Distribución de estudiantes encuestados según prácticas coitales y año de estudios



**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y PRÁCTICAS
COITALES EN ESCOLARES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA I. E.
“FRANCISCO JAVIER DE LUNA PIZARRO” DE AREQUIPA, 2015**

Tabla 12

Características de la práctica coital y año de estudios: edad de inicio

Edad	Año		Cuarto		Quinto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
12 -13 años	3	20.00%	5	16.13%	8	17.39%		
14-15 años	10	66.67%	14	45.16%	24	52.17%		
16-17 años	2	13.33%	8	25.81%	10	21.74%		
≥ 18 años	0	0.00%	4	12.90%	4	8.70%		
Total	15	100.00%	31	100.00%	46	100.00%		

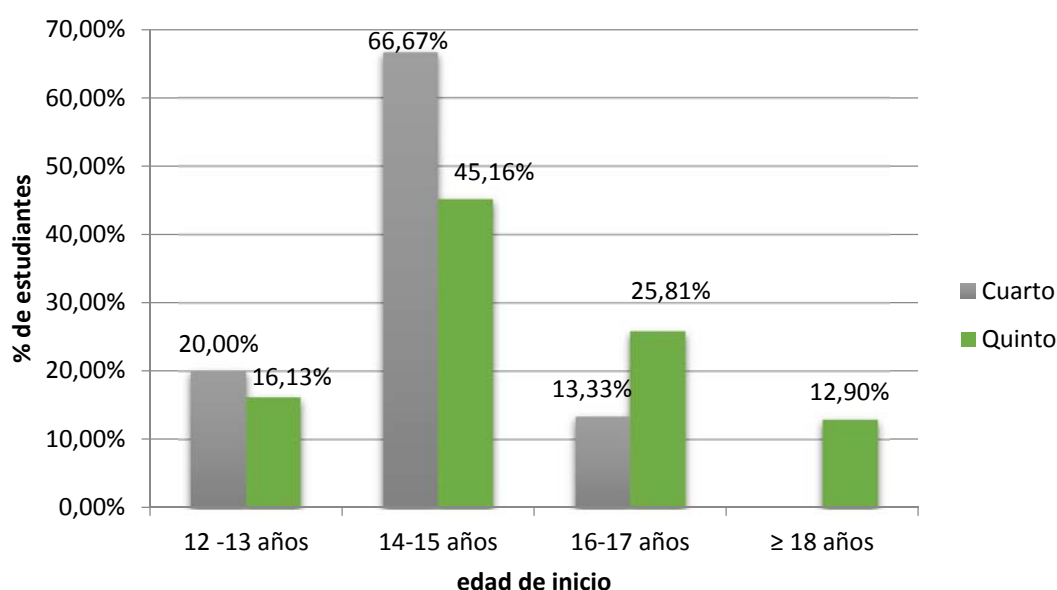
Chi² =3.64 G. libertad = 3 p = 0.30 (p > 0.05; NS)

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: Entre los estudiantes que iniciaron sus relaciones coitales, 52.17% lo hizo entre los 14 y 15 años, y 17.39% entre los 12 y 13 años y 21.74% entre los 16 y 17 años. No hubo diferencias significativas entre alumnos de cuarto y quinto años (p > 0.05).

Gráfico 12

Características de la práctica coital y año de estudios: edad de inicio



**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y PRÁCTICAS
COITALES EN ESCOLARES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA I. E.
“FRANCISCO JAVIER DE LUNA PIZARRO” DE AREQUIPA, 2015**

Tabla 13

Características de la práctica coital y año de estudios: pareja actual

Parejas	Año		Cuarto		Quinto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Esporádicas	6	40.00%	8	25.81%	14	30.43%		
Estable	6	40.00%	13	41.94%	19	41.30%		
Sin pareja	3	20.00%	10	32.26%	13	28.26%		
Total	15	100.00%	31	100.00%	46	100.00%		

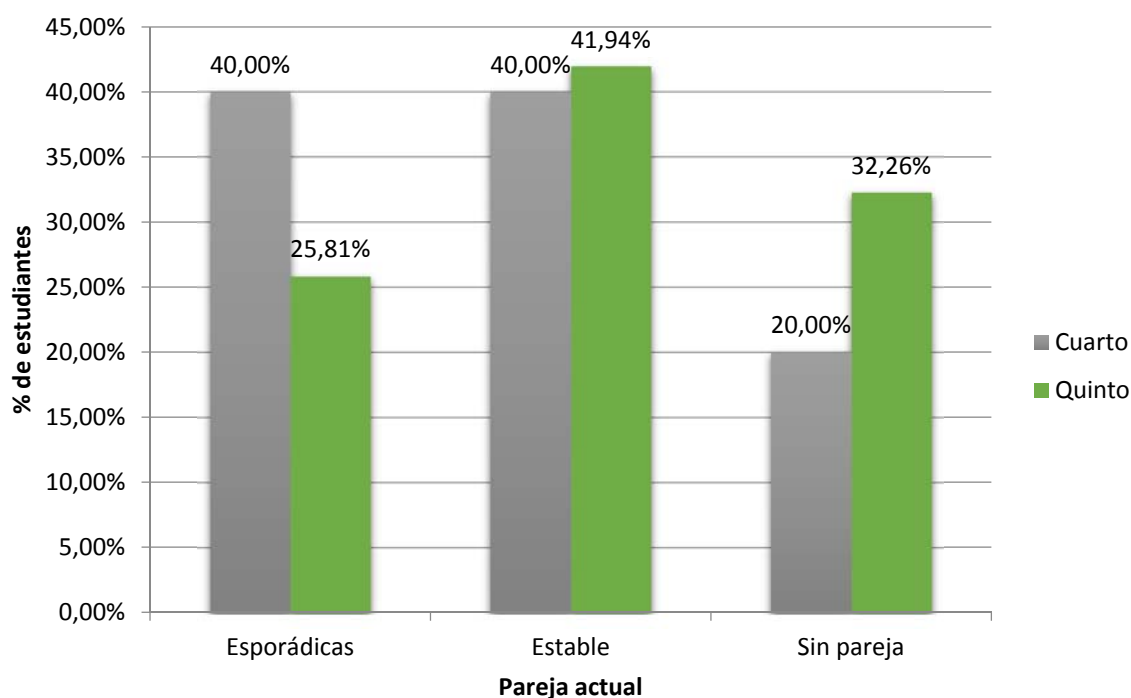
Chi² = 1.22 G. libertad = 2 p = 0.54 (p > 0.05; NS)

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: El 30.43% de alumnos tiene parejas esporádicas 41.30% una pareja estable y 28.26% no tiene pareja en la actualidad. No hubo diferencias significativas entre alumnos de cuarto y quinto años (p > 0.05).

Gráfico 13

Características de la práctica coital y año de estudios: pareja actual



**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y PRÁCTICAS
COITALES EN ESCOLARES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA I. E.
“FRANCISCO JAVIER DE LUNA PIZARRO” DE AREQUIPA, 2015**

Tabla 14

Características de la práctica coital y año de estudios: parejas coitales

Parejas	Año		Cuarto		Quinto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 pareja.	7	46.67%	14	45.16%	21	45.65%		
2 parejas	3	20.00%	8	25.81%	11	23.91%		
3 parejas	2	13.33%	5	16.13%	7	15.22%		
≥ 4 parejas	3	20.00%	4	12.90%	7	15.22%		
Total	15	100.00%	31	100.00%	46	100.00%		

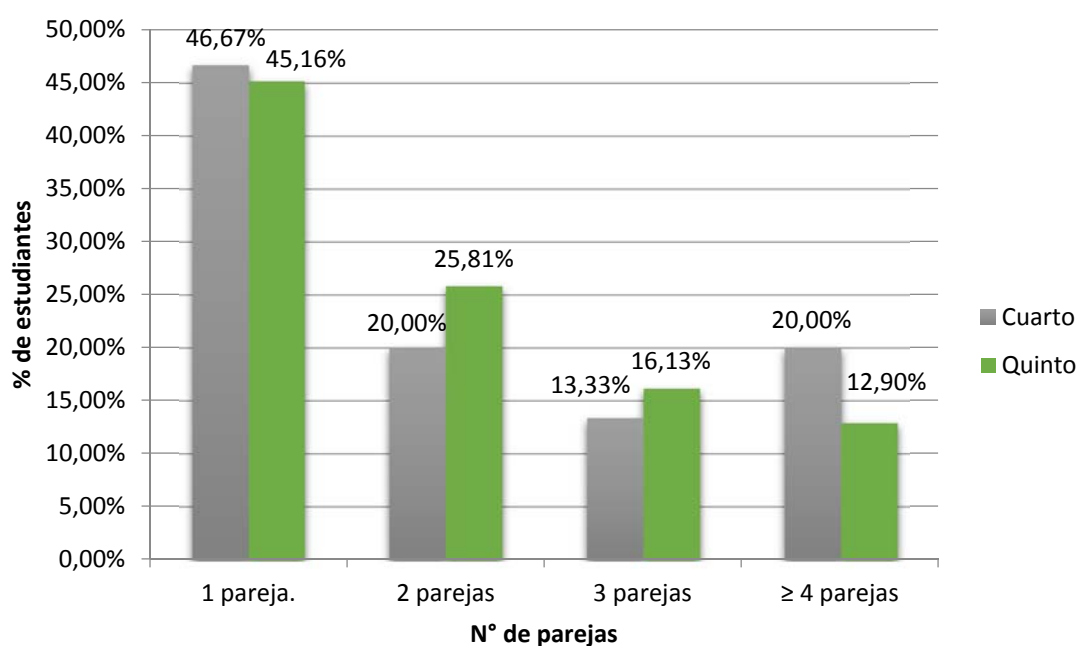
Chi² = 0.53 G. libertad = 3 p = 0.91 (p > 0.05; NS)

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: El 45.65% de alumnos ha tenido una sola pareja coital, 23.91% dos parejas, 15.22% tres y en la misma proporción cuatro a más parejas sin diferencias significativas entre los dos años (p > 0.05).

