



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO

“CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA/SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO DE BACHILLERATO TRECE DE NOVIEMBRE DE LA PARROQUIA SABANILLA - CELICA - LOJA”

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA

AUTORA:

Ana María Vera Ordóñez

DIRECTOR:

Dr. Wilmer Oscar Sarango Peláez, Esp.



LOJA – ECUADOR
2017

CERTIFICACIÓN

Dr. Wilmer Oscar Sarango Peláez, Esp.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICO:

Que he revisado y orientado todo el proceso de la elaboración de la tesis titulada **“CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA/SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO DE BACHILLERATO TRECE DE NOVIEMBRE DE LA PARROQUIA SABANILLA - CELICA – LOJA”**, autoría de la Srta. Ana María Vera Ordóñez, previa la obtención del título de Licenciada en Enfermería, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.

Loja, 05 de Mayo del 2017

Atentamente,


.....
Dr. Wilmer Oscar Sarango Peláez, Esp.
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **Ana María Vera Ordóñez**, declaro que las ideas, opiniones, interpretaciones, conclusiones y recomendaciones vertidas en el presente trabajo, son exclusiva responsabilidad de mi autoría por lo cual eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y representantes jurídicos de posibles acciones legales por el contenido de la misma. Adicionalmente autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el repositorio institucional y/o Biblioteca Virtual.

Autora: Ana María Vera Ordóñez

Firma:.....

Cédula: 1105924847

Fecha: Loja, 05 de mayo del 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Ana María Vera Ordóñez, declaro ser la autora de la tesis titulada **“CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA/SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO DE BACHILLERATO TRECE DE NOVIEMBRE DE LA PARROQUIA SABANILLA - CELICA – LOJA”**, como requisito previa la obtención del Título como Licenciada en Enfermería, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional. Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de la información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad. La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los cinco días del mes de mayo del dos mil diecisiete, firma la autora.

Firma.....

Autora: Ana María Vera Ordóñez

Cedula: 1105914847

Dirección: Celi Román entre Benjamín Pereira y Ramón Burneo

Correo electrónico: veraana315@gmail.com

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. Wilmer Oscar Sarango Peláez, Esp.

TRIBUNAL DE GRADO

PRESIDENTA DEL TRIBUNAL: Lic. Estrellita Arciniega Gutiérrez, Mg. Sc.

MIEMBRO: Lic. Dolores Magdalena Villacís Cobos, Mg. Sc.

MIEMBRO: Lic. Judith Marlene Encalada Elizalde, Mg. Sc.

DEDICATORIA

A Dios por concederme y guiar mi vida, ante todo permítanme dedicar este trabajo aquellos seres humanos que siempre han estado y están a mi lado en las buenas y en las no tan buenas, y que sobre todo han sido y son ejemplo de vida.

A mis padres Ricardo y Beatriz, quienes jamás pese a las dificultades que se le presentan no se dan por vencidos, gracias por permitirme contar con su apoyo incondicional enseñándome que con fe y voluntad todo se puede conseguir a ustedes dedico este triunfo, los amo.

Y como no dedicar este trabajo a mis queridos hermanos y hermanas, quiénes siempre están presentes empujándome a conseguir mejores ideales.

A toda mi familia y amistades que siempre estuvieron motivándome a que culmine mis estudios, gracias de todo corazón YEEEEAAH.

Ana María Vera Ordóñez

AGRADECIMIENTO

Mi más sincero agradecimiento a Dios por brindarme la fortaleza y sabiduría para cumplir cada una de mis metas propuestas.

A la Universidad Nacional de Loja, a los docentes que laboran en la Facultad de la Salud Humana, por haberme brindado la oportunidad de formarme en esta prestigiosa institución.

A mi Director de Tesis, Dr. Oscar Sarango, por su invaluable aporte en la dirección, orientación y revisión de este trabajo, gracias por vuestro apoyo tanto a nivel profesional como humano.

De igual manera a todos quienes conforman el Colegio de Bachillerato “Trece de Noviembre”, por la apertura y colaboración brindada para el desarrollo de la investigación de campo y a todos quienes de una u otra forma colaboraron en la realización del presente trabajo investigativo.

A todos ustedes, mi sincera gratitud.

Ana María Vera Ordóñez

ÍNDICE

CARÁTULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE.....	vii
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN.....	2
SUMMARY	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	6
4.1. ADOLESCENCIA.....	6
4.1.1. Definición	6
4.1.2. La adolescencia en la sociedad actual	6
4.1.3. Etapas de la adolescencia	7
4.2. CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIH/SIDA.....	8
4.2.1. El Virus de Inmunodeficiencia Humana	9
4.2.2. Historia natural de la infección por el VIH	9
4.2.3. Formas de transmisión del VIH/SIDA	10
4.2.3.1. Sexual	10
4.2.3.2. Parenteral	11
4.2.3.3. Perinatal	12
4.3. ETAPAS DEL VIH	14
4.3.1. Etapa Clínica I	14

4.3.2. Etapa Clínica II.....	14
4.3.3. Etapa Clínica III.....	14
4.3.4. Etapa Clínica IV:	15
4.3.5. EL SIDA.....	15
4.4. SÍNTOMAS DEL VIH	15
4.5. FASES DEL VIH.....	16
4.5.1. Fase precoz, infección aguda o primoinfección.....	16
4.5.2. Fase intermedia o crónica,	17
4.5.3. La fase final o de crisis	18
4.5.4. Diagnóstico de infección por VIH.....	18
4.5.5. La prueba del VIH	19
4.5.6. Cuadro de clasificación de la infección del VIH.....	21
4.6. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO PARA EL VIH.....	22
4.6.1. Forma de prevención mediante contacto sexual.....	23
4.6.2. Prevención sanguínea	24
4.6.3. Prevención perinatal	24
4.6.4. Consecuencias del VIH/SIDA.....	25
4.7. TRATAMIENTO PARA EL VIH.....	26
5. MATERIALES Y MÉTODOS	28
6. RESULTADOS.....	30
7. DISCUSIÓN.....	35
8. CONCLUSIONES.....	38
9. RECOMENDACIONES	39
10. BIBLIOGRAFÍA	40
11. ANEXOS	45

1. TÍTULO

“CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA/SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO DE BACHILLERATO TRECE DE NOVIEMBRE DE LA PARROQUIA SABANILLA –CELICA - LOJA”

2. RESUMEN

El virus de Inmunodeficiencia Humano afecta a las células CD4 también denominados linfocitos T, que son encargadas de fabricar anticuerpos específicos para combatir agentes patógenos. Paulatinamente las células CD4 invadidas van deteriorándose o muriendo de forma que el sistema inmunitario se debilita y el individuo queda indefenso frente a agentes patógenos. En Latinoamérica destacan los jóvenes como centro de epidemia, más de la mitad de nuevas infecciones que se producen en la actualidad afectan a personas entre los 15 y 24 años. El propósito del presente estudio fue determinar los conocimientos sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana que poseen los/las adolescentes del Colegio de bachillerato “Trece de Noviembre. El tipo de estudio fue descriptivo y transversal con una muestra de 232 estudiantes. La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la encuesta. Posteriormente se realizó el análisis de contenidos para el procesamiento de la información. De los estudiantes encuestados el 58.9% fueron del sexo masculino y el 41,1% del sexo femenino, de los cuales el 74.2% desconoce sobre la prevención del VIH/sida; seguido de la transmisión del VIH/sida con un 82.1%. Los resultados de éste estudio constituyeron un insumo valioso para diseñar una propuesta educativa para la promoción y prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana a través de trípticos informativos que fueron distribuidos en los adolescentes del Colegio de Bachillerato “Trece de Noviembre”.

Palabras claves: adolescentes, conocimiento, prevención, VIH/sida.

SUMMARY

The human immunodeficiency virus affects CD4 cells also called T lymphocytes, which are responsible for producing specific antibodies to fight pathogens. Gradually invalid CD4 cells deteriorate or die so that the immune system weakens and the individual becomes defenseless against pathogens. In Latin America, young people are the center of the epidemic, more than half of new infections that occur today affect people between the ages of 15 and 24. The purpose of the present study was to determine the knowledge about the human immunodeficiency virus that the adolescents of the high school "Trece de Noviembre" have. The type of study was descriptive and transversal with a sample of 232 students. The technique used for data collection was the survey. Subsequently, the content analysis was performed for the information processing. Of the students surveyed, 58.9% were males and 41.1% were females, of whom 74.2% did not know about HIV / AIDS prevention with 82%. The results of the study area constituted a valuable input to design an educational proposal for the promotion and prevention of human immunodeficiency virus through informative triptychs that were distributed in the high school "Trece de Noviembre"

Keywords: adolescence, knowledge, prevention, VHI / AIDS

3. INTRODUCCIÓN

El modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, menciona que el VIH-sida es uno de los problemas de salud pública que preocupa al país, el mejoramiento del sistema de registro y la oferta de tratamiento para el VIH/sida ha permitido evidenciar que este es un problema que tiene una tendencia creciente (MAIS, 2013).

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

Una investigación ejecutada en la Universidad de Costa Rica, indica que la mayoría de los estudiantes, entre los 19 y los 22 años de edad, tuvieron una percepción correcta al considerar como de alto riesgo los mecanismos de contagio por medio de jeringas, agujas contaminadas y las relaciones sexuales con una persona infectada sin usar preservativo. (Salas & Castillo, 2011)

En un estudio realizado en estudiantes de educación media de Medellín, señala que el 54,6% ha iniciado su vida sexual, la edad promedio de la primera relación sexual fue 14 y el número de compañeros sexuales 2 el puntaje de conocimientos fue 66,2; actitudes 69,7 y prácticas 75,1. Estos resultados son determinantes para orientar los programas de

control y prevención del VIH/ sida en adolescentes escolarizados de Medellín (Cardona & Suárez, 2015)

Según ONUSIDA cerca de 2 millones de personas en el mundo se infectaron con el Virus de Inmunodeficiencia Humano, la OMS menciona que el virus de inmunodeficiencia humana es más frecuente en el mundo especialmente en África subsahariana, donde existe 25,8 millones de personas infectadas por el VIH en el 2014, es la región más afectada. Casi el 70% del total mundial de nuevas infecciones por VIH se registra en esta región.

Según el Ministerio de Salud Pública la prevalencia de la enfermedad en la población en general del Ecuador es del 0,24%, con 22.177 casos registrados de VIH, 9.911 que han desarrollado sida y 7.031 defunciones (MSP, 2013).

Así mismo, estudios evidencian que los adolescentes conforman 20 % del total de la población mundial, de los cuales 85 % viven en países en desarrollo en donde se le ha dado poca importancia a los problemas propios de su generación y donde se evidencia que el número de adolescentes con VIH/ sida ha ido en aumento.

El grupo vulnerable del contagio de esta enfermedad son los jóvenes sexualmente activos, ellos tienen mayor riesgo de contraer el sida, algunas actividades de concienciación, cuidado y protección están enfocadas a este sector de la población, a través de la Estrategia ENIPLA, buscan que adolescentes actúen con responsabilidad.

El objetivo general del presente estudio fue determinar los conocimientos sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana con respecto a los métodos de prevención y vías de transmisión y diseñar una propuesta educativa para la promoción y prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana a través de trípticos, los mismos que fueron distribuidos en los/as adolescentes del Colegio de Bachillerato “Trece de Noviembre”.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

La salud se plantea desde una mirada intersectorial que busca garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida. Se incluyen los hábitos de vida, la universalización de servicios de salud, la consolidación de la salud intercultural, la salud sexual y reproductiva, los modos de alimentación y el fomento de la actividad física.

4.1. LA ADOLESCENCIA

4.1.1. Definición

La adolescencia se caracteriza por ser una etapa de continuos cambios en el ciclo vital humano, tanto en el ámbito económico- fisiológico, como en el emocional. Esto hace que el adolescente, que debe adaptarse además a nuevas normas sociales. Viva esta etapa como la más vulnerable de su ciclo vital. Muchos de estos cambios se manifiestan en alteraciones conductuales, afectivas y de pensamiento, como podría ser el aumento de la curiosidad por temas relacionados con el sexo, por lo que resulta un gran reto integrar todos esos cambios en su forma de vida manteniendo la estabilidad emocional (Seguranyes, 2012).

4.1.2. La adolescencia en la sociedad actual

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

desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia (O.M.S., 2016).

La adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica (OMS, 2012).

La realidad es que todos los adolescentes han vivido o van a vivir estos cambios que empiezan en las glándulas del sistema endocrino Hipotálamo-hipofisis-gonadas, que estimulan el crecimiento y la maduración sexual.

Se inicia con la pubertad y finaliza en la edad adulta. Se ha definido como un periodo de transición en el cual suceden cambios en diferentes aspectos de la vida del individuo, como por ejemplo:

- La maduración sexual y reproductiva.
- La evolución de los procesos psicológicos de los individuos y los cambios en las formas de identificación.
- La transición de un estado de dependencia socioeconómica total a otra de relativa independencia.

4.1.3. Etapas de la Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud, sitúa a la adolescencia entre los 10 y los 19 años y define tres periodos o etapas de la adolescencia con características diferentes:

- 10-14 años: pre adolescencia o pubertad.
- 15-19 años: adolescencia.
- 20-24 años: postadolescencia o juventud.

4.2. CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIH/SIDA

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

Así mismo, estudios evidencian que los adolescentes conforman 20 % del total de la población mundial, de los cuales 85 % viven en países en desarrollo en donde se le ha dado poca importancia a los problemas propios de su generación y donde se evidencia que el número de adolescentes VIH/sida ha ido en aumento.

En los últimos años, la aparición y extensión de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y el alcance de la epidemia de las infecciones de transmisión sexual a nivel mundial y de sus consecuencias ha obligado a modificar criterios y enfoques tanto clínicos como epidemiológicos y a establecer nuevas estrategias en la salud sexual y reproductiva. La estrategia más importante para el control de la ITS es la prevención y para ello se requiere de programas que proporcionen la información y asesoramiento y que incluyen la evaluación de los factores de riesgo y promoción de las opciones anticonceptivas adecuados de acuerdo con el comportamiento individual y de la pareja

Desde mediados de la década de 1970, la detección del virus en muestras de sangre almacenadas en Estados Unidos, junto con las descripciones de enfermedades similares al sida en África durante la misma época, sugiere esta década, o las décadas previas, como el periodo durante el cual el VIH empezó a aparecer en los seres humanos.

4.2.1. El Virus de Inmunodeficiencia Humana

El VIH es un miembro de la familia de los retrovirus, que son pequeños virus con envoltura que contiene los viriones o partículas víricas con dos copias de un genoma de ARN monocatenario. Los retrovirus se llaman así porque su genoma codifica la enzima retrotranscriptasa o transcriptasa inversa, capaz de transcribir el ADN y por tanto permite que el virus se integre en el genoma de la célula huésped. El ácido nucleico vírico y las enzimas de replicación están contenidos dentro de un core rodeado por las proteínas de la cápside. Esta a su vez está rodeada de una membrana lipídica, que está anclada internamente a las proteínas de la matriz vírica y cruzada por las glucoproteínas de la envoltura integral que protruye en el medio externo. Las respuestas de anticuerpos a las proteínas de la cápside, la matriz y la envoltura son detectables en el suero de los pacientes infectados (Pyne & Woodward, 2011).

4.2.2. La historia natural de la infección

Consiste en una primo infección, asintomática o desapercibida en más de la mitad de los casos, seguida de un periodo latencia clínica de varios años en el que el virus sigue replicándose de forma activa en diversos compartimentos y en sangre periférica. En el siguiente periodo, la mayoría de los pacientes desarrolla infecciones oportunistas o neoplasias como consecuencia de una profunda inmunodepresión. A esta fase o periodo final se le denomina síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). La introducción de

tratamientos antirretrovirales muy potentes a partir de 1996 ha conseguido restaurar parcialmente la inmunidad celular, retrasar considerablemente o evitar la progresión clínica y reducir de forma espectacular la mortalidad. Incluso en el mundo occidental, más del 30% - 50% de los pacientes se diagnostican en fases relativamente avanzadas de la enfermedad, lo que individualmente empeora el pronóstico y colectivamente facilita la transmisión del virus (Farreras & Rozman, 2012).

El virus de Inmunodeficiencia Humano afecta a las células CD4 también denominadas células T o linfocitos T cooperadores, las cuales son encargadas de fabricar anticuerpos específicos para combatir los agentes patógenos que diariamente acceden al organismo. Paulatinamente las células CD4 invadidas van deteriorándose o muriendo de forma que el sistema inmunitario se debilita y el individuo queda indefenso frente a los agentes patógenos (Rodríguez & Mesa, 2011).

4.2.3. Formas de transmisión del VIH/sida

Los datos epidemiológicos disponibles en el mundo siguen indicando que existen solo 3 formas fundamentales de transmisión: sexual, a través de la sangre (especialmente por el consumo de drogas por vía intravenosa y las transfusiones) y la transmisión perinatal de la madre al niño. Las tres principales formas de transmisión son:

4.2.3.1. Sexual (acto sexual sin protección), el contacto sexual es la forma predominante de transmisión del VIH en todo el mundo, pero la distribución geográfica de los casos atribuibles a la transmisión heterosexual y homosexual varía de forma considerable. Mientras que la transmisión heterosexual representa la forma principal de extensión en África y en la mayoría de los países de Sudamérica y el Caribe, esta forma de transmisión explica una proporción pequeña (aunque creciente) de los casos de sida que se

observan en Norteamérica y Europa, donde la transmisión sexual entre varones sigue representando la mayor proporción de casos de sida.

La probabilidad de contraer o transmitir la infección por el VIH a ciertos factores asociados con la exposición, como el número de parejas sexuales y la prevalencia de la infección en cada población. La transmisión sexual del VIH es relativamente ineficaz, pero existen factores biológicos y conductuales que aumentan el riesgo en cada contacto sexual. Por ejemplo se ha encontrado de forma constante que el sexo anal es más peligroso que el vaginal, que, a su vez, es más peligroso que el oral, y que la coexistencia de una ETS (sobre todo las que cursan con úlceras genitales) aumenta de forma considerable tanto la infectividad como la susceptibilidad. Los estudios longitudinales de cohortes bien diseñados y ejecutados realizados en África han contribuido a conocer el riesgo de transmisión de la infección por el VIH a través del coito (Mandell & Douglas & Bennett, 2012).

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

de heroína sola, quizá por la mayor frecuencia de inyección que se observa entre los consumidores de cocaína por vía intravenosa.

Muchos adictos a drogas por vía parenteral han cambiado sus hábitos respecto a la forma de consumo para reducir el riesgo de contraer la infección. El tratamiento de las drogodependencias, los programas de asistencia social para personas que viven en la calle, los programas de distribución de agujas y jeringuillas, el aumento de la información sobre el SIDA y los programas de orientación y análisis del VIH han demostrado ser eficaces para disminuir, aunque no para eliminar, el riesgo de transmisión del VIH en estas poblaciones (Mandell & Douglas & Bennett, 2012).

