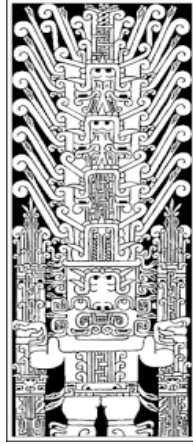


**UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNÁNUE”
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
OFICINA DE GRADOS Y TÍTULOS**



**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS DE
INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA
ADQUIRIDA Y LA PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CONTAGIO EN
ADOLESCENTES QUE CURSAN 3, 4 Y 5 DE SECUNDARIA EN LA I. E.
“ALMIRANTE MIGUEL GRAU” N° 787 DE LIMA – PERÚ.**

**RELATIONSHIP BETWEEN THE LEVEL OF KNOWLEDGE ABOUT HUMAN
IMMUNODEFICIENCY VIRUS AND ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY
SYNDROME AND THE PERCEPTION OF RISK OF CONTAGIO IN
ADOLESCENTS THAT EXERCISE 3, 4 AND 5 OF SECONDARY IN THE I.
"ALMIRANTE MIGUEL GRAU" N° 787 OF LIMA - PERU.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
OBSTETRICIA**

AUTOR:

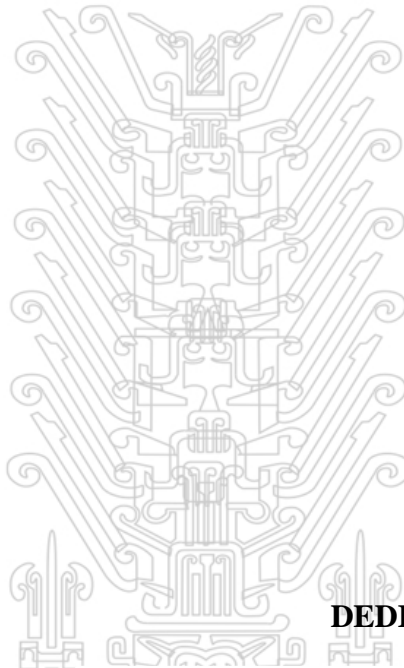
Alvarez Cevallos Gilter Gian Carlo

ASESOR:

Vereau Moreno, Jorge

LIMA- PERÚ

2018



DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado con todo mi cariño a mis queridos padres Gilther y Enma, por su esfuerzo y sacrificio, por darme una carrera profesional para mi futuro, por creer en mi capacidad.

A mi amada esposa Milagros por no haber dejado que me rindiera en el camino, por sus palabras de aliento que me hicieron perseverante y cumpla con mis ideales.

A mí amada hija Alondra por ser mi fuente de motivación, aliciente e inspiración para poder superarme cada día más.

A mis hermanas, quienes sin esperar nada a cambio estuvieron a mi lado apoyándome y lograron que este sueño se haga realidad.

AGRADECIMIENTOS

A mi universidad:

Agradezco a la universidad nacional Federico Villarreal por haberme aceptado a ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar mi amada carrera, así como también a los diferentes docentes que me brindaron sus conocimientos.

A mis padres:

Gracias a sus consejos y palabras de aliento me han ayudado a crecer como persona y a luchar por lo que quiero, gracias por enseñarme los valores que me han llevado a alcanzar una gran meta.

A mi esposa:

Gracias por el apoyo, comprensión y confianza que me diste en los momentos más difíciles.

A mi hija:

Gracias por ser mi motivación y mi inspiración para ser cada día una mejor persona y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A mis hermanos:

Gracias por su apoyo, cariño y por estar en los momentos más importantes de mi vida. Este logro también es de ustedes.

A mi asesor

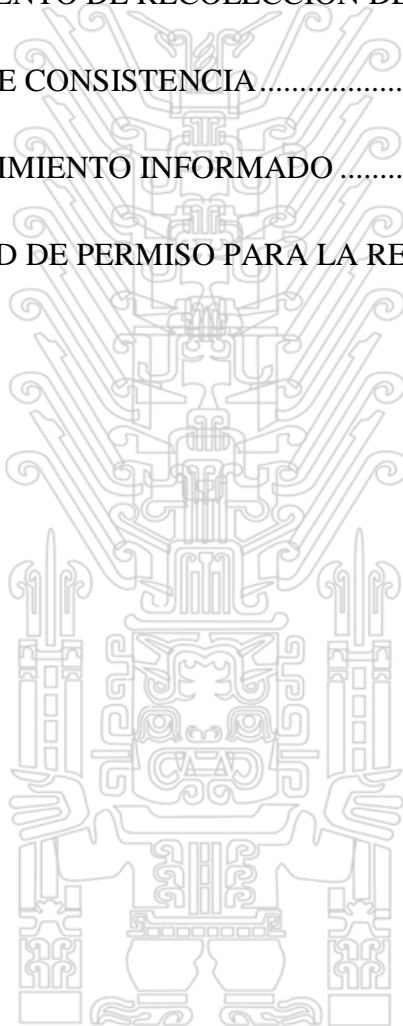
Por el tiempo, dedicación y paciencia en la elaboración de esta tesis

ÍNDICE

CARATULA.....	1
DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
ÍNDICE	4
RESUMEN.....	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCION.....	9
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	10
1.1 Planteamiento del problema.....	10
1.1.1 Descripción del problema.....	10
1.1.2 Formulación del problema.....	11
1.1.3 Delimitación del problema.....	11
1.1.4 Justificación del problema.....	11
1.2 Objetivos de la Investigación.....	12
1.2.1 Objetivo General.....	12
1.2.2 Objetivos Específicos.....	12
1.3 Hipótesis.....	13
1.4 Marco Teórico.....	13
1.4.1 Antecedentes.....	13

1.4.2 Marco Conceptual	21
1.4.3. Definición de Términos.....	45
1.5 Variables.....	46
1.5.1 Variable Independiente.....	46
1.5.2 Variable Dependiente.....	47
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO.....	48
2.1 Diseño Metodológico	48
2.1.1 Tipo de Estudio	48
2.2 Población de Estudio.....	49
2.3 Muestra.....	49
2.4 Recolección de datos.....	50
2.4.1 Técnicas.....	50
2.4.2 Instrumentos	50
2.5 Proceso de recolección y procesamiento y análisis de datos.....	51
CAPÍTULO III: RESULTADOS	53
3.1 Análisis Descriptivo	53
3.2 Validez de los instrumentos	55
3.2 Análisis Inferencial.....	66
3.3 Análisis y Discusión.....	67
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	72

4.1 Conclusiones	72
4.2 Recomendaciones	73
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	74
ANEXOS.....	78
ANEXO N° 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	78
ANEXO N°2: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	81
ANEXO N° 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO	82
ANEXO N° 4: SOLICITUD DE PERMISO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS .	83



RESUMEN

OBJETIVO: Determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento sobre el virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la percepción de riesgo de contagio en adolescentes que cursan 3, 4 y 5 de secundaria en la I. E. “ALMIRANTE MIGUEL GRAU” N° 787 de Lima – Perú entre los meses de Octubre y Diciembre del 2017.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, de diseño correlacional, que incluyó a 150 adolescentes de tercero, cuarto y quinto de secundaria que acuden a la I.E. Almirante Miguel Grau N° 787. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Para cálculo de confiabilidad con el Alfa de Cronbach del se obtuvo un valor $0.815 > 0.8$ por lo que se tiene que dicho instrumento tiene buena consistencia interna. Para el análisis inferencial, se utilizó la prueba de Rho de Spearman consideró un valor p significativo cuando es menor a 0.05.

RESULTADOS: las características generales de los participantes cuentan de 54% hombres, 46% mujeres, las edades están comprendidas entre 13 y 17 años, donde 26% del total se encuentra entre los 15 años. El porcentaje de varones es mayor al de mujeres; siendo, en tercero, cuarto y quinto grado 55.3%, 56% y 50.9% de varones respectivamente; y 44.7%, 40%, 49% de mujeres respectivamente. El nivel de conocimiento que tienen los alumnos adolescentes de tercero, cuarto y quinto son 8.9%, 12.7%, 12.9% respectivamente, lo cual nos indica que tienen un nivel bajo. Además tienen una desviación estándar de 1.9, 3.8, 2.1 respectivamente. En tercero, cuarto y quinto de secundaria; más del 80% indicaron tener una percepción de riesgo baja.

CONCLUSIÓN: Existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre VIH/Sida y la percepción de riesgo de contagio en adolescentes que cursan 3, 4 y 5 de secundaria en la I. E. “ALMIRANTE MIGUEL GRAU” N° 787 de Lima – Perú entre los meses de Octubre y Diciembre del 2017, con un grado de correlación moderado ($\rho = 0.42 - p = 0.041$).

PALABRAS CLAVES: nivel de conocimiento, percepción de riesgo de contagio.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine if there is a relationship between the level of knowledge about the human immunodeficiency virus and acquired immunodeficiency syndrome and the perception of risk of infection in adolescents who study 3, 4 and 5 of high school in the IE "ALMIRANTE MIGUEL GRAU" N° 787 of Lima - Peru between the months of October and December of 2017.

MATERIAL AND METHODS: An observational, descriptive, cross-sectional and prospective study of correlational design, which included 150 adolescents in third, fourth and fifth grades of secondary school attending the I.E. Admiral Miguel Grau No. 787. The technique was the survey and the instrument a questionnaire. To calculate reliability with the Cronbach's alpha, a value of $0.815 > 0.8$ was obtained, so that the instrument has good internal consistency. For the inferential analysis, Spearman's Rho test was used, considered a significant p-value when it is less than 0.05.

RESULTS: the general characteristics of the participants are 54% men, 46% women, ages are between 13 and 17 years, where 26% of the total is between 15 years. The percentage of males is greater than that of females; being, in third, fourth and fifth grade 55.3%, 56% and 50.9% of males respectively; and 44.7%, 40%, 49% of women respectively. The level of knowledge that adolescent students have in third, fourth and fifth are 8.9%, 12.7%, 12.9% respectively, which indicates that they have a low level. They also have a standard deviation of 1.9, 3.8, 2.1. respectively. In third, fourth and fifth of secondary school; more than 80% indicated having a low risk perception.

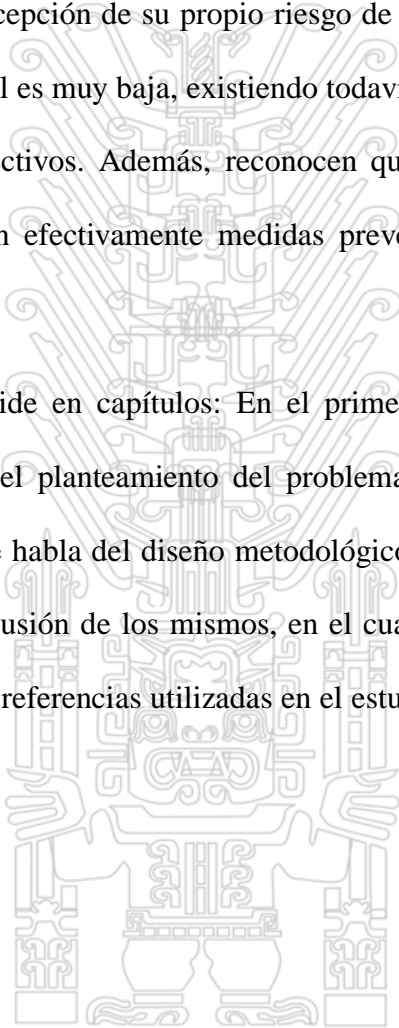
CONCLUSION: There is a statistically significant relationship between the level of knowledge about HIV / AIDS and the perception of risk of infection in adolescents who are in high school, 3, 4 and 5 in the "ALMIRANTE MIGUEL GRAU" No. 787 of Lima - Peru among the months of October and December of 2017, with a moderate degree of correlation ($\rho = 0.42 - p = 0.041$).

KEY WORDS: level of knowledge, perception of contagion risk.

INTRODUCCION

La mayoría de los/as adolescentes tienen información relacionada con el VIH/SIDA, sus vías de transmisión y las medidas de prevención, así como unas actitudes generales hacia la enfermedad que pueden considerarse como positivas. Está extendida entre la población juvenil la convicción de que la principal medida de prevención que se debe adoptar es la utilización del preservativo. Sin embargo, la percepción de su propio riesgo de transmisión del VIH y de otras Infecciones de Transmisión Sexual es muy baja, existiendo todavía una identificación importante del riesgo con determinados colectivos. Además, reconocen que habitualmente no hablan del riesgo con su pareja ni se toman efectivamente medidas preventivas, más si se plantea una relación sexual imprevista.

Para esto el estudio se divide en capítulos: En el primero se describe el problema de investigación, donde se formula el planteamiento del problema, objetivos, hipótesis y marco teórico. En el segundo capítulo se habla del diseño metodológico, en el tercer capítulo se habla de los resultados y análisis y discusión de los mismos, en el cuarto capítulo las conclusiones y recomendaciones y por último las referencias utilizadas en el estudio con sus respectivos anexos.



CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

1.1.1 Descripción del problema

El VIH es el virus 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". (Organización Mundial de la Salud, 2017)

Es el causante del SIDA, definiéndose como una enfermedad infectocontagiosa de carácter grave, con una gran heterogeneidad de síntomas y signos clínicos, debido a la acción del virus del VIH que una vez ingresado al organismo, ataca fundamentalmente su aparato inmunitario, disminuyendo sus defensas orgánicas, dejando vulnerable al individuo infectado a múltiples agentes infecciosos que pueden provocar su muerte. (Díaz Montes, Cantillo Uribe , Garcia Vergara, Martinez Marengo , & Vega Recuero, 2011, p.7)

De los 30 millones de personas que conviven con el VIH, una tercera parte son jóvenes, y cada día se infectan por el virus 7 mil jóvenes en el mundo. El impacto del VIH/ SIDA es aún mayor cuando se tiene en cuenta que más del 70 por ciento de las personas seropositivas tienen entre 15 y 64 años. Se considera que cada año aumentan las infecciones por VIH en casi 5 millones de casos nuevos, de los cuales la mitad está constituida por jóvenes adultos entre 15 y 24 años de edad, razón por la cual el VIH/SIDA ha pasado a ser reconocida como una enfermedad de los jóvenes. (Díaz Montes, Cantillo Uribe , Garcia Vergara, Martinez Marengo , & Vega Recuero, 2011, p.7)

El conocimiento sobre la infección por VIH/SIDA juega un papel muy importante en la promoción de la salud y prevención de esta enfermedad, debido a que un concepto o idea errónea

sobre aspectos de la infección genera un comportamiento irresponsable por parte de la población en general; pero principalmente de la población joven, que es la más afectada. Por lo anteriormente planteado resulta de gran interés investigar aspectos relacionados con el conocimiento de los estudiantes adolescentes sobre la infección por VIH, ya que distintas investigaciones reportan que los estudiantes a pesar de tener un nivel educativo promedio, siguen evidenciando un desconocimiento acerca de esta problemática. (Díaz Montes, Cantillo Uribe , Garcia Vergara, Martinez Marengo , & Vega Recuero, 2011, p.7)

1.1.2 Formulación del problema

¿Existe relación entre nivel de conocimiento sobre el virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la percepción de riesgo de contagio en adolescentes que cursan 3, 4 y 5 de secundaria en la I. E. “ALMIRANTE MIGUEL GRAU” N° 787 de Lima – Perú?

1.1.3 Delimitación del problema

Esta investigación se centra específicamente en adolescentes escolares que se encuentran en los grados de 3, 4 y 5 de secundaria de la Institución Educativa “ALMIRANTE MIGUEL GRAU” N° 787 de Lima – Perú. Además se delimita en la medida de encontrar; entre los meses de octubre a diciembre, la información disponible para analizar las informaciones de estudios, libros, investigaciones, programas dirigidas hacia el nivel de conocimiento sobre el VIH y SIDA.

1.1.4 Justificación del problema

La adolescencia es un término que ha sido extensamente utilizado, sólo en los últimos 50 años aproximadamente. Dado lo complejo del tema, éste ha sido abordado desde variadas temáticas en las últimas décadas, sin embargo queda una brecha importante en lo que respecta al

tema de los/as adolescentes y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), considerando que el grupo de los/as adolescentes y mujeres (jóvenes y adultas) son mayormente vulnerables a dicho problema.

