

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SEDE CHOTA



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE VIH/SIDA Y USO DE
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ALUMNOS(AS)
COLEGIO NACIONAL ALMIRANTE MIGUEL GRAU N°01
CHOTA, 2014”**

TESIS:

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA**

AUTOR:

Bach. Enf. MARVIL RIMARACHÍN DÍAZ.

ASESORA:

Dra. ABANTO VILLAR, Martha Vicenta

CO-ASESORA:

Lic. SALCEDO VÁSQUEZ, Delia Mercedes

CHOTA - PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SEDE CHOTA



TESIS

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE VIH/SIDA Y USO DE
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ALUMNOS(AS)
COLEGIO NACIONAL ALMIRANTE MIGUEL GRAU N°01
CHOTA, 2014”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTOR: Bach. Enf. Marvil Rimarachín Díaz.

JURADO EVALUADOR:

Presidente: Dra. Norma Bertha Campos Chávez

Secretaria: M.Cs. Luz Amparo Núñez Zambrano

Vocal: M.Cs. María Eloisa Ticlla Rafael

Accesitaria: Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez

ASESORAS:

Dra. Abanto Villar, Martha Vicenta

Lic. Salcedo Vásquez Delia Mercedes

CHOTA – PERÚ
2017

DEDICATORIA

A Dios, que con su infinita misericordia me ha dado sabiduría durante todos mis años de formación profesional y por ser el camino que me guía día a día para poder lograr la meta propuesta.

A mi padre, Segundo Rimarachín Díaz, de quien observé y aprendí su templanza y optimismo, que me ayudaron en proseguir sin ningún reparo este proyecto.

A mis hermanas: Elcira y Janet, quienes de manera incondicional siempre estuvieron apoyándome a través de sus consejos, comentarios, críticas y sentido del humor.

Y finalmente a mis docentes, amigos y compañeros, quienes con su apoyo han contribuido a mi formación como profesional y como persona, por lo que vivirán en mi mente y mi corazón por siempre.

Marvil.

AGRADECIMIENTO

Mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo, en especial al **Director y a la comunidad educativa del Colegio Nacional Almirante Miguel Grau N° 01 de Chota**, por abrir las puertas de tan grande y prestigiosa institución por facilitar el acopio de la información, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido a lo largo de la misma.

También quisiera dar las gracias a nuestra Casa Superior de Estudios, **Universidad Nacional de Cajamarca**, Alma Máter, de mi formación, desarrollo y crecimiento profesional, por acogerme en sus aulas durante los estudios y permitirme formar parte de la gran familia universitaria, así mismo por incentivar me a seguir superándome.

Un especial reconocimiento por el interés mostrado durante el trabajo y las sugerencias recibidas de la profesora y amiga **Dra. Martha Vicenta Abanto Villar** y a la **Lic. Delia Mercedes Salcedo Vásquez**, con las que me encuentro agradecido por el ánimo infundido y la confianza que depositaron en mí y por sus valiosos aportes científicos que, como orientadoras, hicieron del desarrollo de la presente una agradable fase de aprendizaje, motivación, dedicación e incentivo para su culminación.

ÍNDICE

Dedicatoria	
Agradecimiento	
Índice	
Resumen	
Abstract	
Introducción	
CAPÍTULO I	10
1. El Problema de Investigación	10
1.1. Definición y Delimitación del Problema	10
1.2. Formulación del Problema.	14
1.3. Justificación	14
1.4. Objetivos	15
CAPÍTULO II	16
2. Marco Teórico	16
2.1. Antecedentes del Problema	16
2.2. Teorías sobre el Tema.	18
2.3. Conocimiento	20
2.4. Nivel de Conocimiento de VIH/SIDA	24
2.5. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	26
2.6. Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	35
2.7. Prevención del VIH/SIDA	35
2.8. Impacto del VIH SIDA en los Adolescentes	39
2.9. Uso de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes	41
2.10. Hipótesis	48
2.11. Variables	49
CAPÍTULO III	54
3. Metodología	54
3.1. Diseño y Tipo de Estudio	54
3.2. Ámbito del Estudio	54
3.3. Población y Muestra	54
3.4. Unidad de Análisis.	55
3.5. Procedimientos y Técnicas para la Recolección de Datos:	55
3.6. Instrumentos para la Recolección de Información.	56
3.7. Procesamiento y Análisis de Datos	57
3.8. Consideraciones Éticas.	58
3.9. Rigor Científico.	59
CAPÍTULO IV	60
4. Resultados, Interpretación, Análisis y Discusión	60
Conclusiones	75
Recomendaciones	76
Referencias Bibliográficas	78
Anexos	89

RELACIÓN DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características Sociodemográficas de los alumnos(as) del “Colegio Nacional Almirante Miguel Grau N° 01”, Chota, 2014.....	60
Tabla 2. Nivel de conocimiento de los alumnos/as según grado de estudios del “Colegio Nacional Almirante Miguel Grau N° 01”, Chota, 2014.....	64
Tabla 3. Métodos anticonceptivos usados por los alumnos/as del “Colegio Nacional Almirante Miguel Grau N° 01”, Chota, 2014.....	68
Tabla 4. Uso de métodos anticonceptivos y nivel de Conocimientos sobre VIH/SIDA de los alumnos/as del “Colegio Nacional Almirante Miguel Grau N° 01”, Chota, 2014.....	71

ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Plano de Ubicación del Colegio Nacional Almirante Miguel Grau N° 1 de Chota.....	89
Anexo 2. Consentimiento informado.....	90
Anexo 3. Asentimiento informado: “Nivel de conocimiento de VIH/SIDA y uso de métodos anticonceptivos en alumnos(as) del Colegio Nacional Almirante Miguel Grau N° 01 de Chota, 2014”.....	91
Anexo 4. Formulario : Nivel de Conocimiento de VIH/SIDA y su relación con el uso de métodos anticonceptivos en los alumnos(as) del tercero, cuarto y quinto grado de Educación Secundaria de la institución educativa “Colegio Nacional Almirante Miguel Grau N° 01 de Chota, Agosto – Diciembre, 2014.....	92

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar y analizar el nivel de conocimiento de VIH/SIDA y el uso de métodos anticonceptivos en alumnos de 14-20 años de edad del Colegio Nacional Almirante Miguel Grau N° 01 de la Provincia de Chota. Este estudio fue descriptivo, correlacional de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 188 estudiantes. El instrumento utilizado fue un formulario de Peralta Abanto (2012), el mismo que fue adaptado y sometido a su validez para la presente investigación ($\alpha_{\text{Cronbach}}=0,6916$). Los resultados indican que el 37,77% de los estudiantes cursan el tercer grado, el 29,26% el cuarto grado y el 32,98% el quinto grado, los varones constituyeron el 57,98% y el 42,02% las mujeres, los alumnos de 15 años conforman el 26,60%, de 16 años el 23,94% y de 17 años con el 20,74%. El 93,09% proceden del área rural y el 6,91% del área urbana. La religión con mayor número de alumnos creyentes es la católica con 88,30%. Sobre el nivel de conocimiento de VIH/SIDA se encontró un nivel bajo con el 46,28%, un nivel de conocimiento alto el 27,13% y finalmente un nivel de conocimiento medio con el 26,60%. El método anticonceptivo más utilizado es el condón con el 41,49% y con menos índice de uso el coito interrumpido con el 13,83%. Finalmente existe relación muy estrecha entre el uso de métodos anticonceptivos y el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA ($P=0,000$). En conclusión a mayor nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA, mayor es el uso de métodos anticonceptivos en forma responsable.

Palabras clave: Conocimiento, VIH/SIDA, Métodos Anticonceptivos.

ABSTRACT

This study aimed to determine and analyze the level of knowledge on HIV/ AIDS and the use of contraceptive method in students 14-20 years old of the national school Admiral Miguel Grau N° 01 in the province of Chota. This study was descriptive, correlational cross-sectional. The sample consisted of 188 students the instrument used was Peralta form (2012), that was adapted and put through, to validity for this investigation (α Cronbach=0,6916). The results indicate that 37,77% of students are in the third grade 29,26% in the fourth and 32,98% in the fifth, there are 57,98% men and 42,02% women, students of 15 years are 26,60%, 16 years are 23,94% and 17 years are 20,74%. Students who come from rural areas are 93,09% and 6,91% of urban areas. Religion with more believers with the catholic students are 88,30%. The level of knowledge on HIV/AIDS found a low level with 46,28%, a high level with 27,13% and finally a medium level of knowledge with 26,60%. The most popular contraceptive method is condom with 41,49% compared with 13,83% students that use coitus interruptus. Finally, there is a very close relationship between the use of contraceptive methods and the level of knowledge about HIV / AIDS ($P = 0.000$). In conclusion, the greater the level of knowledge about HIV / AIDS, the greater the use of contraceptive methods in a responsible way.

Key words: Knowledge, HIV/AIDS, Contraceptive Methods.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad más de dos millones de jóvenes entre 10 y 19 años están infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), algunos de ellos han desarrollado el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y no saben que están infectados. Los adolescentes de ambos sexos están especialmente expuestos a infectarse y a morir por causas relacionadas con este virus, que causa el SIDA. Es por ello que las tasas de mortalidad entre los adolescentes con VIH no están disminuyendo en la misma medida que en otros grupos de población. Así entre el 2005 y 2012 el número total de defunciones relacionadas con el VIH se redujo en un 30%, pero las muertes ocasionadas por el virus aumentaron en un 50% durante el mismo periodo (1).

Por otro lado, a pesar de los adelantos significativos en los medicamentos disponibles para el tratamiento del SIDA, no hay cura definitiva o vacunas que puedan prevenir la enfermedad. Sin embargo, existen nuevos tratamientos que han permitido que muchas personas con SIDA puedan vivir por más tiempo, pero es muy costoso y no están al alcance de todos.

Para poder prevenir y a la vez pueda existir un mayor entendimiento y consciencia del problema, es necesario responder la siguiente interrogante: ¿Cuánto conoce este grupo vulnerable sobre el VIH/SIDA y que métodos anticonceptivos utilizan como medidas de prevención?; aun cuando estudios como los de Colombia revelen que más del 50% de los adolescentes con una vida sexual activa usan anticonceptivos en sus relaciones sexuales; existe también una mayoría que no los utiliza debido a la falta de información adecuada, a la vergüenza de adquirirlos o a la carencia de servicios de salud y consejería; permitiendo así que las ITS/VIH-SIDA vayan incrementándose por sus prácticas sexuales que muchas veces son sin protección (2).

Ante este contexto se realizó el siguiente estudio de investigación titulado “Nivel de Conocimiento de VIH/SIDA y el uso de métodos anticonceptivos en los alumnos(as) del “Colegio Nacional Almirante Miguel Grau” de Chota, el cual tiene como objetivo determinar el nivel de Conocimiento de VIH/SIDA y el uso de métodos anticonceptivos en los alumnos(as), ya que el futuro de este problema está en manos de nuestros adolescentes y los comportamientos que estos adopten ahora y los que mantengan

durante toda su vida sexual determinarán la evolución de la epidemia en las próximas décadas. A la vez, continuarán aprendiendo unos de otros, pero su comportamiento dependerá en gran parte de la información, los conocimientos y los servicios con los que la generación actual y venidera de adultos dote a sus hijos. Cabe referir que el comportamiento sexual más sano está pasando a ser la norma habitual entre los jóvenes de los países desarrollados; es por ello que nuestro Gobierno Nacional ha podido encaminar los recursos y herramientas necesarias para una salud sexual y reproductiva en este grupo, manejando y ejerciendo una sexualidad saludable y segura, y evitando en lo posible la exposición a las consecuencias que una sexualidad con información incompleta o equivocada les pueda ocasionar.

El estudio está estructurado de la siguiente manera: en el capítulo I, se describe la definición y delimitación del problema, formulación del problema, justificación y objetivos; en el Capítulo II: Presenta el marco teórico, antecedentes, teorías sobre el tema, hipótesis y variables; en el Capítulo III se describe la metodología donde se presenta el diseño, tipo de estudio, área de estudio, población, técnica de recolección de datos, procesamiento y análisis de los datos y por último en el Capítulo IV: Abordan los resultados, interpretación y análisis, conclusiones, recomendaciones y finalmente se presenta las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I.

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), se ha convertido en la enfermedad más devastadora de la humanidad y su proyección a futuro la transforma en un considerable problema de salud pública en todos los países y a la vez en un gran problema económico, dado al alto costo que implica la asistencia médica, la repercusión social, y la modificación de conductas y hábitos. Así pues, desde que apareció, más de 60 millones de personas han sido contagiadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), muchas de las cuales, son debidas al desconocimiento de las medidas de prevención o porque conociéndolas no las practican, corriendo mucho más riesgo la población adolescente (3).

Así, durante la adolescencia se despierta el interés por las actividades que se consideraban prohibidas en las edades tempranas y que son permitidas en la adultez, por ejemplo, las relaciones sexuales coitales. E indistintamente, el comportamiento que asumen los y las adolescentes en la práctica de su sexualidad, en aspectos tales como protegerse durante la relación sexual coital para evitar un embarazo o una enfermedad, en los adolescentes está medida por variables muy ligadas a la conducta y al contexto social (4). Precisamente esto fortalece la creencia errónea de que el conocimiento de los métodos de protección contra infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, estimula la iniciación de las prácticas sexuales coitales durante la adolescencia.

Algunos estudios han señalado que las parejas jóvenes tienden a usar el preservativo para evitar embarazos no deseados y no para evitar contagiarse de ITS tales como el VIH (5). Esto hace llegar a considerar que, en las relaciones sexuales de los adolescentes, cuando se protegen, lo hacen para evitar la reproducción dejando de lado el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y VIH SIDA, quizá por el desconocimiento acerca de la incidencia de las enfermedades de transmisión y de las consecuencias que presentan para la salud

en general. Sin embargo tras observar la problemática a la que se enfrentan las personas durante la adolescencia, aún no se ha logrado la concientización acerca de la importancia de brindar educación veraz y confiable, debido al tabú existente relacionado con la prohibición de hablarle a los y las adolescentes acerca de sexualidad, ya que esto podría incrementar la curiosidad típica de esta etapa y erróneamente se llega a la conclusión de que el resultado es prácticas sexuales precoces por parte de la población adolescente (6).

A nivel mundial, 33,3 millones de personas viven con VIH/SIDA y cerca de la mitad de los nuevos casos reportados se encuentran entre los 15 - 24 años (7), un intervalo de edad en la que la mayoría de adolescentes inicia la actividad sexual. Casi el 60 por ciento de todas las nuevas infecciones contraídas por personas jóvenes en todo el mundo ocurrieron entre niñas adolescentes y mujeres jóvenes (8); esto se traduce en casi 1.000 mujeres jóvenes que contraen el VIH cada día y solo el 21 por ciento de las adolescentes de entre 15 y 19 años de edad tiene conocimientos integrales de ello (9) (10). Estos datos son alarmantes pues si bien, esta epidemia no hace discrepancia de edad; sin embargo, los adolescentes son el único grupo en el que las muertes a causa del SIDA han aumentado. Teniendo para el año 2012 aproximadamente 2,1 millones de adolescentes (de 10 a 19 años) que vivían con el VIH en los países de ingresos bajos y medios. Los datos sobre adolescentes jóvenes (de 10 a 14 años) son limitados, lo que se traduce en poca información sobre el avance de la prevención de nuevas infecciones o para evitar las muertes en el grupo de adolescentes. Esta tendencia creciente en las muertes ha sido producto de la priorización deficiente de los adolescentes en los planes estratégicos para la ampliación del tratamiento contra el VIH y la falta de pruebas y asesoramiento (11).

En los EE. UU, el 50% de los nuevos casos de infecciones por VIH en este país se producen en jóvenes menores de 25 años y el 25% en menores de 22 años. Según las investigaciones, en torno al 17% de todos los casos de SIDA que se conocen, proceden de la infección por el VIH en el segundo decenio de vida; es decir, entre los 10 y los 19 años (12). Es preocupante, dado que el grupo de población de adolescentes es menos activo sexualmente que el grupo de adultos (13); aun así, la mayoría de los contagios del VIH entre los adolescentes se debe

al contacto sexual más que a otras formas de contagio, como el compartir agujas y jeringuillas para la inyección de drogas (12).

En América Latina, la epidemia de VIH permanece aún estable. Así el año 2012, cerca de 1,5 millones de personas vivían con el VIH, en comparación a los 1,2 millones en el 2001, siendo la prevalencia estimada en niños menores de 15 años de 0,05%. Por otro lado, alrededor de 86 000 personas contrajeron el VIH en el 2012, comparado con 93 000 en el año 2001. Además, el número de personas que murieron por causas relacionadas con el SIDA disminuyó considerablemente en un 13,3% entre los años 2005 y 2011 (14).

En el Perú, la Organización Mundial de la salud (OMS) y el programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, reporta en sus estadísticas que, según el modelo de estimaciones desarrollado, existen aproximadamente 76 000 personas viviendo con VIH/SIDA. La mayoría procedentes de ciudades y departamentos con mayor concentración urbana de la costa y selva de los cuales el 97% ha sido a través de las relaciones sexuales (15) con una incidencia alta en personas jóvenes (25 a 29 años). De este modo, considerando que una vez adquirido el VIH pueden pasar varios años antes de que este sea detectado, es esperable notar que una importante proporción de los jóvenes con VIH/SIDA lo haya adquirido durante la adolescencia (16). Respecto al conocimiento sobre VIH/SIDA nuestros adolescentes reportan que el 92,2% ha oído hablar alguna vez del VIH/SIDA, el 84,6 % le enseñaron en sus clases, y un 67,6% de los estudiantes habló alguna vez con sus padres o tutores (17).

En Cajamarca, la problemática del VIH/SIDA presenta características similares a la del país, pues más de dos mil pobladores estarían infectados por VIH/SIDA sin saberlo (18). Además, en los últimos 4 años, la enfermedad se ha extendido de manera alarmante por la región y esta es adquirida por gente cada vez más joven, a diferencia de años anteriores cuyo promedio de edad de los infectados era de 30 años, ahora, este oscila entre los 15 y 30 años (18). Aunque según los reportes de la Dirección General de Epidemiología, entre los años 2004 - 2014 los casos notificados fueron: 200 casos de VIH y 41 casos para SIDA, esto quiere decir que con el transcurso de los años ha ido disminuyendo con una incidencia del

0,28% del porcentaje acumulado (16). Por el ámbito geográfico, registramos el mayor porcentaje de mujeres con desconocimiento sobre VIH/SIDA (12%) y por área de residencia, este porcentaje es mayor en el área rural (10,8%) (14).

