



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

“Norte de la Universidad Peruana”

Fundada por ley 14015 del 3 de febrero de 1962

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

“Año de la lucha contra la corrupción e impunidad”



**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN VIH/SIDA Y
COMPORTAMIENTO SEXUAL EN LOS ESTUDIANTES
DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

JUNIO-DICIEMBRE, 2019

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR EL BACHILLER

Chilón Castrejón Erling Maxuell

ASESOR DE TESIS

Mc: Ruiz Cotrina Milady

Cajamarca –Perú, 2019

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mi esposa, Gladys Giovana Rudas Castrejón e hijo, Diego Fabián Chilón Rudas que representan mi fortaleza para seguir adelante y así superar todos los obstáculos que se me presenten en el largo camino de la vida.

A mis padres Luis Chilón Tasilla y Graciela Castrejón Cubas por su apoyo incondicional, siempre alentándome a seguir adelante en el proceso largo de mi carrera universitaria.

A mis hermanos Jorge Luis Chilón Castrejón y Luis Fernando Díaz Castrejón con los que compartí momentos hermosos y difíciles en la vida.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por acompañarme y guiarme a lo largo de mi carrera y encaminarme para poder culminar mis estudios

Agradecimiento a mi asesora Milady Ruiz Cotrina por su apoyo incondicional en la elaboración de este trabajo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: PLAN DE INVESTIGACIÓN	9
1 EL PROBLEMA CIENTÍFICO	9
1.1 PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.4 OBJETIVOS	12
1.4.1 OBJETIVOS GENERAL	12
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	13
2.1. ANTECEDENTES	13
2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.	13
2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES	15
2.1.3 ANTECEDENTES LOCALES.....	17
2.2 ADOLESCENTES Y JÓVENES.....	18
2.2.1 SEXUALIDAD EN JÓVENES Y ADOLESCENTES	18
2.2.2. LA FAMILIA, ESCUELA Y LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA SEXUALIDAD DE LOS JÓVENES Y ADOLESCENTES.....	20
2.2.3 FACTORES QUE INCIDEN EN EL INICIO SEXUAL PRECOZ	21
2.2.4 INICIO DE UNA VIDA SEXUAL Y EL VIH//SIDA	24
2.3 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH).....	25
2.3.1 PATOGENIA	25
2.3.2 RESPUESTA INMUNE CELULAR.....	27
2.3.3 PERIODOS DE LA INFECCIÓN.....	27
2.3.4 VÍAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH.....	28
2.3.5 FACTORES DE RIESGO PARA ADQUIRIR EL VIH	30
2.3.6 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.	31
2.3.7 SIDA, INFECCIÓN AVANZADA POR EL VIH.....	32
2.3.8 DIAGNÓSTICO	32
2.3.9 TRATAMIENTO.....	34
2.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	35
2.5 HIPÓTESIS, FORMULACIÓN DE VARIABLES	36
2.5.1 HIPÓTESIS.....	36
2.5.2 VARIABLES.....	36
2.5.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	37

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	39
3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	39
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	39
3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN	39
3.4. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	40
3.5 PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	40
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	41
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	42
4.1 RESULTADOS.....	42
4.2 DISCUSIÓN	52
CAPITULO V: CONCLUSIONES.	56
VI. BIBLIOGRAFÍA.	57
ANEXO N° 01.....	65

RESUMEN

En la actualidad la infección por VIH/SIDA, representan un problema de salud pública en el grupo de la población joven y adolescente, puesto que este grupo, según estudios se expone a muchos riesgos para obtener experiencia en el ámbito sexual. **El objetivo** de este estudio fue determinar el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y si este afecta el comportamiento sexual en los alumnos de medicina humana. **Materiales y Método.** El diseño del estudio es de tipo transversal y correlacional. La población en la que se centra el estudio es en los alumnos de medicina humana de la Universidad Nacional de Cajamarca, de los cuales se logró ingresar al estudio a 162 alumnos. El instrumento utilizado fue la encuesta la cual contaba de dos partes, la primera evaluó el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y la segunda encuesta evaluó el comportamiento sexual, en total la encuesta consta de 39 ítems. **Resultados:** solo hay correlaciones directas bajas y significativas entre las dimensiones de conocimiento general y comportamiento afectivo y cognitivo encontrándose un p valor de 0.032 y 0.050 respectivamente sexual, en el comportamiento sexual y edad, los grupos de edad de 20 a 23 años superan 80%, en la dimensión cognitiva; y los mayores de 28 años superan el 80%, en la dimensión conductual, los pertenecientes al catolicismo ejercen menos prácticas sexuales riesgosas. **Conclusiones:** no hay relación entre conocimiento y comportamiento sexual, los que tiene menos edad se exponen a mas prácticas riesgosas, a mayor año académico se obtiene más conocimientos sobre VIH, el sexo masculino es el que más se expone a prácticas sexuales riesgosas.

Palabras claves: conocimiento, VIH/SIDA, comportamiento sexual,

SUMMARY

At present, HIV/SIDA infection presents a public health problema in the group of Young and adolescent, since this group, according to many risks to again experience in the sexual field. **Objetive:** of this study was to determine the level of knowlesge about HIV/SIDA and whether it affects sexual behavior in students of human medicine. **Materials and method.** The study desing is cross sectional. The población in which the study is centered is in the students of human medicine of the National University of Csajamarca, of which 162 student were admitted to the study. The instrument used was the survey which had two parts, the first evaluated the level of knowledge about HIV/SIDA and de second survey evaluted sexual behavior, in total the survey consists of 39 items. **Results:** there are only low and significant direct correlations between the dimensions of general knowledge and affective and cognitive behavior being a p value of 0.032 and 0.050 respectively sexual, in sexual behavior and age, the age groups of 20 to 23 years exceed 80%, in the cognitive dimension; and those over 28 years of age exceed 80%, in the behavioral dimension, those belonging to Catholicism exercise less risky sexual practices. **Conclusions:** there is no relation ship between knowledge and sexual behavior, those with less age are exposed to more risky practices, the greater the academic year the more knowledge about HIV is obtained, the male sex is the one that is most exposed to risky sexual practices.

Keywords: knowledge, HIV/SIDA, sexual behvio

INTRODUCCIÓN

El VIH es un microorganismo que ataca específicamente al sistema inmunológico trayendo como consecuencia la vulnerabilidad para infecciones oportunistas del ser humano, estadio que se conoce como SIDA.³⁰

El VIH en la actualidad se ha diseminado por todo el mundo representado una grave amenaza, poniendo en riesgo la salud de las personas, especialmente la de jóvenes y adolescentes, grupos considerados altamente predispuesto a la infección, ya que la mayoría inicia su vida sexual a temprana edad asumiendo muchos riesgos, además estos tienen poca información con respecto a las formas de transmisión o tienen relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias como drogas, licor.¹⁷

El estudio es para determinar si el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA tiene influencia en el comportamiento sexual de los alumnos de medicina humana. Teniendo en cuenta que esta población tiene más conocimientos sobre las infecciones infectocontagiosas. Existen estudios que demuestran que los alumnos de ciencias de la salud tienen un buen conocimiento sobre el VIH/SIDA, sin embargo, siguen asumiendo conductas riesgosas, pudiendo contagiarse de este virus, el periodo de latencia y el tiempo de inicio de los síntomas hacen más difícil la captación de estos pacientes, además estos sin saber que son seropositivos siguen infectando a otras personas.

CAPÍTULO I: PLAN DE INVESTIGACIÓN

1 EL PROBLEMA CIENTÍFICO

1.1 PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Una parte importante de la personalidad es la sexualidad, la cual está presente desde el nacimiento hasta la muerte, esta se manifiesta de diferentes formas en cada persona. La adolescencia y la juventud se caracteriza por cambios biológicos y psicológicos siendo estas etapas las más complejas además que son las más expuestas a diversas ITS y paternidad no deseada.¹

La OMS refiere que la adolescencia es la etapa que se da entre los 10 y 19 años caracterizado por cambios importantes en su sexualidad que según la manera que sean afrontados repercutirán de forma negativa o positiva en sus próximos años de vida.¹

Sin embargo, en la actualidad los jóvenes alcanzan la madurez sexual a edades muy tempranas, lo que tiene repercusión en su conducta sexual. Según estadísticas indican que el primer coito en ambos sexos ocurre uno o dos años después de la aparición de la menarquia y espermaquia (Morris,1992; Haffner,1995). Iniciar una actividad sexual sin tener una madurez cognitiva puede llevar a jóvenes a adoptar conductas de riesgo ya que presentan sentimientos de omnipotencia e inmortalidad exponiéndose a ITS, infección de VIH/SIDA o embarazos no deseados.¹

En nuestro país, en el año 2015, en los adolescentes de 12 a 18 años de edad, la cifra de ITS registrada en consultorio externo del MINSA fue del 0.9%, el 90.20% de ellas están registradas como una ITS no especificada. Entre los jóvenes de 19 a 29 años el porcentaje de ITS fue de 5.2% del total de casos atendidos en consultorio externo, 94.7% de ITS no especificada.

En los adolescentes, que tienen diagnóstico definido son, la sífilis con 39.6% de todos los casos, la infección por tricomonas del 22.5%, la infección por gonococo del 16.8% y la infección por el virus del herpes del 10.4% en la zona anogenital; y entre los jóvenes, la sífilis del 44.6% la tricomoniasis del 28.0% la infección gonocócica del 10.8 y la infección anogenital debido al virus del herpes del 9.8%.² Estas cifras no son nada alentadoras ya que existen estudios que muchos de estos contagios son por tener conductas sexuales sin preservativo o habiendo consumido licor o la promiscuidad, siendo estos vulnerables a las ITS.²

Entre el año 1983 y el 2016, se ha notificado un total de 65657 casos de VIH, y casos de SIDA un total de 34438 reportados. De los casos notificados de SIDA, el 2,6% cuando tenían entre 10 y 19 años de edad y el 29.3% cuando tenían 20 y 29 años de edad, la relación de casos de SIDA es de 2.8 hombres por mujer en la población en estudio.²

El VIH es considerado una epidemia en fase emergente, ya que el número de muertes que causa aumenta por cada año, esto porque el periodo de incubación del virus varía desde los 2 a 10 años, es por tal motivo que en la gran mayoría los adultos jóvenes detectados con la infección se contaminaron en la adolescencia, por tal motivo es lógico pensar que en ese lapso de tiempo los individuos portadores asintomáticos hayan contagiado a otras personas.²

En la realidad en la que vivimos este estudio pretende investigar el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y la influencia en el comportamiento sexual de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional Cajamarca desde el primer año a sexto año de estudios de enero-diciembre, 2019.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y el comportamiento sexual que tienen los alumnos de la facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Cajamarca. Enero - diciembre, 2019?

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Existen estudios que demuestran que el conocer sobre los métodos de protección sexual no garantiza su uso, pues la mayoría de adolescentes y jóvenes tiene conocimiento sobre las diferentes estrategias, sin embargo, los estudios demuestran que se presentan altos .que presumiblemente tienen los estudiantes de medicina y el desarrollo de actitudes y comportamientos saludables en el área sexual y reproductiva. Demostrándose que a pesar de que los estudiantes tenían un alto conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva, su comportamiento no fue diferente al de otros jóvenes que tenían un nivel de conocimiento al respecto, por su parte Urrea et al. Encontraron resultados similares.³

Otros estudios demuestran los factores que intervienen en estas prácticas sexuales sin protección son: que el uso de preservativos disminuye el placer sexual, o que no lo usaban porque se les olvidó en el momento, otros referían que había más placer bajo el efecto del alcohol o algún estupefaciente.⁴

Es por eso, que a través del presente estudio se tratará de identificar y describir los conocimientos del VIH y comportamiento sexual de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Cajamarca, además de identificar los puntos más vulnerables de los estudiantes relacionados con los conocimientos y actitudes que poseen acerca de VIH/SIDA.

La gravedad del problema, las conductas sexuales riesgosas que asumen los adolescentes y jóvenes, el tiempo prolongado de inicio de síntomas de la infección hace que sea importante monitorear a esta población vulnerable.