Esta falta de estudios e investigaciones al respecto, deja la interrogante acerca de si la información entregada a los y las adolescentes está cubriendo sus necesidades e inquietudes, dando lugar al cuestionamiento de los programas educacionales, respecto al tema. Todo esto asociado a un inicio sexual precoz, sin las precauciones adecuadas, lo cual hace más urgente la necesidad de investigar dicho tópico.

Es por esto que el propósito de esta investigación es la de conocer, si los y las adolescentes conocen sobre este tema y si perciben algún riesgo de contraer VIH/SIDA y cuáles son sus creencias respecto al tema, ya que de éstas interrogantes se puede obtener valiosa información para generar campos de promoción y prevención eficaces, a fin de reducir el riesgo que, como afirman los estudios, dicho grupo posee.

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1 Objetivo General

Determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento sobre el virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la percepción de riesgo de contagio en adolescentes que cursan 3, 4 y 5 de secundaria en la I. E. “ALMIRANTE MIGUEL GRAU” N° 787 de Lima – Perú entre los meses de Octubre y Diciembre del 2017.

1.2.2 Objetivos Específicos

Determinar el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes que cursan 3, 4 y 5° de secundaria sobre VIH/SIDA.

Determinar la percepción de riesgo que tienen los adolescentes que cursan 3, 4 y 5° de secundaria para infección de VIH/SIDA.

Evaluar los resultados obtenidos y establecer la relación entre el nivel de conocimiento y la percepción de riesgo de contagio de VIH.

1.3 Hipótesis

H0: El nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA no se relaciona significativamente con la percepción de riesgo de contagio en los adolescentes sobre dicha enfermedad.

H1: El nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA se relaciona significativamente con la percepción de riesgo de contagio en los adolescentes sobre dicha enfermedad.

1.4 Marco Teórico

1.4.1 Antecedentes

1.4.1.1 Antecedentes Internacionales

Vera Gamboa, Sánchez Magallón, & Góngora Biachi realizaron un estudio denominado **“Conocimientos y percepción de riesgo sobre el Sida en estudiantes de bachillerato de una universidad pública de Yucatán, México: un abordaje cuantitativo-cualitativo”** en el 2006. El cual tuvo como **objetivo** determinar los conocimientos, actitudes y percepción de riesgo ante el Sida y explorar las habilidades para la prevención, en estudiantes de preparatoria de una universidad pública en Yucatán, México. **Material y métodos:** Durante el ciclo escolar 2003-2004, se aplicó un cuestionario con 40 preguntas sobre conocimientos y actitudes ante la infección por VIH en 210 estudiantes. Posteriormente, se conformaron 9 grupos focales para conocer la percepción de riesgo y las habilidades de prevención utilizando un guión de entrevista. Obteniendo como **resultados:** A nivel cuantitativo, encontraron conocimientos

adecuados sobre Sida en el 98% de los resultados. En lo cualitativo, señalaron como factores de riesgo la falta de información acerca del Sida, la sexualidad y la invulnerabilidad. Reconocen también la presión social de pares como factor para que continúen infectándose. Aun cuando consideran que podrían infectarse, estiman que esto sería por mecanismos diferentes de las prácticas sexuales. Sugirieron para mejorar la prevención más campañas de prevención, eliminar el machismo en la vida diaria, así como la educación de pares. **Concluyen** que los jóvenes cuentan con información sobre el Sida, pero la falta de percepción de riesgo obstaculiza la labor de prevención. Están presentes los estereotipos de género acerca de la sexualidad. Consideran la educación de pares como la mejor manera para recibir información sobre el VIH/Sida.

Díaz Montes, Cantillo Uribe , García Vergara, Martínez Marengo , & Vega Recuero realizaron un estudio titulado **“Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes universitarios en pregrado de una universidad en la ciudad de Cartagena de Indias año 2011-II modalidad presencial”** en el año 2011, que tuvo como **objetivo** determinar el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en estudiantes universitarios de pregrado en la modalidad presencial de la ciudad de Cartagena de Indias año 2011-II. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, cuya población estuvo constituida por 8706 estudiantes de pregrado de la Universidad de Cartagena matriculados en modalidad presencial durante el año 2011 – II. La muestra fue de 919 estudiantes. La información fue recolectada a través del instrumento: “escala de conocimiento sobre el VIH/SIDA para adolescentes – ECOVIH” que evalúa 3 factores: conocimiento sobre transmisión oral del VIH (3 ítems), efectos del VIH (3 ítems) y otras vías de transmisión (4 ítems), la escala califica de 0 a 10 puntos obteniéndose 1 punto por cada respuesta correcta y 0 puntos por cada incorrecta. A mayor puntaje, mayor conocimiento. Cuyos **resultados** fueron que el 89.6% (823) de los estudiantes son mayores de edad, la edad promedio

fue de 18.4, las edades oscilaron entre 15 y 19 años, el 50.7% (466) son mujeres y el 49.3%(453) hombres. Pertenecen al estrato socioeconómico dos 57.3% (527), el 26.5% (244) son de estrato 3, el 10.9% (100) son de estrato 1 y el 5.2% (48) son de estrato 4. Cerca del 70% (632) de los encuestados tienen “conocimiento regular”, un 19.8% (182) tiene un “conocimiento deficiente” y solo el 11.4% (105) de los estudiantes tiene “buen conocimiento”. En cuanto al sexo las mujeres tienen mejores, conocimientos sobre VIH/SIDA respecto a los hombres (5.8 y 4.8 respectivamente), ubicándolas en un nivel de conocimientos regular y a los hombres en el deficiente. El área de la salud obtuvo un puntaje total de 6.8, el área de ciencias económicas y exactas un puntaje de 5.2 y el área de humanidades y educación un puntaje total de 5.3. **Concluyen** en que se evidencia que los estudiantes universitarios encuestados en general son mayores de edad, pertenecientes al estrato 2, con edades que oscilan entre 15 y 19 años, y la mayoría fueron mujeres. Los adolescentes universitarios presentan un NIVEL REGULAR de conocimientos sobre VIH/SIDA, demostrando mejores conocimientos en cuanto a las otras vías de transmisión del virus, poco conocimiento respecto a la trasmisión oral y casi un conocimiento nulo acerca de los efectos de la infección por el virus del VIH. Las mujeres tienen mejores, conocimientos sobre VIH/SIDA respecto a los hombres, ubicándolas en un nivel de conocimientos regular y a los hombres en un nivel deficiente. El área de la salud presenta mejor nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA respecto a las demás con un puntaje final de 6.8.

Pèrez Rosabal, Soler Sàncchez, Pèrez Rosabal, Lòpez Arias & Leyva Rodrìguez realizaron un estudio que titula “**Conocimientos sobre VIH/sida, percepción de riesgo y comportamiento sexual en estudiantes universitarios**” en el 2103, **objetivo** describir el nivel de conocimientos sobre el VIH/sida, la percepción de riesgo ante esta infección y el comportamiento sexual en los estudiantes de la Facultad de Ciencias Técnicas de la Universidad

de Ciencias Pedagógicas «Blas Roca Calderío» **Material y Métodos:** estudio descriptivo de corte transversal. La población fue constituida por los 67 estudiantes del 1ro. al 3er. año de las carreras de Economía y Educación Laboral Informática, la muestra la conformaron 24 estudiantes. Para la obtención de la información se empleó la encuesta. El procesamiento estadístico se realizó mediante números absolutos y porcentos. En los **resultados** obtenidos fueron los siguientes: que el nivel de conocimientos sobre el VIH/sida es medio en el 45,8% de los encuestados, la mayoría conoce las vías de transmisión del VIH/sida, el 100% señala la vía sexual. Los estudiantes no presentaron dificultad para identificar las personas que tienen mayor probabilidad de adquirir el Sida y conocen las prácticas sexuales de mayor riesgo. El 54,1 % tiene una *percepción de riesgo* media ante el VIH/sida; lo que es resultado de la combinación entre la severidad y la vulnerabilidad percibida. Aunque la severidad percibida es alta en el 75 % de los encuestados, la vulnerabilidad percibida es alta solo en el 8,3 %. El 70,8 % tiene un comportamiento irresponsable. Casi la mitad de los encuestados inició las relaciones sexuales antes de los 15 años, la tercera parte declaró más de dos parejas sexuales en el último año y menos de la mitad de los encuestados emplearon el preservativo en su primera relación sexual.

Santisteban Cedeño, Posada Pereda, Mariño Pèrez , Pèrez Estrada, & Gonzàles Osorio realizaron un estudio cuyo título es “**Percepción de Riesgo ante el VIH/sida en adolescentes del municipio Bartolomé Masó**” en el 2013 – 2014”. El cual tuvo como **objetivo** de determinar el nivel de percepción de riesgo ante el VIH/sida en adolescentes de 8^{vo} grado, pertenecientes a la ESBEC «Columna Invasora», Consejo Popular «Caney de Las Mercedes», del municipio «Bartolomé Masó», en el período comprendido entre octubre de 2013 y mayo de 2014. **Material y Métodos:** Fue un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 115 adolescentes del 8vo. año. La muestra se seleccionó

mediante el muestreo aleatorio simple y quedó constituida por 35 adolescentes. **Resultados** demostraron el nivel de conocimientos sobre el VIH/sida obtenido por los adolescentes encuestados fue eminentemente medio. En el sexo femenino prevaleció el nivel medio, representado por el 66.66% y el bajo en el masculino (71.42%), la mayoría de los adolescentes (82.85%) presentaron una baja percepción de riesgo de adquirir el VIH, el 90.47% de las hembras y el 71.42 de los varones. Ninguno de los encuestados tiene una percepción de riesgo alta ante la enfermedad.

Dávila E., Tagliaferro Z., Bullones & Daza realizaron un estudio denominado “**Nivel de Conocimiento de Adolescentes sobre VIH/SIDA**” en el 2008; con el **objetivo** de determinar el Nivel de Conocimiento (NC) que tienen los adolescentes sobre el VIH/SIDA. **Material y Métodos:** Se realizó una investigación descriptiva transversal. La población estuvo constituida por 329 estudiantes de los 4tos y 5tos años de dos unidades educativas públicas del municipio Jiménez. La muestra no probabilística la conformaron 208 estudiantes disponibles durante los días pautados para la visita a las instituciones educativas, a quienes se les aplicó un cuestionario con preguntas sobre el VIH/SIDA, prevención y modo de transmisión. Cuyos **resultados** fueron: 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”. **Concluyen** en que por lo general los estudiantes presentan un NC “regular”, lo que hace necesario la implementación de estrategias educativas para mejorar el conocimiento acerca de la

enfermedad, sus consecuencias y formas de prevención con la finalidad de proteger a este grupo de riesgo

1.4.1.2 Antecedentes Nacionales

Baca Sanchez & Hidalgo Palacios; realizaron un estudio que titula “**Conocimientos, percepciones y prácticas relacionadas a VIH/SIDA en adolescentes de un distrito de Lambayeque-Perú**” en el 2015. Cuyo **objetivo** fue el de describir los conocimientos, percepciones y prácticas relacionadas a VIH/SIDA en adolescentes de Lambayeque-Perú en el 2015. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal con análisis exploratorio. Se encuestaron 677 alumnos de colegios públicos y privados seleccionados mediante muestreo polietápico por conglomerados mediante un cuestionario estructurado. Se exploró asociación entre variables sociodemográficas, el conocimiento y las prácticas. En los **resultados** se obtuvieron que: 353 mujeres (52,14%); 37,37% fueron de tercero, 32,64% de cuarto y 29,99% de quinto año; 61,30% fueron de colegios públicos; 71,34% manifestaron que su conocimiento sobre VIH/SIDA era intermedio. La fuente de información más frecuente fueron las clases de colegio: 68,09%; en conocimientos, las vías de contagio más reportadas fueron: relaciones sexuales con persona infectada: 88,77% y transfusión sanguínea: 80,95%. En los públicos se halló mayor reporte de información por internet ($p=0,019$), que el contacto sexual con persona infectada ($p=0,007$) y las relaciones homosexuales aumentaban el riesgo de contagio ($p= 0,023$). En los privados se halló mayor reporte de información por televisión ($p= 0,081$) y que tener una sola pareja ($p=0,013$) y la abstinencia ($p=0,004$), disminuían el riesgo de contagio. Los hombres refirieron un mayor riesgo de contagio en relaciones sexuales con prostitutas y homosexuales ($p=0,001$) y ($p=0,001$), respectivamente. En el análisis multivariado el sexo masculino ($rp=1,2$

IC95%= IC=95%=1,1-1,27) y la edad ($p<0.001$) se asocian a haber tenido relaciones sexuales. Los alumnos de colegio privado, usan 1,2 veces preservativo (IC95%= 1,0-1,5, $P=0,017$) que los de público. **Concluyen** en que las clases de colegio y el internet son importantes fuentes de información sobre VIH-SIDA. Los alumnos de colegios públicos tuvieron mayor conocimiento en los factores de riesgo y los de privado mayor conocimiento en las formas de prevención del VIH-SIDA y usan preservativo más frecuentemente.

Leguà Cerna, Niño Effio, Perales Carrasco & Diaz Vèlez; realizaron un estudio titulado “**Nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en una Institución Educativa de José Leonardo Ortiz – Chiclayo**” realizado en los meses de marzo a mayo del 2011. Cuyo **objetivo** fue determinar el nivel de conocimientos sobre el VIH-SIDA que existe en un Colegio de José Leonardo Ortiz. Marzo-Mayo 2011, y relacionarlos según género, edad, fuente de información, ingreso económico y percepción aparente de conocimiento. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, transversal y observacional. Con el programa Epidat v3.1, se seleccionó de manera no probabilística una muestra de 348, con una proporción de estudios previos 59,1%, nivel de confianza de 95,0%, con una precisión del 4,2% y un tamaño poblacional de 1122. Criterios de inclusión: Alumnos de los tres últimos años de la educación secundaria regular, ambos sexos. Y como criterios de exclusión: la no aceptación del desarrollo del cuestionario, y los alumnos que hayan desarrollado de forma parcial o con más de dos respuestas por cada pregunta. Muestreo de manera probabilístico sistemático. **Resultados:** Se halló según el nivel de conocimientos: La mayor parte de la población de nivel Bajo (58,3%), seguido de nivel Medio (22,7%) y por ultimo un nivel de conocimientos Alto (19,0%). Ellos **Concluyen** que 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.

Blitchtein Winicki, y otros realizaron una investigación que titula **“Percepción y comportamientos de riesgo de ITS/VIH, en mujeres adolescentes inscritas para obtener su libreta militar en Lima y Callao”** en el 2001. Cuyo **objetivo** fue el de obtener información acerca de comportamientos y percepción de riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS-VIH-SIDA) en mujeres adolescentes de 16 y 17 años que se inscriben al servicio militar.

Material y Métodos: Muestreo por conglomerados en tres etapas, con probabilidades proporcionales al tamaño; la muestra para el estudio resultó 755 adolescentes. Se utilizó un cuestionario autoaplicado. El análisis estadístico se desarrolló en tres etapas, descriptivo univariado, bivariado y se desarrolló un modelo de ecuaciones estructurales. Los **resultados** fueron los siguientes: La media de la edad de las adolescentes encuestadas fue $16,4 \pm 0,49$ años, y la media de inicio de relaciones sexuales 15,4 años. La proporción global de uso de condón fue 23,4%; 16% refirió haber tenido dos o más parejas sexuales en el último año, 33% haber tenido síntomas sugestivos de ITS, mientras que 88,3% percibió no tener algún riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual con su vida sexual actual. Del total de adolescentes, 26% no reconoció el condón como una forma de prevención del SIDA. **Concluyeron** que los hallazgos de baja percepción de riesgo de ITS/VIH/ SIDA y la alta referencia de signos de ITS, señalan la necesidad de priorizar esta población para realizar estrategias de prevención. El resultado del análisis de senderos subraya la importancia de considerar factores racionales (nivel de información, número de parejas sexuales) y no racionales (emociones y percepciones) en el desarrollo de estrategias de intervención para disminuir comportamiento de riesgo.