Los receptores de sangre o hemoderivados procedentes de donantes infectados por el VIH que no han sido sometidos a pruebas de detección del virus tienen un riesgo muy elevado de contraer la infección. El VIH se ha transmitido a través de la sangre completa, componentes celulares sanguíneos, plasma y factores de coagulación. La probabilidad de resultar infectado a través de una transfusión con una muestra procedente de un único donante en el que se ha mentado la seropositividad para el VIH se aproxima al 100%.

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

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

- El VIH no se contagia:
- Al tocar, abrazar o saludar de mano a una persona infectada.
- No se propaga al toser, estornudar, compartir vasos ni platos, tocar sanitarios ni manijas de puertas.
- Ni las mascotas ni los piquetes de insectos como los mosquitos propagan el virus.
- El donar sangre no contagia tampoco el VIH. Esto se debe a que cada donador utiliza una aguja nueva, por ello, nunca tendrás contacto con la sangre de otra persona.

La mayoría de las personas que se han infectado por el VIH no lo saben ya que los síntomas no se manifiestan inmediatamente después de contraer el virus. Sin embargo, algunas desarrollan el "síndrome retroviral agudo" durante la seroconversión, una

enfermedad parecida a la mononucleosis infecciosa, que causa fiebre, erupciones, dolor articular e inflamación de los nódulos linfáticos.

Una persona infectada por el VIH, independientemente de que tenga o no síntomas iniciales, es altamente contagiosa durante este periodo inicial. La única forma de determinar si el VIH está presente en el cuerpo es mediante pruebas para detectar anticuerpos del VIH o el propio VIH.

Una vez que el VIH ha provocado un deterioro progresivo del sistema inmunitario, la vulnerabilidad ante diferentes infecciones puede hacer visibles los síntomas.

4.3. ETAPAS DEL VIH

El VIH se divide en diferentes etapas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en función de diversos indicios, síntomas, infecciones y cánceres.

- Etapas clínicas provisionales del VIH y el sida
- Infección primaria por el VIH: puede ser asintomática o manifestarse mediante el síndrome retroviral agudo.

4.3.1. Etapa clínica I: asintomática o inflamación general de los nódulos linfáticos.

4.3.2. Etapa clínica II: pequeñas pérdidas de peso, manifestaciones mucocutáneas leves e infecciones recurrentes de las vías respiratorias altas.

4.3.3. Etapa clínica III: diarrea crónica sin causa aparente, fiebre persistente, candidiasis, infecciones bacterianas graves, tuberculosis pulmonar e inflamación necrotizante aguda en la boca. Algunas personas tienen sida en esta etapa.

4.3.4. Etapa clínica IV: incluye 22 infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH. Todas las personas que se encuentran en esta etapa tienen sida.

4.3.5. El Sida

El Sida es un conjunto de síntomas y síndromes que pueden adquirir las personas con VIH debido al debilitamiento del sistema inmunológico. Una persona en etapa sida puede adquirir varias enfermedades llamadas oportunistas como por ejemplo tuberculosis, neumonía, toxoplasmosis, herpes entre otras.

Una persona en etapa sida con un tratamiento adecuado puede pasar a ser una persona asintomática que vive con VIH.

La mayoría de estas afecciones son infecciones oportunistas que se podrían tratar fácilmente en personas sin inmunodeficiencia.

4.4. SÍNTOMAS DEL VIH/SIDA

Los síntomas que presenta una persona infectada por el Virus de Inmunodeficiencia humana son los siguientes:

- Fiebre
- Sudoración o diaforesis
- Ganglios inflamados o linfadenopatías
- Dolor de garganta
- Erupción cutánea
- Dolor articular (artralgias)
- Mialgias (dolor muscular)

- Diarrea.
- Cefalea
- Pérdida de peso
- Cuadros respiratorios infecciosos a repetición
- Placas muguet (placas blanquecinas en la boca)
- Pérdida del apetito.

4.5. FASES DEL VIH

El VIH prolifera de forma continua desde el momento en que infecta a un paciente.

Cabe distinguir:

- a) Una fase precoz o aguda, también llamada primoinfección, de varias semanas de duración.
- b) Una fase intermedia o crónica, con replicación vírica y activa y latencia clínica, de varios años de duración.
- c) Una fase final o de crisis que clínicamente corresponderá a lo que se le denomina sida.

4.5.1. La fase precoz, infección aguda o primoinfección: la infección por el VIH se puede adquirir la por transmisión materno fetal y perinatal incluyendo la transmisión por leche materna, las transfusiones de sangre o derivados hemáticos contaminados, los trasplantes de órganos y tejidos de pacientes infectados, o a través de relaciones sexuales y el contacto directo con sangre (compartir jeringuillas). Globalmente la transmisión heterosexual es la más frecuente y la proporción varones/mujeres tiende a equilibrarse. El paciente infectado persistirá asintomático o presentará un cuadro clínico caracterizado por un síndrome mononucleósico (en aproximadamente el 30-60% de los casos aunque es fácil

que pase desapercibido o se confunda con otro trastorno), acompañado generalmente por una erupción cutánea. A partir de las primeras horas del día de la infección, el VIH invade el tejido linfático donde alcanza concentraciones muy elevadas.

4.5.2. Fase intermedia o crónica. En esta fase, que generalmente dura varios años, persiste la actividad proliferativa vírica. En casi todos los pacientes es posible detectar y cuantificar la carga viral. En plasma se alcanza un nivel de equilibrio que depende de la tasa de producción vírica (en el tejido linfático fundamentalmente) y de la de destrucción por parte del sistema inmunitario (de la que el VIH puede escapar con relativa facilidad y rapidez al seleccionar mutantes probablemente preexistentes y pagar un precio relativamente bajo en términos de reducción de su capacidad replicativa, salvo en casos determinados genotipos HLA del hospedador). Este nivel de equilibrio tiene valor pronóstico, es estable durante periodos discretos de tiempo y es muy variable de un individuo a otro. Los pacientes suelen estar asintomáticos, con o sin adenopatías, y pueden presentar trombocitopenia (sobre todo en los drogadictos) o trastornos neurológicos centrales o periféricos. La probabilidad actuarial de que la infección dejada a su evolución natural progrese hacia estadios más avanzados se aproxima al 50-80% a los 10 años de producida la infección y no parece haber diferencias importantes entre los distintos subgrupos de pacientes afectados. Existen, no obstante, grandes variaciones individuales. La carga viral y en mayor medida la cifra de linfocitos CD4 son los mejores marcadores pronósticos de progresión clínica y mortalidad sino se efectúan intervenciones terapéuticas. El propio VIH o con mayor probabilidad la hiperactivación crónica del sistema inmunitario y la inflamación crónica es probablemente responsable de que se aceleren procesos fisiopatológicos asociados al envejecimiento, como el deterioro cognitivo, la arterioesclerosis o un incremento de determinados tipos de neoplasias.

4.5.3. La fase final o de crisis. El incremento de la actividad replicativa del virus coincide clínicamente con la aparición de una intensa alteración del estado general de infecciones oportunistas, de ciertos tipos de neoplasias o de trastornos neurológicos. A partir de entonces se considera que el paciente padece sida. El pronóstico a partir de este momento solía ser malo. La probabilidad de sobrevivir a los 2 años del diagnóstico del SIDA era en general inferior al 30-50%, y a los 3 años menor del 10-20%. Con los tratamientos antirretrovirales actuales (en general, combinaciones de tres o más medicamentos) se ha conseguido restaurar parcialmente la inmunidad celular, retrasar o detener la progresión y reducir la incidencia de infecciones oportunistas y mortalidad en más del 90%. Sin embargo, la esperanza de vida de los pacientes infectados por el VIH todavía es algo inferior a la de la población general de su misma edad y sexo. Las causas de muerte, por el contrario, han cambiado y tienden a ser las mismas que las de la población general y las asociadas a coinfecciones como el virus C de la hepatitis y sus complicaciones.

4.5.4. Diagnóstico de infección por VIH

La comprobación de un diagnóstico de infección por VIH se basa en la demostración del virus o sus proteínas, o en la detección de los anticuerpos que el infectado produce contra los distintos antígenos virales. Esto se logra de diversas formas y por métodos muy variados, cada uno con sus ventajas, limitaciones e indicaciones específicas. Pocos días después de ocurrida la infección puede detectarse en sangre la carga de virus circulante o el título de antígeno p24, los cuales caen a niveles séricos bajos, alrededor de la octava semana, simultáneamente con el incremento en el título de anticuerpos totales y específicos contra el VIH. Durante las primeras ocho horas a doce semanas siguientes a la infección no puede probarse la presencia de anticuerpos, por ello

se llama a este intervalo, periodo de ventana inmunológica. Anticuerpos negativos después de tres meses son raros y las seroconversiones tardías, reportadas inicialmente, no fueron confirmadas.

El reconocimiento temprano de los infectados es uno de los primeros objetivos de la estrategia de prevención secundaria porque con ello se logra informar y educar al infectado sobre medidas de protección y ejercicio responsable de su sexualidad para cortar la cadena de transmisión e iniciar un tratamiento antirretroviral oportuno que prevenga el deterioro inmunológico y retarde las complicaciones. El médico que ofrece atención primaria tiene un papel esencial en los esfuerzos de salud pública en el abordaje de la epidemia, al brindar asesoría a las personas con riesgo de infección.

4.5.5. La prueba del VIH

Para solicitar una prueba de VIH es necesario conocer las conductas que ponen a una persona en riesgo de infectarse o las condiciones clínicas asociadas a ésta. Poblaciones específicas son:

- Personas con conductas de riesgo, es decir quienes tienen relaciones sexuales sin protección, independiente de que se cataloguen como de riesgo.
- Hombres que tengan sexo con hombres, trabajadores de sexo, parejas de infectados o de personas con condiciones de riesgo de VIH, usuarios de sustancias psicoactivas, intravenosas, inhaladas o ingeridas; las primeras (heroína, morfina, etc.) por el riesgo directo y las demás (licor, bazuco, éxtasis, etc.) porque favorecen la adopción de conductas de riesgo para adquirir la infección por vía sexual.

- Personas con condiciones clínicas asociadas a, según clasificación del VIH (Cuadro 1).
- Receptores de órganos y hemoderivados según las condiciones de seguridad del lugar donde fue transfundido. En las grandes urbes existen condiciones técnicas que permiten cumplir la legislación sanitaria para la transfusión de sangre segura, pero en zonas geográficas con graves conflictos socio- políticos y situaciones de guerra es difícil garantizar la transfusión de productos idóneos
- Personas con otras enfermedades de transmisión sexual.
- Mujeres gestantes o en edad reproductiva.
- Niños nacidos de madres infectadas o con riesgo de estado.
- Personas con riesgo ocupacional específico.

La prueba debe ser voluntaria y con previo consentimiento informado, según la legislación local; se debe garantizar la confidencialidad, la atención integral y la no discriminación si el resultado es positivo. La prueba obligatoria solo se hace a los donantes de órganos, leche materna y hemoderivados. La prueba de VIH para propósitos diferentes a conductas necesarias para la atención inmediata debe ser diferida hasta que el o la paciente esté en condiciones de dar el consentimiento.

4.5.6. Cuadro 1: Clasificación de la infección del VIH según Centros de Enfermedades Contagiosas (Correa, A & Velásquez, G. 2015).

CATEGORIAS INMUNOLOGICAS N° CD4	CATEGORIAS CLINICAS			
CD4	A	B	C	
>500 cel/mm ³	A1	B	C1	
200-500 mm ³	A2	B2	C2	
<200 u/L	A3	B3	C3	
CATEGORIA A	CATEGORIA B	CATEGORIA C		
Infección asintomática	Síntomas constitucionales como fiebre y diarrea de más de un mes de duración	Candidiasis pulmonar o esofágica		
Linfadenopatía generalizada progresiva	Candidiasis oral o vaginal recurrente	Cáncer cervical		
Síndrome retroviral agudo	Trombocitopenia idiopática	Coccidioidomicosis		
	Enfermedad pélvica inflamatoria	Cryptococosis extrapulmonar		
	Leucoplasia vellosa oral	Cryptosporidiosis		
	Herpes Zoster	Citomegalovirus		
	Listeriosis	Encefalopatía VIH		
	Neuropatía periférica	Herpes simplex mucocutáneo > de un mes de duración		
	Angiomatosis Bacilar	Herpes pulmonar o bronquial		
		Histoplasmosis diseminada		
		Isosporiosis > de un mes		
		Sarcoma de Kaposi		
		Linfoma : Burkitt o primario de cerebro		
		Neumonía recurrente > de 2 episodios en un año		
		Salmonelosis (Bacteremia recurrente)		
		Leucoencefalopatía multifocal progresiva		
Mycobacterium avium o kansasii extrapulmonar tuberculosis				
Neumonía por Pneumocistis carinni				
Toxoplasmosis cerebral				
Enfermedad devastadora por VIH				

CD4_ linfocitos

Categoría 1. Linfocitos CD4 mayor o igual a 500/mm³ en número absoluto o bien CD4 mayor o igual al 29%.

Categoría 2. Linfocitos CD4 entre 200 y 499/mm³ o bien entre 14-28%.

Categoría 3. Linfocitos CD4 menor de 200/mm³ o bien CD4 menor del 14%.

Categoría A: Infección aguda asintomática

Categoría B: Infección sintomática

Categoría C: Procesos incluidos en la definición de SIDA

4.6. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO PARA EL VIH

Los métodos para diagnosticar la infección por el VIH son de dos tipos, los que detectan anticuerpos contra el VIH, divididos en pruebas presuntivas y confirmatorias y aquellos que detectan el virus completo o sus proteínas como el cultivo, la cuantificación del antígeno p24 y la carga viral circulante. Estas últimas solo se emplean para diagnóstico en el recién nacido y en el síndrome retroviral agudo. La detección de anticuerpos es la prueba estandarizada para el diagnóstico de infección y requiere una prueba presuntiva, generalmente ELISA, la cual detecta anticuerpos totales contra el VIH y una prueba confirmatoria o Western-Blot; esta detecta anticuerpos específicos contra cada una de las proteínas virales. Existen criterios internacionales para la interpretación del Western-Blot, según las bandas reactivas así:

- Positivo cuando hay reactividad a dos de las tres bandas mayores: gp41+ gp160 o gp41+gp120 o p24+ gp160 o p24+ gp120.
- Negativo cuando no hay ninguna banda reactiva.
- Indeterminado cuando presenta cualquier banda pero no llena el criterio para definirlo positivo o negativo.

Todavía no se dispone de una curación para la infección por VIH, pero el advenimiento de fármacos que retrasan el desarrollo de la infección y el tratamiento apropiado de las complicaciones de la enfermedad han transformado la esperanza y la calidad de vida. El momento de iniciar el tratamiento es una decisión crítica que se basa en las valoraciones clínicas y de laboratorio. Unos conocimientos cada vez mayores sobre los componentes del VIH y su biología han permitido el desarrollo de tratamientos destinados a los diferentes estadios del ciclo vital del virus. El primer fármaco antirretroviral fue la

azidotimidina (AZT), un inhibidor de la retrotranscriptasa, introducido en 1995. En años posteriores se siguió con fármacos similares y otros con un mecanismo de acción en los diferentes estadios de la replicación del virus.

En la práctica actual es característico administrar los fármacos en combinación, lo que ha dado lugar al término de tratamiento antirretroviral de gran actividad, o TARGA. Estos fármacos suelen dirigirse a la retrotranscriptasa y proteasa del VIH. Los diferentes fármacos se clasifican como nucleósidos y no nucleósidos inhibidores de la retrotranscriptasa; inhibidores de la proteasa e inhibidores potenciados de la proteasa. Las pautas típicas son combinaciones de tres fármacos que incluyen un inhibidor nucleósido y uno no nucleósido de la retrotranscriptasa y un inhibidores de la proteasa/ inhibidor potenciado de la proteasa. Las pruebas recientes han sugerido que las combinaciones que incluyen un inhibidor no nucleósido retrotranscriptasa y un inhibidor potenciado de la proteasa consiguen una mayor disminución de la carga vírica y de las complicaciones infecciosas, al igual que una mayor supervivencia. En general el TARGA se acompaña de una mejoría pronunciada de los parámetros de laboratorio. Más del 80% de los pacientes presenta una disminución de la carga vírica incluso <50 copias/ml, así como mejoras espectaculares del recuento de CD4 y otros parámetros. La expansión inicial se observa para los linfocitos T CD4 de memoria y más tarde hay una repoblación en la sangre con linfocitos T CD4 nave, de alojamiento en los ganglios linfáticos.

4.6.1. Formas de prevención: Prevención mediante el contacto sexual

- Usar el preservativo en TODAS las relaciones sexuales, ya sean de tipo vaginal o anal.
- Retrasando el inicio de las relaciones sexuales el mayor tiempo posible.

- Abstinencia sexual con personas desconocidas.
- Teniendo relaciones sexuales solo con una persona (exclusividad sexual)
- Evitando el contacto de fluidos corporales infectantes (líquido preeyaculatorio, semen y fluidos vaginales).
- Practicar el sexo protegido, usando el condón masculino o femenino de forma correcta para evitar el contacto directo con los fluidos corporales infectantes.

4.6.2. Prevención a través de la sangre

- Al recibir tratamientos médicos inyectables, asegurarse que las jeringas estén completamente estériles.
- Tener cuidado con tocar sangre que puede estar contaminada.
- En las transfusiones solo usar sangre segura, libre del VIH y que haya sido analizada previamente.
- Recibir o donar solo órganos (riñón, córnea, corazón, médula ósea, hígado etc.) que hayan sido previamente analizados y que se encuentren libres del VIH.
- Utilizar siempre jeringas y agujas desechables esterilizadas y no compartirlas por ningún motivo.
- Si se realiza tatuajes y perforaciones asegúrese que sea en sitios autorizados y que el material utilizado sea desechable o estéril.

4.6.3. Prevención Perinatal

- Se aconseja la cesárea para evitar el paso por el canal del parto y el contacto con los fluidos vaginales y la gran cantidad de sangre de la madre infectada.
- No dar lactancia materna al niño.

- Tratarse con un tratamiento específico para disminuir el riesgo de transmisión madre-hijo.
- Las mujeres infectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana deben tomar conciencia del riesgo para ellas, para el bebé y que a través del embarazo pueden infectar al ser en gestación a través de la placenta, parto y leche materna.
- Toda mujer embarazada que se considera sana, debe realizarse la prueba del VIH bajo consentimiento informado, y en caso de ser positiva pueda recibir el tratamiento adecuado.
- El embarazo no es una enfermedad, pero exige vigilancia médica para evitar complicaciones.
- Una mujer embarazada tiene 30% más de probabilidad de contagiar a su hijo, cuando no se toma en cuenta su estado de VIH positivo.
- Si toma medicamento y sigue adecuadamente el tratamiento, este riesgo se reduce en un 98%.