En Chota, la salud sexual y reproductiva del adolescente se ve enmarcada por dos problemas médico sociales más importantes el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA y es, el uso de métodos anticonceptivos el que puede servir como solución viable para ambos. Desprendiéndose este último en el adolescente, del inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales, el cambio de pareja, la falta generalizada del uso de medios de protección, haciendo de este una población a riesgo de contraer el VIH/SIDA. El hecho de que no exista aun, tratamiento curativo hace que la divulgación de la información y las medidas preventivas sean las únicas medidas que puedan frenar su propagación. Es por ello que, desde hace varios años, se están llevando actividades de intervenciones educativas propuestas por el gobierno nacional; mediante el Ministerio de Educación (MINEDU), con el objeto de proteger a los adolescentes; de la amenaza del VIH/SIDA, mejorando el conocimiento sobre la enfermedad. Finalmente, investigaciones recientes revelan que los conocimientos sobre la sexualidad y la prevención del VIH/SIDA en adolescentes son superficiales y no llevan conllevan a ningún cambio de actitudes o conductas pues siguen sin percibir el riesgo de infectarse o infectar a otros con el VIH, y menos aún padecer de SIDA. Esto suele pasar por el bajo sentido de vulnerabilidad, causada por la falta de información fruto de la marginación y pobreza en la que viven, lo cual les limita a ellos y a sus padres la información básica, ocupacional y de salud entre ellos el VIH/SIDA.

Motivo por el cual se ha creído por conveniente realizar el presente trabajo de investigación, con la finalidad de determinar el nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA y el uso de los métodos anticonceptivos en el grupo objetivo.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Existe relación entre el nivel de Conocimiento de VIH/SIDA y el uso de métodos anticonceptivos por los alumnos(as) del “Colegio Nacional Almirante Miguel Grau N° 01” Chota, 2014?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La falta de información y el desconocimiento sobre el VIH/SIDA, la poca accesibilidad a los servicios de salud por las barreras socioculturales y económicas y la comunicación inadecuada entre padres e hijos; contribuyen al inicio temprano de las relaciones sexuales, generando muchos problemas entre ellos las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA en los adolescentes.

De ello surge la necesidad de saber ¿qué nivel de conocimiento respecto al VIH/SIDA tiene? y ¿qué prácticas en relación a su sexualidad viene ejerciendo? A la vez diversos estudios revelan que los adolescentes poseen conocimientos respecto a las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, sin embargo, estos conocimientos no son completos o por lo menos son errados.

Esta investigación constituye un valioso aporte teórico referencial para la comunidad universitaria como línea de base para futuras investigaciones, pues se han realizado investigaciones, sin embargo, son pocas las que tratan de indagar respecto a los conocimientos que tienen los adolescentes sobre VIH/SIDA y los métodos anticonceptivos para prevenirla.

Brindará también información al sector salud para reforzar las actividades preventivo - promocionales, estableciendo alianzas estratégicas entre salud y educación para así enfatizar su rol educativo en la población estudiantil, y proponer a docentes y directivos que aborden temas sobre el VIH/SIDA dentro de las actividades educativas, mejorando de esta manera los niveles de salud en la población de los diferentes ámbitos y especialmente de la zona rural de Chota.

1.4. OBJETIVOS.

Objetivo General.

- ✓ Describir y analizar la relación entre el nivel de conocimiento de VIH/SIDA y el uso de métodos anticonceptivos en los alumnos(as) del Colegio Nacional Almirante Miguel Grau N° 01, Chota - 2014.

Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar las características sociodemográficas de los alumnos(as) del Colegio Nacional Almirante Miguel Grau de Chota, 2014.
- ✓ Determinar el nivel de conocimiento de VIH/SIDA en los alumnos(as) del Colegio Nacional Almirante Miguel Grau de Chota, 2014.
- ✓ Establecer los métodos anticonceptivos utilizados por los alumnos(as) del Colegio Nacional Almirante Miguel Grau de Chota, 2014.
- ✓ Establecer la relación entre el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y el uso de los métodos anticonceptivos, por los alumnos(as) del Colegio Nacional Almirante Miguel Grau de Chota, 2014.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Acerca del VIH/SIDA, se han realizado numerosas investigaciones en las cuales se han establecido diversos criterios al respecto, sin embargo, muchos colocan en primer lugar el nivel de conocimiento que deben tener las personas sobre el tema y la participación de los entes de salud en la promoción y ejecución de programas educativos para disminuir la prevalencia de casos de SIDA en jóvenes, quienes representan el sector más propenso de contagiarse con este mal, debido a la vida sexual activa temprana (19).

A nivel mundial en el año 2013 el estudio “Adolescentes en situación de conflicto social ante el VIH/SIDA” en Galicia; encontró que el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en general fue mediocre, situándose en un porcentaje medio de acierto el 51,91% para los conocimientos globales y de un 60,48% para vías de transmisión del VIH; no detectándose diferencias estadísticamente significativas en función del género, excepto en la escala métodos de protección ($p < 0,042$). En relación a los comportamientos sexuales, el 85,8% refirió haber tenido relaciones sexuales con penetración alguna vez en su vida, siendo la media de edad de la primera relación sexual a los 13,89 años. El porcentaje de uso sistemático del preservativo en las prácticas coito - vaginales se situó en el 39,1% (20).

A nivel internacional en el año 2014 en el estudio “Conocimientos y prácticas de riesgo ante el VIH/SIDA en adolescentes” de México, se obtuvo que la mayoría de adolescentes son del sexo masculino, de 18 años de edad, y con religión católica; su lugar de residencia es urbano, y con orientación sexual heterosexual, del total el 82% de los adolescentes tienen conocimientos suficientes sobre el VIH/SIDA y un 43% poseen de 1 - 4 prácticas de riesgo para adquirir la infección. Además, poseen un nivel suficiente de conocimientos básicos sobre el VIH/SIDA, a pesar de esto siguen realizando prácticas de riesgo para adquirir el virus; lo que refleja de manera clara que, aunque posean los conocimientos, estos no son traducidos a acciones y por lo tanto no son aplicados de manera preventiva

y efectiva a su vida sexual (7).

A nivel Nacional en el año 2010, en el trabajo titulado “Conocimientos y actitudes acerca de las ITS y el VIH/SIDA de los adolescentes varones en dos comunidades zonales” de Chimbote, en una población de 100 adolescentes varones de 10 a 19 años. Se encontró que la edad media es de 15,2 años. La fuente de información citada con más frecuencia y la más importante fueron los medios de comunicación (52%). El 28% de varones refieren relaciones sexuales con una edad media de iniciación sexual de 14,7 años, con un rango de 12 a 18 años, habiendo tenido el 64,3% su primera relación coital antes del primer año de relación. El 99% sabía dónde recurrir en situaciones de riesgo. El 75% de varones desconoce las dimensiones básicas sobre las ITS y el VIH/SIDA; y el 74% presenta actitudes desfavorables hacia estas enfermedades. A la vez concluyen que la mayoría de adolescentes varones no tienen los conocimientos suficientes sobre las ITS y VIH/SIDA, con actitudes desfavorables frente al tema (21).

En el 2011 en el estudio Nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en una institución educativa de José Leonardo Ortiz – Chiclayo. Cuya muestra estuvo conformada por alumnos de los tres últimos años de la educación secundaria regular de ambos sexos. Se halló que según el nivel de conocimientos la mayor parte de la población tubo un nivel bajo (58,3%), seguido de nivel medio (22,7%) y por ultimo un nivel de conocimientos alto (19,0%). Concluyendo 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 (22).

En el año 2012 en el estudio “Relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas preventivas sobre infecciones de transmisión sexual VIH-SIDA en estudiantes del 5^{to} año de secundaria de la I.E Juan Miguel Pérez Rengifo” de Tarapoto; se halló que la mayoría de los estudiantes respecto al nivel de conocimientos sobre ITS-VIH/SIDA no tiene una relación directa ($p > 0,05$) con la práctica preventiva. Las características socio demográficas predominantes de la población de estudio son: edad promedio 16 años (62,3%), sexo masculino (57,1%), viven en zona urbana (87%), soltero (97,4%). El nivel de conocimiento

es medio (74,0%), y las prácticas adecuadas (64,9%) (23).

A nivel local el estudio realizado en el 2008, titulado nivel de conocimiento y actitudes de los adolescentes del cuarto y quinto año de secundaria frente a las infecciones de transmisión sexual, Chota", llegando a la conclusión que los adolescentes de cuarto y quinto año de educación secundaria tienen un nivel de conocimientos medio (67,5%), sobre las infecciones de transmisión Sexual-VIH/SIDA y son las mujeres quienes alcanzaron un nivel de conocimientos alto (22%) sobre el tema. El nivel de conocimientos se encuentra estrechamente relacionado con las actitudes de los adolescentes demostrando que a mayor nivel de conocimientos mejor son las actitudes" (24).

En el año 2014, se realizó el estudio "Nivel de Conocimiento de VIH/SIDA y el uso de métodos anticonceptivos en los alumnos(as), Colegio Nacional San Juan de Chota", encontrando los siguientes resultados: respecto al sexo los varones correspondieron el 54,8% y las mujeres el 45,2%. Se encontró que el 82,8% tenía entre 16 a 17 años, un 89,1% provienen de la zona urbana y solo el 10,9% de la zona rural. En su mayoría fueron católicos (88,7%). Los adolescentes que no utilizan métodos anticonceptivos son el 57,5% y el 42,5% sí. El 47,5%, tiene un nivel de conocimiento medio, el 43,4% nivel de conocimiento alto y el 9,0% nivel de conocimiento bajo. No encontró una relación estadística significativa entre ambas variables (p: 0,344) (25).

2.2. TEORÍAS SOBRE EL TEMA.

TEORÍA DE J. NOLA PENDER (Modelo de la promoción de la salud)

Las teorías intentan ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno, intentando alcanzar un estado de salud de distinta manera a los modelos orientales a la evitación, que se basan en el miedo o la amenaza para la salud como motivación para la conducta sanitaria. La promoción de la salud está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano.

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos y perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción (26). Estos factores cognitivo-perceptuales se consideran como una influencia directa sobre la conducta y se definen como “mecanismos motivacionales primarios” de las actividades relacionadas con la promoción de la salud (27):

- **Importancia de la salud.** Los individuos que conceden gran importancia a su salud y es más probable que traten de conservarla.
- **Control de la salud percibido.** La percepción que el individuo tiene de su propia capacidad para modificar su salud, puede motivar su deseo de salud.
- **Autoeficacia percibida.** La convicción por parte del individuo de que una conducta pueda influir en la realización de dicha conducta.
- **Definición de la salud.** La definición del individuo sobre lo que significa la salud, que puede ir desde la ausencia de enfermedad hasta un alto nivel de bienestar, puede influir las modificaciones conductuales que este intente realizar.
- **Estado de salud percibido.** El encontrarse bien o enfermo en un determinado momento puede determinar la probabilidad de que se inicien conductas promotoras de la salud.
- **Beneficios percibidos de las conductas.** Los individuos pueden sentirse más inclinados a iniciar o mantener conductas promotoras de la salud cuando consideran que los beneficios de dichas conductas son altos.
- **Barreras percibidas para las conductas promotoras de la salud.** La creencia del individuo de que una actividad o una conducta es difícil o inviable puede influir su intención de llevarla a cabo (27).

Otros factores modificantes, como son la edad, el sexo, la educación, el peso corporal, los patrones familiares sobre las conductas en cuanto a cuidados sanitarios y las expectativas de los allegados desempeñan también un papel importante en la determinación de las conductas respecto a los cuidados sanitarios. Estos factores modificantes se consideran como una influencia indirecta sobre la conducta (27).

2.3. CONOCIMIENTO

Según Bunge M. el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vagos e inexacto, en base a ello tipifica el conocimiento científico, ordinario y vulgar. El primero lo identifica como un conocimiento racional, cuántico, objetivo, sistémico y verificable a través de la experiencia y el conocimiento vulgar como conocimiento vago e inexacto, limitado a la observación (28).

En todo conocimiento podemos distinguir cuatro elementos; el sujeto que conoce, el objeto conocido, la operación misma de conocer y el resultado obtenido que es la información recabada acerca del objeto. Dicho de otra manera, el sujeto se pone en contacto con el objeto y obtiene una información acerca del mismo. Cuando existe congruencia o adecuación entre el objeto y la representación interna correspondiente, decimos que estamos en posesión de una verdad.

Así mismo el conocimiento, es un conjunto de datos sobre hechos, verdades o de información almacenada a través de la experiencia o del aprendizaje (a posteriori), o a través de introspección (a priori) (29).

Fuentes del Conocimiento:

En ocasiones, lo que el hombre sabe lo ha heredado de sus antepasados como experiencias de conocimiento asumido al entorno social. La adquisición de conocimientos por este mecanismo es sencilla, casi refleja, y utiliza un lenguaje común a la mayoría de los seres humanos, pero las pautas de actuación condicionadas por los conocimientos tradicionales raramente se revisan y en ocasiones se mantiene con errores. Otras veces, el hombre asume los conocimientos de los especialistas en determinados campos del saber, los cuales se instauran en la autoridad. Este tipo de conocimiento es necesario, pero no se puede abarcar todos los campos del saber. Pero al aceptar como verdad todos los campos de los especialistas, raramente se someten a crítica (30).

Gracias a la capacidad del ser humano para generalizar, es capaz de obtener conclusiones y hacer predicciones con arreglo a experiencias propias. Estos conocimientos, basados en las propias experiencias, están limitados por la subjetividad en la percepción y por lo restringido de la experiencia para que las conclusiones sean válidas. Pero el hombre no solo es capaz de obtener conclusiones de su experiencia, si no que puede combinar estas con su sistematización de su pensamiento, dando lugar a lo que se denomina razonamiento lógico. Este puede ser inductivo, el cual obtiene generalizaciones a partir de observaciones específicas y el deductivo, que puede llegar a predicciones específicas a partir de principios generales (30).

El método científico, es el proceso más avanzado de adquisición de conocimientos que ha logrado el hombre. Es un sistema de obtención de conocimiento de mayor viabilidad que la tradición, la autoridad, la experiencia o el razonamiento lógico. La diferencia sustancial con el resto de las fuentes de conocimiento es su capacidad para la autoevaluación de los conocimientos o resultados adquiridos.

2.3.1. Clases de Conocimiento:

Conocimiento Empírico

Aquel que se adquiere con la experiencia y plantea que todas las características que estructuran el pensamiento, están dadas por los elementos que el paso del tiempo y de las situaciones vividas va aportando. Es inherente a todas las personas, unas debido a su condición de marginación socioeconómica, mueren con él, otros lo toman como base para adquirir conocimientos científicos y filosóficos. Es decir, es un conocimiento lógico con limitaciones, sin embargo, a través de él se explican las propiedades, conexiones y relaciones internas de los fenómenos, pero superficialmente (31).

Conocimiento Científico

Trata de explicar los hechos reales en términos de leyes y las leyes de la realidad en términos de principios (Galliano). El conocimiento científico se expresa en términos de leyes naturales o leyes sociales. Por ejemplo, las leyes de la psicología explican los fenómenos psíquicos del ser humano; las leyes del aprendizaje, explican los fenómenos y hechos educativos que son motivos de aprendizaje. Conocer verdaderamente es conocer por las causas (32).

Conocimiento Filosófico

Este conocimiento se distingue del científico por el objeto de investigación y por el método. El objeto de las ciencias son los datos próximos, inmediatos, perceptibles por los sentidos o por los instrumentos, pues siendo de orden material y físico, son por eso susceptibles de experimentación. El objeto de la filosofía está constituido por realidades inmediatas, no perceptibles por los sentidos, las cuales, traspasan la experiencia (33).

La filosofía procura comprender la realidad en su contexto más universal. No da soluciones definidas para un gran número de interrogantes. Habilita entonces al hombre en el uso de sus facultades para ver mejor el sentido de la vida concreta.

Conocimiento Teológico

El conocimiento relativo a DIOS, aceptado por la fe teológica, constituye el conocimiento teológico. Es aquel conjunto de verdades a las cuales los hombres llegan, no con el auxilio de su inteligencia, sino mediante la aceptación de los datos de la revelación divina. Se vale de modo especial, del argumento de autoridad. Son los conocimientos adquiridos a través de los libros sagrados y aceptados racionalmente por los hombres, después de haber pasado por la crítica histórica más exigente.

A pesar de todo, no podemos decir que solo se usa un tipo de conocimiento, todos están relacionados unos con otros, de tal suerte que el científico utiliza su

experiencia propia y usa la filosofía para que, ayudado por los resultados que obtuvo aplicando el método científico, de una explicación al fenómeno (33).

2.3.2. PROCESO DEL CONOCIMIENTO.

El proceso del conocimiento se define como un mecanismo de conocimiento dentro de las organizaciones, dividiéndolo en tres etapas (34):

- **Generación del Conocimiento.**

El “descubrimiento” del conocimiento es el proceso por el cual ampliamos la cantidad y calidad de nuestro almacén de conocimiento. Esto se puede llevar a cabo a través de una serie de procesos que incluyen la lectura, escritura, conferencias, trabajo en equipo, sueños diarios o trabajo en un equipo directivo (34).

- **Codificación del Conocimiento.**

El objetivo de la codificación es colocar al conocimiento en alguna forma legible, entendible y organizada, para que pueda ser utilizado por todas las personas que necesiten de él.

Los conocimientos explícitos son codificados con mayor facilidad. Por su complejidad y por residir en la mente de las personas, habiendo sido desarrollados y asimilados básicamente por experiencias, la codificación del conocimiento tácito no siempre es posible. Una forma de proveer un mayor acceso a este tipo de conocimiento es la elaboración de un mapa de conocimiento donde se encuentre, dentro de la organización, el conocimiento que se precisa. Este mapa apunta a las personas, documentos, bancos de datos, etc.

- **Transferencia del Conocimiento.**

La difusión del conocimiento consiste en compartir esquemas mediante un proceso de interacciones de colaboración y retos. Es el proceso de compartir

conocimiento cuyo objetivo es ampliar o mejorar el valor y la calidad del contenido y no permutar y comercializar su valor en el mercado abierto (34).

2.3.3. NIVELES DE CONOCIMIENTO.

El ser humano puede captar un objeto en tres diferentes niveles:

El Conocimiento Sensible.

Consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista, gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano (35).

El Conocimiento Conceptual.

Consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel sensible y el conceptual reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente a estos dos tipos de conocimiento (35).

El Conocimiento Holístico.

También llamado intuitivo, con el riesgo de muchas confusiones, dado que la palabra intuición se ha utilizado hasta para hablar de premoniciones y corazonadas. Intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad. La palabra holístico se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición (35).