Flores Icomena, Rios Huayaban & Vargas Chanchari realizaron un estudio denominado **“Conocimiento sobre VIH/SIDA y comportamiento sexual en adolescentes de la Comunidad San Francisco, Rio Itaya - Distrito de Belén”** en el 2015. Cuyo **objetivo** fue el de

determinar la asociación que existe entre el conocimiento sobre VIH/SIDA y el comportamiento sexual en adolescentes de 15 a 19 años de edad de ambos sexos de la Comunidad San Francisco, Rio Itaya – Distrito de Belén 2015. **Material y Métodos:** El método empleado fue el cuantitativo y el diseño no experimental de tipo correlacional. La población estuvo conformada por 96 adolescentes y la muestra fueron 77 adolescentes con las mismas características de la población. La técnica empleada fue la entrevista, y los instrumentos fueron dos cuestionarios sobre: conocimiento sobre VIH/SIDA (Validez = 90,5 % y confiabilidad = 89,0%) y el Comportamiento sexual del adolescente (Validez= 92,3% y confiabilidad = 90,0%). Los datos fueron analizados con el SPSS versión 22.0. La prueba estadística inferencial fue el Chi Cuadrado, con $\alpha = 0.05$ y nivel de confianza de 95%. **Resultados:** Los adolescentes tuvieron conocimiento adecuado sobre VIH/SIDA (61%), y comportamiento sexual con riesgo de VIH/SIDA (77,9%). Los autores **concluyen:** que al establecer la relación entre comportamiento sexual y el conocimiento sobre VIH/SIDA, se obtuvo $p = 0.139$, con $\alpha = 0,05$; este resultado permitió rechazar la hipótesis de investigación siguiente: Adolescente con conocimiento adecuado sobre VIH/SIDA tendrán comportamiento sexual de bajo riesgo, mientras que los adolescentes con conocimiento inadecuado sobre VIH/SIDA tendrán comportamiento sexual de alto riesgo en la comunidad San Francisco Rio Itaya del Distrito de Belén – 2015.

1.4.2 Marco Conceptual

La Adolescencia

Se define a la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un

ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. Así, se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

Durante la etapa de la adolescencia vemos ciertas características en el crecimiento y desarrollo del adolescente:

Características anatomo-fisiológicas

Se deben principalmente a la actividad hormonal, bajo la influencia del sistema nervioso central. La diferencia física entre los sexos queda definitivamente establecida por la maduración de las características sexuales primarias, es decir, los órganos internos y externos que llevan a cabo las funciones reproductoras (por ejemplo los ovarios, el útero, el pecho y el pene), y la aparición de las características sexuales secundarias, como resultado del cambio hormonal (por ejemplo, alteración en la voz, el desarrollo del vello facial y puberal y los depósitos de grasa); estas últimas no desempeñan un papel directo en la reproducción. (Diz, 2013, p. 89.)

Cambios psicosociales

Las transformaciones físicas tienen un correlato en la esfera psico-social, comprendiendo cuatro aspectos: la lucha dependencia-independencia, la importancia de la imagen corporal, la relación con sus pares y el desarrollo de la propia identidad:

a) La lucha independencia-dependencia: en la primera adolescencia (12 a 14 años), la relación con los padres se hace más difícil, existe mayor recelo y confrontación; el humor es variable y existe un “vacío” emocional. En la adolescencia media (15 a 17 años) estos conflictos llegan a su apogeo para ir declinando posteriormente, con una creciente mayor integración, mayor independencia y madurez, con una vuelta a los valores de la familia en una especie de “regreso al hogar” (18 a 21 años). (Diz, 2013, p. 92.)

b) Preocupación por el aspecto corporal: los cambios físicos y psicológicos que acompañan la aparición de la pubertad generan una gran preocupación en los adolescentes, sobre todo en los primeros años, con extrañamiento y rechazo del propio cuerpo, inseguridad respecto a su atractivo, al mismo tiempo que crece el interés por la sexualidad. En la adolescencia media, se produce una mejor aceptación del cuerpo pero sigue preocupándoles mucho la apariencia externa. Las relaciones sexuales son más frecuentes. Entre los 18 y 21 años el aspecto externo tiene ya una menor importancia, con mayor aceptación de la propia corporalidad. (Diz, 2013, p. 92.)

c) Integración en el grupo de amigos: vital para el desarrollo de aptitudes sociales. La amistad es lo más importante y desplaza el apego que se sentía hasta entonces por los padres. Las relaciones son fuertemente emocionales y aparecen las

relaciones con el sexo opuesto. En la adolescencia media, estas relaciones son intensas, surgen las pandillas, los clubs, el deporte; se decantan los gustos por la música, salir con los amigos, se adoptan signos comunes de identidad (piercing, tatuajes, moda, conductas de riesgo), luego (18 a 21 años) la relación con los amigos se vuelve más débil, centrándose en pocas personas y/o en relaciones más o menos estables de pareja. (Diz, 2013, p. 92.)

d) Desarrollo de la identidad: en la primera adolescencia hay una visión utópica del mundo, con objetivos irreales, un pobre control de los impulsos y dudas. Sienten la necesidad de una mayor intimidad y rechazan la intervención de los padres en sus asuntos. Posteriormente, aparece una mayor empatía, creatividad y un progreso cognitivo con un pensamiento abstracto más acentuado y, aunque la vocación se vuelve más realista, se sienten “omnipotentes” y asumen, en ocasiones, como ya dijimos, conductas de riesgo. Entre los 18 y 21 años los adolescentes suelen ser más realistas, racionales y comprometidos, con objetivos vocacionales prácticos, consolidándose sus valores morales, religiosos y sexuales así como comportamientos próximos a los del adulto maduro. (Diz, 2013, p. 93.)

El papel clave de las experiencias de desarrollo

La adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial,

constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

Presiones para asumir conductas de alto riesgo

Muchos adolescentes se ven sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas y para empezar a tener relaciones sexuales, y ello a edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos un elevado riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Muchos de ellos también experimentan diversos problemas de adaptación y de salud mental. Los patrones de conducta que se establecen durante este proceso, como el consumo o no consumo de drogas o la asunción de riesgos o de medidas de protección en relación con las prácticas sexuales, pueden tener efectos positivos o negativos duraderos en la salud y el bienestar futuros del individuo. De todo ello se deduce que este proceso representa para los adultos una oportunidad única para influir en los jóvenes. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

Los adolescentes son diferentes de los niños pequeños y también de los adultos. Más en concreto, un adolescente no es plenamente capaz de comprender conceptos complejos, ni de entender la relación entre una conducta y sus consecuencias, ni tampoco de percibir el grado de control que tiene o puede tener respecto de la toma de decisiones relacionadas con la salud, por ejemplo, decisiones referidas a su comportamiento sexual. Esta incapacidad puede hacerlo particularmente vulnerable a la explotación sexual y a la asunción de conductas de alto riesgo. Las leyes, costumbres y usanzas también pueden afectar a los adolescentes de distinto modo que a los adultos. Así, por ejemplo, las leyes y políticas a menudo restringen el acceso de los adolescentes a la información y los servicios de salud reproductiva, máxime si no están casados.

En los casos en que sí tienen acceso a servicios de esta índole, puede ocurrir que la actitud de las personas encargadas de dispensarlos muestran frente a los adolescentes sexualmente activos suponga en la práctica un obstáculo importante para la utilización de esos servicios. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

Conocimientos sobre VIH/SIDA

El conocimiento sobre la infección por VIH/sida juega un papel muy importante en la promoción de la salud y prevención de esta enfermedad, debido a que un concepto o idea errónea sobre aspectos de la infección genera un comportamiento de irresponsable por parte de la población en general; pero principalmente de la población joven; el desconocimiento genera carencia de atención y la estigmatización de las personas infectadas. El rechazo puede precipitar la muerte, y de esta manera la discriminación asociada al VIH/sida también estimula la propagación de la misma debido a que el miedo al rechazo social fomenta la ocultación de la infección y ésta dificulta el diagnóstico y el tratamiento haciendo además que en muchas ocasiones, continúen las prácticas de riesgo. (Díaz Montes, Cantillo Uribe , Garcia Vergara, Martinez Marengo , & Vega Recuero, 2011)

El Virus de Inmunodeficiencia Adquirida

Historia del VIH

La era del SIDA empezó oficialmente el 5 de junio de 1981, cuando el Center for Disease Control de los Estados Unidos convocó a una conferencia de prensa donde se describieron cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* (NPC) en Los Ángeles. Poco después se reportaron varios casos de sarcoma de Kaposi (SK) por el Dr. Michael Gottlieb de San Francisco. A los pocos meses, se describieron casos similares en otros países. (Soliz, 2010)

La situación resultó ser alarmante, porque ambos procesos afectaban a varones jóvenes aparentemente sanos y sin ninguna enfermedad de base.

Además, la mayoría de estos pacientes eran varones homosexuales, y muchos de ellos padecían también otras enfermedades crónicas que más tarde se identificaron como infecciones oportunistas. Un estudio detallado reveló que presentaban un cuadro de inmunodeficiencia caracterizado por la disminución de linfocitos CD4. Por tanto, se trataba de un cuadro de inmunodeficiencia adquirida. Muchos de estos enfermos murieron a los pocos meses. Ya que en un principio se identificó a la población homosexual como víctima de la deficiencia inmune, la prensa bautizó a la enfermedad como la «peste rosa», aunque pronto se hizo notar que también la padecían los inmigrantes haitianos –usuarios de drogas intravenosas– en EE.UU., receptores de transfusiones sanguíneas y mujeres heterosexuales. La nueva enfermedad fue bautizada oficialmente en 1982 con el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y se sostuvieron distintas teorías sobre su posible causa. (Instituto Nacional de Higiene Epidemiología y Microbiología, 2006)

Epidemiología

- El VIH, que continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, se ha cobrado ya más de 35 millones de vidas. En 2016, un millón de personas fallecieron en el mundo por causas relacionadas con este virus.
- A finales de 2016 había aproximadamente 36,7 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo, y en ese año se produjeron 1,8 millones de nuevas infecciones.
- El 54% de los adultos y el 43% de los niños infectados están en tratamiento antirretrovírico (TAR) de por vida.

- La cobertura mundial del TAR para las mujeres infectadas que están embarazadas o en periodo de lactancia es del 76%.
- De acuerdo con los datos de 2016, en la Región de África de la OMS había 25,6 millones de personas infectadas. Esta Región es la más afectada y en ella se registran casi dos tercios de las nuevas infecciones por el VIH en el mundo.
- La infección por el VIH se suele diagnosticar mediante análisis rápidos que permiten detectar la presencia o ausencia de anticuerpos contra el virus. En la mayoría de los casos, los resultados se obtienen en el mismo día, una cuestión fundamental para diagnosticar la infección en ese día y para atender a los afectados e iniciar el tratamiento lo antes posible.
- Hay grupos poblacionales que merecen especial atención por correr un mayor riesgo de infección por el VIH, con independencia del tipo de epidemia y de la situación local: los hombres que tienen relaciones homosexuales, los consumidores de drogas inyectables, los presos y personas que están reclusas en otros entornos, los trabajadores sexuales y sus clientes, y los transexuales.
- A menudo, los comportamientos de las personas que pertenecen a estos grupos de mayor riesgo les causan problemas sociales o jurídicos que aumentan su vulnerabilidad al VIH y reducen su acceso a los programas de diagnóstico y tratamiento.
- Se calcula que, en 2015, el 44% de las nuevas infecciones afectaron a personas de estos grupos poblacionales y a sus parejas.
- Aunque no se ha descubierto cura alguna para la infección, el tratamiento con antirretrovíricos eficaces permite mantener controlado el virus y prevenir la

transmisión para que tanto las personas infectadas como los que corren riesgo de contagio puedan llevar una vida saludable, larga y productiva.

- De acuerdo con las estimaciones, solamente el 70% de las personas infectadas por el VIH conocen su estado serológico. Para alcanzar el objetivo fijado del 90%, otros 7,5 millones de personas necesitan acceder a servicios de diagnóstico de esta infección. A mediados de 2017, 20,9 millones de personas infectadas por el VIH estaban en programas de TAR.
- Entre 2000 y 2016, el número de nuevas infecciones por el VIH se redujo en un 39% y las defunciones asociadas al virus disminuyeron en una tercera parte. Ello significa que se salvaron 13,1 millones de vidas gracias al TAR en ese periodo. Este logro fue fruto de enormes esfuerzos realizados en el marco de programas nacionales de lucha contra el VIH, con la ayuda de la sociedad civil y un conjunto de asociados para el desarrollo. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

Por otro lado el comportamiento del VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en el Perú es el de una epidemia concentrada, así desde el primer caso diagnosticado de SIDA en el Perú en el año 1983 hasta diciembre de 2016, se han reportado 34 mil 795 casos de SIDA y 65 mil 657 casos notificados de VIH1/ pero se estima que más de 100 mil personas estarían viviendo con el virus de inmunodeficiencia humana hasta el año 2040. La magnitud del problema, la rápida propagación del VIH/SIDA, la inexistencia de cura para la enfermedad y la relación entre ITS y VIH confirman la importancia de monitorear el conocimiento de la población sobre la transmisión, prevención y percepción de los riesgos. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016, cap. 11.)

Etiopatogenia

Los virus que producen la infección por VIH son retrovirus, los cuales son virus ARN que se replican mediante un ADN intermediario, que depende del ADN polimerasa o retrotranscriptasa, proveniente del ARN y que se encuentra dentro del virión. Este conjunto enzimático permite copiar o transcribir información genética de tipo ARN a ADN. Este proceso para sintetizar una partícula a partir de una información genética en forma de ARN, solo es atribuible a estos virus. (Castillo, 2014)

Asimismo, la familia de los retrovirus está dividida en varias subfamilias: *oncoviridae*, *espumaviridae* y *los lentiviridae*, las cuales tienen, desde el punto de vista de sus acciones biológicas, diferentes características. Estos últimos producen inmunodeficiencia, pues causan la destrucción lenta y progresiva de las células que infectan. Dentro de este subgrupo los que provocan la enfermedad en los seres humanos son el VIH- 1 y 2, descubiertos 1983 y 1986, respectivamente. El virus VIH- 1 tiene varios serotipos y se clasifican en 3 grandes grupos: M (*main*), O (*outlier*) y N (New, No M, No O). El primero causa la mayoría de las infecciones que registradas a escala mundial y se conocen los serotipos siguientes: A, B, C, D, E, F, G, H, J, K. Dentro de este grupo se han identificado las cepas recombinantes, las cuales han incorporado genes de combinaciones de algunas de las cepas. (Castillo, 2014)