4.6.4. Consecuencias del VIH/Sida

Este virus destruye lentamente el sistema inmunológico del organismo y deja a sus víctimas cada vez más indefensas ante otras infecciones y ante algunas clases de cáncer. Una persona que padece SIDA está expuesta a contraer fácilmente ciertas infecciones graves y tumores cancerosos. Las personas que desarrollan SIDA enferman y mueren de padecimientos que el organismo queda incapacitado para combatir, esto es, las personas no muere de SIDA propiamente, sino de las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que este síndrome trae consigo. Entre las consecuencias del VIH/sida se encuentran las siguientes:

- Padecer infecciones frecuentes.
- Tener problemas con la familia.
- Tener una vida limitada.
- Tener hijos con VIH/sida.
- La muerte.

4.7. TRATAMIENTO PARA EL VIH

Todavía no existe una forma de eliminar el VIH, una vez que ha ingresado al torrente sanguíneo de una persona; sin embargo cada día se descubren mejores y potentes medicamentos antiretrovirales que neutralizan el accionar del virus impidiendo que este destruya el sistema inmunológico (defensas) de las personas infectadas.

Después de confirmado el diagnóstico, se debe realizar una prueba de conteo de CD4 y carga viral que nos permite conocer el pronóstico inmunológico, para decidir iniciar o no el tratamiento.

Para iniciar el tratamiento debemos tomar en cuenta lo siguiente:

- Estado clínico.
- Recuento de linfocitos T-CD4
- Carga viral.
- Infecciones oportunistas (tuberculosis, afecciones del sistema nervioso central, embarazo, neumonía, hepatitis B y C, cáncer entre otras).
- Consejería de adherencia al tratamiento.

El tratamiento es gratuito y se da con medicamentos antiretrovirales combinadas y cuya finalidad es disminuir la réplica del virus y de esta manera recuperar las defensas de nuestro organismo y tener una mejor calidad de vida.

También se entrega alimento complementario a los hijos de madres VIH positivas, ya que por su condición No pueden recibir lactancia materna (Hospital Isidro Ayora Loja).

5. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio.

El tipo de estudio fue de tipo descriptivo ya que permitió determinar los conocimientos sobre el virus inmunodeficiencia humana/sida que tienen los adolescentes y transversal ya que se lo realizó en un tiempo determinado.

Área de estudio

La investigación se desarrolló en Colegio de Bachillerato Trece de Noviembre” de la parroquia Sabanilla- Celica – Loja.

Universo y Muestra.

El universo y muestra estuvo conformado por 232 estudiantes del Colegio de Bachillerato “Trece de Noviembre”; 94 son del sexo femenino y 135 son del sexo masculino y sus edades oscilan entre los 12 y 21 años. De los cuales 229 participaron, 3 adolescentes no participaron debido a que no asistieron a clases durante la aplicación de las encuestas.

Método e instrumento de recolección de datos.

El método que se utilizó para la recolección de datos fue, la encuesta que consta de dos partes, la primera parte con datos generales y la segunda parte con ítems correspondientes a las variables en estudio (Anexo 1).

Análisis y presentación de datos.

El análisis de los datos cuantitativos se tabuló en una hoja de recolección de datos y se interpretó en el contexto del marco teórico y fueron presentados en gráficos utilizando el programa de Excel.

Uso que se dará a los resultados.

Los resultados fueron entregados al personal de la institución educativa, los mismos que sirvan como mecanismo para implementar medidas preventivas con el fin de mejorar el nivel de conocimientos acerca del VIH/sida a través de trípticos, que fueron distribuidos en los adolescentes del Colegio de Bachillerato “Trece de Noviembre” (Anexo 2).

Consideraciones éticas.

El consentimiento informado garantizó que el adolescente ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento. Por lo tanto se procedió a actuar con total responsabilidad, consideración y respeto hacia los estudiantes teniendo en cuenta la confidencialidad de la información recogida (Anexo 3).

Riesgo y beneficio.

En relación al riesgo beneficio el presente estudio no constituyó riesgo alguno para los participantes ni para el investigador; los costos que generó el desarrollo del proyecto fueron asumidos por la investigadora.

6. RESULTADOS

TABLA N° 1: Distribución de los adolescentes del colegio de Bachillerato “Trece de Noviembre”.

SEXO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
ETAPAS DE ADOLESCENCIA						
Adolescencia inicial o temprana de 10 a 14 años	66	28.82%	45	19.65%	111	48.47
Adolescencia media de 15 a 19 años	68	29.69%	48	20.96%	116	50.66
Adolescencia tardía de 20 a 24 años	1	0.43%	1	0.43%	2	0.87
TOTAL	135	58.9%	94	41.1%	229	100

Fuente: Encuesta 2016

Elaborado por: Ana María Vera Ordóñez

Análisis: De los adolescentes del Colegio de Bachillerato “Trece de Noviembre” más del 50% son del sexo masculino en relación a la edad están entre los 15 a 19 años de edad.

TABLA N°2: Conocimientos sobre prevención de la infección por el VIH/SIDA en los adolescentes del Colegio de Bachillerato “Trece de Noviembre”.

INDICADORES	CONOCE		NO CONOCE		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Usar condón cuando tenga sexo con desconocidos.	59	25.7%	170	74.2%	229	100%
Tener una sola pareja sexual.	102	44.6%	127	55.4%	229	100%
Usar condón en todas las relaciones sexuales.	138	60.4%	91	39.7%	229	100%

Fuente: Encuesta 2016

Elaborado por: Ana María Vera Ordóñez

Análisis: De la población encuestada se evidencia que existe un desconocimiento del 74,2%, particularmente en el uso del condón como prevención del VIH/sida.

TABLA N°3: Conocimientos sobre la transmisión del VIH/sida en los adolescentes del Colegio de Bachillerato “Trece de Noviembre”.

INDICADORES	CONOCE		NO CONOCE		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Por contacto sexual sin protección.	177	77,2%	52	22,7%	229	100%
Al compartir agujas contaminadas para inyectarse droga y tatuarse.	123	53,7%	106	46,2%	229	100%
Por transfusiones de sangre contaminada.	121	52,8%	108	47,1%	229	100%
De la madre con VIH embarazada al feto.	69	30,1%	160	69,8%	229	100%
A través de la lactancia materna de una madre con VIH.	41	17,9%	188	82,1%	229	100%

Fuente: Encuesta 2016

Elaborado por: Ana María Vera Ordóñez

Análisis: En la presente tabla se observa el indicador sobre las vías de transmisión del VIH/sida más desconocido de manera relevante por los adolescentes es a través de la lactancia materna de una madre con VIH con un de 82.1%.

TABLA N°4: Conocimientos sobre los síntomas del VIH/sida en los adolescentes del Colegio de Bachillerato “Trece de Noviembre”.

INDICADORES	CONOCE		NO CONOCE		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Dolor de cabeza	126	55,0%	103	44,9%	229	100%
Fiebre	119	51,9%	110	48%	229	100%
Pérdida de peso.	104	45,4%	125	54,5%	229	100%
Erupción cutánea	83	36,2%	146	63,7%	229	100%
Diarrea.	80	34,9%	149	65,1%	229	100%
Dolor de garganta	74	32,3%	155	67,6%	229	100%
Ganglios inflamados	56	24,4%	173	75,5%	229	100%

Fuente: Encuesta 2016

Elaborado por: Ana María Vera Ordóñez

Análisis: De las encuestas ejecutadas se evidencia que la mayoría de adolescentes desconocen sobre los síntomas del VIH/sida siendo el más relevante el síntoma de ganglios inflamados con un 75,5%.

TABLA N°5: Conocimientos sobre las consecuencias del VIH/sida en los adolescentes del Colegio de Bachillerato “Trece de Noviembre”.

INDICADORES	CONOCE		NO CONOCE		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Tener hijos con VIH/sida	106	46,3%	123	53,7%	229	100%
No poder tener pareja.	91	39,7%	138	60,2%	229	100%
Tener problemas con la familia	73	31,8%	156	68,1%	229	100%
Padecer infecciones frecuentes	65	28,3%	164	71,6%	229	100%
Tener una vida limitada.	61	26,6%	168	73,3%	229	100%
Desarrollar algún tipo de cáncer.	53	23,1%	176	76,8%	229	100%
La muerte	140	61,1%	89	38,8%	229	100%

Fuente: Encuesta 2016

Elaborado por: Ana María Vera Ordóñez

Análisis: Más del 50% de los adolescentes desconocen sobre las consecuencias del VIH/sida, siendo el más frecuente con un 76,8% el indicador de desarrollar algún tipo de cáncer.

7. DISCUSIÓN

Mundialmente, cinco millones de jóvenes de entre 15 y 24 años viven con VIH. Representan el 41% de todas las transmisiones nuevas. Aproximadamente a 2,500 jóvenes se les transmite el virus cada día, según defensores de la juventud, una organización que trabaja en Estados Unidos y en países en desarrollo.

En Estados Unidos, el 36% de todos los casos nuevos de VIH son entre jóvenes de entre 13 y 24 años, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del país.

De acuerdo con ONUSIDA (2015), hay 1,7 millones de personas infectadas en Latinoamérica con la epidemia, de los cuales 1.1 millones son hombres. Además, cerca de 200,000 personas que están entre los 15 y los 24 años de edad, incluyendo a 40,000 niñas adolescentes y mujeres jóvenes.

En la presente investigación la mayoría de la población estuvo conformada por adolescentes representando el 58.9% a las hombres y el 41,1% a las mujeres, en el estudio de Díaz & Cantillo (2011), en los adolescentes de la Universidad en Cartagena- Colombia, el 50,7% fueron hombres y el 49,3% mujeres, proporción que se asemeja con la identificada en la presente investigación existiendo un predominio de población del sexo masculino.

En cuanto a los conocimientos sobre prevención del VIH/sida en los adolescentes existe un desconocimiento del 74,2%, particularmente en el uso del condón como prevención del VIH/sida. La falta de conocimiento sobre las medidas básicas para evitar el VIH, puede ser un obstáculo para la puesta en práctica de comportamientos sin riesgo; en

un estudio realizado en estudiantes de la Universidad de Chile manifiestan que el 26,2% utiliza condón cuando tienen sexo con desconocidos, el 21,3% tienen una sola pareja sexual. En otro estudio realizado en Colombia en los adolescentes universitarios presentan altos índices de riesgo por no uso del preservativo en un 55% y un aumento en el número de parejas sexuales con el 44,7%, aspectos que incrementan la vulnerabilidad frente a la infección.

En cuanto a los conocimientos en la transmisión del VIH/sida se observa que el indicador más desconocido de manera relevante es a través de la lactancia materna de una madre con VIH con un 82.1%; en una investigación realizada a estudiantes de Primero a Tercer Año de Bachillerato del Colegio Nacional Adolfo Valarezo de la Ciudad de Loja (2010), mostraron tener conocimientos sobre las formas de transmisión del VIH-sida, con un 96% de los estudiantes encuestados manifestaron que el VIH-sida se transmite por contacto sexual sin protección, el 88% afirmaron que la transmisión también puede darse por utilizar jeringuillas o agujas contaminadas, el 87% considera que se puede transmitir por transfusiones de sangre contaminada. Esta diferencia puede deberse a la información deficiente, acciones de prevención inadecuada de la población estudiantil rural frente a la población urbana. Al ignorar o no tener la información adecuada desconocen en consecuencia como adquirir la enfermedad y más aún cómo prevenirla.

En la tabla que corresponde a los conocimientos sobre los síntomas del VIH/sida muestra que la mayoría de adolescentes desconocen sobre los síntomas siendo el más frecuente el síntoma de ganglios inflamados con un 75,5%. En un estudio realizado en Cali, Colombia (2010) presenta resultados similares con el 56.3% de desconocimiento en cuanto a los síntomas del VIH/sida y el 43,7% de los adolescentes tienen conocimientos sobre el tema.

En el presente estudio más del 50% de los adolescentes desconocen sobre las consecuencias del VIH/sida. Situación similar en un estudio realizado en la Universidad Ricardo Palma en Lima, en la cual informa que el 60.1% de los adolescentes desconocen sobre las consecuencias del VIH/sida mientras que el 39,9% de los jóvenes si poseen conocimientos.

El conocimiento sobre la infección por VIH/sida juega un papel importante en la promoción de la salud y prevención de esta enfermedad, debido a que un concepto o idea errónea sobre aspectos de la infección genera comportamientos de riesgo por parte de la población, principalmente de la población joven; el desconocimiento genera carencia de atención y la estigmatización de las personas infectadas, y de esta manera la discriminación asociada al VIH/sida estimula la propagación de la misma debido a que el miedo al rechazo social fomenta la ocultación de la infección y esta ocultación dificulta el diagnóstico y el tratamiento, haciendo además que, en muchas ocasiones, continúen las prácticas de riesgo

Investigaciones realizadas en países iberoamericanos y EE.UU muestran que a pesar de la enorme cantidad de campañas de difusión, hay un elevado porcentaje de desconocimiento acerca de la temática (VIH) por parte de los estudiantes universitarios, con un alto nivel de falta de autopercepción respecto a las conductas de riesgo y su consecuente aumento en la posibilidad de contagio.

8. CONCLUSIONES

- Menos de la mitad de los adolescentes del colegio de bachillerato “Trece de Noviembre” tienen un nivel adecuado de conocimientos en lo que se refiere a la prevención, transmisión, síntomas y consecuencias sobre el VIH/sida.
- El desconocimiento de las medidas de prevención del VIH/sida; es del 74.2% es decir no poseen conocimientos adecuados preventivos para evitar el VIH/sida. En cuanto a las vías de transmisión, la población estudiada desconoce de manera relevante al indicador de transmisión de la lactancia materna de una madre con VIH con un 82,1%.
- Los resultados de este estudio constituyó un insumo valioso para diseñar un plan de acción como propuesta educativa para la promoción y prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana a través de trípticos, los mismos que fueron distribuidos en los adolescentes del Colegio de Bachillerato “Trece de Noviembre” (Anexo 4).

9. RECOMENDACIONES

- A las autoridades de la institución que implementen estrategias educativas e informativas para evitar que los estudiantes se pongan en riesgo de contagio a infecciones de transmisión sexual, así será mucho más amplio los conocimientos en cuanto a las medidas preventivas de esta enfermedad logrando grandes cambios en el futuro como puede ser el disminuir el índice de personas infectadas con VIH especialmente en este grupo de edad.
- A las autoridades de la Carrera de Enfermería en coordinación con las distintas unidades educativas del sector rural desarrollen proyectos de vinculación con la colectividad en cuanto a Programas de Educación para la salud, cuyo objetivo principal sea la promoción de la Salud Sexual y la prevención de VIH/sida.

10. BIBLIOGRAFÍA

Cardona, J., Hernández, J., & Suárez, G. &. (2015). Conocimientos actitudes y prácticas sobre VIH/sida en estudiantes de educación media de Medellín (Vol. 11). Medellín -Colombia: Archivos de Medicina.

Centro Nacional para la prevención y el control del VIH y Sida (CENSIDA) (2012). ¿Qué es el Virus de Inmunodeficiencia Humana? Recuperado el 24 de Octubre del 2016 de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/diamundial.html>

Constitución de la República del Ecuador (2008). Capitulo sexto, derechos de libertad. Artículo 66. Recuperado el 25 de Octubre del 2016 de http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf

Correa, A & Velásquez, G. (2015). Enfermedades infecciosas. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida y virus de inmunodeficiencia humana. México. 642-669.

Díaz, C., Uribe, L., García, K., Marengo, L., & Vega, J. (2011). Conocimientos sobre VIH/sida en Adolescentes de una Universidad en Cartagena - Colombia. Revista hacia la Promoción de la Salud. Núm.2, Vol.19. 38-52. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v19n2/v19n2a04>.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA, 2015). Datos epidemiológicos sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Recuperado el 28 de Octubre del 2016 de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150901_FactSheet_2015_es.pdf

- Farreras, P & Rozman, C. (2012). Medicina Interna. *Infecciones causadas por los virus de la inmunodeficiencia humana tipos 1 y 2*. Barcelona, España. Decimoséptima edición. 2298-2310.
- Gómez, E., & Cogollo, Z. (2011). Conocimiento sobre VIH-sida en estudiantes de secundaria de Cartagena, Colombia. *Revista Salud Pública*. Núm.5, Vol.13. 778-784. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n5/v13n5a06.pdf>
- Indacochea, J. (2014). Datos estadísticos del VIH/sida en Ecuador. Miembro del equipo de la Estrategia Nacional de Salud Pública para VIH/sida-ITS (Infecciones de Transmisión Sexual). Recuperado el 30 de Octubre del 2016 de <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/4/el-riesgo-de-contrair-vih-en-ecuador-es-del-1-infografia>
- Mandell, G., Bennett, J & Douglas, R. (2012). Enfermedades infecciosas. *Síndrome de inmunodeficiencia adquirida*. Barcelona, España. Séptima edición.
- Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) (2012). Recuperado de: instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
- Mariño, R., & Santoya, A., (2013). Intervención Educativa sobre el VIH/sida. *Revista Humanidades Médicas*. Núm.3, Vol.13. 622-638 Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202013000300004&script=sci_artt
- Mazo, Y., Domínguez, L., & Cardona, J. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas en adolescentes universitarios entre 15 y 20 años sobre VIH/sida en Medellín, Colombia. *Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de*

Santander. Núm.3, Vol.27. 35-45. Recuperado de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192014000300005

Ministerio de Salud Pública (MSP) (2013). Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Recuperado el 04 de Noviembre del 2016 de:
<http://www.andes.info.ec/es/sociedad/disminuir-casos-vih-sida-hasta-2015-es-objetivo-ecuador.html>

Moreno, M. (2015). Datos estadísticos del VIH/sida en Loja. analista de Vigilancia Epidemiológica del Distrito 11D01-Salud. Recuperado el 08 de Noviembre del 2016 de <http://cronica.com.ec/informacion-2/ciudad/item/9322-43-casos-de-vih-sida-asistidos-en-distrito-loja>

Mortalidad de VIH/sida En España. (2013). Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 4. Madrid-España.

Objetivos de Desarrollo del Milenio. (2015). Objetivo 6: Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades. Nueva York. Recuperado de:
http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (2012). Adolescencia. Recuperado el 10 de Junio del 2016 de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Mundial de la Salud. (2014). Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) Recuperado el 10 de Julio del 2016 de: <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/>

Plan Nacional del Buen Vivir. (2013). Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES). Mejorar la calidad de vida. Quito, Ecuador. Recuperado de

<http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>

Prioridades de investigación en salud 2013-2017. Ministerio de Salud Pública. Áreas, líneas y sublíneas de investigación definidas. Recuperado el 5 de junio del 2016 de [https://www.ucuenca.edu.ec/images/facu_medicina/Investigacion/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017%20\(1\).pdf](https://www.ucuenca.edu.ec/images/facu_medicina/Investigacion/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017%20(1).pdf)

Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/sida (ONUSIDA) (2012). Informe país sobre la respuesta nacional al VIH Ecuador. Recuperado el 3 de Agosto del 2016 de <http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents//file,74992,es..pdf>

Pyne, D & Woodward, M. (2011). Inmunología Básica y Clínica. *Virus de inmunodeficiencia humana y Sida*. Barcelona, España. Segunda edición. Consultoría editorial. 283-291.