Gráfico 14

Características de la práctica coital y año de estudios: parejas coitales



**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y PRÁCTICAS
COITALES EN ESCOLARES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA I. E.
“FRANCISCO JAVIER DE LUNA PIZARRO” DE AREQUIPA, 2015**

Tabla 15

**Características de la práctica coital y año de estudios: frecuencia de
relaciones coitales**

Frecuencia	Año	Cuarto		Quinto		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 vez/sem		1	6.67%	3	9.68%	4	8.70%
2-3 v/sem		2	13.33%	4	12.90%	6	13.04%
1 vez/mes		4	26.67%	7	22.58%	11	23.91%
2-3 v/mes		3	20.00%	4	12.90%	7	15.22%
Otra		5	33.33%	13	41.94%	18	39.13%
Total		15	100.00%	31	100.00%	46	100.00%

Chi² = 0.70 G. libertad = 4 p = 0.95 (p > 0.05; NS)

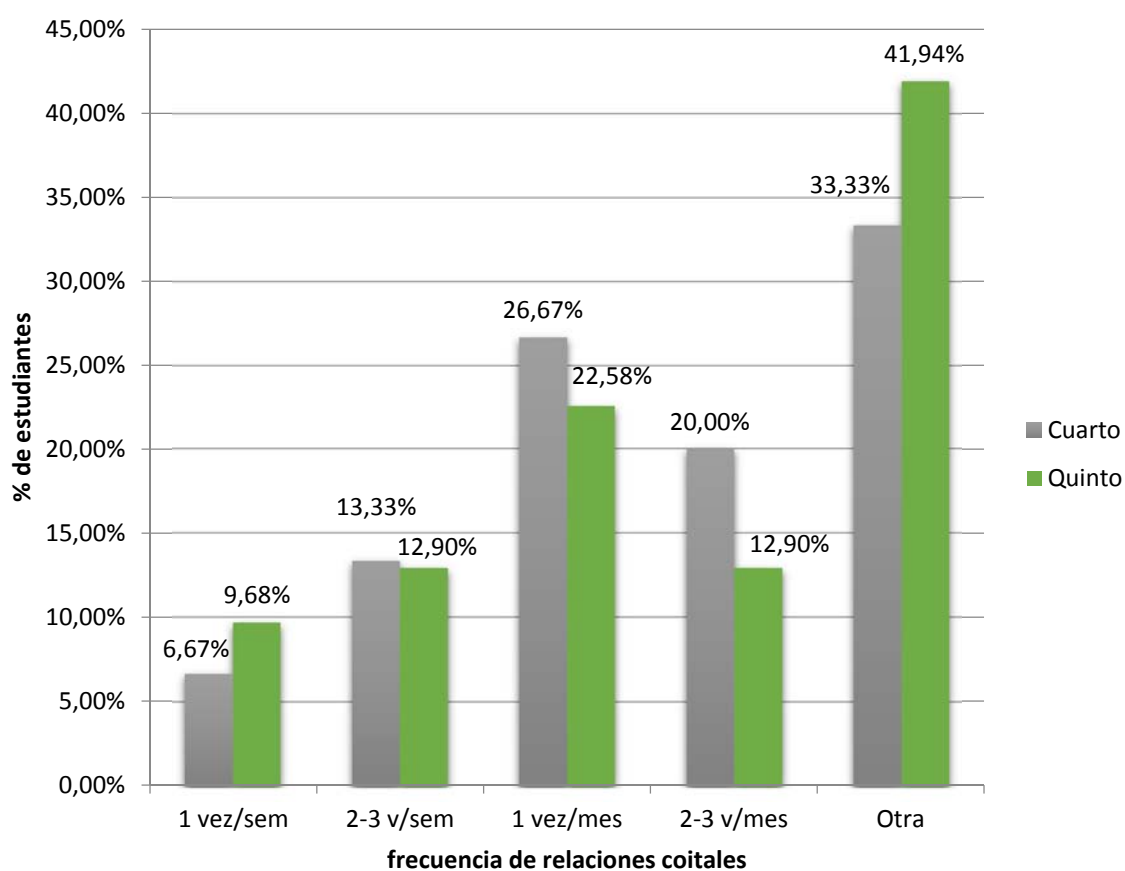
Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: La frecuencia de relaciones coitales es de 1 vez por mes en 23.91% de casos 2 a 3 veces por mes en 15.22% 2 a 3 veces por semana en 13.04% y una vez por semana en 8.70%; otras respuestas se dieron en 39.13% de casos, y no hubo diferencia entre cuarto y quinto (p > 0.05).

**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y PRÁCTICAS
COITALES EN ESCOLARES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA I. E.
“FRANCISCO JAVIER DE LUNA PIZARRO” DE AREQUIPA, 2015**

Gráfico 15

**Características de la práctica coital y año de estudios: frecuencia de
relaciones coitales**



**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y PRÁCTICAS
COITALES EN ESCOLARES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA I. E.
“FRANCISCO JAVIER DE LUNA PIZARRO” DE AREQUIPA, 2015**

Tabla 16

Características de la práctica coital y año de estudios: uso de preservativo

Usa preservativo	Año		Cuarto		Quinto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sí	10	66.67%	23	74.19%	33	71.74%		
No	5	33.33%	8	25.81%	13	28.26%		
Total	15	100.00%	31	100.00%	46	100.00%		

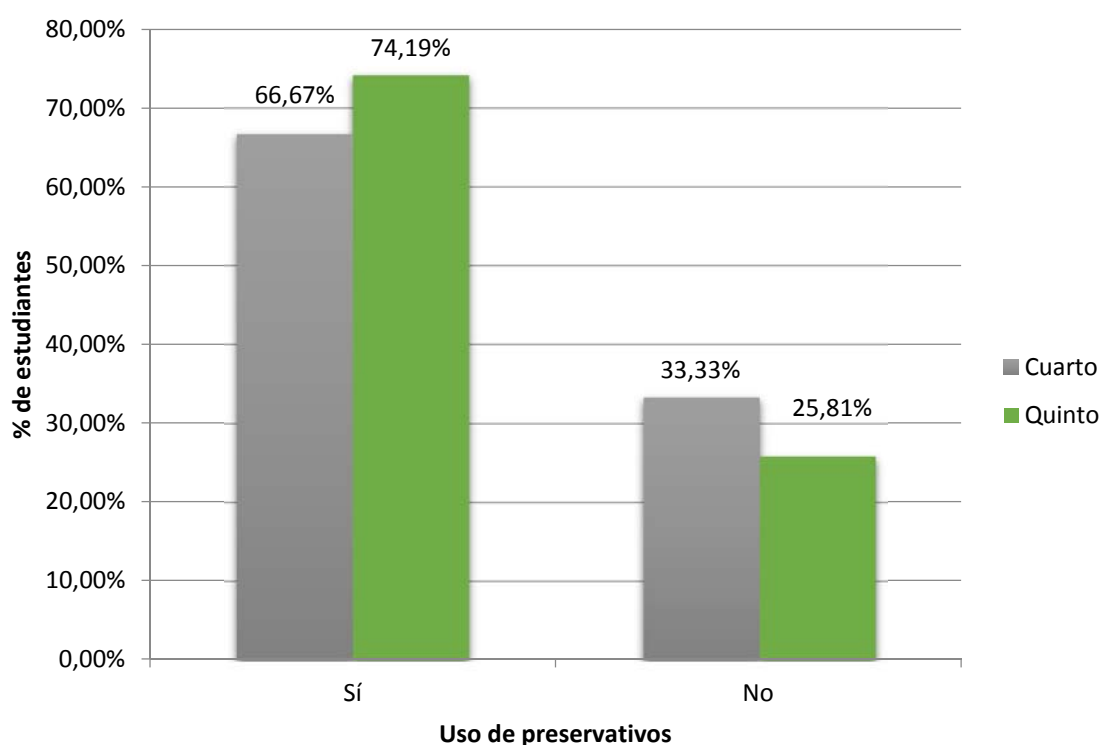
Chi² = 0.74 G. libertad = 1 p = 0.39 (p > 0.05; NS)

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: El 66.67% de alumnos de cuarto año usan preservativo y 74.19% lo hacen en quinto; en total, lo hace el 71.74% de estudiantes con práctica coital, sin diferencia significativa entre los dos grupos (p > 0.05).