Ciclo de Replicación del VIH

El ciclo biológico del VIH tiene una fase temprana, que culmina con la integración del ADN proviral en el genoma de la célula, y una fase tardía, que implica la transcripción del genoma viral y la generación de una progenie infecciosa. El ciclo replicativo del VIH se divide en las siguientes etapas:

a) Entrada del virus en la célula

El VIH se une a la molécula CD4 a través de la gp120, produciendo un cambio conformacional que permite la interacción con un correceptor (perteneciente a la familia de receptores de quimiocinas). Esta interacción provoca un cambio en la gp41 que induce la fusión de la envuelta viral con la membrana celular. El proceso de unión del virus a la membrana celular y entrada al citoplasma se conoce como “internalización”. (Codina, Martín , & Ibarra, p. 1494)

b) Transcripción inversa e integración

Tras la penetración del virus, se produce la liberación del genoma viral y se inicia la transcripción. La transcriptasa inversa cataliza la formación de la primera cadena de ADN, a partir del ARN viral. En la síntesis de la segunda cadena interviene la ribonucleasa H, generando un ADN de doble cadena. Una vez sintetizado el ADN proviral, se acopla a distintos factores celulares y virales formando el “complejo de preintegración”. Este complejo se desplaza al núcleo para integrarse en el genoma de la célula, con la ayuda de la integrasa. El genoma del VIH está formado por aproximadamente 10.000 nucleótidos, por lo que la transcriptasa inversa debe completar 20.000 reacciones de incorporación de nucleótido para generar ADN a partir de una molécula de ARN. La inhibición de cualquiera de estos 20.000 pasos conduce a una infección abortiva. Por ello, la transcripción inversa es una de las dianas terapéuticas más importante. (Codina, Martín , & Ibarra, p. 1494)

c) Periodo de latencia

Tras la integración, el VIH puede permanecer latente, replicarse de forma controlada o sufrir una replicación masiva que resulta en un efecto citopático para la célula infectada. En la mayoría de los linfocitos el virus está en forma latente. El paso de la fase de latencia a la de reactivación depende de factores celulares, como la proteína NF-kB (factor presente de forma natural en el organismo), que sólo es inducido en procesos de activación inmunológica. Tras dicha activación, el fenómeno de reactivación del estado de latencia es rápido y agresivo. (Codina, Martín , & Ibarra, p. 1494)

d) Síntesis y proceso del ARN

En la siguiente etapa el provirus mimetiza un gen. Al tratarse de un retrovirus complejo, en su regulación se implican tanto proteínas celulares, como proteínas reguladoras codificadas por el virus. Existe una expresión genética temprana (transcripción de los genes reguladores tat, rev y nef) y una tardía (transcripción de los genes estructurales y enzimáticos codificados por gag, pol y env; así como los accesorios vif, vpr y vpu). Dos proteínas virales son esenciales en la síntesis y el procesamiento del ARN viral: Tat, activador potente de la transcripción, que permite la síntesis de la totalidad del ARN viral y Rev, regulador de la expresión del virión, que codifica una proteína que facilita el transporte de los ARNm del núcleo al retículo endoplasmático, donde son traducidos en proteínas por los ribosomas celulares. El ARNm del VIH se sintetiza como un único transcrito, que se transporta al citoplasma, donde es procesado en ARN de distintos tamaños. (Codina, Martín , & Ibarra, p. 1494)

e) Traducción y maduración

Una vez sintetizadas las proteínas virales, deben ser procesadas de forma postraduccional antes de ensamblarse en partículas virales maduras. En este proceso participan las proteínas virales Vif; Vpu; una proteasa celular en el procesamiento de la gp160 en gp41 y gp120; y la proteasa viral, que procesa la poliproteína precursora gag-pol (que produce proteínas del virus, como la proteína de la matriz, de la cápside, etc). El procesamiento por la proteasa viral es esencial en la maduración del VIH, por lo que supone una diana importante en el desarrollo de fármacos. Finalmente, una vez han madurado los viriones y se han ensamblado correctamente las proteínas virales, el nucleoide se desplaza a la membrana celular donde se recubre de la membrana lipídica y de glucoproteínas de superficie adheridas a ella y es liberado por gemación. (Codina, Martín , & Ibarra, p. 1495)

Vías de transmisión

a) Vía sexual

Representa la principal vía de infección en el mundo. Incluye las relaciones heterosexuales, así como la penetración anal, vaginal y el sexo oral; también se incrementan los hombres que tienen sexo con otros hombres, así como la presencia de alguna infección de transmisión sexual al momento de las relaciones sexuales desprotegidas. En el Perú, 88% de los casos han ocurrido a través de las relaciones sexuales. En el mundo este porcentaje asciende a 97% de casos. (Organizacion Mundial de la Salud, 2017)

b) Vía Parenteral (por vía intravenosa)

Se puede contraer el VIH por transfusiones sanguíneas, uso de hemoderivados y así como entre los consumidores de drogas por vía intravenosa, el VIH se transmite por la exposición parenteral a sangre infectada por el virus a través de agujas y otros objetos contaminados utilizados para administrar la droga. Los factores específicos que se han asociado a la infección por el VIH entre los adictos a drogas por vía parenteral son el tiempo de consumo de la droga, la frecuencia y el número de personas con las que se han compartido las agujas, el número de inyecciones y la prevalencia de la infección por el VIH en la zona en la que reside el consumidor. Las tasas de infección por el VIH varían mucho según la zona geográfica. En la mayoría de los estudios se han encontrado tasas más elevadas de infección por el VIH asociadas con la inyección de heroína y cocaína que con la inyección de heroína sola, quizá por la mayor frecuencia de inyección que se observa entre los consumidores de cocaína por vía intravenosa. (Ordoñez, 2017)

c) Transmisión Vertical del VIH

De una mujer embarazada a su hijo puede producirse durante la gestación (transmisión intrauterina), en el momento del parto (transmisión intraparto) o después del parto a través de la lactancia. Se han producido avances significativos en la determinación de los factores de riesgo de transmisión del VIH durante estos 3 periodos, en el diagnóstico precoz y más fiable de la infección en el neonato y en la prevención de la transmisión perinatal mediante el uso de antirretrovirales. La existencia de la transmisión intrauterina viene demostrada por la detección del VIH tanto en los tejidos fetales en una fase tan precoz como las 8 semanas de gestación como en el tejido placentario in vivo e in vitro. Además, entre el 30% y el 50% de los lactantes infectados dan resultados positivos en la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y en los

cultivos para el VIH al nacer, lo que también sugiere la transmisión intrauterina del virus. El parto, tanto vaginal como mediante cesárea, se asocia a diferentes factores que pueden exponer al niño a la sangre y a secreciones cervicovaginales de la madre. Aunque en muchos estudios se han encontrado tasa de transmisión estadísticamente similares en el parto vaginal y en la cesárea, existen datos procedentes de meta análisis y estudios clínicos aleatorizados que indican que la cesárea programada reduce el riesgo de transmisión perinatal de VIH, incluso cuando se controla la variable uso de antirretrovirales en la madre. (Ordoñez, 2017)

Estadios de la infección

La replicación del VIH es un proceso activo y dinámico que empieza con la infección aguda y perdura durante toda la infección, incluso en la fase de latencia clínica. En la infección por VIH se distinguen las siguientes etapas:

a) Primoinfección

Tras la entrada en el organismo, el virus se disemina a través de los órganos linfoides y del sistema nervioso. En esta etapa de primoinfección (periodo ventana de 4- 12 semanas), no es posible detectar anticuerpos específicos frente al VIH, pero sí existe una actividad citotóxica, que sugiere que la respuesta celular es más precoz e importante en el control inicial de la replicación viral que la síntesis de anticuerpos. El paciente infectado puede persistir asintomático o presentar un cuadro clínico caracterizado por un síndrome mononucleósido (30-70% de pacientes, a menudo inadvertido). Es una etapa donde inicialmente los niveles de viremia son altos (carga viral elevada), así como el número de CD4 infectados. A los 10-20 días del contagio irá apareciendo el antígeno p24 circulante (2-6 semanas). Paulatinamente aparecerán diferentes tipos de anticuerpos e inmunidad celular, coincidiendo con la desaparición del antígeno p24 y el descenso de virus circulante y CD4 infectados. Los linfocitos infectados y los viriones libres

quedan atrapados en la red de células dendríticas de Langerhans de los ganglios linfáticos produciendo una hiperplasia folicular. Como consecuencia de la virulencia de las cepas infectantes y de la intensidad de la respuesta antiviral generada por el huésped, se alcanza una carga viral basal tras la primoinfección, dato de gran valor pronóstico en la evolución de la infección. Aún así, esta respuesta antiviral no consigue erradicar el virus. Se compara la evolución de la infección por VIH con un tren que se dirige a un obstáculo. La cifra de CD4+ (ml en sangre indica la distancia a la catástrofe y la carga viral la velocidad con que está avanzando el tren. Una medida de la viremia es el mejor y más precoz marcador pronóstico; mientras que los cambios en el nivel de CD4+ circulante se detectarían con un mayor retraso. (Codina, Martín , & Ibarra, p. 1495.)

b) Fase crónica asintomática

La viremia disminuye respecto a la primoinfección, pero el virus continúa replicándose, sobretodo en tejido linfoide, el gran reservorio de la infección. Sólo en una proporción muy baja de los linfocitos infectados el VIH se replica de forma activa, en el resto permanece de forma latente. La carga viral en los órganos linfoides es entre 10 y 10.000 veces superior a la circulante, con tendencia progresiva a igualarse. Los niveles de CD4+ se mantienen relativamente estables, pero van descendiendo paulatinamente. Esta fase es asintomática, con o sin adenopatías, plaquetopenia o mínimos trastornos neurológicos. (Codina, Martín , & Ibarra, p. 1496)

c) Fase avanzada o sida

Con el tiempo se da una incapacidad progresiva del sistema inmunitario para contener la replicación viral, que junto a la emergencia de variantes más agresivas (cepas X4) que aumentarán la destrucción inmunológica, desplazará ese equilibrio entre virus y huésped a

una fase de replicación viral acelerada y de profunda inmunosupresión. El deterioro del sistema inmune, “agotamiento”, se refleja en la disminución de la respuesta humoral y celular: disminuyen los niveles de anticuerpos p24, anticuerpos neutralizantes, actividad citotóxica y el número de linfocitos CD8. Esta etapa se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas y síntomas constitucionales, descenso de los niveles de CD4+ (menor de 200/ μ l) y aumento de la carga viral, igualándose la carga viral circulante y la de los ganglios linfáticos. La mediana de progresión a sida es de 10 años, alrededor del 20% progresan a sida en menos de 5 años y un 10% no habrá progresado a los 20 años (progresores lentos). Los factores asociados a la no progresión pueden ser de carácter inmunológico (respuesta CTL anti-VIH más potente y niveles altos de anticuerpos neutralizantes), virológico (niveles bajos o indetectables de viremia, infección por cepas virales menos virulentas) o de carácter genético (predisposición genética para sintetizar con mayor eficacia factores solubles inhibidores de la replicación viral). (Codina, Martín , & Ibarra, p. 1496.)

Diagnóstico

Las pruebas de laboratorio que se utilizan para diagnosticar la infección por retrovirus humanos se clasifican en directas e indirectas.

a) Pruebas directas

Estas facilitan el diagnóstico precoz de la infección, pues permiten detectar la presencia del virus o de sus constituyentes (proteínas y ácido nucleico) aun antes de desarrollarse la respuesta de anticuerpos frente a ellos, pero tienen el inconveniente de ser muy costosas. Entre estas se

encuentran la antigenemia P24, cultivo vira y reacción en cadena de la polimerasa. Estas 2 últimas se utilizan para el diagnóstico de la infección en los niños junto con el *western blot*, por la transferencia pasiva de anticuerpos de la madre al recién nacido. (Castillo, 2014)

b) Pruebas indirectas

Demuestran la respuesta inmune por parte del huésped y están basadas en pruebas serológicas para la detección de anticuerpos en el suero. La presencia de anticuerpos antiVIH, lejos de reflejar una exposición y erradicación inmune del virus en el pasado, significa el estado de portador actual. (Castillo, 2014)

A continuación describiremos brevemente algunos de los métodos de diagnóstico:

✓ *Prueba de Elisa*

Se basa en el uso de antígenos o anticuerpos marcados con una enzima, de forma que los conjugados resultantes tengan actividad tanto inmunológica como enzimática. Al estar uno de los componentes (antígeno o anticuerpo) marcado con una enzima e insolubilizado sobre un soporte (inmunoabsorbente) la reacción antígeno-anticuerpo quedará inmobilizada y, por tanto, será fácilmente revelada mediante la adición de un sustrato específico que al actuar la enzima producirá un color observable a simple vista o cuantificable mediante el uso de un espectrofotómetro o un colorímetro. Esta prueba utiliza sangre, saliva u orina para detectar anticuerpo contra el VIH. Los resultados de estas pruebas pueden tardar hasta 2 semanas. Esta prueba debe realizarse 3 semanas después de la práctica de riesgo y permite, en muchas ocasiones, la detección precoz del VIH. En el caso de obtener un resultado positivo con la prueba del ELISA, este debe confirmarse mediante una prueba más específica denominada Western Blot (Cultek, 2006, p.2.)

✓ *Pruebas rápidas de anticuerpos del VIH*

La prueba rápida de HIV 1&2 es un inmunoensayo rápido de un solo uso basado en inmunocromatografía. Emplea reactivos únicos para la detección rápida y confiable de anticuerpos al HIV-1 y HIV-2 en suero y plasma humana, sin instrumentación. Las proteínas recombinantes que representan las regiones inmunodominantes de las proteínas envoltura y gag de HIV-1 y HIV-2 son inmovilizadas en la región de prueba de la tira de nitrocelulosa y un agente bioquímico que reconoce anticuerpos humanos es dispersado en la región de control de la tira. Las proteínas de HIV-1 y HIV-2, unidas a oro coloidal, son impregnadas por debajo de la región de prueba del dispositivo. Una banda estrecha de la membrana de nitrocelulosa es también sensibilizada como región de control. Se da inicio a la prueba aplicando la muestra al puerto de muestras del dispositivo de pruebas (ver Figura 1). Posteriormente se aplican dos gotas de reactivo de lavado que facilitan el flujo de la muestra dentro del dispositivo y sobre la tira reactiva. Los anticuerpos específicos a las proteínas HIV-1 o HIV-2 reaccionarán con las partículas conjugadas del oro coloidal. (Diagnostica International, s.f.)

✓ *Western Blot*

Es una técnica analítica usada para detectar proteínas específicas en una muestra determinada. Mediante una electroforesis en gel se separan las proteínas atendiendo al criterio que se desee: peso molecular, estructura, hidrofobicidad, etc. Hay casi tantas posibilidades como tipos de electroforesis existen. Luego son transferidas a una membrana adsorbente (típicamente de nitrocelulosa o de PVDF) para poder buscar la proteína de interés con anticuerpos específicos contra ella. Finalmente, se detecta la unión antígeno-anticuerpo por actividad enzimática, fluorescencia entre otros métodos. De esta forma se puede estudiar la presencia de la proteína en

el extracto y analizar su cantidad relativa respecto a otras proteínas. Se utiliza para confirmar la presencia del virus de VIH; La confiabilidad de la prueba con el Western Blot da una confiabilidad del 99.999%. (Flores Icomena, Rios Huayaban, & Vargas Chanchari, 2015, p.27)

Se han presentado casos de personas que a pesar de dar como resultado "negativo" en la prueba de ELISA, resultan ser seropositivos después de 2 años de su última relación de alto riesgo y sin protección. Es por ello que la persona que está completamente seguro que tuvo comportamiento sexual de alto riesgo y sin protección se debe realizar la prueba cada 3 meses, durante mínimo 2 años y en dicho periodo debe utilizar barrea de protección como el condón. (Flores Icomena, Rios Huayaban, & Vargas Chanchari, 2015, p.27)

Tratamiento

Los enormes avances científicos que se han producido con respecto a la infección por VIH han dado lugar a tratamientos que mejoran la calidad de vida de las personas enfermas y retrasan la progresión de la enfermedad. La terapia antirretroviral se refiere a los fármacos utilizados para tratar la infección por el VIH. Estos medicamentos inhiben la replicación del virus previniendo la progresión de la infección. Los nuevos tratamientos antirretrovirales están consiguiendo convertir el SIDA prácticamente en una enfermedad crónica, y podrán lograr alargar tanto el periodo asintomático que no se llegue a desarrollar el SIDA. Uno de los factores más importantes para conseguir una mayor efectividad de los tratamientos antirretrovirales consiste en la adecuada adherencia a los mismos, es decir, la correcta toma de los medicamentos. (Guía de Prevención de la Transmisión del VIH/SIDA y Otras Infecciones de Transmisión Sexual, 2005 - 5006, p. 18)

Toda persona con diagnóstico de infección por VIH será evaluada por el equipo multidisciplinario previo a su ingreso al TARGA. Los esquemas de tratamiento antirretroviral

para pacientes nuevos, están basados en la combinación de dos medicamentos inhibidores nucleósidos/nucleótidos de la transcriptasa reversa (INTR) más un medicamento inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa (INNTR). (Ministerio de Salud, 2014)

Los esquemas de tratamiento antirretroviral de elección y alternativos son:

Esquema de elección	Dosificación	Observaciones
Tenofovir / Emtricitabina / Efavirenz (TDF/FTC/EFV)	1 tableta de Tenofovir 300 mg / Emtricitabina 200 mg / Efavirenz 600 mg, en dosis fija combinada (DFC), cada 24 horas (al acostarse).	
Esquemas alternativos	Dosificación	Observaciones
Tenofovir / Emtricitabina + Efavirenz (TDF/FTC+EFV)	1 tableta de Tenofovir 300 mg / Emtricitabina 200 mg (DFC), MAS 1 tableta de Efavirenz 600 mg juntas cada 24 horas (al acostarse)	Se utilizará este esquema, cuando no se cuente con la presentación en dosis fija combinada
Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz (TDF+3TC+EFV)	1 tableta de Tenofovir 300 mg MAS 2 tabletas de Lamivudina 150 mg MAS 1 tableta de Efavirenz 600 mg juntas cada 24 horas (al acostarse).	Se utilizará este esquema, cuando no se cuente con la presentación en dosis fija combinada.
Abacavir / Lamivudina + Efavirenz	1 tableta de Abacavir 600 mg / Lamivudina 300 mg (DFC) cada 24 horas MAS 1 tableta	Solamente en pacientes con CV < 100 000 copias/mL, con examen

(ABC/3TC+EFV)	de Efavirenz 600 mg cada 24 horas (al acostarse).	de HLA B*5701 negativo y que tengan contraindicación para el uso del esquema de elección.
Abacavir + Lamivudina + Efavirenz (ABC+3TC+EFV)	1 tableta de Abacavir 300 mg cada 12 horas MAS 1 tableta de Lamivudina 150 mg cada 12 horas MAS 1 tableta de Efavirenz 600 mg cada 24 horas (al acostarse).	Solamente en pacientes con CV < 100 000 copias/mL, con examen de HLA B*5701 negativo, que tengan contraindicación para el uso del esquema de elección y en ausencia de dosis fija combinada ABC/3TC.
Zidovudina / Lamivudina + Efavirenz (AZT/3TC+EFV)	1 tableta de Zidovudina 300 mg / Lamivudina 150 mg (DFC) cada 12 horas MAS 1 tableta de Efavirenz 600 mg cada 24 horas (al acostarse).	Para pacientes que tienen alguna contraindicación para el uso de Tenofovir o Abacavir.

cuadros obtenidos del (Ministerio de Salud, 2014)

Prevención

El preservativo (masculino y femenino) es el método más eficaz para prevenir la transmisión del VIH en las relaciones sexuales con penetración, por lo tanto, es importante conocerlo bien y no olvidar: Comprarlos en farmacias, o en otros lugares que ofrezcan garantía. Comprobar que estén en buen estado, la fecha de caducidad y que estén homologados por la autoridad sanitaria y con marcado CE. Protegerlos del calor, la luz y la humedad excesiva (ojo con las carteras y las guanteras de los coches, los cambios de temperatura los pueden deteriorar).