1.4OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVOS GENERAL

- Determinar si el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA influye en el comportamiento sexual que tienen los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Cajamarca. Enero - diciembre, 2019.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las actitudes sobre las vías de transmisión sexual del VIH/SIDA de los alumnos de medicina humana de la Universidad Nacional de Cajamarca
- Determinar la edad de inicio de las relaciones sexuales, así como el comportamiento sexual en grupo de edades en los alumnos de medicina humana de la Universidad Nacional de Cajamarca
- Identificar si los factores sociodemográficos intervienen en el actuar de las relaciones sexuales de los alumnos.
- Determinar el grupo de edad y sexos mayormente expuestos a prácticas sexuales de riesgo
- Determinar el grado de conocimientos sobre VIH/SIDA que tienen los alumnos de medicina humana en relación al grado académico por el que cursan.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.

Ana Fernández V. et.al. Comportamiento sexual de estudiantes de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Influencia del rol de género en las conductas de riesgo. En un estudio descriptivo y transversa, desarrollado. entre octubre y marzo de 2017 en la Facultad de Ciencias Medica de Cienfuegos. Obteniendo un universo integrado por 255 estudiantes femeninas y 232 masculinos. La muestra fue aleatorio simple y quedó conformada por 83 estudiantes femeninas correspondiente a un 32%, y 64 masculinos (28%)

Determinaron que la edad de inicio de las relaciones sexuales se presentó con mayor frecuencia entre 15 y 16 años con un 25,2%, 13,6% corresponde las edades entre 17 y 18 años. 9 masculinos (6,2%) iniciaron entre los 11 y 12 años. EL mayor porcentaje de iniciación a edades muy tempranas (11-12, 13-14) correspondió a los varones. Además, encontraron en su estudio que 72 estudiantes (49%) refirieron el uso de preservativo siempre en sus relaciones sexuales, sin embargo, 52(35.4%) refirieron su uso “a veces y 23(15.6%) nunca lo usaron”.⁴

Velo-Higueras et al. Jóvenes y VIH. C conocimiento y conductas de riesgo de un grupo residente en España, 2018. En su estudio descriptivo transversal realizado mediante encuesta virtual y formato en físico. Se encuestó a personas entre 15 y 36 años en un total de 241 jóvenes no infectados por VIH en España, los cuales fueron reclutados por muestreo incidental mediante el método de bola de nieve. Se encontró que con respecto al conocimiento de las vías de transmisión del VIH se indica que 4.6% de los encuestados señalaron que la transmisión del VIH ocurre al compartir lavados o bebiendo del vaso de alguien infectado, y un 17.8% que una vía puede ser por picadura de mosquito.

100% al tener relaciones sexuales. Sin embargo, se encontró que menos de la mitad de los jóvenes indicaron que utilizan el preservativo en todas sus relaciones sexuales (40.9%).

Silvia-Fhon et.al. Nivel de conocimiento y comportamiento de riesgos relacionado con infecciones de transmisión sexual entre adolescentes mujeres. México 2014. El estudio fue de abordaje cuantitativo, tipo descriptivo de corte transversal, en sexo femenino de edades entre 12 y 19 años sexualmente activas. Se obtuvo una muestra de 286 participantes. Se determinó que hubo un desconocimiento mayor sobre los síntomas de las ITS; ya que solo el 54.2% los conocen; el 62.2% conoce que algunas ITS tienen cura, el 65% conocen los métodos para prevenir las ITS; en cambio, el 90.0% sabe la definición de una ITS y las formas de contagio. Y solo el 88.1% usa preservativo.⁵

Diaz Montes et.al. conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes de una universidad en Cartagena-Colombia, 2014. realizaron un estudio descriptivo de corte trasversal, en la que se obtuvo una muestra definitiva de 919 estudiantes. Se utilizó dos instrumentos como encuestas que son: la escala de conocimiento en VIH (ECOVIIH) y encuestas sociodemográficas. En este estudio, se obtuvo como resultado, en cuanto al conocimiento sobre VIH: solo en 11,4%(105) se ubicaron en la categoría de buenos conocimientos, el 70%(632) se encuentra en la categoría de conocimientos regulares y finalmente el 19.8% tienen conocimientos deficientes, se observó que los estudiantes de medicina, auxiliar en salud oral y enfermería obtuvieron el mayor promedio en relación al conocimiento sobre VIH.⁶

Grisales Romero Hugo et.al. Factores asociados a las prácticas sexuales de riesgo en estudiantes de colegios públicos y privados de la ciudad de Medellín, (Colombia)2011. En una muestra de 544 estudiantes entre 14 y 17 años de colegios en Medellín, calculó la prevalencia de las prácticas sexuales de riesgo, su asociación con otras

variables mediante la prueba de chi-cuadrado de independencia y, por último, cuál de las anteriores explicaban conjuntamente dichas prácticas mediante una regresión logística incondicional. Se encontró que la proporción de prácticas sexuales de riesgo fue del 83%(IC:95). Además, que estas prácticas sexuales peligrosas aumentan a medida que aumenta la edad. El 83.7% refiere que el uso de preservativo permite prácticas sexuales más seguras y el 86.8% consideran que el uso de preservativo es incómodo porque hay menos placer. Se encontró que los estudiantes que aceptan el consumo de alcohol o drogas por que facilitan las prácticas sexuales, al igual quienes manifestaron que disfrutaban más cuando están bajo el efecto de dicha sustancia, tienen una mayor proporción de prácticas de riesgo, comparados con aquellos que manifestaron estar en desacuerdo con estas creencias.⁷

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Bermudez et.al Conducta sexual y realización de la prueba del Virus de Inmunodeficiencia Humana en jóvenes que estudian en la universidad en Cuzco(Perú),2017. Participaron 1377 estudiantes universitarios de diversas instituciones de educación superior de Cuzco. El rango de edad era de 16-30 años. Se realizó un cuestionario sobre conducta sexual y realización de prueba de VIH. De la muestra se consideró un nivel de confianza de 97% con un error de estimación de 3%. en este estudio se encontró que: usaron preservativo en la primera experiencia sexual vaginal en varones 48.9%(194) y mujeres 45.6%(149). Usaron preservativo en el primer sexo anal en varones 51%(72) y en mujeres el 30.9%(21), usaron preservativo en el primer sexo oral en varones18.2%(43) y en mujeres el 17.4%(28). También se encontró que el principal motivo de no realizarse la prueba de VIH era la percepción de seguridad de que no se tenía el virus, seguida de que nunca se lo habían planteado.⁸

Carlos Reynaga. Evaluación del impacto de una campaña de prevención del VIH e ITS en adolescentes del Perú-Iquitos, 2018. El estudio fue descriptivo de tipo transversal. La muestra del estudio fue de 440 estudiantes de ambos sexos de los cuales 52% fueron varones y 48% fueron mujeres con una edad media de 16 años. Los participantes fueron estudiantes del 5to año de educación secundaria de la ciudad de Iquitos. Se determinó que el 52.5% de los adolescentes sexualmente activos afirmó que en su última relación sexual utilizó preservativo como método de protección, pero se puede observar que el 25,1% de estudiantes no utilizó ningún método de protección. También se observa que los adolescentes que no utilizaron preservativo en su última relación sexual se debieron a que no tuvieron uno a la mano 28%. Un 18.7% afirmó que estuvo bajo los efectos de drogas y un 6,4% alcohol.

Respecto a las actitudes relacionadas específicamente al Sida indican que la mayoría presenta una actitud desfavorable (59.5%) es indiferente frente a la epidemia (32.4%). Indicando que el VIH es un asunto de homosexualidad o un castigo de la vida desordenada.⁹

Gomez Orbegoso y Alonzo Gervacio. Conocimiento sobre VIH/SIDA y prácticas sexuales en adolescentes. Trujillo, 2018. Realizaron un estudio de tipo descriptivo transversal. La muestra lo conformaron 101 adolescentes de 14 a 19 años matriculados en una institución educativa en la ciudad de Trujillo. se determinó el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA que el 14.9% (15) tenían un nivel de conocimiento bajo, el 53.5% (54) tenían un nivel de conocimiento medio y que el 31.6% (32) tenía un nivel de conocimiento alto. También se encontró que en relación al nivel de conocimiento de VIH/SIDA y las prácticas sexuales se encontró que: de los que presentan un nivel de conocimiento bajo el 11.9% (12) ejercen prácticas sexuales inadecuadas y 3.0% (3) ejercen practicas adecuadas, que de los que tienen un nivel de conocimiento medio el 37.6% (38)

ejercen prácticas sexuales inadecuadas y el 16%(16) ejercen prácticas sexuales adecuadas, de los que presentan un nivel de conocimiento alto el 17.6%(18) ejercen prácticas sexuales inadecuadas y el 13,9%(14) ejercen prácticas sexuales adecuadas.¹⁰

2.1.3 ANTECEDENTES LOCALES

Arévalo flores y Terrones Pastor. Nivel de conocimientos, actitudes y practicas sobre VIH/SIDA, en estudiantes de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. Cajamarca.2017. realizaròn un estudio observacional transversal en los que se obtuvo una muestra de 250 alumnos de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. En el estudio se encontró que 74% de los estudiantes utiliza el preservativo como práctica de prevención de VIH, 5% no lo utilizan y un 18% no respondió la pregunta.¹¹

Delgado Chávez y Medina Vásquez. Nivel de conocimiento y medidas preventivas sobre infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA según factores socio demográficos de los estudiantes de la UNC-CHOTA.2013. se realizó un estudio descriptivo, analítico, correlacional, transversal. En donde se encuestó a 98 estudiantes de la UNC-CHOTA. encontrándose. En cuanto al nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA se determinó que 30.6%(30) tienen un nivel de conocimiento deficiente, el 59.2(58) tiene un nivel de conocimiento regular y el 10.2%(10) tiene un nivel de conocimiento bueno, de los cuales el 22.4%(22) practican medidas preventivas contra el VIH/SIDA deficientes, el 69.4%(68) practican medidas preventivas regulares y el 8.2%(8) practican medidas preventivas buenas.¹²

2.MARCO TEÓRICO

2.2 ADOLESCENTES Y JÓVENES.

2.2.1 SEXUALIDAD EN JÓVENES Y ADOLESCENTES

La Organización mundial de la salud (OMS) establece que la adolescencia es la etapa entre los 10 y 19 años y la juventud inicia en el periodo entre los 19 y 25 años, para (Dávila León) las categorías de adolescencia y juventud frecuentemente son utilizadas como si fueran sinónimos o denominaciones distintas de un mismo grupo de población.¹³

La adolescencia es una etapa bien definida del ciclo vital humano, caracterizada por cambios biológicos, sociológicos y sociales. Considerada como una de las etapas más sanas de la vida, así como una de las más complejas.¹⁴ Es frecuente, que esta etapa conlleve cierta inestabilidad, provocada por la búsqueda de los cambios y la lógica readaptación a los mismos.¹⁴

Los cambios fisiológicos más importantes son: desarrollo de caracteres sexuales secundarios, la maduración de testículo y ovario, desarrollo de glándula suprarrenal, aumento de la masa ósea, grasa y muscular, de la misma forma se alcanzan objetivos psicosociales necesarios para incorporarse a la vida adulta, los adolescentes en su gran mayoría logran superar esta fase sin problemas.