2.4. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE VIH/SIDA

La educación es el arma fundamental en la lucha contra la infección de transmisión sexual-Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA) y esto solo se logra a través de una información adecuada y el comportamiento responsable

de las personas. Los adolescentes y jóvenes son especialmente vulnerables a la infección por el VIH/SIDA, pero también son la mayor esperanza para cambiar el desarrollo de la epidemia de SIDA. La vulnerabilidad de los adolescentes y jóvenes a contraer esta enfermedad ha quedado demostrada en el transcurso de los años de evolución de la misma, no obstante, es bien sabido que para lograr un freno en su propagación se necesita de una educación sexual sostenida hacia este sector de la población. La revisión de la literatura científica señala un aumento creciente y general del VIH/SIDA y las ITS, en edades jóvenes y la principal vía de contagio es la transmisión sexual. El fenómeno constituye una importante preocupación por su gran repercusión económica y social en cualquier país. Profundizar en aspectos relacionados con el comportamiento sexual en los adolescentes y cómo afectan estos su salud, puede ser una vía para el diseño de estrategias dirigidas al incremento del conocimiento y prácticas preventivas sobre ITS-VIH/SIDA y mejorar el cambio de estilos de vida, y el aumento del nivel de salud de la población. (36)

Con respecto al nivel de conocimiento y las prácticas preventivas; teniendo presente que la educación es el proceso más eficaz para adquirir el conocimiento científico de los múltiples procesos como fenómenos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento así como para que el individuo modifique su modo de ser, pensar, los hábitos y costumbres y que el conocimiento hace que los individuos identifiquen tempranamente las enfermedades, lo cual se traduce en que actuarán en tomar mayor interés hacia las medidas preventivas. Así mismo la carencia de conocimientos y de información puede determinar el comportamiento equivocado y erróneas valorizaciones con respecto a la salud. (36)

Finalmente, estudios en jóvenes y adolescentes revelan que los conocimientos sobre la sexualidad y la prevención del SIDA son superficiales y no llevan a un cambio de actitudes o a conductas efectivamente protegidas en todas y cada una de las relaciones sexuales. (37)

2.5. VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

El VIH es un virus ARN (ácido ribonucleico), de la familia de los retrovirus. Es esférico, dotado de una envoltura y con una cápside proteica y fue descubierto y considerado como el agente de la naciente epidemia de SIDA por el equipo de Luc. Montagnier en Francia en 1983.

Hasta diciembre de 2006, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, había 39,5 millones de personas con VIH en el mundo, de las cuales 24,7 millones vivían en África Subsahariana (38).

Los adolescentes son los más expuestos debido a la falta de uso de protección en las relaciones sexuales y la falta de pareja estable. Pese a esto no se tiene un análisis claro de la distribución de dicha infección por causas como: quienes adquieren esta infección se avergüenzan debido a creencias como conducta moral inadecuada, lo cual les impide asistir a los sistemas de salud. Lo que conlleva a que los registros no sean seguros (39).

2.5.1. CICLO DE REPLICACIÓN DEL VIH.

Las células que el VIH invade son esencialmente los linfocitos T CD4+, pero también en menor medida los monocitos/macrófagos, las células dendríticas, las células de Langerhans y las células de microglía del cerebro. La replicación viral tiene lugar en tejidos diversos (de ganglios linfáticos, intestino, cerebro, timo). Los órganos linfoides, sobre todo los ganglios linfáticos, constituyen la principal sede de su replicación. El virus está presente en numerosos líquidos del organismo, en particular la sangre y las secreciones genitales.

Etapas de la replicación del VIH:

La Fijación:

Representa la primera etapa en la invasión de una célula. Se basa en el reconocimiento mutuo y acoplamiento de proteínas de la envoltura del virión,

las gp120 y gp41, y los receptores de la célula blanca (CD4). Este reconocimiento no es posible sin ayuda de correceptores propios de las células susceptibles de ser invadidas; en el caso de los macrófagos son los CCR5 y en el caso de los LT4, los CXCR4, que interactúan con la proteína superficial. Los macrófagos y LT4 tienen en común su principal receptor: el receptor CD4. Este reconocimiento es condición obligada para que el virus llegue a la célula y continuar con el proceso de infección.

La Penetración:

Una vez reconocido el virión por los receptores de superficie, se vacía dentro de la célula fusionándose la envoltura lipídica del virión con la membrana plasmática de la célula.

Protegidos por la cápside y el núcleo cápsides, los dos ARN mensajeros que forman el genoma viral y sus proteínas asociadas se encuentran ahora en el citoplasma. La eliminación de las cubiertas proteicas, cápside y núcleo cápsides, quedando el ARN vírico libre en el citoplasma y listo para ser procesado. La transcripción inversa del ARN vírico para formar ADNc (ADN complementario) con la misma información. Cada una de las dos moléculas de ARN llega desde el virión asociada a una molécula de transcriptasa inversa que se ocupa del proceso. Las dos moléculas de ADNc se asocian para formar una molécula de ADN, que es la forma química de guardar la información que una célula eucariota es capaz de procesar.

La Integración del Genoma Vírico en el Genoma de la Célula Huésped.

Para ello penetra en el núcleo y se inserta en el ADN celular con ayuda de una integrasa, que procede del virión infectante.

La transcripción del ADN vírico por los mecanismos normales de la célula, da como resultado el ARNm (ARN mensajero). El ARNm obtenido es complejo, constituido por una sucesión de entrones (partes no informativas) y exones (partes informativas). Debe ser procesado por cortes y reempalmes antes de que la información que contiene pueda servir para fabricar las proteínas

correspondientes. Una vez procesado, el ARNm puede salir del núcleo a través de los poros nucleares. Que en el citoplasma el ARNm proporciona la información para la traducción, es decir, la síntesis de proteínas, que es realizada a través del aparato molecular correspondiente, del que forman la parte fundamental los ribosomas.

El resultado de la traducción no consiste inmediatamente en proteínas funcionales, sino en poli proteínas que aún deben ser cortadas en fragmentos. Por acción de proteasas específicas del VIH, las poliproteínas producto de la traducción son procesadas, cortándolas, para formar las proteínas constitutivas del virus. Las proteínas víricas fabricadas se ensamblan, junto con ARN pro viral, para formar los componentes internos de la estructura del vibrión, los que constituyen la cápside y su contenido.

La Gemación:

Cuando los nucleoides víricos se aproximan a la membrana plasmática y se hacen envolver en una verruga que termina por desprenderse, formando un nuevo vibrión o partícula infectante. En cada célula infectada se ensamblan varios miles de nuevos vibriones, aunque muchos son incompletos y no pueden infectar.

2.5.2. TRANSMISIÓN DEL VIH / SIDA EN ADOLESCENTES

Si bien son tres los mecanismos de transmisión del VIH/SIDA, dos son los mecanismos como los adquieren los adolescentes:

a) Vía Sexual. (más frecuente)

El VIH se transmite de forma directa y rápida. Si se tiene una relación sexual con penetración sin protección (condón) con una persona infectada, es muy posible que el virus entre al organismo. Por lo tanto, tomar una ducha o aseo genital no evita la infección por el VIH. Pero si el preservativo (condón) es utilizado correctamente y de principio a fin en la relación sexual, el riesgo disminuye, ya que se ha demostrado científicamente que el condón de látex es

eficaz para prevenir la infección por el VIH y otras ITS, ya que el virus no puede pasar a través de los poros del látex (40).

El riesgo se incrementa si se mantienen relaciones sexuales mientras se sufre alguna otra infección de transmisión sexual (porque provocan la aparición de llagas en los genitales). Una sola práctica sexual de riesgo puede bastar para transmitir el VIH. No obstante, la posibilidad de contraer la infección aumenta con el número de veces (41).

En la relación buco-genital que es la práctica sexual que involucra el contacto directo del área genital o anal de un hombre o de una mujer con la boca. El sexo oral es una práctica sexual de riesgo porque hay intercambio directo de líquidos corporales: semen, secreciones vaginales y en algunos casos sangre, a través de la boca, mecanismo que favorece o facilita la transmisión del VIH/SIDA, o cualquier otra ITS ya que puede existir una laceración o herida en su interior (40).

En la mujer seropositiva, el periodo de la menstruación es más infeccioso a causa del flujo de sangre. Por tanto, esta vía es la principal forma de transmisión del virus (42).

b) Parenteral (por sangre y derivados).

La transmisión sanguínea del VIH ocurre cuando la sangre de una persona infectada con el virus, entra en contacto con algún tejido o parte del cuerpo de otra persona siempre y cuando esta tenga una herida o laceración. Un objeto corto punzante que esté infectado, cuando alguien se somete a una cirugía si recibe una transfusión de sangre infectada, o en la consulta odontológica (de un Dentista) si los instrumentos no han sido esterilizados adecuadamente. Por eso se debe exigir al profesional de salud, antes de cualquier procedimiento, que cumpla con las medidas de bioseguridad tanto para él como para el paciente (40).

En una transfusión de sangre, si la sangre no ha sido examinada con anterioridad puede estar infectada y la persona adquiere el virus. Este es el mecanismo más efectivo para adquirir el VIH pues pasa de sangre infectada con gran cantidad de virus a sangre no infectada. Para evitar esta forma de transmisión hay que exigir que la sangre que se va administrar o se va a utilizar haya sido debidamente analizada por el laboratorio. Si es posible se aconseja realizar una autotransfusión cuando se trate de una cirugía programada (40).

El compartir objetos, por ejemplo, si la persona que se ha cepillado los dientes está infectada y ha sangrado y otra persona utiliza ese mismo cepillo, máquina o cuchilla de afeitar y sangra existe alguna probabilidad de infección dependiendo de la cantidad de virus presente. Para evitar esta forma de transmisión lo recomendable es no compartir cepillos de dientes, ni hojas ni máquinas de afeitar, ni ningún tipo de objetos personales que, al usarlos, puedan producir sangrado (40).

El uso de jeringas o agujas por otro lado como elementos corto punzantes que entran en contacto directo con la sangre de una persona y si éstas ingresan por accidente (pinchazo) o de manera consiente al utilizarla para administrarse drogas (heroína, cocaína, etc.) u otros productos como medicamentos inyectados de una persona infectada a otra, es muy probable que se adquiera el VIH. Para evitar esta forma de transmisión lo recomendable es no compartir agujas; lo ideal es que éstas sean desechables y sean abiertas en su presencia. El compartir agujas para administrarse drogas es una práctica de alto riesgo para adquirir el VIH. Pero también es de mucho riesgo consumir drogas como: el alcohol, cocaína, heroína, etc. Su consumo hace que la persona pierda el control sobre sus actos y puede llegar a tener cualquier tipo de relación sexual sin protección, aumentando el riesgo de exponerse a adquirir el VIH o cualquier otra ITS (40).

Como no se trasmite el VIH / SIDA

El VIH es un virus muy frágil y no sobrevive fuera del cuerpo humano; lo afectan con suma facilidad el calor y los desinfectantes comunes. Tampoco el

VIH se transmite a través de abrazos o apretones de manos, ni por el sudor, ni la saliva, la tos y los estornudos, ni a través de los asientos de los inodoros, teléfonos, vasos, platos, utensilios para comer, toallas o ropa de cama de una persona infectada. Ni tampoco se puede adquirir en piscinas o baños públicos, o por la picadura de un mosquito (40).

Respecto a los besos si los besos son prolongados solo hay intercambio de saliva, y aunque aquí también se encuentra el virus del VIH, no se encuentra cantidades infectantes para el ser humano, así que por medio de los besos prolongados no hay riesgo de adquirir la infección por el VIH. Cabe recalcar que no hay riesgo de infectar a otra persona a través de un beso, siempre y cuando el beso no implique ningún tipo de acto violento donde vaya a haber mordiscos que pueden producir sangre porque ahí sí habría posibilidad de infectar a la otra persona, si el beso lo da una persona infectada, ya que habría un contacto de sangre con sangre y no es precisamente por la saliva como se cree (40).

Por la saliva no se puede transmitir el VIH, eso es lo que se ha podido comprobar por los estudios científicos. Es cierto que se ha encontrado el VIH en la saliva, pero en cantidades tan pequeñas que no puede transmitirse la infección de una persona a otra. Lo mismo sucede con el sudor, las lágrimas, la orina y las heces fecales, en todas estas secreciones corporales de una persona infectada se pueden encontrar el VIH, pero NO en cantidades suficientes para infectar a otra persona (40).

Finalmente, no es cierto que un zancudo, mosquito, pulga o cualquier otro insecto que chupa sangre pueda transmitir el VIH. Cualquiera de ellos lo que hace es chupar la sangre y no inyectar líquido alguno en el hombre, por lo que no hay posibilidades de transmisión. Además, el organismo (la estructura molecular) del ser humano es diferente al de los animales y el VIH es un virus que afecta e infecta sólo a la especie humana (40).

2.4.1. Diagnóstico de la infección por VIH.

El cultivo del virus requiere unas medidas de seguridad que lo hacen inviable como técnica de diagnóstico rutinario. Habitualmente el diagnóstico de la infección se establece mediante la detección de anticuerpos frente al VIH, para ello se emplean la técnica de ELISA y Western Blot.

La técnica de ELISA.

La prueba de ELISA para VIH es un análisis de laboratorio que permite detectar la respuesta del organismo ante un daño o herida, es decir las defensas específicas que el cuerpo produce contra el VIH, llamadas anticuerpos. Por lo tanto, la prueba de ELISA es considerada una prueba indirecta, ya que lo que detecta son anticuerpos contra el VIH y no el virus propiamente dicho. Para hacerla se necesita tomar una muestra de sangre de la persona que desea la prueba.

La técnica de Western Blot.

Es una prueba de laboratorio más sensible que la de ELISA, porque con ella se pueden detectar partículas específicas (gp41, gp120 y p24) que componen el virus. Para hacerla se necesita una muestra de sangre de la persona que desea la prueba (40).

Cuando un individuo se infecta, tarda de 4 a 8 semanas en producir anticuerpos frente al VIH, es el denominado “período ventana”, de modo que las técnicas descritas previamente no son útiles en este momento para diagnosticar la infección. Tampoco sirven para el diagnóstico de la infección del recién nacido (ya que la IgG ha podido pasar la barrera placentaria sin que lo haya hecho el virus). En estos casos hay que emplear técnicas alternativas como son las técnicas de **reacción en cadena de la polimerasa (PCR)** y la **detección de antígenos del virus** (normalmente la proteína p24). Además, las técnicas de PCR facilitan un resultado cuantitativo: el número de copias de ARN del VIH por mililitro de plasma o suero. Es el parámetro que mejor predice la evolución

de la enfermedad (sin tratamiento antirretroviral) hacia la fase de SIDA (43).

El tiempo que uno debe realizarse la prueba es una vez en la vida, pero si se cree que ha habido exposición al virus. Después de esta, tomar las precauciones del caso para evitar infectarse. Pero si es una persona que continuamente se está exponiendo al riesgo de infección por no protegerse a sí misma, ni a los demás, debe realizarse la prueba cada seis meses, recordando siempre el tiempo de: “Ventana Inmunológica” o “Período de Ventana” (40).

2.5.1. Clasificación de la Infección VIH

a) Clasificación Clínica.

- ✓ **Categoría A:** Incluye la primo infección clínica, la fase asintomática y la linfadenopatía generalizada persistente.
- ✓ **Categoría B:** Incluye las patologías no incluidas en las categorías A y C, es decir aquellas que se manifiestan al principio de la fase avanzada, cuando el deterioro inmunológico todavía no es muy grave, como angiomatosis bacilar, candidiasis vaginal u orofaríngea, leucoplasia oral vellosa, herpes zóster, displasia cervical o carcinoma in situ, trombocitopenia asociada a infección VIH.
- ✓ **Categoría C:** Incluye las enfermedades oportunistas típicas de las fases más avanzadas de la enfermedad.

b) Clasificación Inmunológica.

- ✓ **Categoría 1:** Paciente con 500 ó más linfocitos T-CD4/microlitro.
- ✓ **Categoría 2:** Entre 200 y 499 linfocitos T-CD4/microlitro.
- ✓ **Categoría 3:** Menos de 200/microlitro.

Sistema de Clasificación de la CDC para Infección de VIH en Adultos y Adolescentes Mayores De 13 Años De Edad			
	A	B	C
Linfocitos T CD4	Asintomáticos, infección aguda por VIH, o LGP*	Sintomáticos, sin condiciones de Categoría C	Condiciones indicadoras de SIDA
1. 500 cel/ml o más	A1	B1	C1
2. 200 a 499 cel/ml	A2	B2	C2
3. < 200 cel/ml	A3	B3	C3

Fuente: Norma Técnica De Salud De Atención Integral Del Adulto/A con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) - 2004

*LGP: Linfadenopatía generalizada persistente.

2.6.1. Fármacos contra el VIH:

Tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA).

Es el recomendado para la infección por el VIH. Consiste en tomar a diario una combinación (un régimen) de medicamentos contra ese virus.

Estos se agrupan en seis clases, según la forma en que combaten la infección. Las seis clases son:

- Los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos (ITINN)
- Los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos (ITIN)
- Los inhibidores de la proteasa (IP)
- Los inhibidores de la fusión
- Los antagonistas de los receptores CCR5 y
- Los inhibidores de la integrasa.

Los regímenes recomendados para el tratamiento de la infección por el VIH comprenden tres o más medicamentos contra ese virus perteneciente por lo menos a dos clases diferentes. Tomar una combinación de esos medicamentos de diferentes clases es la forma más eficaz de controlar el virus. Algunos se fabrican en combinación (dos o más medicamentos en una sola píldora) (44).

2.6. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

El SIDA, es la enfermedad producida por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que provoca una destrucción progresiva del sistema inmunitario, es decir consiste en la alteración de los mecanismos de defensa de una persona sana.

- ✓ **Síndrome:** Conjunto de síntomas y de signos que caracterizan a una enfermedad.
- ✓ **Inmuno:** Sistema inmunitario encargado de defender a nuestro cuerpo de las enfermedades.
- ✓ **Deficiencia:** Debilitamiento y/o destrucción indica que el sistema de defensa no funciona normalmente.
- ✓ **Adquirida:** Hace referencia a que esta enfermedad no se hereda, sino que se puede contraer en cualquier momento de la vida.

2.7. PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA:

En la actualidad se observa con preocupación en los adolescentes el incremento del inicio precoz de la actividad sexual, lo que es un fenómeno complejo de analizar por su multicausalidad, sin embargo, no podemos dejar pasar el tiempo dada la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

El control de las enfermedades de transmisión sexual se complica por factores de conducta instintiva e individual y por la gran diversidad de estas infecciones, en comparación con otras enfermedades transmisibles.

Son las únicas enfermedades cuya propagación es diseminada directamente por la necesidad humana básica de compartir la intimidad sexual y reproducirse. Aunque en general las personas entienden que el tener un mayor número de compañeros sexuales aumenta el riesgo de contraer cualquiera de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA (45).