Guardarlos en lugares frescos y secos. (Guía de Prevención de la Transmisión del VIH/SIDA y Otras Infecciones de Transmisión Sexual, 2005 - 5006)

¿Cómo se utiliza el preservativo masculino?

Es importante seguir adecuadamente los pasos para una correcta utilización: Abrir el preservativo con cuidado de no dañarlo con uñas, anillos y dientes. Una vez abierto y antes de colocarlo, comprobar si el preservativo está al derecho o al revés (esto se puede hacer soplando un poco dentro del preservativo para ver hacia qué lado lo tenemos que desenrollar). Colocar el preservativo sobre el pene en erección, antes de cualquier penetración vaginal, anal u oral. Presionar la punta del depósito del preservativo para expulsar el aire y dejar espacio para el semen. Si el preservativo no lleva depósito, éste debe hacerse al colocarlo, dejando un espacio libre de 1 a 2 cm. de largo en la punta del pene. Desenrollar el preservativo hasta cubrir completamente el pene. Usarlo durante toda la penetración. Después de eyacular, antes de que la erección disminuya, hay que retirar el pene sujetando el preservativo por la base. Comprobar que no se ha roto (llenándolo de agua o presionando el depósito), anudarlo y tirarlo a la basura. Usar uno nuevo cada vez que se mantenga una relación sexual y si se cambia de práctica sexual (penetración vaginal, anal u oral). (Guía de Prevención de la Transmisión del VIH/SIDA y Otras Infecciones de Transmisión Sexual, 2005 - 5006)

¿Cómo se utiliza el preservativo femenino?

Es un método barrera alternativo al preservativo masculino, que, como éste, se vende en las farmacias sin necesidad de receta. Consiste en una funda transparente de poliuretano, con dos anillos flexibles en ambos extremos, uno en el interior que permite la colocación dentro de la vagina y otro de un diámetro más grande que permanecerá en el exterior de la vagina cubriendo

los genitales externos de la mujer. Su textura es similar al preservativo masculino y ofrece igual seguridad y protección frente a las Infecciones de Transmisión Sexual, incluido el VIH y los embarazos no deseados. (Guía de Prevención de la Transmisión del VIH/SIDA y Otras Infecciones de Transmisión Sexual, 2005 - 5006).

Es importante seguir adecuadamente los pasos para una correcta utilización: El preservativo femenino puede insertarse hasta 8 horas antes de la relación sexual. Abrir el envoltorio cuidadosamente para no dañarlo. El anillo de la parte cerrada del preservativo sirve de guía para colocarlo en el fondo de la vagina mientras que el otro extremo termina en un aro más grande que queda fuera de la vagina cubriendo los genitales externos de la mujer. El preservativo femenino se comercializa lubricado. Si se requiere una lubricación adicional, hay que poner el lubricante en el interior. Sostener el preservativo con el anillo externo colgado hacia abajo. Coger el anillo de la parte cerrada del preservativo (interno) y apretarlo entre los dedos pulgar e índice o corazón de forma que quede largo y estrecho. Elegir una posición cómoda para la colocación del preservativo. Puede ser de pie con el otro pie encima de una silla; sentada con las rodillas separadas, agachada o acostada. Introducir el aro interno en la vagina. Empujar el aro interno (metiendo el dedo índice en el condón) lo más profundamente posible de forma que quede en el fondo. El anillo exterior debe cubrir los genitales externos de la mujer. Guiar el pene con la mano hacia el centro del preservativo femenino evitando que se introduzca entre la pared de la vagina y la parte exterior del preservativo. (Guía de Prevención de la Transmisión del VIH/SIDA y Otras Infecciones de Transmisión Sexual, 2005 - 5006)

El preservativo femenino no necesita retirarse inmediatamente después de la eyaculación. Una vez terminada la relación y retirado el pene, quitar el preservativo apretando el anillo externo, retorciéndolo para mantener el semen en el interior del preservativo. Tirar hacia fuera

delicadamente. Usar uno nuevo cada vez que se mantenga una relación sexual. El preservativo femenino supone una alternativa frente al masculino, además permite a las mujeres elegir libremente el uso de un método de protección frente al VIH para mantener relaciones sexuales con penetración seguras. (Guía de Prevención de la Transmisión del VIH/SIDA y Otras Infecciones de Transmisión Sexual, 2005 - 5006)

1.4.3. Definición de Términos

Conocimiento: Conjunto de información almacenada mediante la experiencia y el aprendizaje o a través de la introspección. En el sentido más amplio del término, se trata de la posición de múltiples datos interrelacionados.

Percepción: La percepción es la manera en la que el cerebro de un organismo interpreta los estímulos sensoriales que recibe a través de los sentidos para formar una impresión consciente de la realidad física de su entorno.

Riesgo: contingencia, el evento o la acción que aproxima a un daño. También se entiende como el desarrollo de acciones o eventos con posibilidades de causar daño y cuya normatividad y control quedan bajo la influencia de la suerte, lo cual exime de responsabilidad a todos, menos a quién asume el riesgo.

Factor de riesgo: Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. (OMS, 2018)

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana. Éste daña el sistema inmunitario mediante la destrucción de los glóbulos blancos que combaten las infecciones. (Guía de Prevención de la Transmisión del VIH/SIDA y Otras Infecciones de Transmisión Sexual, 2005 - 5006)

Sida: Es el estadio final de una enfermedad crónica trasmisible de tipo progresivo, de causa viral, en la cual se establece una relación muy diversa entre el huésped y el virus. Según progrese la inmunodeficiencia y más elevada sea la replicación viral, aparecerán entonces enfermedades oportunistas o tumores raros. (Guía de Prevención de la Transmisión del VIH/SIDA y Otras Infecciones de Transmisión Sexual, 2005 - 5006)

Adolescencia: La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

1.5 Variables

1.5.1 Variable Independiente

Nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA. Considerada como el conjunto de conocimientos sobre aspectos relacionados al VIH/SIDA: Definición, etiología, modos de transmisión, manifestaciones clínicas, diagnósticos, factores de riesgos, tratamiento y prevención; que tienen los adolescentes de 3, 4 y 5º de secundaria y de ambos sexos de la I. E. “Almirante Miguel Grau” 787, la cual será medida por la capacidad del adolescente al responder las preguntas de un cuestionario. El que contara con dos índices:

-Conocimiento alto

-Conocimiento bajo.

1.5.2 Variable Dependiente

Percepción de riesgo de contagio del adolescente frente al VIH/SIDA. Considerada como un conjunto de aspectos que serían realizadas durante las relaciones sexuales tales como: uso del condón, número de parejas sexuales, y presencia de infección de transmisión sexual, producto de la personalidad y del aprendizaje que le hace vulnerable a la adquisición del VIH/SIDA, por vía de transmisión sexual, que tienen los adolescentes de 3, 4 y 5° de secundaria y de ambos sexos de la I. E. “Almirante Miguel Grau” 787el cual fue medido por la capacidad del adolescente al responder a las preguntas de un cuestionario que fue elaborado. El cual conto con dos índices:

- percepción de riesgo de contagio alto
- percepción de riesgo de Contagio bajo



CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Diseño Metodológico

El diseño de la investigación es no experimental (observacional)- Descriptivo – Correlacional.

2.1.1 Tipo de Estudio

TENDENCIA: Es **CUANTITATIVA** tomando en cuenta que los datos obtenidos son susceptibles a la cuantificación, que permite el tratamiento estadístico para determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre el virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la percepción de riesgo de contagio en adolescentes que cursan 3, 4 y 5 de secundaria en la I. E. “ALMIRANTE MIGUEL GRAU” N° 787

ORIENTACIÓN: Es **APLICADA** considerando que sus resultados que se obtendrán permitirán de alguna manera direccionar las intervenciones educativas de reforzamiento, de reorientación a los contenidos teóricos relacionados con el VIH-SIDA que se brinda en las asignaturas según años de estudio, así como su inclusión en la tutoría que reciben los estudiantes.

TIEMPO DE OCURRENCIA DE LOS HECHOS: Es **PROSPECTIVA** porque se dará en espacio y tiempo presente como se resalta en la descripción del problema (octubre- diciembre 2017)

SEGÚN PERIODO Y SECUENCIA DE INVESTIGACIÓN: Es **TRANSVERSAL** por que el estudio que realizaremos en la institución educativa “Almirante Miguel Grau” 787, donde se aplicara una encuesta a los alumnos en pubertad en un solo periodo de tiempo; registrando de esta manera los hechos más relevantes y necesarios para nuestra investigación.

SEGÚN ANÁLISIS Y ALCANCE DE LOS RESULTADOS: Es **DESCRIPTIVA** por que se describe de manera sistemática la población que vamos a estudiar. Así como la situación problemática. Del mismo modo porque se va a recolectar datos en la encuestas y vamos a resumir toda la información de manera cuidadosa para luego analizarlas los resultados obtenidos.

2.2 Población de Estudio

Nuestra población es definida como finita y homogénea porque tenemos un número de estudiantes determinado que se encuentren en los grados de 3, 4 y 5° de secundaria de la I. E. “Almirante Miguel Grau” 787

2.3 Muestra

La muestra de la investigación es constituida por un total de 150 alumnos de la I.E que se encuentren en los grados ya mencionados.

Unidad de análisis: Un estudiante.

Criterios de inclusión

- ✓ Alumnos matriculados en el año académico 2017.
- ✓ Estudiantes con asistencia regular que no sobrepase el porcentaje de inasistencia reglamentaria.
- ✓ Estudiantes que den su consentimiento informado para participar en el estudio.
- ✓ Estudiante entre los grados ya mencionados.

Criterios de exclusión

- ✓ Estudiantes con asistencia irregular.
- ✓ Estudiantes que no se encuentren en los grados correspondientes.
- ✓ Estudiantes que no deseen participar en el estudio.

Marco muestral: Lista de estudiantes de 3 a 4 grado de secundaria.

Unidad de muestreo: I.E. Almirante Miguel Grau 787

Tipo de muestreo: Muestreo Probabilístico - Sistemático

2.4 Recolección de datos

2.4.1 Técnicas

La técnica que se empleó fue la entrevista. Esta técnica permitió recolectar la información de las variables de estudio (Conocimientos sobre VIH/SIDA y Percepción de riesgo de contagio).

2.4.2 Instrumentos

Los instrumentos que se emplearon fueron 2 cuestionarios que fueron utilizados en investigaciones anteriores

1. CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA

El cual estuvo orientado a recolectar datos sobre el conocimiento de VIH/SIDA, se midió a través de la Escala de Conocimientos sobre el Embarazo, el Sida y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), desarrollada por (Jemmott, Jemmott, & Fong, 1992), en la cual consta con 10 preguntas, con tres opciones de respuesta: falso, verdadero y no sabe. Cada pregunta válida tiene un puntaje de 1, las preguntas respondidas de manera incorrecta o no sabe; tienen un valor de 0.

El instrumento tiene una buena consistencia interna y un coeficiente de confiabilidad de 0.815 de alfa de Cronbach.

2. ESCALA DE PERCEPCION DE RIESGO DE CONTAGIO DE VIH/SIDA

El cual estuvo orientado a recolectar datos sobre percepción de riesgo la percepción de riesgo para infección de VIH/Sida se midió a través de la Escala de Percepción Riesgo de VIH desarrollada por Lauby, Bond, Eroglu, & Batson, (2006).

Consta de cuatro preguntas, con respuesta en escala de Likert: 1 = muy improbable, 2 = improbable, 3 = poco probable, 4 = probable, 5 = muy probable, luego será medida la percepción de riesgo en alta o baja, según el porcentaje de respuestas.

El instrumento cuenta un grado de confiabilidad alta del instrumento empleado, con un coeficiente KR 20 de 0.818.

2.5 Proceso de recolección y procesamiento y análisis de datos

Para la recolección de los datos se tuvo en cuenta los siguientes pasos:

Se solicitó aprobación del proyecto de tesis.

Se seleccionaron los dos instrumentos: 1. Cuestionario sobre conocimiento sobre VIH/SIDA en adolescentes de 3, 4 y 5 de secundaria de la I.E “Almirante Miguel Grau” N° 787. 2. Escala de percepción de riesgo de contagio de VIH/SIDA en adolescentes de 3, 4 y 5 de secundaria de la I.E “Almirante Miguel Grau” N° 787

Se solicitó autorización al director de la Institución Educativa “ALMIRANTE MIGUEL GRAU” N° 787.

Se identificó la población objeto de estudios, alumnos de 3, 4, 5 de secundaria con los criterios de inclusión y exclusión ya antes mencionados. Se fijó con el director de dicha institución, un día para poder encuestar a los alumnos.

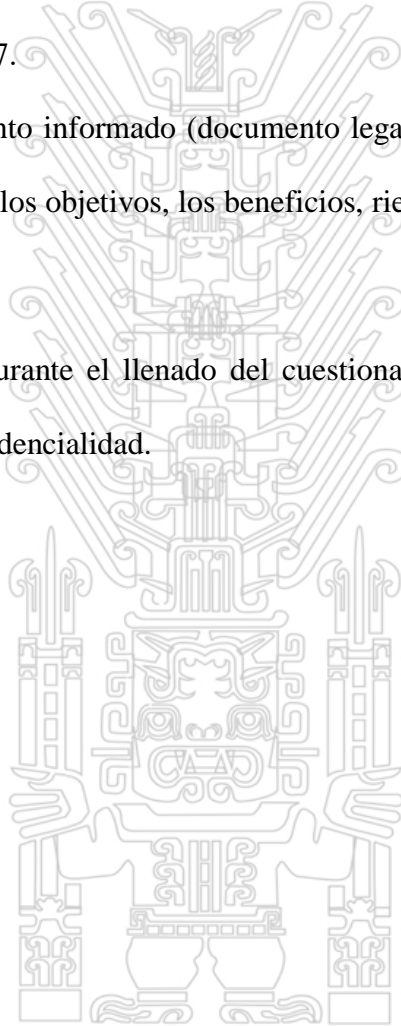
Se inició la recolección de los datos, al momento de la recolección se brindó el consentimiento informado, explicándose los beneficios y riesgos de someterse a la investigación.