Gráfico 16

Características de la práctica coital y año de estudios: uso de preservativo



**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y PRÁCTICAS
COITALES EN ESCOLARES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA I. E.
“FRANCISCO JAVIER DE LUNA PIZARRO” DE AREQUIPA, 2015**

Relación entre conocimientos de VIH/SIDA y prácticas coitales

Tabla 17

**Relación entre nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y la práctica de
relaciones coitales en los estudiantes**

Conocimientos	Total		Deficiente		Regular		Bueno	
R. coitales	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Practica	46	100.0%	18	39.13%	22	47.83%	6	13.04%
No practica	88	100.0%	31	35.23%	45	51.14%	12	13.64%
Total	134	100.0%	49	36.57%	67	50.00%	18	13.43%

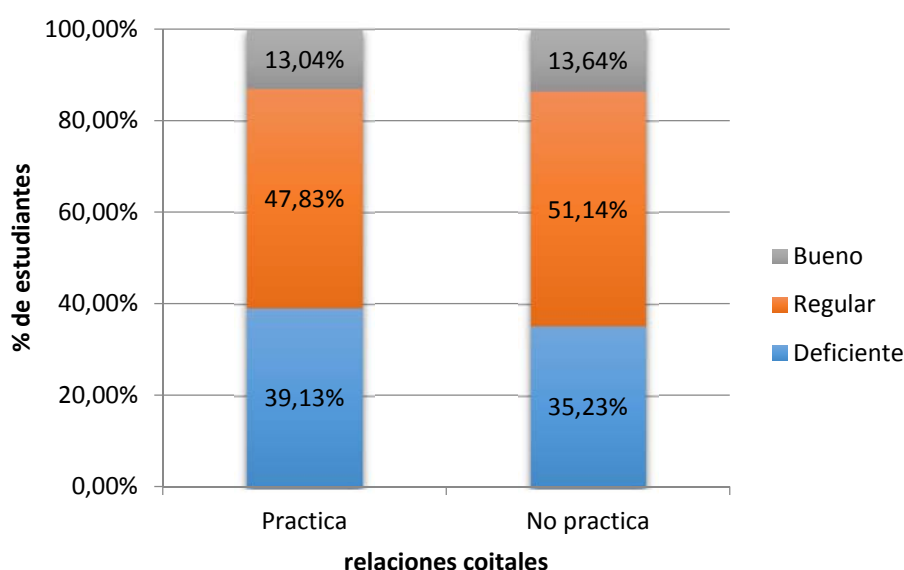
Chi² =0.20 G. libertad = 2 p = 0.49 (p > 0.05; NS)

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: No hubo una relación significativa (p > 0.05) entre el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y la práctica de relaciones coitales (p > 0.05); entre los que practican relaciones predomina el conocimiento regular (47.83%), al igual que entre los que no practican (51.14%).

Gráfico 17

**Relación entre nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y la práctica de
relaciones coitales en los estudiantes**



**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y PRÁCTICAS
COITALES EN ESCOLARES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA I. E.
“FRANCISCO JAVIER DE LUNA PIZARRO” DE AREQUIPA, 2015**

Tabla 18

**Relación entre nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y edad de inicio de
práctica coital en los estudiantes**

Conocimientos Edad	Total		Deficiente		Regular		Bueno	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
12 -13 años	8	100.0%	2	25.00%	5	62.50%	1	12.50%
14-15 años	24	100.0%	9	37.50%	13	54.17%	2	8.33%
16-17 años	10	100.0%	4	40.00%	3	30.00%	3	30.00%
≥ 18 años	4	100.0%	3	75.00%	1	25.00%	0	0.00%
Total	46	100.0%	18	39.13%	22	47.83%	6	13.04%

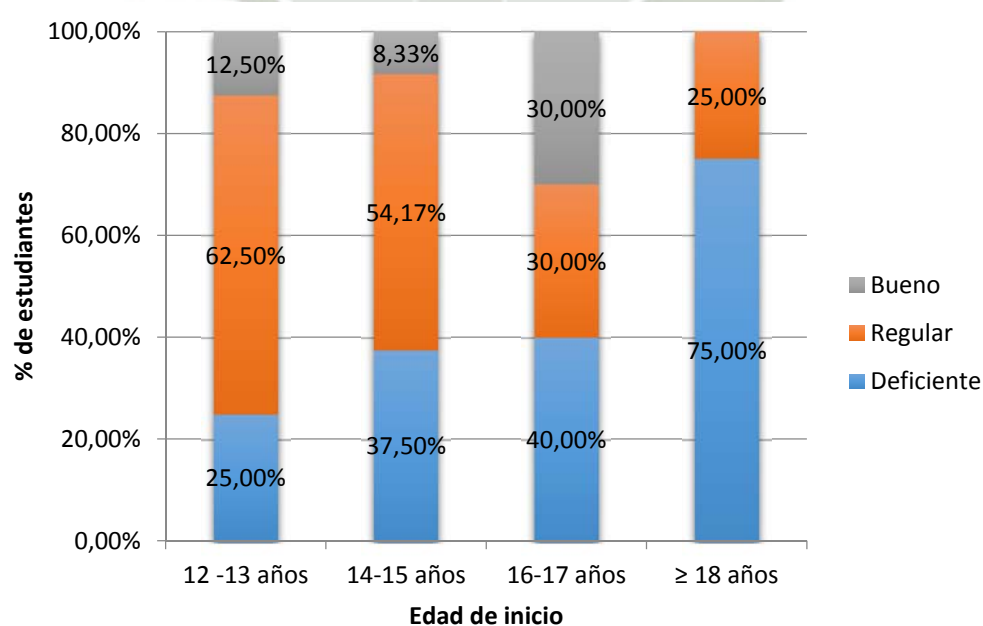
Chi² =6.54 G. libertad = 6 p = 0.37 (p > 0.05; NS)

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: No hubo relación entre el conocimiento de la infección por VIH/SIDA y la edad de inicio de relaciones coitales (p > 0.05).

Gráfico 18

**Relación entre nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y edad de inicio de
práctica coital en los estudiantes**



**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y PRÁCTICAS
COITALES EN ESCOLARES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA I. E.
“FRANCISCO JAVIER DE LUNA PIZARRO” DE AREQUIPA, 2015**

Tabla 19

**Relación entre nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y pareja coital actual
en los estudiantes**

Conocimientos	Total		Deficiente		Regular		Bueno	
Pareja actual	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Esporádicas	14	100.0%	7	50.00%	5	35.71%	2	14.29%
Estable	19	100.0%	4	21.05%	11	57.89%	4	21.05%
Sin pareja	13	100.0%	7	53.85%	6	46.15%	0	0.00%
Total	46	100.0%	18	39.13%	22	47.83%	6	13.04%

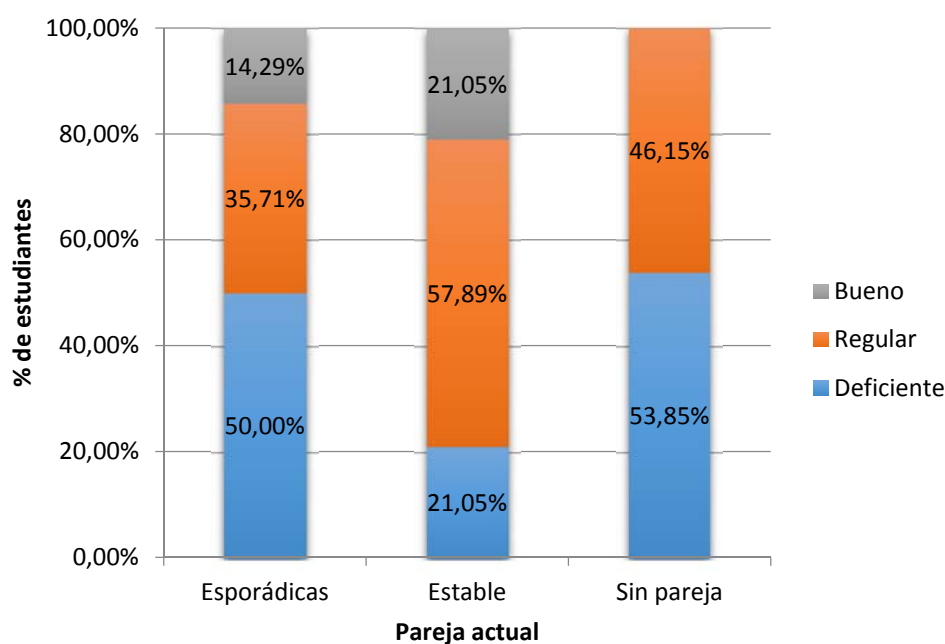
Chi² =6.22 G. libertad = 4 p = 0.18 (p > 0.05; NS)

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: No hubo relación entre el conocimiento de la infección por VIH/SIDA y el tipo de parejas coitales (p > 0.05).