Rodríguez, J & Mesa, P. (2011). Manual de psicopatología clínica. *Virus de la inmunodeficiencia humana*. Madrid, España. Ediciones pirámide.

Ruíz, M., Martínez, M & González, P. (2012). La adolescencia. *Enfermería Pediatría 1*. Barcelona, España: Ediciones DAE.

Sagaró, N., Gómez, M., Moraga, A., & García, Y. (2013). Conocimientos acerca del VIH/SIDA en Adolescentes de distintos niveles de enseñanza. *Revista Medisan*. Núm.8, Vol.18. 38-52. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_8_14/san11188.pdf

Salas, R., Castro, D., Lozano, M., Gómez, N., & Rojas, C. (2011). Conocimientos y actitudes de los estudiantes universitarios Costarricenses con respecto al VIH/sida. *Revista Ciencias Sociales*. Núm.131-132, Vol. I-II. 27-36. Recuperado de:<http://www.revistacienciasociales.ucr.ac.cr/wp-content/revistas/131-132/02>

Secretaria del Plan Nacional sobre el sida (2013). Mortalidad por VIH/sida en España. Situación Epidemiológica. Madrid, España. 1-8. Recuperado el 8 de Mayo del 2016 de <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/MortalidadXVIH2013.pdf>

Seguranyes, G. (2012). La pubertad. *Enfermería Pediatría 1*. Barcelona, España: Ediciones DAE.

Zambrano, C., Uribe, L., García, K., Marengo, L., & Vega, J. (2013). Conocimientos sobre VIH y comportamientos en Salud Sexual y Reproductiva en una comunidad indígena de Antioquía. *Revista de Investigaciones Andina*. Núm.26, Vol.15. 640-652. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v15n26/v15n26a03>.

11. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA



ANEXO 1

PROYECTO: CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA/SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO DE BACHILLERATO TRECE DE NOVIEMBRE DE LA PARROQUIA SABANILLA-CELICA –LOJA

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS: ENCUESTA

1. DATOS GENERALES

N°.....

Edad:

Sexo:

- Masculino ()
- Femenino ()

2. DATOS ESPECIFICOS

1. Marque con una "X" cuáles son los métodos que conoce para evitar la infección por el VIH/sida.

- a. __ Usar condón solamente cuando tenga sexo con desconocidos.
- b. __ Tener una sola pareja sexual.
- c. __ Usar condón en todas las relaciones sexuales.
- d. __ Aislando a las personas enfermas.
- e. __ Usar dos condones.
- f. __ Vacunándose.

2. Marque con una "X" las vías de transmisión del VIH/sida.

- a. __ A través del beso.
- b. __ Por contacto sexual sin protección.
- c. __ Al compartir prendas de vestir.
- d. __ De la madre con VIH embarazada al feto.
- e. __ Al usar baños públicos.
- f. __ Al compartir agujas contaminadas para inyectarse droga y tatuarse.
- g. __ Vivir en la misma casa de un enfermo de sida.
- h. __ Por transfusiones de sangre contaminada.
- i. __ A través de la lactancia materna de una madre con VIH.

3- Marque con una "X" los síntomas que usted conoce sobre el Virus de inmunodeficiencia humano.

- a. __ Fiebre

- b. Diarrea.
- c. Aumento de peso.
- d. Falta de aire.
- e. Pérdida de peso involuntaria.
- f. Dolor de cabeza
- g. Fatiga
- h. Ganglios linfáticos hinchados (nódulos linfáticos)
- i. Dolor de garganta
- j. Erupción cutánea

4- Marque con una "X" ¿Cuáles consecuencias de la infección por VIH/sida usted conoce?

- a) Padecer infecciones frecuentes.
- b) Sentirse marginado, excluido y solo.
- c) Tener problemas con la familia.
- d) Tener una vida limitada.
- e) No poder tener pareja.
- f) La muerte.
- g) Mantenerse internado en un lugar para enfermos de sida.
- h) Desarrollar algún tipo de cáncer.
- i) Tener hijos con VIH/sida.

¡¡Gracias por su colaboración!!

ANEXO 2

 **COLEGIO DE BACHILLERATO
"TRECE DE NOVIEMBRE"**
Sabanilla - Celica - Loja

 **per un Ecuador mejor.**

Educando en la Frontera

Of. Nº. 024 -CBTN-R.
Email: c.b.11n00787@gmail.com
Teléfonos: 3028592 - 3028271
Sabanilla, 23 de noviembre de 2016

Lic.
María del Cisne Agurto Mg.Sc
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA ASH - UNL
En su despacho.-

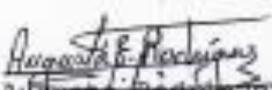
De mi consideración:

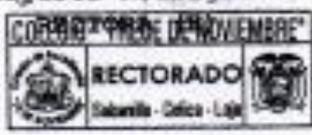
Mediante el presente me dirijo a usted para expresar un atento saludo, deseándole éxitos en el desempeño de sus delicadas funciones.

Al mismo tiempo me permito comunicar a usted que si existe la autorización para que la Srta. Ana María Vera Ordóñez, estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, aplique las encuestas referente a **CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA/SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO DE BACHILLERATO TRECE DE NOVIEMBRE DE LA PARROQUIA SABANILLA, CANTON CELICA**, el día miércoles 23 de noviembre del año en curso.

Por la atención que brinde al presente, reitero mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,


Lic. Augusta Rodríguez L.



COLEGIO DE BACHILLERATO
"TRECE DE NOVIEMBRE"
Sabanilla- Celica- Loja



por un Ecuador mejor.

Of N°. 056 – CBTN-R.
Email: c.b.11hoo787@gmail.com
Teléfonos: 3028592 - 3028271
Sabanilla, 22 de Marzo del 2017

Lic. Augusta Rodríguez L.

RECTORA (E) DEL COLEGIO DE BACHILLERATO "TRECE DE NOVIEMBRE"

CERTIFICA

Que, **Ana María Vera Ordóñez** estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, desarrolló un Plan Educativo basado en una charla sobre prevención del VIH/SIDA en los adolescentes de Octavo año a Tercer año de Bachillerato, así como también se ha entregado a este rectorado, el material de exposición y el tríptico sobre el Virus de Inmunodeficiencia humano; material que será de gran importancia para el proceso de enseñanza-aprendizaje de los estudiantes del Colegio.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad autorizando a la interesada hacer uso del presente documento en lo que estime necesario.

Atentamente,


Lic. Augusta Rodríguez L.
RECTORA (E)



ANEXO 3

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**PROYECTO: CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIRUS INMUNODEFICIENCIA
HUMANA/SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO DE BACHILLERATO
TRECE DE NOVIEMBRE DE LA PARROQUIA SABANILLA-CELICA –LOJA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

N°.....

**DIRIGIDA A LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO DE BACHILLERATO TRECE
DE NOVIEMBRE DE LA PARROQUIA SABANILLA-CELICA –LOJA.**

Fecha: -----

Edad: -----

Sexo: -----

Cédula de identidad: -----

Como estudiante de la Carrera de Enfermería y autora del proyecto CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA/SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO DE BACHILLERATO TRECE DE NOVIEMBRE DE LA PARROQUIA SABANILLA-CELICA –LOJA, previo a la obtención del título de licenciada en enfermería, solicito muy comedidamente se sirva responder el siguiente cuestionario, reiterando que la información proporcionada por usted es totalmente confidencial, los resultados obtenidos de esta investigación servirán para emprender en el desarrollo de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

FIRMA

CI.:

ANEXO 4

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DIRIGIDA A LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO DE BACHILLERATO TRECE DE NOVIEMBRE EN RELACIÓN A LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA.

POBLACIÓN DIRIGIDA: Adolescentes de Octavo año a Tercer Año de Bachillerato del Colegio de bachillerato “Trece de Noviembre”.

FECHA: 22 de Marzo del 2017.

LUGAR: Sala de Audiovisuales de dicha Institución.

RESPONSABLE: Ana Vera.

ACTIVIDADES:

- ✓ Desarrollo de una Charla educativa sobre la prevención del VIH/sida.
- ✓ Elaboración de un tríptico el mismo que se entregó a los adolescentes y a la institución educativa con el fin de generar conocimientos en los jóvenes con respecto a esta enfermedad.

OBJETIVOS

- **GENERAL**
 - Orientar a los adolescentes del Colegio de bachillerato “Trece de Noviembre”, acerca del VIH/sida con la finalidad de disminuir la incidencia, ya que los/las adolescentes están más predispuestos a contraer ésta infección.
- **ESPECÍFICOS**
 - Orientar a los adolescentes de la Institución mediante el desarrollo de charlas participativas sobre el VIH/sida.
 - Informar a los adolescentes acerca de las formas de prevención del VIH-sida.

INTRODUCCIÓN

El VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, después de haberse cobrado más de 34 millones de vidas hasta ahora. El VIH-sida se transmite principalmente por contacto sexual, (vaginal, oral y anal) con una persona infectada, el grupo más vulnerable son los adolescentes, siendo la principal causa la iniciación temprana de las relaciones sexuales y el desconocimiento sobre las medidas de prevención.

Teniendo en cuenta que la incidencia del VIH-sida tiene un alto índice a nivel mundial, es imprescindible concientizar a la población de nuestro país promoviendo la salud sexual con el objetivo de difundir las medidas preventivas del VIH-sida disminuyendo así el riesgo de contagio, especialmente en los/as adolescentes que son el grupo de mayor riesgo. La propuesta de intervención está encaminada a fortalecer los conocimientos de los adolescentes de Octavo año a Tercer Año de Bachillerato del Colegio de bachillerato “Trece De Noviembre”, para lo cual se planteó realizar charlas sobre prevención del VIH-sida, adicional a esto, se propuso entregar trípticos para la educación de los adolescentes de la Institución.

JUSTIFICACIÓN

En Latinoamérica destacan los jóvenes como centro de la epidemia, más de la mitad de las nuevas infecciones que se producen en la actualidad afectan a personas entre los 15 y 24 años, etapa en la cual dan inicio a su vida sexual y están enfrentados a factores de vulnerabilidad como fallas y carencias en educación sexual y reproductiva, presiones de grupo, tendencia al aumento de estilos de vida de elevado riesgo sexual como el uso de drogas y alcohol, alto recambio sexual, uso de condón en pocas o ninguna de sus relaciones sexuales, creencias, tabúes y concepciones erróneas sobre el VIH/sida.

Así mismo, estudios evidencian que los adolescentes conforman 20 % del total de la población mundial, de los cuales 85 % viven en países en desarrollo en donde se le ha dado poca importancia a los problemas propios de su generación y donde se evidencia que el número de adolescentes VIH/ sida ha ido en aumento.

En adolescentes estudiantes, es necesario fortalecer la educación en salud sexual y reproductiva con una visión integral que permita la adopción de conocimientos y valores personales que se expresen a diario en comportamientos saludables, de autocuidado, de respeto de la propia integridad física y de la pareja.

El grupo vulnerable del contagio de esta enfermedad son los jóvenes sexualmente activos, ellos tienen mayor riesgo de contraer el sida, algunas actividades de concientización, cuidado y protección están enfocadas a este sector de la población, a través de la Estrategia ENIPLA, buscan que adolescentes actúen con responsabilidad.

METODOLOGÍA

La presente propuesta de Intervención se la realizó con la finalidad de reforzar los conocimientos de los adolescentes de Octavo año a Tercer Año de Bachillerato del Colegio

de bachillerato “Trece De Noviembre”, sobre las formas de transmisión y prevención VIH-sida.

Materiales: Los materiales de apoyo para el desarrollo de la temática son: Diapositivas y un tríptico sobre el VIH-sida, Computadora, infocus, etc.

Técnicas e instrumentos: Para el desarrollo de la propuesta de Intervención se planificó iniciar con una dinámica ya que este tipo de dinámica es muy útil porque permite relacionarse de una manera más activa dentro del grupo. Luego de la dinámica se planificó continuar con la presentación de la Charla, proyección de las diapositivas sobre formas de prevención del VIH-sida, al finalizar esto; se planteó entregar un tríptico a los adolescentes y a los docentes, que servirá de apoyo para fortalecer los conocimientos de los adolescentes.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

¿QUE ES EL VIH?

Es el virus de inmunodeficiencia humana al ingresar a nuestro cuerpo ataca al sistema inmunológico es decir nuestras defensas

Se encuentra en la sangre, semen, fluidos vaginales y la leche materna de las personas que viven con el virus.

¿QUE ES EL SIDA?

Síndrome de inmunodeficiencia adquiridas decir es el conjunto de signos y síntomas que presenta una persona cuando el virus del VIH ha disminuido las defensas del organismo y se presentan múltiples enfermedades oportunistas muy graves que llevan a la muerte.

Los datos epidemiológicos disponibles en el mundo siguen indicando que existen solo 3 formas fundamentales de transmisión: sexual, a través de la sangre (especialmente por el consumo de drogas por vía intravenosa y las transfusiones) y la transmisión perinatal de la madre al niño. Las tres principales formas de transmisión son:

Sexual (acto sexual sin protección). Los contactos sexuales son la forma predominante de transmisión del VIH en todo el mundo, pero la distribución geográfica de los casos atribuibles a la transmisión heterosexual y homosexual varía de forma considerable. Mientras que la transmisión heterosexual representa la forma principal de extensión en África y en la mayoría de los países de Sudamérica y el Caribe, esta forma de transmisión explica una proporción pequeña (aunque creciente) de los casos de sida que se

observan en Norteamérica y Europa, donde la transmisión sexual entre varones sigue representando la mayor proporción de casos de sida.

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

Transmisión perinatal (transmisión vertical) del VIH de una mujer embarazada a su hijo puede producirse durante la gestación (transmisión intrauterina), en el momento del parto (transmisión intraparto) o después del parto a través de la lactancia. Se han producido avances significativos en la determinación de los factores de riesgo de transmisión del VIH durante estos 3 periodos, en el diagnóstico precoz y más fiable de la infección en el neonato y en la prevención de la transmisión perinatal mediante el uso de antirretrovirales. La existencia de la transmisión intrauterina viene demostrada por la detección del VIH tanto en los tejidos fetales en una fase tan precoz como las 8 semanas de gestación como en el tejido placentario in vivo e in vitro. Además, entre el 30% y el 50% de los lactantes infectados dan resultados positivos en la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y en los cultivos para el VIH al nacer, lo que también sugiere la transmisión intrauterina del virus. El parto, tanto vaginal como mediante cesárea, se asocia a diferentes factores que pueden exponer al niño a la sangre y a secreciones cervicovaginales de la madre. Aunque en muchos estudios se han encontrado tasa de transmisión estadísticamente similares en el parto vaginal y en la cesárea, existen datos procedentes de meta análisis y estudios clínicos aleatorizados que indican que la cesárea programada reduce el riesgo de transmisión perinatal de VIH, incluso cuando se controla la variable uso de antirretrovirales en la madre.

Síntomas y Signos de infección por VIH

- ✚ Fiebre
- ✚ Sudoración
- ✚ Linfadenopatías (ganglios inflamados)
- ✚ Odinofagia (dolor de garganta)
- ✚ Erupción cutánea.
- ✚ Artralgias (dolor articular).
- ✚ Mialgias (dolor muscular).
- ✚ Diarrea.
- ✚ Cefalea (dolor de cabeza).
- ✚ Anorexia, náuseas y vómitos.
- ✚ Pérdida de peso.
- ✚ Cuadros respiratorios infecciosos a repetición.
- ✚ Placas blanquecinas en la boca.
- ✚ Pérdida de apetito.

FORMAS DE PREVENCIÓN: PREVENCIÓN MEDIANTE EL CONTACTO SEXUAL

- Usar el preservativo en TODAS las relaciones sexuales, ya sean de tipo vaginal o anal.
- Retrasando el inicio de las relaciones sexuales el mayor tiempo posible.
- Abstinencia sexual con personas desconocidas.
- Teniendo relaciones sexuales solo con una persona (exclusividad sexual)
- Evitando el contacto de fluidos corporales infectantes (líquido preeyaculatorio, semen y fluidos vaginales).
- Practicar el sexo protegido, usando el condón masculino o femenino de forma correcta para evitar el contacto directo con los fluidos corporales infectantes.

PREVENCIÓN A TRAVÉS DE LA SANGRE

- Al recibir tratamientos médicos inyectables, asegurarse que las jeringas estén completamente estériles.

- Tener cuidado con tocar sangre que puede estar contaminada.
- En las transfusiones solo usar sangre segura, libre del VIH y que haya sido analizada previamente.
- Recibir o donar solo órganos (riñón, córnea, corazón, médula ósea, hígado etc.) que hayan sido previamente analizados y que se encuentren libres del VIH.
- Utilizar siempre jeringas y agujas desechables esterilizadas y no compartirlas por ningún motivo.
- Si se realiza tatuajes y perforaciones asegúrese que sea en sitios autorizados y que el material utilizado sea desechable o estéril.

PREVENCIÓN PERINATAL

- Se aconseja la cesárea para evitar el paso por el canal del parto y el contacto con los fluidos vaginales y la gran cantidad de sangre de la madre infectada.
- No dar lactancia materna al niño. Según la ley se puede interrumpir el embarazo antes de la 22 semana si se desea.
- Tratar con un tratamiento específico para disminuir el riesgo de transmisión madre-hijo.
- Las mujeres infectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana deben tomar conciencia del riesgo para ellas, para el bebé y que a través del embarazo pueden infectar al ser en gestación a través de la placenta, parto y leche materna.
- Toda mujer embarazada que se considera sana, debe realizarse la prueba del VIH bajo consentimiento informado, y en caso de ser positiva pueda recibir el tratamiento adecuado.
- El embarazo no es una enfermedad, pero exige vigilancia médica para evitar complicaciones.
- Una mujer embarazada tiene 30% más de probabilidad de contagiar a su hijo, cuando no se toma en cuenta su estado de VIH positivo.
- Si toma medicamento y sigue adecuadamente el tratamiento, este riesgo se reduce en un 98%.

Tratamiento para el VIH

Todavía no existe una forma de eliminar el VIH, una vez que ha ingresado al torrente sanguíneo de una persona; sin embargo cada día se descubren mejores y potentes medicamentos antiretrovirales que neutralizan el accionar del virus impidiendo que este destruya el sistema inmunológico (defensas) de las personas infectadas.

Después de confirmado el diagnóstico, se debe realizar una prueba de conteo de CD4 y carga viral que nos permite conocer el pronóstico inmunológico, para decidir iniciar o no el tratamiento.