Algunas mujeres tienden a tener más contactos sexuales mientras dispongan de anticoncepción eficaz. Por otro lado, el uso de condones o diafragmas protege contra la transmisión de infecciones, solo cuando se usan junto con espumas o jaleas espermicidas.

Los cambios simples como la restricción de contactos sexuales y el uso adecuado de condones, pueden disminuir espectacularmente el riesgo de contagio personal de VIH/SIDA (45).

Sexo seguro

Toda relación sexual que no implique ningún tipo de penetración ya sea vaginal, anal u oral, es una relación sexual segura y no tiene implicaciones para la transmisión del VIH o de ITS, los besos apasionados, abrazos, caricias, la masturbación mutua, son forma también de disfrutar de nuestra sexualidad.

Sexo protegido

Toda penetración anal o vaginal, o en el sexo oral que, desde el principio hasta el fin, utilice condón, es una relación sexual protegida.

Imposibilitar el intercambio de fluidos vaginal o semen, evitar recibir semen en la boca, en general, impide el contacto de las mucosas y previene la infección y reinfección por VIH y de otras ITS. Es muy importante que cada vez que se mantenga una penetración se use un nuevo condón, si en las relaciones sexuales se utiliza juguetes sexuales es necesario también colocar condones, en especial cuando estos se comparten; de la misma manera cuando se mantienen relaciones sexuales en grupo, para cada persona se debe usar un nuevo condón (46).

a) Prevención Primaria

Consejería y tamizaje de pruebas para VIH.

- ✓ Ofertar a la población en general la prueba de tamizaje para VIH que es voluntaria, y requiere de consejería pre test, consentimiento informado y consejería post test.
- ✓ En todo el proceso de la consejería individual o de la información grupal se realizará de acuerdo al documento técnico: Consejería en ITS/VIH y SIDA, aprobado con Resolución Ministerial N° 264-2009/MINSA.
- ✓ Toda prueba de tamizaje para VIH reactiva o indeterminada debe de ser confirmada.
- ✓ El consejero autorizado ante un caso de tamizaje VIH reactiva derivará al paciente a la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS – VIH/SIDA del nivel correspondiente y facilitará esta información al médico tratante inmediatamente.
- ✓ La consejería y el tamizaje además de los servicios de salud, podrán ser ofertados en lugares de alta concentración de población de riesgo de VIH para un diagnóstico precoz y oportuno. La consejería post test en casos de VIH reactivos deberá ser derivada a establecimientos de salud que cuenten con equipos multidisciplinarios.
- ✓ Ofertar y realizar pruebas de tamizaje de VIH voluntaria e informada, en toda persona con diagnóstico de TB.

Uso de condón.

- ✓ El condón masculino y femenino brinda doble protección (previene de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados) previa consejería en adultos con relaciones sexuales se ofertará su entrega según Norma Técnica Sanitaria N° 077-MINSA / DGSP V.01 Norma Técnica de Salud para el manejo de Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú, aprobada por Resolución Ministerial 263-2009 MINSA del 23 - de abril del 2009 y su modificatoria RM 084-2012 —SA-MINSA (47).

Vacunaciones

- ✓ Se recomienda que las personas con diagnóstico de infección por VIH sean inmunizadas según el siguiente esquema:

Vacuna	Dosis	Refuerzo
Polivalente neumococo	0.5ml SC (o IM)	Considerar cada 5 años.
Toxoide tetánico	0.5 ml IM	Cada 10 años
Hepatitis B	40 ug IM, 3 dosis, 0,1,6 m	
Influenza	0,5 ml IM	Anualmente
Influenza A H1 N1	0,5 ml IM	-

FUENTE: Norma Técnica De Salud De Atención Integral Del Adulto/A con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) - 2004

En los pacientes cuyo recuento de linfocitos CD4+ es < 200 células/ml, están contraindicadas las vacunas que contengan agentes vivos atenuados, tales como la vacuna contra la fiebre amarilla, la vacuna contra sarampión, la vacuna contra varicela y la vacuna oral contra polio.

Quimioprofilaxis Primaria.

- ✓ **Profilaxis con Isoniazida**

Todas las personas infectadas por VIH deberían recibir información sobre la tuberculosis. La consejería debe incluir información sobre los riesgos de adquirir TB, estrategias para reducir la exposición, manifestaciones clínicas de la TB y el riesgo de transmitir la TB. La administración de profilaxis para TB debe iniciarse inmediatamente después de realizado el diagnóstico de infección por VIH y de haber descartado tuberculosis activa. Se administrará isoniazida 5 mg/kg/día, no debiendo exceder los 300 mg diarios, más piridoxina 50 mg/día, de lunes a domingo, VO durante 12 meses (365 días consecutivos).

✓ **Profilaxis con cotrimoxazol (TMP/SMX)**

El objetivo principal de iniciar profilaxis con cotrimoxazol es prevenir la presencia de neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, la toxoplasmosis y las diarreas crónicas por coccidios. Se recomienda iniciar profilaxis con cotrimoxazol en todos los pacientes, sintomáticos (estadio SIDA de la CDC o estadios clínicos 2, 3 o 4 de la OMS) incluidas las mujeres embarazadas o cuando se dispone de recuentos de CD4, se recomienda iniciar la profilaxis con cotrimoxazol en todos los pacientes con <200 células/n-1m³. Las dosis para profilaxis con cotrimoxazol (TMP/SMX) es de 160 /800 mg (01 tableta forte) VO cada 24 horas. Descontinuar profilaxis primaria cuando haya un aumento de linfocitos CD4 > 200 en dos controles consecutivos separados por 6 meses. Si el paciente es alérgico a sulfas administrar Dapsona 100 mg VO cada 24 horas (48).

2.8. IMPACTO DEL VIH SIDA EN LOS ADOLESCENTES

El impacto que la epidemia del VIH/SIDA está teniendo en la infancia es devastador. Más de dos millones de niños y niñas están viviendo con VIH/SIDA en el mundo y se calcula que 47,000 de ellos están en América Latina y el Caribe. El VIH se ha convertido en una enfermedad de los adolescentes y jóvenes, con casi 6,000 infecciones diarias ocurriendo en el mundo entre personas de 15 a 24 años con una prevalencia de infección de un adolescente cada 15 segundos. Prevenir nuevas infecciones es la clave para detener la pandemia del SIDA. Sin embargo, a muchos niños/as y adolescentes se les sigue negando el derecho al acceso a información que les enseñe a protegerse y a los servicios necesarios para la prevención ante el VIH. Una encuesta realizada entre jóvenes de diferentes países de América Latina y el Caribe reveló que sólo 4 de cada 10 adolescentes y jóvenes creían estar bien informados sobre el VIH/SIDA (49). El acceso a la información es fundamental, pero no es suficiente para lograr cambios en comportamientos y actitudes de prevención frente al VIH. De allí la importancia de potenciar las habilidades de los/as adolescentes para enfrentar la vida y proteger su salud y bienestar. En una región donde las diferencias de género en los comportamientos sexuales responden a diferentes contextos psicosociales, es necesario prepararlos para que tomen decisiones acertadas para su vida, tanto a

los que están en la escuela como a los que están fuera. (50)

El VIH/SIDA tiene una tendencia creciente a afectar a las mujeres. En Trinidad y Tobago, por ejemplo, el número de adolescentes mujeres entre los 15 y 19 años que viven con VIH/SIDA es cinco veces más elevado que entre los varones de esas edades. Las mujeres y las niñas enfrentan graves desventajas económicas, jurídicas, culturales y sociales, que incrementan aún más su vulnerabilidad ante la infección y el impacto de la epidemia. La pobreza, acompañada de una falta de educación y de recursos productivos, multiplica las probabilidades de que las niñas sean más vulnerables a la explotación sexual comercial, y por lo tanto las expone más a contraer el VIH. La mayoría de las mujeres, en esta región, siguen careciendo de habilidades de negociación para exigir relaciones sexuales protegidas y muchos hombres siguen conservando conceptos perjudiciales de masculinidad. (50)

La violencia basada en el género que se produce en los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo y otros entornos sociales aumenta los riesgos de infección del VIH. Las actividades sexuales realizadas por la fuerza o mediante amenazas dejan a la mujer incluso más vulnerable ante la infección, y cuanto más joven es, más posibilidades tienen de contraer el VIH (50).

Es de reconocer que el SIDA ha dejado huérfanos a millones de niños, niñas y adolescentes que, con sus ideales a flote, sus esperanzas vívidas y sus deseos por construir un mundo feliz imaginado, un día tuvieron que desgarrar sus entrañas psíquicas para dar inicio a un duelo que tal vez para muchos de ellos aún no ha terminado. El VIH/SIDA, junto con la pobreza, la discriminación y el conflicto armado incrementan la vulnerabilidad o riesgo de generar abandono u orfandad (51). La orfandad es un tema que por décadas ha trastocado el libre desarrollo de culturas en vía de desarrollo; solo hasta hace algunos años, resulta alarmante encontrar que 13.4 millones de niños perdieron una madre, un padre o ambos, a causa del VIH/SIDA (la mayoría en África Subsahariana). Esta pandemia continúa creciendo a pasos agigantados pues estadísticas revelan que para el año 2010, 106 millones de niños en ochenta países (África Subsahariana, Asia, América Latina y el Caribe) estuvieron destinados a perder uno o ambos padres,

25 millones de niños huérfanos a causa del VIH/SIDA (52).

La orfandad es solo un aspecto del impacto del VIH/SIDA en la niñez. Otros niños y niñas se vuelven vulnerables por tener a sus padres enfermos, por ser discriminados porque uno de los miembros de su familia tiene el VIH o por estar ellos mismos viviendo con el VIH. Los niños afectados por el VIH/SIDA pueden tener limitaciones para acceder a servicios esenciales, dando como resultado una disparidad entre las niñas y niños vulnerables y huérfanos debido al VIH/SIDA y los otros niños. El estigma y la discriminación pueden generar además disparidad en la estabilidad económica y el bienestar psicosocial de las niñas y niños afectados. En algunos países, los huérfanos tienen menos oportunidad de matricularse en la escuela, asistir y completar su educación que otros niños y niñas. En Honduras, por ejemplo, sólo el 43% de los niños huérfanos ejercen su derecho de ir a la escuela en comparación con el 70% de los niños no huérfanos. Sin el entorno protector de sus familias, los niños y niñas vulnerables y huérfanos debido al VIH/SIDA se enfrentan a un mayor riesgo de desnutrición, violencia, explotación y abuso. Estos niños y niñas tienen significativas necesidades psicosociales y los sistemas de apoyo para atender esas necesidades son débiles, y -en casos extremos- no existen. (50)

2.9. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES

En los adolescentes existe un amplio conocimiento acerca de la existencia de los métodos anticonceptivos, pero solo la cuarta parte de ellos sabe que son métodos que solo van a prevenir un embarazo, el resto de la población tiene el concepto errado de que cualquier método anticonceptivo puede protegerlos de cualquier Infección de Transmisión Sexual, VIH/SIDA y/o un embarazo no planificado o no sabe para qué son utilizados. Los métodos más conocidos por los adolescentes son la píldora, T de cobre y el preservativo (53).

En el Perú, un 86% de los adolescentes conoce de la existencia de lugares donde poder obtener información de temas con respecto a salud reproductiva y/o planificación familiar como Puesto de Salud, Centro de Salud, Colegio, Parroquia, ONG, etc. Pero solo el 37 % ha acudido alguna vez a buscar esta

información, las razones por las que no acuden son por temor al trato que puedan recibir, indiferencia o vergüenza al igual que encontró Salazar en Lima en 1997, a pesar que los adolescentes están en su mayoría de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos antes del matrimonio y también a hacer uso de los servicios de Salud Reproductiva y/o Planificación Familiar no lo hacen por lo expuesto anteriormente y por las características psicológicas propias de esta edad como son:

- Atención centrada en el presente, por lo que no tienden a planificar por adelantado o prevenir las consecuencias de sus acciones a largo plazo.
- Desarrollo emocional incompleto y escasa percepción del riesgo, en el tema que nos ocupa específicamente, de quedar embarazada y de los grandes problemas que pueden presentarse cuando sucede a esta edad.
- Escasas habilidades de comunicación interpersonal, lo que impide, en gran medida, llegar a acuerdos con su pareja, en relación con lo que sería más conveniente para ambos, en cuanto a la planificación de embarazos y uso de anticoncepción.
- Fuerte necesidad de buscar y afirmar la propia identidad, diferenciándose de los padres y otras figuras de autoridad. La relación formal de pareja que incluye las relaciones sexuales “ya me debo a mi pareja y no a mi familia” y el embarazo, pueden ser maneras de alcanzar la independencia deseada.
- Pertenencia a un grupo, con expectativas y creencias religiosas y culturales propias y comunes a sus integrantes, que ejerce influencia y presión sobre el adolescente. La opinión de este grupo es la más importante y mejor valorada, y puede, en ocasiones, no ser la más adecuada en relación con las cuestiones de salud reproductiva.
- Creencia particular de que “el físico”, el cuerpo, es lo más importante en la valoración integral de una persona. La búsqueda de identidad los lleva a experimentar con su cuerpo, que es lo que, con frecuencia, pueden ofrecer con más facilidad, para conocer los límites de sus capacidades.

Pero también, por otro lado, existen trabas objetivas, y son las dificultades a las que se enfrentan los adolescentes y jóvenes para poder acceder a los servicios de anticoncepción y educación sexual. En general, la mayoría de los servicios de

planificación familiar no están diseñados para atraer a los jóvenes, y mucho menos, están adaptados a sus características y necesidades. A esto se agregan dificultades de transporte en algunos casos, y en otras, económicas, lo que puede impedir el acceso a estos servicios y la adquisición de anticoncepción. Sin embargo, aunque se reconocen todos estos problemas, muchas veces su solución se hace imposible por razones disímiles. Así, un análisis somero de la situación, basta para comprender que en el caso de los adolescentes no es suficiente con poner la anticoncepción a su disposición, sino que también es necesario convencerles de su uso (54).

Este contexto fue evidenciado y a nivel internacional durante la Conferencia Internacional sobre la Población y El Desarrollo en El Cairo en el año 1994 se puso de manifiesto hacer lo posible para que los adolescentes puedan hacer uso de estos servicios con total derecho y sin ningún tipo de discriminación, pero a pesar de haber transcurrido más de 15 años poco se ha logrado. (53).

2.9.1. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

a. Anticoncepción.

Proceso o técnica utilizada para evitar el embarazo por métodos farmacológicos, instrumentales o que alteran o bloquean uno o más de los procesos reproductivos, de manera que la unión sexual no tenga como consecuencia la fecundación. La anticoncepción o contracepción es el conjunto de métodos operativos encaminados a controlar la fecundación (55).

b. Método Anticonceptivo.

Se refiere a cualquier acción, instrumento o medicación dirigida a evitar la concepción de un embarazo.

c. Eficacia Anticonceptiva.

Es la eficacia teórica y la eficacia de uso. A veces se expresa en forma de porcentaje, pero es más preciso hacerlo por número de embarazos anuales

por cada 100 mujeres que usan el método. La tasa media de embarazos para parejas sexualmente activas es de 90% al año; cualquier método anticonceptivo que reduzca la tasa de embarazo por mujer al año al 10% se considera muy efectivo.

2.9.2. Descripción de métodos utilizados por el adolescente:

A. De Barrera.

Son aquellos que evitan el embarazo impidiendo el acceso de los espermatozoides al canal cervical y/o bloqueando su progresión por el mismo. El preservativo ha cobrado gran importancia en las últimas décadas debido a la extensión del VIH y por ser el único método anticonceptivo que ayuda a prevenir el SIDA y otras ITS. Puede usarse como método único o bien como complementario a otros métodos considerados más eficaces (56). Algo importante que resaltar es que es fundamental que el método anticonceptivo que use el adolescente no solo le brinde protección para evitar embarazos, sino que le proteja de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. Por tanto, los métodos de barrera en especial el condón masculino cumple con esta doble función y es efectivo en la primera relación sexual, así como método de refuerzo con otro anticonceptivo. Si hacemos un recuento de los métodos menos utilizados los de barrera han jugado un papel muy importante en este campo; afortunadamente en la actualidad han vuelto a tomar prioridad por su función de prevención ante el VIH/SIDA, aunque como algunos métodos no es totalmente seguro, aun mas cuando su uso es inadecuado; pero sin embargo esta función ya mencionada es la que debe motivar su uso al adolescente a la hora de tener relaciones sexuales (39).

⇒ **Preservativo:**

De Uso Masculino

✓ Preservativo Masculino

Es una funda de látex muy delgada que se coloca sobre el pene erecto, antes de la penetración, y que debe permanecer colocado durante toda la relación sexual.

Mecanismo de Acción

Retiene el semen dentro de la funda de látex y así impide su ascenso por el tracto genital superior y la fecundación del ovulo.

Eficacia Anticonceptiva

Depende de que se use en forma correcta en cada acto sexual.

- **Con el uso Correcto:** 03 embarazos cada 100 mujeres por año.
- **Con el uso Habitual:** 14 embarazos por cada 100 mujeres por año. Su efectividad para prevenir una infección de transmisión sexual ronda el 95% y como método anticonceptivo llega al 97%, cuando se usa correctamente.

Protección contra las ITS/VIH

Los preservativos proporcionan protección sumamente eficaz contra las infecciones por VIH.

El uso constante de preservativos probablemente reduzca en un 60 a 80% el riesgo de infección por Clamidia y Gonococo. Ofrece menos protección contra el herpes, HPV y otras ITS que pueden transmitirse a través del contacto cutáneo entre las partes del cuerpo no cubiertas por el preservativo.

Es decir que no protege al escroto ni evita las infecciones producidas por epizoonosis (piojo púbico, escabiosis), las verrugas genitales o las lesiones por virus del papiloma humano (HPV) fuera de la vagina o del cuello uterino.

De Uso Femenino

✓ Preservativo Femenino

Es una funda de poliuretano, de forma tubular, que presenta un anillo o aro flexible en cada extremo. En un extremo el anillo es cerrado, lo que ayuda a la inserción del preservativo en el fondo de la vagina. En el otro extremo, el anillo es abierto y más grande, lo cual ayuda a mantener el preservativo fuera de la vagina y viene lubricado.

Mecanismo de Acción

Reviste la pared de la vagina, cuello uterino y vulva, evitando el contacto directo con el pene y con los espermatozoides.

Eficacia Anticonceptiva

La eficacia del preservativo femenino depende de su uso en forma correcta.

- **Con el uso Correcto:** 05 embarazos por cada 100 mujeres por año.
- **Con el uso Habitual:** 21 embarazos por cada 100 mujeres por año.

Protección contra las ITS/VIH

El preservativo femenino es una protección efectiva contra VIH/SIDA y otras ITS.