Gráfico 19

**Relación entre nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y pareja coital actual
en los estudiantes**



**ELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y PRÁCTICAS COITALES
EN ESCOLARES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA I. E. “FRANCISCO JAVIER
DE LUNA PIZARRO” DE AREQUIPA, 2015**

Tabla 20

**Relación entre nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y número de parejas
coitales en los estudiantes**

Conocimientos N° parejas	Total		Deficiente		Regular		Bueno	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1 pareja.	21	100.0%	7	33.33%	11	52.38%	3	14.29%
2 parejas	11	100.0%	5	45.45%	3	27.27%	3	27.27%
3 parejas	7	100.0%	3	42.86%	4	57.14%	0	0.00%
≥ 4 parejas	7	100.0%	3	42.86%	4	57.14%	0	0.00%
Total	46	100.0%	18	39.13%	22	47.83%	6	13.04%

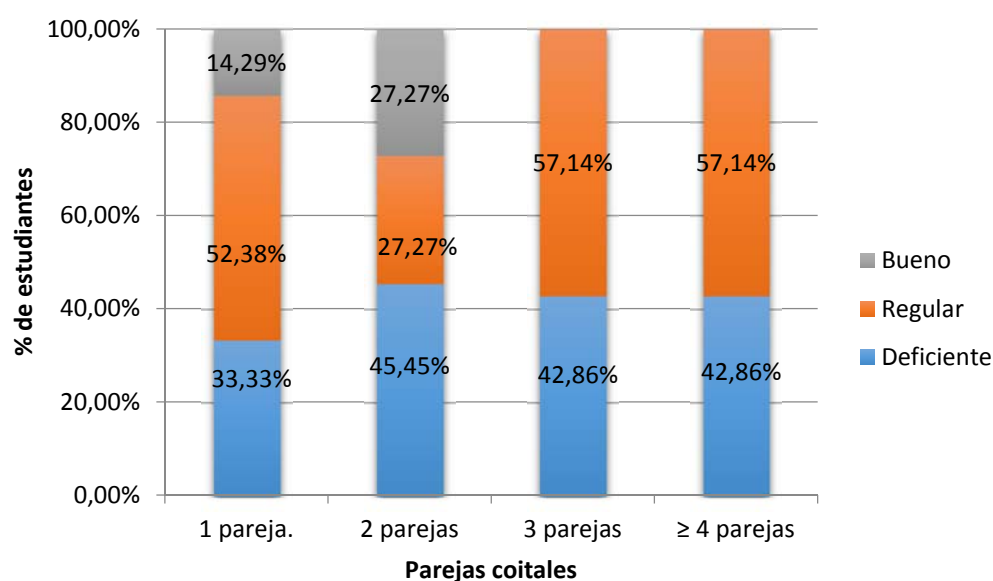
Chi² =5.22 G. libertad = 6 p = 0.52 (p > 0.05; NS)

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: No hubo relación entre el conocimiento de la infección por VIH/SIDA y el número de parejas coitales (p > 0.05), aunque se vio mejor conocimiento entre los que tienen menos parejas.

Gráfico 20

**Relación entre nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y número de parejas
coitales en los estudiantes**



**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y PRÁCTICAS
COITALES EN ESCOLARES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA I. E.
“FRANCISCO JAVIER DE LUNA PIZARRO” DE AREQUIPA, 2015**

Tabla 21

**Relación entre nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y frecuencia de
relaciones coitales en los estudiantes**

Conocimientos Frecuencia	Total		Deficiente		Regular		Bueno	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 vez/sem	4	100.0%	1	25.00%	2	50.00%	1	25.00%
2-3 v/sem	6	100.0%	3	50.00%	3	50.00%	0	0.00%
1 vez/mes	11	100.0%	4	36.36%	5	45.45%	2	18.18%
2-3 v/mes	7	100.0%	3	42.86%	2	28.57%	2	28.57%
Otra	18	100.0%	7	38.89%	10	55.56%	1	5.56%
Total	46	100.0%	18	39.13%	22	47.83%	6	13.04%

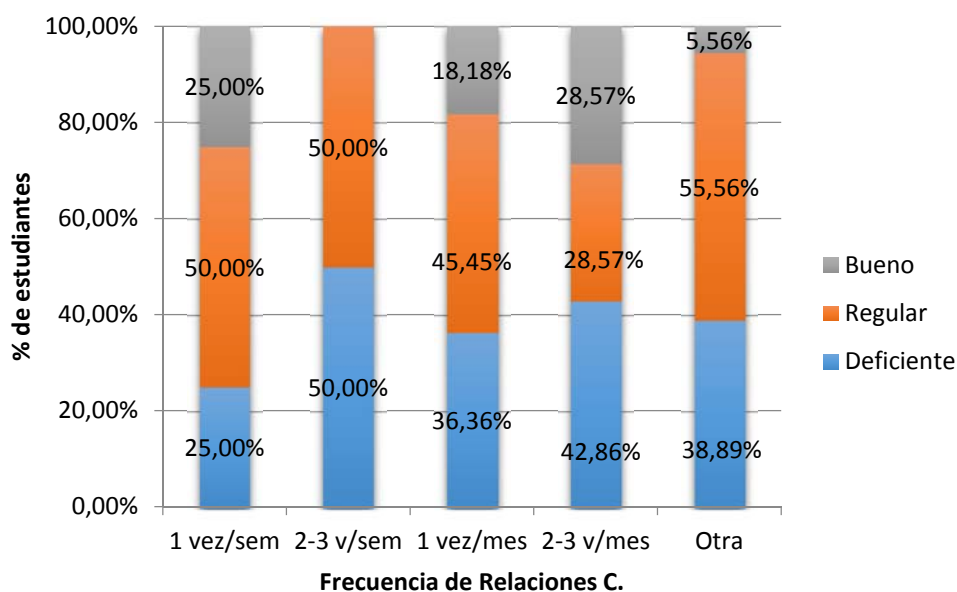
Chi² = 4.73 G. libertad = 8 p = 0.79 (p > 0.05; NS)

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: No hubo relación entre el conocimiento de la infección por VIH/SIDA y la frecuencia de inicio de relaciones coitales (p > 0.05).

Gráfico 21

**Relación entre nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y frecuencia de
relaciones coitales en los estudiantes**



**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y PRÁCTICAS
COITALES EN ESCOLARES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA I. E.
“FRANCISCO JAVIER DE LUNA PIZARRO” DE AREQUIPA, 2015**

Tabla 22

**Relación entre nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y uso de preservativo
en los estudiantes**

Conocimiento	Total		Deficiente		Regular		Bueno	
Usa preservativo	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sí	33	100.0%	13	39.39%	15	45.45%	5	15.15%
No	13	100.0%	5	38.46%	7	53.85%	1	7.69%
Total	46	100.0%	18	39.13%	22	47.83%	6	13.04%

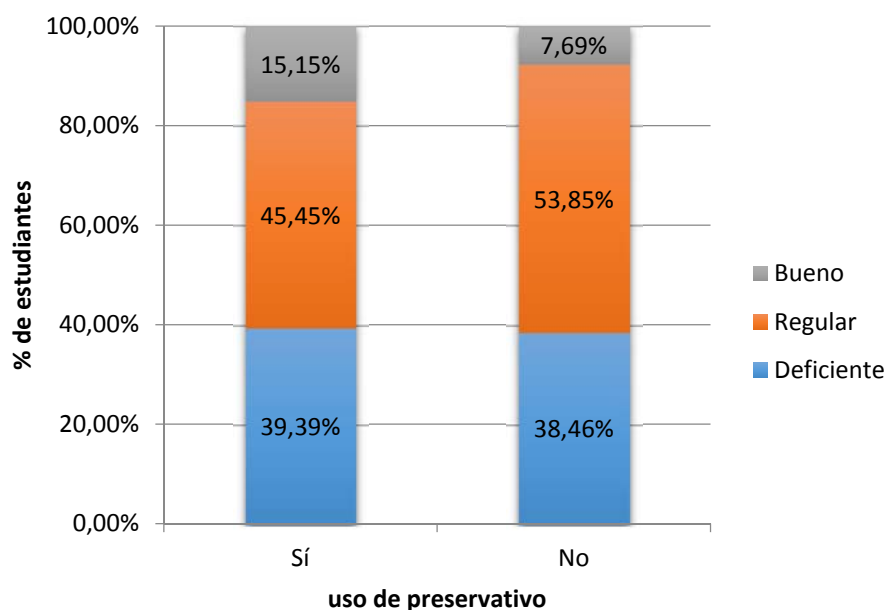
Chi² = 0.54 G. libertad = 2 p = 0.76 (p > 0.05; NS)

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: No hubo relación entre el conocimiento de la infección por VIH/SIDA y el uso de preservativos (p > 0.05) aunque hubo mejor conocimiento entre los que sí usan (15.15%) que los que no usan (7.69%).