Para iniciar el tratamiento debemos tomar en cuenta lo siguiente:

- Estado clínico.
- Recuento de linfocitos T-CD4
- Carga viral.
- Infecciones oportunistas (tuberculosis, afecciones del sistema nervioso central, embarazo, neumonía, hepatitis B y C, cáncer entre otras).
- Consejería de adherencia al tratamiento.

El tratamiento se da con medicamentos antiretrovirales combinados y cuya finalidad es disminuir la réplica del virus y de esta manera recuperar las defensas de nuestro organismo y tener una mejor calidad de vida.

TRATAMIENTO

Después de confirmado el diagnóstico, se debe realizar una prueba de conteo de CD4 y carga viral que nos permite conocer al pronóstico inmunológico, para decidir iniciar o no el tratamiento.

Para iniciar el tratamiento debemos tomar en cuenta lo siguiente:

- ➡ Estado clínico.
- ➡ Recuento de linfocitos T-CD4
- ➡ Carga viral.
- ➡ Infecciones oportunistas (tuberculosis, afecciones del sistema nervioso central, embarazo, neumonía, hepatitis B y C, cáncer entre otras).

El tratamiento se da con medicamentos antiretrovirales combinados y cuya finalidad es disminuir la réplica del virus y de esta manera recuperar las defensas de nuestro organismo y tener una mejor calidad de vida.

LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA SON COMO TÚ ... Ríen, lloran, sueñan, trabajan, sufren y aman.



**UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA**

Infórmate

VIRUS DE
INMUNODEFICIENCIA
HUMANA VIH/SIDA



Elaborado por: Ana María Vera
Ordóñez.

No te pueden exigir la prueba en los siguientes casos:

- Para ingresar a un trabajo.
- Para mantenerse en un trabajo.
- Para casarse.
- Para matricularse en el colegio o universidad.

RECUERDA que la Constitución del Ecuador garantiza a las personas con VIH/SIDA

- ❖ Igualdad ante la Ley.
- ❖ Acceso a la Salud.
- ❖ Derecho a un trabajo digno.
- ❖ A no ser discriminado.



SE RESPONSABLE
¡USA CONDÓN!



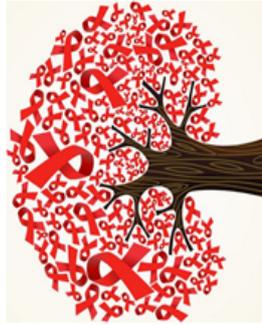
¡Protégete en todas tus relaciones sexuales desde el inicio!

ANEXO 5 TRÍPTICO

¿Qué es el VIH?

Es el virus de inmunodeficiencia humana al ingresar a nuestro cuerpo ataca al sistema inmunológico es decir nuestras defensas

Se encuentra en la sangre, semen, fluidos vaginales y la leche materna de las personas que viven con el virus.

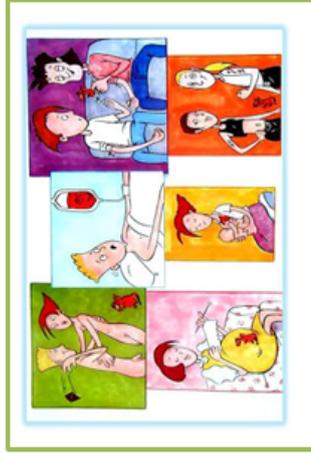


¿Qué es el SIDA?

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, decir es el conjunto de signos y síntomas que presenta una persona cuando el virus del VIH ha disminuido las defensas del organismo y se presentan múltiples enfermedades oportunistas muy graves que llevan a la muerte.

FORMAS DE CONTACTO

1. Relaciones sexuales desprotegidas (SEXO ANAL, VAGINAL U ORAL).
2. Vía sanguínea a través de derivados de la sangre y objetos contaminados.



Síntomas y Signos de infección por VIH

- Fiebre
- Sudoración
- Linfadenopatías (ganglios inflamados)
- Odinofagia (dolor de garganta)
- Erupción cutánea.
- Artralgias (dolor articular).
- Mialgias (dolor muscular).
- Diarrea.
- Cefalea (dolor de cabeza).
- Anorexia, náuseas y vómitos.
- Pérdida de peso.
- Cuadros respiratorios infecciosos a repetición.
- Placas blanquecinas en la boca.
- Pérdida de apetito.

FORMAS DE PREVENCIÓN: PREVENCIÓN MEDIANTE CONTACTO SEXUAL

Usar el preservativo en TODAS las relaciones sexuales, ya sean de tipo vaginal o anal.

Abstinencia sexual con personas desconocidas.

Teniendo relaciones sexuales solo con una persona (exclusividad sexual)

PREVENCIÓN A TRAVÉS DE LA SANGRE

Tener cuidado con tocar sangre que puede estar contaminada.

En las transfusiones solo usar sangre segura, libre del VIH y que haya sido analizada previamente.

Utilizar siempre jeringas y agujas desechables esterilizadas y no compartirlas por ningún motivo.

Si se realiza tatuajes y perforaciones asegúrese que sea en sitios autorizados y que el material utilizado sea desechable o estéril.

PREVENCIÓN PERINATAL

Se aconseja la cesárea para evitar el paso por el canal del parto y el contacto con los fluidos vaginales y la gran cantidad de sangre de la madre infectada.

No dar lactancia materna al niño. Según la ley se puede interrumpir el embarazo antes de la 22 semana si se desea.

ANEXO 6

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

PROYECTO: CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA/SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO DE BACHILLERATO TRECE DE NOVIEMBRE DE LA PARROQUIA SABANILLA-CELICA –LOJA

EVIDENCIA DEL TRABAJO DE CAMPO

ACTIVIDAD: Estudiantes del colegio de bachillerato Trece de noviembre llenando el instrumento de recolección (Encuesta).

Fecha: 25 de Noviembre del 2016.



ANEXO 7

CERTIFICADO DE TRADUCCIÓN DEL RESUMEN



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Ing. María Belén Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada "CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA/SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO DE BACHILLERATO TRECE DE NOVIEMBRE DE LA PARROQUIA SABANILLA-CELICA-LOJA" autoría de la Srta. Ana María Vera Ordóñez con cédula 1105924847, egresada de la carrera de enfermería de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 03 de Mayo de 2017



Ing. María Belén Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442



ANEXO 8

PROYECTO DE TESIS

TEMA

**“CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIRUS INMUNODEFICIENCIA
HUMANA/SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO DE
BACHILLERATO TRECE DE NOVIEMBRE DE LA PARROQUIA SABANILLA-
CELICA – LOJA”**

a. PROBLEMÁTICA

En el contexto de los Objetivos del Buen Vivir que corresponde al Objetivo N° 3 mejorar la calidad de vida, la salud se plantea desde una mirada intersectorial que busca garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida. Se incluyen los hábitos de vida, la universalización de servicios de salud, la consolidación de la salud intercultural, la salud sexual y reproductiva, los modos de alimentación y el fomento de la actividad física (Plan nacional del buen vivir 2013-2017).

El modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, menciona que el VIH-SIDA es uno de los problemas de salud pública que preocupa al país, el mejoramiento del sistema de registro y la oferta de tratamiento para el VIH-SIDA ha permitido evidenciar que este es un problema que tiene una tendencia creciente (MAIS, 2013).

El conocimiento sobre la infección por VIH/SIDA juega un papel importante en la promoción de la salud y prevención de esta enfermedad, debido a que un concepto o idea errónea sobre aspectos de la infección genera comportamientos de riesgo por parte de la población, principalmente de la población joven; el desconocimiento genera carencia de atención y la estigmatización de las personas infectadas, y de esta manera la discriminación asociada al VIH/SIDA estimula la propagación de la misma debido a que el miedo al rechazo social fomenta la ocultación de la infección y ésta dificulta el diagnóstico y el tratamiento haciendo además que en muchas ocasiones, continúen las prácticas de riesgo (Díaz & Cantillo, 2011).

Las “Prioridades de investigación en salud 2013-2017” en Ecuador tienen como objetivo la optimización de recursos para realizar investigación e impactar positivamente en la calidad de la misma, logrando de esta manera mejorar la eficiencia y coordinar los esfuerzos de todos los actores del sistema de salud para lograr los objetivos del Buen Vivir. Dentro del Ministerio de Salud Pública se encuentra las áreas de investigación que fueron generadas a partir de los problemas de salud en nuestro país, una de ellas es el área 2 VIH/Tuberculosis, con su respectiva línea VIH/SIDA y sublínea conocimientos, actitudes y prácticas en VIH/SIDA en personal de salud, pacientes y sociedad (MSP, 2013).

La presente propuesta va enmarcada en la línea 3 de investigación de la carrera de Enfermería que corresponde a las enfermedades infecciosas más frecuentes en la región sur del país y en el ámbito nacional (UNL, 2009).

Según el Programa conjunto de Naciones sobre VIH/SIDA 36,9 millones de personas vivían con el VIH en el mundo; 2 millones de personas se infectaron con el VIH; 1,2 millones de personas murieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA todo esto a finales del 2014.

En África subsahariana 2014, existen 25,8 millones de personas que viven con el VIH. Las mujeres representan más de la mitad del número total de personas que viven con el VIH en la región, y se estima que se produjeron 1,4 millones de nuevas infecciones (ONUSIDA, 2015).

Según el Ministerio de Sanidad en el año 2013 se produjeron en España un total de 390.419 fallecimientos, de los cuales 750 (1,9 por 1.000) fueron por VIH/SIDA. De éstos, 604 (80,5%) se produjeron en hombres y 146 (19,5%) en mujeres. La tasa de mortalidad global por VIH/SIDA fue de 1,61 por 100.000 habitantes.

En América Latina, en el 2014, existen 1,7 millones de personas que vivían con el VIH. Se estima que se produjeron 87 000 nuevas infecciones en la región. Las nuevas infecciones por el VIH se redujeron en un 17 % entre el 2000 y el 2014. Entre 2005 y 2014 el número de muertes relacionadas con el SIDA en la región disminuyó en un 29 % (ONUSIDA, 2015).

Según el Ministerio de Salud Pública la prevalencia de la enfermedad en la población en general del Ecuador es del 0,24%, con 22.177 casos registrados de VIH, 9.911 que han desarrollado SIDA y 7.031 defunciones (MSP, 2013).

La Cruz Roja Ecuatoriana promueve conjuntamente con otras organizaciones aliadas el renovar el compromiso de trabajar para contrastar la epidemia. A escala mundial, organizaciones como ONUSIDA manejan de igual forma campañas globales que van en torno a la lucha contra el SIDA. La temática que este organismo propuso para conmemorar este año es poner fin a esta enfermedad como parte de los objetivos de desarrollo sostenible para concienciar sobre la necesidad de acelerar la respuesta al VIH.

En Ecuador, las estadísticas del Ministerio de Salud Pública, contabilizan 31.233 portadores del virus. De ellos, 12.945 viven con sida y consumen antirretrovirales; mientras que 18.288 luchan contra el VIH y están en constante seguimiento en hospitales públicos. Una de las provincias con mayor número de casos es Guayas, con 5.000 infectados de VIH y 7.000 con SIDA. “De enero a junio de 2014 se contabilizó el deceso de 205 personas con VIH/ SIDA”, seguida por las provincias de Los Ríos, Manabí y Esmeraldas. En el caso de la región Sierra, la provincia de Pichincha también registra un número de casos en la región (Indacochea, 2014).

En la ciudad de Loja, existieron 43 casos de los cuales 33 son hombres y 10 mujeres, de ellas tres estuvieron en estado de gestación. La mayoría de infectados están en la época productiva, en un rango de 20 a 34 años (MORENO, 2015).

Una investigación ejecutada en la Universidad de Costa Rica, indica que la mayoría de los estudiantes universitarios, tanto hombres como mujeres, entre los 19 y los 22 años de edad, tuvieron una percepción correcta al considerar como de alto riesgo los mecanismos de contagio por medio de jeringas, agujas contaminadas y las relaciones sexuales con una persona infectada sin usar preservativo. Con respecto al riesgo de infección por la práctica del sexo oral, el 49,5% de las y los encuestados consideró que el contagio es de bajo riesgo. Los encuestados tienen conocimientos deficientes, ya que estos jóvenes obtuvieron una calificación inferior a 70% en un examen sobre conocimientos del tema (Salas & Castillo, 2011)

En Santiago de Cuba se aplicó una encuesta y los estudiantes de medicina estuvieron por encima de 70 % de respuestas correctas en todas las preguntas y el 30% fueron por los estudiantes de preuniversitario. Por lo tanto es necesaria la implementación de estrategias educativas para mejorar el conocimiento acerca de la enfermedad, sus consecuencias y formas de prevención, con la finalidad de proteger a este grupo de riesgo que son principalmente los jóvenes (Sagaró & Gómez, 2013).

En un estudio realizado en estudiantes de educación media de Medellín, señala que el 54,6% ha iniciado su vida sexual, la edad promedio de la primera relación sexual fue 14 y el número de compañeros sexuales 2 el puntaje de Conocimientos fue 66,2; Actitudes 69,7 y Prácticas 75,1. Concluye que el perfil de Conocimientos, Actitudes y Prácticas es satisfactorio, en los hombres registra mayor auto-percepción de riesgo de infección; los

conocimientos fueron menores en estudiantes de corregimientos, hijos de madres con baja escolaridad y sin información previa en SSR; las actitudes en los más jóvenes y quienes reciben información de amigos; y las prácticas en los de mayor edad, con participación en grupos sociales y mayor número de compañeros sexuales. Estos resultados son determinantes para orientar los programas de control y prevención del VIH/ SIDA en adolescentes escolarizados de Medellín (Cardona & Suárez, 2015)

En el artículo científico denominado “Conocimientos, actitudes y prácticas en adolescentes universitarios en Medellín – Colombia realizado en el año 2013, se determinó que tienen conocimientos regulares en el 14%, las actitudes en el 8% y las prácticas en el 41%. Los estudiantes de mayor edad y semestres avanzados presentaron puntajes más altos en las actitudes y más bajos en las prácticas. En cuanto al desenlace los puntajes de conocimientos, actitudes y prácticas presentaron resultados desfavorables demostrando el riesgo de los jóvenes de adquirir VIH/SIDA y la necesidad de fortalecer los programas destinados a mejorar la salud sexual y reproductiva de este grupo (Mazo & Domínguez, 2013).

Según la publicación de Díaz (2011), en la Universidad de Cartagena Colombia, el 70% de los encuestados tienen “conocimientos regulares”, “conocimientos deficientes” el 19,8% y sólo el 11,4% “buen nivel de conocimientos”. Las mujeres tienen mejores conocimientos que los hombres logrando un promedio de 5,8 y 4,8 respectivamente. Los adolescentes presentan un nivel regular de conocimientos sobre VIH/SIDA, demostrando pocos conocimientos respecto a la transmisión oral, y conocimientos casi nulos acerca de los efectos de la infección. Las mujeres tienen mejores conocimientos respecto a los hombres, ubicándolas en un nivel regular y los hombres en nivel deficiente (Díaz & Cantillo, 2011).

Otro estudio, realizado en estudiantes de secundaria de Cartagena-Colombia en donde participaron 2 625 estudiantes entre 10 y 20 años. Un total 249 respondieron en forma correcta el cuestionario. Ser estudiante de media vocacional y estudiar en colegio privado, ajustados por edad, se asociaron a buen conocimiento en VIH-Sida. Se concluye que los estudiantes de secundaria de Cartagena presentan un bajo conocimiento sobre el VIH-Sida. El nivel es superior en estudiantes de media vocacional y de colegios privados.

Se necesita más investigación y fortalecer la formación en educación en salud sexual y reproductiva (Gómez & Cogollo, 2011).

La presente investigación se desarrollará en el Colegio de Bachillerato “Trece de Noviembre”, de la parroquia Sabanilla del cantón Celica, mismo que se encuentra ubicado hacia el Sur-occidente de la provincia de Loja. Sabanilla es la parroquia más grande, después de la cabecera cantonal de Celica y de Pózul, este sitio tradicionalmente se ha caracterizado por el cultivo del maíz, cuenta con una superficie de 140,61 Km². El colegio de Bachillerato “Trece De Noviembre” ofrece una educación de calidad a los estudiantes de toda la parroquia (hombres y mujeres), con un sostenimiento fiscal y régimen costa, siendo una institución presencial, la misma que consta de 12 docentes y dos auxiliares de servicio; brindando este servicio educativo a 232 estudiantes, los mismos que concurren de la parroquia y de las diferentes comunidades aledañas al sector.

El trabajo investigativo se lo llevará a cabo en los estudiantes de Octavo a Tercero de Bachillerato con una población de 232 adolescentes, 95 mujeres y 137 varones, con edades que oscilan desde los 12 a los 18 años, en un periodo de tiempo de septiembre 2016 a marzo 2017.

La institución Educativa “Trece de Noviembre” brinda la facilidad para trabajar con los estudiantes ya que existe el apoyo y la cooperación para realizar la propuesta de investigación tanto por el personal docente como por los estudiantes.

Las variables que se medirán es la independiente que es adolescentes con los respectivos indicadores de edad y sexo. En cuanto a la variable dependiente de conocimientos del Virus de Inmunodeficiencia Humano con sus indicadores de: métodos de prevención, vías de transmisión, signos y síntomas, consecuencias de la infección y sobre a quien acudirían los adolescentes por información relacionada con el Virus de Inmunodeficiencia Humano.

La población en riesgo por la enfermedad son los jóvenes sexualmente activos, ellos tienen mayor riesgo de contraer el Virus Inmunodeficiencia Humano, por ello en la presente investigación se requiere determinar ¿Cuáles son los Conocimientos sobre el Virus Inmunodeficiencia Humano/SIDA que poseen los adolescentes del Colegio de Bachillerato “Trece de Noviembre”?

b. JUSTIFICACIÓN

Según ONUSIDA cerca de 2 millones de personas en el mundo se infectaron con el Virus de Inmunodeficiencia Humano, la OMS menciona que el virus de inmunodeficiencia humana es más frecuente en el mundo especialmente en África subsahariana, donde existe 25,8 millones de personas infectadas por el VIH en el 2014, es la región más afectada. Casi el 70% del total mundial de nuevas infecciones por VIH se registra en esta región.

Mundialmente, cinco millones de jóvenes de entre 15 y 24 años viven con VIH. Representan el 41% de todas las transmisiones nuevas. Aproximadamente a 2,500 jóvenes se les transmite el virus cada día, según defensores de la juventud, una organización que trabaja en Estados Unidos y en países en desarrollo.

En Estados Unidos, el 36% de todos los casos nuevos de VIH son entre jóvenes de entre 13 y 24 años, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del país.

En Latinoamérica destacan los jóvenes como centro de la epidemia, más de la mitad de las nuevas infecciones que se producen en la actualidad afectan a personas entre los 15 y 24 años, etapa en la cual dan inicio a su vida sexual y están enfrentados a factores de vulnerabilidad como fallas y carencias en educación sexual y reproductiva, presiones de grupo, tendencia al aumento de estilos de vida de elevado riesgo sexual como el uso de drogas y alcohol, alto recambio sexual, uso de condón en pocas o ninguna de sus relaciones sexuales, creencias, tabúes y concepciones erróneas sobre el VIH/SIDA.