Aspectos Éticos

La realización de esta investigación requirió la aprobación de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la UNFV y de la dirección de la Institución Educativa “Almirante Miguel Grau” N° 787.

Se hizo uso del consentimiento informado (documento legal que se rige en el principio de autonomía) en el que se describe, los objetivos, los beneficios, riesgos y la confidencialidad de la investigación.

Se mantuvo el anonimato durante el llenado del cuestionario, asimismo los datos fueron codificados, garantizando la confidencialidad.



CAPITULO III: RESULTADOS

A continuación, resultados obtenidos en el presente estudio completo de cuál fue realizado con la finalidad de hallar una relación entre nivel de conocimiento de VIH/Sida y la percepción del riesgo de contagio en estudiantes de tercero cuarto y quinto de secundaria de la I.E.P. “Almirante Miguel Grau” N° 787. El presente capítulo está dividido de la siguiente manera: Primero se mostrará un resumen de las características de los participantes del experimento, seguido de la validación de los instrumentos empleados, se realizará una descripción porcentual de los resultados y finalmente se mostrarán las inferencias que se obtuvieron de los resultados.

3.1 Análisis Descriptivo

La tabla 1 muestra una descripción de los participantes del presente estudio por edad, y sexo. Los participantes constan de estudiantes de tercero, cuarto y quinto grado de secundaria con un total 150 participantes. Como puede verse una muestra uniforme entre los grados entre los grados estudiados esto es aproximadamente el 33% para cada grado. El 54% es el sexo masculino y el 46% femenino. Puede observarse también que la mayor población está comprendida a partir de los 15 años, esto es el 71.3%; mientras que los estudiantes entre 13 y 14 años representan el 28.7%

Tabla 01

Descripción general de los estudiantes que intervinieron en el presente estudio.

Características	f	%
Edad		
13	20	13.3%
14	23	15.3%
15	39	26.0%
16	36	24.0%
17	32	21.3%
Grado		
3ro	47	31.3%
4to	50	33.3%
5to	53	35.3%
Sexo		
Masculino	81	54.0%
Femenino	69	46.0%

Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, la tabla 02 muestra la distribución de los estudiantes por grado. Como puede observarse, en todos los grados, el porcentaje de varones es mayor al de mujeres; siendo, en tercero, cuarto y quinto grado 55.3%, 56% y 50.9% de varones respectivamente; y 44.7%, 40%, 49% de mujeres respectivamente.

Tabla 02

Descripción de los estudiantes que intervinieron en el presente estudio por grado y sexo.

Sexo	3ro		4to		5to	
	%	%	%	%	%	%
Masculino	6	55.3%	8	56.0%	7	50.9%
Femenino	1	44.7%	2	44.0%	6	49.1%
Total	7	100.0%	10	100.0%	13	100.0%

Fuente: elaboración propia.

La tabla 03 muestra un resumen de las medidas de dispersión, percentiles y el rango de las edades de los estudiantes. Como puede verse los estudiantes tienen una media de 15 años; asimismo el mínimo es 13 años y el máximo es 17 años. Al observar la tabla 01 y 03 al mismo tiempo puede verse que los estudiantes de 13 años representan sólo el 13.3% mientras que los de 17 años representan y 21.3%.

Tabla 03
Características por edad de los estudiantes

Característica	Medidas de Dispersión				Percentiles			Rango	
	Media	Mediana	Moda	DE	25	50	75	Mínimo	Máximo
Edad	15.24	15	15	1.32	14	15	16	13	17

Fuente: elaboración propia.

3.2 Validez de los instrumentos

El instrumento empleado para la medición del conocimiento fue la escala de conocimientos sobre VIH empleado por (Jemmott, Jemmott, & Fong, 1992), cuya validez interna y consistencia fue validada en dicho estudio y en otros. Además, aplicamos la escala de percepción de riesgo de VIH de Lauby, Bond, Eroglu, & Batson, (2006), el cual ha sido ampliamente empleado en la literatura.

Con la finalidad de validar estos instrumentos en nuestro estudio se consideró medir el nivel de confiabilidad por medio de las escalas Alfa de Cronbach y KR20 respectivamente.

La tabla 04 muestra los resultados del cálculo de confiabilidad con el Alfa de Cronbach del instrumento Nivel de conocimiento sobre VIH/Sida, el cual obtuvo un valor $0.815 > 0.8$ por lo

que se tiene que dicho instrumento tiene buena consistencia interna. A partir de la tabla 05 se

tiene un análisis por ítem o pregunta del instrumento, de donde se observa que todos los ítems tienen un grado de correlación > 0.4 ; es decir, tienen una correlación alta y el Alfa de Cronbach no varía significativamente si cualesquiera de los ítems son suprimidos por lo que se concluye la validez del instrumento.

Tabla 04

Fiabilidad del instrumento Nivel de conocimiento sobre VIH/Sida

Alfa de Cronbach	N de elementos
.815	10

Fuente: elaboración propia.

Tabla 05

Detalles de la fiabilidad del instrumento Nivel de conocimiento sobre VIH/Sida

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Pregunta 1	15.8067	6.164	.484	.812
Pregunta 2	16.7267	6.656	.587	.818
Pregunta 3	16.8000	6.933	.447	.808
Pregunta 4	16.7667	7.475	.842	.858
Pregunta 5	16.6933	8.597	.415	.824
Pregunta 6	15.7467	7.338	.611	.829
Pregunta 7	16.4000	8.423	.635	.807
Pregunta 8	16.8733	8.615	.415	.824
Pregunta 9	17.3467	6.597	.551	.863
Pregunta 10	17.2800	7.055	.814	.620

Fuente: elaboración propia.

La tabla 06 muestra el valor obtenido con KR20 para el grado de confiabilidad del instrumento de escala de percepción de riesgo empleado con un valor de 0.818; esto es, el instrumento tiene un valor de confiabilidad alto. Un mayor detalle puede verse en la tabla 07, donde se observa alta correlación entre los ítems.

Tabla 06

Fiabilidad del instrumento Percepción de riesgo de contagio de VIH/Sida

KR20	N de elementos
.818	4

Fuente: elaboración propia.

Tabla 07

Detalles de la fiabilidad del instrumento Percepción de riesgo de contagio de VIH/Sida

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Pregunta 1	2.1000	.779	.470	.823
Pregunta 2	2.0500	.787	.416	.834
Pregunta 3	2.5000	.526	.416	.791
Pregunta 4	1.4500	1.287	.709	.741

Fuente: elaboración propia.

Nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA

La tabla 08 muestra el resumen por pregunta, grado y sexo de las respuestas correctas obtenidas durante el proceso de recolección de datos empleando el instrumento para medir el nivel de conocimientos sobre VIH/Sida en los estudiantes encuestados.

Respecto al 3er grado de secundaria, puede observarse un porcentaje similar por respuesta entre varones y mujeres. Sin embargo, de la tabla 09 puede verse que la media de la nota obtenida fue 8.9 con nota mínima y máxima de 2 y 14 respectivamente, una desviación estándar baja (1.9) muestra que el nivel de conocimientos es muy homogéneo. El valor de la media muestra también que los estudiantes poseen un conocimiento bajo sobre VIH/Sida. La figura 01 muestra gráficamente el porcentaje de respuestas correctas entre varones y mujeres, el cual revela respuestas porcentualmente similares, es decir, un conocimiento similar entre todos los estudiantes.

En el 4to grado de secundaria, puede observarse un porcentaje muy disperso entre las respuestas entre varones y mujeres. Siendo el conocimiento de las mujeres porcentualmente mayor. La tabla 09 muestra que la desviación estándar fue 3.8 y una media de 12.7. Esto es, el nivel de conocimiento es muy variado entre hombres y mujeres y la media, a pesar que mejoró (respecto al 3er grado) sigue siendo bajo. Este conocimiento disperso se evidencia en la figura 02, la cual muestra las respuestas correctas entre hombres y mujeres del 4to grado de secundaria.

Por otro lado, la tabla 08 muestra que, en el 5to grado de secundaria, el nivel de conocimiento entre varones y mujeres se vuelve porcentualmente similar nuevamente, manteniéndose el hecho que las mujeres responden porcentualmente mejor que los varones. La

tabla 09 muestra que la desviación estándar fue 2.1 y su media de 12.9. Esto es, el nivel de conocimiento no mejoró significativamente respecto al 4to grado, pero si fue más homogéneo. Este hecho se evidencia en la gráfica 03.

Finalmente, a partir de la tabla 08 se puede observar que, en todos los casos, el nivel de conocimientos de las mujeres es mayor al de los hombres en todos los grados. Sin embargo, en el 5to grado, el nivel de conocimiento se vuelve homogéneo y mayor. Esto se evidencia con un valor de desviación estándar baja y promedio mayor al de los otros grados. Por último, cabe destacar la falta de conocimiento sobre el método anticonceptivo DIU en todos los grados. Esto se evidencia al observar que solamente hubo un máximo de 2 estudiantes en todos los grados que respondieron correctamente sobre el mismo.

Tabla 08

Resultados obtenidos del Nivel de conocimientos sobre VIH/Sida

Pregunta	3ro				4to				5to			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Si tienes SIDA, es más probable que le den otras enfermedades	13	57.7%	15	61.9%	16	60.7%	17	72.7%	21	80.5%	22	81.8%
Una persona puede tener el virus del SIDA y puede transmitírselo a otras personas, aunque no parezca enfermo	12	50.0%	13	57.1%	15	53.6%	17	77.3%	20	74.1%	21	76.9%
Una forma en que muchas mujeres contraen SIDA, es por tener relaciones sexuales con un hombre que se inyecta drogas	6	28.6%	9	34.6%	13	57.1%	16	59.1%	16	59.3%	17	65.4%
Tener relaciones sexuales anales (por el ano) con un hombre aumenta la posibilidad de contraer SIDA	18	80.8%	21	85.7%	20	82.1%	23	90.9%	2	88.9%	4	92.3%

Usar vaselina como lubricante cuando se tiene relaciones sexuales disminuye la posibilidad de contraer SIDA o ITS	12	57.1%	16	61.5%	19	71.4%	20	86.4%	22	81.5%	23	88.5%
Se puede contagiar de SIDA si se comparte un lavamanos, ducha (regadera), o baño con alguien que tiene SIDA	8	30.8%	0	47.6%	12	42.9%	16	72.7%	19	73.1%	20	74.1%
El virus de SIDA está presente en el semen	12	50.0%	13	57.1%	16	57.1%	20	90.9%	23	85.2%	23	88.5%
El virus de SIDA está presente en la sangre	13	57.7%	15	61.9%	18	64.3%	19	86.4%	23	85.2%	24	92.3%
El virus de SIDA está presente en el flujo vaginal	11	50.0%	13	52.4%	16	60.7%	17	72.7%	22	81.5%	23	88.5%
El dispositivo (DIU) que las mujeres usan como método anticonceptivo funciona mejor que el condón en el hombre para prevenir el SIDA	1	4.8%	2	7.7%	1	3.6%	2	9.1%	2	7.4%	2	7.7%
Total	26		21		28		22		27		26	

Tabla 09

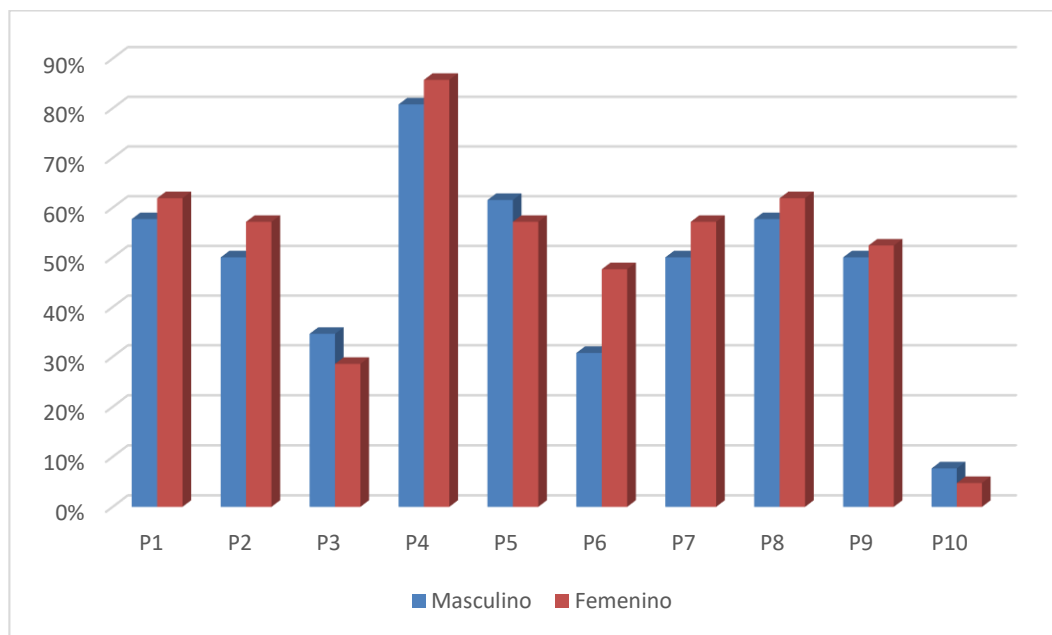
Características de los resultados obtenidos del Nivel de conocimientos sobre VIH/Sida

Grado	Medidas de Dispersión				Rango	
	Media	Mediana	Moda	DE	Mínimo	Máximo
3ro	8.9	8.0	10.0	1.9	2.0	14.0
4to	12.7	12.0	12.0	3.8	8.0	16.0
5to	12.9	10.0	14.0	2.1	8.0	18.0

Fuente: elaboración propia.

Gráfica 01

Resultados obtenidos del instrumento Nivel de conocimientos sobre VIH/Sida en estudiantes del 3er grado de secundaria

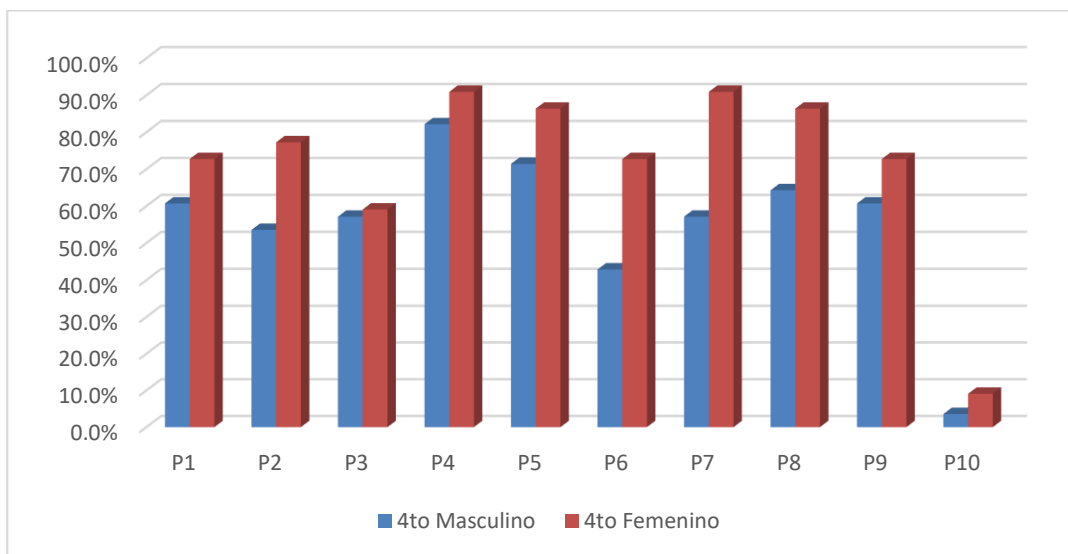


Fuente: elaboración propia.