Gráfico 22

**Relación entre nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y uso de preservativo
en los estudiantes**



DISCUSIÓN

El presente estudio buscó establecer la relación entre el conocimiento sobre VIH/SIDA y Prácticas coitales en escolares de 4to y 5to de Secundaria de la I. E. “Francisco Javier de Luna Pizarro” de Arequipa. El estudio es importante debido a que la gran mayoría de adolescentes inicia cada vez más temprano sus relaciones coitales, a su vez identificar el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes.

Para la realización del estudio se aplicó una ficha de datos y un cuestionario validado de conocimientos y otro de prácticas hacia el VIH/SIDA en estudiantes que cumplieron los criterios de selección. Los resultados se muestran mediante estadística descriptiva y se relacionan variables cualitativas mediante prueba de independencia chi cuadrado, considerando significativa una diferencia de $p < 0.05$. Los resultados de nuestro estudio indican, contrariamente a lo esperado, que el nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA no parece relacionarse con las prácticas coitales, ya que no difiere entre los adolescentes que ya iniciaron sus prácticas coitales, al igual que entre los que no practican.

En el presente estudio, la edad promedio de los estudiantes fue de 14 a 18 años, siendo el 62.69% de estudiantes varones y el 37.31% de estudiantes mujeres. El nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA fue deficiente en 36.57%, regular en 50.00% y bueno en 13.43% de estudiantes sin diferencias significativas entre los alumnos de cuarto y quinto año ($p > 0.05$). El nivel de conocimiento a las medidas de prevención muestra que el 76.87% conoce dichas medidas de protección. Al obtenido según un estudio realizado en Venezuela por María E. Dávila, et al. La edad promedio de los participantes fue $15,90 \pm 1,24$ años de edad y 57,2 % eran del género femenino. El 40,9 % reportó un NC "bueno", 51,9 % "regular" y 7,2 % "deficiente". El NC relacionado a las medidas de prevención muestra que 78,8 % conoce dichas medidas. Un 95,7 % respondió correctamente que el "VIH/SIDA se puede contraer al mantener relaciones sexuales sin protección", 41,8 % respondió incorrectamente que "no hay forma de protegerse contra el VIH".

El nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA fue deficiente en 26.12%, regular en 60.45% y bueno en 13.43% de estudiantes sin diferencias significativas entre los alumnos de cuarto y quinto año ($p > 0.05$). El único estudio que informó el nivel de conocimiento en VIH-sida con el mismo instrumento de medición fue realizado en Tacna por LEGUÍA C Juan y otros, quienes observaron que existe un bajo nivel de conocimiento acerca del VIH-SIDA en más del 75% de los encuestados el cual está asociado a edad y año académico. A pesar de que muchos estudiantes han recibido en alguna ocasión información sobre el VIH/SIDA, se mantienen vacíos conceptuales o de información importante en lo que se refiere al período ventana y prevención del VIH/SIDA.

En nuestro trabajo de investigación, se encontró que la composición de la familia de los estudiantes fue similar tanto en cuarto como en quinto años ($p > 0.05$), siendo el 52.24% de casos integrados por padre, madre y hermanos, en 24.63% sólo por la madre, 5.22% sólo por el padre, en 2.24% por los abuelos, y en 15.67% por otros familiares. Según CARRATALA Elena, et Al. El nivel de conocimiento no parece relacionarse con la estructura familiar, ya que no difiere entre los adolescentes con padres casados y divorciados. El hecho de que sea la escuela o los amigos, y no los padres, los que proporcionan información sobre el VIH /SIDA podría explicar que el nivel de conocimiento de los adolescentes sea el mismo con independencia de si los padres están casados o divorciados.

En la segunda variable examinada, los resultados de nuestro estudio muestran una situación preocupante en los adolescentes, en lo que respecta a las prácticas coitales, se encontró que el 34.33% de estudiantes manifestó haber tenido actividad coital. Según un estudio realizado en la I.E. José Carlos Mariátegui en el año 2011, por Cecilia Valdivia, et al, refiere que un 47.55% de estudiantes ya inicio sus relaciones coitales, del cual en su mayoría fue en varones.

Respecto a la edad en que los estudiantes iniciaron sus relaciones coitales, 52.17% lo hizo entre los 14 y 15 años, y 17.39% entre los 12 y 13 años y 21.74% entre los 16 y 17 años. La edad promedio obtenida en el presente trabajo es de 14.5 años de edad. Resultados similares han encontrado SALAZAR Granara Alberto, et Al. El

inicio de la vida sexual activa de los adolescentes fue de 17.9% (n=199); siendo la edad promedio de inicio a los 14.5 años de edad, suponiendo una precocidad y diferencia, corroborando la diversidad humana en este contexto, manifiesta además por un inicio temprano de relaciones sexuales de riesgo.

Otro dato destacable en nuestro estudio es que sólo el 71.74% de los adolescentes durante sus prácticas coitales se protegen y un 28.26% no se han protegido. En el estudio de VINACCIA Stefano et Al. Con jóvenes colombianos, este porcentaje era del 71.9% en los que no se protegían. De hecho más de la mitad de estudiantes presentaba conductas de riesgo. Todo ello conduce a estos adolescentes a un alto índice de riesgo de. Todo ello conduce a estos adolescentes a un alto índice de riesgo de contraer una ITS, desconociendo que la tienen, y de infectar a otras personas con las que mantengan relaciones sexuales.

En nuestro trabajo de investigación, relación entre el nivel de conocimiento y prácticas coitales, en los estudiantes que practican se encontró que el 32.61% tiene un nivel de conocimiento deficiente, es regular 54.35% y bueno un 13.04%. Según GÓMEZ Edna, et al, dice que es importante destacar que un número de adolescentes inicia relaciones coitales sin conocer claramente las formas de transmisión y de prevención adecuada para el VIH/SIDA. Ya que observamos adolescentes con conocimientos de VIH/SIDA deficientes, y que además tienen relaciones sexuales de riesgo, situaciones que para atacar esta temática de manera integral, deberán de ser estudiadas mientras estén en el colegio y con el afán de futuras intervenciones eficaces y eficientes.

CONCLUSIONES

- Primera.** El nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA, los escolares del 4to y 5to de Secundaria de la I. E. “Francisco Javier de Luna Pizarro” de Arequipa, 2015 fue regular.
- Segunda.** Existe un nivel de conocimiento regular en los alumnos del 4to con un 51.02% y en 5to con un 49.41%, frente a la temática de VIH/SIDA. No existe una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a las prácticas coitales en ambos casos grupos.
- Tercera.** Se encontró que el 34.33% de escolares del 4to y 5to de Secundaria de la I. E. “Francisco Javier de Luna Pizarro” de Arequipa, 2015, tiene relaciones coitales.
- Cuarta.** No hubo relación entre el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y las prácticas coitales, en escolares del 4to y 5to de Secundaria de la I. E. “Francisco Javier de Luna Pizarro” de Arequipa, 2015.

SUGERENCIAS

- Primera.** Se sugiere que el personal de salud capacitado y especializado en el tema haga o realice programas y charlas preventivas sobre VIH/SIDA, que permitan mejorar el nivel de conocimiento encontrados en esta población para así prevenir el posible contagio de VIH.
- Segunda.** De acuerdo al resultado encontrado se necesita mejorar la formación de los docentes en esta área dado que los estudiantes reciben la mayor información sobre VIH-Sida en el contexto escolar.
- Tercera.** Implementar programas de tutoría para cada sección, fortaleciendo temas sobre salud sexual y reproductiva y así poder brindar apoyo a los adolescentes con dudas o inquietudes que ellos puedan tener.
- Cuarta.** Es necesario continuar haciendo estudios de investigación en relación a Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes que reciben educación en distintas instituciones educativas.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA:

- CORCUERA PAÚL. Estilos de vida de los adolescentes peruanos; 2010, p.107-108
- GOLDMAN, Lee; SHAFER, Andrew. Cecil y Goldman-Tratado de Medicina Interna, 2v. España: Elsevier; 2013.
- GUÍA PARA LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA RAPIDA. CENSIDA. MEXICO .2006.pag 9.
- JAWETZ, MELNICK Y ADELBERG. Microbiología médica. México. McGraw-Hill Interamericana Editores; 2011.
- LONGO,D.L.,Kasper,D.L.,Jameson,J.L.,Fauci,A.S.,Hauser,S.L.,&Loscalzo,J.Harrison.Principios de Medicina Interna. 18ª edición .México, D.F.: McGraw Hill Interamericana Editores; 2012.p1516-1517.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN, Más vale prevenir: El VIH y la planificación familiar desde la perspectiva de los derechos humanos; 2007. p.23
- MINISTERIO DE SALUD, Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú Dirección General de Epidemiología. Lima; 2006; pág.1.
- MONTAGNIER Luc y DAUDEL Raymond. El Sida. México SIGLO XXI. 2002. pág. 43.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Definición de la OMS de caso de infección por el VIH a efectos de vigilancia y revisión de la estadificación clínica y de la clasificación inmunológica de la enfermedad relacionada con el VIH en adultos y niños, 1º Ed. Washington; 2009.p.10