B. Naturales

Los métodos naturales de conocimiento de la fertilidad se basan en la observación de síntomas asociados a los procesos fisiológicos que dan lugar a la ovulación y en la adaptación del acto sexual a las fases fértiles o infértiles del ciclo menstrual en función de que se desee o no una concepción, sin el uso de fármacos, procedimientos mecánicos ni quirúrgicos.

Aquí es posible preguntarnos ¿Por qué enseñamos los métodos naturales al adolescente? De hecho, lo hacemos precisamente para que los adolescentes aprendan a conocer muy bien el funcionamiento de su organismo y su propio cuerpo, además de que lo puedan aplicar asumiéndolo con responsabilidad y disciplina. En la educación que les damos, requiere concientizarlos de la constancia y observación de los periodos de la mujer y motivarlos. Sin decir con esto que sean eficientes, al contrario, son métodos que al no ser combinados con otros posiblemente van a fallar, además del mal uso (39).

La anticoncepción en la adolescencia debe ser considerada meramente preventiva mas no como para planificación familiar. Además, que la base de los métodos anticonceptivos es la abstinencia periódica y no es que sea muy aceptable por los individuos, menos por los adolescentes. Así usado como protección no es efectiva ya que no cubre los riesgos inminentes de las ITS-VIH/SIDA. Pero sin embargo sus aspectos positivos son que no son costosos y son evidentemente reversibles (39).

a) Coito Interrumpido

Consiste en la retirada del pene de la vagina antes de la eyaculación. Su eficacia anticonceptiva es baja; ya que, aunque el varón se retire a tiempo el pene puede estar lubricado por una pequeña cantidad de líquido que puede contener espermatozoides.

2.10. HIPÓTESIS.

H₁: HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y el uso de los métodos anticonceptivos en los alumnos(as) del “Colegio Nacional Almirante Miguel Grau N° 01” Chota, Agosto – Diciembre del 2014”.

H₀: HIPÓTESIS NULA

No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y el uso de los métodos anticonceptivos en los alumnos(as) del “Colegio Nacional Almirante Miguel Grau N° 01” Chota, Agosto – Diciembre del 2014”

2.11. VARIABLES

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Categorías	Rango	Nivel de medición	Ítems
Variable Independiente: Nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA	Cuantitativa continua	Conjunto de ideas, hechos y conceptos que refiere tener el estudiante de secundaria en las dimensiones del VIH/SIDA. Terminología básica, transmisión y medidas de prevención (57).	Se aplicó un formulario con 18 preguntas, dándole un puntaje de 1 si la respuesta era correcta y 0 si es incorrecta.	- Nivel bajo < 14 - Nivel medio [14-15] - Nivel alto ≥ 16	- < 14 - [14-15] - ≥ 16	- Intervalo	- Desde ítems 1 – 18

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Categorías	Rango	Nivel de medición	Ítems
Variable dependiente: Uso de métodos anticonceptivos (MAC)	Cualitativa	Usuario de métodos anticonceptivos que manifiestan estar haciendo uso de un método anticonceptivo, ya sea este artificial o natural para controlar la natalidad y espaciar sus embarazos (58).	<p>Usa: Aquellos estudiantes que usan algún método anticonceptivo. Si su respuesta es afirmativa se indicará que mencione el método que utiliza y que serán seleccionados como de barrera, naturales y hormonales.</p> <p>No usa: Se considera a aquellos estudiantes que no hacen uso de métodos anticonceptivos sin considerar el nivel de conocimiento, ni la actividad coital.</p>	<p>- Usa MAC Coito interrumpido, Condón, Óvulos, Píldora, Inyectable, calendario y Temperatura</p> <p>- No usa MAC</p>	-	- Nominal	- Desde ítems 19 - 20

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Categorías	Rango	Nivel de medición	Ítems
Variable Interviniente: Factores sociodemográficos	Cualitativa	Son las condiciones de desarrollo social y económico en que viven las personas o grupos y les permite satisfacer necesidades humanas como: sexo, edad, procedencia, religión, grado de instrucción, tipo de familia, ingreso económico (57).	Formulario	- Sexo - Edad - Grado de instrucción - Religión - Procedencia	-	- Nominal - Ordinal - Ordinal - Nominal - Nominal	
Sexo	Cualitativa	Característica física y biológica que identifica al hombre y la mujer (59).	Formulario	- Masculino - Femenino	-	- Nominal	-

Edad	Cuantitativa	Periodo de tiempo que ha pasado desde el nacimiento y se expresa en años cumplidos (59).	Formulario	<ul style="list-style-type: none"> - 14 años - 15 años - 16 años - 17 años - ≥ 18 años 	-	- Discreta	-
Grado de instrucción	Cualitativa	Grado de estudios en el que se encuentra matriculado en el año en curso (59).	Formulario	<ul style="list-style-type: none"> - Tercero - Cuarto - Quinto 	-	- Ordinal	-
Religión	Cualitativa	Es la creencia o inclinación religiosa o espiritual que declara cada persona. Relacionada con la divinidad (59).	Formulario	<ul style="list-style-type: none"> - Católica - Nazareno - Adventista - Otros 	-	- Nominal	-

Procedencia	Cualitativa	Lugar, cosa o persona del que procede alguien o algo (59).	Formulario	<ul style="list-style-type: none"> - Zona urbana - Zona rural. 	-	- Nominal	-
-------------	-------------	--	------------	--	---	-----------	---

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO.

El presente estudio es de tipo no experimental, descriptivo, transversal y correlacional. No experimental puesto que se realizó sin manipular las variables; observando los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Con enfoque cuantitativo y de tipo descriptivo narrando el evento específico tal y como se presente; esto es el nivel de conocimientos de VIH/SIDA y uso de métodos anticonceptivos en los alumnos (as) del 3^{ro}, 4^{to} y 5^{to} año de secundaria. De corte transversal el mismo que recolectó los datos en un periodo de tiempo determinado.

Finalmente, correlacional, pues tiene como finalidad conocer la relación que existe entre el nivel de conocimientos de VIH/SIDA y uso de métodos anticonceptivos; midiendo el grado de relación que exista entre estas dos variables, cuantificando su existencia y analizando su vinculación (60).

3.2. ÁMBITO DEL ESTUDIO

El presente trabajo de investigación se realizó en el Colegio Nacional Almirante Miguel Grau N° 01 de la ciudad de Chota, ubicada en la zona rural que corresponde al distrito y provincia de Chota y región Cajamarca; la misma que se ubica en la parte Septentrional del Perú, y se encuentra a 2 228 m.s.n.m. Por el norte limita con la provincia de Cutervo, por el sur con la provincia de Celendín, Hualgayoc y Santa Cruz, por el este con la provincia de Luya (Amazonas) y por el oeste con la provincia de Ferreñafe - Chiclayo (Lambayeque).

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población. La población estuvo constituida por todos los alumnos matriculados en el 3^{ro}, 4^{to} y 5^{to} grado de secundaria del Colegio Nacional Almirante Miguel

Grau del distrito y provincia de Chota. Entre ellos 71 son del tercer grado, 55 del cuarto grado y 62 del quinto grado. Haciendo un total de 188 alumnos, entre hombres y mujeres.

Muestra. La muestra estuvo conformada por los 188 alumnos del 3^{ro}, 4^{to} y 5^{to} grado de educación secundaria, de los cuales 61 alumnos señalaron no haber tenido relaciones sexuales anteriormente y 127 estudiantes señalaron que sí tuvieron una vida sexual activa.

3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS.

Cada estudiante del 3^{ro}, 4^{to} o 5^{to} grado de educación secundaria del Colegio Nacional Almirante Miguel Grau.

3.5. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

- El primer paso fue solicitar el permiso al Director del Colegio Nacional Almirante Miguel Grau con el fin de obtener el acceso a la información de los alumnos matriculados del 3^{ro}, 4^{to} y 5^{to} grado de secundaria, a los cuales se le planteó la investigación y se le informó el tipo de estudio que se llevó a cabo y los objetivos que se desearon alcanzar.

- Se solicitó el consentimiento informado a los padres de familia y el asentimiento a los estudiantes.

- Contando con el permiso, se procedió a captar la información pertinente de cada unidad en estudio.

Como técnica se utilizó la encuesta. La misma que usa procedimientos estandarizados de manera que cada alumno responda la misma pregunta y de la misma manera.

- El instrumento de recolección de información que se usó fue un formulario con preguntas y respuestas codificadas. Este formulario de preguntas y respuestas fue elaborado Peralta Abanto (61) en año 2012 adaptada para la presente

investigación y validada mediante la prueba de Alfa de Cronbach (0,6916) teniendo en cuenta los objetivos y las variables de estudio. Posteriormente la información fue analizada y procesada en forma magnética mediante el programa SPSS vs 22.

3.6. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

El instrumento de recolección de datos fue un formulario de preguntas y respuestas codificadas dicotómicas (SI o NO) y de respuestas múltiples en función a las variables: independiente, dependiente e interviniente.

FORMULARIO:

Donde se recolectan los datos generales de los alumnos del tercero, cuarto y quinto grado de educación secundaria del Colegio Nacional Almirante Miguel Grau N° 01 y que conformaron la muestra de estudio. Este consta de 3 partes:

1. En la primera parte se especifica las características personales, sociales y demográficas de estudio: Sexo, edad, procedencia, religión y grado de estudio.
2. En la segunda parte del instrumento corresponde a los conocimientos sobre el VIH/SIDA: ¿qué es VIH/SIDA?, ¿cómo se trasmite?, ¿cómo se previene? ¿cuáles son los síntomas?, ¿Existe diferencia entre el VIH y el SIDA? Esta tiene una formulación de 18 ítems.
3. Y en la tercera parte tiene 2 ítems y corresponde al uso de métodos anticonceptivos.

Este instrumento midió a través de indicadores el nivel de conocimientos de los alumnos que conforman la muestra según los criterios considerados.

Puntajes y nivel conocimientos Sobre VIH / SIDA son:

- Nivel bajo < 14
- Nivel medio [14-15]
- Nivel alto \geq 16

Los puntajes son resultantes después de obtener los datos. En su lugar se dio valores a los ítems en base a los cuales se obtuvo el nivel de conocimientos. En este caso los puntajes se dieron en función de la importancia relativa de un ítem respecto al otro u otros, dándole un puntaje de 1 a cada ítem si la respuesta es correcta y 0 si es incorrecta

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Validez interna:

El formulario utilizado por el investigador Peralta Abanto (61) en el año 2012 fue adaptado para la presente investigación, considerando aspectos relacionados con las características de los alumnos de educación secundaria, su nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y su relación con el uso de métodos anticonceptivos; validando el nuevo instrumento mediante el método de juicio de expertos, para adecuar las preguntas y respuestas planteadas; finalmente se realizó una prueba piloto con la participación de 10% estudiantes, para su adecuación y obtención de la confiabilidad del instrumento se aplicó la prueba estadística Alfa de Cronbach (0,6916), para garantizar la consistencia interna del instrumento y reducir el margen de error.

3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La tabulación de datos se realizó en forma electrónica, se utilizó el programa estadístico SPSS vs 22, los datos organizados son presentados en tablas simples. El análisis se hizo, sobre la base de datos realizando un análisis utilizando la estadística descriptiva en dos fases:

Fase Descriptiva, se basa en las estadísticas obtenidas en el procesamiento de datos, contrastándose los hallazgos con antecedentes y bases teóricas tendientes a determinar los objetivos propuestos.

Fase Inferencial, se realizó en base a pruebas estadísticas adecuadas, con el objetivo de probar las hipótesis planteadas, utilizando la prueba estadística Chi - cuadrado y el coeficiente de Pearson.

3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Principio de autonomía.

La participación fue de carácter voluntario, para garantizar que cualquier participante podrá negarse a realizarlo o retirarse en cualquier momento, si considerase que cualquiera de sus derechos pudiera verse amenazado. En nuestro trabajo de investigación los alumnos tomaron la decisión de participar o no en la investigación, los cuales no fueron influenciados por otras personas, para esto firmaron un Asentimiento informado (62).

Beneficencia.

La investigación brindó durante todo su desarrollo la protección de la dignidad humana con el fin de lograr los máximos beneficios sociales y reducir al mínimo los riesgos de los cuales deriven posibles daños o algún tipo de discriminación. (63).

No maleficencia.

Durante la investigación se tuvo la obligación a no dañar a los alumnos anteponiendo el beneficio, aun considerando las respuestas que implica el no formar parte del estudio (63).

Justicia.

La muestra estuvo conformada por todos los alumnos del 3^{ro}, 4^{to} y 5^{to} grado de secundaria, por lo cual todos tenían el mismo derecho a poder participar en este estudio (64).

Confidencialidad.

La información que se recolecto y las hojas de recolección de la información fueron anónimas. La información obtenida fue utilizada solo por los integrantes de la investigación y los datos extraídos fueron confidenciales, utilizados solo para fines de investigación (65).

3.9. RIGOR CIENTÍFICO.

Valor de verdad.

Bajo este criterio se garantiza la confianza de la verdad que los alumnos manifiestan en el contexto en el que es realizado este estudio (66).

Aplicabilidad y consistencia.

Los descubrimientos obtenidos en este estudio ofrecen la posibilidad de ser aplicables en otros sujetos o contextos similares (66).

Neutralidad.

Ofrece la garantía de que los resultados de esta investigación no están sesgados por motivaciones, intereses, y perspectivas del investigador (66).

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS, INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Características Sociodemográficas de los alumnos(as) del “Colegio Nacional Almirante Miguel Grau N° 01”, Chota, 2014

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		TOTAL	
		N°	%
Grado de Estudios	Tercero	71	37,77
	Cuarto	55	29,26
	Quinto	62	32,98
	Total	188	100,00
Edad	14 años	37	19,68
	15 años	50	26,60
	16 años	45	23,94
	17 años	39	20,74
	≥18 años	52	9,04
	Total	188	100,00
Procedencia	Urbana	13	6,91
	Rural	175	93,09
	Total	188	100,00
Religión	Católica	166	88,30
	Nazareno	12	6,38
	Adventista	6	3,19
	Otra	4	2,13
	Total	188	100,00
Sexo	Masculino	109	57,98
	Femenino	79	42,02
	Total	188	100,00

- De las características sociodemográficas de los alumnos(as) del colegio nacional Almirante Miguel Grau se evidencia que el 37,77% son alumnos(as) del tercer grado, el 29,26% son alumnos(as) del cuarto grado y el 32,98% son alumnos(as) del quinto grado. Según Leguía en el 2011, el medio predominante de información sobre VIH/SIDA es el colegio, de los cuales los adolescentes son el grupo más infectado

con el VIH y presentan un mayor riesgo a desarrollar SIDA (22). En este estudio se nota claramente una diferencia relativamente baja en cuanto al número de estudiantes por grado de estudios, con mayor número de alumnos en tercero y quinto, pero con una tasa de rechazo a la aplicación del instrumento de 0%. Este estudio es similar a lo encontrado en Chiclayo (2011) donde se encontró una tasa de rechazo al instrumento también de 0% y con un número de estudiantes con diferencias casi relativamente pequeños entre grados de estudio (22).

- En cuanto a la edad, un 26,60% de toda la población en estudio tiene 15 años de edad, un 23,94% tiene 16 años y solo el 9,04% de los alumnos tiene una edad mayor o igual a 18 años. De la tabla anterior podemos observar claramente que nuestra población de estudio está comprendida mayormente entre las edades de 14 y 17 años; edad en la que muchos de ellos inician su primera relación sexual, realidad muy similar a lo encontrado en este año en la zona urbana de Chota en el 2014, donde se encontró que el 82,8% tenía entre 16 a 17 años, tan igual a la realidad de Chiclayo en el 2011 (22).

Sin embargo más allá de ver a los adolescentes estudiantes de este colegio con estos resultados, es preocupante la situación pues si nos remitimos a la OMS más de la mitad de nuevas infecciones por el VIH se producen a esta edad (67), período en que la mayor parte de adolescentes inician su vida sexual y no están preparados ni física ni psicológicamente para asumir una sexualidad plena (68). Nuestra realidad no difiere y al parecer no parece querer cambiar a la realidad nacional ni mundial pues tan igual que Galicia este también encontró que la media de edad de la primera relación sexual en los adolescentes fue a los 13,89 años (20); por su parte Chimbote también encontró en el 2010 que el 28% de varones refieren relaciones sexuales con una edad media de iniciación sexual de 14,7 años, con un rango de 12 a 18 años, habiendo tenido el 64,3% su primera relación coital antes del primer año de relación (21). Realidad que al parecer no cambia pues en comparación al 2015, se encontró que el 63,5% tiene enamorado/a y mantiene relaciones sexuales con edad de inicio entre los 13 y 16 años (69). Es evidente que en contraste con generaciones pasadas el comienzo de las relaciones sexuales en edades tempranas pudo haber tenido un comportamiento diferente; sin embargo, la situación actual no difiere a lo que esta

ocurre en los diversas partes del mundo, con la atenuante de que las causas no son tan deprimentes como ocurre en países subdesarrollados y algunos desarrollados, donde el comercio del sexo empuja a adolescentes y niños a un inicio de relaciones sexuales a muy temprana edad.

- En cuanto a procedencia del total de la población, el 93,09% son alumnos de procedencia rural y el 6,91% son alumnos de procedencia urbana. Lo anterior se traduce en que este colegio es netamente del campo por su accesibilidad y cercanía a las comunidades. En contraste con el estudio realizado en este mismo año, colegios de la ciudad al parecer proyectan la acogida netamente de adolescentes de la zona urbana con el 89,1% (25). Lo importante de esta característica radica en la oportunidad del derecho a la educación, hoy en día muy aprovechada por muchos de los padres de familia de la zona rural que en contraste con épocas pasadas solo veían el arado o el trabajo de chacra como el único medio de desarrollo y por lo tanto no los enviaban o más aun reprimían a la mujer de este derecho o si en todo caso las enviaban era en menor número, por miedo a que al aprender a leer iniciaran “el carteo” (enviar cartas a sus enamorado o pretendiente) y de esta manera terminarían comprometiéndose y abandonarían sus casas a temprana edad. Pero a pesar de que hoy en día ha habido una importante aceptación e inclusión de la mujer en los estudios hay una deficiencia en las zonas rurales, la zona urbana está más atendida, incluso la zona urbano-marginal, pero la zona rural, sobre todo la región amazónica, es un punto crítico (70).
- De la religión que profesa el 88,30% son de religión católica, el 6,38% son alumnos de religión Nazareno y el 3,19% son adventistas. Es evidente en esta institución que la religión predominante es la católica, realidad muy similar a la de otras instituciones de la provincia como lo es el colegio Nacional San Juan de esta misma ciudad en este mismo año (25) donde el 88,7% fueron católicos y porque no mencionar que a nivel nacional ocurre también lo mismo, donde las diversas familias son muy fervorosas y pertenecen fieles a sus principios y creencias, en especial a las que practicaban sus antepasados. Esto no difiere a lo encontrado en México en el 2014 pues su grupo de estudio mayormente lo constituyeron adolescentes de religión también católica (7). El catolicismo intercultural es la forma particular como se ha manifestado el fenómeno religioso en el Perú; es la interacción entre la estructura

social y el sistema de valores, actitudes, mentalidades y significados (71), esta a la vez juega un papel negativo para la práctica de la sexualidad en la adolescencia, proporcionando tolerancia ideológica (72) pues no restringe ningún tipo de prácticas como lo hacen algunos grupos; llevando de esta manera en el adolescente a practicar el sexo inseguro, posibilitando adquirir infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA y a tener embarazos no deseados.

- Finalmente, en cuanto a sexo el 57,98% de alumnos son varones y el 42,02% de los alumnos son de sexo femenino. Esta tendencia resulta similar a la de los colegios urbanos de esta ciudad pues según lo encontrado en este mismo año por Quintana, los varones correspondieron el 54,8% y las mujeres el 45,2% (25). Estos resultados, nos permiten visualizar que existe una diferencia significativa respecto a la accesibilidad a la educación, muy similar a lo hallado en Chiclayo hace unos tres años atrás (22). Cabe mencionar que la incorporación de las mujeres de nuestro medio a nuevos espacios laborales y sociales ha sido lenta, pues años atrás se la veía como personal útil solo para la casa y crianza de los hijos. La idea de que salieran a trabajar fuera de su casa era aprobada sólo si se trataba de un empleo de medio tiempo o al interior de su hogar, de lo contrario, generalmente se les criticaba y culpaba de lo que sucedía con su familia. Más complicado resultaba aun para aquellas que tenían como meta seguir una carrera profesional o técnica reservada, dificultad que radicaba tanto en convencer que tenían las capacidades de desenvolverse en ese campo y como para demostrar que se encontraban a la altura debían desempeñarse exitosamente en ese rubro.

Actualmente la situación es tan diferente que incluso hay dos de ellas como posibles postulantes a la Presidencia Peruana y es que a la población femenina siempre se la visualizo tan vulnerable, permitiendo de este modo participar en sectores como servicio y educación, no así en la producción, economía y ciencias. Hoy el mundo es tan diferente, la realidad demuestra que se requiere la participación de la mujer para el desarrollo social y económico de cada país (73).

Tabla 2. Nivel de conocimiento de los alumnos/as según grado estudios del “Colegio Nacional Almirante Miguel Grau N° 01”, Chota, 2014

Grado de Estudios	Nivel de conocimiento de VIH – SIDA							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Tercero	13	6,92	13	6,91	45	23,93	71	37,76
Cuarto	18	9,57	19	10,11	18	9,58	55	29,26
Quinto	20	10,64	18	9,58	24	12,76	62	32,98
Total	51	27,13	50	26,60	87	46,28	188	100,00

En la tabla 2 del total de alumnos del tercero, cuarto y quinto grado del “Colegio Nacional Almirante Miguel Grau”, el 46,28% son alumnos con un nivel de conocimientos bajo, seguido de 27,13% que tiene un nivel de conocimientos alto y finalmente el 26,60% con un nivel de conocimientos medio.

Al hacer una comparación del nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA de los estudiantes respecto al grado de estudios podemos notar que existe un alto porcentaje con nivel de conocimientos bajos (46,28%), de los cuales tercero y quinto grado tienen el mayor número de estudiantes con conocimiento inadecuado. En otras palabras, más del 70% de adolescentes de este colegio rural no tiene un adecuado nivel de conocimiento respecto al VIH / SIDA (es decir nos encontramos en un nivel de conocimiento medio - bajo). Esta misma tendencia se halló en el 2008 en colegios urbanos de la ciudad de Chota donde se encontró que adolescentes de cuarto y quinto año de educación secundaria obtuvieron un nivel de conocimientos medio (67,5%) sobre las infecciones de transmisión Sexual-VIH/SIDA y fueron las mujeres quienes alcanzaron un nivel de conocimientos alto (22%) (24).

Estos resultados de igual manera son similares a lo encontrado en Colombia en el 2011 en el que los estudiantes de secundaria de Cartagena presentaron un bajo conocimiento sobre el VIH-SIDA con variación según el contexto sociocultural y destacando en este, que el mayor número de adolescentes inicia sus relaciones coitales sin conocer claramente las formas de transmisión y de prevención adecuada para VIH-SIDA (74). De la misma manera, el estudio realizado en Chiclayo en el 2011 encontró que el 75,9%

tuvieron conocimientos medios y solo un 19,5% obtuvo un nivel de conocimientos alto (22); esta misma tendencia se aprecia en Chimbote (21) y Tarapoto en el 2012 el cual encontró que el nivel de conocimiento respecto al VIH/SIDA es medio (74,0%) (23) realidad muy parecida a la de Galicia un año más tarde, donde se encontró con un nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA medio en un 60,48% para vías de transmisión del VIH (20).

Por el contrario, los resultados del presente difieren a lo encontrado en este mismo año por Quintana (25) el cual encontró un nivel de conocimiento medio – alto (80,9%) y tan solo el 9,0% tuvo un nivel de conocimiento bajo. Realidad muy similar se halló en Iquitos en el 2010, donde la mayoría de estudiantes (62,6%) evidenciaron adecuados conocimientos sobre VIH/SIDA y solo más de un tercio de ellos (37,4%) presentaron inadecuado conocimiento; diferencia que radica por un mayor acceso a la información generalmente preuniversitaria (75). México también no difiere de esta realidad, pues sus resultados evidenciaron que el 82% de los adolescentes presenta conocimientos suficientes sobre el VIH/SIDA (7). Esto nos hace pensar que la gran diferencia existente radica en la mayor parte de educación sobre salud sexual y reproductiva que ofrecen las instituciones públicas o privadas como universidades, hospitales, DISA, etc. los cuales llegan más a los colegios urbanos y por consiguiente denotan buenos resultados.

A ello, una investigación realizada en Venezuela reveló que los conocimientos que los estudiantes adolescentes poseen sobre la sexualidad y la prevención del VIH/SIDA son superficiales y no conducen a un cambio de actitudes o conductas efectivamente protegidas en todas y cada una de las relaciones sexuales (76). Tal como lo muestra ENDES en el año 2011, donde tan solo el 8% de las adolescentes mujeres en Perú no conoce forma alguna de evitar la infección por el VIH/SIDA (53). Se ha reportado además, a un 30% de personas reconocidas como portadores de VIH+ en el grupo de edad de 20-29 años, los cuales se contaminaron durante su adolescencia, considerando el periodo prolongado de latencia entre la seroconversión en VIH y las manifestaciones del SIDA con una duración entre dos y once años (76).

En consecuencia, poco o casi nada ha cambiado nuestra realidad respecto al nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA, pues existe un importante número de alumnos que aún

no han oído hablar de ello, convirtiéndolos en el grupo más vulnerables a los riesgos de contraer la enfermedad o para enfrentar a temprana edad un embarazo no deseado con las implicaciones sociales y existenciales que ello supone, sobre todo para las mujeres. Lo que es peor, en el sentido de que nuestros estudiantes llevan en su plan de estudios contenidos teóricos sobre las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA para su formación y desarrollo, sin embargo poco o casi nada se ha logrado. Por otra parte resulta deprimente esperar un mejor nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en alumnos de grados superiores, pues poco o nada se preocupan por asimilar los pocos conocimientos impartidos respecto a estos temas. Mucho más aun, cuando se proviene de familias donde el autoritarismo del padre prevalece (machistas), sobre todo cuando es él, el que impide hablar sobre estos temas con los hijos pues piensan que deben ser tratados solo con personas adultas mas no con menores; conllevando de este modo, al adolescente a valerse por sí mismo buscando información del amigo o compañero; información que muchas veces es adquirida desde su propia experiencia.

Por otro lado, es de esperar que las actividades realizadas por parte del Ministerio de Salud (MINSA) y del Ministerio de Educación (MINEDU) estén siempre vinculadas para poder tener mejor efecto en nuestros adolescentes. Pese a ello, aún existe una gran brecha entre ambas. Así, para lograr el efecto deseado es conveniente que el MINSA no solo agote los recursos económicos en el simple llenado de informes, sino más bien se preocupe porque las sesiones educativas sobre VIH/SIDA y por qué no decirlo, toda la estrategia sanitaria de salud sexual y reproductiva llegue a los estudiantes con la calidad, calidez y la confianza que ello amerita. Deseo que rápidamente se desvanece, pues resulta que el hecho de ser una institución alejada de la ciudad o colegio rural, muchas veces no se llegan a realizar y si por el contrario se llegaran a desarrollar estas se dan solo unas pocas veces, no concretando así el paquete de sesiones completo.

El MINEDU por otra parte, aporta grandemente en el nivel del conocimiento de los estudiantes, pero respecto al VIH/SIDA poco se habla y no es hasta llegar a la educación superior cuando uno recibe una adecuada información respecto al tema. Creando así, vacíos en el estudiante, el cual muchas veces cree que el uso del preservativo es solo para regular la natalidad o prevenir un embarazo mas no para prevenir una infección de trasmisión sexual y mucho menos el VIH/SIDA.

Finalmente respecto a todo esto, podemos decir que en el Perú y por tanto en nuestra región, en la última década ha surgido alguna mejora en el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA entre los adolescentes, sin embargo, los adolescentes rurales siguen en considerable desventaja respecto a sus pares urbanos. En suma, es necesario enseñar a los adolescentes antes que se conviertan en personas sexualmente activas, puesto que el sexo lleva consigo importantes responsabilidades y los programas deben estar enfocados a servir equitativamente a los varones y a las mujeres de tal manera que les ayude a adquirir actitudes adecuadas para traducir el conocimiento en un cambio del comportamiento y conducta sexual, convirtiendo así a la educación en el arma fundamental en la lucha contra la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Tabla 3. Métodos anticonceptivos usados por los alumnos/as del “Colegio Nacional Almirante Miguel Grau N° 01”, Chota, 2014

Método anticonceptivo que usa	Total	
	N	%
Condón	78	41,49
Coito interrumpido	26	13,83
Píldoras anticonceptivas	2	1,06
No los usan	82	43,62
Total	188	100,00

En la tabla 3 sobre los métodos anticonceptivos que usaron para prevenir el VIH/SIDA durante su última relación sexual, independientemente del grado de estudios, los alumnos(as) refieren que el método más utilizado es el condón con el 41,49%, el segundo método más utilizado es el coito interrumpido con el 13,83% y un considerable 43,62% refiere no haber usado ningún método durante su última relación sexual.

Los resultados encontrados en este estudio son similares a lo hallado recientemente por Quintana en el 2014, donde encontró que el 34,84% de los estudiantes usaba el condón en su última relación sexual, en contraste del 57.92% que no los usaban (25). Esta misma realidad se vio reflejada en Ica (77) y Argentina en el 2011 (78), donde el condón fue el método anticonceptivo que más utilizaron (65,2%) y en tanto un 27% de adolescentes refirieron haber tenido ya relaciones coitales y a la vez usaron condón; método de barrera del que se tenía un mejor conocimiento con el 95,8% (79). Esta misma tendencia es el caso típico de Galicia en donde el 85,8% de adolescentes refirió haber tenido relaciones sexuales con penetración, alguna vez en su vida, siendo la media de edad de la primera relación sexual a los 13,89 años, con un porcentaje de uso sistemático del preservativo en las prácticas coito - vaginales de 39,1% (20).

Con todo esto, el adolescente aún no está tomando la seriedad que este tema amerita; pues en efecto, es pequeño el número de adolescentes que usan algún método anticonceptivo en la iniciación de su vida sexual (11,17%); pese a que los estudios sobre la efectividad del uso del condón en la prevención de la infección por VIH y otras

infecciones de transmisión sexual, afirman que el uso correcto y constante del condón protege en un 90 a 95% de la transmisión de la infección por VIH y otras ITS, siendo las principales fallas derivadas del uso incorrecto o inconsistente por parte del usuario (80).

Otra vez más la educación juega un papel muy importante en el uso de métodos anticonceptivos para prevención del VIH/SIDA, pues aun cuando se esperaría que no se iniciaran en la práctica de actividades que a temprana edad son prohibidas, ellos continúan realizándolas sin tomar las medidas preventivas adecuadas. La verdad es que, con educación o sin educación los adolescentes tendrán relaciones sexuales y la ventaja de la educación, es incrementar el uso de los métodos anticonceptivos en estudiantes sexualmente activos para poder reducir el número de casos reportados por VIH/SIDA. Sin embargo, al analizar las razones del no uso del método anticonceptivo de barrera más efectivo para la prevención del VIH/SIDA (condón) en adolescentes, resulta que existe una buena mayoría que los usa equivocadamente (coito interrumpido 13,83% y píldoras anticonceptivas 1,06%); lo cual nos hace pensar que su uso estaría más bien vinculado al control de la natalidad más no a la prevención del VIH/SIDA. Más aun, cuando en el personal de salud existe esta misma percepción, pese a que la literatura internacional y nacional, no dejan de reconocer su efectividad para prevenir el contagio del VIH/SIDA.

En tanto, el escenario que hoy vivimos no es ajeno a lo que se vive en las diferentes regiones del país, en donde los adolescentes continúan rechazando o dejan de hacer uso del método de barrera (condón) por no valorar el conocimiento de este como medio regulador de la natalidad y ser un método eficaz para la prevención de las ITS-VIH/SIDA. Por otro lado, está el déficit de información que estos poseen en cuanto a sus ventajas de su uso, sobretodo en el inicio sexual precoz además del desconocimiento de los riesgos a que se exponen. Sumado a ello, otros factores que pueden estar jugando un rol mucho más riesgoso, es que, existe en ellos el temor de sentirse rechazados y de este modo puedan ellos constituir una prueba de desconfianza hacia su pareja sexual; o en el momento les cuesta plantearlo o conocen que deberían usarlo pero no siempre lo hacen o tal vez se olvidan y no piensan en ello. La educación sobre los métodos anticonceptivos para ello, resulta vital e importante, pues es el único que permite tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera

libre, responsable e informada, pues de lo contrario la falta de conocimiento o el uso incorrecto de estos, puede traer consigo las infecciones de transmisión sexual - VIH/SIDA o embarazo no deseado; consecuencias que deterioran de alguna forma la imagen física, provocan una tasa de mayor mortalidad, dañan su autoestima, entre muchas otras. Lo que es peor que nuestra sociedad juzga a los adolescentes por lo que hicieron, mas no se preocupan para que estos obtengan los conocimientos suficientes y aprendan a utilizar los distintos métodos anticonceptivos para llevar una vida sexual sana y responsable.

En conclusión, a pesar que hasta el momento la abstinencia sexual y las relaciones sexuales fieles son 100% efectivas para prevenir el VIH/SIDA, parece ser que, hasta el momento, el condón usado correcta y consistentemente es el método más efectivo para prevenir dicha transmisión.

Tabla 4. Uso de métodos anticonceptivos y nivel de Conocimientos sobre VIH/SIDA de los alumnos/as del “Colegio Nacional Almirante Miguel Grau N° 01”, Chota, 2014

Uso de métodos anticonceptivo	Nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	40	21,27	28	14,89	38	20,21	106	56,38
No	11	5,85	22	11,71	49	26,07	82	43,62
TOTAL	51	27,2	50	26,60	87	46,28	188	100,00

Chi²: 15,795 P: 0,000

En la tabla 04, podemos notar que del total de estudiantes que usaron métodos anticonceptivos en su última relación sexual, el 21,27% tienen un alto nivel de conocimientos, el 20,21% tiene un bajo nivel de conocimientos y el 14,89% tienen un nivel de conocimientos medio. Por otro lado de los alumnos que no hace uso de los métodos anticonceptivos, el 26,07% tiene un nivel de conocimientos bajo, seguido de 11,71% que tiene un nivel de conocimientos medio y el 5,85% que tienen un nivel de conocimientos alto.

Al relacionar ambas variables y someterlas a la prueba del Chi Cuadrado se obtuvo un valor de P: 0.000, estadística que indica una relación muy estrecha entre el uso de métodos anticonceptivos y el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA de los alumnos/as del “Colegio Nacional Almirante Miguel Grau”, es decir a mayor nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA mayor es el uso de métodos anticonceptivos en forma responsable, teniendo en cuenta sus ventajas y desventajas.

Los resultados, son similares a lo encontrado en Galicia en el 2013, donde el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en general fue mediocre, situándose en un porcentaje medio de acierto de un 60,48% para vías de transmisión del VIH (20). En contraste, estos resultados difieren a los hallados en Argentina en el 2011 donde el 54,5% de los adolescentes tenía un amplio conocimiento sobre VIH, afirmando que durante las relaciones sexuales coitales todos respondieron que usaron al menos un método

anticonceptivo (81). Esta misma tendencia se ve reflejada en México, donde el 82% de los adolescentes tienen conocimientos suficientes sobre el VIH/SIDA (7). Igual tendencia se encontró en Tarapoto en el 2012, donde la mayoría de los estudiantes respecto al nivel de conocimientos sobre ITS-VIH/SIDA no tiene una relación directa ($p > 0,05$) con la práctica preventiva (23) lo mismo que también encontró recientemente Quintana en el 2014 sin hallar una relación estadística significativa entre ambas variables, siendo el valor de p : 0,344.

A nivel nacional, algo más del 51% de mujeres en edad reproductiva no quiere tener más hijos, pero tan solo el 35% hace uso de algún método anticonceptivo moderno. Esto nos hace pensar que, si resulta difícil para las mujeres adultas cuanto más lo será para los adolescentes. Panorama que resulta empeorar cuando poco cambió la sentencia del Tribunal Constitucional en el 2014, año en el que declaró la inconstitucionalidad de un artículo del Código Penal, que penalizaba las relaciones sexuales en personas de 14 a 18 años, quitando así, de un solo plumazo el derecho a información y disponibilidad de métodos anticonceptivos para este grupo de edad; sin servir en nada, pero sí ayudó a incrementar los embarazos no deseados de adolescentes y del VIH que sigue teniendo rostro cada vez más joven (5). A pesar de todo, si se desea cambiar en algo nos podemos valer de la percepción de riesgo que tiene la persona joven, pues resulta ser un factor que se ha identificado como influyente al momento de actuar y es que el adolescente usa el condón si tan solo se siente susceptible o tiene miedo de contraer VIH/SIDA, independientemente del conocimiento que tenga de la misma.

Evidentemente los alumnos participantes en este estudio están expuestos a múltiples infecciones de transmisión sexual (ITS) y del VIH/SIDA, derivado de las conductas de riesgo que ellos adoptan como el coito interrumpido o simplemente por no usar ningún método anticonceptivo durante sus prácticas sexuales a temprana edad, tal vez porque desconocen lo que se entiende por comportamiento sexual arriesgado y aun conociendo mucho el riesgo, piensan que son invulnerables e inmunes al VIH/SIDA, incrementando así la probabilidad de contagio. De todo esto, resulta deficiente poder incrementar el nivel de conocimiento sobre la prevención del VIH y los esfuerzos por llevarla a cabo son cada vez menores; en efecto la práctica del sexo seguro con la utilización del preservativo continúa siendo muy limitada y varía según el nivel de instrucción del estudiante.

De esta manera se llega a afirmar que el futuro de la epidemia de VIH/SIDA hoy en día está en manos de los adolescentes, donde los comportamientos que adopten ahora y los que mantengan durante toda su vida sexual determinarán la evolución de la epidemia en los próximos años. Así de este modo, a la vez que continúan aprendiendo unos de otros, su comportamiento dependerá en gran parte de la información, los conocimientos y los servicios con los que la generación actual de adultos dote a sus hijos e hijas y de esta manera el comportamiento sexual más sano pasará a ser la norma habitual entre nuestros jóvenes, tan igual que como lo es Europa Occidental, en el que alrededor de 60% de los jóvenes utilizan en la actualidad preservativos en su primera relación sexual, y ello constituye un aumento de 6 veces respecto a lo que ocurría a comienzo de los años noventa. (67)

Por otra parte, si tomamos como referencia a la Nola Pender, ella refiere que el individuo para poder aprender identifica factores cognitivos y perceptuales que son modificados a su vez por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud. El adolescente desde este contexto, se ve influenciado por muchas conductas que adopta la sociedad en su conjunto, como es el caso del uso de métodos anticonceptivos como medios de control de la natalidad y no como prevención del VIH/SIDA. Así de este modo, esta teoría abarca las conductas que fomenta la salud y las aplica en forma potencial a lo largo de toda la vida. Por ello, debemos concentrar nuestra atención en los factores cognitivos perceptuales para encontrar la forma de poder influir de manera directa en las conductas favorecedoras de la salud, enfocándose en la importancia de la salud percibida por el adolescente, el control, autoeficacia y beneficios percibidos por esas conductas y en la eliminación de barreras para las conductas promotoras de la salud y prevención del VIH, solo así los adolescentes podrán conceder gran importancia a su salud y es más probable que lleven o traten de conservarla.

En tanto, que del mayor conocimiento que los alumnos tengan sobre VIH/SIDA estos hagan uso de los métodos anticonceptivos en forma más responsable, existe un gran número que no los usa debido a que el conocimiento que poseen lo obtienen de su grupo de pares; tal es el caso que para este fin tienen que acudir en repetidas ocasiones al amigo o compañero, el cual en incontables ocasiones suele decir que posee demasiada experiencia en temas de sexualidad; llevándole muchas veces a tomar decisiones

inapropiadas de donde el adolescente accede tener prácticas sexuales a temprana edad sin siquiera hacer uso del preservativo producto del consejo que obtuvieron.

Para concluir, la calidad de vida deseable y la salud de los adolescentes están en gran medida influenciada por sus conductas y comportamientos en la esfera sexual y reproductiva. De este modo, la salud sexual y reproductiva constituye un elemento clave para mejorar la calidad de vida de este grupo tan vulnerable que no mide las consecuencias a las que cada día se someten y exponen, así que, tal vez nuestros adolescentes poseen un nivel suficiente de conocimientos básicos sobre el VIH/SIDA, sin embargo esto no es lo suficiente; ya que a pesar de todo se sigue realizando prácticas de riesgo sin siquiera pensar que puedan llegar a adquirir alguna ITS o más aun VIH/SIDA; lo cual se ve reflejado en el conocimiento que estos poseen sin ser traducidos en acciones adecuadas y por lo tanto no son aplicados de manera preventiva y efectiva a su vida sexual.

CONCLUSIONES

- Las características sociodemográficas de los estudiantes del colegio Nacional Almirante Miguel Grau N° 01 es como a continuación se indica: según grado de estudios el mayor porcentaje corresponde a los alumnos del tercer grado, seguido del cuarto y quinto grado; respecto al sexo, los varones representaron el alto porcentaje seguido de las mujeres. Según edad predominan los alumnos de 15, 16 y 17 años. De la procedencia el mayor porcentaje son del área rural y en menor número los de área urbana y finalmente de la religión predomina la religión católica con el mayor porcentaje de creyentes.
- El nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA en los estudiantes del colegio Nacional Almirante Miguel Grau es bajo, seguido de un nivel de conocimientos alto y medio respectivamente.
- El método anticonceptivo más utilizado por las alumnos/as del Colegio Nacional Almirante Miguel Grau es el condón y con menor uso está el coito interrumpido.
- Al comprobar la hipótesis para relacionar ambas variables y someterlas a la prueba de la Chi Cuadrado se encontró que hay una relación muy estrecha entre el uso de métodos anticonceptivos y el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA (Prueba χ^2 : 15,795 y P: 0.000). Concluyendo que a mayor nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA, mayor es el uso de métodos anticonceptivos en forma responsable, teniendo en cuenta sus ventajas y desventajas.

RECOMENDACIONES

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA:

1. Dar énfasis a las actividades dentro de las Instituciones, impartiendo un mayor número de actividades educativas - participativas con los adolescentes de las Instituciones Educativas.

A LA UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA - CHOTA:

2. Establecer alianzas estratégicas entre el Ministerio de Salud y Ministerio de Educación para que los profesionales de la salud acudan a las Instituciones Educativas y brinden sesiones educativas a los estudiantes en infecciones de transmisión sexual, VIH.
3. Diseñar un programa de prevención y abordar adecuadamente la formación en los valores, las creencias, las normas y las actitudes que sirven de base al comportamiento a fin de lograr los cambios prácticos esperados.

AL DIRECTOR DEL COLEGIO NACIONAL ALMIRANTE MIGUEL GRAU N° 01 – CHOTA

4. Promover que los Directores y APAFAS (Asociación de Padres de Familias) coordinen con el Centro de Salud y viceversa, con la finalidad de organizar eventos en donde enfoquen la problemática del SIDA, y de esa manera reforzar las actividades preventivas promocionales dirigidas a los alumnos adolescentes.

A LOS PADRES DE FAMILIA

5. Jugar papel de pioneros de la enseñanza a sus hijos tomando el papel decisivo de orientadores para la toma de decisiones adecuada respecto a una sexualidad responsable y a la vez fortalecer las acciones destinadas a quienes no han iniciado las relaciones sexuales.

A LOS ESTUDIANTES

6. Los estudiantes deberán tomar conciencia de la forma de transmisión sexual - VIH/SIDA y el uso de métodos anticonceptivos como medios de prevención y traducir esos conocimientos automáticamente en una conducta sexual segura.

AL SECTOR SALUD

7. Seguir fomentado la educación en el área salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la zona rural de Chota trabajando en coordinación con otras instituciones públicas actuando de manera responsable y respetando los derechos de los adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Organización Mundial de Salud - OMS.** 2014. Medicina y Salud. Más de dos millones de adolescentes tienen VIH, revela OMS. [En línea] [Citado el: 18 de Agosto de 2015.] <http://avanzada.reduc.edu.cu/sitioanterior/index.php/medicina-y-salud/6184-mas-de-dos-millones-de-adolescentes-tienen-vih-revela-oms>.
2. **Mendoza L, Arias M y et all.** 2012. Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. [En línea] [Citado el: 20 de Marzo de 2016.] http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000400006.
3. **Caal I, Montenegro Z y Ortiz O.** 2011. SIDA, una enfermedad que no logra controlar el Ministerio de salud pública. Universidad Mariano Gálvez de Guatemala. Cobán, Alta Verapaz. [En línea] [Monografía en internet]. [Citado el: 14 de Agosto de 2015.] <http://m.exam-10.com/medicina/21414/index.html>.
4. **Leoni L, Martello G, Jakob E, Cohen J y Aranega C.** 2005. Conductas Sexuales y Riesgo de infecciones de transmisión sexual en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Córdoba. [En línea] [Citado el: 16 de Marzo de 2016.] <http://www.dst.uff.br//revista17-2-2005/1-cindutas%20sexuales.pdf>.
5. **Moscoso M, Rosario R y Rodríguez L.** 2001. Nuestra Juventud Adolescente: ¿Cuál es el riesgo de contraer VIH? [En línea] Interamerican Journal Psychology. Sociedad Interamericana de Psicología Austin, Latinoamericanistas. [Citado el: 16 de Marzo de 2016.] <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28435206>.
6. **Chacón T, Corrales D, Garbanzo D y et all.** 2009. ITS Y SIDA en adolescentes: descripción, prevención y marco legal. [En línea] [Citado el: 16 de Marzo de 2016.] http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152009000200008.
7. **García A, Mendoza A, González y et all.** 2014. Conocimientos y prácticas de riesgo ante el VIH/SIDA en adolescentes. [En línea] [Citado el: 18 de Diciembre de 2015.] http://www.uaemex.mx/RevMedInvUAEMex/docs/Vol2Num2/08_AO_CONOCIMIENTO_Y_PRACTICAS_DE_RIESGO.PDF.

8. **World Health Organization.** 2012. Join United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). [En línea] Global report: UNAIDS Report on the global AIDS epidemic 2012. [Citado el: 20 de Marzo de 2016.] P. 10.
9. **World Health Organization - OMS.** 2010. Join United Nations Programme on VIH/SIDA (UNAIDS). [En línea] Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic. [Citado el: 20 de Marzo de 2016.] P. 10.
10. **Organización de las Naciones Unidas contra el Sida - ONUSIDA.** 2015. Hechos y cifras: el VIH y el SIDA. [En línea] [Citado el: 18 de Agosto de 2015.] <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures#notes>.
11. **Organización de las Naciones Unidas contra el SIDA – ONUSIDA.** 2013. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. [En línea] [Citado el: 21 de Mayo de 2015.] http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_es.pdf.
12. **Castro Á, Bermúdez M y Buela G.** 2015. Variables Relacionadas con la Infección por VIH en adolescentes inmigrantes Latinoamericanos. [En línea] [Citado el: 20 de Diciembre de 2015.] <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281921775004.pdf>.
13. **Centro de Enfermedades Contagiosas - CDC.** 2015. El VIH en los Estados Unidos: un Vistazo General. [En línea] [Citado el: 18 de Diciembre de 2015.] http://www.cdc.gov/hiv/spanish/pdf/spanish_library_hiv_at_Glance_US.p.
14. **MINSA.** 2012. Conocimiento de VIH e ITS. [En línea] [Citado el: 18 de Agosto de 2015.] <Http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/cap11.pdf>.
15. **Peru21.** 2013. Más de 37 mil casos de VIH en la capital. SEO, 2013, <http://peru21.pe/opinion/mas-37-mil-casos-vih-capital-2159317>.
16. **MINSA.** 2015. Dirección general de epidemiología. [En línea] [Citado el: 18 de Agosto de 2015.] Http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2015/mayo.pdf.
17. **Ministerio de Salud - MINSA.** 2011. Encuesta Global de Salud Escolar Resultados – Perú. [En línea] [Citado el: 18 de Diciembre de 2015.]

[Http://www.who.int/chp/gshs/GSHS_Report_Peru_2010.pdf](http://www.who.int/chp/gshs/GSHS_Report_Peru_2010.pdf).

18. **Panorama Cajamarquino.** 2009. Cajamarca reporta 117 casos de VIH – SIDA. [En línea] [Citado el: 18 de Agosto de 2015.] <http://www.panoramacajamarquino.com/noticia/cajamarca-reporta-117-casos-de-vih-%E2%80%93-sida/>.
19. **Ordoñez E.** 1995. SIDA en Chimà. ¡El SIDA en Chimà una relidad inocultable! [En línea] [Citado el: 09 de Marzo de 2016.] <https://mairespitia.wikispaces.com/file/view/Maire...+sida+en+chima!+Nuevo.docx>.
20. **Alonso A, Dapía M y et all.** 2013. Adolescentes en situación de conflicto social ante el VIH/SIDA en Galicia. [En línea] academia.edu. [Citado el: 2015 de Septiembre de 11.] http://www.academia.edu/10182430/Adolescentes_en_situaci%C3%B3n_de_conflicto_social_ante_el_VIH_SIDA_en_Galicia._Diferencias_seg%C3%BAAn_el_g%C3%A9nero. ISBN.
21. **Sánchez V.J.,** 2010. Conocimientos y actitudes acerca de las ITS y el VIH/Sida de los adolescentes varones en dos comunidades zonales de Chimbote-Perú. [En línea] [Citado el: 18 de Agosto de 2015.] <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/incres/v2n1/a14v2n1.pdf>.
22. **Leguía C, Niño E , Perales C y Díaz V.** 2011. Nivel de conocimientos sobre VIH / SIDA en una institución de José Leonardo Ortiz - Chiclayo. [En línea] [Citado el: 12 de Mayo de 2016.] <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD17005.pdf>.
23. **Arrasco J y Gonzales J.** 2012. Relación entre el Nivel de Conocimientos y las Prácticas Preventivas sobre Infecciones de Transmisión Sexual VIH-SIDA en estudiantes del 5º año de secundaria de la I.E Juan Miguel Pérez Rengifo. Junio - Agosto 2012”. [En línea] [Citado el: 18 de Diciembre de 2015.]
24. **Monteza G y Guevara J.** 2008. Nivel de Conocimiento y Actitudes de los adolescentes del cuarto y quinto año de secundaria frente a las infecciones de transmisión Sexual / SIDA de la zona urbana : Imprenta, Chota.

25. **Quintana E.** Tesis. Nivel de conocimiento de VIH/SIDA y uso de métodos anticonceptivos en alumnos(as) del Colegio Nacional San Juan”Chota, 2014”. Chota : Universidad Nacional de Cajamarca, 2014. 01.

26. **Sandoval S.** 2012. Teoría de Nola J. Pender. [En línea] [Citado el: 18 de Agosto de 2015.] http://es.slideshare.net/selene_sandoval/teora-de-nola-j.

27. **Barros T, Faginas A y Sipion F.** 2013. Escuela de la promoción de la salud. [En línea] wordpress.com. [Citado el: 2015 de agosto de 18.] <https://alejandroeuem.files.wordpress.com/2013/04/escuela-de-la-promocion-de-la-salud.pdf>.

28. **Delgado N.** 2007. Nivel de conocimientos acerca del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en los estudiantes del 5to año de secundaria de dos instituciones educativas de la UGEL N° 05. [En línea] [Citado el: 18 de Agosto de 2015.] http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2684/1/Delgado_rn.pdf.

29. **Locke J.** 2009. El conocimiento. Niveles y tipos de conocimiento. La filosofía de Locke. [En línea] [Webdianoia](http://webdianoia.com/). [Citado el: 18 de Agosto de 2015.] [Http://www.webdianoia.com/](http://www.webdianoia.com/).

30. **Santos F y Ojer F.** 2004. Metodología básica de investigación de enfermería : Ediciones Díaz de Santos, S.A. Albasanz, Madrid.

31. **Marx W.** 2005. Conocimiento empírico y científico. [En línea] [Citado el: 18 de Agosto de 2015.] <http://www.ingenieria.unam.mx/~guiaindustrial/solucion/info/3/2.htm>.

32. **Terrones E.** 2009. El conocimiento científico y su caracterización. [En línea] [Citado el: 18 de Agosto de 2015.] <http://eudoroterrones.blogspot.com/2009/03/el-conocimiento-cientifico-y->.

33. **Cervo A y Bervian P.** S/f. Naturaleza del Conocimiento Científico. [En línea] [Citado el: 18 de agosto de 2015.] http://medicina.udea.edu.co/programas/Curriculo_Nuevo/SalySoc/Nat_conoc_cient.doc.

34. **Vega C .** 2007. Integración de herramientas de Tecnologías de información. [En línea] Portales Colaborativos de trabajo como soporte en la administración del conocimiento. [Citado el: 18 de Diciembre de 2015.] <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2007/cavl/el%20proceso%20del%20conocimiento.htm>.
35. **Vásquez A.** 2009. El cambio como constante histórica. [En línea] [Citado el: 18 de Agosto de 2015.] <https://books.google.com.pe/books?id=pg3c6XBCqMYC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>.
36. **López F y Fuertes A.** 1999. Para comprender la sexualidad. [En línea] [Citado el: 9 de Mayo de 2016.] <http://www.prenatal.tv/lecturas/peru/PPEtesisIsabel.pdf>.
37. Micher M y Silva S. **1997**. Nivel de conocimientos y prácticas de riesgo para enfermedades de transmisión sexual : s.n. 68-73.
38. **ONUSIDA.** 2014. El informe de ONUSIDA revela que 19 de los 35 millones de personas que viven con el VIH en la actualidad desconocen que son VIH-positivas. [En línea] [unaids.org](http://www.unaids.org). [Citado el: 18 de Diciembre de 2015.] <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2014/july/20140716prgareport>.
39. **Cuéllar A, Garzón L y Medina L.** 2008. Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de una institución educativa distrital de Bogotá, segundo trimestre. [En línea] [Citado el: 16 de Marzo de 2016.] <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2008/DEFINITIVA/Tesis08.pdf>.
40. **Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF.** 2005. Guía rápida de consulta sobre VIH/SIDA y las ITS para jóvenes y adolescentes. [En línea] [Citado el: 15 de Mayo de 2016.] http://www.unicef.org/panama/spanish/Guia_VIH_ITS.pdf.
41. **Consejo de la Juventud de España.** 2012. Guía de prevención de la transmisión del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. [En línea] [Citado el: 18 de Diciembre de 2015.] <https://es.scribd.com/doc/288132830/4/VIAS-DE-TRANSMISION-Y-FORMAS-DE-PREVENCION>.

42. **UNICEF**. 2008. Manual de Alimentación y Nutrición, para niños, niñas, adolescentes y mujeres gestantes viviendo con SIDA. Bogotá. [En línea] [Citado el: 18 de Agosto de 2015.] <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/manualvihsidaysaludpub.pdf>.
43. **Moya M**. 2011. Manual CTO (8ava ed) : Editorial CTO, España.
44. **InfoSIDA**. 2012. La Infección por el VIH y su Tratamiento. [En línea] [Citado el: 20 de marzo de 2016.] https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/elvihysutratamientoquedebehaberusted_fs_sp.pdf.
45. **Quintana A y Hidalgo C**. 2003. La Salud de los adolescentes en la región andina. Acortando distancias entre proveedores de salud y adolescentes y jóvenes: Servicios de salud amigables en Bolivia, Ecuador y Perú : Advocates For Youth, Lima: IES y Washington D.C.
46. **Ajila A y Meza V**. 2010. "Conocimientos actitudes y prácticas sobre prevención de VIH – SIDA". [En línea] [Citado el: 18 de Diciembre de 2015.] <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/701/3/06%20ENF%20432%20TESIS.pdf>.
47. **MINSA**. 2009. Directiva Sanitaria para la Atención Médica Periódica a las/os trabajadoras/es sexuales y HSH . [En línea] [Citado el: 18 de Diciembre de 2015.] http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/archivo/Directiva_Sanitaria_AMP_final.pdf.
48. **MINSA** . 2012. Norma Técnica de Salud N° 091 -MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de salud de atención integral del adulto/a con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)". [En línea] [Citado el: 18 de Diciembre de 2015.] <http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20120717-MINSA-NT-Atencion-Adulto-VIH.pdf>.
49. **ABC color**. 2008. Es hora de romper el silencio. [En línea] [Citado el: 15 de Mayo de 2016.] <http://www.abc.com.py/articulos/es-hora-de-romper-el-silencio-1098135.html>.