Gráfica 02

Resultados obtenidos del instrumento Nivel de conocimientos sobre VIH/Sida en
estudiantes del 4to grado de secundaria

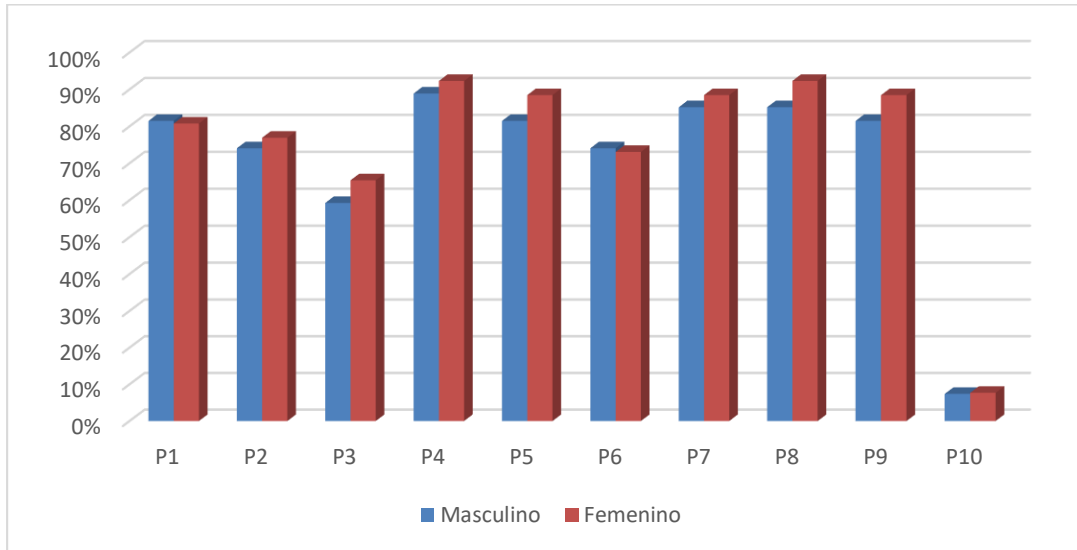


Fuente: elaboración propia.



Gráfica 03

Resultados obtenidos del instrumento Nivel de conocimientos sobre VIH/Sida en estudiantes del 5to grado de secundaria



Fuente: elaboración propia.

Percepción de riesgo de contagio de VIH/SIDA

La tabla 10 muestra los resultados de aplicar el instrumento de percepción de riesgo de contagio de VIH/Sida en los estudiantes encuestados. Se puede observar que la percepción de riesgo en general, en todos los grados encuestados es bajo. En el tercer grado sólo el 15.4% y el 14.3% de varones y mujeres respectivamente obtuvieron una percepción de riesgo alto. Por otro lado, en el cuarto grado, el 10.7% de varones y el 22.7% de mujeres obtuvieron una percepción de riesgo alto. Por último, en el quinto grado, el 14.8% de varones y 23.1% de mujeres obtuvieron un resultado de riesgo alto. Las figuras 04, 05 y 06 muestran estos resultados gráficamente.

Por otro lado, puede observarse un cambio porcentual positivo en la percepción de riesgo alto en las mujeres entre los 3 niveles encuestados (14.3%, 22.7% y 23.1% para el 3er, 4to y 5to grado respectivamente). Sin embargo, en el caso de los varones no hay un cambio considerable. Esto es, los varones parecen ser propensos a percibir el riesgo de contagio menor que las mujeres. Por último, estas observaciones no parecen ser definitivos en el sentido de que los cambios observados no son porcentualmente significativos.

Tabla 10

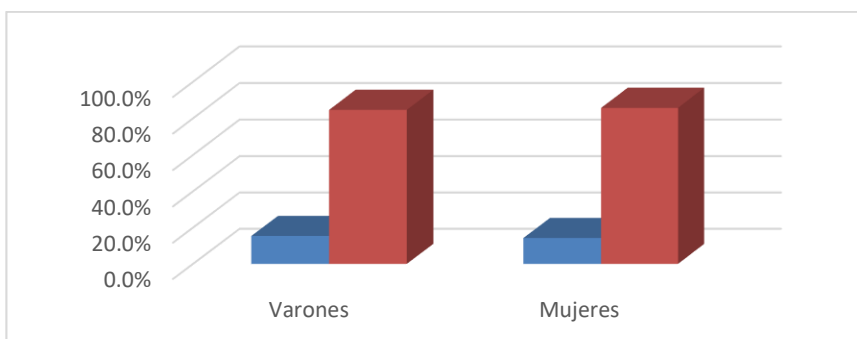
Resultados obtenidos de la aplicación del instrumento Percepción de riesgo de infección de VIH/Sida

Percepción de riesgo	3ro				4to				5to			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Alto	4	15.4%	3	14.3%	3	10.7%	5	22.7%	4	4.8%	6	3.1%
Bajo	22	84.6%	18	85.7%	25	89.3%	17	77.3%	23	5.2%	0	6.9%

Fuente: elaboración propia.

Gráfica 04

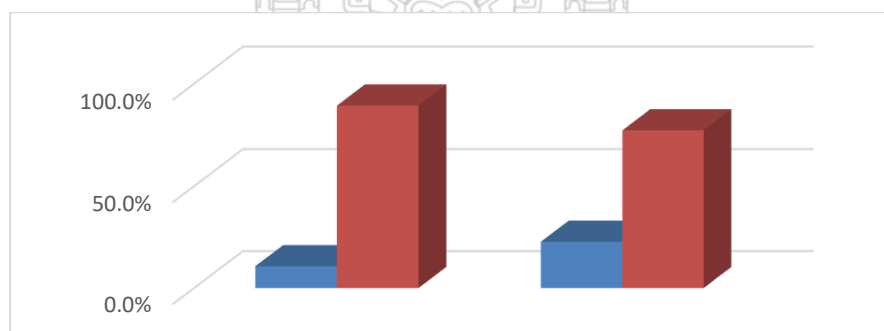
Resultados obtenidos de la aplicación del instrumento Percepción de riesgo de contagio de VIH/Sida en los estudiantes de 3er grado de secundaria



Fuente: elaboración propia.

Gráfica 05

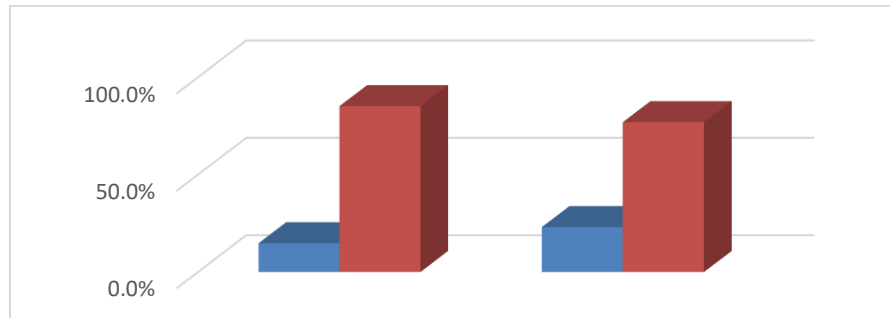
Resultados obtenidos de la aplicación del instrumento Percepción de riesgo de infección de VIH/Sida en los estudiantes de 4to grado de secundaria



Fuente: elaboración propia.

Gráfica 06

Resultados obtenidos de la aplicación del instrumento Percepción de riesgo de infección de VIH/Sida en los estudiantes de 5to grado de secundaria



Fuente: elaboración propia.

3.2 Análisis Inferencial

La tabla 11 muestra los resultados de aplicar la correlación de Spearman para realizar la prueba de hipótesis. Los resultados muestran un valor de $\rho = 0.42$ con un nivel de significancia $p = 0.041$. Esto es, existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre VIH/Sida y la percepción de riesgo de contagio con un grado de correlación moderado.

Tabla 11

Resultados del método de correlación de Spearman para la prueba de hipótesis

			Percepción de Riesgo	Conocimiento sobre VIH/Sida
Rho de Spearman	Percepción de Riesgo	Coefficiente de correlación	1.000	.420
		Sig. (bilateral)	.	.041
		N	150	150
	Conocimiento sobre VIH/Sida	Coefficiente de correlación	.420	1.000
		Sig. (bilateral)	.041	.
		N	150	150

Fuente: elaboración propia.

3.3 Análisis y Discusión

A pesar de los avances en el conocimiento del VIH/Sida a nivel mundial y de la difusión masiva de información en los medios de comunicación, en este estudio se encontró que más de la mitad de la población encuestada tienen conocimientos bajos acerca del VIH/Sida, resultados que no coinciden con los estudios de Díaz Montes, en adolescentes universitarios en pregrado de una universidad en la ciudad de Cartagena de Indias 2011, en el que se halló que cerca del 70% (632) de los encuestados tienen “conocimiento regular”, un 19.8% (182) tiene un “conocimiento deficiente” y solo el 11.4% (105) de los estudiantes tiene “buen conocimiento”. Estos resultados muestran que los estudiantes de la institución educativa objeto de estudio, aun requieren mayor información, que sea más específica acerca de la infección, su evolución, sus vías de contagio, los modos de prevención, etc.

Fisher plantea que un factor que puede influir en la adopción de conductas seguras frente al VIH/sida por parte de los adolescentes es su nivel de conocimientos acerca de la prevención contra estos males, aunque los conocimientos, por sí solos, pueden no ser suficientes para inducir a los adolescentes a adoptar conductas de prevención.

De lo anterior se puede analizar que no basta con que el adolescente posea todos los conocimientos necesarios sobre las medidas preventivas ante el VIH si no es capaz de llevarlos a la práctica de forma comprometida y responsable. Vale la pena destacar que el nivel de conocimientos adecuado sobre estas medidas puede contribuir al desarrollo de prácticas sexuales responsables, enfrentar la presión de los compañeros para iniciarse en el sexo, negarse a un encuentro sexual no deseado y en el empleo correcto y continuo del preservativo en cada relación sexual.

Es importante tener en cuenta que no siempre hay equilibrio entre el conocimiento y el comportamiento, en este último la cultura y la sociedad tienen efectos poderosos y a menudo contribuyen a aumentar la vulnerabilidad de los adolescentes al VIH/sida, por no comprender plenamente el alcance de su exposición al riesgo y los resultados potencialmente peligrosos.

En tiempos en los que el VIH como problema de salud exige de la unificación de todos los sectores y acciones posibles, de todos los agentes sociales en la promoción y la prevención.

Con respecto a las vías de transmisión, ambos identificaron que el virus se transmite mediante las relaciones sexuales desprotegidas por vía vaginal, anal u oral, por compartir agujas y jeringuillas durante la adicción de drogas endovenosas, empleo de instrumentos cortantes reutilizados y por compartir los utensilios de aseo personal que puedan entrar en contacto con

sangre. Se apreciaron, de forma general, en ambos sexos, dificultades en la identificación de la vía vertical como transmisora del virus mediante el embarazo, parto y lactancia.

La gran mayoría de los adolescentes encuestados reconocieron que el sida se transmite a través de la sangre, el semen y los fluidos vaginales, aunque el masculino presentó mayores problemas, pues se observó una tendencia a creer que el virus se transmite mediante la orina, sudor o saliva. Similares resultados se obtienen en una investigación sobre conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/sida en adolescentes colombianos

Retrasar el inicio de las relaciones sexuales y la abstinencia sexual, resultan, a criterio de los autores de la presente investigación, una de las vías más adecuadas para una efectiva salud sexual en la adolescencia. Aunque para los adolescentes no figura entre las alternativas más aceptadas.

No existe una única y aceptable alternativa de prevención ante el VIH/sida. Cualquiera de ellas es válida, siempre y cuando no se basen en una posición represora de la sexualidad y esté orientada a promover elecciones autónomas y conscientes de las conductas sexuales.

En una investigación de Teodoro Barros y Dimitri Barreto se obtiene que, en la percepción del adolescente, el sida es sinónimo de muerte (un claro elemento para estimar la valoración de la gravedad de la enfermedad), lo que difiere de los resultados de la presente investigación. Por lo que sugerimos continuar con este tipo de estudio

Ralph J. Di Clemente, Richard A. Crosby, Gina M. Wingood en un estudio sobre la prevención del VIH en adolescentes, señalan que estos pueden subestimar sus posibilidades de contagiarse con el VIH. El que los adolescentes entiendan la amenaza que supone el VIH ha sido

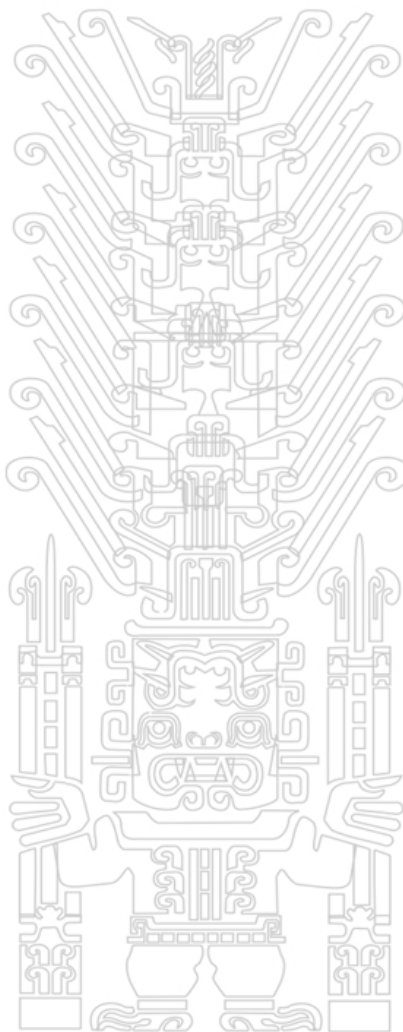
identificado como un importante condicionante para que adopten las precauciones contra un posible contagio. La amenaza se percibe como tal si se es consciente de los riesgos y de la gravedad de una enfermedad, acontecimiento o situación, es probable que los adolescentes estén subvalorando tanto la gravedad de la infección por ITS/VIH/sida, como sus propios riesgos de contagio.

En una investigación sobre comportamiento sexual de riesgo de infección por VIH/sida en estudiantes de Secundaria Básica, se comprueba que el criterio de estos sobre la posibilidad de adquirir infección por el VIH en la se expresa en un nivel bajo y se relaciona con las prácticas riesgosas que exponen.

No es suficiente que el adolescente perciba la enfermedad como amenazante, es necesario que realmente se encuentre en riesgo de contraerla y que posea todos los conocimientos necesarios sobre el tema, lo que puede favorecer el interés de este en llevarlos a la práctica, de forma responsable y de esta manera, ejecutar exitosamente una conducta determinada en pro de su salud.

De acuerdo con la opinión de especialistas nacionales, en el caso de los adolescentes (de ambos sexos), se exponen varias razones para esperar cifras importantes en los reportes de ITS, particularmente el VIH/sida. Se puede citar el inicio precoz de las relaciones sexuales, aumento en la actividad sexual, el empleo de anticoncepción oral (que no protege contra estas infecciones), el deficiente uso del condón, el supuesto de que estas enfermedades se curan con facilidad y la creencia de que ellas(os) y sus parejas son inmunes porque solo se verán afectados otras personas.

Los resultados exigen acciones inmediatas en la población adolescente para elevar el nivel de conocimiento y la percepción de riesgo antes que la situación se torne más compleja y difícil de solucionar.



CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

Existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre VIH/Sida y la percepción de riesgo de contagio con un grado de correlación moderado ($\rho = 0.42$ - $p = 0.041$).

El nivel de conocimiento que tienen los alumnos adolescentes de tercero, cuarto y quinto son 8.9%, 12.7%, 12.9% respectivamente, lo cual nos indica que tienen un nivel bajo. Además tienen una desviación estándar de 1.9, 3.8, 2.1 respectivamente; es decir; el nivel de conocimiento en tercero y quinto de secundaria es muy homogéneo, a diferencia de cuarto grado.

Donde las mujeres saben más sobre temas de VIH/SIDA porcentualmente que los hombres.

En tercer grado de secundaria más del 80% tiene una percepción de riesgo de contagio baja, solo 7 encuestados (4 hombres, 3 mujeres) indicaron tener una percepción alta de contagio. Lo que nos indica que los adolescentes no se sienten vulnerables ante el VIH/SIDA.

En cuarto grado de secundaria 89.3 % de los varones tienen una percepción de riesgo de contagio baja frente al 77.3 % de las mujeres. En este grado 8 participantes (3 varones – 5 mujeres) dijeron tener una percepción alta de contagio. Repitiéndose lo anteriormente deducido.

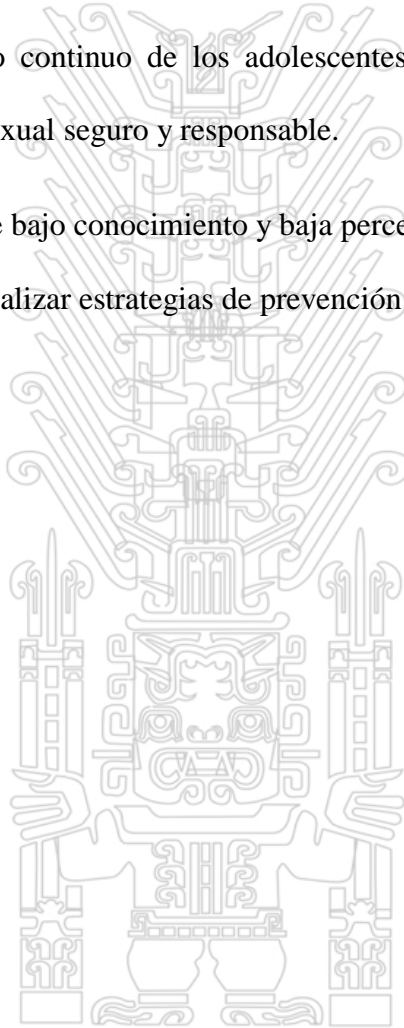
Según lo hallado se puede concluir que las mujeres, de alguna manera, perciben mayor riesgo de contagio que los varones.

4.2 Recomendaciones

Para futuros estudios se recomienda que se exploren las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes, ya que como vemos al desconocer mucho de los temas sobre VIH y al tener una percepción de riesgo baja son más propensos a conductas sexuales negativas.

Se sugiere implementar programas de intervención de obstetricia en las instituciones educativas para el asesoramiento continuo de los adolescentes, que permitan incrementar la conciencia del comportamiento sexual seguro y responsable.

Los hallazgos obtenidos el de bajo conocimiento y baja percepción, nos señalan la necesidad de priorizar esta población para realizar estrategias de prevención oportuna.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

(s.f.).

Instituto Nacional de Higiene Epidemiología y Microbiología. (2006). El VIH/SIDA en la adolescencia. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 3-6.

Baca Sanchez, J. W., & Hidalgo Palacios, C. (2015). *Conocimientos, percepciones y prácticas relacionadas a VIH/SIDA en adolescentes de un distrito de Lambayeque . Perú .* Obtenido de http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/813/1/TL_BacaSanchezJuan_HidalgoPalaciosClaudia.pdf

Blitchtein Winicki, D., Paredes, L., Calero, j., Magallanes, M., Nùñez, E., Pessah, S., . . . Gonzàles, M. (2001). *Percepción y comportamientos de riesgo de ITS/VIH, en mujeres adolescentes inscritas para obtener su libreta militar en Lima y Callao.* Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/379/37963403.pdf>

Castillo, J. A. (2014). Infeccion por VIH/SIDA en el mundo actual. *MEDISAN*, 1-7.

Codina, C., Martín, M., & Ibarra, O. (s.f.). *La infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida.* Obtenido de <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP21.pdf>

Cultek. (febrero de 2006). *Fundamentos y tipos de ELISA.* Obtenido de [Protocolos y técnicas: http://www.cultek.com/inf/otros/soluciones/Soluciones-ELISA-protocolos.pdf](http://www.cultek.com/inf/otros/soluciones/Soluciones-ELISA-protocolos.pdf)

Dàvila E., M., Tagliaferro Z., A., Bullones, X., & Daza, D. (2008). *Nivel de conocimiento de adolescentes sobre VIH/SIDA.* Obtenido de <http://www.sidastudi.org/resources/inmagnetic/DD8538.pdf>

Diagnostica International. (s.f). *Prueba Rapida de HIV 1&2*. Obtenido de <http://www.diagnosticainternacional.com.mx/admin/tablas/productos/ORG-BRCHIV01%20V1%200313%20Cliente1.pdf>

Díaz Montes, C. E., Cantillo Uribe , L., Garcia Vergara, k., Martinez Marengo , L., & Vega Recuero, J. (2011). *CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA EN ADOLESCENTES UNIVERSITARIOS EN PREGRADO DE UNA UNIVERSIDAD EN LA CIUDAD DE CARTAGENA DE INDIAS AÑO 2011 - II MODALIDAD PRESENCIAL*. Obtenido de <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2630/1/INFORME%20FINAL%20CONOCIMIENTOS%20VIH-SIDA%20ADOLESCENTES%20UNIVERSITARIOS.pdf>

Diz, J. L. (2013). *Desarrollo del adolescente. aspectos físicos, psicológicos y sociales*. Obtenido de <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>

Flores Icomena, D., Rios Huayaban, R., & Vargas Chanchari, M. M. (2015). *“Conocimiento sobre VIH/SIDA y comportamiento sexual en adolescentes de la Comunidad San Francisco, Río Itaya - Distrito de Belèn* . Obtenido de <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3305/tesis%20word%202015.pdf?sequence=1>

Guía de Prevención de la Transmisión del VIH/SIDA y Otras Infecciones de Transmisión Sexual. (2005 - 2006). *Campaña de prevención del VIH/ SIDA*. Obtenido de <http://www.siloejerez.org/documentos/Guia%20de%20prevencion.pdf>

infosida. (28 de enero de 2018). *National Library of Medicine*. Obtenido de glosario del VIH/SIDA: <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/glossary/4091/western-blot>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. Obtenido de https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html

Labrador Gonzales, I., Arteaga Mena, D., & Frances Márquez, Z. (ene. - mar. de 2015). *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: desarrollo histórico e importancia del conocimiento para su prevención*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000100013

Leguía Cerna, J., Niño Effio, B. S., Perales Carrasco, J., & Díaz Vèlez, C. (2011). *Nivel de conocimientos sobre VIH-SIDA en una Institución Educativa de José Leonardo Ortiz - Chiclayo. Marzo - mayo 2011*. Obtenido de <http://www.cmhnaaa.org.pe/pdf/v5-n4-2012/v5-n4-oct-dic-2012-full.pdf#page=38>

Ministerio de Salud. (2014). *NORMA TÉCNICA DE SALUD DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)*. Obtenido de http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2014/RM_962-2014.pdf

OMS. (2018). *Temas de Salud*. Obtenido de http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

Ordoñez, A. M. (mayo de 2017). *Conocimientos sobre el virus de inmunodeficiencia humana en los adolescentes del colegio de bachillerato Trece de Noviembre de La Parroquia Sabanilla-Celica-Loja*. Obtenido de

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18624/1/TESIS%20MAR%C3%8DA%20VERA.pdf>

Organizacion Mundial de la Salud. (Noviembre de 2017). Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>

Organizacion Mundial de la Salud. (2017). *Salud del Adolescente*. Obtenido de <http://www.who.int/about/copyright/es/>

Pèrez Rosabal, E., Soler Sàncnez, Y., Pèrez Rosabal, R., Lòpez Arias, E., & Leyva Rodrìguez, V. (2013). *Conocimientos sobre VIH/Sida, percepciòn de riesgo y comportamiento sexual en estudiantes universitarios*. Obtenido de <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/128/176>

Santisteban Cedeño, L., Posada Pereda, M., Mariño Pèrez , Y., Pèrez Estrada, Y., & Gonzàles Osorio, G. (2013 - 2014). *Percepcion de riesgo ante el VIH/Sida en adolescentes del municipio Bartolomè Masò*. Obtenido de <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/137/133>

Soliz, J. B. (2010). *Historia del virus VIH/SIDA, origen y evolucion del Mono al Hombre*. Obtenido de <http://www.medicosecuador.com/jabensol/espanol/articulos.htm>

Vera Gamboa, L., Sàncnez Magallòn , F., & Gòngora Biachi, R. (6 de Febrero de 2006). *Conocimientos y percepciòn de riesgo sobre el Sida en estudiantes de bachillerato de la universidad pública de Yucatàn, Mèxico*. Obtenido de <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb061732.pdf>

ANEXOS

ANEXO N° 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLAREAL
FACULTAD DE MEDICINA HIPÓLITO UNANUE
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

INSTRUCCIONES:

Este es un cuestionario para saber en nivel de conocimiento que tienes sobre el VIH y SIDA. Responde encerrando la alternativa que creas conveniente, o escribe lo que se te pide en las líneas punteadas. El hecho de no conocer algunas de las alternativas, no implica que no puedas seguir con el llenado de la encuesta. **RECUERDA QUE ES UNA ENCUESTA ANÓNIMA.** Desde ya, agradecemos la información que nos brindas.

DATOS GENERALES

1. Edad: _____ años

2. grado de instrucción: 3° _____ 4° _____ 5° _____

3. Sexo: Masculino () Femenino ()

Escala de Conocimientos sobre Embarazo, el Sida y las Infecciones de Transmisión Sexual

(ITS) (Jemmott, Jemmott, & Fong, 1992)

PREGUNTAS	V	F	No sabe
1. Si tienes SIDA, es más probable que le den otras enfermedades.			
2. Una persona puede tener el virus del SIDA y puede transmitírselo a otras personas aunque no parezca enfermo.			
3. Una forma en que muchas mujeres contraen SIDA, es por tener relaciones sexuales con un hombre que se inyecta drogas.			
4. Tener relaciones sexuales anales (por el ano) con un hombre aumenta la posibilidad de contraer SIDA.			
5. Usar vaselina como lubricante cuando se tiene relaciones sexuales disminuye la posibilidad de contraer SIDA o ITS.			

6. Se puede contagiarse de SIDA si se comparte un lavamanos, ducha (regadera), o baño con alguien que tiene SIDA.			
7. El virus de SIDA está presente en el semen.			
8. El virus de SIDA está presente en la sangre.			
9. El virus de SIDA está presente en el flujo vaginal.			
10. El dispositivo (DIU) que las mujeres usan como método anticonceptivo funciona mejor que el condón en el hombre para prevenir el SIDA.			

Escala de Percepción de Riesgo de VIH

(Lauby, Bond, Eroglu, & Batson, 2006)

Los cuestionamientos son acerca de la percepción de riesgo que usted siente de infectarse con VIH. Marque solo una respuesta, con la que usted más se identifique.

Pregunta	Muy improbable	Improbable	Poco probable	Probable	Muy probable
1. Que tan probable es que actualmente esté infectado con el VIH.	1	2	3	4	5
2. Probabilidad de infectarme con VIH en mi vida.	1	2	3	4	5
3. Probabilidad de que haya hecho cosas para aumentar el riesgo de contraer el VIH.	1	2	3	4	5
4. Probabilidad de que mi pareja sexual contraerá el VIH.	1	2	3	4	5

ANEXO N°2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA Y LA PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CONTAGIO EN ADOLESCENTES QUE CURSAN 3, 4 Y 5 DE SECUNDARIA EN LA I. E. “ALMIRANTE MIGUEL GRAU” N° 787 DE LIMA – PERÚ. 2018

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General
¿Existe relación entre nivel de conocimiento sobre el virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la percepción de riesgo de contagio en adolescentes que cursan 3, 4 y 5 de secundaria en la I. E. “ALMIRANTE MIGUEL GRAU” N° 787 de Lima – Perú entre los meses de Octubre y Diciembre del 2017?	Determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento sobre el virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la percepción de riesgo de contagio en adolescentes que cursan 3, 4 y 5 de secundaria en la I. E. “ALMIRANTE MIGUEL GRAU” N° 787 de Lima – Perú entre los meses de Octubre y Diciembre del 2017.	<p>H0: El nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA no se relaciona significativamente con la percepción de riesgo de contagio en los adolescentes sobre dicha enfermedad.</p> <p>H1: El nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA se relaciona significativamente con la percepción de riesgo de contagio en los adolescentes sobre dicha enfermedad.</p>
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicos
¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA que tienen los adolescentes que cursan 3°, 4° y 5° de secundaria de la I.E “Almirante Miguel Grau” N° 787 de Lima – Perú entre los meses de octubre a diciembre del 2017?	Determinar el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes que cursan 3, 4 y 5° de secundaria sobre VIH/SIDA entre los meses de octubre y diciembre del 2017.	El nivel de conocimiento que tienen los adolescentes que cursan 3, 4 y 5° de secundaria de la I.E “Almirante Miguel Grau” N° 787 de Lima – Perú sobre VIH/SIDA es alto.
¿Cuál es el grado de percepción de riesgo de contagio que tienen los adolescentes que cursan 3°, 4° y 5° de secundaria de la I.E “Almirante Miguel Grau” N° 787 de Lima – Perú entre los meses de octubre a diciembre del 2017?	Determinar la percepción de riesgo de contagio que tienen los adolescentes que cursan 3, 4 y 5° de secundaria para infección de VIH/SIDA entre los meses de octubre y diciembre del 2017.	El grado de percepción de riesgo de contagio que tienen los adolescentes que cursan 3°, 4° y 5° de secundaria de la I.E “Almirante Miguel Grau” N° 787 de Lima – Perú es alto.

ANEXO N° 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acta de Consentimiento Informado para la investigación

Investigador Responsable: Gilter Gian Carlo Alvarez Cevallos

Titulo del Proyecto: Relación entre el nivel de conocimiento sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y la percepción de riesgo de contagio en adolescentes que cursan 3, 4 y 5 de secundaria en la I. E. “ALMIRANTE MIGUEL GRAU” N° 787 de Lima – Perú.

Se me ha solicitado participar en una investigación que tiene como propósito determinar la : Relación entre el nivel de conocimiento sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y la percepción de riesgo de contagio en adolescentes que cursan 3, 4 y 5 de secundaria en la I. E. “ALMIRANTE MIGUEL GRAU” N° 787

Al participar en este estudio, yo estoy en pleno conocimiento de los objetivos de la investigación. Y estoy de acuerdo en que la información recolectada se utilice sólo con fines académicos.

Yo entiendo que:

1. En mi participación, se asegura que los beneficios son mayores que los riesgos, y la privacidad y confidencialidad de los testimonios realizados.
2. Cualquier pregunta con respecto a mi participación deberá ser contestada por la investigadora y / o colaboradoras del proyecto. Preguntas más específicas serán respondidas por el investigador responsable del proyecto: Gilter Alvarez Cevallos. Teléfono: 932394280.
3. Yo podré retractarme de participar en este estudio en cualquier momento sin dar razones.
4. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, con propósitos académicos, pero mi nombre o identidad no será revelada.
5. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.

Investigador Responsable

Estudiante

ANEXO N° 4: SOLICITUD DE PERMISO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLAREAL
Facultad de medicina "Hipólito Unanue"
Escuela Profesional de Obstetricia

Lima, 20 de diciembre de 2017

Director(a) de la I.E. "ALMIRANTE MIGUEL GRAU" N° 787

PRESENTE

ESTIMADO DIRECTOR(A):


Por este conducto me permito distraer su fina atención, para saludarlo cordial y respetuosamente, a través de la presente carta le suplico autorización para que mi persona: Gilter Gian Carlo Alvarez Cevallos con DNI: 77338932, Estudiante del quinto año de la carrera profesional de Obstetricia de la UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLAREAL, pueda acceder a la unidad educativa que usted dirige, con el fin de realizar una encuesta.

En esta etapa del desarrollo del proyecto de investigación: "Relación entre el nivel de conocimiento sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y la percepción de riesgo de contagio en adolescentes que cursan 3, 4 y 5 de secundaria" por lo que solicito su apoyo para la aplicación del instrumento.

Dicho instrumento será aplicado, con el compromiso que se informara sobre el avance y resultados de la investigación una vez concluida esta.

Esperando vernos favorecidos amabas partes, agradezco de antemano la atención que se sirve prestar a la presente.

ATENTAMENTE.


Abraham Xisán Liberato
DIRECTOR
I.E. N° 787, "AMG"
DIRECTOR DE LA I.E. "ALMIRANTE
MIGUEL GRAU" N° 787

Antonio Paz el *Monitores 20 de dic. 2017*