La mayoría de los problemas de salud en la adolescencia son consecuencia del comportamiento y hábitos que inician en este periodo algunos con grave consecuencia para su vida actual y futura: accidentes, lesiones, violencia, problemas familiares con los padres, consumo de drogas, conductas sexuales riesgosas, alteraciones mentales y del aprendizaje; la mayoría de estos problemas se puede prevenir con apoyo de los profesionales sanitarios.¹⁵

La juventud se encuentra delimitada por procesos biológicos y sociales, que no solamente se refiere a la capacidad de reproducción de la especie, sino a las tensiones derivadas de la posición del joven en relación a la reproducción de la sociedad.¹³

J. Cornelli refiere que se puede entender a la sexualidad como un proceso evolutivo durante la adolescencia dividiéndola en tres periodos.¹⁶

- La pre adolescencia: se caracteriza porque no hay una preocupación física y psíquica por la sexualidad.
- Adolescencia temprana: se caracteriza por, preocupación por los cambios puberales, deseo, amistades del mismo sexo, curiosidad sexual, etapa de enamoramiento, fantasías sexuales.
- Adolescencia media: se logra la maduración sexual. Se produce una energía sexual alta, por lo que le dan mayor importancia al contacto físico y sexual, acercamiento al sexo opuesto y conductas de riesgo.
- Adolescencia tardía: se logra la identidad sexual adulta, capacidad para la intimidad, conducta sexual menos explosiva, más expresiva, y preocupación acerca de la paternidad

Actualmente los jóvenes inician su vida sexual desde edades muy tempranas, por lo que es ilógico esperar que dejen las actividades sexuales para etapas posteriores del desarrollo.¹⁷

En la adolescencia y la juventud, la exploración de la sexualidad juega un papel muy importante para el desarrollo físico y emocional de las personas. Por ello, en esta etapa vital es importante adquirir nuevos cuidados y hábitos saludables. Además, es necesario garantizar a adolescentes y jóvenes el derecho a la información y el acceso a servicios de salud e insumos de prevención.¹⁸

Para F. López Sánchez, los jóvenes adolescentes tienen mucha información, podría decirse que les llega demasiada información sexual a través de amigos, medios de comunicación, familiares. Sin embargo, esta información no es eficaz en numerosos casos, por lo que, hay una clara contradicción entre los conocimientos que tienen y su conducta sexual.¹⁹

En lo referente a conocimientos, carecen de información legitimada, por la familia, la escuela, y los profesionales de la salud, por lo tanto, no la pueden usar abiertamente, con libertad y la usan de manera furtiva o no la usan.¹⁹ Muchos de los problemas que se presentan en los jóvenes y adolescentes están asociados al inicio temprano de las relaciones sexuales, múltiples parejas, no uso de anticonceptivos ni prácticas de sexo seguro, consumo de alcohol y otras drogas ilícitas, teniendo consecuencias como: embarazos no planificados ni deseados, riesgos de contagio de ITS, etc.¹⁷

2.2.2. LA FAMILIA, ESCUELA Y LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA SEXUALIDAD DE LOS JÓVENES Y ADOLESCENTES

La familia tiene un rol importante en la determinación del comportamiento sexual de sus integrantes especialmente en los jóvenes.²⁰ la familia debe de hablar abiertamente con los hijos de estos temas y ofrecerles una primera información sobre ellos, la familia tiene el deber y el derecho de transmitirle los valores en que creen, salvo fundamentalismos, pero no deben negarles información básica a los hijos. Como, por ejemplo: darles consejos.¹⁹ también transmitirles concepciones, acciones y comportamientos sobre sexualidad, sin dejar de lado la supervisión parental, entendiendo a esta, como el conocimiento que los padres tienen sobre las actividades de sus hijos fuera de la casa. Cultivando la aceptación parental, la cual consiste en las formas de relación entre padres e hijos, percibidas por estos últimos como cálidas, reflejándose en conductas físicas, verbales y simbólicas. Al

respecto el apoyo parental hace referencia a la cantidad de soporte y cariño que manifiestan los padres hacia sus hijos.²⁰

En el contexto escolar, se debe ofrecer una información sobre los temas de sexualidad como: anatomía, fisiología sexual y de la reproducción, afectos sexuales y sociales: deseo atracción, apego, enamoramiento, anticoncepción, etc. Sin embargo, la escuela debe respetar los valores de la familia y de cada alumno.¹⁸ Se considera que el tipo de educación al que pertenecen los adolescentes, es un escenario significativo en la toma de decisiones respecto al inicio de la actividad sexual.²⁰ por el lado de las universidades pueden convertirse en promotoras de la salud, incorporando este aspecto a su proyecto educativo y laboral, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de los estudiantes.¹⁷

Los profesionales de la salud, deberían incluir en sus entrevistas y en sus relaciones con los menores esta temática, en un clima de confianza, sin la presencia de los padres, de forma que les permita hablar con libertad y pedir información concreta y ayuda.¹⁹ Los servicios de salud complementan las intervenciones realizadas en otros sectores, pero es frecuente que los jóvenes no los utilicen.²⁰

Las acciones mas importantes para la prevención del VIH entre los jóvenes son los que fortalecen la capacidad para poder evitar una ITS, entre ellos la información y la consejería. Los que reducen los riesgos, en particular proporcionando preservativos en intervenciones en materia de reducción del daño, y los que ofrecen diagnóstico y tratamiento para las ITS y el VIH.²¹

2.2.3 FACTORES QUE INCIDEN EN EL INICIO SEXUAL PRECOZ

Según algunos estudios realizados, el inicio de la vida sexual de los adolescentes inicia cada vez temprano, reportándose un promedio de edad entre los 13 a 15 años.²⁰ Según

UNICEF de cada nueve mujeres de 15 a 24 una tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años (13%) mientras que en países como Paraguay, Perú, Bolivia, este valor superaba el 13%.¹⁸ Según Olivera Carmenate manifiesta que en la provincia de Camaguey (Cuba) los adolescentes tuvieron su primer contacto sexual entre los 12 y 14 años.²²

A. **GÉNERO:** En la actualidad los diferentes estudios coinciden en que la actividad sexual entre chicos y chicas se tiende a igualar, dándose una androgenización del comportamiento, es decir, las mujeres se acercan más al estereotipo del comportamiento de los varones, particularmente en contextos sociológico, económicos y educativos igualitarios (García Vega, Méndez Robledo 2010)

También está cambiando las relaciones sexuales en cuanto a quien toma la iniciativa sexual. Hasta hace unos años el varón era el que la tomaba, pero en los últimos años recientes se ve como cada vez son las mujeres las que toman la iniciativa.²³

B. **PAREJA SEXUAL:** La masculinidad atraviesa por la posibilidad de tener relaciones sexuales con varias mujeres, por lo que les es más difícil tener relaciones más estables, ya que el objeto principal es tener varias mujeres para poder comentarlo a otros hombres. En cambio, en la femineidad, no es una necesidad establecer una unión consensual en la adolescencia, ya no es un ideal, sino que se busca en otro momento de su vida.²⁴

C. **EDUCACIÓN SEXUAL:** Se observó que el conocimiento que tienen los adolescentes es insuficiente y distorsionada, ya que la información que reciben se limita a los aspectos más básicos de la sexualidad, identificando la sexualidad con sexo y genitalidad. Es decir, no relacionan la sexualidad con el amor, comunicación de pareja, responsabilidad interpersonal.²⁴

Cordova S. reportó que de 40 adolescentes que recibieron información acerca de métodos anticonceptivos y planificación familiar, el 71% tuvo su primera relación sexual entre los 16 y 18 años, a diferencia de los que no recibieron información tuvieron su primera relación sexual entre los 13 y 15 años. Por lo tanto, a mayor información mayor posibilidad de tomar decisiones sobre su vida sexual, a menor información mayor posibilidad de mantener mitos y tabúes.²⁴

La estructura familiar y el nivel de control y supervisión parenteral son factores importantes que moldean el comportamiento de los adolescentes incluyendo el comportamiento sexual (Mendez Tavares 2010), los amigos y el grupo de pares también intervienen en las ideas, intervenciones y conductas de los adolescentes, las creencias y la religión también moldean las prácticas sexuales y reproductivas.²⁵

D. CONSUMO DE SUSTANCIAS. En un estudio realizado para identificar los factores de riesgo asociado al inicio de la actividad sexual en adolescentes mujeres estudiantes de secundaria en La Paz. Se demostró que el consumo de sustancias y la preferencia por actividades sociales están fuertemente relacionadas con el inicio de su actividad sexual. Siendo este hábito el principal factor de riesgo para el inicio de su actividad sexual. Un adolescente que consume alcohol tiene 5 a 7 veces más probabilidades de iniciar su actividad sexual tempranamente que otra que no está expuesta a este hábito.²⁴

UNICEF determinó que el inicio temprano de relaciones sexuales es característico en las zonas rurales y de hogares pobres o con bajo nivel educativo. las mujeres jóvenes de estratos desfavorecidos que habían tenido su primera relación sexual antes de los 15 años triplicaban, en relación, a las que pertenecen a los estratos más prósperos.¹⁸

2.2.4 INICIO DE UNA VIDA SEXUAL Y EL VIH//SIDA

Se identificó que los inicios de las relaciones sexuales tempranas son caracterizados por la ausencia de medidas de protección y múltiples parejas sexuales, esto aumenta el riesgo de contraer alguna ITS o VIH, embarazos no deseados, baja autoestima.²⁶

Un conocimiento amplio sobre VIH/SIDA significa identificar correctamente las dos maneras primordiales de prevenir la transmisión sexual del VIH (usar preservativo y tener relaciones sexuales con una pareja monógama sin infección), saber que una persona de aparentemente saludable puede estar infectada con VIH y transmitir así la infección. Lamentablemente, no existe diferencias significativas en el uso de preservativo entre quienes tienen conocimiento sobre las vías de transmisión de VIH y quienes no.¹⁸

Las investigaciones revelan que el conocimiento sobre la sexualidad y la prevención del VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes es superficial y no llevan a un cambio de actitudes o a conductas efectivamente protegidas en todas las relaciones sexuales. Se ha reportado que el 30% de personas portadores de VIH en el grupo de edad de 20 a 29 años se infectó en la adolescencia, esto porque el periodo de seroconversión de VIH y la manifestación clínica del SIDA es de dos y once años.²⁷

Víctor Soto en su estudio, factores asociados al no uso de condón. Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo. Encontró que: de un total de 393 personas encuestadas, 230 no usaban preservativo y 169 si lo usaban. El uso de preservativo no fue considerado, en la primera relación sexual, en 56% del total de encuestados siendo la mayoría en mujeres (74%) que en los varones (42%). Dentro de las respuestas por las que no usan preservativo se encontró: falta de disponibilidad del condón en el momento del coito, disminución del placer, relación amorosa con la pareja, perdida del romanticismo,

interferencia con la relación sexual, uso de otro método anticonceptivo, falta de control, se olvida de protección cuando están bajo efectos del alcohol.²⁸

Según UNICEF en el Perú los casos actuales (31 de marzo 2018) de VIH en la población de 10 a 19 años llega a 7128, se considera que la cifra es mucho mayor debido a que existen casos que no son notificados por las limitaciones o barreras que tiene la población adolescente para acceder a la prueba de tamizaje para la detección de VIH; Por ejemplo: Vacíos normativos, limitada oferta de los servicios de salud, temor a la estigmatización por parte de la sociedad. El informe concluye que los adolescentes son los más afectados por la epidemia del VIH.²⁹

2.3 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH)

El virus de la inmunodeficiencia humana infecta al sistema inmunitario, causando que se altere o anule su función, es decir, provoca un daño progresivo al sistema inmunológico, con la consiguiente inmunodeficiencia, por lo que el organismo se hace susceptible a infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) hace referencia a los estadios más avanzados de la infección por VIH, caracterizado por la presencia de infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH.³⁰

2.3.1 PATOGENIA

El VIH se originó como una zoonosis del Virus de Inmunodeficiencia de Simios (VIS), aproximadamente a principios del siglo XX en África y como consecuencia de la caza para alimentación de simios y monos por parte de los habitantes de esas zonas. El VIH-1 a partir de simios como chimpancés gorilas provenientes de África Central y el VIH-2 desde los monos verdes y tiznados originarios de África Occidental. Su posterior diseminación fue multifactorial, por fenómenos sociopolíticos, económicos y médicos,³¹ forma parte de la familia retroviridae, pertenecen al género Lentivirus, poseen

propiedades morfológicas y biológicas comunes. tienen como característica principal, un periodo de incubación prolongado que finaliza en enfermedad después de varios años.³²

Son virus ARN que mediante un ADN intermediario se logran replicar, esta replicación depende del ADN polimerasa o retrotranscriptasa, proveniente de ARN del virion. Este conjunto de enzimas permite transcribir información genética de tipo ARN a ADN.³³

La infección se inicia con la unión de la proteína GP120 del virus a la molécula CD4 localizada en la superficie de CD, linfocitos macrófagos, atrociitos. Sin embargo, esta unión es necesaria pero no es suficiente para la entrada del virus a la célula. La unión entre la proteína y molécula induce cambios conformacionales en la GP41, permitiendo así su unión a los correceptores ya sea CCR5 o CXCR4.esta unión provoca que la envoltura del virus esté más cerca de la superficie celular y de esta forma la unión de GP41, lo que habilita la entrada del virión a la célula.

El desmontaje viral induce procesos de activación de los linfocitos, algunos mediados por la ciclofilina a la cual se une la p24 de la càpside viral, si esto no se lleva a cabo se da un bloqueo a la entrada al virus.

La transcripción reversa del ARN viral a ADN está dada por la transcriptasa reversa con la ayuda de una ribonucleasa viral y se lleva a cabo en el citoplasma,³³

la integración al ADN celular del ADN viral de doble filamento que se forma durante la transcripción reversa se lleva a cabo por la integrasa viral, el ADN proviral se integra al genoma celular preferencialmente cerca de genes activados desde el inicio de la infección.