50. **UNICEF.** 2005. VIH/SIDA. [En línea] Infancia y adolescencia en América Latina y el Caribe. [Citado el: 15 de Mayo de 2016.] <http://www.unicef.org/lac/infanciadolescencia.pdf>.
51. **Durán Strauch E y Valoyes E.** Perfil de los niños y niñas adolescentes sin cuidado parental en Colombia. [aut. libro] Niñez y Juventud Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales. 2009.
52. **UNICEF.** 2016. Un informe conjunto describe una escalada en la crisis de los huérfanos a causa del SIDA. [En línea] UNICEF HOME. [Citado el: 04 de Mayo de 2016.] <http://www.unicef.org/spanish/newsline/pr/2002/02pr43brink-sp.htm>.
53. **Gómez Marín A.** 2011. Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la sexualidad en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Técnica Perú BIRF "República del Ecuador" del distrito de Villa María del Triunfo. [En línea] [Citado el: 05 de Mayo de 2016.] http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3083/1/Gomez_ma.pdf.
54. **Jeddú Cruz H, Yanes Q, Isla V, Hernández G y Velasco B.** 2007. Anticoncepción en la adolescencia. [En línea] [Citado el: 05 de Mayo de 2016.] http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol18_1_07/end06107.htm.
55. **Caliri.** 2012. Anticoncepción. [En línea] [Citado el: 18 de Diciembre de 2015.] <http://es.catholic.net/op/articulos/17465/cat/280/anticoncepcion.html>.
56. **Katabian L, Oizerovich S y Paula C.** 2012. Métodos Anticonceptivos. Guía Práctica para profesionales de Salud. Argentina. [En línea] [Citado el: 21 de Mayo de 2014.] <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/b02/pdf/Guia-Pract-MAC-completa.pdf>.
57. **Navarro M y López A.** 2012. "Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras - Distrito de Morales. [En línea] [Citado el: 18 de Diciembre de 2015.] http://unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyextox/archivo_87_Binder1.pdf.
58. **MINSA.** 2014. Planifica tu futuro. [En línea] [Citado el: 18 de Diciembre de 2015.] <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/planfam/index.html>.

59. **Real Academia Española - Asociación de Academias de la Lengua Española.** 2015. Diccionario de la lengua española. [En línea] Edición del Tricentenario. [Citado el: 18 de Diciembre de 2015.] <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=procedencia>. Madrid: Espasa.
60. **Hernández R, Fernández C y Baptista P.** 2010. Metodología de la Investigación. Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa : Editorial McGraw-Hill, México. 5ta Ed.
61. **Peralta Abanto, Jackson M.** Actitud y Nivel de Conocimientos sobre VIH/SIDA de los alumnos de enfermería de la Universidad San Pedro Filial Cajamarca. Cajamarca : Monografía , 2012.
62. **Childress J y Beauchamp T.** 2013. Principio de autonomía y beneficencia. Dos principios en tensión. [En línea] bioeticaweb.com. [Citado el: 22 de Diciembre de 2015.] www.bioeticaweb.com/autonomasa-y-beneficiencia-dos-principios-en-tensiasn/.
63. **Osorio H.** 2000. Principios éticos de la investigación en seres humanos y en animales. [En línea] [Citado el: 05 de Mayo de 2016.] http://www.medicinabuenaaires.com/revistas/vol60-00/2/v60_n2_255_258.pdf.
64. **Ferro M, Molina L y Rodríguez W.** 2009. La Bioética y sus principios. Venezuela. [En línea] [Citado el: 30 de Diciembre de 2015.] [Http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/2/art26.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/2/art26.asp).
65. **Ávila J.** 2013. Confidencialidad de la información. [En línea] Innsz. [Citado el: 2015 de Septiembre de 11.] <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/confidencialidadInformacion.html>.
66. **Thai.** 2011. Medidas de rigor en investigación cualitativa y cuantitativa. [En línea] [Citado el: 20 de Marzo de 2016.] file:///C:/Users/SNAIDER/Downloads/THAI_S5_An%C3%A1lisisRigor_2012-2013.pdf.
67. **Toledo V, Navas P , Navas P y Pérez M.** 2002. Los adolescentes y el SIDA. [En línea] Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kouri”. [Citado el: 02 de Mayo de

- 2016.] http://www.bvs.sld.cu/revistas/mtr/vol54_2_02/mtr12202.htm.
68. **García A, Valdés V , Gutiérrez M, Pérez L , Aranda R.** 2011. Comportamiento sexual de riesgo de infección por VIH/sida en estudiantes de primer año de medicina. [En línea] [Citado el: 11 de Mayo de 2016.] http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000200016.
69. **Oliva E y Solís A.** 2015. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización el pacifico - Nuevo Chimbote. [En línea] [Citado el: 18 de Agosto de 2015.] <http://obstetricia.uladech.edu.pe/es/investigacion/finish/13-2013/113-conocimientos-y-actitudes-sexuales-en-adolescentes-de-la-urbanizacion-el-pacifico-nuevo-chimbote-2015>.
70. **I inversión en la Infancia.** 2010. 79 años de educación inicial en el Perú. [En línea] [Citado el: 05 de Mayo de 2016.] <http://inversionenlainfancia.net/blog/entrada/noticia/179/0>.
71. **Nomberto R.** 2009. Transformaciones religiosas en Lima Este. [En línea] [Citado el: 05 de Mayo de 2016.] <http://blog.pucp.edu.pe/blog/victornomberto/2009/03/29/transformaciones-religiosas-en-lima-este/>.
72. **Gender y Agadjanian V.** 2005. Religious involvement, and HIV/AIDS prevention in Mozambique. [En línea] [Citado el: 05 de Mayo de 2016.] <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v20n1/v20n1a06>.
73. **La estrella de Iquique.** 2004. Los espacios ganados por las mujeres. [En línea] [Citado el: 05 de Mayo de 2016.] <http://www.estrellaiquique.cl/site/apg/reportajes/pags/20040502013724.html>.
74. **Gómez E y Cogollo Z.** 2011. Conocimiento sobre VIH-SIDA en estudiantes de secundaria de Cartagena, Colombia Rev. Salud pública. [En línea] [Citado el: 18 de Agosto de 2015.] <Http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n5/v13n5a06.pdf>.
75. **Vásquez P y Et all.** 2010. "Conocimiento en VIH/SIDA y comportamiento sexual en estudiantes. Iquitos". [En línea] [Citado el: 18 de Diciembre de 2015.] <https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ca>

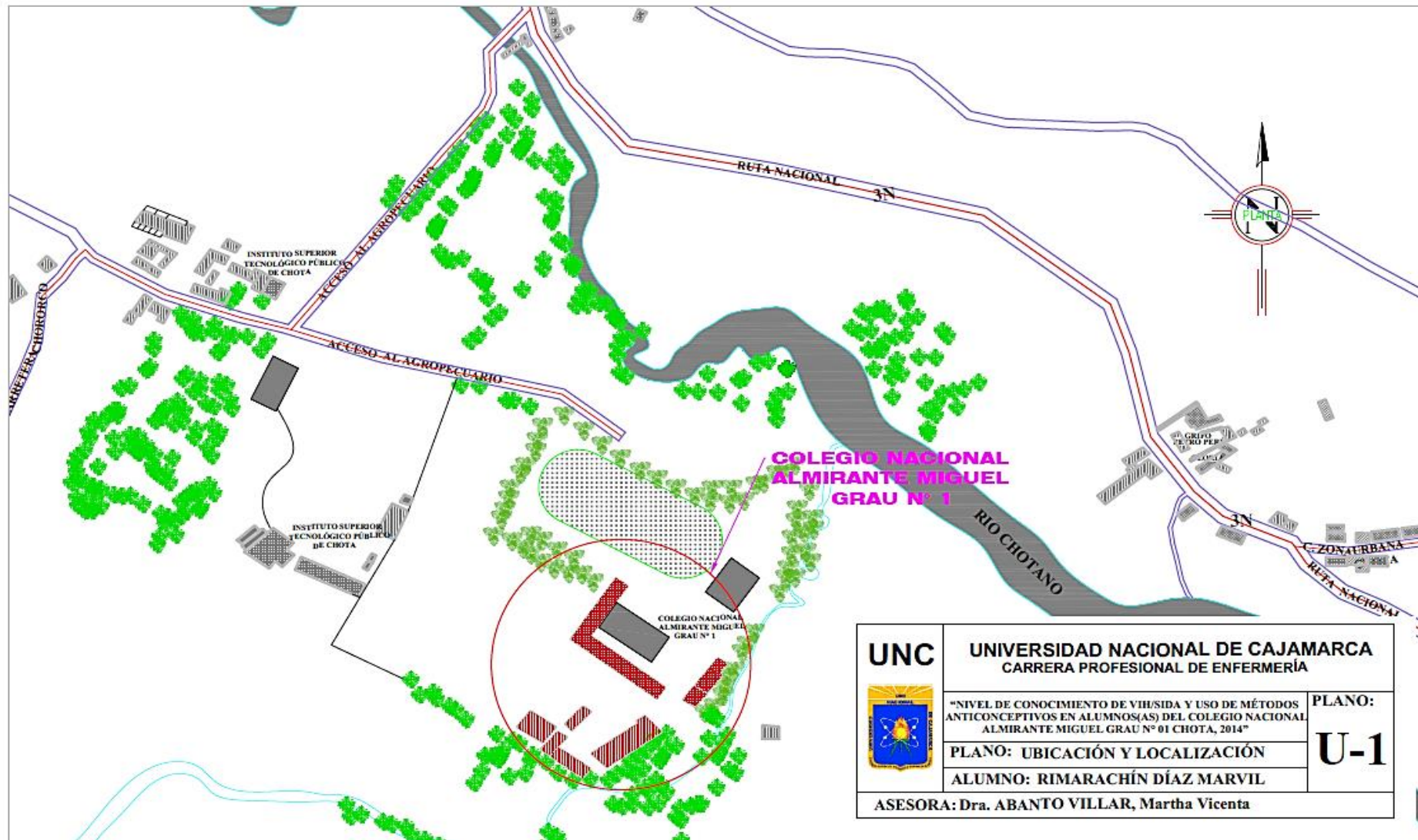
d=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiypI7Y9Y7KAhXBKyYKHfQYCycQFggfMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.unapiquitos.edu.pe%2Finvestigacion%2Foginv%2Fd escargas%2F2009%2FARTICULO%2520CIENTIFICO- DRA%2520PERLA%2520V.

76. **Dávila M, Tagliaferro A , Bullones X y Daza D.** 2008. Nivel de Conocimiento de Adolescentes sobre VIH/SIDA. [En línea] [Citado el: 10 de Marzo de 2016.] <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n5/v10n5a04.pdf>.
77. **Jerónimo C, Alvarez J, Carbonel J y Neira L.** 2009. Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria. [En línea] [Citado el: 15 de Marzo de 2015.] http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta_medica/2009_n3/a06v26n3.pdf.
78. **UNICEF.** 2011. Conocimientos, actitudes y prácticas en VIH y salud sexual y reproductiva (SSR) y uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) entre adolescentes. [En línea] Estudio realizado por Fundación Huésped y UNICEF Argentina. [Citado el: 12 de Mayo de 2016.] http://www.unicef.org/argentina/spanish/salud_comunica_Informe-UNICEF-FH.pdf.
79. **Sánchez M., Dávila R y Ponce E.** 2014. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. [En línea] [Citado el: 18 de Diciembre de 2015.] <http://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2015/af152b.pdf>.
80. **Dihigo M.** 2007. VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual. [En línea] Sld.cu. [Citado el: 18 de Agosto de 2015.] <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/teresadihigotesis3%5B1%5D.9.08.pdf>.
81. **Torres L.** 2011. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos e infecciones de trasmisión sexual en estudiantes de nivel secundario de la localidad de Villa Cañas. [En línea] [Citado el: 18 de Agosto de 2015.] <Http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111299.pdf>.
82. **García H, Rodríguez F y Castaño H.** 2000. Efectividad de las técnicas

- participativas en los conocimientos sobre el sida en adolescentes. [En línea] [Citado el: 12 de Mayo de 2016.] http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_5_00/mgi09500.htm.
83. **Kenjekeeva A.** 2014. Encuesta reveló desinformación sobre VIH-SIDA. [En línea] [Citado el: 18 de Agosto de 2015.] <http://www.ucr.ac.cr/noticias/2014/06/16/encuesta-revelo-desinformacion-sobre-vih-sida/imprimir.html>.
84. **Alba C, García R y Ochoa S.** Comportamiento sexual y uso del condón en estudiantes de la facultad de tecnología de la salud. Habana. [En línea] Agosto de 2015. [Citado el: 12 de Mayo de 2016.] http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602015000200007.
85. **Moscoso M, Rosario R y Rodríguez L.** 2001. Nuestra juventud adolescente: ¿Cuál es el riesgo de contraer VHI? [En línea] [Citado el: 16 de Marzo de 2016.] <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28435206>.
86. **Chávez S.** 2016. Debate: ¿Permitir el aborto para mujeres infectadas del zika? [En línea] [Citado el: 10 de Mayo de 2016.] <http://elcomercio.pe/opinion/colaboradores/debate-permitir-aborto-mujeres-infectadas-zika-noticia-1878131>.
87. **Arrasco A y Gonzales F.** 2012. Relación entre el Nivel de Conocimientos y las Prácticas Preventivas sobre Infecciones de Transmisión Sexual VIH-SIDA en estudiantes del 5º año de secundaria de la I.E Juan Miguel Pérez Rengifo Junio-Agosto 2012". [En línea] [Citado el: 10 de Mayo de 2016.] http://unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyextox/archivo_81_Binder1.pdf.
88. **MINSA.** S/F. Salud Sexual y Reproductiva. [En línea] [Citado el: 12 de Mayo de 2016.] http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/saludsexual.htm.

ANEXOS

Anexo N° 01. Plano de ubicación Colegio Almirante Miguel Grau N° 1 - Chota



ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., padre y/o Apoderado,
responsable directo del
alumno(a).....de.....años de edad,
manifiesto que se ha obtenido su asentimiento y otorgo de manera voluntaria mi
permiso para que participe en el trabajo de Investigación titulado “Nivel De
Conocimiento de VIH/SIDA y Uso de Métodos Anticonceptivos en Alumnos(As)
“Colegio Nacional Almirante Miguel Grau N° 01 de Chota, 2014”

Lugar y fecha.....

Nombre y Apellidos del padre o apoderado.....

.....
Firma o huella digital

ANEXO 3

ASENTIMIENTO INFORMADO

“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE VIH/SIDA Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ALUMNOS(AS) “COLEGIO NACIONAL ALMIRANTE MIGUEL GRAU N° 01 DE CHOTA, 2014”

Mi nombre es Marvil Rimarachín Díaz, egresado de la Universidad Nacional de Cajamarca y voy a realizar el estudio “Nivel de conocimiento de VIH/SIDA y uso de métodos anticonceptivos en alumnos(as) Colegio Nacional Almirante Miguel Grau de Chota, 2014”, para poder determinar y analizar el nivel de conocimiento de VIH/SIDA y el uso de métodos anticonceptivos.

Tu participación en este estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporcionas solo será de uso exclusivo para la investigación y será confidencial; lo que quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas un aspa (✕) en el cuadro de abajo que dice “Sí quiero participar”. Si por el contrario no quieres participar, déjalo en blanco.

Sí quiero participar

Nombre: _____

ANEXO 4

FORMULARIO

Nivel de Conocimiento de VIH/SIDA y su relación con el uso de métodos anticonceptivos en los alumnos(as) del tercero, cuarto y quinto grado de Educación Secundaria de la institución educativa “Colegio Nacional Almirante Miguel Grau N° 01 de Chota, Agosto – Diciembre, 2014.

Suplico responder con sinceridad las preguntas.

I. DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

FECHA: _____ **FORMULARIO N°** _____

GRADO: Tercero () Cuarto () Quinto () **SEXO:** F () M ()

EDAD: 14 años () 15 años () 16 años () 17 años ()
≥18 años ()

PROCEDENCIA: Urbana () Rural ()

RELIGIÓN: Católica () Nazareno () Adventista () Otros ()

II. CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA.

Selecciona la opción que consideres correcta

¿Qué es el SIDA?

1. Es una enfermedad que ataca al sistema inmunológico Si () No ()
2. Es lo mismo decir VIH que SIDA Si () No ()

¿Cómo se trasmite el SIDA?

3. A través de las relaciones sexuales con personas desconocidas. Si () No ()
4. Por tener relaciones sexuales con varias parejas Si () No ()
5. Por transfusión de sangre infectada con SIDA Si () No ()
6. Por pincharse con agujas contaminadas Si () No ()
7. Al hacerse tatuajes Si () No ()
8. Por compartir navajas de afeitar Si () No ()

9. Durante el embarazo Si () No ()
10. Por abrazos, caricias y besos Si () No ()

¿Cómo se previene el SIDA?

11. Usando siempre un preservativo en cada relación sexual. Si () No ()
12. Teniendo solo una pareja sexual. Si () No ()
13. Usando jeringas descartables para cada inyección. Si () No ()
14. No compartiendo objetos personales. Si () No ()
15. Asistiendo a sesiones educativas de prevención del SIDA en su institución educativa. Si () No ()
16. No manipulando objetos punzocortantes contaminados. Si () No ()
17. Exigiendo buen análisis de sangre de una transfusión sanguínea. Si () No ()
18. Los Síntomas iniciales del SIDA son baja de peso, diarrea y enfermedades constantes. Si () No ()

III. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES

1. Utiliza algún método anticonceptivo. Si () No ()
2. Indique Ud. ¿Qué métodos utilizaste en tu relación sexual?
- | | | | | | |
|--------------------|-----|------------|-----|----------------|-----|
| Coito interrumpido | () | Condón | () | Óvulos | () |
| Píldora | () | Inyectable | () | Por calendario | () |
| Temperatura | () | | | | |

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN