

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

En todo el mundo, la relación sexual, el coito sin protección es la forma más frecuente e importante de transmisión de la infección por VIH. A causa de los tabúes sociales, de la apresurada conducta sexual en chicos de edades tempranas y la insuficiente comunicación e información al respecto que es un asunto que se torna un poco delicado²¹. Las autoridades de salud pública, los padres de familia y los educadores a menudo afrontan graves problemas en sus actividades de prevención y control ya que sienten la necesidad de establecer formas innovadoras de realizar la promoción de prácticas seguras en las relaciones sexuales como del uso del condón, pero se sienten cohibidos y no sienten la seguridad suficiente al enfrentar a una población; sobre todo cuando se trata de jóvenes de 14 a 24 años debido a que estos están en etapas de sus vidas en las cuales sufren cambios tanto físicos, biológicos y psicológicos y están más propensos a iniciar su vida sexual.

21. Programa nacional de control y prevención del VIH/SIDA-ITS manual de normas para el manejo sindrómico de infecciones de transmisión sexual 2008.msp.

Teniendo en cuenta que la principal vía de transmisión del VIH, en nuestro país, es la vía sexual, es necesario recordar que la conducta sexual es en gran parte aprendida; es decir, es un producto sociocultural que evoluciona con el ser humano reflejando la ideología de diversos momentos históricos por los que pasa la humanidad y por esto es que las conductas sexuales es preocupante¹⁵; adolescentes y jóvenes independientemente de su preferencia u orientación sexual siguen practicando conductas de riesgo que incrementan la probabilidad de infección de VIH/SIDA como mantener relaciones sexuales coitales con múltiples parejas se trate de estables u ocasionales y no usar efectiva y consistentemente condón en todas sus relaciones sexuales. Entre los factores asociados a la falta de utilización de anticonceptivos encontramos la percepción de invulnerabilidad, escepticismo respecto a la eficacia de los métodos, creencias infundadas sobre sus efectos secundarios, la pérdida de sensibilidad con el preservativo y la idea de que el condón solo debe usarse solo con mujeres que no son vírgenes.¹⁹

La epidemia del VIH/SIDA se asocia con desigualdades de clase social debido a que la prevalencia del VIH y la incidencia del SIDA son mayores en áreas donde la población pertenece a estratos socioeconómicos inferiores. Las diferencias de género son otra expresión de las desigualdades asociadas con la epidemia. Las mujeres han de hacer frente a una serie de factores adicionales de riesgo a la infección, que les supone estar en situación de desventaja, respecto a los hombres, frente a esta enfermedad, entre ellos figuran la dependencia económica respecto a su pareja; las dificultades para acceder a una información fiable sobre la infección; las dificultades de acceso a la prevención, la prueba diagnóstica y el asesoramiento; la marginación, la discriminación y la violencia de género.¹⁵

15. María Teresa Collao Guevara Infecciones de transmisión sexual y VIH SIDA Diagnósticos y tratamientos 2001.

19. Plan estratégico VIH/SIDA2007-2015. Organización Mundial de la Salud.2007.

El creciente aumento de la epidemia en las mujeres es una demostración de estos hechos, que avala la necesidad de garantizar unas condiciones jurídicas, institucionales, sociales y económicas que permitan actuar frente a estos factores de desigualdad¹⁹. La epidemia ha tenido efectos importantes en la población adolescente y joven de América Latina y El Caribe. La Organización Panamericana para la Salud (OPS) estimó en 2007 que la mitad de todas las nuevas infecciones se presentaban en personas menores de 25 años de edad y que la mayoría se infectaba por la vía sexual.¹⁹

En el Ecuador, la epidemia se encuentra en fase concentrada con tendencia al crecimiento, observándose valores de sero prevalencia superiores al 5% en ciertos grupos vulnerables e inferiores al 1% en gestantes, la forma de transmisión sexual es la predominante con 96.9% de los casos reportados, lo que se relaciona estrechamente con la baja prevalencia de uso de condón que apenas alcanza al 1.5% de las mujeres en edad fértil y el incremento de las infecciones de transmisión sexual (ITS). El 2.6% de casos fueron producto de la transmisión madre-hijo y apenas el 0.2% por uso de drogas intravenosas. No se reportan casos de VIH/SIDA a causa de transfusiones sanguíneas⁷.

La tendencia al aumento de casos de VIH, que se venía observando desde principios de la década, presentó un incremento marcado en los últimos 2 años, y la tendencia a la estabilización en el número de casos de Sida de los años previos al periodo de este reporte vio también un cambio, con aumento importante de casos en 2008 y 2009. Uno de los elementos importantes que explica este notable incremento en la curva de casos de VIH registrados, es el mejoramiento en el sistema de notificación de casos, pues a partir del año 2008, son notificados directamente por los laboratorios que realizan las pruebas confirmatorias, en lugar de las Unidades de Atención Integral, como venían haciéndolo anteriormente.

7. Impacto Mundial sobre ETS y VIH/SIDA. Ministerio de Salud pública 2005.

De la misma manera se modificó el registro de defunciones, al incorporar los datos del INEC basados en certificados de defunción.

El Estado a través del MSP trata de articular las diferentes acciones para enfrentar la epidemia del VIH/SIDA actualmente cuenta con un Plan Estratégico Multisectorial para el 2007- 2015, construido con el apoyo metodológico y económico del ONUSIDA. Fue diseñado participativamente, mismo que será el norte para el país en la implementación de las políticas públicas para VIH/SIDA, instrumento que permitirá el trabajo intersectorial, promoverá el trabajo para la prevención, que serán las líneas que nos orienten para programas y proyectos de atención integrada e integral para grupos vulnerables para mejorar la calidad de la atención y fortalecer la capacidad de los laboratorios para diagnóstico, como también los bancos de sangre, se construirá en un pilar para el fortalecimiento e implementación para la vigilancia epidemiológica de segunda y tercera generación. El plan estratégico multisectorial permitirá ir adaptando la respuesta nacional armonizada, coordinada con todos los actores y sectores del país¹⁵.

La notificación de casos de VIH y Sida en 2009 reproduce la situación de años anteriores respecto de la distribución territorial. En la región Costa se ubica la mayoría de personas que viven con el VIH y Sida, y Guayas es la provincia con el mayor número de casos de VIH y de Sida. El principal cambio en los últimos dos años es el incremento de casos notificados de VIH en las provincias de Los Ríos y Esmeraldas¹⁶.

Para los años 2008 y 2009 el grupo de personas entre 20 y 44 años continúa siendo el segmento poblacional más afectado, presentando en 2009, 72.5% de casos de VIH y el 78.3% de casos de Sida del total nacional. En 2009, entre la población menor de 15 años, el grupo de 1 a 4 años presenta el mayor número de casos, con el 70.6% de casos de VIH y el 52% de los casos de Sida. El predominio de la infección en hombres

respecto a mujeres se mantiene en 2009. La razón hombre/mujer para casos de Sida en 2008 (2.95) se mantuvo similar a la de los 2 años precedentes, pero para 2009 disminuyó a 2.44.3.¹⁶

Al analizar los datos oficiales de mortalidad en el Ecuador, reportados por el INEC, (de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10 Lista Corta) registrada a partir de los certificados de defunción reportados por todos los servicios de salud del país, la mortalidad asociada al Sida, evidencia un aumento, siguiendo el comportamiento de la epidemia registrado hasta mediados de la presente década. Al momento muestra una estabilización entre 600 a 700 casos de fallecimientos anuales.^{1, 3}. Esta estabilización está relacionada también con el mayor acceso a drogas anti-retrovirales.

16. Ministerio de Salud pública. Manual del Programa Nacional de Prevención y Control del VI H/SIDA.

1.2 Formulación del problema

¿Cómo inciden los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes del ciclo diversificado de los colegios fiscales de la ciudad de Atuntaqui sobre prevención de VIH/SIDA en el periodo de Enero a Agosto del 2010?

1.3 Interrogantes de la investigación

Se aspira responder preguntas importantes como:

- ¿Los conocimientos sobre VIH/ SIDA en adolescentes son suficientes para evitar los contagios?
- ¿Cuáles son sus actitudes frente a la prevención del VIH/ SIDA?
- ¿Las prácticas sexuales de los adolescentes contribuyen a que incremente el número de casos de VIH/SIDA?
- ¿Qué mecanismos serán los más adecuados para la realización de charlas de capacitación para los estudiantes y lograr que estas sean de interés y apropiadas para tratar de formar criterios adecuados y prácticas sexuales saludables en los estudiantes?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general:

- Determinar los Conocimientos Actitudes y Prácticas de los estudiantes del ciclo diversificado de los colegios fiscales de la ciudad de Atuntaqui sobre prevención de VIH/SIDA en el periodo de Enero a Octubre del 2010.

1.4.2 Objetivos específicos:

- Identificar las características socio/demográficas de los estudiantes del ciclo diversificado de los colegios fiscales de la ciudad de Atuntaqui.
- Identificar cuáles son los conocimientos sobre prevención de VIH/SIDA que tienen los estudiantes del ciclo diversificado de los colegios fiscales de la ciudad de Atuntaqui.
- Identificar las actitudes y prácticas sobre prevención de VIH/SIDA de la población en estudio.
- Elaborar una guía de consejería y brindar charlas sobre prevención de VIH/SIDA a los adolescentes de estos colegios considerando los resultados encontrados.

1.5 Justificación

Desde su aparición en el mundo a principios del año ochenta, la epidemia del VIH/SIDA ha sido la causa de más de 25 millones de muertes. La generación actual de jóvenes es la mayor de la historia, casi la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años. No han conocido un mundo sin VIH/SIDA. Los pocos países que han logrado disminuir su prevalencia nacional de VIH lo han hecho sobre todo inculcando comportamientos más seguros entre los jóvenes. Los jóvenes de 14 a 24 años son los más amenazados mundialmente representan la mitad de los nuevos casos de VIH. Más de 60 millones de personas han sido infectadas por el VIH en los últimos 20 años, y aproximadamente la mitad de ellas se infectaron entre los 15 y los 24 años de edad. Se estima que actualmente existen 41 millones de personas están viviendo con el VIH/SIDA.

La epidemia del VIH/SIDA en Ecuador ha seguido incrementando con el pasar de los años , está relacionada con el contexto socioeconómico, cultural, el desempleo, el subempleo, estilos de vida no saludables, la inequidad de género, la marginalización social de las poblaciones vulnerables en especial de las mujeres, la población de adolescentes, la violencia sexual, violencia de género, las más altas tasas de prevalencia de la epidemia están en países de bajo desarrollo humano, es decir en países con indicadores muy pobres de esperanza de vida saludable y de pobres logros en el área educativa entre los cuales se incluye a nuestro país.

Según los reportes de vigilancia epidemiológica enviado por las provincias de todo el país en el año 2008 el comportamiento del VIH/SIDA según la variable sexo es de dos a uno, relación que ha ido decreciendo en el tiempo, en años anteriores existía una relación más distante, 4 y 5 hombres por una mujer; ahora esta tendencia ha cambiado. Las mujeres jóvenes tienen varias veces más probabilidades que los hombres jóvenes

de ser infectadas por el VIH. En casi 20 países de África, 5% o más de las mujeres de 15 a 24 años de edad están infectadas, además la cifra aumenta cuando ellas piensan que sus parejas les son completamente fieles y no se niegan a tener relaciones sexuales con protección por ejemplo con un condón; lo que las hace vulnerables. Estas estadísticas subrayan la urgente necesidad de abordar el VIH entre los jóvenes.

En el futuro la epidemia tomará forma a partir de los actos de esos jóvenes. Una variedad de factores sitúa a los jóvenes en el centro de la vulnerabilidad al VIH. Entre ellos figuran la falta de información, educación y servicios sobre el VIH, los riesgos que muchos tienen que correr para sobrevivir, y los riesgos que acompañan a la experimentación y la curiosidad de los adolescentes. Riesgo elevado y vulnerabilidad elevada por inicio sexual precoz, las diferencias por razón de sexos, los consumidores jóvenes de drogas intravenosas corren un riesgo especial, porque pueden no tener el conocimiento ni las aptitudes para protegerse de la infección por una jeringuilla contaminada.

El conocimiento y la información son las primeras líneas de defensa para los jóvenes, sin embargo el acceso a la educación sobre VIH/SIDA está lejos de ser universal. Se hace necesario insistir en la prevención, en las campañas educativas, sanitarias, llegar al meollo central del problema, e incorporar para ello, la anticipación social, con todo el significado legitimado (etapa más precoz que la prevención y que singulariza a la determinación social, que será propia de cada nación y, que responderá al desarrollo autónomo de cada pueblo)

No es de extrañar que los datos de 20 países con alta prevalencia revelen que a pesar que la mayoría de los jóvenes ha oído hablar sobre VIH/SIDA, la mayor parte es incapaz de reconocer tres ideas erróneas acerca de VIH ni de identificar dos métodos de prevención. De momento, no existe cura para esta enfermedad y la lucha fundamental contra la

epidemia sigue siendo la prevención, el respaldo político para hacerle frente y la defensa de los derechos humanos.

En la actualidad, el Ministerio de Salud Pública, a través del PNS y las Unidades de Atención Integral a nivel nacional, brinda las siguientes prestaciones de forma universal y sin costo para el usuario/a:

Tratamiento y atención, definidas en la Guía de Atención integral de Personas que Viven con VIH (PVV), elaborada inicialmente en 2004 y con varias actualizaciones, la última en 2009. Estas actividades se realizan en las 28 Unidades de Atención Integral a PVV a nivel nacional, con desconcentración en la entrega de ARV y equipos de salud capacitados en el manejo integral a PVV. Cuenta además con 250 centros de consejería y tamizaje. Se dispone de ARV en presentaciones pediátricas, medicación para enfermedades oportunistas, se practican los exámenes de CD4 y carga viral y se entregan preservativos a PVV mensualmente.

Por las razones expuestas, es de nuestro interés realizar este trabajo de investigación para explorar la situación de los adolescentes del Colegios fiscales de la ciudad de Atuntaqui en relación al SIDA y la infección por VIH y de esta manera contribuir a que no aumenten las estadísticas de infecciones y la tasa de morbi-mortalidad de esta terrible infección que puede ser fácilmente prevenible.

CAPITULO II

MARCO TEORICO.

2.1 Epidemiología del VIH /SIDA en el Ecuador.

2.1.1 Situación Actual de la Epidemia.

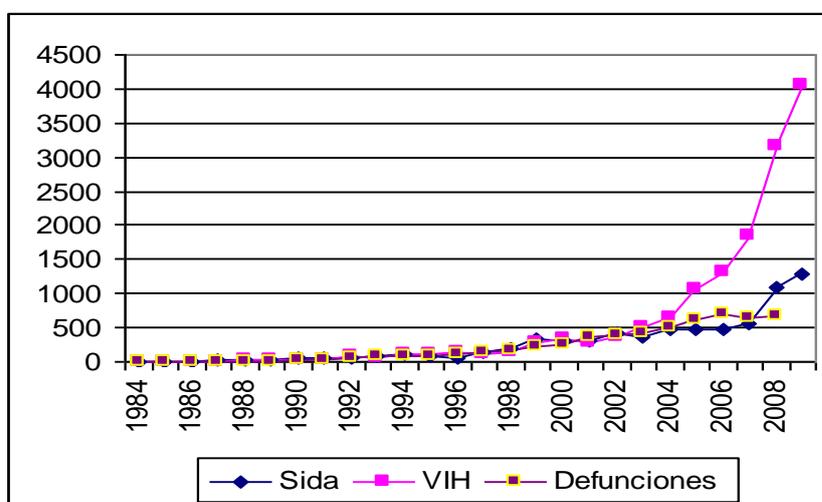
En el Ecuador, la epidemia se encuentra en fase concentrada con tendencia al crecimiento, observándose valores de sero prevalencia superiores al 5% en ciertos grupos vulnerables (HSH) e inferiores al 1% en gestantes, la forma de transmisión sexual es la predominante con 96.9% de los casos reportados, lo que se relaciona estrechamente con la baja prevalencia de uso de condón que apenas alcanza al 1.5% de las mujeres en edad fértil y el incremento de las infecciones de transmisión sexual (ITS). El 2.6% de casos fueron producto de la transmisión madre-hijo y apenas el 0.2% por uso de drogas intravenosas. No se reportan casos de VIH/SIDA a causa de transfusiones sanguíneas.

Desde el registro de los primeros casos de VIH y Sida en el país en 1984, la tendencia de la epidemia ha sido hacia el aumento, con un notable incremento de casos en la primera década del presente siglo. Si bien este incremento es tanto para personas con VIH como para personas con Sida, es notorio que la tendencia de crecimiento de personas infectadas responde principalmente al mejoramiento en la notificación de casos de

VIH, lo que podría ser consecuencia de la implementación de la estrategia de PTV, así como del incremento de los centros de consejería pre y post prueba a partir del 2007 con el Proyecto del Fondo Mundial.

2.1.2 Incidencia y Prevalencia en el Ecuador.

NUMERO DE CASOS ACUMULADOS REPORTADOS DE VIH/SIDA ECUADOR, 1984-2008.



Fuente: PNS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2009

El Ministerio de Salud Pública (MSP) a partir de la detección de los primeros ocho casos en el año 1984. Para enfrentar esta epidemia el MSP creó el Programa Nacional de prevención y control del VIH-SIDA e ITS, en el año de 1987. Su implementación ha permitido dar una respuesta a la creciente y compleja epidemia que requiere de un monitoreo permanente, de servicios especializados y de la formación continua de los prestadores de servicios, para poder actualizarse frente a los nuevos retos de diagnóstico, cuidado y tratamiento que demanda la epidemia.

El tema del VIH-SIDA es una problemática que tiene varias complejidades ligadas al desarrollo, tanto en sus causas como en sus efectos, por tanto su respuesta debe ser multisectorial e interdisciplinaria.

La tendencia al aumento de casos de VIH, que se venía observando desde principios de la década, presentó un incremento marcado en los últimos 2 años, y la tendencia a la estabilización en el número de casos de Sida de los años previos al periodo de este reporte vio también un cambio, con aumento importante de casos en 2008 y 2009. Uno de los elementos importantes que explica este notable incremento en la curva de casos de VIH registrados, es el mejoramiento en el sistema de notificación de casos, pues a partir del año 2008, son notificados directamente por los laboratorios que realizan las pruebas confirmatorias, en lugar de las Unidades de Atención Integral, como venían haciéndolo anteriormente. De la misma manera se modificó el registro de defunciones, al incorporar los datos del INEC basados en certificados de defunción.

2.1.2.1 Distribución de casos de VIH y Sida según edad

Grupos Edad	Casos Sida		Casos VIH	
	2008		2009	
< 1 año	11	2	0	0
1-4	30	18	26	166
5-9	7	17	19	51
10-14	0	2	10	18
15-19	17	34	228	278
20-24	129	159	645	743
25-29	229	309	712	783
30-34	224	241	497	661
35-39	147	169	357	457
40-44	96	136	212	285
45-49	87	82	169	212
50-54	62	66	89	141
55-59	32	40	69	96
60-64	20	21	49	55
65 y mas	7	13	40	36
Sin datos	4	0	27	59
Total	1102	1295	3149	4041

Para los años 2008 y 2009 el grupo de personas entre 20 y 44 años continúa siendo el segmento poblacional más afectado, presentando en 2009, 72.5% de casos de VIH y el 78.3% de casos de Sida del total nacional. En 2009, entre la población menor de 15 años, el grupo de 1 a 4

años presenta el mayor número de casos, con el 70.6% de casos de VIH y el 52% de los casos de Sida

Es preocupante los casos nuevos que se registran en grupos poblacionales jóvenes como son los comprendidos entre las edades de 15 a 19 años de edad, siendo una necesidad impulsar la prevención a través del Ministerio de Educación y Cultura, Medios de comunicación, organismos no gubernamentales ONG, Sociedad civil, sector privado .El Ministerio de Salud desde los servicios de salud entrega material informativo para llegar con mensajes claros a los jóvenes, sobre prevención y transmisión del VIH/SIDA.

La educación sexual en el sistema educativo ecuatoriano aún debe fortalecerse, siendo necesaria la promoción de la salud sexual y educación sexual de forma continua empezando a trabajar desde la escuela, con profesores formados en el tema.

2.1.2.2 Distribución de casos de VIH y Sida por sexo

El predominio de la infección en hombres respecto a mujeres se mantiene en 2009. La razón hombre/mujer para casos de Sida en 2008 (2.95) se mantuvo similar a la de los 2 años precedentes, pero para 2009 disminuyó a 2.44.3

CASOS NOTIFICADOS DE VIH Y SIDA POR SEXO, ECUADOR 2009

Casos Notificados	Mujeres	Hombres	Sin datos	Total
Casos VIH	1535	2434	72	4041
Casos Sida	376	919	0	1295

Fuente: PNS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2009

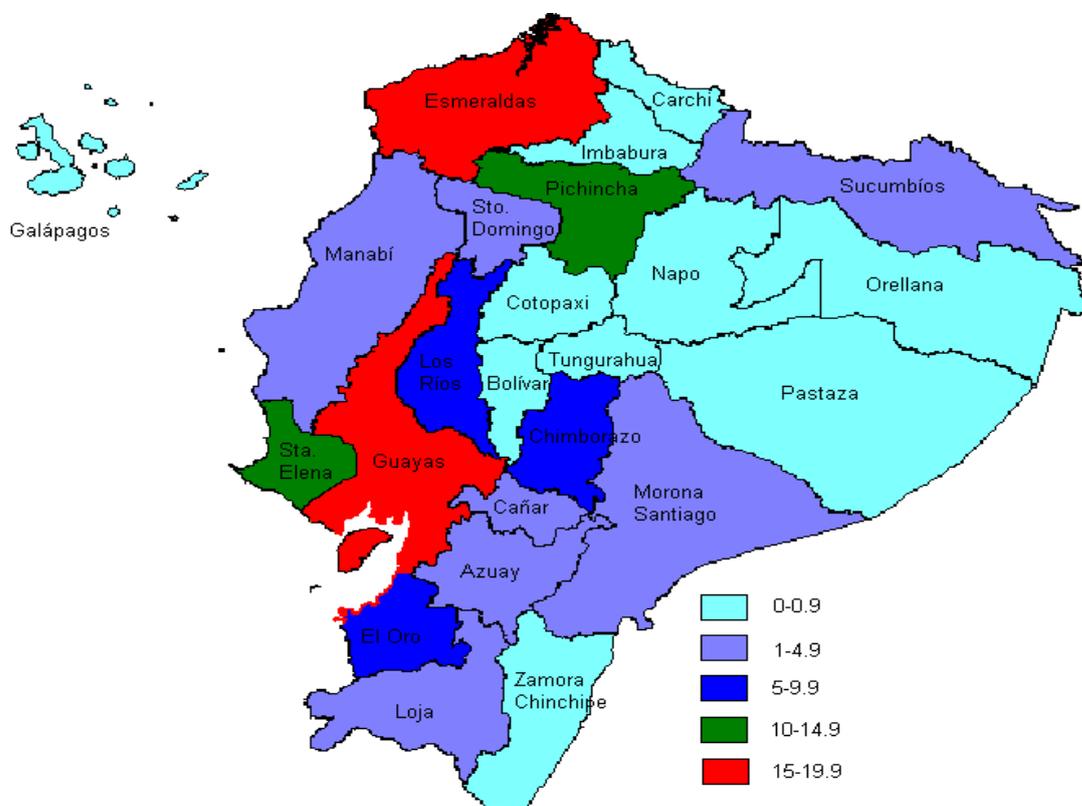
2.1.2.3 Distribución de casos de VIH y Sida por provincias

La notificación de casos de VIH y Sida en 2009 reproduce la situación de años anteriores respecto de la distribución territorial. En la región Costa se ubica la mayoría de personas que viven con el VIH y Sida, y Guayas es la provincia con el mayor número de casos de VIH y de Sida. El principal cambio en los últimos dos años es el incremento de casos notificados de VIH en las provincias de Los Ríos y Esmeraldas.

Provincias	Casos Sida Notificados		Casos VIH Notificados	
	2008	2009	2008	2009
Azuay	25	22	38	22
Bolívar	4	0	4	12
Cañar	5	7	15	24
Carchi	0	0	3	3
Chimborazo	14	29	18	13
Cotopaxi	2	3	13	20
El Oro	39	54	146	144
Esmeraldas	20	70	207	213
Galápagos	0	0	4	5
Guayas	715	684	1656	2329
Imbabura	2	4	11	15
Loja	8	9	28	30
Los Ríos	76	43	298	337
Manabí	47	63	245	264
Morona	1	2	3	6
Napo	0	0	2	8
Orellana	3	0	20	16
Pastaza	1	0	3	2
Pichincha	95	263	199	383
Santa Elena	30	29	46	60
Santo Domingo	9	5	65	77
Sucumbíos	5	7	15	19
Tungurahua	1	1	18	25
Zamora	0	0	1	3
Sin datos	0	0	91	11
Total	1102	1295	3149	4041

Fuente: PNS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2009

2.1.2.4 Distribución geográfica de casos de sida



2.2. VIH / SIDA en los Adolescentes

La población joven y adolescente continua estando en el centro de la pandemia del VIH, cuando se refiere a transmisión, vulnerabilidad, impacto y potencial para cambiar las actitudes y los comportamientos que son la base para el cambio en la tendencia de la infección, según estudios y datos estadísticos del país se observa que existe una tendencia a iniciar las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, en el registro de tamizaje a embarazadas observamos un número significativo de embarazos que cursan en niñas de 10 a 14 años.

2. 3 Equidad de género y abordaje del ciclo de vida.

2.3.1 La sexualidad en los adolescentes

En la adolescencia, se tiene un patrón de comportamiento impredecible, falta el discernimiento que viene con la edad, por lo común no pueden apreciar las consecuencias adversas de sus actos.

Para los jóvenes, los riesgos de presentar el VIH/SIDA puede ser difícil de comprender. Como el VIH/SIDA tiene un largo periodo de incubación, el comportamiento arriesgado no tiene inmediatamente consecuencias manifiestas. Al mismo tiempo, para una persona joven los costos sociales de prevenir la infección por VIH/SIDA, inclusive la pérdida de la relación, la pérdida de confianza y la pérdida de aceptación por parte de los compañeros puede ser un precio demasiado alto que pagar para la mayoría de los adolescentes. Además, muchos jóvenes no están enterados de que se entiende por comportamiento sexual arriesgado. Aún si reconocen el riesgo de contraer el VIH/SIDA, muchos creen que ellos mismos son invulnerables.

En estudios realizados en estudiantes, solo un 26% de estos, varones entrevistados, se consideraban en alto riesgo de contraer el VIH/SIDA, pese que el 48% pensaban que sus amigos estaban en alto riesgo.

Muchos adolescentes experimentan con tipos de conductas arriesgadas, sin darse cuenta de las posibles consecuencias adversas. Estos hallazgos ponen de manifiesto el sentido distorsionado de invulnerabilidad al VIH/SIDA de muchos jóvenes. Esta manera de sentir lleva a que muchas personas jóvenes ignoren el riesgo de infección y por lo tanto a que no tomen precauciones. La madurez cognoscitiva parece estar relacionada con el comportamiento sexual más libre de riesgo, por ejemplo, las

mujeres jóvenes con preparación académica superior tienen más probabilidad de usar anticonceptivos.

En algunos lugares donde la prevalencia de VIH/SIDA es alta, algunas personas jóvenes no se consideran en riesgo, mientras que otros han dicho que si se infectaran, serían otros los responsables y no ellos. Algunos jóvenes hasta ponen en duda la existencia del VIH/SIDA.

En los Estados Unidos investigadores encontraron que los adolescentes infectados por el VIH/SIDA tenían la probabilidad dos veces mayor que los adultos infectados y adoptar un comportamiento de alto riesgo como práctica de relaciones sexuales sin protección y compartir con otros la agujas para inyectarse drogas.

La sexualidad produce en muchos jóvenes ansiedad y turbación, en parte porque es común que la sociedad misma reaccione de esta manera ante este tema. Aún los jóvenes que saben cómo protegerse contra el VIH/SIDA suelen carecer de las aptitudes para hacerlo, la ansiedad y la aprensión impiden a menudo que los jóvenes utilicen condones porque para ello se requiere el conocimiento y cooperación de la pareja.

Algunos jóvenes, especialmente las mujeres corren riesgo de contraer VIH/SIDA por tener un sentido de inferioridad o por sentirse incómodos con su sexualidad. A menudo no creen que puedan controlar su comportamiento sexual o anticonceptivo. Niegan que necesiten anticonceptivos o exageran la dificultad de obtenerlos. Los adolescentes que niegan el riesgo personal que corren de contraer el VIH/SIDA pueden ignorar los mensajes de prevención, descartar su importancia o pensar que ellos no son los responsables de la protección.

2.3.2 Aspectos Psicosexuales de la adolescencia

2.3.2.1 Fantasías sexuales

Los sueños y las fantasías sexuales se tornan más frecuentes y explícitos en la adolescencia, muchas veces como elemento auxiliar de la masturbación. Parece ser que la fantasía, en el marco de la adolescencia, cumple varios cometidos: realza por lo general el placer de la actividad Sexual; puede sustituir a una experiencia real origina excitación o provoca el orgasmo; constituye una especie de plataforma de ensayo mental.

2.3.2.2 Independencia

A medida que el adolescente pugna por consolidar un sentido de identidad e independencia personal con respecto a sus padres y a otras figuras autoritarias, adquieren gran importancia las relaciones recíprocas con los compañeros y compañeras de la misma o parecida edad. Así, por ejemplo: la necesidad de libertad que experimenta el adolescente se acompaña normalmente del imperativo de ser como sus amigos, por más que en ocasiones ambas exigencias sean contrapuestas o antagónicas. Las presiones del grupo de edad a que pertenece el adolescente varían según las colectividades sociales.

En su ansia por liberarse de la supervisión de los padres y de los adultos, algunos adolescentes ven en el sexo un medio de demostrar su actitud para tomar decisiones propias y de presentar cara a la escala de valores de la otra generación. Pero la conquista de esa libertad no es tarea fácil, ya que los adolescentes adquieren de un modo y otro un considerable legado sexual de sus mayores y de la generación correspondiente en el que se incluyen pautas discriminatorias hacia el sexo femenino y un intenso sentimiento de culpabilidad sexual.

2.3.2.3 Reacciones Paternas

Muchos adultos dan la impresión de sentirse amenazados por las pautas del adolescente en esta materia y tratan de regularlas de manera ilógica, como lo demuestra el hecho de que se pretenda a veces suprimir la educación sexual en las escuelas ("les llenaría la cabeza de malas ideas"), restringir la información sobre métodos anticonceptivos ("que sigan teniendo miedo a quedar embarazadas"), censurar libros y películas o, sencillamente, fingir que la sexualidad del adolescente no existe en absoluto. Por fortuna, no todos los padres adoptan una visión tan negativa de la sexualidad juvenil y en algunos casos asumen posturas más liberales. También es importante constatar que la conducta sexual del adolescente puede crear inquietud en los progenitores. A muchos padres les preocupa que sus hijos adolescentes se vean atrapados en un embarazo involuntario, conscientes de que, aun cuando él o ella dispongan de medios anticonceptivos, quizá no los sepan utilizar eficazmente en el momento preciso. Los padres también se inquietan, y no sin motivo, de que sus hijos adolescentes puedan contraer una Infección de transmisión Sexual (ITS) o peor aún el VIH SIDA.

2.3.3 Pautas de conducta sexual

2.3.3.1 La Masturbación

La masturbación cumple en los adolescentes varias funciones de importancia, como son el alivio de la tensión sexual, el constituir una forma inocua de experimentación sexual, la mejora de la autoconfianza en el desempeño sexual, el dominio de los impulsos sexuales, la mitigación de la soledad y una válvula de escape de la tensión y el estrés generales.

2.3.3.2 Las caricias

Recientemente, un estudio basado en entrevistas con estudiantes de ambos sexos de primer año de universidad, a los que se preguntó sobre sus experiencias sexuales en el instituto de secundaria, puso de manifiesto que el 82 % tuvo estimulación genital con su pareja, y que el 40% de las muchachas y el 50% de los chicos habían tenido orgasmos durante el petting (Kolodny, 1980). El petting debe contemplarse a la luz de los cambios de actitud que hoy se observan en la conducta sexual del adolescente. Además de practicar buen número de actividades sexuales a edad más temprana que otras generaciones, muchos de los adolescentes de nuestros días han prescindido de la costumbre de "salir" o darse cita con compañeros o compañeras y de "entablar un noviazgo" formal, y se atienen a pautas de interacción social menos estructuradas.

2.3.3.3 El coito

La primera experiencia coital puede constituir un episodio de dicha, goce, intimidad y satisfacción o, por el contrario, originar inquietud, desengaño y culpa. Es un error deducir que los chicos y chicas que tienen su primera relación coital a edad más temprana son por ello mismo promiscuos, ya que muchos adolescentes jóvenes se limitan a realizar la experiencia con una misma compañera en cada ocasión. También debe tenerse en cuenta que no pocos adolescentes que ya no son vírgenes realizan el acto sexual con escasa frecuencia. Otros padecen trastornos sexuales que les han impedido gozar del contacto íntimo.

2.3.3.4 Experiencia homosexual

Conviene tener presente que un encuentro aislado entre dos adolescentes del mismo sexo o una pauta efímera de actividad homosexual no basta para afirmar que el individuo tenga una inclinación

de este tipo. La mayor parte de los adolescentes que han tenido experiencias homosexuales no se ven como tales y, ya adultos, su conducta es heterosexual. Aun así, hay adolescentes que albergan sentimientos de culpa y se muestran ambivalentes respecto a su orientación sexual como consecuencia de un solo episodio de ese género, lo que les turba emocionalmente. El adolescente que se inquieta ante la idea de ser homosexual reacciona de muy diversas formas, evitan toda relación con individuos del mismo sexo a la vez que tratan de reforzar su identidad heterosexual saliendo con chicas y entregándose a contactos amorosos heterosexuales. Otros optan por evitar todo tipo de situaciones sexuales. Además, están los que se tienen por bisexuales, los que estiman que la excitación homosexual es una etapa transitoria que dejarán atrás, y, en fin, los adolescentes que recaban la ayuda de un profesional para salir de apuros. Algunos adolescentes "sienten" de manera intuitiva que son homosexuales, o bien superan el desconcierto inicial acerca de su identidad sexual y asumen de forma positiva la homosexualidad.

2.3.4 Los Adolescentes y la Transmisión del VIH / SIDA.

Los jóvenes son un grupo de alto riesgo en cuanto a ITS y VIH por una serie de razones, tales como la falta de conocimiento sobre ITS, incluido el VIH; no percibirse a sí mismos como un grupo en riesgo; su falta de acceso o inconsistencia en el uso de condones; mayor número de parejas sexuales, lo que conduce a un mayor riesgo de exposición; factores biológicos (el epitelio cervical de una mujer joven es más susceptible a las infecciones); factores económicos (los adolescentes pueden vivir o trabajar en la calle y participar en el llamado "sexo de supervivencia" o "sexo transaccional"); y factores sociales (tales como ser forzados a tener una relación sexual, no tener las habilidades o el poder necesario para negociar el uso de condones y enfrentarse con normas asociadas al género, dobles estándares o normas culturales/religiosas en cuanto a

sexualidad y fertilidad) Los adolescentes podrían estar renuentes o no ser capaces de acceder a tratamiento de ITS o VIH porque podrían ignorar que están infectados (la infección por VIH puede ser asintomática), temer la desaprobación de su familia o comunidad, asustarles realizarse los exámenes o no saber cómo reconocer los síntomas.

2.3.4.1 Uso del condón en los adolescentes

Los jóvenes sienten vergüenza y temor al comprar condones, dificultad en discutir su uso con la pareja, falta de conocimiento sobre el VIH y las ITS y creen que interfieren con el placer sexual. Muchos comienzan a tener relaciones sexuales a temprana edad y los necesitan. Confiesan tener relaciones y usar algún método anticonceptivo pero hoy, en la era del VIH-Sida, el porcentaje de jóvenes que usa condones es bajo. Tomar riesgos forma parte de ser joven. Actúan como si fueran invencibles, tratan de probar hasta donde pueden llegar y son desafiantes. Pero en esta época, tener sexo sin protección es ser irresponsable y puede ser irreversible.

La sociedad actual, no acepta su sexualidad y trata de desalentar las relaciones sexuales antes del matrimonio. Esta actitud severa y estricta, es especialmente para la mujer. La segregación de las jóvenes desde la pubertad, la obligación de mantener la virginidad hasta el matrimonio y las críticas dirigidas a los jóvenes solteros que tienen relaciones sexuales, desalientan la discusión de estos temas en público, en el hogar, las escuelas y colegios; sugerir que la abstinencia y la monogamia son los únicos métodos de prevención, equivale a ignorar la realidad de millones que requieren de la protección que dan los condones.

Los jóvenes son un grupo de alto riesgo en cuanto a ITS y VIH por una serie de razones, tales como la falta de conocimiento sobre ITS, incluido el VIH; no percibirse a sí mismos como un grupo en riesgo; su falta de

acceso o inconsistencia en el uso de condones; mayor número de parejas sexuales, lo que conduce a un mayor riesgo de exposición; factores biológicos (el epitelio cervical de una mujer joven es más susceptible a las infecciones); factores económicos (los adolescentes pueden vivir o trabajar en la calle y participar en el llamado "sexo de supervivencia" o "sexo transaccional"); y factores sociales (tales como ser forzados a tener una relación sexual, no tener las habilidades o el poder necesario para negociar el uso de condones y enfrentarse con normas asociadas al género, dobles estándares o normas culturales/religiosas en cuanto a sexualidad y fertilidad).

Los adolescentes podrían estar renuentes o no ser capaces de acceder a tratamiento de ITS o VIH porque podrían ignorar que están infectados (la infección por VIH puede ser asintomática), temer la desaprobación de su familia o comunidad, asustarles realizarse los exámenes o no saber cómo reconocer los síntomas. Además, dado que la infección por VIH puede ser asintomática, es posible que no sepan que están infectados.

2.3.5 Acceso de los Adolescentes a los Servicios de Atención y Prevención.

Los adolescentes necesitan información adecuada a su edad sobre desarrollo físico y emocional, los posibles riesgos de las relaciones sexuales sin protección, el abuso de sustancias adictivas, cómo acceder a los servicios de salud, y oportunidades educacionales, vocacionales y recreativas. Los programas efectivos usan distintos enfoques para transmitir mensajes de salud reproductiva, entre los que se incluyen los medios de comunicación, la comunicación interpersonal y la movilización de la comunidad. Los programas han tenido más éxito cuando se entregan la información y educación de manera interactiva y relacionada con los servicios. La mayoría de los adolescentes están ansiosos por

aprender sobre salud reproductiva y están abiertos a recibir consejos sobre cómo manejar sus problemas personales.

La diversión en los medios de comunicación (radio, televisión, música, vídeos, películas, historietas) puede ser una manera costo-efectiva de comunicar mensajes para influenciar conocimientos, actitudes y conductas. La consejería personal y las derivaciones a clínicas pueden ser cruciales para ayudar a los jóvenes a adoptar conductas responsables. Se puede ofrecer los servicios a través de una línea telefónica gratuita, programas radiales, consejos ubicados en lugares públicos o en la privacidad de un centro de salud o una clínica.

2.4 VIH Y SIDA

2.4.1 ¿Que un Virus?

Del latín “Veneno”, son microorganismos incompletos compuestos de un ácido nucleico asociado a una proteína. Son los sistemas bióticos más sencillos que se conocen, y presentan las siguientes características:

Tamaño muy pequeño: Son visibles al microscopio electrónico.

Vida parasitaria: se desarrollan exclusivamente en el interior de células vivas.

2.4.1.1 Características y estructuras de los virus.

Los virus están constituidos por una molécula de ADN o ARN, rodeada de una cápsula de proteínas llamada **capsomero**. Al atacar a una célula, el virus entra en contacto con determinados receptores de la membrana celular, los destruye e introduce en el interior el filamento del ácido nucleico. A partir de ese momento controla los mecanismos metabólicos celulares y comienza su auto duplicación. Cada una de las copias con una proteína específica, da origen a un nuevo virus.

2.4.1.2 Estructura del VIH

El virión del VIH es esférico, mide entre 80 y 120 nanómetros de diámetro es aproximadamente esférico y tiene un centro cilíndrico y está rodeado por una capa lipídica con glucoproteínas de envoltura gp120 y gp41.

Su genoma tiene 2 copias a ARN (una sola hebra), es lineal, en general (VIH-1 y VIH-2) mide entre 9.8 y 10.3 kpb.

En su interior cuenta con 3 tipos de proteínas específicas, necesarias para su replicación viral:

- Transcriptasa Inversa (RT)
- Integrasa (PR)
- Proteasa (IN)

El VIH-1 presenta 9 genes, Tres de ellos forman proteínas estructurales comunes en los retrovirus (los genes gag, pol y env), los otro 6 no son estructurales, que codifican para dos proteínas reguladoras (genes tat y rev) y cuatro para proteínas accesorias (genes vpu, vpr, vif y nef).

El VIH-2 le falta el gen vpu, presentando en su lugar otro llamado vpx. Las proteínas estructurales son codificadas por los genes gag, pol y env, y su secuencia cubre la mayor parte del genoma viral, quedando sólo una parte menor para el resto de los genes.

2.4.1.3 Ciclo de vida del VIH

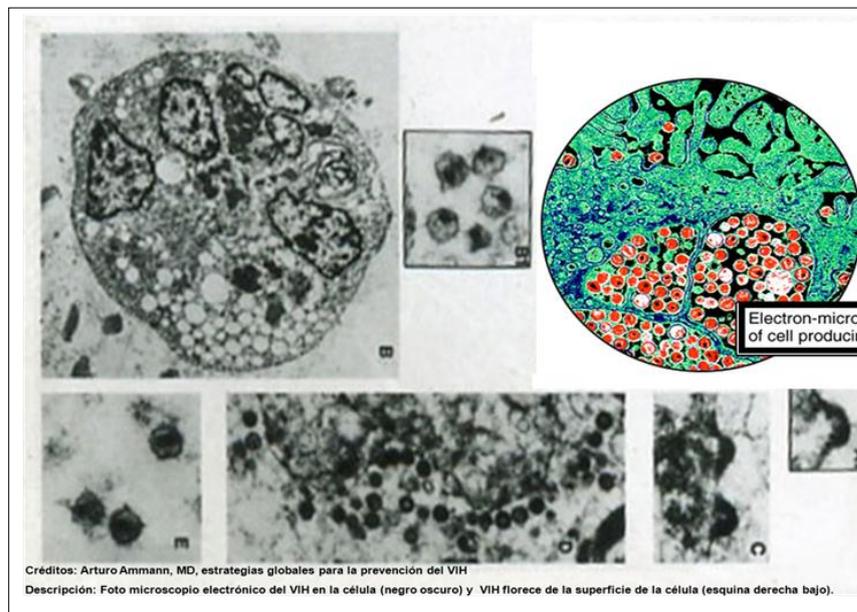
El ciclo de vida de los retrovirus se diferencia del ciclo de vida de todos los demás virus.

Primero el virión libre de las células se une a la célula blanco mediante una interacción de la envoltura viral y la membrana de la célula huésped. (Se une específicamente la envoltura gp120 con la membrana de los linfocitos T CD4). Después se fusionan las membranas y se internalizan el complejo viral y el de la nucleoproteína. Después se lleva a cabo la

trascrición inversa que forma un DNA (doble hebra) a partir del RNA del virus y este migra al núcleo de la célula huésped.

El DNA viral se integra (de forma covalente) en el DNA de la célula formando un "provirus". El RNA mensajero se traduce en proteínas virales al tiempo que se forman nuevos viriones en la superficie celular.

De este modo la célula solo vive para generar más viriones, por lo que mientras que el cuerpo trata de producir más linfocitos para combatir la enfermedad, genera más linfocitos infectados (viriones de VIH) por lo cual la pérdida de linfocitos T CD4+ es exponencial y cada vez hay menos.



2.4.2 ¿Qué es el VIH?

El VIH, Virus de Inmunodeficiencia Humana tipo 1 o tipo 2, se caracteriza clínicamente por una infección asintomática durante un período variable de hasta alrededor de 8 años, debido a equilibrio entre replicación viral y respuesta inmunológica del paciente.

Posteriormente, se rompe este equilibrio aumentando la carga viral y deteriorándose la función inmune, lo que permite la aparición de diversas

infecciones, clásicas y oportunistas, y tumores, con lo que se llega a la etapa de SIDA.

2.4.3 ¿Qué es el SIDA?

EL SIDA es el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, es una enfermedad vírica que afecta al sistema inmunológico humano, dañando así la capacidad de defensa del organismo. Sin resistencia una persona con SIDA, es susceptible de diversas enfermedades e infecciones.

2.4.4 Origen del VIH

El VIH fue descubierto en 1984, 3 años después del primer caso documentado de SIDA (en 1981). Fue descubierto en Francia por el equipo de investigadores de L. Montagnier en el Instituto Pasteur de Paris. El origen del Virus de inmunodeficiencia humana es incierto, pero las teorías más aceptadas plantean que llegó al humano como muchas otras enfermedades por Zoonosis (enfermedad transmisible al ser humano desde el huésped animal, como la rabia) transmitida del SIV (virus de inmunodeficiencia del simio) al humano, mutando en lo que ahora conocemos como VIH.

Se piensa que el virus puede provenir de los simios de África donde hay numerosos casos de SIV entre los simios, probablemente cuando los cazadores ingleses iban a cazar al norte de África, tal vez consumieron carne de simio cruda o simplemente una herida con exposición de fluido sanguíneo tuvo exposición directa a sangre infectada de un simio con SIV.

También se piensa que otro de los factores que ayudaron a la rápida expansión del virus, fueron las campañas de vacunación en

Europa, donde las jeringas eran de cristal, se reutilizaban y no eran esterilizadas.

2.4.5 Fases Clínicas del VIH/SIDA.

2.4.5.1 Fase de infección aguda retroviral.

Se corresponde con la llegada del virus al sujeto y se caracteriza desde el punto de vista clínico por 2 situaciones:

Puede ser asintomática, como ocurre en la mayoría de los pacientes

O es sintomática, en cuyo caso el cuadro clínico presenta síntomas muy variados, como se expone a continuación.

- **Síntomas generales:** fiebre, faringitis, linfadenopatías (cuadro parecido al de la mononucleosis infecciosa), artralgias, mialgias, anorexia y pérdida de peso.
- **Síntomas dermatológicos:** rash eritematoso maculopapular, urticaria difusa y alopecia.
- **Síntomas gastrointestinales:** náuseas, vómitos, diarrea y ulceraciones mucocutáneas.
- **Síntomas neurológicos:** cefalea, dolor retro-orbitario, meningoencefalitis, neuropatía periférica, radiculitis y síndrome de Guillain-Barré.

Estos síntomas tienen un período de tiempo de aproximadamente 6 a 8 semanas y no requieren tratamiento específico, sólo sintomático. Mientras más sintomática y duradera sea esta fase, peor pronóstico tendrá la evolución clínica futura del paciente.

En esta fase hay una gran viremia inicial, y las células del sistema inmunológico son el principal órgano diana, por lo que hay destrucción y merma transitoria de dichas células. De forma lenta se produce una

respuesta inmune contra el virus, por lo que disminuye el número de partículas virales en la sangre, pero continúa su replicación en los órganos linfáticos (ganglios linfáticos con preferencia y bazo); o sea, que la respuesta inmune inicial no es suficiente para eliminar el virus.

Durante esta fase se tiene el inconveniente de que la serología del VIH es negativa, aunque los antígenos virales sean positivos.

2.4.5.2 Fase o período de portador asintomático.

Después de la primera, el paciente pasa a la fase más larga de la enfermedad, la de portador asintomático, que en tiene una duración promedio de 12 años, aunque los nuevos tratamientos la prolongan cada vez más.

De forma general puede estar asintomático por completo o tener un síndrome edémico con las siguientes características: Más de 3 meses de evolución, con ganglios firmes pero no leñosos, móviles, no dolorosos, sin cambios en la piel que los recubre y que ocupan dos o más regiones contiguas.

Por lo común se excluyen las adenopatías de localización inguinal por la diversidad de causas que las producen, pero cuando son de tamaño importante deben de evaluarse junto con las de otras regiones y tenerlas en cuenta, sobre todo en individuos que tengan los factores de riesgo para ser infectados con el VIH.

Se llama linfadenopatía generalizada persistente y de manera general se considera como un esfuerzo o lucha del sistema inmunológico para vencer la infección. Puede o no haber esplenomegalia

A pesar de estar asintomáticos, continúa la replicación del virus, aunque muy baja, por lo cual no hay tal estado de latencia o de no replicación; esto se asocia con altos títulos de anticuerpos, por lo que el diagnóstico

en esta fase es serológico. El principal reservorio del VIH durante esta fase es el *sistema linfoide*, sobre todo los ganglios linfáticos y el bazo.

2.4.5.3 Fase de complejo relacionado con el SIDA.

En la medida en que pasan los años y progresa la enfermedad, le sigue la fase llamada complejo relacionado con el SIDA, la cual va a representar una fase intermedia entre el portador asintomático y la de caso SIDA o final. Aparecen los primeros síntomas o se presentan enfermedades relacionadas con una inmunodeficiencia subyacente por lo que estos pacientes ya no estarán tan bien como en la fase anterior, pero los problemas no serán tan serios como en la siguiente

Esta fase se conoce también como SIDA menor o pre SIDA y clínicamente se caracteriza por distintos síntomas:

- **Generales:** malestar general, astenia persistente, síndrome febril prolongado y pérdida de peso.
- **Hematológicos:** anemia y trombocitopenia (con síndrome purpúrico o sin él). Linfadenopáticos: con las características descritas anteriormente.
- **Respiratorios:** tos seca persistente.
- **Digestivos:** diarrea.
- **Dermatológicos:** candidiasis oral (heraldo), dermatitis seborreica, herpes simple recidivante (anal o genital), herpes zoster y verrugas genitales.
- **Neurológicos:** polineuropatía, síndrome ansioso depresivo y meningitis aséptica.

La duración de esta fase depende de factores tales como:

- Tipo de cepa viral infectante.
- Respuesta inmunológica del huésped.

- Tratamiento impuesto, tanto antirretroviral como de cada una de las situaciones clínicas.
- Tratamiento inmuno-modulador (factor de transferencia e interferón).

Durante esta fase hay tendencia al aumento progresivo de la replicación viral y una disminución de las funciones inmunes del organismo.

2.4.5.4 Fase SIDA o caso SIDA

Es el estadio final de la infección por VIH y se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas y tumores raros. Desde el punto de vista inmunológico representa una inmunodepresión severa, con una depleción notable del número de linfocito CD4, cuyo importante papel en la respuesta inmune es bien conocido. Hay una alta replicación viral, favorecida por la debilidad del sistema inmunológico.

Desde el punto de vista clínico se considera que un paciente es un posible caso SIDA, cuando tenga alguna de las afecciones relacionadas en la Fisiopatología, las que con el tiempo se han extendido en la medida en que los centros para el control de enfermedades van reportando una alta incidencia de una determinada enfermedad asociada a la infección por el VIR.

Por lo general, es frecuente que un paciente en esta fase tenga varias afecciones indicadoras de SIDA. Actualmente, aparte de las enfermedades indicadoras de SIDA, también se ha incluido para el reporte de caso SIDA a pacientes con conteo de células CD4 < de 200 por mm³, con independencia del estado clínico en que se encuentren.

Las alteraciones que se encuentran en el examen físico son de variada naturaleza, pero las más frecuentes en la práctica clínica y que sugieren infección por VIH son:

- **Generales:** pérdida del tejido adiposo que llega incluso a la caquexia.
- **En la boca:** candidiasis oral, leucoplasia vellosa oral y sarcoma de Kaposi.
- **En la piel:** sarcoma de Kaposi, herpes zoster, lesiones de molusco contagioso y dermatitis seborreica.
- **En el fondo de ojo:** retinitis por Cytomegalovirus y exudados blanquecinos algodonosos.

2.4.6 Métodos de transmisión.

El conocimiento de los mecanismos de transmisión de la infección por el VIH fue uno de los primeros y más importantes retos planteados en la lucha contra esta enfermedad. El VIH se transmite a través de tres vías:



Sexual

Parenteral

Vertical

2.4.6.1 Transmisión Sexual.

La transmisión sexual es el modo de infección más común en todo el mundo, incluyendo en cualquier tipo de coito: vaginal, anal y menos frecuente pero no exento de riesgo. Las posibilidades de infección de VIH por transmisión sexual dependen de varios factores:

- **Conducta sexual:**

Determina un grado variable de transmisión en función de diversos factores:

a) Número de relaciones.

b) La vía utilizada (las estimaciones para una única exposición anal receptiva, claramente más peligrosa que la relación insertiva, estarían entre 0,1%- 0,3%, o entre 1/10 y 1/600 en otra estimación; para una única exposición vaginal receptiva, también más peligrosa que la insertiva, entre 0,1%-0,2%, o entre 1/200 y 1/2000 en otra estimación global.

La exposición oral receptiva, y en mucha menor cuantía la insertiva, son prácticas de riesgo documentadas, aunque menos peligrosas que las anteriores. Recientemente se ha informado que la exposición oro-genital podría entrañar mayor riesgo del estimado inicialmente, con hasta un 8% de los nuevos casos adquiridos por esta vía.

c) La capacidad de lesionar la mucosa incrementa el riesgo, aunque se sabe que la infección puede producirse a través de mucosas intactas, dado que contienen macrófagos y células de Langerhans en contacto con la superficie y con receptores para el VIH, como se ha demostrado con los al menos 14 casos conocidos de transmisión a través de inseminación artificial

d) La utilización de métodos protectores de barrera (preservativos): así un meta análisis encontró una tasa global de eficacia del preservativo del 69%, aunque cuando se utiliza correctamente, lo que implica buenos materiales (látex/vinilo) y buena técnica (no contacto entre secreciones y mucosas), dicha eficacia se aproximaría al 100%.

La lucha para promover unas relaciones sexuales más seguras ha encontrado difíciles escollos incluso en los países con alto nivel de información, en los que se está describiendo el "fenómeno del agotamiento", por el que el abandono de las precauciones más elementales está condicionando un claro incremento de las ETS y el VIH/SIDA.

2.4.6.2 Transmisión Parenteral

Diversos mecanismos están implicados en la transmisión del VIH por esta vía.

- **Uso de drogas por vía parenteral**

Este hábito es responsable de una muy importante proporción de casos de SIDA en el mundo, de manera directa (compartiendo las jeringuillas de inyección) o indirecta (transmisión sexual a las parejas de los usuarios de drogas).

La eficiencia transmisora del acto de compartir los hábitos de la drogadicción intravenosa (básicamente, la reutilización del material de inyección) es mayor que la de las relaciones sexuales y, en el comienzo de la pandemia, en poco tiempo las comunidades de usuarios de drogas por vía parenteral pasaron a tener tasas de infectados muy altas.

Lógicamente, la intensidad de la drogadicción, del intercambio de jeringuillas usadas y del número de compañeros con el que se comparten, es un factor de riesgo para la transmisión.

- **Transfusiones de sangre**

Las transfusiones de sangre, en el caso de estar contaminadas por el VIH, se seguirían de la infección del receptor en más del 60%-95% de los casos.

Todas las donaciones de sangre en los países desarrollados son objeto de control sanitario y, por tanto, el riesgo de infección en una transfusión es ya prácticamente inexistente. Las donaciones de órganos en el caso de los trasplantes y de esperma en el de la inseminación artificial, también son controladas actualmente.

2.4.6.3 Transmisión Vertical.

Se han descrito tres tiempos en los cuales la transmisión vertical puede ocurrir:

- **Transmisión Intraútero:** el virus se ha detectado en el tejido fetal y en el tejido placentario desde temprano como el primer trimestre de gestación, lo cual sugiere rol patogénico en la transmisión intraútero. El test virológico es positivo en las 48 horas de vida.
- **Transmisión Intraparto:** este tipo de transmisión ocurre ante la exposición a sangre materna o secreciones genitales infectadas. El niño tiene un test virológico negativo durante la primera semana de vida y luego se hace positivo (infección tardía).
- **Transmisión post parto vía lactancia materna:** el virus ha sido detectado en leche materna por cultivo. Hay reportes bien documentados de transmisión de VIH de madres, quienes adquirieron el virus después del parto y lactaron a sus niños.

Hay estudios que sugieren que el 50-70% de la transmisión vertical del VIH puede ocurrir intraparto y el riesgo de transmisión de madres infectadas después del parto es de alrededor de un 29%.

Si la madre se ha infectado alrededor del parto, el riesgo estimado para el niño a través de la lactancia materna es de aproximadamente un 14%. Se ha estimado que aproximadamente 20-30% de los niños nacidos de madres infectadas por VIH adquieren la infección, este porcentaje desciende notablemente con el uso de terapia antiretroviral como protocolo de tratamiento en la embarazada.

2.4.6.3.1 Factores de Riesgo para la Transmisión Vertical del VIH

Factores Maternos:

Madres con enfermedad avanzada de VIH, con conteo de CD4 bajo y presencia de antigenemia p24, parecieran ser más propensas a transmitir el virus a sus hijos. Igualmente, las madres con alta carga viral se asocian a alto riesgo de transmisión. Dos estudios recientes reportan que cargas virales por encima de 100.000 copias/ml tienen un riesgo de transmisión hasta un 40.6%, descendiendo hasta un 0% con carga viral menor de 1000 copias/ml.

La drogadicción endovenosa durante el embarazo en mujeres con conteo de CD4 bajo y el hábito del tabaquismo materno, han sido asociados con el aumento del riesgo de transmisión perinatal. Algunos estudios sugieren que la edad maternal (por cada 5 años por encima de los 25 años) pudiera estar relacionada con un aumento del riesgo de transmisión.

Factores Obstétricos:

Se han realizado estudios valorando la relación entre transmisión vertical y modo de parto. Con esto se demuestra que la cesárea electiva es capaz de disminuir la transmisión en un 50% en comparación con otros métodos

de parto, el cual unido a la utilización de la terapia antiretroviral con ZDV (Zidovudina) en la etapa perinatal, intraparto y neonatal como está descrito en el protocolo ACTG 076, puede disminuirse hasta un 87%.

Protocolo de tratamiento para disminuir la tasa de transmisión vertical:

Protocolo ACTG 076

- Este protocolo llevado por Connor, demuestra la disminución de la tasa de transmisión vertical de un 25.8% a un 8% utilizando ZDV antes del parto, intraparto y en el recién nacido independientemente de los niveles de CD4 o carga viral materna.
- Incluye la administración de ZDV en dosis de 100 mg 5 veces al día vía oral, desde la semana 14 - 34 de gestación hasta el inicio del trabajo de parto o 4 horas antes de la cesárea electiva.
- Cuando se inicia el tratamiento a la madre con ZDV endovenosa a dosis de 2 mg/Kg de peso y pasado el lapso de una hora, se vuelve a suministrar a dosis de 1 mg/Kg cada hora hasta el momento del parto. Al recién nacido se le administra a 2 mg/Kg de ZDV vía oral cada 6 horas hasta las seis semanas de vida.

2.4.7 Síntomas

El virus de inmunodeficiencia humana es a grandes rasgos asintomático, ya que las células que ataca son específicamente los "Linfocitos T Auxiliares (Helper) CD4+", estos linfocitos son los encargados de ayudar a la estimulación de los Linfocitos B, que al ser estimulados generan anticuerpos.

También existe una baja considerable de Linfocitos T Auxiliares (Helper) que por consiguiente causa una baja en el sistema inmune del cuerpo, dejando al cuerpo desprotegido al acecho de las llamadas "enfermedades oportunistas". Es por esto que el VIH/SIDA no presenta una sintomatología específica, realmente su sintomatología depende de las

enfermedades oportunistas que entren al organismo, y estas, provocaran una sintomatología, respectiva de ellas mismas, no realmente del VIH/SIDA.

Sin embargo describiremos a continuación la sintomatología más común a partir de que el individuo se ve infectado, ya que como decíamos, la infección inicial va seguida por un periodo asintomático durante años, antes que la enfermedad se manifieste clínicamente.

En el periodo inicial después de la infección, puede haber signos de infección viral aguda breve, inespecífica, con fiebre, malestar, exantema, artralgia y linfadenopatía. Después, se presentan las pruebas serológicas de SIDA. La mayoría no experimenta el síndrome viral. Después de esta infección, el paciente puede permanecer como portador asintomático y quedar así por años.

El tiempo desde la infección al diagnóstico varía de algunos años a más de 5, pero no se conoce con precisión el tiempo que transcurre desde la infección hasta la prueba de formación de anticuerpos. Se piensa que es tan breve como cuatro semanas y tan largo como un año y, en casos raros, se sabe de personas que han sido infectadas con el virus y desarrollan la enfermedad pero no han producido anticuerpos.

Después de las bajas en el sistema inmune vienen las enfermedades oportunistas y que pueden traer complicaciones pulmonares, gastrointestinales, oftalmológicas, hematológicas, oncológicas, renales, cardiacas, endocrinas y reumatológicas.

2.4.8 Pruebas Diagnósticas.

El desarrollo de los métodos de laboratorio necesarios para el diagnóstico definitivo de la infección por VIH, resultó un gran paso de avance, ya que las manifestaciones clínicas, aunque sugestivas, no son específicas en ningún estadio de la enfermedad. Es necesario recordar que después de

la infección con el VIH se producen una aguda viremia y antigenemia, pero con una respuesta demorada de anticuerpos. Las pruebas de laboratorio que se utilizan para diagnosticar la infección por retrovirus humanos, se clasifican en directas e indirectas.

2.4.8.1 Pruebas directas

Estas pruebas facilitan el diagnóstico precoz de la infección, pues permiten detectar la presencia del virus o de sus constituyentes (proteínas y ácido nucleico) aun antes de desarrollarse la respuesta de anticuerpo s frente a ellos, pero tienen el inconveniente de ser muy costosas. Dentro de ellas están:

- *Antigenemia P₂₄*
- *Cultivo viral.*
- *Reacción en cadena de la polimerasa.*

Estas dos últimas se utilizan para el diagnóstico de la infección en los niños junto con el Western Blot, por la transferencia pasiva de anticuerpos de la madre al recién nacido.

2.4.8.2 Pruebas indirectas

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

Las pruebas serológicas son específicas para cada retrovirus (VIH-1, VIH 2), por lo que deben de hacerse de forma independiente. Estas pruebas serológicas, a su vez, son de varios tipos:

A. Prueba de Screening (despistaje). Serología VIH (ELISA o micro ELISA).

- Es la prueba más ampliamente usada.
- Es muy sensible, pero poco específica.
- Un VIH negativo no descarta del todo el estar infectado con el virus.
- Un VIH positivo no basta para diagnosticar a un enfermo.

B. Prueba confirmatoria. Serología Western Blot.

Es una prueba que busca anticuerpos, pero tiene la ventaja de que permite diferenciar la respuesta de los anticuerpos contra cada parte viral, parecida a la electroforesis de las proteínas. Es específica y sensible.

Para que sea positiva tienen que aparecer 2 bandas de la envoltura (41, 120, 160). Y una banda del *core* (17, 24). Pueden encontrarse otras bandas, pero no son fundamentales para el diagnóstico.

El otro resultado es el patrón de indeterminado, en el que aparecen algunas bandas o anticuerpos contra el virus, pero no los necesarios para realizar el diagnóstico. Su importancia radica en que estos pacientes pueden estar en fase de seroconversión y, por lo tanto, hay que seguir su evolución. Importante. Es el laboratorio nacional del SIDA el que da el alta en el seguimiento a estos pacientes.

C. Pruebas suplementarias.

- *Radioinmunoanálisis.*
- *Inmuno fluorescencia.*

A pesar de su especificidad no se utilizan de rutina como método de diagnóstico, pues se reservan para casos que no estén bien definidos por los métodos anteriores.

2.4.8.3 Pruebas Inmunológicas.

Demuestran el daño que el virus produce sobre las células del sistema inmunológico.

- **Conteo de células CD4.** Disminuyen según progresa la enfermedad.
- **Conteo total de linfocitos.** El valor normal disminuye a medida que avanza la enfermedad.
- **Índice CD4/CD8.** Normalmente hay más CD4 que CD8 en una proporción de 2 a 1, pero según progresa la enfermedad esta relación se invierte.
- **Electroforesis de las proteínas.** Muestra un aumento de las gamma globulinas.
- **La β_2 -microglobulina, el interferón lábil frente a ácido y la neopterina.** Son sustancias del sistema inmunológico cuyos valores se incrementan según progresa la infección por VIH.

2.4.9 Enfermedades Oportunistas

Las personas con la infección avanzada por el VIH son vulnerables a infecciones o neoplasias que se denomina «oportunistas» porque aprovechan la oportunidad que les brinda un sistema inmunitario debilitado. Las enfermedades oportunistas en los portadores del VIH son el producto de dos factores:

- La falta de defensas inmunitarias a causa del virus.
- La presencia de microbios y otros patógenos en su entorno cotidiano.

Entre las infecciones y enfermedades oportunistas más frecuentes en el mundo figuran:

2.4.9.1 Sarcoma de Kaposi

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

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



2.4.9.2 Candidiasis.

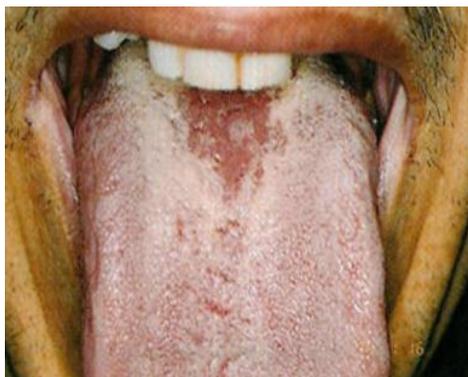
El término candidiasis comprende una amplia variedad de cuadros clínicos que tienen en común ser ocasionados por levaduras del género *Cándida*. Se trata de la micosis oportunista de mayor importancia en el hospedero con compromiso del sistema inmune, especialmente en

individuos positivos para VIH, en los cuales se presenta hasta en 90% durante el curso de la enfermedad

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

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

La enfermedad localizada se trata al principio con fármacos tópicos relativamente baratos, como nistatina, miconazol o clotrimazol. Los agentes antimicóticos sistémicos suelen administrarse únicamente cuando fracasa la terapia tópica.



2.4.9.3 Criptococosis

Las micosis sistémicas, como la criptococosis, causan probablemente un 5% de todos los fallecimientos asociados al VIH a nivel mundial. En la mayoría de los casos, la criptococosis se manifiesta como meningitis y, de forma ocasional, como enfermedad pulmonar o diseminada. La meningitis criptococócica es la infección micótica sistémica más frecuente en las personas infectadas por el VIH. Sin tratamiento, la expectativa de vida es probablemente inferior a un mes.

La criptococosis es relativamente fácil de diagnosticar. Sin embargo, su tratamiento (anfotericina B con o sin flucitosina, o bien, en los casos leves, fluconazol oral) y la quimioprofilaxis secundaria son a menudo imposibles en los países en desarrollo debido al elevado costo y la escasa disponibilidad de los fármacos requeridos.

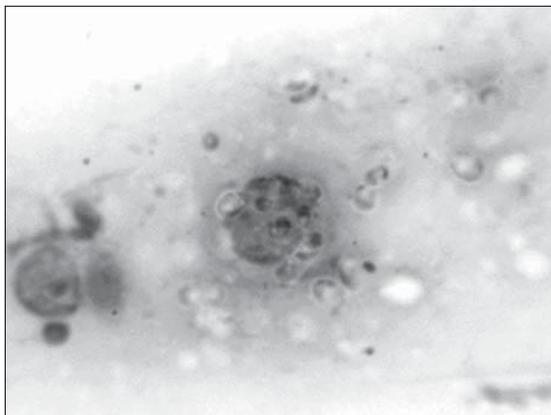
2.4.9.4 Histoplasmosis

Es una micosis sistémica causada por el hongo di mórfico térmico *Histoplasma Capsulatum*. La infección se adquiere por la inhalación de las partículas infectantes (conidias), las cuales, una vez llegan al pulmón que se considera el órgano blanco, son fagocitadas por los macrófagos alveolares, donde se transforman en su forma de levadura y desarrollan la enfermedad.

La presentación clínica de esta micosis depende del número de conidias inhaladas y del estado inmune del hospedero, y van desde una infección pulmonar localizada auto limitada (asintomática) hasta una forma diseminada aguda fatal, la cual es particularmente peligrosa en individuos inmuno - suprimidos, especialmente, aquéllos con SIDA

La enfermedad puede presentarse como consecuencia de una infección aguda o por reactivación de una infección previa. Las manifestaciones clínicas son variadas y dependen de la forma clínica de la enfermedad. En los pacientes con sida, se presenta la forma diseminada de la infección,

con un curso clínico agudo generalmente fatal y, más frecuentemente, un curso indolente con grave compromiso del estado general.



Levaduras intra y extracelulares de *Histoplasma capsulatum* en muestras de lavados bronco alveolares, Wright, 800X.

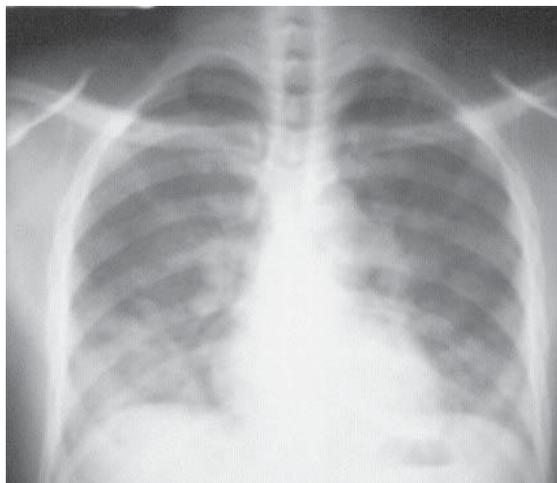
2.4.9.5 Neumonía por *Pneumocystis Jirovecii*

La neumonía por *P. Jirovecii* es causada por el hongo *P. jirovecii* (antes *P. carinii*). Es la infección pulmonar oportunista más frecuente en pacientes con sida, con una mortalidad que varía entre 10% y 30%.

Frecuentemente, el desarrollo de esta micosis se asocia con un conteo de linfocitos CD4+ inferior a 200 células/mm³ y se acompaña de fiebre, disnea y tos no productiva. En forma característica, las radiografías de tórax muestran infiltrados intersticiales bilaterales difusos, pero pueden ser normales en el 10%.

Debido a que *P. jirovecii* no se puede cultivar, el diagnóstico por el laboratorio se basa en la observación directa del microorganismo en muestras respiratorias, obtenidas por esputo inducido o por lavado bronco-alveolar, utilizando coloraciones especiales como Giemsa, azul de toluidina o plata metenamina, o mediante técnicas de fluorescencia, como calco flúor blanco y anticuerpos monoclonales o policlonales específicos que mejoran la sensibilidad

La sensibilidad de estas técnicas varía entre 35% y 92%, según la muestra clínica utilizada



Radiografía de pulmón de un paciente con neumonía por Pneumocystis en la que se observan los infiltrados bilaterales característicos de la enfermedad.

2.5 Tratamiento del VIH / SIDA

Actualmente existen 13 fármacos antirretrovirales pertenecientes a 3 familias que han sido aprobados para combatir el VIH/SIDA, aunque ninguno de estos es realmente una cura, combinados pueden ser realmente eficientes inhibiendo las etapas tempranas y tardías de replicación del VIH.

Existen 3 grandes familias de fármacos que combaten la replicación del VIH, la primera de ellas son los "inhibidores nucleosidos de la transcriptasa inversa" (o NRTI según sus siglas en inglés), la segunda son los inhibidores no nucleosidos de las transcriptasa inversa" (NNRTI) y finalmente los inhibidores de proteasa (PI).

"Los dos primeros inhiben las fases tempranas de en la infección por VIH, pero no previenen la producción de viriones infecciosos en células ya

infectadas, mientras que la 3er familia evita la producción de viriones infecciosos en células ya infectadas". Cabe mencionar que TODOS los antiretrovirales conllevan varios efectos secundarios, en promedio cada antiretroviral producirá 3 efectos secundarios.

- **Inhibidores nucleosidos de la transcriptasa inversa (NRTI)**

Los primeros fármacos perfeccionados y aprobados para combatir el VIH forman parte de esta familia.

Su principal función es el "fosforilarse" en las células blanco para tomar su forma activa (5'-trifosfato), en la que impide la transcripción inversa, con lo que evitan la formación del DNA proviral (de doble hebra), que es una copia del RNA viral (una sola hebra). Existen 6 medicamentos aprobados de esta familia: Zidovudina, Didanosina, Zalcitabina, Estavudina, Lamivudina, Abacavir.

- **Inhibidores no nucleosidos de la transcriptasa inversa (NNRTI)**

A principios de los 90 se identificó que había compuestos no nucleosidos sin relación estructural que eran potentes inhibidores de la transcriptasa inversa del VIH, aunque estos solo tienen efecto sobre el VIH-1 y no tienen efecto alguno sobre el VIH-2 ni ningún otro tipo.

"La principal desventaja de este fármaco es que en 2 a 4 semanas puede surgir resistencia de alto grado en pacientes con una o más mutaciones de la transcriptasa inversa". Existen 3 medicamentos aprobados en esta familia: Nevirapina, Delavirdina y Efavirenz.

- **Inhibidores de Proteasa (PI)**

Otro de los objetivos importantes contra el VIH es la proteasa de aspartilo.

"El VIH produce proteínas estructurales del núcleo viral, así como enzimas virales integrales, como las poli proteínas Gag y Gag-Pol, que después deben ser fragmentadas por la Proteasa de VIH". Tal proceso es necesario para poder producir viriones maduros de lo contrario, los viriones generados no sean infectantes.

Es importante mencionar que los inhibidores de proteasa deben mezclarse cuidadosamente con otros medicamentos, ya que hay una gran lista de medicamentos que NO se deben mezclar con inhibidores de proteasa, en los que se incluyen algunos analgésicos, cardiacos, antimico-bacterianos, bloqueadores de canales de calcio, antihistamínicos, gastrointestinales, antidepresivos, neurolépticos, psicotrópicos y alcaloides de ergot.

2.6 Medidas de prevención del VIH Y SIDA

2.6.1 Condiciones para tener relaciones sexuales:

- 1.- La decisión de querer tener una relación sexual debe ser propia y personal.
- 2.- Hacerlo sin presión de los amigos.
- 3.- Hacerlo sin presión del enamorado (a)
- 4.- Hacerlo si se siente preparado o preparada para ello.
- 5.- Hacerlo si se ha pensado en las consecuencias, por lo tanto utilizar un método que proteja de un embarazo o de una infección de transmisión sexual.
- 6.- Usar condón.
- 7.- Hacerlo sin pretender atar a tu pareja

8.- Hacerlo sin sentir temor, vergüenza.

2.6.2 Sexo seguro

Cuando hablemos de sexo “seguro” es importante tomar en cuenta que el riesgo que implican las distintas prácticas sexuales tiene grados. Hablamos sobre sexo seguro en el conjunto de la vida sexual y emocional de una persona, y no como un tema aislado. De hecho la seguridad de una práctica concreta depende en el modo de que se haga. Toda relación sexual que no implique ningún tipo de penetración ya sea vaginal, anal u oral, es una relación segura y no tiene implicaciones para la transmisión del VIH o de ITS, los besos apasionados, abrazos, caricias, la masturbación mutua, son formas también de disfrutar nuestra sexualidad

El modo más general de definir el sexo seguro es lo siguiente. Sexo seguro en cualquier práctica sexual donde no se permita que el semen, la sangre o los fluidos vaginales de una persona entren en el cuerpo de otra.

2.6.3 El condón masculino

Un condón masculino es una fonda o valía que se pone en el pene erecto para prevenir el intercambio de fluidos corporales durante las relaciones sexuales. Con la epidemia del VIH-SIDA el uso del condón ha obtenido otro objetivo: la protección contra infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH.

Características del Condón.

- Comprar en un sitio confiable para asegurar su calidad.
- Fecha de expiración, tomando en cuenta que un preservativo es elaborado para 4 a 5 años.

- Si no existe fecha de expiración considerar una validez de 3 años luego de la fecha de elaboración.
- Verificar la integridad del empaque, que tenga burbuja de aire.
- Fijarse que sea látex natural o silicón.
- Comprar en un sitio confiable.
- Que no tenga espermicidas
- No debe guardarse en la billetera con el calor del cuerpo y la presión se dañan)

Consejos para el uso del condón

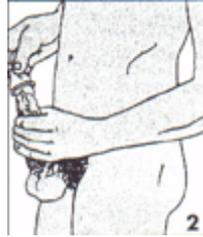
- Utilizar un condón no es signo de desconfianza, sino una manera de ser responsable y cuidarse a sí misma y a su pareja
- Discutir el uso del condón antes de tener relaciones sexuales
- Tener a mano el condón
- Poner el condón a la pareja puede ser parte de la relación sexual. Así no es una interrupción de la relación sexual
- Si no ha utilizado condones antes, hacer la prueba en ponérselo, antes de la relación sexual.

Uso consistente

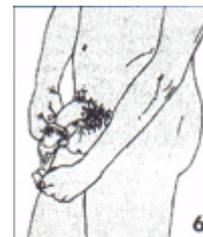
El uso del condón en cada relación sexual desde el principio de la relación hasta el final.

Pasos para el uso correcto del condón

Primero: siempre coloque el condón antes de que el pene toque la vagina, la boca o el ano de la pareja. Verifique que el sobre del condón tenga aire y no esté dañado y que la fecha de vencimiento no esté pasada o que la fecha de fabricación esté dentro de los 5 años de su fabricación.



Abre con la mano el sobre
 Asegura que tiene el lado correcto del condón arriba
 Coloca el condón en el pene erecto, colocando la punta del condón para retener el semen, desenróllalo hasta la base del pene, siempre colocando la punta



Después de la eyaculación, y cuando el pene aún esté erecto, retire el pene, sujetando el condón
 Quita el condón del pene y bótalo a la basura
 Utilice un condón nuevo si tiene relaciones sexuales otra vez o si tiene relaciones en otro sitio (vagina, boca o ano)

Toda penetración anal o vaginal, o en el sexo oral que desde el principio al fin se utilice condón, es una relación sexual protegida de impedir el intercambio de fluidos vaginales o semen, el evitar recibir semen en la boca, en general impedir el contacto de las mucosas previene la infección y reinfección por VIH y de ITS.

Es muy importante que cada vez que se mantenga una penetración se use un nuevo condón, si en las relaciones se usa juguetes sexuales, es necesario colocarles condón en especial cuando estos se compartan, de la misma manera cuando se mantiene relaciones sexuales en grupo, para cada persona se debe usar un nuevo condón.

2.6.4 Efectividad del uso del condón.

Los condones son barreras de látex que impiden que se entre en contacto con semen, fluidos vaginales o sangre en el momento de la penetración (oral, vaginal o anal). Las noticias que se escuchan con frecuencia en las que se dice que el condón no es efectivo no son ciertas y muchas de ellas esconden otros intereses (imposición de conductas para reprimir la naturalidad de la sexualidad, inspiradas en diversas creencias, la mayoría de ellas de tipo religioso que consideran que el uso del condón no es bueno "moralmente" o contradice sus dogmas). Con todo se debe respetar todo tipo de creencias religiosas, y no se pretende que las personas abandonen su religión, el condón es efectivo y la difusión de información errónea sobre el condón está colocando en riesgo la vida de las personas.

El condón debe utilizarse con todas sus parejas (sean o no trabajadoras o trabajadores sexuales, ya que usted no puede adivinar si alguien tiene o no VIH por su profesión, o su apariencia física, en ocasiones pensamos que las o los trabajadores sexuales pueden tener el VIH y las mujeres u

hombres que no lo son, no lo tienen y en realidad esto solamente puede ser un prejuicio peligroso que nos puede llevar a utilizar el condón en algunas ocasiones y en otras no), como le repito no se puede "adivinar" quien tiene el VIH, lo mejor es utilizarlo SIEMPRE no importando con quien se tenga la relación sexual. Científicamente se ha comprobado que el virus del VIH no atraviesa el látex y que el condón es efectivo en un 98% de los casos, en el 2% de los casos restantes puede fallar debido a un error que no tiene que ver con el condón en sí mismo.

Dado que el virus del papiloma humano (VPH) puede transmitirse por contacto con la piel externa de la zona genital, el uso del preservativo no puede garantizar que no se dé tal transmisión. Con todo, dos estudios holandeses publicados en 2004 (Hogewoninget al y Bleekeret al) encontraron que el uso regular de preservativos entre parejas donde el VPH está presente se asociaba con una regresión de lesiones en el cuello uterino y el pene. De la revisión de la OMS se desprende que los estudios que se centraron en la eficacia de los preservativos “mostraron la eficacia estadísticamente significativa de los preservativos en la protección frente al VIH y la mayoría de infecciones de transmisión sexual evaluadas”.

2.7 Actitudes de prevención del VIH Y SIDA

2.7.1 Medidas de Prevención

Existe una serie de aspectos básicos que es necesario tener presente y que se refieren a las medidas preventivas de las ITS como el VIH- SIDA, tanto para no contraerlas, como para no transmitirles a otras personas. La prevención es crucial debido a que muchas ITS no son detectadas o no tienen tratamiento a tiempo. La adopción de comportamientos más seguros puede reducir el riesgo para las personas, la promoción de estos comportamientos debe incorporarse en los programas y las políticas nacionales.

2.7.2 Comportamientos individuales

- Reducir al mínimo el número de compañeros/as sexuales.
- Mantener relaciones sexuales monógamas mutuas o fidelidad.
- Sustituir relaciones sexuales por el sexo sin penetración.
- Utilizar en forma correcta y constante condones masculinos y femeninos. posponer el inicio de relaciones sexuales (abstinencia).
- Buscar tratamiento para las ITS mediante atención médica adecuada.
- En caso de tener una ITS, abstenerse de tener relaciones sexuales hasta que el médico lo disponga. Además es necesario avisar o comunicar inmediatamente a su pareja.

2.7.3 Comportamientos en programas y políticas.

Proporcionar información sobre las características de las ITS y VIH/SIDA en cuanto a:

- Como se contraen, sus signos y síntomas y su forma de diagnóstico y tratamiento por un profesional.
- Las consecuencias si no son tratadas pueden llevar a las personas a una enfermedad de su pareja o de sus hijos y algunos casos la muerte.
- De ser posible dar elementos de educación sobre sexualidad lo más completo, para las personas tomen sus propias decisiones.
- Capacitar en el uso correcto del condón en todas las relaciones sexuales.
- Promover la abstinencia en los jóvenes.
- Si la relación sexual se ha iniciado en el joven, proporcionar las relaciones con fidelidad.
- Brindar información de Instituciones en donde pueden acudir los adolescentes en busca de presentación de servicios amigables.

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Diseño metodológico

3.1.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación fue descriptiva, prospectiva apoyada en las técnicas de revisión bibliográfica.

3.2 Diseño de la investigación.

El diseño fue de carácter no experimental cuali-cuantitativa.

3.2.1 Lugar de Estudio

El estudio se realizó en los colegios Fiscales de la Ciudad de Atuntaqui en el periodo de Enero a Agosto del 2010.

3.2.2 Población a investigar

La población de estudio fueron los estudiantes del ciclo diversificado de los colegios fiscales de la ciudad de Atuntaqui que abarcan aproximado de 838 estudiantes.

3.2.3 Muestra

La muestra fue tomada aleatoriamente entre los estudiantes que coincidan con el múltiplo de 3 de acuerdo a las listas de los colegios que se enumeran en orden ascendente.

$$n = \frac{Z^2 S^2}{D^2} = \frac{1,92^2 * (0.25)^2}{0.03^2} = 279.77$$

En horario de clases se aplicó una encuesta en forma anónima a estudiantes de educación media de los colegios fiscales de la ciudad de Atuntaqui.

- **Criterio de Inclusión:** alumnos que acepten contestar la encuesta de forma anónima.
- **Criterio de Exclusión:** alumnos que no acepten responder el cuestionario, que no se encuentren en el momento de la toma de datos, y sujetos que no respondan más de la mitad de los puntos contenidos en el cuestionario.

3.3 Técnica e instrumentos de recolección de datos

Instrumento: La encuesta se basó en un instrumento ya elaborado que adopta la modalidad de un cuestionario voluntario y anónimo, integrado por tres puntos destinados a relevar información de diferentes niveles del conocimiento, actitudes y prácticas sobre prevención de VIH /SIDA.

3.4 Análisis e interpretación de resultados.

Una vez levantada la información se codificó y se procesó utilizando el Software Excel. Los resultados fueron presentados a través de tablas y gráficos y pasteles con sus respectivos análisis, mismos que fueron sustentados con los resultados obtenidos por otros investigadores para obtener las conclusiones y recomendaciones.

3.5 Validación de los instrumentos.

Para garantizar la validez y confiabilidad del instrumento de la investigación se desarrolló una prueba piloto misma que fue aplicada a una población de características similares al grupo a investigar, con el fin de identificar problemas de comprensión en las preguntas o sesgos antes de la aplicación definitiva del instrumento.

3.6 Variables de estudio.

3.6.1 Variables Independientes

- Conocimientos
- Actitudes
- Prácticas

3.6.2 Variables Dependientes

- Edad
- Sexo
- Etnia
- Religión
- Ocupación del tiempo libre.
- Tipo de composición familiar.

3.7 MATRIZ DE RELACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	ESCALA	INDICE
CONOCIMIENTOS	Entendimiento, inteligencia, razón natural. Dominio de las facultades del hombre.	Definición de transmisión sexual	Conceptos	Porcentaje
		Tipos de infecciones de transmisión sexual.	Sífilis, Gonorrea Papiloma virus Chancro blando Herpes genital Clamidia, Hepatitis B VIH - SIDA	Porcentaje
		Tipo de conocimiento sobre ITS y VIH/SIDA.	Signos y síntomas Formas de transmisión Complicaciones Tratamiento, Prevención	Porcentaje
		Capacitación en educación sexual.	Si No	Porcentaje
		Frecuencia de las capacitaciones	Trimestral Semestral Anual, Nunca	Porcentaje

VARIABLES INDEPENDIENTES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	ESCALA	INDICE
ACTITUDES	Disposición de ánimo manifestada exteriormente	Antecedentes de infecciones de transmisión sexual.	Si No	Porcentaje
		Tratamiento frente a las infecciones de transmisión sexual.	Si No	Porcentaje
		Actitud frente a la presencia de una infección de transmisión sexual o VIH – Sida	Profesionales de la salud Amigos Padres	Porcentaje
		Decisión para evitar infecciones de transmisión sexual.	Hombre Mujer pareja	Porcentaje

VARIABLES INDEPENDIENTES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	ESCALA	INDICE
PRÁCTICAS	Que produce un beneficio o una utilidad material inmediata.	Métodos de prevención	Si No	Porcentaje
		Tipos de relaciones sexuales más frecuentes	Oral Vaginal Anal	Porcentaje
		Formas de prevención de las ITS y VIH/SIDA.	Abstinencia Fidelidad Masturbación Condón ninguna	Porcentaje

VARIABLES DEPENDIENTES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	ESCALA	INDICE
CARACTERISTICAS SOCIO- DEMOGRAFICAS DE LOS ADOLESCENTES	Lugar de residencia, edades que tienen, la etnia, tipo de religión que practican, tipo ocupaciones que realizan en los tiempos libres, tipo de composición familiar de los jóvenes	Edad	14-17 17-19 19-más.	Porcentaje
		Sexo	Masculino Femenino	Porcentaje
		Etnia	Mestizo Indígena Afro ecuatoriano	Rango
		Religión	Católico Evangélico Otro	Rango
		Ocupación del tiempo libre	Trabaja Estudia Practica algún deporte Otro	Porcentaje
		Tipo de composición familiar.	Familia ampliada Familia Nucleada	Porcentaje

CAPITULO IV

MARCO ADMINISTRATIVO

4.1 Recursos Humanos

Investigadores	Ajila Enríquez Víctor Meza Lizeth.
Directora de tesis	Lic. Mercedes Cruz.
Encuestados	Estudiantes del ciclo diversificado de los colegios fiscales de la ciudad de Atuntaqui.

4.2 Recursos Técnicos y Tecnológicos.

Digitador
Material Didáctico
Hojas de papel Bond
Tinta Cartuchos
Lápices
Borradores
Esferos

Cámara fotográfica
Flash Memory
CD-R

4.3 Presupuesto

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Computador y Digitador.	100
Hojas de papel Bond	50
Tinta Cartuchos	150
Borradores y marcadores	10
Guía Educativa	30
Cámara fotográfica.	150
Flash memory	17
Utilización de métodos electrónicos.	50
Transporte y alimentación	100
Reproducción de material de encuestas.	15
Movilización	150
Imprevistos	187
Anillado y empastado	200
TOTAL	1279

4.4 Cronograma de actividades

TIEMPO ACTIVIDAD	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Selección del tema														
Revisión Bibliografía														
Revisión Anteproyecto														
Aprobación del Anteproyecto														
Aplicación de Instrumentos														
Análisis de datos														
Reajustes y corrección del 1 ^{er} borrador														
Redacción Final														
Defensa de la tesis														

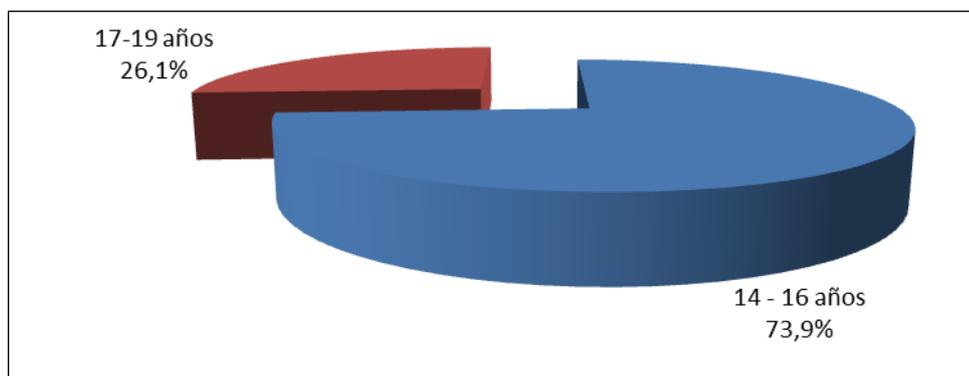
4.5 Presentación y análisis de los resultados obtenidos en la investigación realizada a 280 estudiantes del ciclo diversificado de los colegios fiscales de la ciudad de Atuntaqui durante el periodo Enero a Agosto del 2010.

TABLA Y GRÁFICO NRO. 1

SEGÚN LA EDAD QUE TIENEN LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010

Edad	Frec	%
14 - 16 años	207	73,9%
17-19 años	73	26,1%
Total	280	100,0%

Autores: Sr. Ajila Víctor y Srta. Mesa Lizeth.
Fuente: Encuestas



ANÁLISIS:

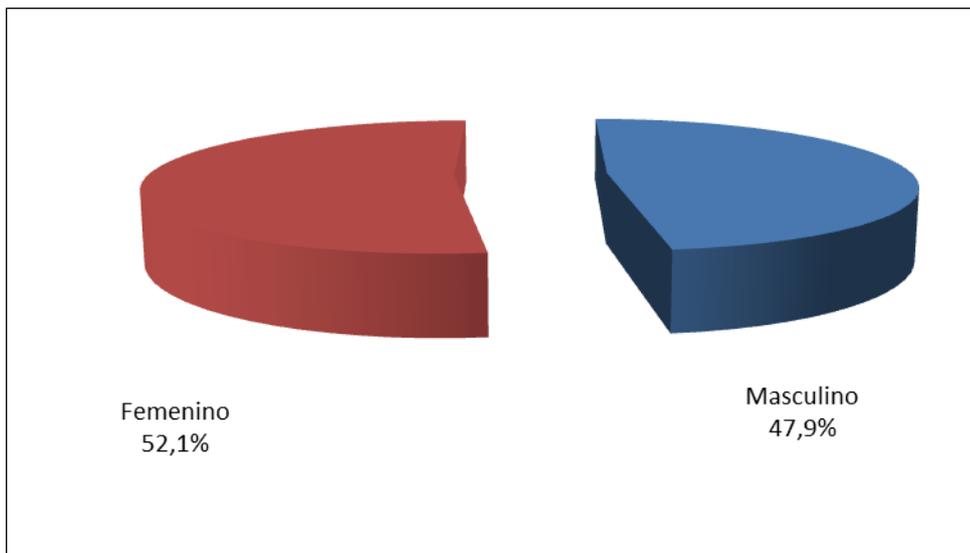
De las 280 encuestas realizadas en los colegios fiscales de la ciudad de Atuntaqui, se puede ver que el 73.9% tienen de 14 a 16 años de edad y el resto que es el 26.1% son de 17 a 19 años.

TABLA Y GRÁFICO NRO. 2

SEGÚN EL GÉNERO DE LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010

Sexo	Frec	%
Masculino	134	47,9%
Femenino	146	52,1%
Total		0,0%

Autores: Sr. Ajila Víctor y Srta. Mesa Lizeth.
Fuente: Encuestas



ANÁLISIS:

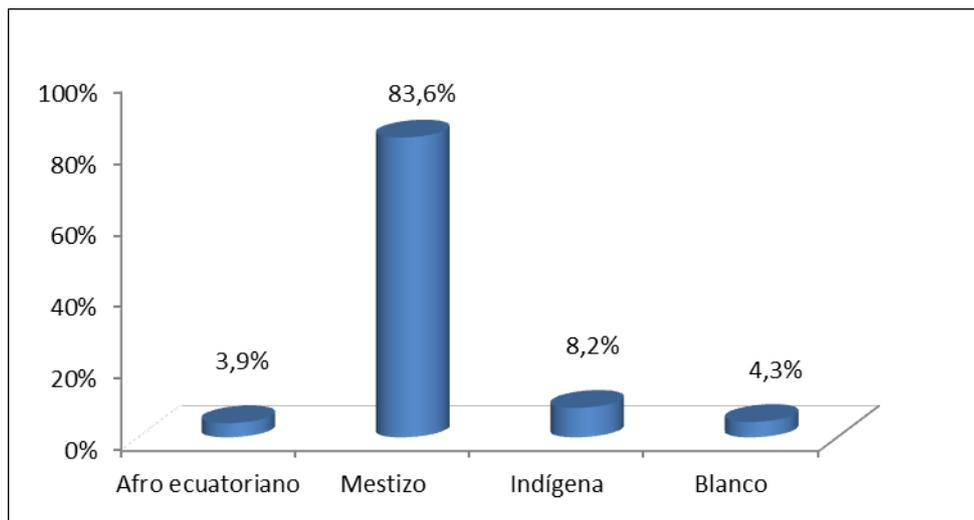
En los colegios fiscales que se realizaron las encuestas se pudo determinar que el 52.1% son del sexo femenino y el 47.9% son de sexo masculino.

TABLA Y GRÁFICO NRO. 3

SEGÚN LA ETNIA DE LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010

Etnia	Frec.	%
Afro ecuatoriano	11	3,9%
Mestizo	234	83,6%
Indígena	23	8,2%
Blanco	12	4,3%
Total general	280	100,0%

Autores: Sr. Ajila Víctor y Srta. Mesa Lizeth.
Fuente: Encuestas



ANÁLISIS:

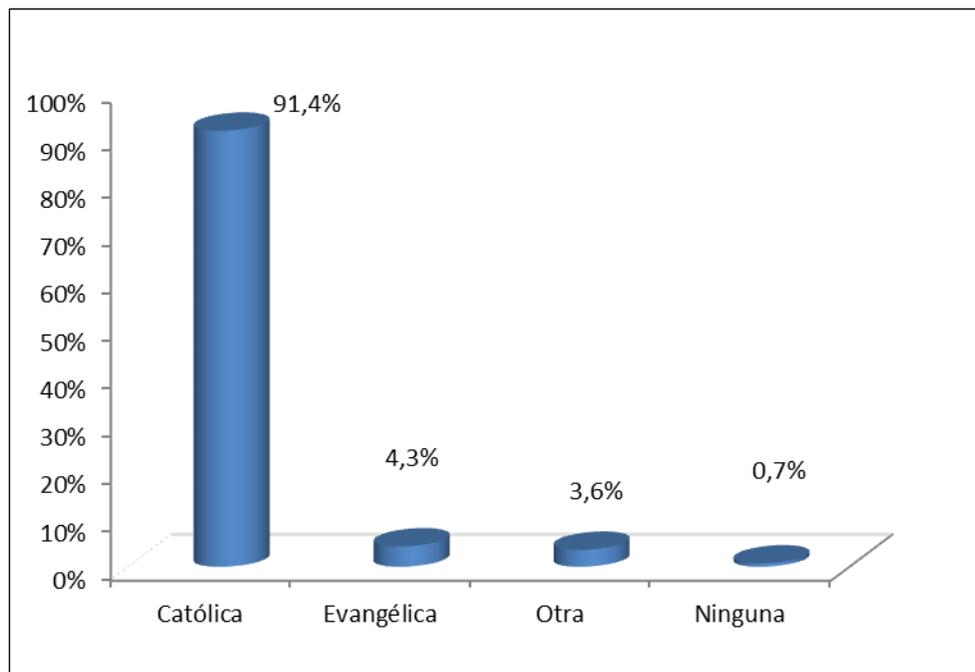
La etnia que más predominan en los colegios fiscales de Atuntaqui son el 83.6% mestizos, y en muy bajos porcentajes del 8.2% indígenas, el 4.3% blanco y un 3.9% afro-ecuatorianos.

TABLA Y GRÁFICO NRO. 4

SEGÚN LA RELIGIÓN QUE TIENEN LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010

Religión	Frec	%
Católica	256	91,4%
Evangélica	12	4,3%
Otra	10	3,6%
Ninguna	2	0,7%
Total	280	100,0%

Autores: Sr. Ajila Víctor y Srta. Mesa Lizeth.
Fuente: Encuestas



ANÁLISIS:

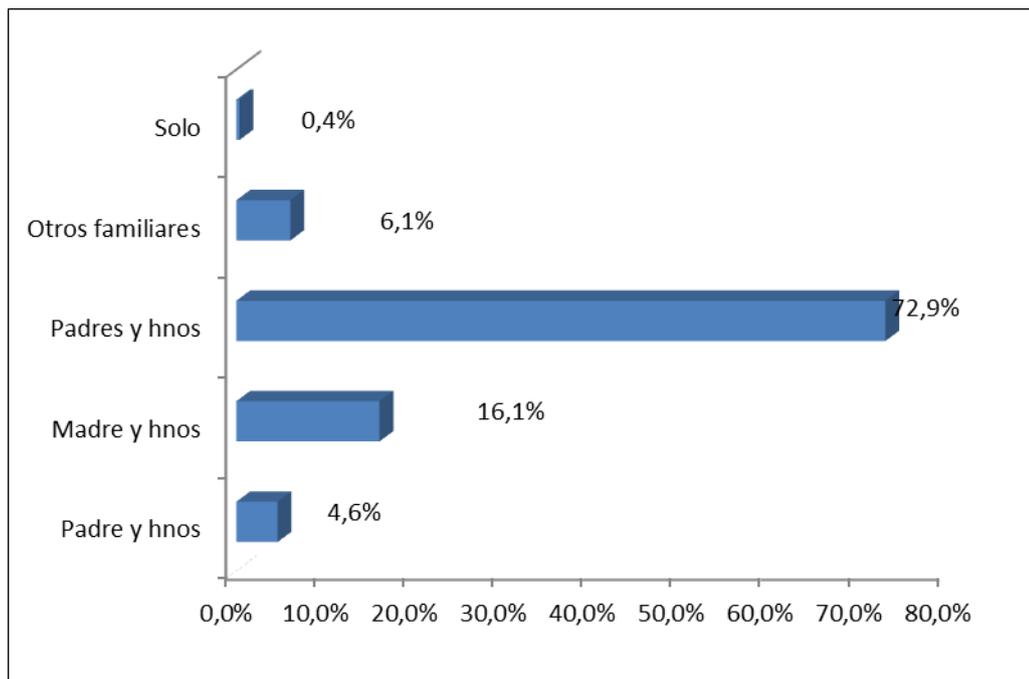
La religión católica es la que más predomina con el 91.4% de la población encuestada, el 4.3% son evangélicos, el 3.6% otras y un 0.7% no profesan alguna religión.

TABLA Y GRÁFICO NRO. 5

**SEGÚN CON QUIEN VIVEN LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE
LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI.
ENERO-AGOSTO 2010**

Vive con	Frec	%
Padre y hnos	13	4,6%
Madre y hnos	45	16,1%
Padres y hnos	204	72,9%
Otros familiares	17	6,1%
Solo	1	0,4%
Total	280	100,0%

Autores: Sr. Ajila Víctor y Srta. Mesa Lizeth.
Fuente: Encuestas



ANÁLISIS:

Los estudiantes encuestados viven en su mayoría del 72.9% con sus padres y hermanos, el 16.1% solo con su madre y hermanos, el 6.1% con

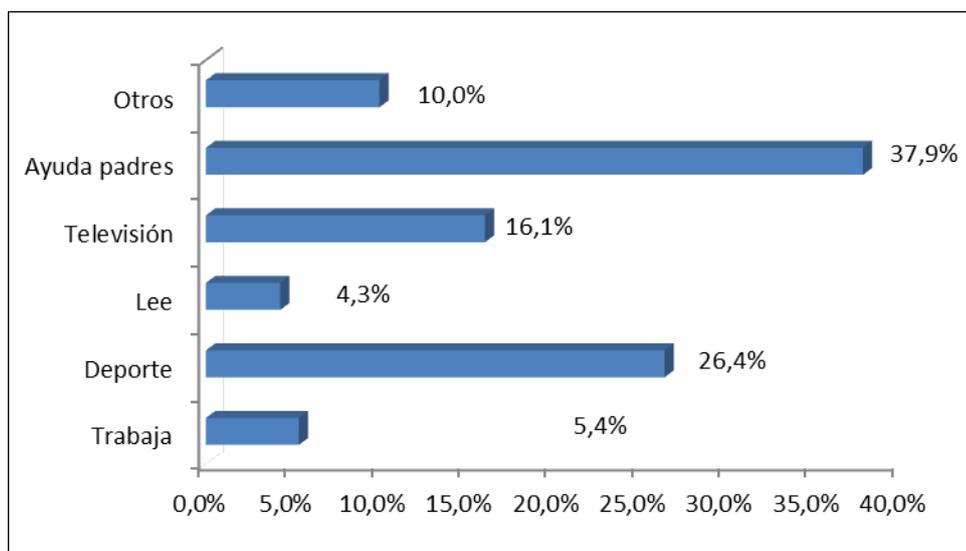
otros familiares y el 4.6% con el padre y hermanos, una persona que es el 0.4% vive sola.

TABLA Y GRÁFICO NRO. 6

ACTIVIDADES QUE REALIZAN EN EL TIEMPO LIBRE LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010

Tiempo libre	Frec	%
Trabaja	15	5,4%
Deporte	74	26,4%
Lee	12	4,3%
Televisión	45	16,1%
Ayuda padres	106	37,9%
Otros	28	10,0%
Total	280	100,0%

Autores: Sr. Ajila Víctor y Srta. Mesa Lizeth.
Fuente: Encuestas



ANÁLISIS:

El tiempo libre que tienen los alumnos de los colegios fiscales de Atuntaqui lo dedican el 37.9% a ayudar a sus padres en varias tareas; el 26.4% realiza deportes, el 16.1% mira la televisión, el 10.0% realiza otras actividades, el 5.4% trabaja y el 4.3% se dedica a leer.

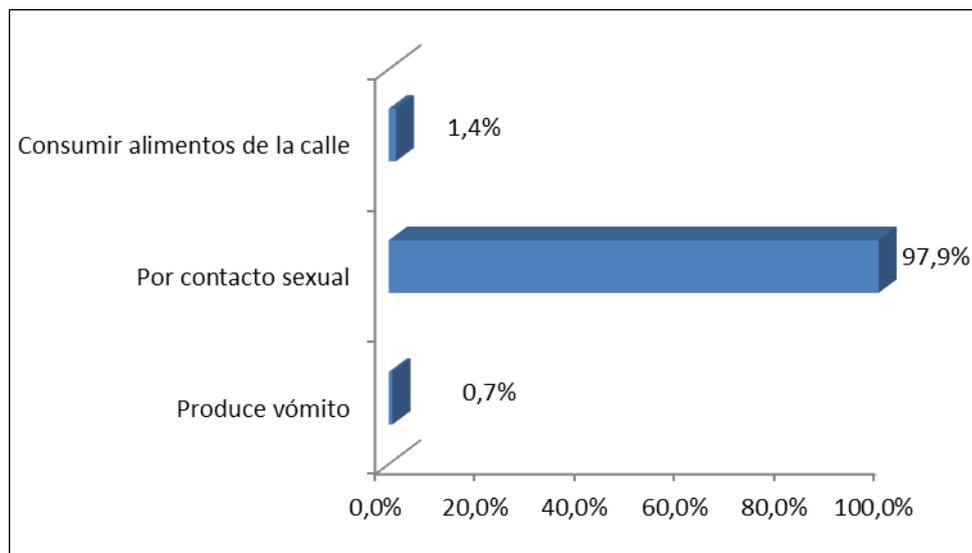
II.- CONOCIMIENTO SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

TABLA Y GRÁFICO NRO. 7

SEGÚN LO QUE ES UNA ITS PARA LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010

Qué es ITS	Frec	%
Produce vómito	2	0,7%
Por contacto sexual	274	97,9%
Consumir alimentos de la calle	4	1,4%
Total	280	100,0%

Autores: Sr. Ajila Víctor y Srta. Mesa Lizeth.
Fuente: Encuestas



ANÁLISIS:

Los conocimientos que tienen los alumnos sobre lo que es una Infección de Transmisión Sexual indican que es una enfermedad que se transmite a través del contacto sexual el 97.9%; un 1,4% por consumir alimentos en la calle y un 0.7% que es una enfermedad que produce vómito, pudiendo

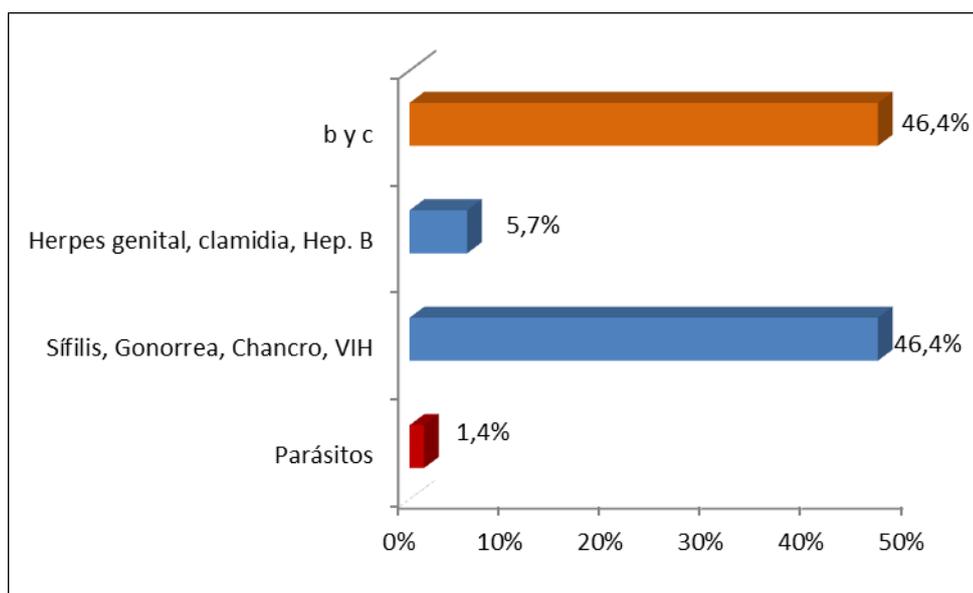
evidenciar que un importante grupo del sector estudiantil desconoce de la enfermedad.

TABLA Y GRÁFICO NRO. 8

LAS ITS SEGÚN LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010

ITS	Frec	%
Parásitos	4	1,4%
Sífilis, Gonorrea, Chancro, VIH	130	46,4%
Herpes genital, clamidia, Hep. B	16	5,7%
b y c	130	46,4%
Total general	280	100,0%

Autores: Sr. Ajila Víctor y Srta. Mesa Lizeth.
Fuente: Encuestas



ANÁLISIS:

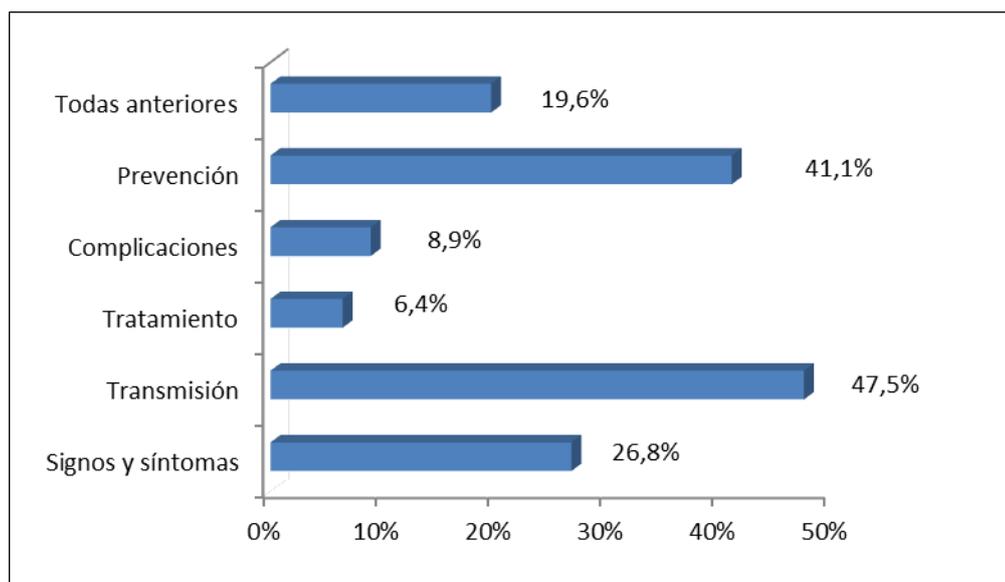
Al preguntar sobre los tipos de infecciones de transmisión sexual señalaron el 46.4% que son las sífilis, gonorrea, papiloma virus, chancro y VIH-SIDA, el 5.7% que son las herpes genital, clamidia y hepatitis B; el 46.4% que son las dos anteriores. El 1.4% señala que son parásitos y diarrea.

TABLA Y GRÁFICO NRO. 9

CONOCIMIENTO DE LAS ITS LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010

Conocimiento de ITS	Frec	%
Signos y síntomas	75	26,8%
Transmisión	133	47,5%
Tratamiento	18	6,4%
Complicaciones	25	8,9%
Prevención	115	41,1%
Todas anteriores	55	19,6%
Total encuestados	280	100,0%

Autores: Sr. Ajila Víctor y Srta. Mesa Lizeth.
Fuente: Encuestas



ANÁLISIS:

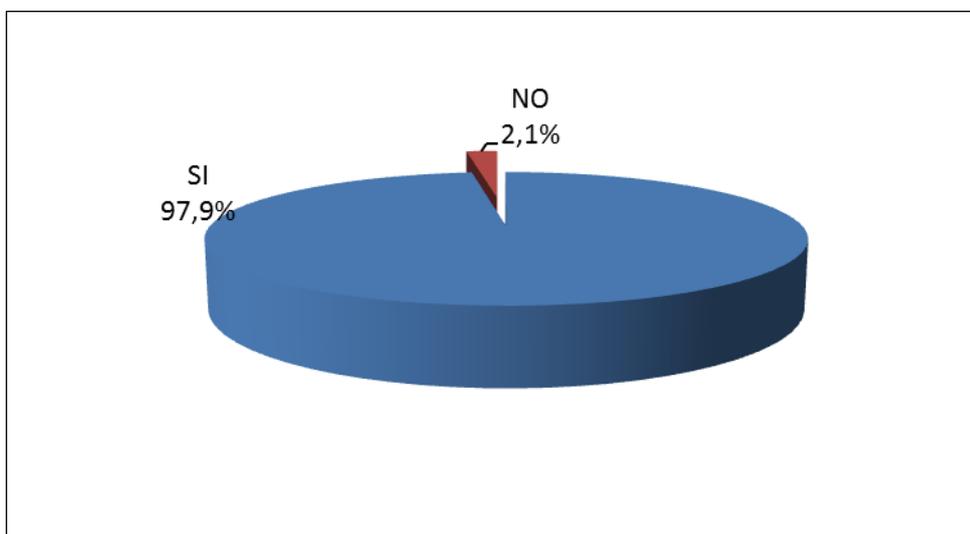
Los alumnos tienen conocimiento de infecciones de transmisión sexual acerca de lo que es la transmisión el 47.5%; sobre las medidas de prevención de estas infecciones el 41.1%; los signos y síntomas de estas enfermedades el 26.8%, sobre las complicaciones que generan el 8.9% y sobre el tratamiento muy pocos, el 6.4%. El 19.6% señalaron que conocen todo lo indicado anteriormente, determinado que existe una falta de heterogeneidad en los conocimientos que poseen los estudiantes.

TABLA Y GRÁFICO NRO. 10

SEGÚN SI RECIBEN EDUCACIÓN SEXUAL LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS EN LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010

Colegio imparte Ed. Sexual	Frec	%
SI	274	97,9%
NO	6	2,1%
Total	280	100,0%

Autores: Sr. Ajila Víctor y Srta. Mesa Lizeth.
Fuente: Encuestas



ANÁLISIS:

En los colegios fiscales donde estudian los alumnos encuestados si se imparte educación sexual señalaron el 97.9% solo el 2.1% señalaron que no imparten este tema.

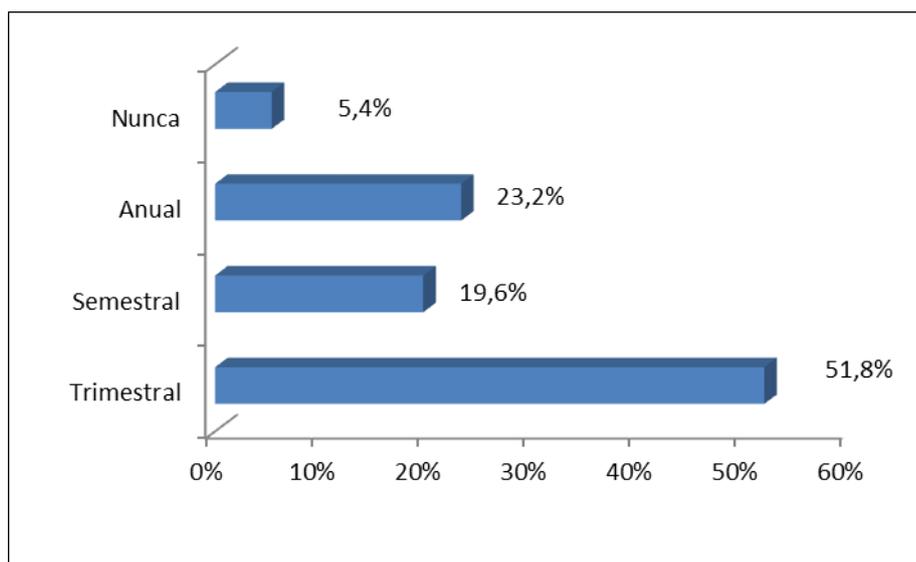
TABLA Y GRÁFICO NRO. 11

FRECUENCIA QUE RECIBEN EDUCACIÓN SEXUAL LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS EN LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010

Frecuencia educación	Frec	%
Trimestral	145	51,8%
Semestral	55	19,6%
Anual	65	23,2%
Nunca	15	5,4%
Total	280	100,0%

Autores: Sr. Ajila Víctor y Srta. Mesa Lizeth.

Fuente: Encuestas



ANÁLISIS:

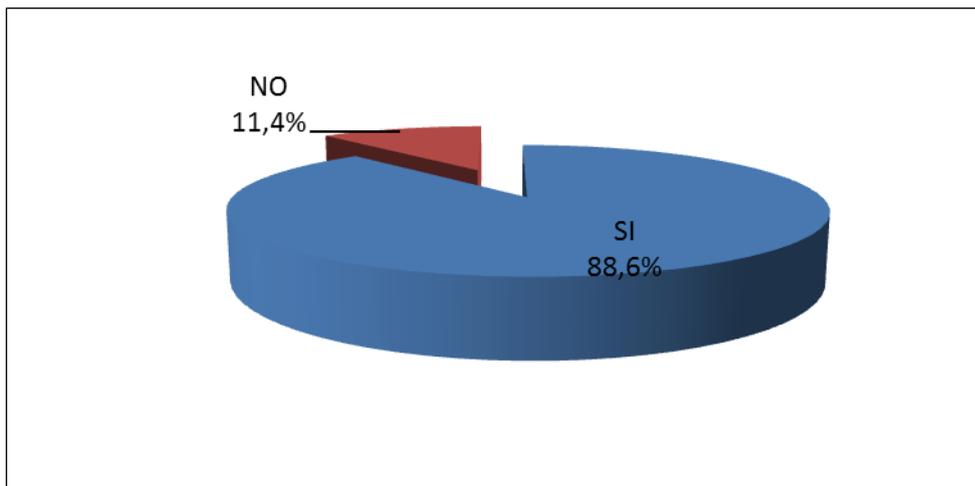
De las 280 encuestas realizadas en los colegios fiscales el 51.8% señala que trimestralmente reciben orientación sobre ITS y VIH-SIDA; el 23.2% indican que cada año; el 19.6% cada 6 meses les enseñan y el 5.4% indica que nunca les dan estos temas, notándose una falta de continuidad en los procesos de capacitación e información.

TABLA Y GRÁFICO NRO. 12

SEGÚN LA NECESIDAD DE RECIBIR MÁS INFORMACIÓN LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010

Necesita más información	Frec	%
SI	248	88,6%
NO	32	11,4%
Total	280	100,0%

Autores: Sr. Ajila Víctor y Srta. Mesa Lizeth.
Fuente: Encuestas



ANÁLISIS:

La mayoría que son el 88.6% señalaron que si necesitan más información sobre sexualidad y solo el 11.4% indicaron que no necesitan más información sobre este tema, lo que se desprende un gran interés del sector estudiantil.

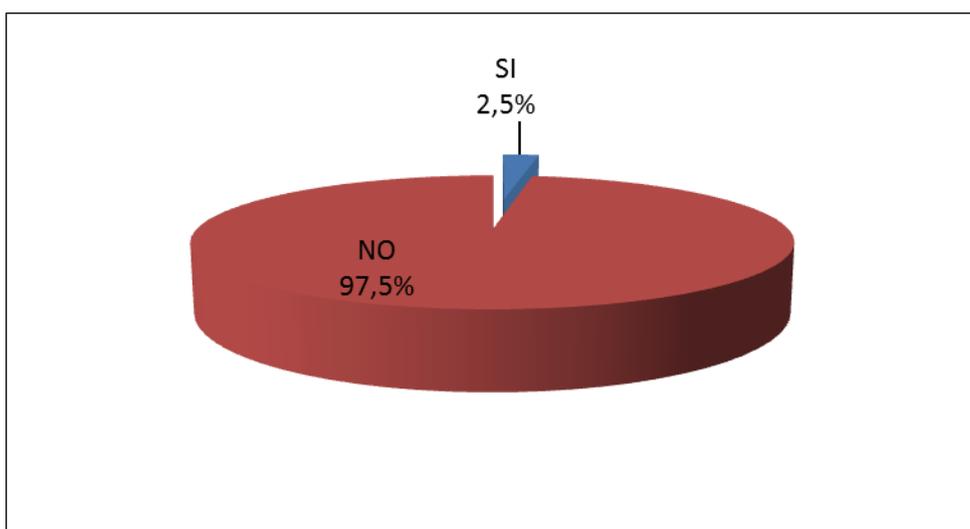
III. ACTITUDES SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

TABLA Y GRÁFICO NRO. 13

SEGÚN SI HAN TENIDO ITS LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010

Ha tenido ITS	Frec	%
SI	7	2,5%
NO	273	97,5%
Total	280	100,0%

Autores: Sr. Ajila Víctor y Srta. Mesa Lizeth.
Fuente: Encuestas



ANÁLISIS:

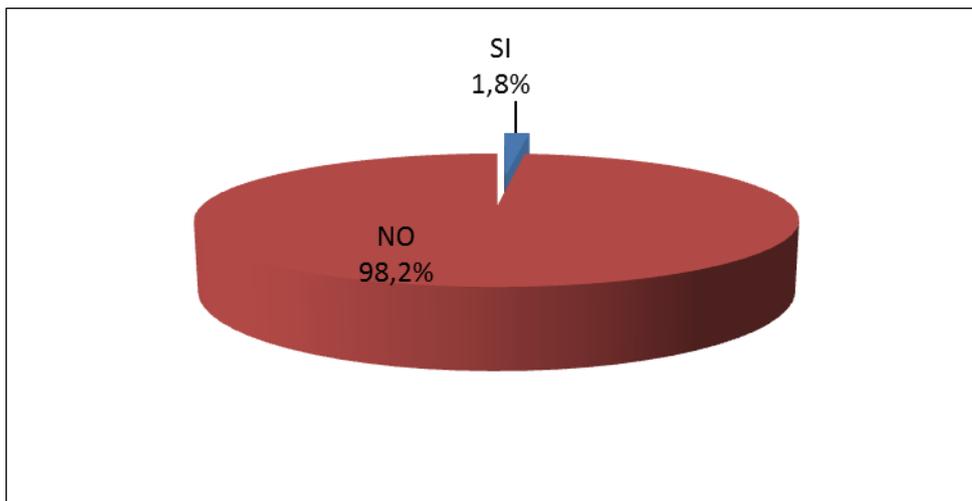
Al preguntar sobre si han tenido alguna infección de transmisión sexual el 97.5% señalaron que no lo han tenido; y solo el 2.5% que si han tenido una infección de transmisión sexual, siendo un número significativo que presenta incidencia de E.T.S, y que es necesario considerar.

TABLA Y GRÁFICO NRO. 14

SEGÚN SI RECIBIERON TRATAMIENTO PARA ITS LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010

Recibió tratamiento	Frec	%
SI	5	1,8%
NO	275	98,2%
Total	280	100,0%

Autores: Sr. Ajila Víctor y Srta. Mesa Lizeth.
Fuente: Encuestas



ANÁLISIS:

Existe un alto porcentaje de alumnos de los colegios fiscales de la ciudad de Atuntaqui – el 98.2% - que no han recibido tratamiento sobre las infecciones de transmisión sexual, señalando que el 97.5% no han tenido esta enfermedad.

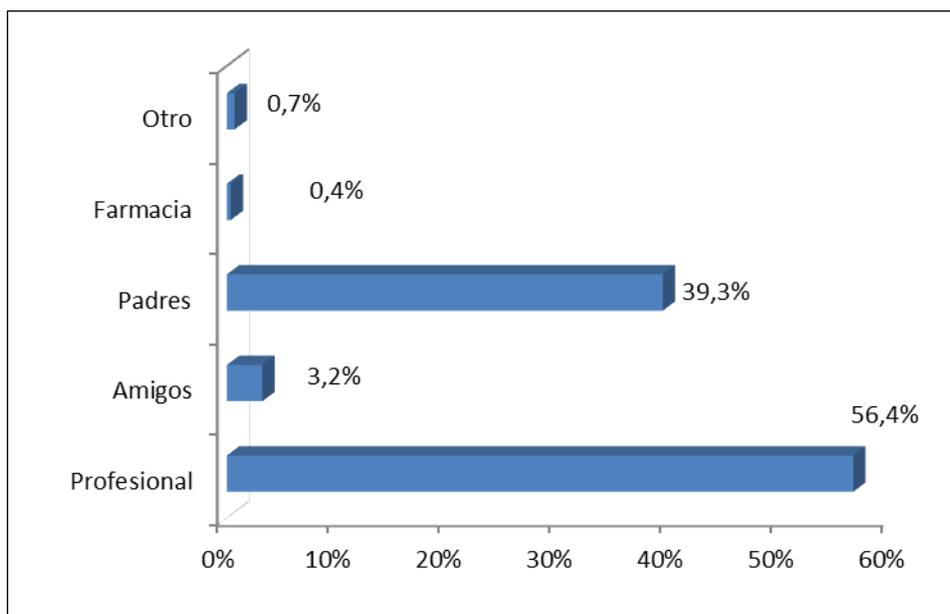
El 1.8% si han recibido tratamiento, quedando un 0.7% que no han recibido tratamiento., siendo un factor de riesgo alto, y que requiere seguimiento continuo.

TABLA Y GRÁFICO NRO. 15

SI TUVIESEN ITS A QUIEN ACUDIRIAN LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010

Acudiría	Frec	%
Profesional	158	56,4%
Amigos	9	3,2%
Padres	110	39,3%
Farmacia	1	0,4%
Otro	2	0,7%
Total general	280	100,0%

Autores: Sr. Ajila Víctor y Srta. Mesa Lizeth.
Fuente: Encuestas



ANÁLISIS:

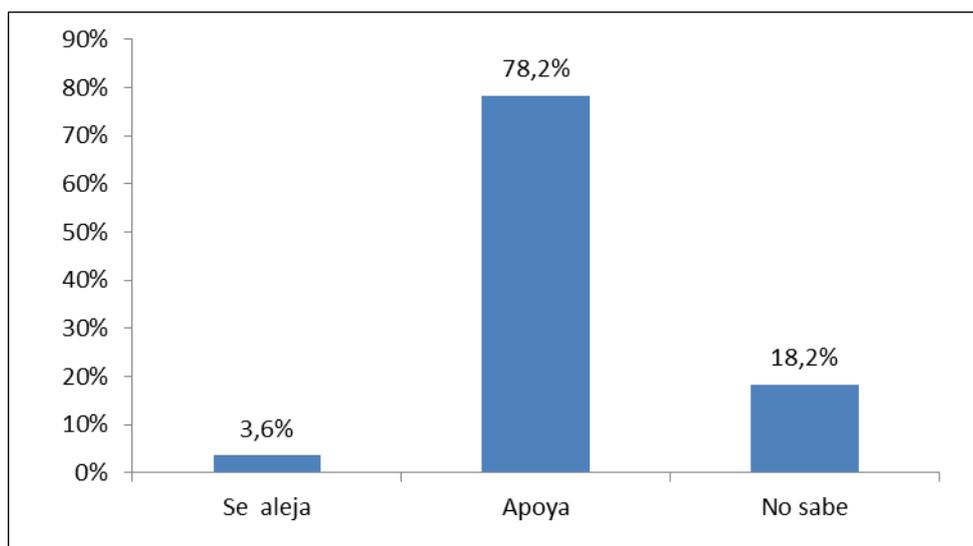
Los estudiantes de los colegios fiscales en caso de contraer una infección de transmisión sexual acudirían en su mayoría del 56.4% a un profesional; el 39.3% avisarían a sus padres, el 3.2% avisaría a sus amigos, el 0.7% a otros y el 0.4% iría a la farmacia. En este sentido es necesario intervenir ya que el 3.2% de estudiantes todavía no están conscientes de la importancia del control médico profesional en estas patologías.

TABLA Y GRÁFICO NRO. 16

ACTITUD FRENTE A UNA PERSONA CON ITS QUE TOMARIAN LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010

Actitud	Frec	%
Se aleja	10	3,6%
Apoya	219	78,2%
No sabe	51	18,2%
Total general	280	100,0%

Autores: Sr. Ajila Víctor y Srta. Mesa Lizeth.
Fuente: Encuestas



ANÁLISIS:

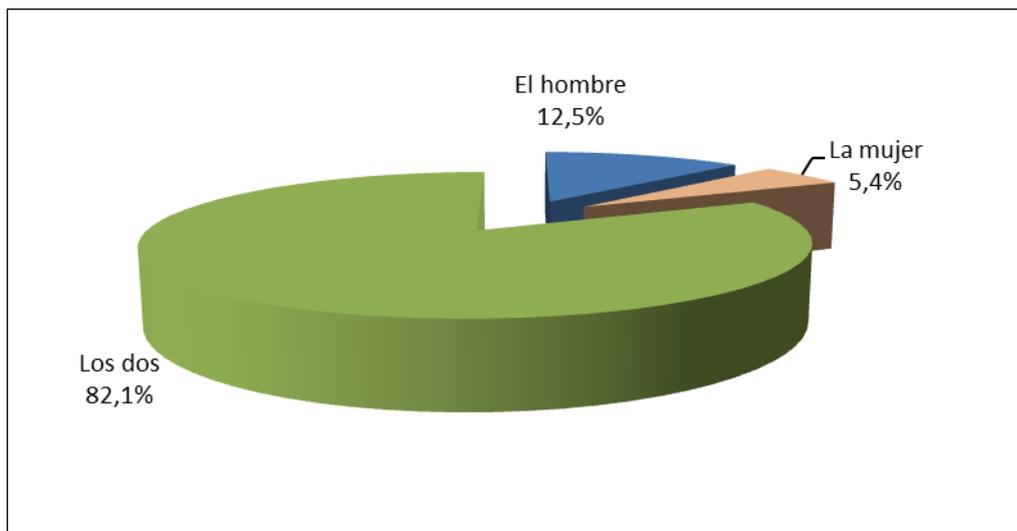
El 78.2% de los chicos de los colegios señalan que apoyaría a una persona que estuviera con una infección de transmisión sexual, el 18.2% no sabe lo que haría y el 3.6% se alejaría, demostrándose que se debe promover información adecuada y conductas que generen nuevos valores.

TABLA Y GRÁFICO NRO. 17

PARA PREVENIR ITS QUIEN DEBERÍA TOMAR LA INICIATIVA EN LOS/AS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010

Iniciativa	Frec	%
El hombre	35	12,5%
La mujer	15	5,4%
Los dos	230	82,1%
Total	280	100,0%

Autores: Sr. Ajila Víctor y Srta. Mesa Lizeth.
Fuente: Encuestas



ANÁLISIS:

Para prevenir una infección de transmisión sexual deben tomar la iniciativa los dos señalan el 82.1%; debe decidirlo el hombre señala el 12.5% y el 5.4% señala que la mujer debe tomar esta decisión e iniciativa para prevenir.

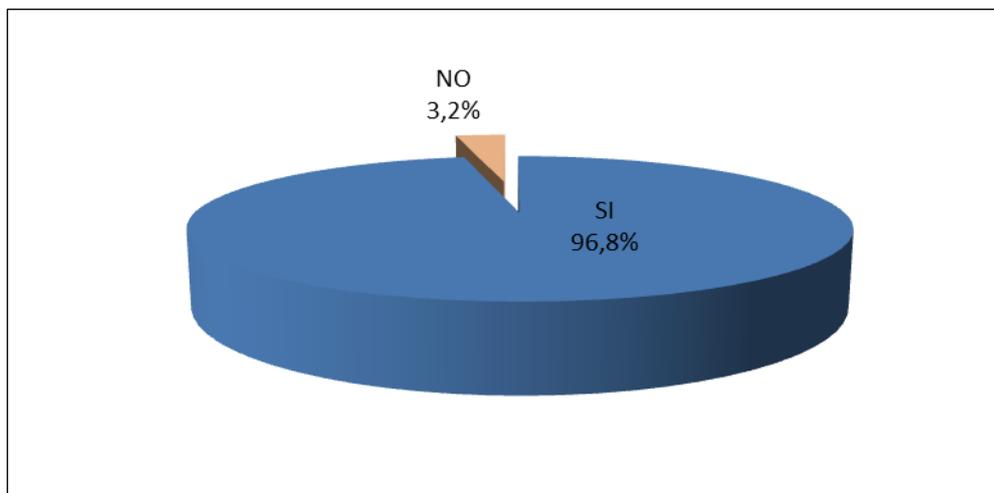
IV.- PRÁCTICAS PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

TABLA Y GRÁFICO NRO. 18

SEGÚN EL USO DE CONDON EN LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010

Utilizaría condón	Frec	%
SI	271	96,8%
NO	9	3,2%
Total	280	100,0%

Autores: Sr. Ajila Víctor y Srta. Mesa Lizeth.
Fuente: Encuestas



ANÁLISIS:

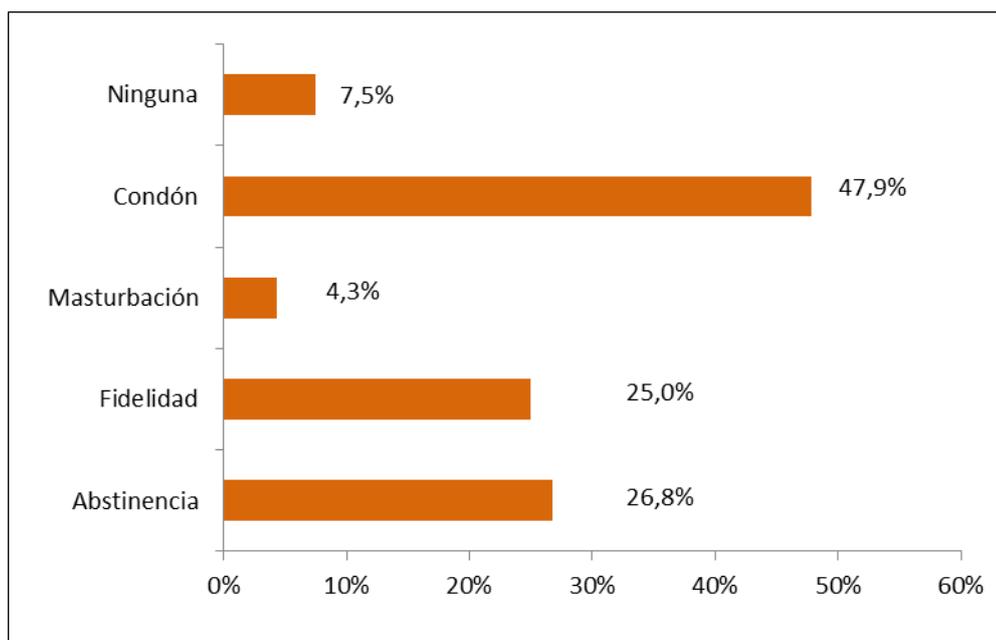
Como una práctica para prevenir una infección de transmisión sexual el 96.8% de los encuestados señalaron que utilizarían el condón; mientras que el 3.2% no está de acuerdo en usar el condón.

TABLA Y GRÁFICO NRO. 19

FORMAS EFECTIVAS PARA PREVENIR LAS ITS EN LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010

Evitar ITS	Frec	%
Abstinencia	75	26,8%
Fidelidad	70	25,0%
Masturbación	12	4,3%
Condón	134	47,9%
Ninguna	21	7,5%
Total encuestas	280	100,0%

Autores: Sr. Ajila Víctor y Srta. Mesa Lizeth.
Fuente: Encuestas



ANÁLISIS:

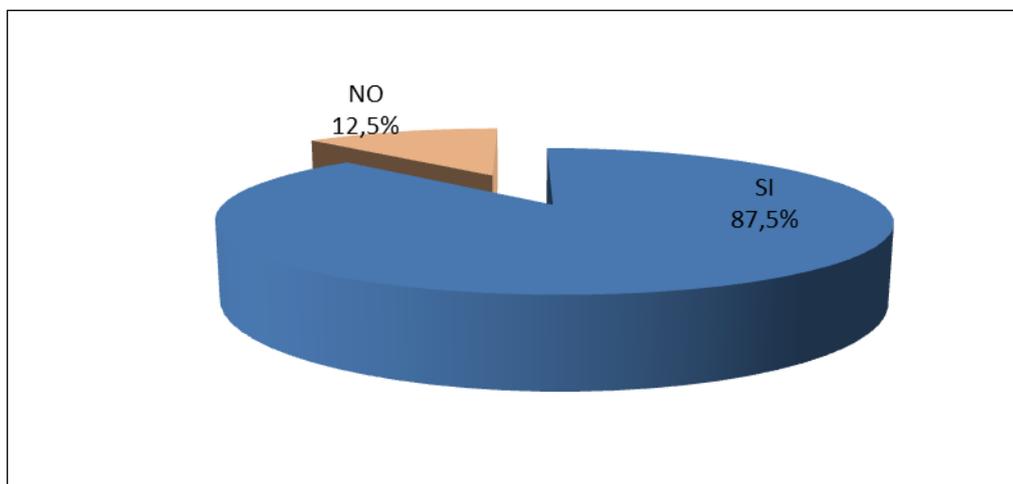
De las 280 encuestas realizadas en los colegios, creen que la mejor manera de prevenir una infección de transmisión sexual es usando el condón el 47.9%; con la abstinencia el 26.8%, siendo fieles a la pareja señala el 25.0%; con la masturbación indican el 4.3% y el 7.5% indica que ninguna.

TABLA Y GRÁFICO NRO. 20

LAS MÚLTIPLES PAREJAS SEXUALES AFECTAN ITS SEGÚN LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010

Múltiples parejas	Frec	%
SI	245	87,5%
NO	35	12,5%
Total	280	100,0%

Autores: Sr. Ajila Víctor y Srta. Mesa Lizeth.
Fuente: Encuestas



ANÁLISIS:

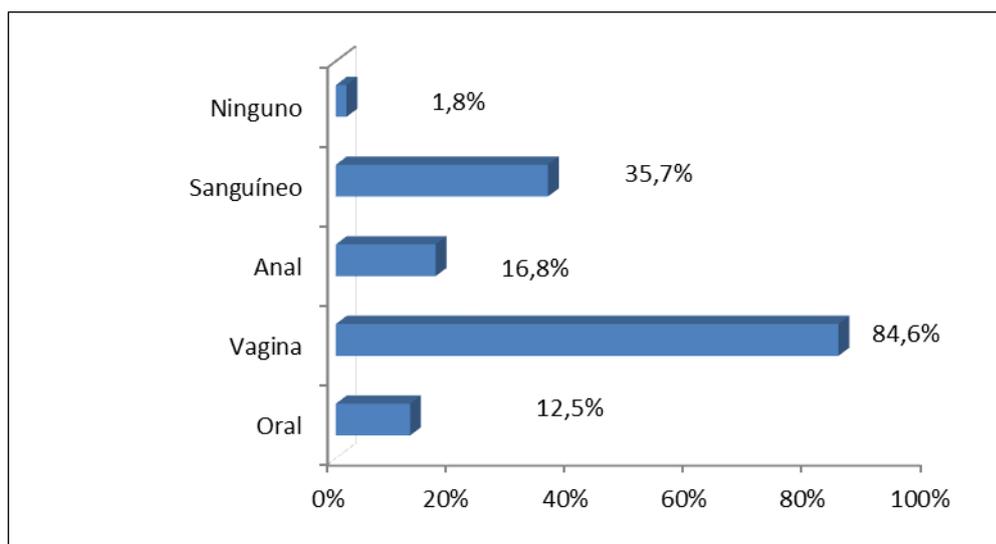
La gran mayoría que es el 87.5% de los estudiantes encuestados señalan que tener múltiples parejas si es un factor de transmisión de las infecciones; en cambio el 12.5% señalan que las múltiples parejas no inciden en las enfermedades de transmisión sexual

TABLA Y GRÁFICO NRO. 21

FORMA DE TRANSMISIÓN DE ITS QUE CONSIDERAN LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010

ITS transmite vía	Frec	%
Oral	35	12,5%
Vaginal	237	84,6%
Anal	47	16,8%
Sanguíneo	100	35,7%
Ninguno	5	1,8%
Total encuestas	280	100%

Autores: Sr. Ajila Víctor y Srta. Mesa Lizeth.
Fuente: Encuestas



ANÁLISIS:

De las 280 encuestas realizadas en los colegios fiscales de Atuntaqui el 84.6% señala que la vía de infección de transmisión sexual es por vía vaginal; el 35.7% señala que por transmisión sanguínea; el 16.8% por vía anal, el 12.5% por vía oral y el 1.8% por ninguno de los anotados anteriormente.

4.6 Análisis y discusión de resultados

Luego de haber concluido, se presentan los resultados obtenidos sobre la base del instrumento aplicado a los y las adolescentes que participaron en la investigación.

- La investigación evidencia que el grupo de estudio predominante se encuentra entre los 14 a 16 años de edad con el 73.9% y con un 52.1% son del sexo femenino.
- La etnia predominante es la mestiza que alcanza el 83.6%, teniendo también un grupo muy bajo a la etnia indígena con 8.2%.
- La religión que más influye en la formación de los estudiantes es la católica con un porcentaje del 91.4% y con el 8.6% pertenecientes a otra religiones.
- El 72.9% de las familias de los adolescentes tienen una estructura familiar organizada en tanto que el 16.1% pertenece a hogares de madres como jefes de familia y el 4.6% de adolescentes viven con solamente con su padre.
- En cuanto a las actividades que realizan los estudiantes un grupo representativo del 37.9% ayuda en el hogar en distintas tareas, y el 5.4% trabaja lo que demuestra claramente que este grupo tiene menor oportunidad de desarrollar hábitos saludables, en especial en el área de salud mental.
- Los adolescentes encuestados en un 98.5 % tiene un conocimiento claro de lo que es una Infección de Transmisión Sexual, sin embargo el 1.4 % responde erróneamente a las definiciones sobre ITS, sin embargo al determinar los conocimientos sobre los

aspectos y/o características de las enfermedades de transmisión sexual, el 71.1% señalan que saben las medidas de prevención, lo que se evidencia es que no existe una falta de heterogeneidad en los conocimientos que poseen los estudiantes.

- Los componentes de menor conocimiento de los estudiantes están relacionados con el tratamiento y las complicaciones de las Infecciones de Transmisión Sexual siendo necesaria la profundización en la capacitación en estos aspectos que puedan incidir en la salud reproductiva a futuro del adolescente.
- Los estudiantes señalan que la Institución Educativa realiza capacitación en diferentes periodos, sin embargo no se ha logrado que los estudiantes interioricen los conocimientos dados por sus docentes.
- De los adolescentes encuestados el 2.5% señala haber tenido una Infección de Transmisión Sexual y recibió tratamiento por la misma tanto que el 97.5% afirma no haber tenido ninguna infección, ni haber recibido tratamiento.
- Se puede evidenciar además que los estudiantes tienen mayor confianza de satisfacer sus inquietudes con los profesionales de la salud y los padres en un 56.4% además demuestran una actitud positiva frente a personas portadoras ante una ITS y VIH /SIDA.
- En cuanto se refiere a la conducta de prevención frente a las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH SIDA se puede evidenciar que el 82.1%; considera de responsabilidad es compartida y apenas el 12.5% considera que es una responsabilidad del hombre.

- El 96.8% del grupo que es un alto porcentaje de adolescentes da importancia al uso del condón a pesar de esto el 3.2% de los y las encuestadas no considera que el uso del condón sea importante para evitar una ITS o el VIH SIDA.
- En diferentes porcentajes los adolescentes señalan las medidas recomendadas por los estudiantes para la prevención de las ITS y VIH SIDA como la abstinencia, masturbación, fidelidad, el uso del condón.
- El 87.5% de los estudiantes encuestados señalan que tener múltiples parejas si es un factor de transmisión de las infecciones; en cambio el 12.5% señalan que las múltiples parejas no inciden en las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA.
- En los conocimientos sobre formas de transmisión de ITS y VIH/SIDA el 84.6%, de los adolescentes señala que por vía vaginal, y en distintos porcentajes señalan que por vía sanguínea, anal, oral también se pueden contraer ITS y VIH/SIDA, pero es muy preocupante que el 1,8% señale que por ninguna de las vías antes mencionadas se puede adquirir algún tipo de ITS y VIH/SIDA.

4.7 Propuesta.

- Se elaboró una guía de consejería de acuerdo a los resultados obtenidos en el instrumento de investigación la misma que contiene los siguientes temas:
 - ¿Qué es el VIH?
 - ¿Qué es el SIDA?
 - Definición de sexualidad
 - Forma de Trasmisión del VIH /SIDA.
 - Etapas de la infección del VIH/ SIDA.
 - Presencia de enfermedades oportunistas en pacientes infectados de VIH/ SIDA.
 - Medidas de prevención del VIH/ SIDA.
 - Consejería
 - Recomendaciones para el uso correcto del condón.
 - Conclusiones.
 - Recomendaciones.
 - Bibliografía

- Se Socializó la guía de consejería a los y las estudiantes de los colegios fiscales de la ciudad de Atuntaqui con el apoyo incondicional de las autoridades y se procede a la entrega de la Guía al Sr. Rector de las Instituciones Educativas.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- En el grupo de estudio por la composición demográfica prevaleció el sexo femenino, Todos los escolares son ecuatorianos con predominio de la etnia mestiza. La principal actividad de los adolescentes son diversas actividades como la lectura, ver televisión, leer, y hacer deporte, un grupo significativo trabaja y estudia.
- Los dos grupos señalan tener más confianza en el personal de salud seguido de los padres y en último lugar los amigos lo que demuestra que estas actitudes son protectoras frente al riesgo de contraer estas enfermedades.
- Los alumnos del colegio que tienen deficientes conocimientos sobre, ITS tendrían las siguientes actitudes: abstinencia del condón y fidelidad, los que tienen conocimiento sobre infecciones de

transmisión Sexual mantienen las mismas actitudes frente a su comportamiento sexual y de prevención.

- Se pudo comprobar que los/as estudiantes del colegio asumen un criterio social frente a una persona que presentarse una infección de transmisión sexual o VIH SIDA ya que los jóvenes señalan que brindarían apoyo moral y ayudarían a la recuperación de su salud y autoestima.

5.2 Recomendaciones.

- Sugerimos, que las autoridades de la Institución realice talleres compartidos con los estudiantes, docentes y padres de familia sobre Infecciones de transmisión sexual (ITS) y sexualidad para lo cual entregamos **una guía de consejería** sobre los temas que los estudiantes demostraron menor conocimiento.
- Implementar programas de Educación Sexual, e Infecciones de transmisión sexual (ITS) para los adolescentes en forma permanente y continua a través de los medio de comunicación tanto escritos como en TV.
- Hoy en día los adolescentes empiezan su vida sexual en pareja desde edades muy tempranas por esto es muy necesario una capacitación sobre Educación sexual y práctica de valores ya sea a través de videos educativos, talleres conferencias y así también lograr que los propios adolescentes sean capacitadores entre ellos
- Como investigadoras recomendaríamos que la universidad mediante las extensiones universitarias se vincule a los programas de capacitación sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH SIDA dirigido a los estudiantes adolescentes para así mejorar su calidad de vida y reproductiva a futuro.

5.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. EGAS, María Fernanda “SIDA TENER PARA CREER” Revista Vistazo.
2. Estrada JH Modelos de Prevención en la lucha contra el VIH/SIDA E ITS. Acta Bioética 2006.
3. Estrada JH. Modelos de Prevención en la Lucha contra el VIH/SIDA. Acta bioética. 2006; 12(1):91- 100.
4. Garcia-Abreu A, Nogueira I, Cowgill K. Health, Nutrition and Population (HNP) discussion Paper. HIV/ AIDS in Latin America. The Challenges Ahead. Washington DC: The World Bank; 2003
5. Gaye, C. CA Rosas, C Margis y P Uribe 2002. Con qué hablan los adolescentes mexicanos de SIDA. Salud Pública de Méx 44: 122-128.
6. Guía Nacional de Consejería en ITS/VIH y el SIDA Elaborado por: Dirección General de Salud de las Personas – Estrategia Sanitaria Nacional.
7. Impacto Mundial sobre ETS y VIH/SIDA. Ministerio de Salud pública 2005.
8. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2006 report on the global AIDS epidemic. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2006.
9. Lantero-Abreu y Col INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL PAUTAS PARA EL TRATAMIENTO.- Habana Cuba 2004
10. Levi G, Vitoria M. Fighting against AIDS: The Brazilian experience. AIDS. 2002;(16):2373-83
11. MADRID ESPAÑA. 1 DICCIONARIO DE MEDICINA, Fernando Caballero Martínez. Edición. 2000.
12. Manejo sindrómico de las ITS EN EL Ecuador desde el año 1990-2006
13. Manual de normas y procedimientos para la atención de los y las Adolescentes 2005.
14. MANUAL MERCK de diagnóstico y tratamiento, décima edición

15. María Teresa Collao Guevara Infecciones de transmisión sexual y VIH SIDA Diagnósticos y tratamientos 2001.
16. Ministerio de Salud pública. Manual del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA.
17. Ministerio de Sanidad; OPS y Ministerio de Educación (2001). Educación Sexual Básica para la Prevención del SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Material Instrucciones.
18. ORGANIZACIÓN mundial de la Salud. Directrices para el establecimiento de un programa nacional de prevención y lucha contra el SIDA. Serie OMS sobre SIDA N°1 Ginebra: OMS. 1988.
19. Plan estratégico VIH/SIDA 2007-2015. Organización Mundial de la Salud. 2007.
20. Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA y el Proyecto Vigía.
21. Programa nacional de control y prevención del VIH/SIDA-ITS manual de normas para el manejo sindrómico de infecciones de transmisión sexual 2008.msp.
22. Raseto M, Herrera M, Massa M, Ruíz A. Diseño de un cuestionario para identificar actitudes sobre SIDA. Enseñanza de las Ciencias. Revista de Investigación y experiencia didáctica. 2005;23(Supl):1- 7.
23. Rivas Vito y Col GUIA DEL MANEJO SINDROMICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL 2da edición. Bolivia 2001.
24. Salomon JA, Hogan DR, Stover J, Stanecki KA, Walker N, Ghys PD, et al. Integrating HIV Prevention and Treatment: From Slogans to Impact. PLoS Med. 2005;2(1): e16.

ANEXOS.

LEVANTAMIENTO DE LAS ENCUESTAS

COLEGIO NACIONAL ABELARDO MONCAYO



LEVANTAMIENTO DE LAS ENCUESTAS

“INSTITUTO TÉCNICO SUPERIOR ALBERTO ENRIQUEZ”



**UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

*La presente encuesta tiene como propósito determinar:
"Conocimientos actitudes y prácticas sobre prevención de VIH - SIDA, en los estudiantes del ciclo diversificado de los colegios fiscales de la ciudad de Atuntaqui, cuyo resultados servirán para el trabajo previo a la obtención del Título de Licenciados/as en Enfermería. La información es confidencial y será utilizada con fines de Investigación. Gracias por su colaboración.*

ENCUESTA:

Instructivo:

Lea con detenimiento cada una de las preguntas y marque con una (x) la respuesta que considere correcta:

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

1.1.- ¿Cuántos años tiene usted?

- a) De 14 – 16 (....)
- b) De 17 – 19 (....)
- c) 20 años o más (....)

1.2.- Sexo

- a) Masculino (....)
- b) Femenino (....)

1.3.- ¿A qué grupo étnico pertenece usted?

- a) Afro Ecuatoriano (....)
- b) Mestizo (....)
- c) Indígena (....)
- d) Blanco (....)

1.4 ¿Qué religión practica?

- a) Católica (....)
- b) Evangélica (....)
- c) Otra.....

1.5.- ¿Con quién vive?

- a) Padre y Hermanos (...)
- b) Madre y Hermanos (...)
- c) Padres y Hermanos (...)
- d) Otros familiares..... (...)

1.6.- ¿Qué actividad realiza en su tiempo libre?

- a) Trabaja (...)
- b) Practica algún deporte (...)
- c) Lee. (...)
- d) Mira Televisión. (...)
- e) Ayuda a sus padres (...)
- f) Otros..... (...)

II CONOCIMIENTOS SOBRE INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL.

2.1.- ¿Qué es Infección de Transmisión Sexual?

- a) (...) Es una enfermedad que produce vómito.
- b) (...) Es una enfermedad que se transmite a través del contacto sexual.
- c) (...) Es una enfermedad que se produce al consumir alimentos en la calle.

2.2 ¿Marque con una X. las infecciones de Transmisión Sexual (ITS)?

- a) (...) Parásitos, Diarrea.
- b) (...) Sífilis, Gonorrea, Papiloma Virus, Chancro, VIH- SIDA
- c) (...) Herpes genital, clamidia, Hepatitis B.
- d) (...) Solo a
- e) (...) b y c

2.3 ¿Marque con una X. lo que conoce de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)?

- a) (...) Signos y síntomas de las enfermedades
- b) (...) Formas de transmisión
- c) (...) Tratamiento
- d) (...) Complicaciones
- e) (...) Medidas de Prevención
- f) (...) Todas las anteriores.

2.4.- ¿Recibe en su colegio Educación Sexual?

- a) (...) SI
- b) (...) NO

2.5- ¿Con que frecuencia recibe orientación sobre Infecciones de Transmisión Sexual y VIH - SIDA en la Institución Educativa?

- a) (...) En forma Trimestral
- b) (...) En forma Semestral
- c) (...) En forma Anual
- d) (...) Nunca.

2.6.- ¿Cree que necesita más información sobre sexualidad?

- a) (...) SI
- b) (...) NO

III ACTITUDES SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

3.1.- ¿Ha tenido una Infección de Transmisión Sexual (ITS)?

- a) SI (....)
- b) NO (....) ¿Cuál?.....

3.2.- ¿Recibió tratamiento por la Infección de Transmisión Sexual (ITS)?

- a) SI (....)
- b) NO (....)

3.3.- ¿Si Ud. Padecería una Infección de Transmisión Sexual a quién acudiría?

- a) Profesional de la salud (....)
- b) Amigos (....)
- c) Padres (....)
- d) Farmacia. (....)
- e) Otros (Especifique).....

3.4.- ¿Qué actitud tomaría Ud. si conoce a una persona que tiene Infección de Transmisión Sexual, VIH y SIDA?

- a) Se aleja (....)
- b) Le apoya (....)
- c) No sabe (....)

3.5.-¿Quién debe tomar la iniciativa de usar algún método para prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual.

- a) El hombre (...)
- b) La mujer (...)
- c) Los dos juntos (...)

IV PRÁCTICAS PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

4.1.- ¿Utilizaría el condón para prevenir las ITS – VIH/SIDA?

- a) (....) SI
- b) (....) NO

4.2.- ¿Cree Ud. Que la manera más efectiva para evitar las infecciones de transmisión sexual es:

- a) (...) La Abstinencia.
- b) (...) La fidelidad.
- c) (...) La masturbación.
- d) (...) El condón.
- e) (...) Ninguna

4.3.- Cree Ud. que tener múltiples parejas sexuales es un factor de transmisión de infecciones de transmisión sexual

- a) (....) SI
- b) (....) NO

4.4.- ¿Considera Ud. que las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA se transmiten a través de las relaciones sexuales por vía:

- a) (...) Oral
- b) (...) Vaginal
- c) (...) Anal
- d) (....) Sanguínea.
- e) (....) Ninguno.

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

ARTICULO CIENTIFICO

Tema: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los estudiantes del ciclo diversificado de los colegios fiscales de la ciudad de Atuntaqui sobre prevención del VIH/SIDA de Enero a Agosto del 2010.

Resumen: La epidemia del VIH/SIDA en Ecuador ha seguido incrementando con el pasar de los años, está relacionada con el contexto socioeconómico, cultural, el desempleo, el subempleo, estilos de vida no saludables, la inequidad de género, la marginalización social de las poblaciones vulnerables en especial de las mujeres, la población de adolescentes, la violencia sexual, violencia de género, las más altas tasas de prevalencia de la epidemia están en países de bajo desarrollo humano, es decir en países con indicadores muy pobres de esperanza de vida saludable y de pobres logros en el área educativa entre los cuales se incluye a nuestro país.

Según los reportes de vigilancia epidemiológica enviado por las provincias de todo el país en el año 2008 el comportamiento del VIH/SIDA según la variable sexo es de dos a uno, relación que ha ido decreciendo en el tiempo, en años anteriores existía una relación más distante, 4 y 5 hombres por una mujer; ahora esta tendencia ha cambiado. Las mujeres jóvenes tienen varias veces más probabilidades que los hombres jóvenes de ser infectadas por el VIH. En casi 20 países de África, 5% o más de las mujeres de 15 a 24 años de edad están infectadas, además la cifra aumenta cuando ellas piensan que sus parejas les son completamente fieles y no se niegan a tener relaciones sexuales con protección por ejemplo con un condón; lo que las hace vulnerables. Estas estadísticas subrayan la urgente necesidad de abordar el VIH entre los jóvenes.

En el futuro la epidemia tomará forma a partir de los actos de esos jóvenes. Una variedad de factores sitúa a los jóvenes en el centro de la vulnerabilidad al VIH. Entre ellos figuran la falta de información, educación y servicios sobre el VIH, los riesgos que muchos tienen que correr para sobrevivir, y los riesgos que acompañan a la experimentación y la curiosidad de los adolescentes. Riesgo elevado y vulnerabilidad elevada por inicio sexual precoz, las diferencias por razón de sexos, los consumidores jóvenes de drogas intravenosas corren un riesgo especial, porque pueden no tener el conocimiento ni las aptitudes para protegerse de la infección por una jeringuilla contaminada.

El conocimiento y la información son las primeras líneas de defensa para los jóvenes, sin embargo el acceso a la educación sobre VIH/SIDA está lejos de ser universal. Se hace necesario insistir en la prevención, en las campañas educativas, sanitarias, llegar al meollo central del problema, e incorporar para ello, la anticipación social, con todo el significado legitimado (etapa más precoz

que la prevención y que singulariza a la determinación social, que será propia de cada nación y, que responderá al desarrollo autónomo de cada pueblo).

Abstract: The epidemic of the VIH/SIDA in Ecuador has continued increasing with spending of the years, it is related with the socioeconomic, cultural context, the unemployment, the underemployment, non-healthy lifestyles, the gender inequity, the social marginalization of the vulnerable populations especially of the women, the population of adolescents, the sexual violence, gender violence, the highest rates in prevalence of the epidemic are in countries of under human development, that is to say in countries with very poor indicators of hope of healthy life and of poor achievements in the educational area among which it is included to our country.

According to the reports of epidemic surveillance sent by the counties of the whole country in the year 2008 the behavior of the VIH/SIDA according to the variable sex it is from two to one, relationship that has gone falling in the time, in previous years existed a more distant relationship, 4 and 5 men for a woman; now this tendency has changed. The young women have several times more probabilities than the young men of being infected by the HIV. In almost 20 countries of Africa, 5% or more than the women of 15 to 24 years of age are infected, the figure also increases when they think that its couples are they totally faithful and they don't refuse to have sexual relationships for example with protection with a condom; what makes them vulnerable. These statistics underline the urgent necessity to approach the HIV among the youths.

In the future the epidemic will take form starting from the acts of those youths. A variety of factors locates the youths in the center from the vulnerability to the HIV. Among them they figure the lack of information, education and services on the HIV, the risks that many have to run to survive, and the risks that accompany to the experimentation and the curiosity of the adolescents. High risk and vulnerability risen by precocious sexual beginning, the differences for reason of sexes, the young consumers of intravenous drugs run a special risk, because they cannot have the knowledge neither the aptitudes to be protected of the infection by a polluted syringe.

The knowledge and the information are the first defense lines for the youths, however the access to the education VIH/SIDA has more than enough it is far from being universal. It becomes necessary to insist in the prevention, in the educational, sanitary campaigns, to arrive to the central kernel of the problem, and to incorporate for it, the social anticipation, with the whole legitimate meaning (more precocious stage that the prevention and that it singles to the social determination that will be characteristic of each nation and that will respond to the autonomous development of each town).

Introducción.- La aparición de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH y su expresión corporal y clínica a manera de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. SIDA, dan forma a uno de los fenómenos sociales más importantes de finales del siglo XXI.

Contemplada como la enfermedad infecciosa de mayor impacto a nivel mundial, sus repercusiones rebasaron rápidamente la esfera médica y biológica para ubicarse en el terreno social, económico y político. Paradójicamente fue en el campo del saber biomédico donde se concentraron la mayoría de los recursos humanos y financieros por urgencia natural de generar métodos diagnósticos precisos, terapéuticos, eficaces e intervenciones de control y prevención costo – efectivas. Los progresos en esta materia dieron técnicas diagnósticas rápidas y confiables y aceleraron la disponibilidad de medicamentos eficaces, aunque todavía costosos.

En el terreno social, económico y político el SIDA continua inserto en la agenda de los países ricos y pobres, debido al impacto de la epidemia en las poblaciones más afectadas: niños, mujeres y jóvenes, a su amplia diseminación entre poblaciones con diferentes preferencias sexuales: heterosexuales, bisexuales y homosexuales, y a su tendencia a concentrarse entre los grupos más desfavorecidos, pobres y marginados de cada sociedad. No debe sorprendernos que el sustrato causal de la epidemia sea más dentro de la falta de respeto la violación de derechos humanos en el mundo, que a factores de riesgo puntuales derivados de la conducta o la susceptibilidad natural.

El SIDA es un problema de salud pública prioritario y su atención como su prevención merecen el despliegue de múltiples esfuerzos, tanto en lo individual, como en lo colectivo, tanto en lo familiar y comunitario, como en lo público y privado; desde las instituciones gubernamentales hasta los organismos surgidos de la sociedad civil. La respuesta debe darse a niveles local, regional y nacional, y expandirse hasta alcanzar el nivel global. La respuesta tiene que ser tan espontánea como continua y tan informada como pasional.

Debe caracterizarse por ser una respuesta consciente, voluntaria, combativa, incluyente y equitativa. Para lograrlo, el individuo y la sociedad deben contar con información precisa, bien fundamentada científicamente, que sea accesible y abarque todas las esferas del conocimiento

Palabras Clave. Adolescencia educación, prevención primaria, conocimientos actitudes y prácticas (CAP) Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/ Sida.

Objetivo. Determinar los Conocimientos Actitudes y Prácticas de los estudiantes del ciclo diversificado de los colegios fiscales de la ciudad de Atuntaqui sobre prevención de VIH/SIDA en el periodo de Enero a Octubre del 2010. Identificar las características socio/demográficas de los estudiantes del ciclo diversificado de los colegios fiscales de la ciudad de Atuntaqui. Identificar

cuáles son los conocimientos sobre prevención de VIH/SIDA que tienen los estudiantes del ciclo diversificado de los colegios fiscales de la ciudad de Atuntaqui. Identificar las actitudes y prácticas sobre prevención de VIH/SIDA de la población en estudio. Elaborar una guía de consejería y brindar charlas sobre prevención de VIH/SIDA a los adolescentes de estos colegios considerando los resultados encontrados.

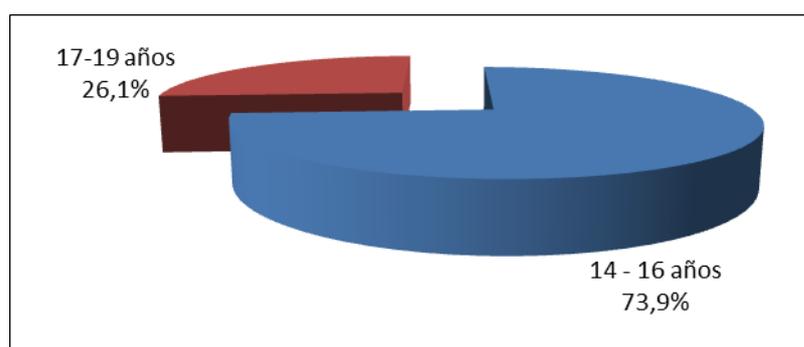
Metodología. El estudio realizado fue de tipo descriptivo-prospectivo y analítico de tipo no experimental cualitativo. El lugar de estudio fueron los colegios fiscales de la Ciudad de Atuntaqui, durante el período de Enero a Agosto del 2010. La población de estudio estuvo constituida por 280 estudiantes matriculados para el período académico 2010-2011, **Criterio de exclusión** se excluyen del estudio siete estudiantes que por diferentes causas no se encontraron en el momento de la aplicación del instrumento. Se aplicó una encuesta, voluntaria, auto administrada con su correspondiente cuestionario, y su validación mediante la aplicación de una prueba piloto, realizada a estudiantes adolescentes de otra institución con similares características.

Procedimientos El estudio tuvo tres fases. En la primera se realizó el estudio diagnóstico documental. Se realizaron además encuestas de CAP sobre ITS y VIH/sida. El cuestionario fue llenado en 30 minutos en presencia de los investigadores, que solucionaron las dudas de los estudiantes sobre el cuestionario. La segunda fase correspondió al diseño y elaboración de la guía de prevención en correspondencia con los hallazgos de la investigación; se consideró los siguientes factores: conocimientos sobre la sexualidad y ITS/sida; conductas preventivas; percepción de la gravedad de las ITS VIH/sida.

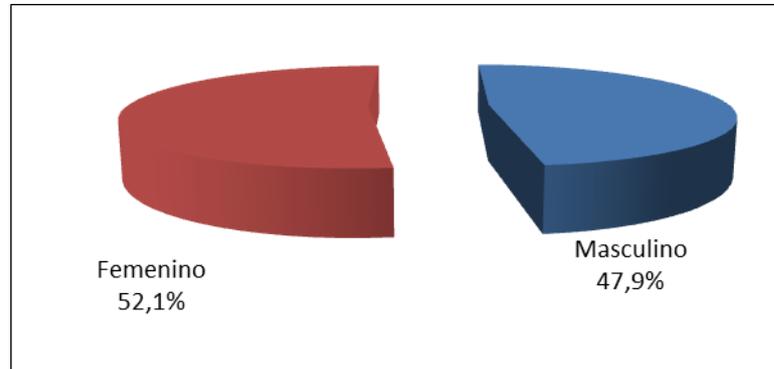
Análisis e Interpretación de Datos. La información obtenida en las encuestas CAP Una vez recopilada se hizo una depuración de los datos para proceder al correspondiente análisis utilizando el programa Excel la misma que nos permitirá realizar tablas, gráficos con distribuciones porcentuales y frecuencia, que nos permitió conocer cuál es la realidad del problema investigado.

Resultados.

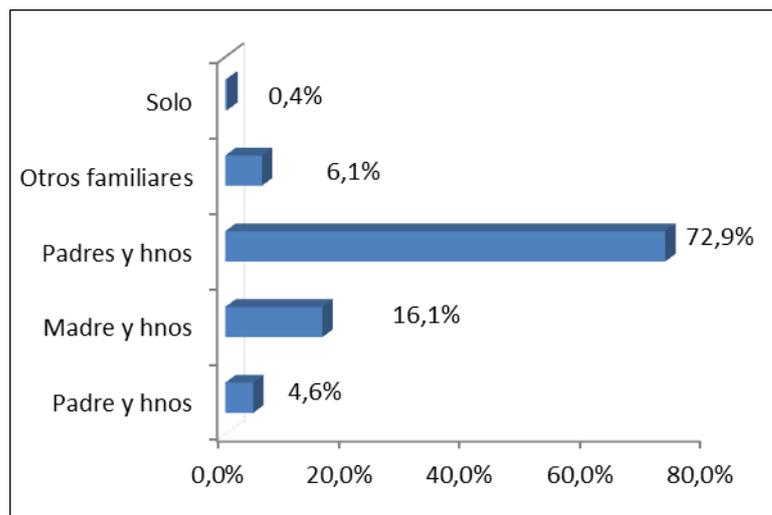
SEGÚN LA EDAD QUE TIENEN LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010



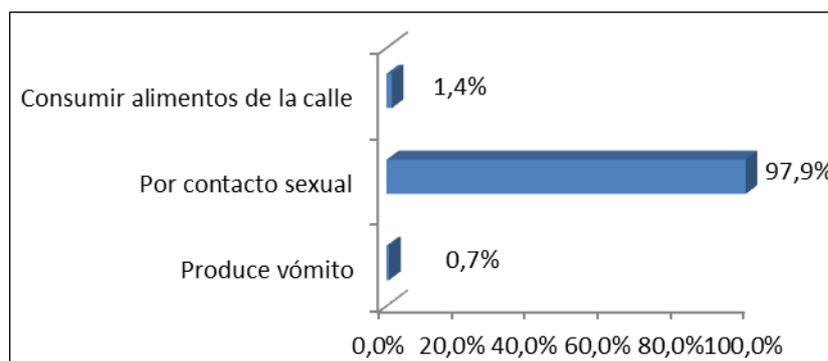
**SEGÚN EL GÉNERO DE LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS
COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI.
ENERO-AGOSTO 2010**



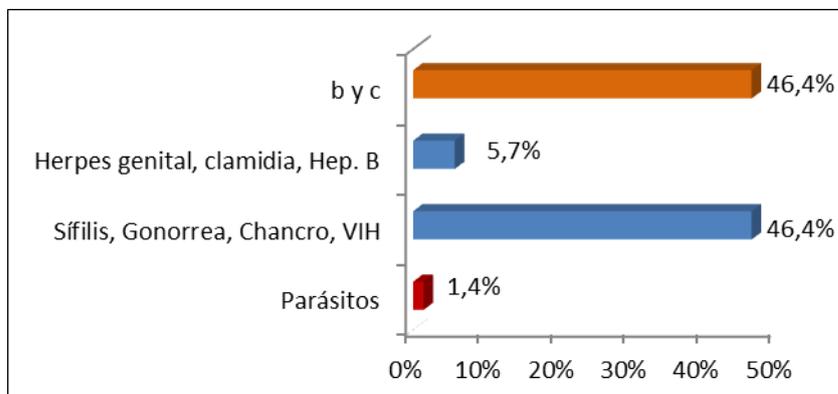
**SEGÚN CON QUIEN VIVEN LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS
COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI.
ENERO-AGOSTO 2010**



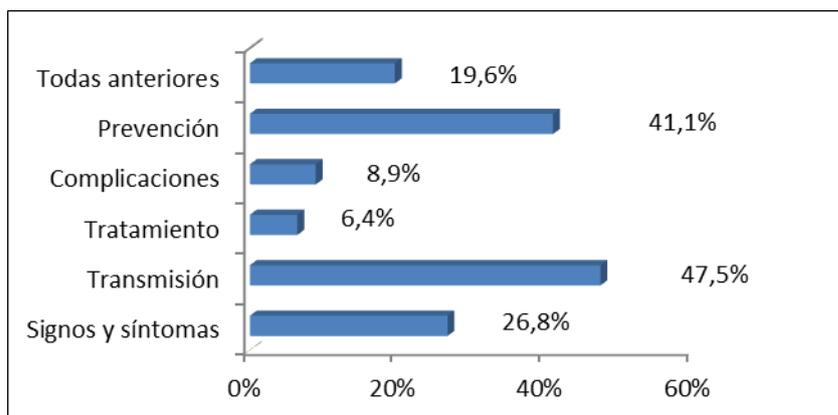
**SEGÚN LO QUE ES UNA ITS PARA LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE
LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI.
ENERO-AGOSTO 2010**



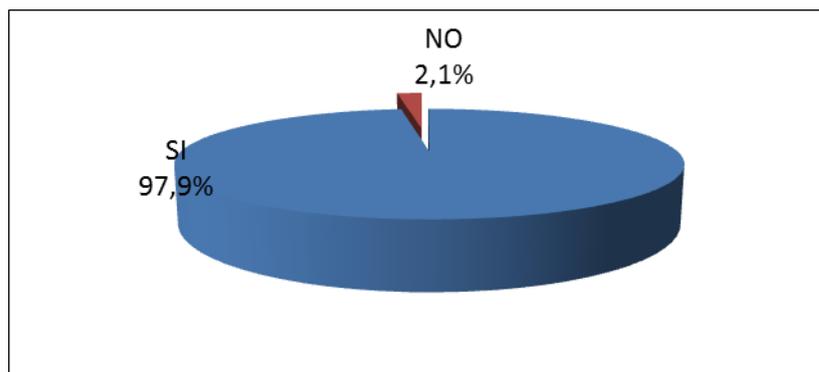
LAS ITS SEGÚN LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010



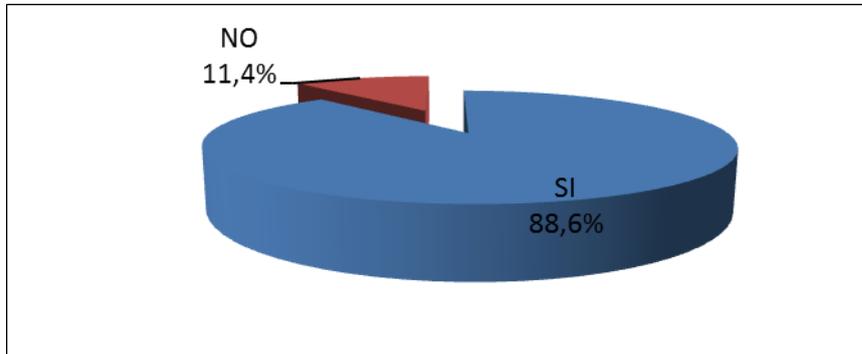
CONOCIMIENTO DE LAS ITS LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010



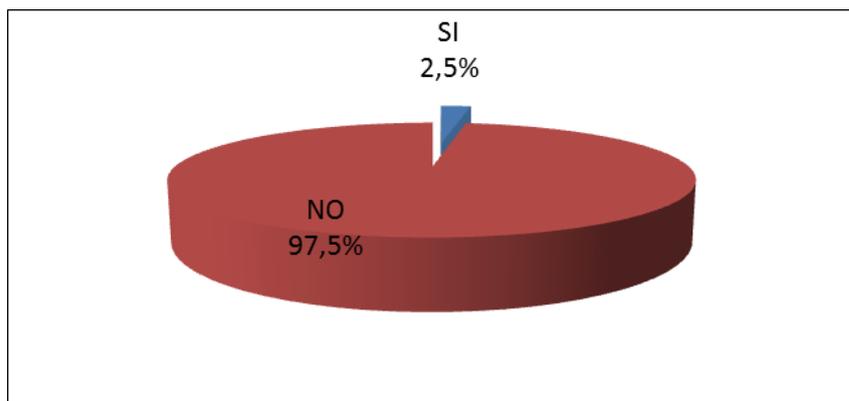
SEGÚN SI RECIBEN EDUCACIÓN SEXUAL LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS EN LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010



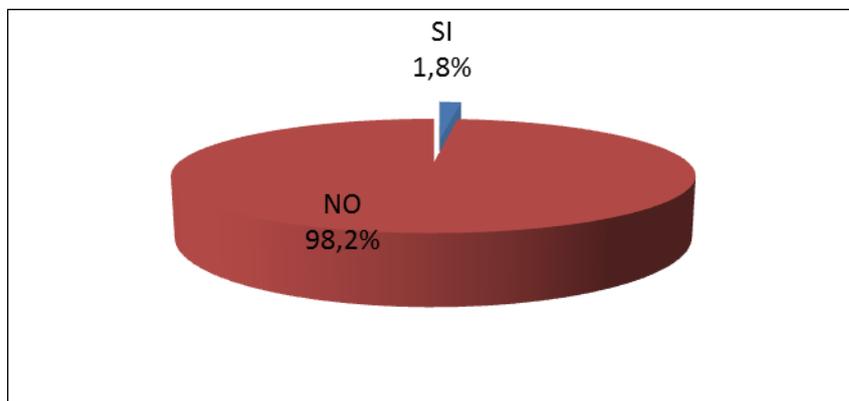
SEGÚN LA NECESIDAD DE RECIBIR MÁS INFORMACIÓN LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010



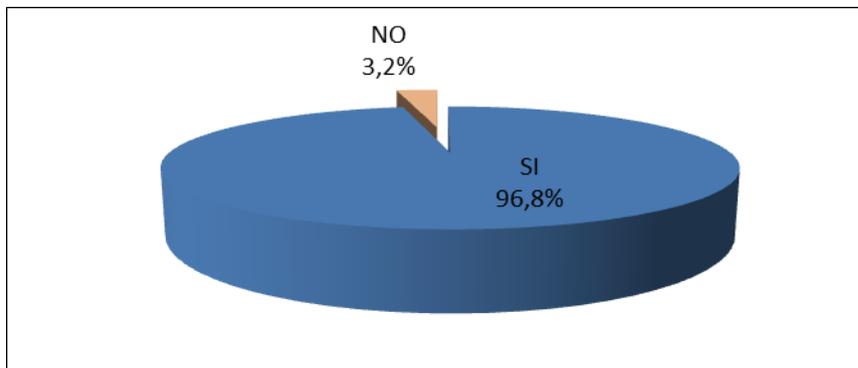
SEGÚN SI HAN TENIDO ITS LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010



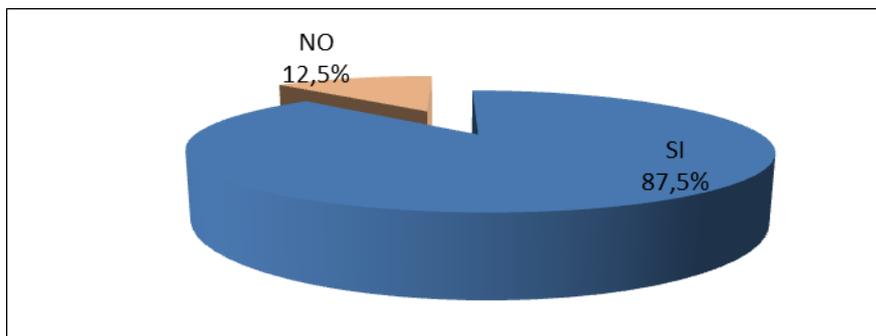
SEGÚN SI RECIBIERON TRATAMIENTO PARA ITS LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010



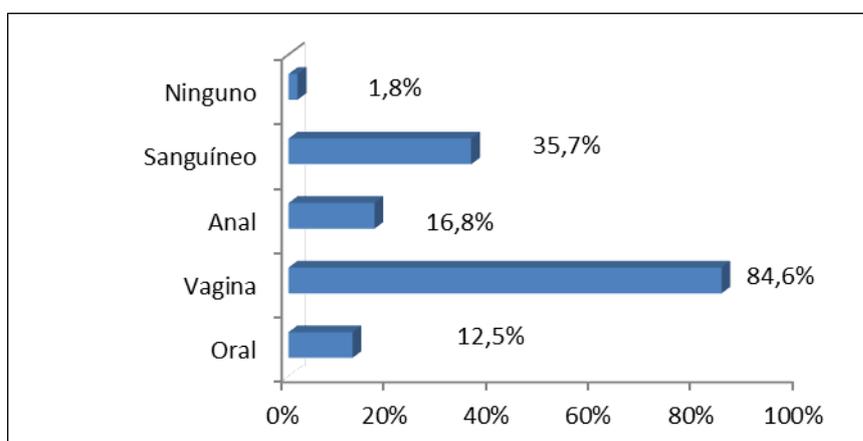
SEGÚN EL USO DE CONDON EN LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010



LAS MULTIPLES PAREJAS SEXUALES AFECTAN ITS SEGÚN LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010



FORMA DE TRANSMISIÓN DE ITS QUE CONSIDERAN LOS ESTUDIANTES SECUNDARIOS DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE ATUNTAQUI. ENERO-AGOSTO 2010



Discusión. La investigación evidencia que el grupo de estudio predominante se encuentra entre los 14 a 16 años de edad con el 73.9% y con un 52.1% son del sexo femenino. La etnia predominante es la mestiza que alcanza el 83.6%, teniendo también un grupo muy bajo a la etnia indígena con 8.2%. La religión que más influye en la formación de los estudiantes es la católica con un porcentaje del 91.4% y con el 8.6% pertenecientes a otras religiones. El 72.9% de las familias de los adolescentes tienen una estructura familiar organizada en tanto que el 16.1% pertenece a hogares de madres como jefes de familia y el 4.6% de adolescentes viven con solamente con su padre. Los adolescentes encuestados en un 98.5 % tiene un conocimiento claro de lo que es una Infección de Transmisión Sexual, sin embargo el 1.4 % responde erróneamente a las definiciones sobre ITS, sin embargo al determinar los conocimientos sobre los aspectos y/o características de las enfermedades de transmisión sexual, el 71.1% señalan que saben las medidas de prevención, lo que se evidencia es que no existe una falta de heterogeneidad en los conocimientos que poseen los estudiantes. Los componentes de menor conocimiento de los estudiantes están relacionados con el tratamiento y las complicaciones de las Infecciones de Transmisión Sexual siendo necesaria la profundización en la capacitación en estos aspectos que puedan incidir en la salud reproductiva a futuro del adolescente. De los adolescentes encuestados el 2.5% señala haber tenido una Infección de Transmisión Sexual y recibió tratamiento por la misma tanto que el 97.5% afirma no haber tenido ninguna infección, ni haber recibido tratamiento. Se puede evidenciar además que los estudiantes tienen mayor confianza de satisfacer sus inquietudes con los profesionales de la salud y los padres en un 56.4% además demuestran una actitud positiva frente a personas portadoras ante una ITS y VIH /SIDA. El 96.8% del grupo que es un alto porcentaje de adolescentes da importancia al uso del condón a pesar de esto el 3.2% de los y las encuestadas no considera que el uso del condón sea importante para evitar una ITS o el VIH SIDA. En diferentes porcentajes los adolescentes señalan las medidas recomendadas por los estudiantes para la prevención de las ITS y VIH SIDA como la abstinencia, masturbación, fidelidad, el uso del condón. El 87.5% de los estudiantes encuestados señalan que tener múltiples parejas si es un factor de transmisión de las infecciones; en cambio el 12.5% señalan que las múltiples parejas no inciden en las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA. En los conocimientos sobre formas de transmisión de ITS y VIH/SIDA el 84.6%, de los adolescentes señala que por vía vaginal, y en distintos porcentajes señalan que por vía sanguínea, anal, oral también se pueden contraer ITS y VIH/SIDA, pero es muy preocupante que el 1,8% señale que por ninguna de las vías antes mencionadas se puede adquirir algún tipo de ITS y VIH/SIDA. Los alumnos del colegio que tienen deficientes conocimientos sobre, ITS tendrían las siguientes actitudes: abstinencia del condón y fidelidad, los que tienen conocimiento sobre infecciones de transmisión Sexual mantienen las mismas actitudes frente a su comportamiento sexual y de prevención.

Conclusiones. La adolescencia comienza a consolidar actitudes y comportamientos que incidirán en la adopción o no de prácticas sexuales más seguras. En general los estudiantes presentan un NC "muy bueno", lo que hace necesario la implementación de estrategias educativas investigación, comunicación y consejería para mejorar el conocimiento acerca de la enfermedad, sus consecuencias y formas de prevención con la finalidad de proteger a este grupo de riesgo.

Recomendaciones.-Desarrollar de inmediato Programas de Información, Educación y Prevención a los/as estudiantes, los cuales debe dirigirse a fortalecer la falta de conocimiento de las complicaciones y tratamiento en caso de adquirir una infección de transmisión sexual en este grupo de población vulnerable.

Bibliografía.

- Plan estratégico VIH/SIDA2007-2015. Organización Mundial de la Salud.2007.
- Programa nacional de control y prevención del VIH/SIDA-ITS manual de normas para el manejo sindrómico de infecciones de transmisión sexual 2009.msp.
- Fuente: INEC. 2010, PNS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2009
- Programa de Vigilancia Epidemiológica Ecuador 2009.