El ADN no integrado puede persistir en la célula, lo que se constituye en un factor de persistencia de la infección y dificulta la curación. La síntesis de ARN viral nuevo se lleva acabo de la manera regulada usando proteínas de la célula hospedera. Esta síntesis del ARN y de proteínas virales se ve reforzada por diversos factores externos

coinfecciones, citoquinas, y la activación celular. El empaque o acople final del ARN viral se localiza en el citoplasma y la maduración, el ensamblaje final, se lleva a cabo en la membrana celular, con la salida del virión maduro por gemación.³¹

2.3.2 RESPUESTA INMUNE CELULAR

En el inicio de la infección con VIH, los pacientes tienen gran cantidad de células T CD4 susceptibles ya que no tienen respuesta inmunológica específica hacia el VIH. Se da una replicación viral exponencial, los niveles plasmáticos de ARN del VIH pueden subir a más de 10^7 copias /ml, y los niveles de antígeno p24 pueden superar los 100pg/ml.³⁴

La primera señal de respuesta inmune frente al VIH es la aparición de reactantes de fase aguda incluyendo alfa-antitripsina y amiloide A sérico en tres a cinco días después de la transmisión. El aumento de la carga viral coincide con una explosión de interleucina 15, interferón alfa y macropartículas con superficie de fosfatidilserina, provenientes de la célula T CD4 infectada y activada sometida a apoptosis.³⁵

Con la aparición de los linfocitos T CD8 citotóxicos, los niveles de ARN en plasma caen precipitadamente y con ello los síntomas del síndrome retroviral agudo desaparecen.³⁴

Las células T CD8 también expresan las perforinas, lo que sugiere que también pueden eliminar células infectadas, varias de estas células pueden ser funcionalmente deficientes, pero muchas parecen ser efectivas en focos de regiones del virus que pueden mutar haciéndolo menos eficiente en su replicación.³⁵

2.3.3 PERIODOS DE LA INFECCIÓN

A. PRIMO INFECCIÓN O FASE AGUDA. Llamada así por los niveles altos de ARN viral en plasma en presencia de un test de Elisa negativo y/o western blot negativos o indeterminados.³⁵ la viremia en esta etapa alcanza valores muy altos,

los cuales aparecen aproximadamente después de 2 semanas desde la práctica de riesgo y dura de 3 a 4 semanas produciéndose la diseminación a órganos linfoides.³⁶

Inmediatamente después del contagio, el virus se replica en la mucosa, submucosa luego drena el tejido linfoide, por lo que no puede ser detectado en plasma, esta fase es denominada “fase eclipse o periodo de ventana”.³⁵

B. INFECCIÓN CRÓNICA O ASINTOMÁTICA: en esta fase los valores del virus en sangre disminuyen por debajo de los límites de detección, debido a la gran respuesta inmunológica (fase de seroconversión) por parte del huésped. Se da una competición entre el virus y el sistema inmune del huésped, el virus genera variantes virales para escapar del sistema inmune (fenómeno de escape) este periodo puede durar hasta 10 años, por tal motivo la cuantificación viral no se debe considerar como prueba diagnóstica.

C. APARICIÓN DEL SIDA: en esta etapa se da cifras de $CD4 < 200 \text{ cel/ul}$, además síntomas generalizados e infecciones oportunistas graves.³⁶

D. INFECCIÓN AVANZADA POR VIH: caracterizada por un recuento de células $CD4 < 50 \text{ células/ul}$.³⁷

Una ventaja de detectar la infección por VIH en fase aguda, es que permite el inicio temprano de la terapia antirretroviral que tiene varios beneficios conocidos y potenciales, incluida la reducción del riesgo de transmisión a otros.³⁷

2.3.4 VÍAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH

La transmisión depende de las propiedades biológicas del virus, su concentración en líquido biológico expuesto, del tipo de relaciones sexuales (anal la más riesgosa) el empleo de protección durante el acto sexual, el grado de susceptibilidad del hospedero.³¹

A. **VÍA SEXUAL:** es la principal vía de infección en el mundo. Incluye las relaciones heterosexuales, así como la penetración anal, vaginal, y el sexo oral; también se incrementa en los HSH, así como la presencia de algunas ITS al momento de las relaciones sexuales ^{33,38}

La transmisión de VIH entre hombres sexo con hombres (HSH) es generalmente más alta que entre parejas heterosexuales, en las parejas heterosexuales la transmisión hombre a mujer puede ser un poco más común que la transmisión de mujer a hombre. Y la transmisión de mujer a mujer solo se ha informado raramente.³⁸

B. **SANGRE Y HEMODERIVADOS:** Es una forma de transmisión a través de jeringas contaminadas, través de servicios sanitarios como transfusiones de sangre o algún hemoderivado, y en menor grado trabajadores de la salud que estén expuestos la infección en un accidente de trabajo, también se puede transmitir en la colocación de piercing, tatuajes ³²

Si bien hay una vigilancia epidemiológica en el uso de la sangre y sus hemoderivados, pero no es posible eliminar por completo la posibilidad de transmisión dada la existencia del periodo de ventana ³³

El riesgo de infección por VIH se ha estimado para diferentes tipos de exposición a una fuente infectada por el VIH.³⁸

- Transfusión de sangre: 9 infecciones por cada 10 exposiciones
- Uso compartido de agujas: 1 infección por cada 150 exposiciones
- Aguja percutánea: 1 infección por cada 435 exposiciones.
- Exposición de la membrana mucosa a la sangre: 1 infección por cada 1000 exposiciones
- Otra exposición: (mordedura) 1 infección por cada 25000 exposiciones.

C. **TRANSMISIÓN VERTICAL:** La transmisión se da en tres momentos: vía transplacentaria, durante el parto y la lactancia materna

El riesgo de transmisión al feto varía entre 15 y 45%, pero con la terapia antiretroviral esta tasa se puede reducir al 1%, se utilizan 3 drogas: nevirapina, zidovudina y lamivudina la cual se da a partir de las 14 semanas de gestación.

Realizar cesárea electiva a partir de las 39 semanas y administrar ziduvudina EV antes del parto. Algunos expertos recomiendan que se puede otorgar parto vaginal si la carga viral es indetectable³³

2.3.5 FACTORES DE RIESGO PARA ADQUIRIR EL VIH

A. **COMPORTAMIENTO:** referente a la actividad sexual en la adolescencia temprana, inconsistente uso de preservativo, consumo de alcohol y otras drogas, duchas vaginales rectales o enemas en preparación para el sexo anal receptivo (puede romper la barrera de la mucosa rectal).³⁹

B. **VIREMIA EN EL INDIVIDUO FUENTE Y VIH AGUDO:** una mayor carga viral en el individuo fuente que vive con VIH se asocia con un mayor riesgo de transmisión. Las cargas virales muy bajas no muestran riesgo de infección por VIH.

C. **FALTA DE CIRCUNCISIÓN:** La tasa de infección en hombres no circuncidados es más alta que la de los hombres circuncidados, esto porque hay una alta densidad de las células diana del VIH en el prepucio masculino, incluidas las células de Langerhans y macrófagos.³⁸

D. **ITS:** aumentan el riesgo de contraer y transmitir la infección por VIH, el riesgo es ampliamente reconocido para las ITS que cursan con ulcera genital.³⁸

E. **Otros:** Educación sexual inadecuada, pobreza, encarcelamiento, falta de seguro médico o acceso limitado a los servicios de salud, historia de trauma sexual, problemas de salud cognitiva o conductual.³⁹

2.3.6 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

A. **CURSO TEMPORAL:** el tiempo habitual desde la exposición al VIH hasta el desarrollo de los síntomas es de dos a cuatro semanas, aunque se ha reportado periodos de incubación de hasta diez meses. Es posible que la ruta de adquisición y la cantidad de inóculos del virus influya en el tiempo de pico de viremia.⁴⁰

B. **PRESENTACIÓN CLÍNICA EN ETAPAS DE LA INFECCIÓN TEMPRANA:** Esta etapa se caracteriza por fiebre, linfadenopatías, dolor de garganta, erupción cutánea, dolor mioalgia, artralgia, diarrea, anorexia, pérdida de peso en promedio 5 kilos y dolor de cabeza, sarpullido,⁴⁰ sin embargo hasta el 60% de las personas con infección temprana por VIH serán asintomáticas. Es en esta etapa en donde la replicación viral e infección de las células CD4 es rápida, llegando a determinarse niveles de ARN viral superior a un millón/ml.³⁷ Esta constelación de síntomas también se conoce como síndrome retroviral agudo^{35,40}, ninguno de estos hallazgos es específico para la infección aguda de VIH, pero ciertas características, especialmente la duración prolongada de los síntomas, mayor de 14 días, y la presencia de úlceras mucocutáneas sugieren el diagnóstico.⁴⁰

C. **INFECCIÓN CRÓNICA POR VIH:** este periodo se caracteriza por una estabilidad relativa del nivel viral y una disminución progresiva en el recuento de células CD4 en ausencia de terapia antirretroviral el tiempo promedio desde el contagio hasta un recuento de células CD4 < 200 células/ml es de aproximadamente 8 a 10 años.⁴⁰

Algunos pacientes presentan signos y síntomas generalizados inespecíficos como fatiga, sudoración, baja de peso, linfadenopatías generalizadas persistentes, candidiasis persistente, trombocitopenia, fiebre prolongada.³⁷

2.3.7 SIDA, INFECCIÓN AVANZADA POR EL VIH

Es el estadio final por la infección de VIH caracterizada por infecciones oportunistas y tumores raros. Se da una depleción notable de linfocitos CD4, y alta replicación viral,³³ el recuento de células CD4 < 200 células/ml o la presencia de uno de los siguientes síntomas independientemente del recuento de CD4:

Candidiasis de bronquios, candidiasis de esófago, cáncer de cuello uterino invasivo, coccidiomicosis diseminada o extrapulmonar, criptococosis extrapulmonar, enfermedad por citomegalovirus, encefalopatía, histoplasmosis, sarkoma de Kaposi, linfoma de burkitt, TBC pulmonar o diseminada, neumocistis yirovecii, neumonía recurrente, leucoencefalopatía multifocal progresiva, septicemia por salmonella, síndrome de desgaste atribuido al VIH³⁷

2.3.8 DIAGNÓSTICO

la respuesta inmunológica causada por el VIH luego de una intensa replicación viral, en el que aparecen altos niveles de ARN y antígeno P24 son seguidos de un incremento de anticuerpos anti-VIH primero del tipo IgM y luego del tipo IgG.⁴¹

El diagnóstico indirecto muestra la respuesta inmunitaria del infectado (pruebas rápidas, ELISA tercera generación, IFI, WB), los métodos directos muestran la presencia del virus o sus constituyentes (ELISA de 4ª generación, pruebas rápidas Ag/Ac, antigenemia p24)⁴¹

A. PRUEBAS DE TAMIZAJE.

- **PRUEBAS RÁPIDAS:** su tiempo de ejecución es de 20 minutos, no necesita equipamiento, tienen una calidad comparable con las pruebas de ELISA. Según la norma técnica en nuestro país, las pruebas rápidas son empleadas para un diagnóstico presuntivo de VIH.⁴¹

En el caso que el ensayo resulta reactivo y el establecimiento de salud contara con otra prueba rápida cuyos antígenos para atrapar los anticuerpos fueran diferentes a la primera, entonces se procederá a efectuarla y si el resultado reactivo persistiera, se considera que el individuo tiene un diagnóstico presuntivo de la infección por el VIH. En el caso de que no contara con otra prueba rápida para atrapar los anticuerpos fueron diferentes a la primera, entonces se procederá a un ELISA de 3ª o 4ª generación.⁴¹

- **ELISA:** caracterizado por una alta sensibilidad, cerca al 100% y una especificidad de 99.5%. en la actualidad solo se aceptan ELISA de 3ª y 4ª generación.⁴²

Si una de las pruebas rápidas resulta reactiva se puede efectuar un ELISA, si esta es reactiva, se realizará una segunda prueba, si una o ambas persistiera reactiva, se considerará que el individuo tiene un diagnóstico presuntivo de infección por VIH. El ELISA también puede desarrollarse como prueba de tamizaje. Sin embargo, estas pruebas requieren de una prueba confirmatoria. Si el ELISA resulta no reactivo, se considera que el individuo no está infectado, salvo que exista la presunción que este en el periodo de ventana.⁴¹