Investigaciones recientes revelan que los conocimientos sobre la sexualidad y la prevención del SIDA en adolescentes y jóvenes son superficiales y no llevan a un cambio de actitudes o a conductas efectivamente protegidas en todas y cada una de las relaciones sexuales. Se ha reportado que 30% de personas reconocidas como portadores de VIH+ en el grupo de edad de 20-29 años se contaminó durante su adolescencia, considerando el periodo prolongado de latencia entre la seroconversión en VIH y las manifestaciones del SIDA el cual puede durar entre dos y once años.

Así mismo, estudios evidencian que los adolescentes conforman 20 % del total de la población mundial, de los cuales 85 % viven en países en desarrollo en donde se le ha

dado poca importancia a los problemas propios de su generación y donde se evidencia que el número de adolescentes VIH/ SIDA ha ido en aumento.

En adolescentes estudiantes, es necesario fortalecer la educación en salud sexual y reproductiva con una visión integral que permita la adopción de conocimientos y valores personales que se expresen a diario en comportamientos saludables, de autocuidado, de respeto de la propia integridad física y de la pareja.

El grupo vulnerable del contagio de esta enfermedad son los jóvenes sexualmente activos, ellos tienen mayor riesgo de contraer el sida, algunas actividades de concienciación, cuidado y protección están enfocadas a este sector de la población, a través de la Estrategia ENIPLA, buscan que adolescentes actúen con responsabilidad.

El programa del VIH Sida se lo lleva desde hace varios años atrás en todo el país, particularmente en la provincia de Loja, para identificar estos casos, se trabaja con la vigilancia epidemiológica de la enfermedad.

En Ecuador principalmente en la región Costa sigue siendo la más afectada por la epidemia, y la provincia del Guayas registra la mayor incidencia de VIH, seguida por las provincias de Los Ríos, Manabí y Esmeraldas. En el caso de la región Sierra, la provincia de Pichincha también registra un número de casos mientras que en Loja la tasa de incidencia es menor ya que se han registrado 43 casos (Moreno, 2015).

Con la revisión de la problemática anteriormente planteada surge la necesidad de investigar los conocimientos sobre VIH/SIDA en los adolescentes, los resultados que se obtenga serán entregados al personal de la institución educativa los mismos que servirán como mecanismo para implementar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad proporcionando información relevante y clara acerca del tema mediante trípticos con el fin de prevenir este tipo de Infección de Trasmisión Sexual que afecta principalmente a los jóvenes entre las edades de 12 y 18 años.

c. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar los conocimientos sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana que poseen los/as adolescentes del Colegio de Bachillerato “Trece de Noviembre”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los conocimientos respecto a los métodos de prevención y vías de transmisión sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana en los/as adolescentes del Colegio de Bachillerato “Trece de Noviembre”.
- Diseñar una propuesta educativa para la promoción y prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana a través de trípticos, los mismos que serán distribuidos en los/as adolescentes del Colegio de Bachillerato “Trece de Noviembre”.

d. MARCO TEÓRICO

CONTEXTO GENERAL

La calidad de vida empieza por el ejercicio pleno de los derechos del Buen Vivir: agua, alimentación, salud, educación y vivienda, como prerrequisito para lograr las condiciones y el fortalecimiento de capacidades y potencialidades individuales y sociales.

Mejorar la calidad de vida de la población es un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos seis años y medio, mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social. Para su logro, este objetivo plantea mejorar la calidad y calidez de los servicios sociales de atención, garantizar la salud de la población desde la generación de un ambiente y prácticas saludables; fortalecer el ordenamiento territorial, considerando la capacidad de acogida de los territorios y el equilibrio urbano-rural para garantizar el acceso a un hábitat adecuado y una vivienda digna; avanzar en la gestión integral de riesgos y fomentar la movilidad sustentable y segura.

La salud se plantea desde una mirada intersectorial que busca garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida. Se incluyen los hábitos de vida, la universalización de servicios de salud, la consolidación de la salud intercultural, la salud sexual y reproductiva, los modos de alimentación y el fomento de la actividad física.

El abordaje de salud sexual y reproductiva se ha ampliado: se han integrado diferentes componentes, como salud sexual, inclusión de hombres y diversidades sexuales y se han incluido otras problemáticas de salud, como infecciones de transmisión sexual, el cáncer de mama y cérvico-uterino y el aborto. Así, se supera el tema reproductivo y se transita hacia el abordaje de la sexualidad de manera integral. El sistema de salud ha respondido mediante la capacitación y la generación de espacios para la atención integral a adolescentes, la atención del parto humanizado e intercultural, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y gratuitos. (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo SENPLADES, 2013).

En el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) en el ámbito Sexual y Reproductivo las relaciones y concepciones de género inciden en riesgos diferenciales para mujeres y varones, al comparar las principales causas de mortalidad y morbilidad según sexo, se evidencia que en varones las relacionadas a accidentes y violencia tienen un peso muy importante, mientras que en las mujeres los problemas relacionados a la salud sexual y reproductiva son más evidentes. Merece especial atención el alto porcentaje de embarazos en adolescentes por el impacto en las condiciones de vida y salud de este grupo poblacional (MSP, 2012).

El comportamiento de riesgo y el conocimiento insuficiente acerca del VIH siguen teniendo un nivel alarmantemente alto entre los jóvenes de algunas regiones. En las áreas donde las nuevas infecciones por VIH se transmiten mayormente por vía sexual, practicar relaciones sexuales seguras es el mejor modo de reducir la posibilidad de contraer el virus. El descenso de las nuevas infecciones por el VIH en el mundo desde 2001 es una prueba de la eficacia de los esfuerzos de prevención. Sin embargo, durante la década pasada no hubo una disminución notable de las nuevas infecciones por el VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años, a pesar de los esfuerzos especiales destinados a ellos (Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2015).

La OMS está colaborando con los países para impedir que las personas contraigan la infección por el VIH, mediante el fomento de cambios comportamentales orientados a reducir los riesgos de contagio; la ampliación del acceso a los servicios de prevención; el apoyo a los programas de prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño; la promoción de medidas para velar por el suministro de sangre segura y prevenir la transmisión del VIH en entornos de asistencia sanitaria; y la evaluación de nuevas tecnologías de prevención. Ampliar la disponibilidad del tratamiento. Proporcionar la mejor atención posible a las personas infectadas con el VIH/SIDA y a sus familias. Ampliar el acceso y el recurso a las pruebas y al asesoramiento, a fin de que las personas conozcan su estado respecto del VIH. Fortalecer los sistemas de salud de forma que puedan ejecutar programas y prestar servicios de calidad y sostenibles en relación con el VIH/SIDA. Mejorar los sistemas de información sobre el VIH/SIDA, en particular los de vigilancia, seguimiento y evaluación, e investigación operativa (Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2015).

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia (MSP, 2012).

El Artículo 66 capítulo sexto se reconoce y garantizará a las personas: El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras (MSP, 2012).

CONTEXTO ESPECÍFICO

La adolescencia se caracteriza por ser una etapa de continuos cambios en el ciclo vital humano, tanto en el ámbito económico- fisiológico, como en el emocional. Esto hace que el adolescente, que debe adaptarse además a nuevas normas sociales. Viva esta etapa como la más vulnerable de su ciclo vital. Muchos de estos cambios se manifiestan en alteraciones conductuales, afectivas y de pensamiento, como podría ser el aumento de la curiosidad por temas relacionados con el sexo, por lo que resulta un gran reto integrar todos esos cambios en su forma de vida manteniendo la estabilidad emocional (Seguranyes, 2012).

La adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica (OMS, 2012).

Se inicia con la pubertad y finaliza en la edad adulta. Se ha definido como un periodo de transición en el cual suceden cambios en diferentes aspectos de la vida del individuo, como por ejemplo:

- La maduración sexual y reproductiva.

- La evolución de los procesos psicológicos de los individuos y los cambios en las formas de identificación.
- La transición de un estado de dependencia socioeconómica total a otra de relativa independencia.

La Organización Mundial de la Salud, sitúa a la adolescencia entre los 10 y los 19 años y define tres periodos o etapas de la adolescencia con características diferentes:

- 10-14 años: pre adolescencia o pubertad.
- 15-19 años: adolescencia.

20-24 años: postadolescencia o juventud.

Cuando se averigua mediante las facultades mentales la naturaleza, las cualidades y las relaciones de las cosas, ocurre el proceso de conocer, que tiene como resultado el conocimiento, es decir, la acción y el efecto de conocer. El conocimiento es un reflejo de la realidad, una copia del original (Ruíz, Martínez & González, 2012).

El conocimiento sobre la infección por VIH/SIDA juega un papel importante en la promoción de la salud y prevención de esta enfermedad, debido a que un concepto o idea errónea sobre aspectos de la infección genera comportamientos de riesgo por parte de la población, principalmente de la población joven; el desconocimiento genera carencia de atención y la estigmatización de las personas infectadas, y de esta manera la discriminación asociada al VIH/SIDA estimula la propagación de la misma debido a que el miedo al rechazo social fomenta la ocultación de la infección y ésta dificulta el diagnóstico y el tratamiento haciendo además que en muchas ocasiones, continúen las prácticas de riesgo (Díaz & Cantillo, 2011).

Así mismo, estudios evidencian que los adolescentes conforman 20 % del total de la población mundial, de los cuales 85 % viven en países en desarrollo en donde se le ha dado poca importancia a los problemas propios de su generación y donde se evidencia que el número de adolescentes VIH/SIDA ha ido en aumento.

En los últimos años, la aparición y extensión de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y el alcance de la epidemia de las infecciones de transmisión sexual a nivel mundial y de sus consecuencias ha obligado a modificar criterios y enfoques

tanto clínicos como epidemiológicos y a establecer nuevas estrategias en la salud sexual y reproductiva. La estrategia más importante para el control de la ITS es la prevención y para ello se requiere de programas que proporcionen la información y asesoramiento y que incluyen la evaluación de los factores de riesgo y promoción de las opciones anticonceptivas adecuados de acuerdo con el comportamiento individual y de la pareja

Desde mediados de la década de 1970, la detección del virus en muestras de sangre almacenadas en Estados Unidos, junto con las descripciones de enfermedades similares al SIDA en África durante la misma época, sugiere esta década, o las décadas previas, como el periodo durante el cual el VIH empezó a aparecer en los seres humanos.

El VIH es un miembro de la familia de los retrovirus, que son pequeños virus con envoltura que contiene los virones o partículas víricas con dos copias de un genoma de ARN monocatenario. Los retrovirus se llaman así porque su genoma codifica la enzima retrotranscriptasa o transcriptasa inversa, capaz de transcribir el ADN y por tanto permite que el virus se integre en el genoma de la célula huésped. El ácido nucleico vírico y las enzimas de replicación están contenidos dentro de un core rodeado por las proteínas de la cápside. Esta a su vez está rodeada de una membrana lipídica, que está anclada internamente a las proteínas de la matriz vírica y cruzada por las glicoproteínas de la envoltura integral que protruye en el medio externo. Las respuestas de anticuerpos a las proteínas de la cápside, la matriz y la envoltura son detectables en el suero de los pacientes infectados (Pyne & Woodward, 2011).

La historia natural de la infección por el VIH consiste en una primo infección, asintomática o desapercibida en más de la mitad de los casos, seguida de un periodo latencia clínica de varios años en el que el virus sigue replicándose de forma activa en diversos compartimentos y en sangre periférica. En el siguiente periodo, la mayoría de los pacientes desarrolla infecciones oportunistas o neoplasias como consecuencia de una profunda inmunodepresión. A esta fase o periodo final se le denomina síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). La introducción de tratamientos antirretrovirales muy potentes a partir de 1996 ha conseguido restaurar parcialmente la inmunidad celular, retrasar considerablemente o evitar la progresión clínica y reducir de forma espectacular la mortalidad. Incluso en el mundo occidental, más del 30% - 50% de los pacientes se diagnostican en fases relativamente avanzadas de la enfermedad, lo que individualmente

empeora el pronóstico y colectivamente facilita la transmisión del virus (Farreras & Rozman, 2012).

El virus de Inmunodeficiencia Humano afecta a las células CD4 también denominadas células T o linfocitos T cooperadores, las cuales son encargadas de fabricar anticuerpos específicos para combatir los agentes patógenos que diariamente acceden al organismo. Paulatinamente las células CD4 invadidas van deteriorándose o muriendo de forma que el sistema inmunitario se debilita y el individuo queda indefenso frente a los agentes patógenos (Rodríguez & Mesa, 2011).

Los datos epidemiológicos disponibles en el mundo siguen indicando que existen solo 3 formas fundamentales de transmisión: sexual, a través de la sangre (especialmente por el consumo de drogas por vía intravenosa y las transfusiones) y la transmisión perinatal de la madre al niño. Las tres principales formas de transmisión son:

Sexual (acto sexual sin protección). Los contactos sexuales son la forma predominante de transmisión del VIH en todo el mundo, pero la distribución geográfica de los casos atribuibles a la transmisión heterosexual y homosexual varía de forma considerable. Mientras que la transmisión heterosexual representa la forma principal de extensión en África y en la mayoría de los países de Sudamérica y el Caribe, esta forma de transmisión explica una proporción pequeña (aunque creciente) de los casos de SIDA que se observan en Norteamérica y Europa, donde la transmisión sexual entre varones sigue representando la mayor proporción de casos de SIDA.

La probabilidad de contraer o transmitir la infección por el VIH a ciertos factores asociados con la exposición, como el número de parejas sexuales y la prevalencia de la infección en cada población. La transmisión sexual del VIH es relativamente ineficaz, pero existen factores biológicos y conductuales que aumentan el riesgo en cada contacto sexual. Por ejemplo se ha encontrado de forma constante que el sexo anal es más peligroso que el vaginal, que, a su vez, es más peligroso que el oral, y que la coexistencia de una ETS (sobre todo las que cursan con úlceras genitales) aumenta de forma considerable tanto la infectividad como la susceptibilidad. Los estudios longitudinales de cohortes bien diseñados y ejecutados realizados en África han contribuido a conocer el riesgo de transmisión de la infección por el VIH a través del coito (Mandell & Douglas & Bennett, 2012).

Parenteral (a través del consumo de drogas por vía intravenosa), entre los consumidores de drogas por vía intravenosa, el VIH se transmite por la exposición parenteral a sangre infectada por el virus a través de agujas y otros objetos contaminados utilizados para administrar la droga. Los factores específicos que se han asociado a la infección por el VIH entre los adictos a drogas por vía parenteral son el tiempo de consumo de la droga desde 1977, la frecuencia y el número de personas con las que se han compartido las agujas, el número de inyecciones, la mediana del número de inyecciones en zonas en las galerías de tiro y la prevalencia de la infección por el VIH en la zona en la que reside el consumidor. Las tasas de infección por el VIH varían mucho según la zona geográfica. En la mayoría de los estudios se han encontrado tasas más elevadas de infección por el VIH asociadas con la inyección de heroína y cocaína que con la inyección de heroína sola, quizá por la mayor frecuencia de inyección que se observa entre los consumidores de cocaína por vía intravenosa. Las malas condiciones socioeconómicas, vivir en la calle y pertenecer a un grupo racial minoritario son factores asociados con una mayor frecuencia de conductas de riesgo y con una tasa de infección por el VIH más elevada que los ADVP (adictos a drogas por vía parenteral).

Muchos adictos a drogas por vía parenteral han cambiado sus hábitos respecto a la forma de consumo para reducir el riesgo de contraer la infección. El tratamiento de las drogodependencias, los programas de asistencia social para personas que viven en la calle, los programas de distribución de agujas y jeringuillas, el aumento de la información sobre el SIDA y los programas de orientación y análisis del VIH han demostrado ser eficaces para disminuir, aunque no para eliminar, el riesgo de transmisión del VIH en estas poblaciones (Mandell & Douglas & Bennett, 2012).

Los receptores de sangre o hemoderivados procedentes de donantes infectados por el VIH que no han sido sometidos a pruebas de detección del virus tienen un riesgo muy elevado de contraer la infección. El VIH se ha transmitido a través de la sangre completa, componentes celulares sanguíneos, plasma y factores de coagulación. La probabilidad de resultar infectado a través de una transfusión con una muestra procedente de un único donante en el que se ha mentado la seropositividad para el VIH se aproxima al 100%. Otros productos sanguíneos o del plasma tales como la globulina inmune de la hepatitis B, la globulina sérica inmune, la globulina inmune Rh (D) y la vacuna de la hepatitis B, se elaboran mediante uno o varios procesos de fraccionamiento que inactivan el VIH, por lo

que el uso de estos productos no se ha asociado hasta la fecha con la transmisión de la infección.

Transmisión perinatal (transmisión vertical) del VIH de una mujer embarazada a su hijo puede producirse durante la gestación (transmisión intrauterina), en el momento del parto (transmisión intraparto) o después del parto a través de la lactancia. Se han producido avances significativos en la determinación de los factores de riesgo de transmisión del VIH durante estos 3 periodos, en el diagnóstico precoz y más fiable de la infección en el neonato y en la prevención de la transmisión perinatal mediante el uso de antirretrovirales. La existencia de la transmisión intrauterina viene demostrada por la detección del VIH tanto en los tejidos fetales en una fase tan precoz como las 8 semanas de gestación como en el tejido placentario in vivo e in vitro. Además, entre el 30% y el 50% de los lactantes infectados dan resultados positivos en la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y en los cultivos para el VIH al nacer, lo que también sugiere la transmisión intrauterina del virus. No se conoce la proporción de fetos que contraen la infección en cada uno de los trimestres del embarazo, pero la transmisión en las primeras fases de la gestación permitiría que la replicación del virus alcance un nivel suficiente para poder detectarlo mediante cultivo o PCR. El parto, tanto vaginal como mediante cesárea, se asocia a diferentes factores que pueden exponer al niño a la sangre y a secreciones cervicovaginales de la madre. Aunque en muchos estudios se han encontrado tasa de transmisión estadísticamente similares en el parto vaginal y en la cesárea, existen datos procedentes de meta análisis y estudios clínicos aleatorizados que indican que la cesárea programada reduce el riesgo de transmisión perinatal de VIH, incluso cuando se controla la variable uso de antirretrovirales en la madre.

- El VIH no se contagia:
- Al tocar, abrazar o saludar de mano a una persona infectada.
- No se propaga al toser, estornudar, compartir vasos ni platos, tocar sanitarios ni manijas de puertas.
- Ni las mascotas ni los piquetes de insectos como los mosquitos propagan el virus.

- El donar sangre no contagia tampoco el VIH. Esto se debe a que cada donador utiliza una aguja nueva, por ello, nunca tendrás contacto con la sangre de otra persona.