- PONCE DE LEÓN, Samuel y RANGEL FRAUSTO, Sigfrido **SIDA:** Aspectos Clínicos y Terapéuticos. , México. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 2000.
- SCHWARCZ. R. L, Fescina, R. H, Duverges.C.A. Obstetricia. 6ª edición. Buenos Aires: El ateneo; 2005. Pág. 337.
- SOLER.C. C., RAMOS J. M, ¿Cómo ves? El VIH/ SIDA, p. 37-38

HEMEROGRAFIA:

- ALCÁNTARA CHÁVEZ. J. El sida un problema de todos. revista salud, sexualidad y sociedad. [En línea]". 2008. [fecha de acceso 05 de junio del 2015]
URL disponible en:
<http://www.inppares.org/sites/default/files/12%20Comunicaciones%20SIDA%20WEB.pdf>
- ESTRADA, John Harold. La educación destinada a jóvenes como herramienta de prevención en VIH/sida. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 2007, vol. 25, no 1, p. 61-70.URL disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120386X2007000100008&script=sci_ext
- SOTO RAMÍREZ, Luis Enrique. Fisiopatología y tratamiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Rev. invest. clín, 2000, vol. 52, no 1, p. 60-71.
- VERA LINA M., LÓPEZ NAHYR., ARIZA NELSY D., DÍAZ LUZ M., FLÓREZ YANETH, FRANCO SAHIRA G, ISAZA SOCORRO, MARCIALES DIANA P., Y OTROS: Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. Colombia Médica (Col) 2004; 35 (2): 63 - 68.

WEBGRAFÍA:

- CANALES RÁZURI Y., MORALES DÁVILA f. Actitud Del Personal De Salud Profesional Asistencial Hacia Las Personas Viviendo Con El VIH/SIDA. Del Hospital II – 2 MinsaTarapoto. [En línea]; 2011[fecha de acceso 05 de junio del 2015] URL disponible en: http://intranet.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyecto/archivo_104_Binder1.pdf
- CARRATALÁ, E; ESPADA.J; ORGILÉS, M. Conocimientos y actitudes hacia el VIH/SIDA: diferencias entre adolescentes españoles con padres casados y divorciados.[En línea] 2013 [fecha de acceso 15 de junio del 2015] URL disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018533252013000500006&script=sci_arttext
- DAVILA,M; TAGLIAFERRO, A. Nivel de Conocimientos de Adolescentes sobre VIH/SIDA[En línea]2008[fecha de acceso 15 de junio del 2015] URL disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S012400642008000500004&script=sci_arttext
- DELPINO G, Antonieta. Relaciones afectivas y sexualidad en la adolescencia. [En línea] Madrid, 2013 [fecha de acceso 27 de marzo del 2015] URL disponible en:<http://www.ligaeducacion.org/documentos/investigaciones/relaciones-afectivas-y-sexualidad-en-la-adolescencia.pdf>
- ESTRADA, John Harold. La educación destinada a jóvenes como herramienta de prevención en VIH/sida. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 2007, vol. 25, no 1, p. 61-70. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120386X2007000100008&script=sci_ext

- GARCÍA ROCHE, René G., et al. Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. [En línea] Cuba. Rev. Cubana Med Gen Integr; 2006 [fecha de acceso 01 de Abril del 2015] URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252006000100003&script=sci_arttext
- GÓMEZ, E; MILANÉS, Z. Conocimiento sobre VIH-SIDA en estudiantes de secundaria de Cartagena, Colombia. .[en línea] 2011[fecha de acceso 05 de junio del 2015]] URL disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n5/v13n5a06.pdf>
- LEGUÍA, J; NIÑO, B; TITO, J; DÍAZ-VÉLEZ. Nivel de Conocimientos sobre VIH/SIDA en la Institución Educativa de José Leonardo Ortiz – Chiclayo. Marzo- Mayo 2011. [En línea] [fecha de acceso 20 de junio del 2015] URL disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/cuerpomedicohnaaa/v5n4_2012/pdf/a07v5n4.pdf
- MINSA. Compromiso del gobierno por conservar la salud de los peruanos. [En línea] Lima Ministerio de Salud; 2014 [fecha de acceso 13 de enero del 2015] URL disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/PortalMINSA/efemerides/sida/sida1.htm>.
- MINSA. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín epidemiológico mensual noviembre 2014. [En línea] Lima Ministerio de Salud; 2014 [fecha de acceso 16 de febrero del 2015] URL disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/boletin_2014/noviembre.pdf.
- MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA [en línea] Santiago: MINSAL, 2010. [fecha de acceso 05 de junio del 2015] :http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/chile_art.pdf

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Nota descriptiva N°360. VIH/SIDA: 2013 [fecha de acceso 25 de febrero 2015]. URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
- PÉREZ, F.; ÁLVAREZ, A.; FONSECA, N. Conociendo sobre VIH. [En línea] Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2004 [fecha de acceso 15 de junio del 2015] URL disponible en: <http://www.cubaeduca.cu/medias/pdf/MANUAL-CONOCIENDO-VIH.pdf>
- SALAZAR, Alberto, et al. Conocimientos de Sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar en adolescentes de Instituciones educativas nacionales del distrito de El Agustino Lima Perú. [En línea] *HORIZONTE MEDICO*, 2007 [fecha de acceso 18 de Julio del 2015] URL disponible en: <http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/214/229>
- VALDIVIA Cecilia y VELARDE Kristel. “factores asociados al inicio de relaciones sexuales según género en estudiantes de 3°, 4° y 5° de secundaria de la I.E. José Carlos Mariátegui, Arequipa 2011” [En línea] 2011 [fecha de acceso 18 de Julio del 2015] URL disponible en: http://cybertesis.ucsm.edu.pe/bibl_virt/tesis.php?href=at/2012/valdivia_cc/index.html
- VINACCIA, Stefano, et al. Conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/sida en adolescentes colombianos. [En línea] *Terapia psicológica*, 2007 [fecha de acceso 18 de Julio del 2015] URL disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082007000100003&script=sci_arttext&tlng=en



ANEXO 1:

**SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR ENCUESTAS EN LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA FRANCISCO JAVIER DE LUNA PIZARRO**

Sr. Raúl Bustiza Lajo.

Director de la Institución Educativa Francisco Javier de Luna Pizarro.

Yo Juana Yris Galdos Acosta con
DNI N° 47110302 Bachiller en
Obstetricia y Puericultura de la
Universidad Católica de Santa María
.Yo Daniela Maria Saico Molleapaza
con DNI N° 46800042 Bachiller en
Obstetricia y Puericultura de la
Universidad Católica de Santa María.
Con el debido respeto nos presentamos
ante Ud. Y solicitamos:

Que por tener que realizar un trabajo de investigación para lograr el grado de
licenciatura en obstetricia solicitamos su autorización para realizar encuestas sobre,
**“RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA, Y
PRÁCTICAS COITALES DE LOS ESCOLARES DEL 4TO Y 5TO DE
SECUNDARIA DE LA I. E. “FRANCISCO JAVIER DE LUNA PIZARRO”
DE AREQUIPA, 2015.”**

Las fechas y horarios que usted disponga pertinentes en el mes de julio, por
considerarlo oportuno y realmente necesario para realizar el proyecto.

Por lo expuesto ruego a Ud. Se sirva a acceder a nuestra petición.

Arequipa, 13 de julio de 2015.

Juana Yris Galdos Acosta.
D.N.I: 47110302

Daniela Maria Saico Molleapaza.
D.N.I: 46800042

ANEXO: 2

CUESTIONARIO VOLUNTARIO Y ANONIMO

FECHA:

Te pedimos que contestes este cuestionario; tus respuestas ayudarán a conocer lo que sabes y piensas respecto al VIH/SIDA. Las respuestas son anónimas, desde ya muchas gracias por el aporte de tu experiencia. Tienes derecho a no responder, pero si lo haces, por favor, te pedimos que contestes sinceramente tal como piensas y actúas.

Si Deseo Participar

No Deseo Participar

I. DATOS.-

1) Edad: años

2) Sexo: Femenino Masculino

3) Grado y sección: _____

4) Religión: _____

5) Con quien/es vives en casa:

- a) Madre, Padre y hermanos.
- b) Madre.
- c) Padre.
- d) Abuela/o
- e) Otros

II. CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA.

1) ¿Qué es el VIH?

- a) Virus Inmuno Humana.
- b) Virus Deficiencia Humana.
- c) Virus Inmunodeficiencia Humana.
- d) Virus Inmunoficiencia Humana.
- e) Ninguna de las anteriores.

2) ¿Qué es el SIDA?

- a) Síndrome Inmunoficiencia Adquirida.
- b) Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida.
- c) Síndrome Inmunoeficacia Adquirida.
- d) Síndrome Inmunociencia Adquirida.
- e) Ninguna de las anteriores.

- 89

- a) Verdadero. b) Falso
- 10) El VIH se transmite únicamente por medio de las relaciones sexuales entre homosexuales.**
- a) Verdadero. b) Falso
- 11) ¿El VIH se puede transmitir en el momento del parto?**
- a) Verdadero. b) Falso
- 12) Es imposible y no tiene sentido prevenir la transmisión del VIH.**
- a) Verdadero. b) Falso
- 13) ¿Algunas personas pueden estar infectadas con el virus del VIH/SIDA pero no presentar síntomas?**
- a) Verdadero. b) Falso
- 14) ¿Si alguna persona está infectada con el virus lo comprobará el test de sangre?**
- a) Verdadero. b) Falso
- 15) ¿Puede transmitirse el VIH al ser picado por un mosquito?**
- a) Verdadero. b) Falso
- 16) ¿Existe riesgo de infección del virus si se trabaja, estudia junto a alguien infectado o se practica algún deporte, junto a una persona infectada?**
- a) Verdadero. b) Falso
- 17) ¿Es posible que una persona se contagie del VIH si se comparte baños públicos con alguien que está infectado?**
- a) Verdadero. b) Falso
- 18) ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH si la persona se abstiene de tener relaciones sexuales?**
- a) Verdadero. b) Falso
- 19) ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones coitales con una única pareja que no ha contraído el VIH y que no tiene otras parejas?**
- a) Verdadero. b) Falso
- 20) ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos cada vez que se mantienen relaciones coitales?**
- a) Verdadero. b) Falso

II. PRÁCTICAS COITALES:

1. ¿ya empezaste a tener relaciones Coitales?

- a) Si. b) No.

(Si la respuesta es afirmativa continua las siguientes preguntas.)

2. ¿A qué Edad fue tu primera relación coitales?

- a) 12 -13 años
b) 14-15 años
c) 16-17 años
d) >18 años

3. En la actualidad tienes:

- a) Parejas esporádicas.
b) Pareja estable.
c) No tengo pareja.

4. ¿Cuántas parejas coitales has tenido hasta el momento?

- a) 1 pareja.
b) 2 parejas.
c) 3 parejas.
d) > 4 parejas.

5. ¿con que frecuencia tienes relaciones coitales?

- a) Una vez a la semana
b) De 2 a 3 veces por semana
c) Una vez al mes
d) De 2 a 3 veces por mes
e) Otros

6. Usas preservativo en todas tus relaciones Coitales?

- a) Si.
b) No.

ANEXO 3: Escala de calificación

De acuerdo a las preguntas del número 1 hasta el número 20 contestadas correctamente (1 punto por cada pregunta). Las preguntas de Prácticas coitales no entran en la calificación.

a) Nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA.

- Bueno (15-20 puntos).
- Regular (de 11 a 14 puntos).
- Deficiente (<11 puntos).

I) CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA.

1) ¿Qué es el VIH?

C) Virus Inmunodeficiencia Humana.: La OMS define al VIH como el virus de la inmunodeficiencia humana que infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función

2) ¿Qué es el SIDA?

B) Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida: SIDA es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH

3) ¿Tener el VIH significa tener la enfermedad del SIDA?

B) Falso: Una persona puede ser portadora del virus mucho tiempo, incluso 8 u 10 años y durante ese período no aparecer síntomas de la enfermedad, pero puede transmitirla a otras personas. Toda persona que tiene el VIH no tiene SIDA, pero toda persona que tiene SIDA tiene el VIH.

4) El VIH ataca principalmente a.

c) Las células T o los linfocitos CD4: El VIH infecta y destruye a un tipo de células llamadas linfocitos CD4 (o células T) que el organismo necesita para protegerse de las infecciones.

5) ¿Cómo se transmite el VIH?

E) Todas las opciones previamente señaladas: El VIH se encuentra presente en todos los líquidos corporales, pero sólo en cantidades suficientes para que se transmita la infección en: La sangre, El semen, Líquido preseminal, Secreciones vaginales y Leche materna.

6) ¿Qué parte del organismo resulta principalmente afectada por el VIH?

C) El sistema inmunológico: El VIH se diferencia de la mayoría de los demás virus porque ataca el sistema inmunológico y a consecuencia de ello nuestro organismo pierde la capacidad de defenderse contra las infecciones.

7) ¿Cuánto tiempo tarda en aparecer el sida en las personas infectadas con el VIH? (Según la OMS)

C) Entre 5 a 10 años: Este periodo puede variar mucho de una persona a otra. Si no se da tratamiento, la mayoría de los infectados por el VIH presentan signos de enfermedad al cabo de 5 a 10 años, aunque el periodo puede ser más breve

8) ¿Cuál es la infección (es) que afecta a las personas infectadas con el VIH?

E) Todas las opciones previamente señaladas:

9) Con sólo mirar a una persona se puede saber si está infectada con el VIH.

B) Falso: No es posible saber si una persona es portadora del VIH según su aspecto físico. Uno puede ser portador de VIH y sentirse perfectamente sano. La única forma de saber si una persona está infectada o no, es mediante la prueba del VIH.

10) El VIH se transmite únicamente por medio de las relaciones sexuales entre homosexuales.

B) Falso: La forma más común de transmisión del VIH es por medio de las relaciones sexuales sin condón con personas infectadas con el virus, ya sean heterosexuales, homosexuales o bisexual.

11) ¿El VIH se puede transmitir en el momento del parto?

A) Verdadero: La madre infecta al niño durante el embarazo, durante el parto o al amamantarlo.

12) Es imposible y no tiene sentido prevenir la transmisión del VIH.

B) Falso: La infección del VIH se puede prevenir. La forma más segura de evitar el contagio del VIH es abstenerse de las relaciones sexuales, siempre usar correctamente condón, o mantener una relación de larga duración con una sola persona, siendo fieles mutuamente y sabiendo con seguridad que ninguno de los dos está infectado con el virus. Además, es importante no compartir jeringas o artículos de uso personal como hojas de afeitar y cepillos de dientes. Es muy importante que las mujeres embarazadas se realicen la prueba del VIH

porque en caso de ser VIH positivo, hay tratamientos muy eficaces que pueden prevenir la transmisión del VIH de la madre al bebé.

13) ¿Algunas personas pueden estar infectadas con el virus del VIH/SIDA pero no presentar síntomas?

A) Verdadero: Muchas personas infectadas con el VIH pueden no tener ningún síntoma por años, aunque en otras pueden advertir signos de la infección.

14) ¿Si alguna persona está infectada con el virus lo comprobara el test de sangre?

A) Verdadero: la única forma de conocer si una persona es portadora del VIH es haciéndose una prueba de laboratorio específica(prueba rápida para VIH, ELISA Y WESTERN BLOT), para detectar la presencia de anticuerpos al virus.

15) ¿Puede transmitirse el VIH al ser picado por un mosquito?

B) Falso: Se ha comprobado que estos, cuando pican a una persona, no inyectan ni su sangre, ni la de la persona que fue picada anteriormente, sino la saliva, la cual es, en algunos mosquitos, portadora de enfermedades como el dengue. El VIH solamente vive poco tiempo dentro de un insecto y no se reproduce dentro de ellos

16) ¿Existe riesgo de infección del virus si se trabaja, estudia junto a alguien infectado o se practica algún deporte junto a una persona infectada?

B) Falso: ya que las vías de transmisión del VIH son: Transmisión sexual, Transmisión sanguínea y Transmisión vertical.

17) ¿Es posible que una persona se contagie del VIH si se comparte baños públicos con alguien que está infectado?

B) Falso: ya que las vías de transmisión del VIH son: Transmisión sexual, Transmisión sanguínea y Transmisión vertical.

18) ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH si la persona se abstiene de tener relaciones sexuales?

A) Verdadero: La **abstinencia** (no teniendo relaciones sexuales con penetración), pero esta no es práctica ni en la mayoría de los casos deseable. Una **relación monógama** con una persona que se sabe no ha contraído la infección.

19) ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones coitales con una única pareja que no ha contraído el VIH y que no tiene otras parejas?

A) Verdadero. La **abstinencia** (no teniendo relaciones sexuales con penetración), pero esta no es práctica ni en la mayoría de los casos deseable. Una **relación monógama** con una persona que se sabe no ha contraído la infección.

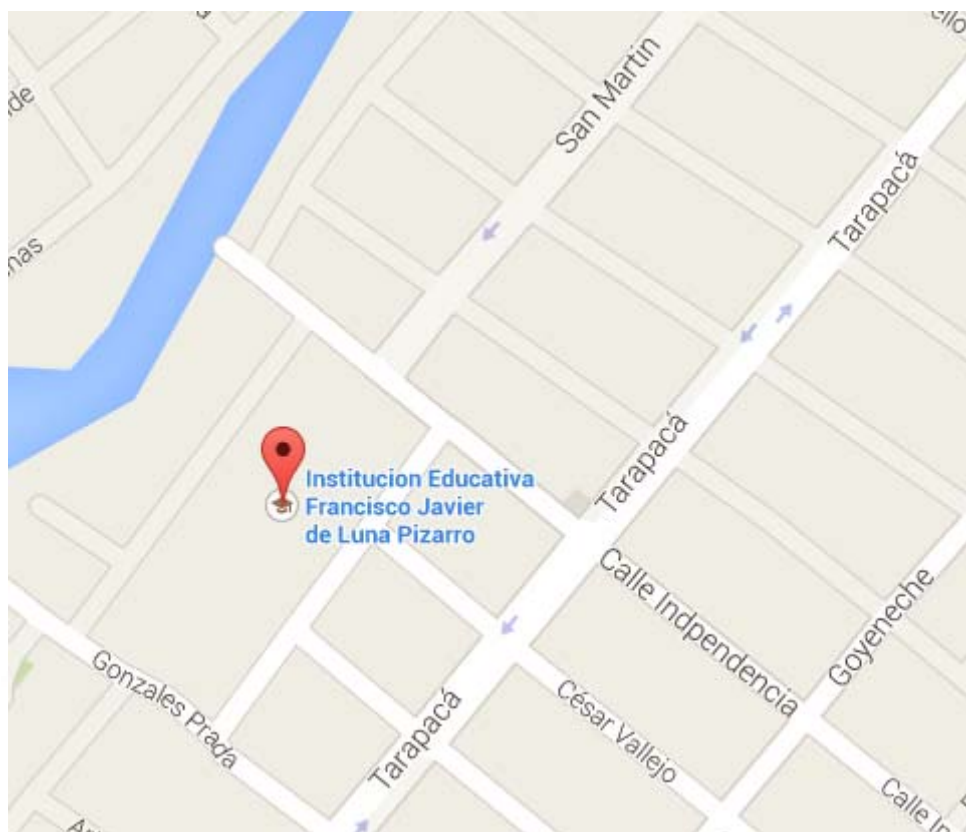
20) ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos cada vez que se mantienen relaciones coitales?

A) Verdadero: Si se utiliza correctamente en cada coito, el condón es un método de eficacia comprobada para prevenir la infección por el VIH en hombres y mujeres. Sin embargo, fuera de la abstinencia, ningún método protector es totalmente eficaz.



ANEXO 4: Croquis de delimitación del lugar.

Institución Educativa: Colegio Nacional “Francisco Javier de Luna Pizarro”



MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

87	17	5° B	Quinto	18	Fem	Católico	e	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	BUENO	Sí	c	a	b	d	a
88	18	5° B	Quinto	17	Mas	Cristiano	a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	BUENO	No					
89	19	5° B	Quinto	17	Fem	Adventista	c	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	REGULAR	No					
90	20	5° B	Quinto	17	Mas	T. Jehová	d		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	DEFICIENTE	Sí	a	a	d	b	b
91	21	5° B	Quinto	17	Fem	Católico	a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	REGULAR	Sí	c	b	a	e	b
92	22	5° B	Quinto	17	Fem	Adventista	b	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	REGULAR	Sí	b	b	c	b	b

93	1	5° C	Quinto	15	Fem	Católico	a	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	BUENO	No					
94	2	5° C	Quinto	16	Fem	Católico	a	1			1	1			1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	14	REGULAR	No					
95	3	5° C	Quinto	16	Mas	Adventista	a				1			1			1	1			1			1		7	DEFICIENTE	No					
96	4	5° C	Quinto	16	Mas	Ateo	e	1	1		1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	BUENO	No					
97	5	5° C	Quinto	16	Fem	Otros	e	1	1		1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	REGULAR	No					
98	6	5° C	Quinto	16	Fem	Otros	b		1			1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	REGULAR	No					
99	7	5° C	Quinto	16	Mas	Cristiano	c			1	1				1				1	1				1	1	7	DEFICIENTE	Sí	c	b	a	a	a
100	8	5° C	Quinto	16	Mas	Cristiano	a						1	1			1	1	1	1		1	1	1		9	DEFICIENTE	No					
101	9	5° C	Quinto	15	Fem	Católico	a							1	1		1	1	1		1	1	1		1	9	DEFICIENTE	No					
102	10	5° C	Quinto	16	Mas	Otros	b				1			1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	11	REGULAR	Sí	b	c	a	e	a
103	11	5° C	Quinto	16	Mas	Católico	a		1		1		1	1		1	1	1	1	1		1	1	1	1	12	REGULAR	No					
104	12	5° C	Quinto	17	Fem	Otros	a	1	1						1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	REGULAR	No					
105	13	5° C	Quinto	16	Mas	Católico	a		1						1	1		1	1	1		1	1	1	1	10	DEFICIENTE	No					
106	14	5° C	Quinto	16	Mas	Otros	a		1	1			1					1	1		1		1	1	1	8	DEFICIENTE	No					
107	15	5° C	Quinto	18	Mas	Ateo	a							1	1			1	1			1	1	1	1	7	DEFICIENTE	Sí	d	c	c	e	a
108	16	5° C	Quinto	16	Mas	Otros	a				1				1	1			1	1		1	1	1	1	8	DEFICIENTE	No					
109	17	5° C	Quinto	16	Fem	Católico	b	1	1		1				1			1	1	1	1				1	9	DEFICIENTE	Sí	d	c	a	e	a
110	18	5° C	Quinto	16	Mas	Mormón	a				1	1			1			1	1	1	1	1		1	1	10	DEFICIENTE	Sí	b	b	a	c	a
111	19	5° C	Quinto	16	Mas	Otros	b	1							1		1	1	1	1	1		1	1	1	10	DEFICIENTE	No					
112	20	5° C	Quinto	16	Mas	Católico	b			1				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	REGULAR	Sí	b	b	d	e	a
113	21	5° C	Quinto	17	Fem	Católico	a	1	1		1				1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	13	REGULAR	No					
114	22	5° C	Quinto	16	Mas	Católico	b	1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	REGULAR	No					
115	1	5° D	Quinto	15	Fem	Católico	a		1		1				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	REGULAR	No					
116	2	5° D	Quinto	17	Mas	Otros	b				1				1	1	1	1	1	1			1	1	1	10	DEFICIENTE	No					
117	3	5° D	Quinto	16	Mas	Católico	a				1				1		1		1		1	1	1	1	1	8	DEFICIENTE	Sí	b	c	a	d	a
118	4	5° D	Quinto	15	Mas	Católico	e				1				1	1		1	1	1		1	1	1	1	11	REGULAR	Sí	b	b	b	e	a
119	5	5° D	Quinto	17	Fem	Católico	b								1				1	1	1		1	1	1	5	DEFICIENTE	No					
120	6	5° D	Quinto	17	Mas	Otros	e		1	1					1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	REGULAR	Sí	b	a	d	e	b
121	7	5° D	Quinto	16	Mas	Católico	b		1			1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	DEFICIENTE	No					
122	8	5° D	Quinto	16	Mas	Católico	a								1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	10	DEFICIENTE	Sí	c	a	a	e	b
123	9	5° D	Quinto	16	Mas	Cristiano	a				1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	REGULAR	No					
124	10	5° D	Quinto	17	Mas	Católico	a				1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	REGULAR	Sí	a	a	c	b	a
125	11	5° D	Quinto	16	Mas	Otros	e			1					1	1		1	1	1		1	1	1	1	9	DEFICIENTE	Sí	c	a	b	e	b
126	12	5° D	Quinto	16	Fem	Católico	a	1							1	1		1	1			1	1	1	1	8	DEFICIENTE	No					
127	13	5° D	Quinto	15	Fem	Otros	e	1	1		1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	REGULAR	No					
128	14	5° D	Quinto	18	Mas	Católico	b		1			1				1			1	1	1		1	1	1	7	DEFICIENTE	Sí	d	a	c	e	a
129	15	5° D	Quinto	18	Mas	Otros	e				1				1	1			1	1	1	1	1	1	1	11	REGULAR	No					
130	16	5° D	Quinto	17	Mas	Otros	a		1			1						1	1	1			1	1	1	8	DEFICIENTE	Sí	b	a	b	d	a
131	17	5° D	Quinto	18	Mas	Ateo	b				1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	REGULAR	No					
132	18	5° D	Quinto	18	Fem	Católico	a				1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	REGULAR	Sí	b	c	a	c	b
133	19	5° D	Quinto	16	Fem	Católico	e	1						1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	DEFICIENTE	Sí	a	c	b	c	a
134	20	5° D	Quinto	17	Fem	Católico	b		1				1	1	1		1	1			1	1	1	1	1	12	REGULAR	No					
						Total		71	75	28	25	75	52	20	52	111	105	63	113	96	123	67	106	57	109	95	103						
						Cuarto		33	38	11	7	21	28	5	23	43	39	20	40	38	45	21	41	20	40	32	38						
						Quinto		38	37	17	18	54	24	15	29	68	66	43	73	58	78	46	65	37	69	63	65						