- **ANTIGEMIA p24:** es altamente específica, pero su sensibilidad no es óptima, por lo que se dan falsos negativos, limitándose su uso al diagnóstico precoz durante el periodo de ventana, por ello se incorporó al ELISA de 4ª generación.⁴¹
- **QUIMIOLUMINISCENCIA:** es más sensible que los ELISA por eso un resultado no reactivo es mas confiable y es muy específico, los resultados reactivos deben corroborarse mediante las pruebas confirmatorias.⁴¹

B. PRUEBAS CONFIRMATORIAS.

- **INMUNOFLORESCENCIA INDIRECTA (IFI):** su sensibilidad y especificidad es similar a la del WB, es más barata, el resultado se obtiene en menos tiempo y la técnica mas simple, por ello ha desplazado al WB. Su positividad da diagnóstico positivo de infección por VIH y la negatividad es definitiva de no infección, excepto cuando hay evidencia de exposición reciente y reiterada.
- **WESTERN BLOT** es altamente específica, pero por su alto costo se emplea básicamente para corroborar los resultados indeterminados de la IFI. En el Perú se utilizan los valores confirmatorios de CDC, que considera positiva la prueba de WB cuando aparecen la p24 mas (gp160, gp120 o gp41) o la p41 mas (gp160 o gp120).⁴¹
la transferencia detecta el anticuerpo igG contra el VIH-1, sin embargo, puede tomar hasta dos meses después de la adquisición de la infección de VIH para que la prueba se vuelva completamente positiva., si se considera el VIH-2 se debe solicitar una inmunotransferencia especial de VIH-2.⁴²

2.3.9 TRATAMIENTO

iniciar terapia antirretroviral en todos los pacientes independientemente de la etapa clínica. Los objetivos del TARGA son reducir la morbilidad y mortalidad relacionadas con el VIH y prevenir la transmisión de VIH a otras personas. Por lo tanto, el TARGA debería dar como resultado la supresión máxima del ARN viral. Generalmente se requieren tres fármacos activos de dos o más clases de fármacos.⁴³ los únicos individuos en los que no se prueban los beneficios de TARGA son la pequeña proporción de pacientes no tratados con recuentos conservados de células CD4 y ARN de VIH indetectables, denominados controladores de VIH.⁴³

2.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Conocimiento:** se refiere a la cantidad de información almacenada mediante la experiencia, aprendizaje, o a través de la introspección.¹¹
- **Actitud:** condición psicológica del individuo que se vincula con sus capacidades y posibilidad en el ámbito del aprendizaje.¹²
- **Sexualidad.** Aspecto central del ser humano, abarca el sexo, la identidad, los papeles de género, erotismo, placer, intimidad, reproducción la orientación sexual.
- **Sexualidad saludable:** implica maduración psicosocial y cognoscitiva.¹
- **Adolescencia:** periodo del desarrollo humano que va desde los 10 a 19, el cual se dan muchos cambios bilógicos y psicológicos en el individuo.²
- **Juventud.** Se refiere al periodo que abarca desde los 20 a 29 años en los cuales el individuo se preocupa por su futuro.²
- **VIH.** Es un retrovirus que causa inmunosupresión severa en el ser humano, llevándolo a la infección de por patógenos oportunistas.³⁰
- **SIDA.** Estadio de VIH que lleva al individuo a la inmunosupresión severa.³⁶
- **Periodo de ventana:** el tiempo que necesita el cuerpo en desarrollar anticuerpos para ser detectados mediante pruebas de laboratorio.³⁵
- **Vías de transmisión:** formas que facilitan la propagación de los microorganismos.³¹

2.5 HIPÓTESIS, FORMULACIÓN DE VARIABLES

2.5.1 HIPÓTESIS

- **HIPÓTESIS ALTERNA (H1):** existe relación altamente significativa entre el nivel de conocimiento de VIH/SIDA y el comportamiento sexual de los alumnos de medicina humana de la Universidad Nacional de Cajamarca.
- **HIPÓTESIS NULA (H0):** no existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento de VIH/SIDA y el comportamiento sexual en los alumnos de medicina humana de la Universidad Nacional de Cajamarca.

2.5.2 VARIABLES

- **VARIABLE INDEPENDIENTE:** nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA
- **VARIABLE DEPENDIENTE:** comportamiento sexual

2.5.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Conocimiento sobre VIH/SIDA	Se entenderá como el conjunto de ideas, conceptos, enunciados que tiene una persona y pueden ser claros, precisos, ordenados , vagos, e inexactos con respecto al objeto de estudio	Conocimiento sobre la transmisión de VIH/SIDA	Son las maneras o acciones en como una persona puede adquirir la infección. La cual se medirá con las preguntas: 6, 15, 16, 17, 18, 19 del cuestionario sobre nivel de conocimiento de VIH/SIDA
		Conocimiento sobre la prevención de VIH/SIDA	Son las acciones que una persona practica para evitar el contagio de VIH, la cual se medirá con las preguntas 03, 04, 09. Del cuestionario sobre comportamiento sexual ante el VIH/SIDA
		Conocimiento sobre conceptos generales de VIH/SIDA	Toda la información académica que se tiene sobre el VIH/SIDA. La cual se medirá en las preguntas: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 20 del cuestionario nivel de conocimientos de VIH/SIDA

comportamiento sobre las prácticas sexuales	Son los juicios evaluativos buenos o malos de un objetivo, de esta manera una actitud presenta lo favorable o desfavorable sobre lo que conlleva a tener a las personas comportamiento específicos hacia prácticas sexuales riesgosas.	Afectiva	Referente a los sentimientos evaluados como agrado o desagrado. la cual se medirá en las preguntas 13,14 y 15 del cuestionario sobre comportamiento sexual frente al VIH/SIDA
		Cognitiva	Referente a los conocimientos, ideas, opiniones, estereotipos, creencias y críticas. La cual se medirá en las preguntas 9, 11, 12, 13, 14, 15 del cuestionario sobre comportamiento sexual frente al VIH/SIDA
		Conductuales	Referente a la acción o tendencia de ella, dado por el reaccionar ante un objeto mediante comportamientos o prácticas. la cual se medirá en las preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10 del cuestionario sobre comportamiento sexual frente al VIH/SIDA

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

El diseño del estudio es de tipo transversal pues se realizará haciendo un corte en el tiempo, además es un estudio correlacional ya que se buscará determinar si existe relación o asociación entre ambas variables de estudio.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

- **POBLACIÓN:** La población en estudio está conformada por todos los alumnos de primero a sexto año de estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca del año 2019, siendo un total de 366 alumnos.
- **MUESTRA:** muestra poblacional, se logró entrevistar a un total de 163 alumnos

3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Alumnos que estudian en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca que participen voluntariamente en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estudiantes de medicina humana que se nieguen a participar del estudio.
- Que no se encuentren al momento de la toma de datos
- Sujetos que no respondieron más de la mitad de los puntos contenidos en el cuestionario.

3.4. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizará dos encuestas:

- la primera dirigida a evaluar los conocimientos básicos sobre VIH/SIDA en los alumnos de medicina la cual consta de 20 preguntas; cada pregunta respondida correctamente tendrá una puntuación de 1 y respondida mal o no respondida tendrá una puntuación de 0; los alumnos que respondan de:

00 - 06 tendrán un nivel de conocimiento bajo,

07 - 13 tendrán un nivel de conocimiento medio,

14 - 20 tendrán un nivel de conocimiento alto.

Además, los 5 primeros ítems evaluarán el perfil sociodemográfico.

- La segunda encuesta evaluará el comportamiento sexual, la cual consta de 15 preguntas; cada pregunta bien respondida tendrá una puntuación de 1 y mal respondida o no respondida tendrá una puntuación de 0.

De Los alumnos que si han tenido relaciones sexuales tendrán una puntuación máxima de 16, si tienen una puntuación menor de 8 tendrán un comportamiento sexual de riesgo. Si tienen una puntuación de 8 a más su comportamiento sexual será a adecuado.

En cuanto a los alumnos que no han tenido relaciones sexuales solo se les evaluará desde la pregunta 09 en adelante. Si tienen una puntuación de 3 tendrán un comportamiento sexual inadecuado. Si tienen una puntuación mayor de 3 tendrán un comportamiento sexual adecuado

3.5 PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez concluido el recojo de datos se procederá a ingresar la información al programa estadístico IBM SPSS Statistics, versión 25, los resultados serán presentados en cuadros

y gráficos estadísticos procesados en programa Excel. Y para establecer la asociación entre la variable independiente con la variable dependiente se utilizará la prueba de correlaciones de Spearman.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Todos los participantes accederán libremente a participar del estudio, respetándose el principio de bioética de autonomía.

En las encuestas se obviarán la identificación del participante, protegiéndose la intimidad de este. Puesto que la información recaudada nos dará accesos a la intimidad del participante, a esta solo tendrá acceso el autor y asesor de la tesis, protegiéndose los principios de no maleficencia. El objetivo de esta tesis es netamente académico.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

- **Determinar si el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA influye en el comportamiento sexual que tienen los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Cajamarca. Julio-diciembre, 2019.**

Tabla 1
Correlaciones de Spearman entre las dimensiones del conocimiento y el comportamiento

Comportamiento	Conocimiento		
	GENERALES	PREVENCIÓN	TRASMISIÓN
CONDUCTUAL	-0,086	-0,072	-0,046
p valor	0,278	0,361	0,556
COGNITIVO	0,149	-0,021	0,051
p valor	0,050	0,792	0,518
AFECTIVO	0,168	0,026	0,066
p valor	0,032	0,746	0,404

La tabla 1 presenta solo correlaciones directas bajas y significativas entre las dimensiones conocimiento general y comportamiento afectivo y cognitivo

Tabla 2
Correlaciones de Spearman entre el conocimiento y el comportamiento

Variables	CONOCIMIENTO
COMPORTAMIENTO	0,05
p valor	0,53

La tabla 2 muestra que no hay correlación entre el conocimiento y el comportamiento

- **Determinar las actitudes sobre las vías de transmisión sexual del VIH/SIDA de los alumnos de medicina humana de la Universidad Nacional de Cajamarca**

Tabla 3
Descripción del comportamiento

Variable	Media	Desv.Est.	CoefVar%	máximo	eficiencia
COMPORTAMIENTO	13,1	3,0	22,6	18	73%
CONDUCTUAL	6,0	1,7	27,9	9	67%
COGNITIVO	4,8	1,4	28,7	6	80%
AFECTIVO	2,2	0,9	38,4	3	74%

La tabla 3 presenta coeficiente de variación alrededor del 33%, indicando un grupo homogéneo en cuanto al comportamiento. Considerando la eficiencia % como el cociente de la media aritmética y el máximo puntaje (numero de respuestas correctas) y teniendo un parámetro como bueno 80% ó más solo el comportamiento cognitivo está dentro de la categoría bueno; en general se tiene que aplicar acciones para mejorar sustancialmente este indicador.

Tabla 4
Descripción del conocimiento

Variable	Media	Desv.Est.	CoefVar%	máximo	eficiencia
CONOCIMIENTO	16,4	2,5	15,5	24	68%
GENERALES	10,4	2,0	19,5	15	69%
PREVENCIÓN	2,3	0,7	30,6	3	75%
TRASMISIÓN	3,8	0,9	24,2	6	63%

La tabla 4 presenta coeficiente de variación alrededor del 33%, indicando un grupo homogéneo en cuanto al conocimiento Considerando la eficiencia % como el cociente de la media aritmética y el máximo puntaje (número de respuestas correctas) y teniendo un parámetro como bueno 80% ó más, no se encuentran dimensiones del conocimiento en general se tiene que aplicar acciones para mejorar sustancialmente este indicador.

- **Determinar la edad de inicio de las relaciones sexuales, así como el comportamiento sexual en grupo de edades en los alumnos de medicina humana de la Universidad Nacional de Cajamarca**

Tabla 5
Descripción del comportamiento versus edad de inicio de relación sexual

Variable	Edad	Media	Desv.Est.	CoefVar%	Máximo	Eficiencia
CONDUCTUAL	12_14	6,2	2,0	31,9	9	69%
	15 - 17	6,0	1,6	26,2	9	66%
	18 - 20	5,9	1,6	27,7	9	66%
	Más de 20	6,3	1,9	29,6	9	70%
	x	5,9	1,5	24,9	9	65%
COGNITIVO	12_14	5,0	1,1	21,3	6	83%
	15 - 17	5,0	1,2	23,8	6	83%
	18 - 20	4,7	1,4	30,7	6	78%
	Más de 20	4,5	1,6	35,4	6	75%
	x	5,0	1,4	29,0	6	83%
AFECTIVO	12_14	2,3	0,6	26,5	3	77%
	15 - 17	2,3	0,7	31,8	3	78%
	18 - 20	2,2	0,8	35,7	3	73%
	Más de 20	2,1	1,1	51,8	3	69%
	x	2,3	0,9	40,2	3	76%
COMPORTAMIENTO	12_14	13,5	2,7	20,1	18	75%
	15 - 17	13,3	2,8	21,2	18	74%
	18 - 20	12,8	2,8	21,6	18	71%
	Más de 20	12,9	3,5	27,1	18	71%
	x	13,1	3,0	22,5	18	73%

X: grupo que no inicia relación sexual

Solo los grupos de edad 12_14, 15_17 y no inicia relación sexual superan 80%, en la dimensión cognitiva el resto no tiene un comportamiento adecuado

- **Identificar si los factores sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, religión) intervienen en el actuar de las relaciones sexuales de los alumnos.**

Tabla 6
Descripción del comportamiento versus edad

Variable	Edad	Media	Desv.Est.	CoefVa%r	Max	Eficiencia
CONDUCTUAL	19 o menos	6,0	1,8	29,7	9	66%
	de 20 a 23	6,1	1,7	28,3	9	67%
	de 24 a 28	6,0	1,6	26,7	9	66%
	más de 28	7,5	0,7	9,4	9	83%
COGNITIVO	19 o menos	4,7	1,7	36,1	6	78%
	de 20 a 23	4,9	1,3	25,8	6	82%
	de 24 a 28	4,8	1,4	28,9	6	79%
	más de 28	4,5	0,7	15,7	6	75%
AFECTIVO	19 o menos	2,2	1,0	46,7	3	72%
	de 20 a 23	2,2	0,8	35,9	3	75%
	de 24 a 28	2,3	0,9	37,5	3	76%
	más de 28	2,0	0,0	0,0	3	67%
COMPORTAMIENTO	19 o menos	12,8	3,6	27,8	18	71%
	de 20 a 23	13,2	2,9	21,8	18	73%
	de 24 a 28	13,0	2,7	20,6	18	72%
	más de 28	14,0	1,4	10,1	18	78%

los grupos de edad de 20 a 23 años superan 80%, en la dimensión cognitiva; y los mayores de 28 años superan el 80%, en la dimensión conductual, el resto no tiene un comportamiento adecuado

Tabla 7
Descripción del comportamiento versus sexo

Variable	Sexo	Media	Desv.Est.	CoefVar	Max	Eficiencia
CONDUCTUAL	Femenino	6,0	1,8	29,6	9	67%
	Masculino	6,0	1,6	26,3	9	67%
COGNITIVO	Femenino	4,7	1,5	32,0	6	79%
	Masculino	4,9	1,2	25,4	6	82%
AFECTIVO	Femenino	2,2	0,9	39,0	3	73%
	Masculino	2,3	0,9	38,0	3	76%
COMPORTAMIENTO	Femenino	13,0	3,2	24,9	18	72%
	Masculino	13,2	2,7	20,3	18	73%

Solo el sexo masculino supera el 80%, en la dimensión cognitiva, el resto no tiene un comportamiento adecuado

Tabla 8
Descripción del comportamiento versus Estado Civil

Variable	Estado Civil	Media	Desv.Est.	CoefVar	Max	Eficiencia
CONDUCTUAL	Pareja	6,4	1,6	25,5	9	71%
	Soltero	6,0	1,7	28,4	9	66%
COGNITIVO	Pareja	5,1	1,0	19,7	6	84%
	Soltero	4,8	1,4	30,5	6	79%
AFECTIVO	Pareja	2,2	0,8	37,1	3	75%
	Soltero	2,2	0,9	38,8	3	74%
COMPORTAMIENTO	Pareja	13,7	2,6	18,7	18	76%
	Soltero	12,9	3,0	23,4	18	72%

Solo el estado civil pareja supera el 80%, en la dimensión cognitiva, el resto no tiene un comportamiento adecuado

Tabla 9
Descripción del comportamiento versus Religión

Variable	Religión	Media	Desv.Est.	CoefVar	Max	Eficiencia
CONDUCTUAL	Católica	6,0	1,7	29,1	9	66%
	Evangélica	6,1	1,3	21,4	9	67%
	Ninguna	6,2	1,6	25,9	9	69%
	Otras	6,2	2,0	33,0	9	69%
COGNITIVO	Católica	4,8	1,4	28,3	6	80%
	Evangélica	4,9	1,2	24,2	6	82%
	Ninguna	4,8	1,5	32,5	6	79%
	Otras	5,0	1,6	31,9	6	83%
AFECTIVO	Católica	2,2	0,8	37,1	3	73%
	Evangélica	2,2	1,0	43,7	3	73%
	Ninguna	2,3	1,0	41,1	3	78%
	Otras	2,4	0,9	37,3	3	81%
COMPORTAMIENTO	Católica	13,0	3,0	22,9	18	72%
	Evangélica	13,2	2,8	21,3	18	73%
	Ninguna	13,3	3,1	23,5	18	74%
	Otras	13,6	3,1	22,5	18	75%

Solo la religión católica, evangélica y otras supera el 80%, en la dimensión cognitiva, el resto no tiene un comportamiento adecuado

- **Determinar el grupo de edad y sexos mayormente expuestos a prácticas sexuales de riesgo**

Tabla 10
Sexo versus prácticas sexuales de riesgo

Practica de riesgo	Rpta	Sexo				Total	
		Femenino		Masculino		frec	%
		frec	%	frec	%		
¿Usaste preservativo?	Si	54	48%	58	52%	112	93%
	No	4	50%	4	50%	8	7%
¿Cuántas parejas sexuales has tenido?	0	36	53%	32	47%	68	57%
	1	12	52%	11	48%	23	19%
	2	3	30%	7	70%	10	8%
	3	6	60%	4	40%	10	8%
	>3	1	11%	8	89%	9	8%
¿Has tenido relaciones bajo influencia del alcohol?	No	47	51%	46	49%	93	78%
	Si	11	41%	16	59%	27	22%
¿Has tenido relaciones bajo la influencia de alguna droga?	No	32	38%	52	62%	84	95%
	Si	0	0%	4	100%	4	5%
¿Has tenido alguna práctica sexual de riesgo?	No	20	43%	26	57%	46	52%
	Si	12	30%	28	70%	40	48%

No usa preservativo el 7%, con más de una pareja 24%, relaciones con influencia del alcohol 22%, relaciones con influencia de alguna droga 5%, práctica sexual de riesgo 48% y mayormente el sexo masculino supera en % de riesgo al sexo femenino

Tabla 11
Edad versus prácticas sexuales de riesgo

Practica de riesgo	Rpta		Edad de inicio de primera relación sexual				Total	
			12 - 14	15 - 17	18 - 20	Más de 20		
¿Usaste preservativo?	Si	frec	23	25	29	35	112	
		%	21%	22%	26%	31%	93%	
	No	frec	4	0	3	1	8	
		%	50%	0%	38%	12%	7%	
¿Cuántas parejas sexuales has tenido?	0	frec	25	11	7	25	68	
		%	37%	16%	10%	37%	57%	
	1	frec	1	7	7	8	23	
		%	4%	30%	30%	35%	19%	
	2	frec	0	3	4	2	9	
		%	0%	33%	44%	22%	8%	
	3	frec	0	2	8	0	10	
		%	0%	20%	80%	0%	8%	
	>3	frec	1	2	5	1	9	
		%	11%	22%	56%	11%	8%	
	¿Has tenido relaciones bajo influencia del alcohol?	Si	frec	5	6	10	5	26
			%	19%	23%	38%	19%	22%
No		frec	22	19	21	31	93	
		%	24%	20%	23%	33%	78%	
¿Has tenido relaciones bajo la influencia de alguna droga?	Si	frec	2	0	1	1	4	
		%	50%	0%	25%	25%	5%	
	No	frec	16	20	26	21	83	
		%	19%	24%	31%	25%	95%	
¿Has tenido alguna práctica sexual de riesgo?	Si	frec	8	9	16	6	39	
		%	21%	23%	41%	15%	48%	
	No	frec	9	11	11	15	46	
		%	20%	24%	24%	33%	52%	

No usa preservativo el 7%, con más de una pareja 24%, relaciones con influencia del alcohol 22%, relaciones con influencia de alguna droga 5%, práctica sexual de riesgo 48% y mayormente el sexo masculino supera en % de riesgo al sexo femenino

No usa preservativo de 12 a 14 años, más de una pareja de 18 a 20 años, relaciones con influencia del alcohol de 18 a 20 años, influencia de la droga de 12 a 14 años, práctica de riesgo de 18 a 20 años, en síntesis, cuando cumplen la mayoría de edad se incrementa el riesgo

- **Determinar el grado de conocimientos sobre VIH/SIDA que tienen los alumnos de medicina humana en relación al grado académico por el que cursan.**

Tabla 11
Conocimiento y sus dimensiones versus grado de estudios

Variable	Grado	Media	Desv.Est.	CoefVar	Máxima	Eficiencia
CONOCIMIENTO	1	14,3	2,3	15,8	24	59%
	2	15,2	2,4	16,1	24	63%
	3	14,9	1,5	10,2	24	62%
	4	16,0	2,0	12,7	24	67%
	5	17,7	1,9	10,8	24	74%
	6	17,9	2,5	14,1	24	74%
GENERALES	1	8,6	1,7	20,2	15	57%
	2	9,2	2,0	22,2	15	61%
	3	9,4	1,5	16,4	15	63%
	4	10,2	1,4	13,6	15	68%
	5	11,4	1,6	13,9	15	76%
	6	11,6	1,9	16,0	15	77%
PREVENCIÓN	1	2,0	0,4	21,8	3	67%
	2	2,2	0,8	35,8	3	72%
	3	1,9	0,9	44,1	3	65%
	4	2,0	0,7	32,5	3	68%
	5	2,5	0,7	26,3	3	83%
	6	2,5	0,6	23,1	3	83%
TRASMISIÓN	1	3,7	1,0	27,0	6	61%
	2	3,8	0,8	21,0	6	63%
	3	3,6	1,0	28,9	6	59%
	4	3,8	0,9	22,9	6	63%
	5	3,8	0,8	21,3	6	64%
	6	3,8	1,1	29,0	6	63%

En general la eficiencia del conocimiento no supera el 80%, sin embargo, al subir el grado de estudios se incrementa el conocimiento y sus dimensiones

Tabla 12
Conocimiento y sus dimensiones relacionado (Spearman) con el grado de estudios

Conocimiento	Grado
GENERALES	0,555 0,000
PREVENCIÓN	0,287 0,000
TRASMISIÓN	0,058 0,463
CONOCIMIENTO	0,538 0,000

Existe una relación significativa (p valor menor a 0.05) moderada y directa entre conocimiento global y conocimiento general con el grado de estudios y una relación significativa directa y baja entre la prevención y grado de estudios.

4.2 DISCUSIÓN

En el estudio de nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y el comportamiento sexual de los alumnos de medicina se logró encontrar que solo hay correlaciones directas bajas y significativas entre las dimensiones de conocimiento general y comportamiento afectivo y cognitivo encontrándose un p valor de 0.032 y 0.050 respectivamente y en general en la tabla 2 (correlaciones de Spearman entre conocimiento y el comportamiento) muestra que no hay correlación entre el conocimiento y el comportamiento con un p valor de 0.53 este resultado concuerda con los estudios realizados por Maria Dihigo quien afirma que el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, sin embargo refiere que es importante para que la persona haga consiente las razones para adoptar o modificar ciertas conductas³, a su vez Gomez Orbegoso y Alonzo Gervacio encontraron que de los que presentan un nivel de conocimiento alto el 17.6 % ejercen prácticas sexuales inadecuadas.¹⁰

En cuanto al comportamiento y la edad de inicio de relaciones sexuales solo se observa que los grupos de 12-14, 15-17 y los que aún no inician su vida sexual superan el 80% en la dimensión cognitiva teniendo un comportamiento adecuado, sin embargo, en las demás dimensiones del comportamiento (afectiva, conductual) ningún grupo de edad tiene un comportamiento adecuado.

En cuanto al comportamiento sexual y la edad se observa que: los grupos de edad de 20 a 23 años superan 80%, en la dimensión cognitiva; y los mayores de 28 años superan el 80%, en la dimensión conductual, el resto no tiene un comportamiento adecuado.

Solo los grupos de edad de 20 a 23 superan 80%, en la dimensión cognitiva, el resto no tiene un comportamiento adecuado, resultados semejantes a lo que encontró Delgado

Chavez y Medina Vasquez donde la mayoría se encuentra entre las edades de 19-22 años de los cuales el 44.9% tienen un comportamiento sexual calificado como regular.¹²

Al evaluar el comportamiento sexual respecto a genero se logró determinar que, el comportamiento sexual es semejante en ambos sexos en las tres dimensiones de comportamiento (conductual, afectivo, cognitivo) observándose una leve diferencia en el género masculino en cuanto al componente cognitivo el cual llega al 82 % de eficiencia, en cambio Arévalo Flores y Torres Pastor que el sexo femenino tenía un mejor comportamiento sexual con un porcentaje de 59%(150) ¹¹

En lo referente al comportamiento sexual versus la religión a la que pertenecen no se evidencia diferencias significativas además ninguno supera el 80% de eficiencia, a diferencia de los resultados que encontró Delgado Chávez donde las personas que pertenecen a la religión católica 67%(66) tienen mejor comportamiento sexual que las personas que pertenecen a otras religiones.¹²

En cuanto al uso de preservativo se evidencia que un 7% (8) de los que iniciaron su vida sexual no usan preservativo, no se evidencian diferencias significativas entre ambos sexos, resultados menos óptimos encontró Ana Fernández V. en una muestra semejante, donde el 15,6% de entrevistados no usa preservativo.⁴

En cuanto al número de parejas sexuales se encontré que el 24%(29) de los alumnos que iniciaron su vida sexual han tenido más de una pareja sexual predominando en el sexo masculino, resultados que son muy diferentes a los que encontró Ana Fernández V. ya que el porcentaje de los alumnos que tuvieron más de una pareja sexual es de 43% sin predominancia de sexo.⁴

Tener relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol se encontró un porcentaje de 22% (27) predominando en el sexo masculino con un 59%(16). Resultados que son semejantes a los encontrados por Ana Fernández V. con un 30.6%(45) con predominio en el sexo masculino, en cuanto a tener relaciones sexuales bajo los efectos de alguna droga solo respondieron de forma afirmativa el 5%(4) siendo solo los hombres quienes tuvieron esta práctica, pero el en estudio dado por Ana Fernández V. ninguno de sus encuestado diò respuesta afirmativa.⁴ Estos resultados son totalmente opuestos a los encontrados por Trejo Ortiz y Masias Aguilar los que encontraron que una minoría reportò haber tenido relaciones sexuales bajo la influencia de drogas o alcohol 5.7% en total.¹

De forma general al preguntales si han tenido una práctica sexual de riesgo se halló un 48%(40) respondieron afirmativamente, predominando en el sexo masculino70%(28). Por lo que se deduce que mayormente el sexo masculino supera en % de riesgo al sexo femenino, conclusión que concuerda con las investigaciones realizadas por Bahamon Marly y Viacha Pinzòn quienes refieren que los roles del género intervienen en la ejecución de conductas de riesgo tanto en hombres como en mujeres, es decir los hombres tienden a exponerse más al riesgo, a diferencia de las mujeres, que tienden a ser más cuidadosas y precavidas.³

En relación a la edad de inicio de primeras relaciones sexuales se encontró que un 93%(112) si usaron preservativo y que un 7%(8) no lo usó. Tuvieron su primera relación sexual con preservativo entre los 12-14 años 21%(23), 15-17 años 22%(25), 18-20 años 26%(29) y más de 20 años 31%(35) y que el grupo de edad que ha tenido más de una pareja sexual predomina entre los 18-20 años, estos resultados son semejantes a los encontrados por Ana Fernández V., quien encontró que el inicio de las relaciones sexuales se da entre los 11-14 años 25.2%, 15-18 años 64%⁴, resultados que se oponen a los de

Silva Fhon y Andrade Iraola quienes encontraron que la mayoría de encuestados(56.3%) inició su vida sexual en la adolescencia media (14-16 años).⁵

En cuanto al nivel de conocimiento y sus dimensiones se obtuvo:

En general la eficiencia del conocimiento no supera el 80%, pero en su dimensión de prevención los alumnos que pertenecen a los años 5^a y 6^a llegan a un 83%. Se observa que a medida que avanzan de grado de estudios se incrementa el nivel conocimiento y sus dimensiones, por su parte Delgado Chávez encontró que alumnos de las carreras de contabilidad y enfermería que cursan el 4^a y 5^a año tenían un conocimiento deficiente en un 30.6% (30), regular un 59.2%(48), bueno 10.2% (10).¹² Diaz Montes y Cantillo Uribe encontraron que el nivel de conocimiento sobre VIH/sida de los alumnos pertenecientes al área de salud ostenta el mejor promedio, seguido de ciencias económicas y en último lugar se encuentra los de áreas de humanidades.⁶

CAPITULO V: CONCLUSIONES.

1. Se concluye que no hay una correlación entre el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y el comportamiento sexual que practican los alumnos de medicina humana.
2. se determinó que el grupo de edad con un comportamiento sexual (en su dimensión cognitiva) adecuado está representado por los alumnos de entre los años 20 y 23; en la dimensión conductual están los mayores de 28 años. sin embargo, en las demás dimensiones todos los grupos de edad se encuentran en un comportamiento regular, es decir menor de 80%. Además, se llega a la conclusión que los de sexo masculinos son los más expuestos a prácticas sexuales de riesgo.
3. en cuanto a lo académico se determinó que los conocimientos sobre VIH/SIDA que tienen los alumnos de años inferiores es menor al de los alumnos que están en años superiores, sin embargo, estos no logran superar el 80% de efectividad.
4. En cuanto a los factores sociodemográficos que intervienen en el actuar de las relaciones sexuales se determinó que, a menor grupo etario se encuentran más expuestos a contraer VIH, en cuanto al sexo, los varones tienen más prácticas de riesgo que las mujeres, en lo referente a la religión se determinó que los que pertenecen al catolicismo tienen mejor comportamiento sexual.

VI. BIBLIOGRAFÍA.

1. Trejo Ortiz, Macias Aguilar, Mollinedo Montaña, et al. Conocimiento y comportamiento sexual en adolescentes, Área Académica Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Zacatecas, Revista Cubana de Enfermería. 2011 27(4)273-280. [citado el 13 de enero de 2020]; [internet]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v27n4/enf05411.pdf>
2. MINSA situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú. Documento Técnico Lima- Perú. 2017 [citado el 13 de enero de 2020]. [internet] Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
3. Bahamon Muñeton, Viancha Pinzòn, Tobos Vergara. Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de riesgo. Psicología desde el Caribe. 2014 [citado el 13 de enero de 2020]; (21)27. [internet] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v31n2/v31n2a08.pdf>.
4. Ana Teresa Fernández Vidal, Anabel Geroy Fernández, Galia Ibis Pérez Rumbaut, Laura Naranjo Hernández, Yanet Villafuerte Reinante. Comportamiento sexual de estudiantes de primer año de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Influencia en el rol de género en las conductas de riesgo. Medisur.2018[citado el 13 de enero de 2020],15(2)9. . [internet]disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v16n2/ms11216.pdf>.
5. J. Silva-Fhona, K. Andrade Iraolab, E. Palacios Vallejosb, V. Rojas Huaytac, J. Mendonça Júnior. Nivel de conocimiento y comportamiento de riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual entre adolescentes mujeres, enfermería universitaria. 2014[citado el 14 de enero de 2020];11(4):139-144 . [internet] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706314709261>.

6. Carmen Elena Díaz Monte, Lisset Cantillo Uribe, García Vergara, Ludys Martínez Marengo, Vega Recuero. Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes de una universidad en Cartagena-Colombia. *Hacia Promoc. Salud*[internet]2014 [citado el 14 de enero de 2020]; 19(2): 38-52. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117301802>.
7. Grisales Romero, Leydy Johana Colorado, Guillermo Castaña. Factores asociados a las prácticas sexuales de riesgo en estudiantes de colegios públicos y privados de la ciudad de Medellín, Colombia. *Rev. investigaciones Andina*. 2014 [citado el 14 de enero de 2020]; 29(16):150 [internet] disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v16n29/v16n29a04.pdf>
8. Paz Bermúdez, et al. Conducta sexual y realización de la prueba del virus de la inmunodeficiencia humana en jóvenes que estudian en la universidad en el Cuzco (Perú) *Gac Sanit*. 2017. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117301802>
9. Carlos Reinaga. Evaluación del impacto de una campaña de prevención del VIH e ITS en adolescentes del Perú. tesis de licenciatura enfermería. Universidad Autónoma de Barcelona. 2014 [citado el 14 de enero de 2020] [internet] Disponible en: <http://eprints.rclis.org/28397/1/CARLOS%20REYNAGA.pdf>
10. Gomes Orbegoso. Conocimientos sobre VIH/SIDA y prácticas sexuales en adolescentes. tesis de licenciatura en enfermería. Trujillo, Perú. Universidad Nacional de Trujillo, 2018.49pp. 2014 [citado el 16 de enero de 2020] [internet] disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/11892/17.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Arévalo Flores. Nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA, en estudiantes de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. Cajamarca.

- Tesis de licenciatura en enfermería. Cajamarca, Perú, Universidad privada Antonio Guillermo Urrelo, 2017.61pp. [citado el 14 de enero de 2020] [internet] disponible:[http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/434/2.INFORME%20FINAL%20DE%20TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y\(11\)](http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/434/2.INFORME%20FINAL%20DE%20TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y(11))
12. Delgado Chávez. Nivel de conocimiento y medidas preventivas sobre infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA según factores sociodemográficos de los estudiantes de la UNC-CHOTA 2013, tesis de licenciatura en enfermería, Chota, Cajamarca., Universidad Nacional de Cajamarca- Chota,2013.42pp. disponible en:[http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/133/T%20610.73699%20D352%202013.pdf? sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/133/T%20610.73699%20D352%202013.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
 13. Restrepo Ochoa. La juventud como categoría analítica y condición social en el campo de la salud pública. Psicología. Facultad de Psicología, universidad CES.[internet] disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v9n2/2011-3080-cesp-9-02-00001.pdf>.
 14. De la Cruz Martin Romo, Cuesta Valcarse. la sexualidad en adolescentes y jóvenes. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2014. Madrid: Exlibris Ediciones ; 2014 .[citado el 15 de enero de 2020] p.257-63. .[internet] Disponible en:<http://cursosaeppap.exlibrisediciones.com/files/49-21fichero/La%20sexualidad%20en%20adolescentes.pdf>
 15. M.I. Hidalgo Vicario, M.J.Ceñal Gonzalez Fierro, M. Guenes Hidalgo. La adolescencia. Aspectos físicos, psicosociales y médicos. Principales cuadros clínicos. Medicine. 2014.[citado el 15 de enero de 2020];11(61):3579-87. .[internet]Disponible:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541214708182>.

16. J. Cornella i Canals. La sexualidad en la adolescencia. *Medicine*. 2010. [citado el 16 de enero del 2020] 10(61);4191-5 .[internet] Disponible en: https://www.medicineonline.es/es-la-sexualidad-adolescencia-articulo_S0304541210702183
17. Rosa del Carmen Saeteros Hernandez, Julia Pérez Piñero, Giseida Sanabria Ramos. Vivencias de la sexualidad en estudiantes universitarios. *Rev. cubana de salud pública*. 2013[citado el 16 de enero de 2020];39(5):915-928. .[internet]Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000500010
18. UNICEF. Una aproximación de adolescentes y jóvenes en América Latina y el caribe. UNICEF. [internet] disponible en: <https://www.unicef.org/lac/informes/una-aproximaci%C3%B3n-la-situaci%C3%B3n-de-adolescentes-y-j%C3%B3venes-en-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe>
19. F. López Sánchez. Sexualidad en la adolescencia ¿Y qué podemos hacer con los adolescentes los diferentes agentes educativos? *ADOLESCERE* . 2014.[citado el 17 de enero de 2020];II(1):24-34.[internet] disponible en: <https://www.Adolescencasema.org/usuario/documentos/2434%20Sexualidad%20en%20la%20adolescencia.pdf>
20. Victoria Cabrera-Garcia, Maria del Carmen Docal Millan, luz Manrique Mora, Juana M Piraquive, Clara M. Tobon Aguilar. Familia y escuela: contextos asociados al inicio de la actividad de los adolescentes colombianos. *Rev. Salud Publica*. 2018.[citado el 17 de enero del 2020]; 20(3):279-285.[internet] Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2018.v20n3/279-285>
21. Organización Mundial de la Salud. Prevención del VIH/SIDA entre los jóvenes. OMS. 2006.[citado el 18 de enero de 2020]. [internet] Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/trs_938/es/

22. Esmeralda Calero Yera, Sandra Rodríguez Roura, Aniocha Trumbull Jorlen. Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Humanidades Médicas*. 2017. [citado el 18 de enero del 2020]; 17(3): 577-592. [internet] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v17n3/hmc10317.pdf>
23. Elena García Vega, Elena Menéndez Robledo, Paula Fernández García, Marcelino Cuestas Izquierdo. Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *Internacional Journal of Psychological Research* . 2012.[citado el 18 de enero del 2020];5(1);79-87. [internet] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299023539010.pdf>
24. Díaz Montes, Tomas. Factores que inciden en el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes. *Ciencia y salud*. 2010. [citado el 18 de enero del 2020];2(1):152-160. [internet] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6635307.pdf>.
25. Giorgina Binstock, Mónica Gogna. La iniciación sexual entre mujeres de sector vulnerables en cuatro provincias argentinas. *Revista latinoamericana*. 2015.[citado el 18 de enero del 2020];20:113-140 [internet] disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872015000200113
26. Linda Teresa Orcasita, Ana Fernández Uribe, Laura Patricia Castellanos, Marisol Gutiérrez Rodríguez. Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija-Santander. *Revista de psicología*. 2012. [citado el 18 de enero del 2020];30(2)0254-9247. [internet] Disponible en : <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/3809>
27. María E. Dávila, Antonieta Z Tgliafferro, Xiomara Bullones, Damelis Dasa. Nivel de Conocimiento de Adolescentes sobre VIH/SIDA. *Rev. Salud pública*. [internet]

2008. [citado el 18 de enero 2020];10(8)716-722. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD8538.pdf>
28. Victor Soto. Factores asociados al uso del condón. Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo. An.Fac. Med, Lima. 2006. [citado el 18 de enero del 2020];67(2):152-159. .[internet] Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v67n2/a08v67n2.pdf>
29. UNICEF. Cada tres minutos, una adolescente contrae VIH, Las adolescentes son las mas afectadas por la epidemia del VIH/SIDA. 27 de julio 2018. [citado el 18 de enero del 2020]. .[internet] Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/comunicados-prensacada-tres-minutos-una-adolescente-contrae-el-vih-seg%C3%BAAn-unicef>
30. Jose Alcami, Mayte Coiras. Inmunopatogenia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Enferm Infecc Microbiol Clin2011. [citado el 23 de enero del 2020]; 29(3):216-226.[internet] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X11000073>
31. Bozo Cordero Ricardo. Patogénesis del VIH/SIDA. Rev CI EMed UCR 2017. Vol 1 disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescme/ucr-2017/ucr175a.pdf>
32. Edilberto Chávez Rodríguez; Rosa del Carmen Castillo Moreno. Revisión bibliográfica del VIH/SIDA. Multimed.2013[citado el 18 de enero del 2020]; 17(4) .[internet] disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2013/mul134r.pdf>
33. José Antonio Lamotte Castillo. Infección por VIH/SIDA en el mundo actual. MEDISAN. 2014.[citado el 19 de enero del 2020];18(7):993 .[internet] disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n7/san15714.pdf>
34. Paul E. Sax, MD Acute and early HIV infection: Pathogenesis and epidemiology. [Internet]. En: John G Bartlett (ed). *UpToDate* [consultado el 20 de enero de 20120] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-and-early-hiv-infection-pathogenesis-and-epidemiology?search=vih&source=search_result&selectedTitle=10~150&usage_type=default&display_rank=10
35. Esteban Cortés. VIH: infección aguda, pesquisa y manejo. REV. MED. CLIN. CONDES. 2014. [citado el 19 de enero del 2020];25(3)419-424. .[internet] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864014700586>

36. José María Gonzales Alba, María Rodríguez Domínguez, María Luisa Mateo Lindemann. Determinación de la carga viral de VIH-1. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011. [citado el 19 de enero del 2020]; 29(3):47-50 .[internet] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0213005X11700271>
37. Paul E. Sax, Brian R Wood. The natural history and clinical features of HIV infection in adults and adolescents. [Internet]. En: Martin S Hirsch (ed). *UpToDate*. [consultado el 20 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/the-natural-history-and-clinical-features-of-hiv-infection-in-adults-and-adolescents?search=vih&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
38. Myron S. Cohen. HIV infection: Risk factors and prevention strategies. [Internet]. En: John G Bartlett (ed). *UpToDate*. [consultado el 20 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/hiv-infection-risk-factors-and-prevention-strategies?search=prevencion%20del%20vih&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4
39. J. Dennis Fortenberry. Sexually transmitted infections: Issues specific to adolescents. [Internet]. En. Sheldon L Kaplan, Diane Blake (ed). *UpToDate* [consultado el 20 de enero del 2020]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/sexually89-transmitted-infections-issues-specific-to-adolescents?search=%22Infecciones%20de%20transmisi%C3%B3n%20sexual:%20problemas%20espec%C3%ADficos%20de%20los%20adolescentes&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H
40. Paul E Sax. Acute and early HIV infection: Clinical manifestations and diagnosis. . [Internet]. En: Jonh G Bartlett. (ed). *UpToDate* [consultado el 20 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-and-early-hiv-infection-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=vih&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
41. Riardo Ivan Alvares Carrasco. Interpretación de las pruebas usadas para diagnosticar la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Disponible en: *Acta Med Peru*. 2017. [citado el 20 de enero del 2020];34(4):309-16. .[internet] Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n4/a09v344.pdf>
42. Paul E Sax. Screening and diagnostic testing for HIV infection. [Internet]. En: Martin S Hirsch. (ed). *UpToDate* [consultado el 20 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/screening-and-diagnostic-testing-for-hiv-infection?search=pruebas%20de%20detecci%C3%B3n%20y%20diagn%C3%B3stico%20de%20infecci%C3%B3n%20por%20VIH&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

43. Susan L Gillespie. The adolescent with HIV infection. [Internet]. En: Mary E Paul, Diane Blake. (ed). *UpToDate*. [consultado el 20 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/the-adolescent-with-hiv-infection?search=E1%20adolescente%20con%20infecci%C3%B3n%20por%20VIH.&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

ANEXO N° 01

ENCUESTA SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO VIH/SIDA

Hola, te pido que contestes esta encuesta tal como piensas y actúas, ya que tus respuestas ayudarán a conocer lo que sabes y conoces respecto al VIH/SIDA y serán usados con fines de investigación. Tus respuestas son totalmente anónimas, agradezco de su valiosa colaboración.

- a. Año actual de estudios:
- b. Edad:
- c. sexo: F M.
- d. Estado civil.
Soltero (a) Pareja conviviente
- e. Religión
Católica Evangélica otras ninguna
1. ¿Cómo adquiriste conocimiento sobre VIH/SIDA? A través de:
Amigos padres clases
Lectura internet campañas de concientización
Pareja tv, radio
2. El VIH es causado por:
bacteria hongo virus prion
3. El VIH tiene cura
Sí No
4. El virus del VIH es un
ARN ADN
5. El SIDA es causado por el virus del VIH
Sí No
6. El virus del VIH se puede transmitir durante.
el embarazo el parto lactancia
relaciones sexuales sin preservativo transfusión sanguínea
un beso profundo sexo buco-genital
compartir los mismos utensilios de aseo usar el mismo sanitario
estar en una piscina donde hay una persona con VIH
con un abrazo al estornudar o toser
por la picadura de mosquitos

7. El periodo de ventana de la prueba de ELISA de 4ª generación es.
 1 día 1 semana 2semanas 3 semanas 1 mes
8. ¿Qué prueba confirma si portas el virus del VIH?
 western blot antígeno p24 elisa de 4ª G
9. ¿La célula huésped del VIH es?
 linfocito CD4 linfocito CD8 células NK
10. ¿El virus de VIH tiene en su superficie estructuras que son necesarias para infectar la célula huésped las que son?
 gp120 gp41 p24 p12
11. El virus del VIH produce el SIDA de la siguiente forma:
 Ataca al sistema nervioso ataca al sistema cardiovascular
 ataca al sistema inmunológico
12. El estadio SIDA se da cuando el conteo de CD4 es.
 <500 <200 entre 200 y 500 <750
13. El parámetro laboratorio que cuantifica el riesgo de transmitir el VIH es
 CD4 carga viral CD8 CD4/CD8
14. La terapia antirretroviral o TARGA se da con un conteo de CD4 de:
 CD<200 CD<500 al momento del diagnóstico de la infección
15. Dos personas con VIH es necesario que usen preservativo.
 Sí No
16. ¿El anillo vaginal o el DIU son métodos eficaces para evitar el VIH?
 Sí No
17. Las píldoras anticonceptivas evitan de alguna manera la transmisión del VIH.
 Sí No
18. El realizarse lavado genital luego de tener relaciones sexuales disminuye el riesgo de contraer VIH
 Sí No
19. El preservativo femenino es tan eficaz como el preservativo masculino para evitar la trasmisión del VIH.
 Sí No
20. Es posible saber si hay infección por el VIH al día siguiente de una práctica sexual de riesgo.
 Sí No

ENCUESTA SOBRE COMPORTAMIENTO ANTE EL VIH/SIDA

1. (a) ¿Has tenido relaciones sexuales?, si tu respuesta es NO pasa a la pregunta 09 en adelante. (b) si tu respuesta es SI ¿usaste preservativo?
(a) Sí No
(b) Sí No
2. Con respecto a la pregunta anterior, ¿a qué edad tuviste tu primera relación sexual?
12-14 15 -17 18-20 más de 20
3. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?
1 2 3 >3
4. ¿Eres sexualmente activo(a)? si tu respuesta es SI, ¿usas preservativo?
a) Si no
b) Si no
5. Con respecto a la pregunta n^a 04 si tu respuesta es NO (respecto al uso de preservativo) ¿por qué?
a) Te cuesta plantearlo
b) En el momento se te olvida
c) Fue algo imprevisto
d) Si lo uso hay menos placer
e) Mi pareja lo tomaría como desconfianza de el/ella
f) da vergüenza cómpralo en la farmacia.
6. ¿Has tenido relaciones bajo influencia del alcohol?
Si no
7. ¿Has tenido relaciones bajo la influencia de alguna droga?
Si no
8. ¿Has tenido alguna práctica sexual de riesgo? (no usar preservativo, sexo oral, tener un encuentro sexual fortuito), si puedes especificar.
Si no
9. ¿Le pedirías a tu pareja que se realizarse una prueba rápida de VIH?
Si no
Si tu respuesta es NO especifica por qué.
a. Se ofendería
b. Confío en él o ella.

c. No lo creo necesario

10. ¿Te someterías a realizarte una prueba rápida de ELISA después de haber tenido una práctica sexual de riesgo?

Si no

a) Si tu respuesta es NO, especifica por qué.

Por temor al resultado positivo Confiarías el que no te contagiaste
la persona con quien la tuviste (contacto íntimo) te dijo que no lo tenía

Preferirías esperar síntomas No sabrías a donde recurrir. otros

b) Si tu respuesta es SI ¿en qué momento te la harías?

Lo más pronto posible En una semana A las dos semanas

Al mes solo si presento síntomas

11. En el supuesto de que tuviste una conducta sexual de riesgo. ¿tendrías relaciones sexuales con alguien más sin hacerte antes un ELISA?

Si no

12. ¿Tendrías temor en dar un abrazo a una persona portadora de VIH?

Si no

13. ¿Darías un beso en la mejilla a una persona portadora de VIH?

Si no

14. ¿Te sentirías incómodo(a) al utilizar un servicio higiénico que utiliza una persona portadora de VIH?

Si no

15. ¿Tendrías temor de tomar la mano a una persona con VIH?

Si no