La mayoría de las personas que se han infectado por el VIH no lo saben ya que los síntomas no se manifiestan inmediatamente después de contraer el virus. Sin embargo, algunas desarrollan el "síndrome retroviral agudo" durante la seroconversión, una enfermedad parecida a la mononucleosis infecciosa, que causa fiebre, erupciones, dolor articular e inflamación de los nódulos linfáticos.

Una persona infectada por el VIH, independientemente de que tenga o no síntomas iniciales, es altamente contagiosa durante este periodo inicial. La única forma de determinar si el VIH está presente en el cuerpo es mediante pruebas para detectar anticuerpos del VIH o el propio VIH.

Una vez que el VIH ha provocado un deterioro progresivo del sistema inmunitario, la vulnerabilidad ante diferentes infecciones puede hacer visibles los síntomas.

El VIH se divide en diferentes etapas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en función de diversos indicios, síntomas, infecciones y cánceres.

- 11.** Etapas clínicas provisionales del VIH y el sida
- 12.** Infección primaria por el VIH: puede ser asintomática o manifestarse mediante el síndrome retroviral agudo.
- 13.** Etapa clínica I: asintomática o inflamación general de los nódulos linfáticos.
- 14.** Etapa clínica II: pequeñas pérdidas de peso, manifestaciones mucocutáneas leve e infecciones recurrentes de las vías respiratorias altas.
- 15.** Etapa clínica III: diarrea crónica sin causa aparente, fiebre persistente, candidiasis o leucoplaquia oral, infecciones bacterianas graves, tuberculosis pulmonar e inflamación necrotizante aguda en la boca. Algunas personas tienen sida en esta etapa.

16. Etapa clínica IV: incluye 22 infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH. Todas las personas que se encuentran en esta etapa tienen sida.

La mayoría de estas afecciones son infecciones oportunistas que se podrían tratar fácilmente en personas sin inmunodeficiencia.

Los síntomas que presenta una persona infectada sobre el Virus de Inmunodeficiencia humana son los siguientes:

- Fiebre o sudores nocturnos
- Diarrea.
- Tos.
- Falta de aire.
- Pérdida de peso involuntaria.
- Dolor de cabeza
- Fatiga
- Ganglios linfáticos hinchados (nódulos linfáticos)
- Dolor de garganta
- Sarpullido

El espectro de la infección por VIH oscila desde el estado asintomático hasta una inmunodepresión grave con infecciones, neoplasias y otras enfermedades secundarias también graves. La infección inicial o primo infección puede seguirse de un cuadro clínico agudo similar a la mononucleosis. Sus características, asociadas a la seroconversión, son fiebre, linfadenopatía, sudoración, mialgia, artralgia, exantemas, malestar general, letargo, dolor e irritación de garganta, anorexia, vómitos, diarrea, cefalea, fotofobia y ulceración de la piel y mucosas. Se ha informado de otras manifestaciones clínicas menos frecuentes: alteraciones neurológicas (por ejemplo meningitis aséptica, mielopatía, radiculopatías,

neuropatía periférica, síndrome de guillain – Barré), esofagitis por cándida y úlceras en piel y mucosa.

La frecuencia estimada de síntomas entre las personas con primoinfección es del 40-90%. Los síntomas y signos aparecen generalmente varios días o semanas después de la exposición. Una revisión exhaustiva sobre la primoinfección por el VIH demostró que el intervalo entre la exposición y la aparición de los síntomas oscila entre 2 y 4 semanas, y la duración del cuadro clínico es de entre 1 y 2 semanas. Sin embargo, el diagnóstico de infección aguda por el VIH se pasa por alto en muchas ocasiones. En 23 personas en riesgo de infección, el 87% presentaban síntomas y el 95% buscaron ayuda médica, pero a muy pocos se les realizó el diagnóstico correcto en la primera consulta.

El diagnóstico de infección aguda por el VIH no puede establecerse mediante las pruebas serológicas convencionales, que no detectan los anticuerpos hasta 3 semanas después de la infección inicial. El diagnóstico de laboratorio de la primoinfección por el VIH debe hacerse mediante análisis del ARN del VIH en el plasma, una prueba que tienen una sensibilidad del 100% y una especificidad del 97,4%. La prueba de detección de antígeno p24 es menos sensible (88,7%) pero más específica 100% que el análisis del ARN del VIH en el plasma para el diagnóstico de la primoinfección, y se utiliza actualmente para la detección sistemática en los donantes de sangre.

Después de la primoinfección, el riesgo de progresión de la enfermedad aumenta con el tiempo. Las diferencias que se observan en la velocidad de progresión pueden deberse a la vía de infección, tamaño del inóculo viral, patogenicidad de la cepa infectante y el estado inmunitario del huésped.

Dado que la historia natural de la infección por el VIH varía mucho de una persona a otra, es conveniente utilizar factores predictivos clínicos y de laboratorio de la progresión. La candidiasis oral, la leucoplasia oral vellosa y el herpes zoster grave y recidivante se asocian al aumento de la probabilidad de desarrollar SIDA. La cifra de linfocitos T CD4+ es el marcador de laboratorio más específico de la inmunodepresión asociada con la infección por el VIH y es un buen factor predictivo de la progresión de la enfermedad. Sin embargo, se ha observado que la cantidad de ARN del VIH en el plasma o en el suero (carga viral) es el mejor factor predictivo individual de progresión a SIDA y de muerte en las personas infectadas. Cuando la carga viral se combina con la cifra de linfocitos T

CD4+, el pronóstico es mucho más preciso, al tratarse de 2 parámetros fundamentales en la evaluación de la infección (Mandell & Douglas & Bennett, 2012).

El VIH prolifera de forma continua desde el momento en que infecta a un paciente. Cabe distinguir: a) una fase precoz o aguda, también llamada primoinfección, de varias semanas de duración; b) una fase intermedia o crónica, con replicación vírica y activa y latencia clínica, de varios años de duración, y c) una fase final o de crisis que clínicamente corresponderá a lo que se le denomina SIDA.

La fase precoz, infección aguda o primoinfección: la infección por el VIH se puede adquirir la por transmisión materno fetal y perinatal incluyendo la transmisión por leche materna, las transfusiones de sangre o derivados hemáticos contaminados, los trasplantes de órganos y tejidos de pacientes infectados, o a través de relaciones sexuales y el contacto directo con sangre (compartir jeringuillas). Globalmente la transmisión heterosexual es la más frecuente y la proporción varones/mujeres tiende a equilibrarse. El paciente infectado persistirá asintomático o presentará un cuadro clínico caracterizado por un síndrome mononucleósico (en aproximadamente el 30-60% de los casos aunque es fácil que pase desapercibido o se confunda con otro trastorno), acompañado generalmente por una erupción cutánea. A partir de las primeras horas del día de la infección, el VIH invade el tejido linfático donde alcanza concentraciones muy elevadas. Infectará y destruirá fundamentalmente los linfocitos CD4+ con fenotipo memoria y que expresan el correceptor CCR5. En pocos se producirá una depleción muy importante de estos linfocitos de los órganos linfoides secundarios (hígado, bazo y ganglios en equilibrio con la sangre periférica), y sobre todo de linfocitos CD4+ con fenotipo memoria, efectores y localizados en el tejido linfoide de las mucosas (especialmente la intestinal). Esta depleción masiva de células memorias efectoras de las mucosas es difícilmente reversible. Durante la primoinfección en el plasma se pueden alcanzar concentraciones muy altas de viriones circulantes cuya presencia puede demostrarse a través de la cuantificación de copias de RNA-VIH (carga viral) (2-6 semanas). Posteriormente con el tiempo aparecen los diferentes tipos de anticuerpos (1-3 meses), con escasa capacidad neutralizante y una reducción de la concentración de virus circulante debido fundamentalmente a la acción de los linfocitos T citotóxicos. A lo largo de este proceso agudo puede haber una inmunodepresión transitoria.

Fase intermedia o crónica. En esta fase, que generalmente dura varios años, persiste la actividad proliferativa vírica. En casi todos los pacientes es posible detectar y cuantificar la carga viral. En plasma se alcanza un nivel de equilibrio que depende de la tasa de producción vírica (en el tejido linfático fundamentalmente) y de la de destrucción por parte del sistema inmunitario (de la que el VIH puede escapar con relativa facilidad y rapidez al seleccionar mutantes probablemente preexistentes y pagar un precio relativamente bajo en términos de reducción de su capacidad replicativa, salvo en casos determinados genotipos HLA del hospedador). Este nivel de equilibrio tiene valor pronóstico, es estable durante periodos discretos de tiempo y es muy variable de un individuo a otro. Los pacientes suelen estar asintomáticos, con o sin adenopatías, y pueden presentar trombocitopenia (sobre todo en los drogadictos) o trastornos neurológicos centrales o periféricos. La probabilidad actuarial de que la infección dejada a su evolución natural progrese hacia estadios más avanzados se aproxima al 50-80% a los 10 años de producida la infección y no parece haber diferencias importantes entre los distintos subgrupos de pacientes afectados. Existen, no obstante, grandes variaciones individuales. La carga viral y en mayor medida la cifra de linfocitos CD4 son los mejores marcadores pronósticos de progresión clínica y mortalidad sino se efectúan intervenciones terapéuticas. El propio VIH o con mayor probabilidad la hiperactivación crónica del sistema inmunitario y la inflamación crónica es probablemente responsable de que se aceleren procesos fisiopatológicos asociados al envejecimiento, como el deterioro cognitivo, la arterioesclerosis o un incremento de determinados tipos de neoplasias.

La fase final o de crisis. El incremento de la actividad replicativa del virus coincide clínicamente con la aparición de una intensa alteración del estado general (wasting syndrome), de infecciones oportunistas, de ciertos tipos de neoplasias o de trastornos neurológicos. A partir de entonces se considera que el paciente padece un SIDA. El pronóstico a partir de este momento solía ser malo. La probabilidad de sobrevivir a los 2 años del diagnóstico del SIDA era en general inferior al 30-50%, y a los 3 años menor del 10-20%. Con los tratamientos antirretrovirales actuales (en general, combinaciones de tres o más medicamentos) se ha conseguido restaurar parcialmente la inmunidad celular, retrasar o detener la progresión y reducir la incidencia de infecciones oportunistas y mortalidad en más del 90%. Sin embargo, la esperanza de vida de los pacientes infectados por el VIH todavía es algo inferior a la de la población general de su misma edad y sexo.

Las causas de muerte, por el contrario, han cambiado y tienden a ser las mismas que las de la población general y las asociadas a coinfecciones como el virus C de la hepatitis y sus complicaciones.

La comprobación de un diagnóstico de infección por VIH se basa en la demostración del virus o sus proteínas, o en la detección de los anticuerpos que el infectado produce contra los distintos antígenos virales. Esto se logra de diversas formas y por métodos muy variados, cada uno con sus ventajas, limitaciones e indicaciones específicas. Pocos días después de ocurrida la infección puede detectarse en sangre la carga de virus circulante o el título de antígeno p24, los cuales caen a niveles séricos bajos, alrededor de la octava semana, simultáneamente con el incremento en el título de anticuerpos totales y específicos contra el VIH. Durante las primeras ocho horas a doce semanas siguientes a la infección no puede probarse la presencia de anticuerpos, por ello se llama a este intervalo, periodo de ventana inmunológica. Anticuerpos negativos después de tres meses son raros y las seroconversiones tardías, reportadas inicialmente, no fueron confirmadas.

El reconocimiento temprano de los infectados es uno de los primeros objetivos de la estrategia de prevención secundaria porque con ello se logra informar y educar al infectado sobre medidas de protección y ejercicio responsable de su sexualidad para cortar la cadena de transmisión e iniciar un tratamiento antiretroviral oportuno que prevenga el deterioro inmunológico y retarde las complicaciones. El médico que ofrece atención primaria tiene un papel esencial en los esfuerzos de salud pública en el abordaje de la epidemia, al brindar asesoría a las personas con riesgo de infección.

Para solicitar una prueba de VIH es necesario conocer las conductas que ponen a una persona en riesgo de infectarse o las condiciones clínicas asociadas a ésta. Poblaciones específicas son:

- Personas con conductas de riesgo, es decir quienes tienen relaciones sexuales sin protección, independiente de que se cataloguen como de riesgo.
- Hombres que tengan sexo con hombres, trabajadores de sexo, parejas de infectados o de personas con condiciones de riesgo de VIH, usuarios de sustancias psicoactivas, intravenosas, inhaladas o ingeridas; las primeras (heroína, morfina, etc.) por el riesgo

directo y las demás (licor, bazuco, éxtasis, etc.) porque favorecen la adopción de conductas de riesgo para adquirir la infección por vía sexual.

- Personas con condiciones clínicas asociadas a, según clasificación del VIH (Cuadro 1).
- Receptores de órganos y hemoderivados según las condiciones de seguridad del lugar donde fue transfundido. En las grandes urbes existen condiciones técnicas que permiten cumplir la legislación sanitaria para la transfusión de sangre segura, pero en zonas geográficas con graves conflictos socio- políticos y situaciones de guerra es difícil garantizar la transfusión de productos idóneos
- Personas con otras enfermedades de transmisión sexual.
- Mujeres gestantes o en edad reproductiva.
- Niños nacidos de madres infectadas o con riesgo de estado.
- Personas con riesgo ocupacional específico.

La prueba debe ser voluntaria y con previo consentimiento informado, según la legislación local; se debe garantizar la confidencialidad, la atención integral y la no discriminación si el resultado es positivo. La prueba obligatoria solo se hace a los donantes de órganos, leche materna y hemoderivados. La prueba de VIH para propósitos diferentes a conductas necesarias para la atención inmediata debe ser diferida hasta que el o la paciente esté en condiciones de dar el consentimiento.

Cuadro 1: Clasificación de la infección del VIH según Centros de Enfermedades Contagiosas (México, 2015).

CATEGORIAS INMUNOLOGICAS N° CD4	CATEGORIAS CLINICAS		
	A	B	C
CD4	A	B	C
>500 cel/mm ³	A1	B	C1
200-500 mm ³	A2	B2	C2
<200 u/L	A3	B3	C3
CATEGORIA A	CATEGORIA B	CATEGORIA C	
Infección asintomática	Síntomas constitucionales como fiebre y diarrea de más de un mes de duración	Candidiasis pulmonar o esofágica	
Linfadenopatía generalizada progresiva	Candidiasis oral o vaginal recurrente	Cáncer cervical	
Síndrome retroviral agudo	Trombocitopenia idiopática	Coccidioidomicosis	
	Enfermedad pélvica inflamatoria	Cryptococosis extrapulmonar	
	Leucoplasia vellosa oral	Cryptosporidiosis	
	Herpes Zoster	Citomegalovirus	
	Listeriosis	Encefalopatía VIH	
	Neuropatía periférica	Herpes simplex mucocutaneo > de un mes de duración	
	Angiomatosis Bacilar	Herpes pulmonar o bronquial	
		Histoplasmosis diseminada	
		Isosporiosis > de un mes	
		Sarcoma de Kaposi	
		Linfoma : Burkitt o primario de cerebro	
		Neumonía recurrente > de 2 episodios en un año	
		Salmonelosis (Bacteremia recurrente)	
		Leucoencefalopatía multifocal progresiva	
Mycobacterium avium o kansasii extrapulmonar tuberculosis			
Neumonía por Pneumocistis carinni			
Toxoplasmosis cerebral			
Enfermedad devastadora por VIH			

CD4_ linfocitos

Categoría 1. Linfocitos CD4 mayor o igual a 500/mm³ en número absoluto o bien CD4 mayor o igual al 29%.

Categoría 2. Linfocitos CD4 entre 200 y 499/mm³ o bien entre 14-28%.

Categoría 3. Linfocitos CD4 menor de 200/mm³ o bien CD4 menor del 14%.

Categoría A: Infección aguda asintomática

Categoría B: Infección sintomática

Categoría C: Procesos incluidos en la definición de SIDA

Los métodos para diagnosticar la infección por el VIH son de dos tipos, los que detectan anticuerpos contra el VIH, divididos en pruebas presuntivas y confirmatorias y aquellos que detectan el virus completo o sus proteínas como el cultivo, la cuantificación del antígeno p24 y la carga viral circulante. Estas últimas solo se emplean para diagnóstico en el recién nacido y en el síndrome retroviral agudo. La detección de anticuerpos es la prueba estandarizada para el diagnóstico de infección y requiere una prueba presuntiva, generalmente ELISA, la cual detecta anticuerpos totales contra el VIH y una prueba confirmatoria o Western-Blot; esta detecta anticuerpos específicos contra cada una de las proteínas virales. Existen criterios internacionales para la interpretación del Western-Blot, según las bandas reactivas así:

- Positivo cuando hay reactividad a dos de las tres bandas mayores: gp41+ gp160 o gp41+gp120 o p24+ gp160 o p24+ gp120.
- Negativo cuando no hay ninguna banda reactiva.
- Indeterminado cuando presenta cualquier banda pero no llena el criterio para definirlo positivo o negativo.

Todavía no se dispone de una curación para la infección por VIH, pero el advenimiento de fármacos que retrasan el desarrollo de la infección y el tratamiento apropiado de las complicaciones de la enfermedad han transformado la esperanza y la calidad de vida. El momento de iniciar el tratamiento es una decisión crítica que se basa en las valoraciones clínicas y de laboratorio. Unos conocimientos cada vez mayores sobre los componentes del VIH y su biología han permitido el desarrollo de tratamientos destinados a los diferentes estadios del ciclo vital del virus. El primer fármaco antirretroviral fue la azidotimidina (AZT), un inhibidor de la retrotranscriptasa, introducido en 1995. En años posteriores se siguió con fármacos similares y otros con un mecanismo de acción en los diferentes estadios de la replicación del virus.

En la práctica actual es característico administrar los fármacos en combinación, lo que ha dado lugar al término de tratamiento antirretroviral de gran actividad, o TARGA. Estos fármacos suelen dirigirse a la retrotranscriptasa y proteasa del VIH. Los diferentes fármacos se clasifican como nucleósidos y no nucleósidos inhibidores de la retrotranscriptasa; inhibidores de la proteasa e inhibidores potenciados de la proteasa. Las pautas típicas son combinaciones de tres fármacos que incluyen un inhibidor nucleósido y

uno no nucleósido de la retrotranscriptasa y un inhibidores de la proteasa/ inhibidor potenciado de la proteasa. Las pruebas recientes han sugerido que las combinaciones que incluyen un inhibidor no nucleósido retrotranscriptasa y un inhibidor potenciado de la proteasa consiguen una mayor disminución de la carga vírica y de las complicaciones infecciosas, al igual que una mayor supervivencia. En general el TARGA se acompaña de una mejoría pronunciada de los parámetros de laboratorio. Más del 80% de los pacientes presenta una disminución de la carga vírica incluso <50 copias/ml, así como mejoras espectaculares del recuento de CD4 y otros parámetros. La expansión inicial se observa para los linfocitos T CD4 de memoria y más tarde hay una repoblación en la sangre con linfocitos T CD4 nave, de alojamiento (homing) en los ganglios linfáticos.

FORMAS DE PREVENCIÓN: PREVENCIÓN MEDIANTE EL CONTACTO SEXUAL

- Usar el preservativo en TODAS las relaciones sexuales, ya sean de tipo vaginal, anal u oral.
- Retrasando el inicio de las relaciones sexuales
- Abstinencia sexual
- Teniendo relaciones sexuales solo con una persona (exclusividad sexual)
- Evitando el contacto de fluidos corporales infectantes (líquido preeyaculatorio, semen y fluidos vaginales).
- Practicar el sexo seguro, o sea sin penetración y solo a través de caricias, besos, abrazos, masturbación y eyaculación en piel sana.
- Practicar el sexo protegido, usando el condón masculino o femenino de forma correcta para evitar el contacto directo con los fluidos corporales infectantes.

PREVENCIÓN A TRAVÉS DE LA SANGRE

- Utilizar siempre material propio y estéril cuando se vaya a producir alguna lesión en la piel, por pequeña que sea.
- Tener cuidado con tocar sangre que puede estar contaminada.
- En las transfusiones solo usar sangre segura, libre del VIH y que haya sido analizada previamente.

- Recibir o donar solo órganos (riñón, córnea, corazón, médula ósea, hígado etc.) que hayan sido previamente analizados y que se encuentren libres del VIH.
- Utilizar siempre jeringas y agujas desechables esterilizadas y no compartirlas por ningún motivo.
- Si se realiza tatuajes y perforaciones asegúrese que sea en sitios autorizados y que el material utilizado sea desechable o estéril.

PREVENCIÓN PERINATAL

- Se aconseja la cesárea para evitar el paso por el canal del parto y el contacto con los fluidos vaginales y la gran cantidad de sangre de la madre.
- No dar lactancia materna al niño.
- Tratarse con un tratamiento específico para disminuir el riesgo de transmisión madre-hijo.
- Las mujeres infectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana deben tomar conciencia del riesgo para ellas, para el bebé y que a través del embarazo pueden infectar al ser en gestación a través de la placenta, parto y leche materna.
- Toda mujer embarazada que se considera sana, debe realizarse la prueba del VIH bajo consentimiento informado, y en caso de ser positiva pueda recibir el tratamiento adecuado.
- El embarazo no es una enfermedad, pero exige vigilancia médica para evitar complicaciones.
- Una mujer embarazada tiene 30% más de probabilidad de contagiar a su hijo, cuando no se toma en cuenta su estado de VIH positivo.
- Si toma medicamento y sigue adecuadamente el tratamiento, este riesgo se reduce en un 98%.

e. METODOLOGÍA

El estudio denominado Conocimientos sobre el Virus Inmunodeficiencia Humana/Sida en los adolescentes del colegio de bachillerato “Trece de Noviembre” de la parroquia Sabanilla- Celica - Loja, de tipo cualitativo, cuantitativo, descriptivo ya que permitirá determinar los conocimientos sobre el virus inmunodeficiencia humana/sida que tienen los estudiantes; y transversal ya que se lo realizará en un tiempo determinado.

El universo estará conformado por 232 estudiantes del Colegio de Bachillerato “Trece de Noviembre” de los cuales 95 son del sexo femenino y 137 son del sexo masculino y sus edades oscilan entre los 12 y 18 años.

Las variables que se medirán corresponde a adolescentes con su dimensión de etapas en la adolescencia e indicadores de edad y sexo; conocimientos del Virus de Inmunodeficiencia Humano con su dimensión referente a la clínica e indicadores de: métodos de prevención, vías de transmisión, signos y síntomas, consecuencias de la infección y sobre a quién acudirían los adolescentes por información relacionada con el Virus de Inmunodeficiencia Humano. (Anexo 1).

El método para la recolección de la información que se utilizará es la encuesta (anexo 2) dispuesto en dos partes, la primera parte con datos generales y la segunda parte con ítems correspondientes a las variables en estudio.

Recursos, en cuanto a los recursos tanto humanos, económicos, materiales y de suministros, con un presupuesto de 1200 dólares, autofinanciado.

El presente trabajo investigativo se lo llevará a cabo en un periodo de tiempo de septiembre 2016 a marzo 2017.

Las fuentes de información que se utilizarán para el desarrollo de la presente investigación serán fuentes o datos primarios a través del instrumento de recolección de datos que se obtendrán directamente de los participantes en la investigación y fuentes o datos secundarios que se las obtendrá de libros, revistas científicas y biblioteca virtual.

El análisis de los datos cuantitativos se interpretará en el contexto del marco teórico y serán presentados en gráficos realizados con el programa Excel. La interpretación (discusión) constituye una explicación de cómo los resultados encajan en el conocimiento existente.

Los resultados serán entregados al personal de la institución educativa, los mismos que servirán como mecanismo para implementar medidas preventivas con el fin de mejorar

el nivel de conocimientos acerca del VIH/SIDA a través de trípticos, los mismos que serán distribuidos en los adolescentes del Colegio de Bachillerato “Trece De Noviembre”.

La investigación está respaldada por artículos y revistas científicas actualizadas dándole una validez científica. El consentimiento informado garantizará que participante ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento. Por lo tanto se procederá a actuar con total responsabilidad, consideración y respeto hacia los estudiantes teniendo en cuenta la confidencialidad de la información recogida (Anexo 3).

f. CRONOGRAMA

PROYECTO: CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA/SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO DE BACHILLERATO TRECE DE NOVIEMBRE DE LA PARROQUIA SABANILLA-CELICA - LOJA

FECHA	SEPTIEMBRE / 2016	OCTUBRE / 2016	NOVIEMBRE/ 2016	DICIEMBRE / 2016	ENERO / 2017	FEBRERO/ 2017	MARZO / 2017
ACTIVIDAD							
CONSTRUCCIÓN DEL MARCO TEÓRICO							
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS							
ELABORACIÓN DEL PRIMER BORRADOR DEL PROYECTO							
ELABORACIÓN DEL SEGUNDO BORRADOR DEL PROYECTO							
ENTREGA DEL INFORME FINAL DEL PROYECTO							

g. MATERIALES, PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

El financiamiento de esta investigación será autofinanciada por el investigador contando con un presupuesto de 1200 dólares.

RECURSOS ACTIVIDAD	HUMANOS	MATERIALES	TÉCNICOS	FINANCIEROS
ELABORACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PROYECTO	INVESTIGADOR	Impresiones Internet	Programa de Word	100 150
RECOLECCIÓN DE DATOS	INVESTIGADOR USUARIOS HISTORIA CLINICA PERSONAL DE SALUD	Copias blanco- negro. Copias a color Transporte		150 150 245
ANÁLISIS DE LOS DATOS	INVESTIGADOR	Hojas de papel bon Lapiceros		50 10
Elaboración del primer borrador.	Investigador	Impresión Anillado	Programa de Word. Programa de Excel.	10 5
Elaboración del segundo borrado.	Investigador	Impresión Anillado	Programa de Word. Programa de Excel.	10. 5
Elaboración del tercer borrador.	Investigador	Impresión Anillado	Programa de Word. Programa de Excel.	10. 5
PRESENTACION DEL INFORME FINAL	INVESTIGADOR	Encuadernación. Material de empaste		150 150
Total				1200

Autora: Ana Vera

Fuente: Ana Vera

h. BIBLIOGRAFIA

Plan Nacional del Buen Vivir. (2013). Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES). Mejorar la calidad de vida. Quito, Ecuador. Recuperado de <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>

MSP. Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) (2012). Recuperado de: instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

Constitución de la República del Ecuador (2008). Capítulo sexto, derechos de libertad. Artículo 66. Recuperado de http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf

Prioridades de investigación en salud 2013-2017. Ministerio de Salud Pública. Áreas, líneas y sublíneas de investigación definidas. Recuperado de [https://www.ucuenca.edu.ec/images/facu_medicina/Investigacion/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017%20\(1\).pdf](https://www.ucuenca.edu.ec/images/facu_medicina/Investigacion/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017%20(1).pdf)

Correa, A & Velásquez, G. (2015). Enfermedades infecciosas. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida y virus de inmunodeficiencia humana. México. 642-669.

Organización Mundial de la Salud (2012). Adolescencia. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Mundial de la Salud. (2014). Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) Recuperado de: <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/>

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA, 2015). Datos epidemiológicos sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Recuperado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150901_FactSheet_2015_es.pdf

MSP. Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/sida (ONUSIDA) (2012). Informe país sobre la respuesta nacional al VIH Ecuador. Recuperado de <http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents//file,74992,es..pdf>

Centro Nacional para la prevención y el control del VIH y Sida (CENSIDA) (2012). ¿Qué es el Virus de Inmunodeficiencia Humana? Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/diamundial.html>

Secretaría del Plan Nacional sobre el sida (2013). Mortalidad por VIH/SIDA en España. Situación Epidemiológica. Madrid, España. 1-8. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/MortalidadXVIH2013.pdf>

Ministerio de Salud Pública (MSP) (2013). Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Recuperado de: <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/disminuir-casos-vih-sida-hasta-2015-es-objetivo-ecuador.html>

Mortalidad de VIH/SIDA En España. (2013). Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 4. Madrid-España.

Indacochea, J. (2014). Datos estadísticos del VIH/SIDA en Ecuador. Miembro del equipo de la Estrategia Nacional de Salud Pública para VIH/sida-ITS (Infecciones de Transmisión Sexual). Recuperado de <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/4/el-riesgo-de-contraer-vih-en-ecuador-es-del-1-infografia>

Moreno, M. (2015). Datos estadísticos del VIH/SIDA en Loja. analista de Vigilancia Epidemiológica del Distrito 11D01-Salud. Recuperado de <http://cronica.com.ec/informacion-2/ciudad/item/9322-43-casos-de-vih-sida-asistidos-en-distrito-loja>

Cardona, J., Hernández, J., & Suárez, G. &. (2015). Conocimientos actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA en estudiantes de educación media de Medellín (Vol. 11). Medellín -Colombia: Archivos de Medicina.

Mazo, Y., Domínguez, L., & Cardona, J. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas en adolescentes universitarios entre 15 y 20 años sobre VIH/SIDA en Medellín, Colombia. Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander. Núm.3, Vol.27. 35-45. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192014000300005

Sagaró, N., Gómez, M., Moraga, A., & García, Y. (2013). Conocimientos acerca del VIH/SIDA en Adolescentes de distintos niveles de enseñanza. Revista Medisan. Núm.8, Vol.18. 38-52. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_8_14/san11188.pdf

Zambrano, C., Uribe, L., García, K., Marengo, L., & Vega, J. (2013). Conocimientos sobre VIH y comportamientos en Salud Sexual y Reproductiva en una comunidad indígena de Antioquía. Revista de Investigaciones Andina. Núm.26, Vol.15. 640- 652. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v15n26/v15n26a03>.

Salas, R., Castro, D., Lozano, M., Gómez, N., & Rojas, C. (2011). Conocimientos y actitudes de los estudiantes universitarios Costarricenses con respecto al VIH/SIDA. *Revista Ciencias Sociales*. Núm.131-132, Vol. I-II. 27-36. Recuperado de: <http://www.revistacienciasociales.ucr.ac.cr/wp-content/revistas/131-132/02>

Díaz, C., Uribe, L., García, K., Marengo, L., & Vega, J. (2011). Conocimientos sobre VIH/SIDA en Adolescentes de una Universidad en Cartagena - Colombia. *Revista hacia la Promoción de la Salud*. Núm.2, Vol.19. 38-52. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v19n2/v19n2a04>.

Gómez, E., & Cogollo, Z. (2011). Conocimiento sobre VIH-SIDA en estudiantes de secundaria de Cartagena, Colombia. *Revista Salud Pública*. Núm.5, Vol.13. 778-784. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n5/v13n5a06.pdf>

Objetivos de Desarrollo del Milenio. (2015). Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Nueva York. Recuperado de: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf

Seguranyes, G. (2012). La pubertad. *Enfermería Pediatría I*. Barcelona, España: Ediciones DAE.

Ruíz, M., Martínez, M & González, P. (2012). La adolescencia. *Enfermería Pediatría I*. Barcelona, España: Ediciones DAE.

Pyne, D & Woodward, M. (2011). Inmunología Básica y Clínica. *Virus de inmunodeficiencia humana y Sida*. Barcelona, España. Segunda edición. Consultoría editorial. 283-291.

Farreras, P & Rozman, C. (2012). Medicina Interna. *Infecciones causadas por los virus de la inmunodeficiencia humana tipos 1 y 2*. Barcelona, España. Decimoséptima edición. 2298-2310.

Rodríguez, J & Mesa, P. (2011). Manual de psicopatología clínica. *Virus de la inmunodeficiencia humana*. Madrid, España. Ediciones pirámide.

Mandell, G., Bennett, J & Douglas, R. (2012). Enfermedades infecciosas. *Síndrome de inmunodeficiencia adquirida*. Barcelona, España. Séptima edición.

Mariño, R., & Santoya, A., (2013). Intervención Educativa sobre el VIH/SIDA. *Revista Humanidades Medicas*. Núm.3, Vol.13. 622-638 Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202013000300004&script=sci_arttext

i. ANEXOS

ANEXO 1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

PROYECTO: CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA/SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO DE BACHILLERATO TRECE DE NOVIEMBRE DE LA PARROQUIA SABANILLA-CELICA – LOJA.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
VARIABLE INDEPENDIENTE Adolescentes La adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica (OMS, 2012)	Etapas de la adolescencia	Edad de los adolescentes del colegio de Bachillerato Trece de Noviembre	Adolescencia inicial o temprana de 10 a 14 años (OMS, 2012). Adolescencia media de 15 a 19 años (OMS, 2012). Adolescencia tardía de 20 a 24 años (OMS, 2012).
		Sexo	Masculino () Femenino ()
VARIABLE DEPENDIENTE Conocimientos sobre el VIH El VIH infecta varias células del organismo, pero especialmente la línea de linfocitos T ayudadores (CD 4), causando una infección latente que en varios años produce el deterioro cuantitativo y cualitativo del sistema inmunológico, dando como resultado el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida universalmente conocido como SIDA (Correa, 2015).	Clínica	Conoce sobre los métodos de prevención del Virus de inmunodeficiencia humana (VIH).	() Usar condón solamente cuando tenga sexo con desconocidos. () Tener una sola pareja sexual. () Usar condón en todas las relaciones sexuales. () Aislando a las personas enfermas () Selección adecuada del compañero sexual. . () Usar dos condones. () Vacunándose.
		Identifique las vías de transmisión del VIH.	() A través del beso. () Por contacto sexual sin protección. () Al compartir prendas de vestir. () De la madre con VIH embarazada al feto. () Al usar baños públicos. () Al compartir agujas para inyectarse droga y tatuarse. () Vivir en la misma casa de un enfermo de sida. () Por transfusiones de sangre contaminada. () A través de la lactancia materna.
		Conoce sobre los signos y síntomas de Virus de inmunodeficiencia humana.	() Fiebre o sudores nocturnos () Diarrea. () Aumento de peso. () Falta de aire. () Pérdida de peso involuntaria. () Dolor de cabeza () Fatiga () Ganglios linfáticos hinchados (nódulos linfáticos) () Dolor de garganta () Erupción cutánea
		Conoce sobre las consecuencias del Virus de inmunodeficiencia humana.	() Padecer infecciones respiratorias y genitales frecuentes. () Sentirse marginado, excluido y solo. () Tener problemas con la familia. () Tener una vida limitada. () No poder tener pareja. () La muerte. () Mantenerse internado en un lugar para enfermos de sida. () Desarrollar algún tipo de cáncer. () Tener hijos con VIH/sida.

Fuente: Mariño & Santoya 2013.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA

ANEXO 2

PROYECTO: CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIRUS INMUNODEFICIENCIA
HUMANA/SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO DE BACHILLERATO
TRECE DE NOVIEMBRE DE LA PARROQUIA SABANILLA-CELICA –LOJA

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS: ENCUESTA

3. DATOS GENERALES

N°

Edad:

Sexo:

- Masculino ()
- Femenino ()

4. DATOS ESPECIFICOS

1. Marque con una "X" cuáles son los métodos que conoce para evitar la infección por el VIH/sida.

- a. __ Usar condón solamente cuando tenga sexo con desconocidos.
- b. __ Tener una sola pareja sexual.
- c. __ Usar condón en todas las relaciones sexuales.
- d. __ Selección adecuada del compañero sexual.
- e. __ Aislando a las personas enfermas.
- f. __ Usar dos condones.
- g. __ Vacunándose.

2. Marque con una "X" las vías de transmisión del VIH/sida.

- a. __ A través del beso.
- b. __ Por contacto sexual sin protección.
- c. __ Al compartir prendas de vestir.
- d. __ De la madre con VIH embarazada al feto.
- e. __ Al usar baños públicos.
- f. __ Al compartir agujas para inyectarse droga y tatuarse.
- g. __ Vivir en la misma casa de un enfermo de sida.
- h. __ Por transfusiones de sangre contaminada.
- i. __ A través de la lactancia materna.

3- Marque con una "X" los síntomas que usted conoce sobre el Virus de inmunodeficiencia humano.

- a. __ Fiebre o diaforesis nocturna
- b. __ Diarrea.
- c. __ Aumento de peso.
- d. __ Falta de aire.

- e. Pérdida de peso involuntaria.
- f. Dolor de cabeza
- g. Fatiga
- h. Ganglios linfáticos hinchados (nódulos linfáticos)
- i. Dolor de garganta
- j. Erupción cutánea

4- Marque con una "X" ¿Cuáles consecuencias de la infección por VIH/sida usted conoce?

- a) Padecer infecciones respiratorias y genitales frecuentes.
- b) Sentirse marginado, excluido y solo.
- c) Tener problemas con la familia.
- d) Tener una vida limitada.
- e) No poder tener pareja.
- f) La muerte.
- g) Mantenerse internado en un lugar para enfermos de sida.
- h) Desarrollar algún tipo de cáncer.
- i) Tener hijos con VIH/sida.

¡¡Gracias por su colaboración!!



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA**

ANEXO 3

**PROYECTO: CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIRUS INMUNODEFICIENCIA
HUMANA/SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO DE BACHILLERATO
TRECE DE NOVIEMBRE DE LA PARROQUIA SABANILLA-CELICA –LOJA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

N°.....

**DIRIGIDA A LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO DE BACHILLERATO TRECE
DE NOVIEMBRE DE LA PARROQUIA SABANILLA-CELICA –LOJA.**

Fecha: -----

Edad: -----

Sexo: -----

Cedula de identidad: -----

Como estudiante de la Carrera de Enfermería y autora del proyecto CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA/SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO DE BACHILLERATO TRECE DE NOVIEMBRE DE LA PARROQUIA SABANILLA-CELICA –LOJA, previo a la obtención del título de licenciada en enfermería, solicito muy comedidamente se sirva responder el siguiente cuestionario, reiterando que la información proporcionada por usted es totalmente confidencial, los resultados obtenidos de esta investigación servirán para emprender en el desarrollo de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

FIRMA

CI.: