

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**Conocimiento sobre VIH / SIDA en adolescentes de la
Institución Educativa 20527 América Sullana. octubre-
diciembre 2017.**

Tesis para obtener el título profesional de licenciada en Obstetricia

Autora:

Mendoza Tavera Laskhmy Lorent

Asesora:

Mg. Campos Zapata Mary Ynés

Sullana – Perú

2018

Palabras clave:

Español

Tema:	VIH / SIDA Conocimiento Adolescentes
Especialidad	Obstetricia

English

Topic	HIV/AIDS Knowledge Teenagers
Specialty	Obstetrics

Línea de investigación:

Área: Ciencias Médicas de Salud

Sub área: Ciencias de la Salud

Disciplina: Ciencias Socio Biomédicas

**Conocimiento sobre VIH / SIDA en adolescentes de la
Institución Educativa 20527 América Sullana. Octubre-
diciembre 2017.**

DERECHO DE AUTOR

Se reserva esta propiedad intelectual y la información de los derechos de la autora en el **DECRETO LEGISLATIVO 822** de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, sólo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener la autorización de quien suscribe.

La Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro ha tomado las **precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación.**

Atentamente.

Bach. Obstetricia. Laskhmy Lorent Mendoza Tavera

PRESENTACIÓN

En el desarrollo de las actividades académicas para la formación profesional de los estudiantes de la carrera Profesional de Obstetricia, se encuentra la de realizar trabajos de investigación a nivel de pre grado con el propósito de obtener el título Profesional, en tal sentido, se pone a disposición de todos los miembros de la comunidad universitaria y extrauniversitaria el presente informe de investigación titulado: **“Conocimiento sobre VIH / SIDA en Adolescentes de la Institución Educativa 20527 América Sullana. Octubre-diciembre 2017”**. El presente informe de investigación cumple con los requisitos exigidos por el reglamento de grados y títulos de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad San Pedro.

En este informe, el primer capítulo corresponde a la introducción, se muestran los antecedentes relacionados con las variables de estudio, así como también se describe el problema en la cual se expone el planteamiento, delimitación y origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, antecedente del estudio, base teórica, definición y operacionalización de las variables; en el segundo capítulo se expone material y métodos, donde se presenta el nivel, tipo y método, área de estudio, población, técnica e instrumento, plan de recolección de datos, plan de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos, en el tercer capítulo se muestran los resultados tabulados estadísticamente y agrupados en tablas simples y de doble entrada, con el propósito de poder analizarlos posteriormente, así como también se presentan sus respectivas expresiones gráficas para poder visualizar las tendencias obtenidas es este estudio y la discusión de los resultados; en el cuarto capítulo se considera las conclusiones y recomendaciones y por último se presenta las referencias bibliográficas y anexos correspondientes.

INDICE

PALABRA CLAVE	ii
LINEA DE INVESTIGACION	iii
TITULO	iv
DERECHO DE AUTORIA	v
PRESENTACION	vi
INDICE	vii
TABLAS	viii
GRAFICOS	ix
RESUMEN	x
ABSTRAC	xi
1. INTRODUCCION	1-33
2. METODOLOGIA	34-37
3. RESULTADOS	38-49
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	50-55
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	56-57
DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO	58-59
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	60-62
ANEXOS Y APENDICE	63-82

INDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N°01: Conocimiento sobre VIH/SIDA en los adolescentes de la institución educativa 20527 América – Sullana.	38
TABLA N°02: Conocimiento sobre VIH/SIDA en los adolescentes según edad.	40
TABLA N°03: Conocimiento sobre VIH/SIDA en los adolescentes según sexo.	42
TABLA N°04: Conocimiento sobre VIH/SIDA en los adolescentes según religión.	44
TABLA N°05: Conocimiento sobre VIH/SIDA en los adolescentes según lugar de procedencia.	46
TABLA N°6: Conocimiento sobre VIH/SIDA en los adolescentes según grado de estudio.	48

INDICE DE GRÁFICOS

		Pág.
GRÁFICO N°01:	Conocimiento sobre VIH/SIDA en los adolescentes de la institución educativa 20527 América-Sullana.	38
GRÁFICO N°02:	Conocimiento sobre VIH/SIDA en los adolescentes según edad.	40
GRÁFICO N°03:	Conocimiento sobre VIH/SIDA en los adolescentes según sexo.	42
GRÁFICO N°04:	Conocimiento sobre VIH/SIDA en los adolescentes según religión.	44
GRÁFICO N°05:	Conocimiento sobre VIH/SIDA en los adolescentes según lugar de procedencia.	46
GRÁFICO N°6	Conocimiento sobre VIH/SIDA en los adolescentes según grado de estudio.	48

RESUMEN

La presente investigación se realizó, con el Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento sobre VIH / SIDA en los adolescentes de la Institución Educativa 20527 América - Sullana. Octubre – Diciembre 2017. Material y Métodos: Se tomó como Universo-muestral a 64 alumnos de 4to y 5to año de secundaria de la institución educativa 20572 América. El método de investigación fue descriptivo; con enfoque cuantitativo y de corte transversal. Se utilizó la técnica de la encuesta y el instrumento un cuestionario elaborado por la autora del estudio con la confiabilidad estadística de alfa de Cronbach y Pearson. Los resultados mostraron que la mayoría de los estudiantes presentaron nivel de conocimiento regular (62,5%), según edad predominó 15 años con conocimiento regular (21,9%) de la muestra, el sexo femenino es el que predomina y su nivel de conocimiento fue regular con (34,4%), con respecto a religión tuvieron conocimiento regular con (32,8%) quienes profesan la religión católica, según lugar de procedencia el nivel de conocimiento con mayor porcentaje fue regular con (57.8%) los que pertenecían a Sullana, predominó el estado civil soltero y el nivel de conocimiento fue regular con (59,4%), finalmente según el grado de estudio la mayoría pertenecen al 4to año de secundaria y tuvieron conocimiento regular (39,1%). Concluyendo que La mayoría de los adolescentes de 4to y 5to año de secundaria de la I.E. 20527 América – Sullana, presentan un nivel de conocimiento regular (62,5%) sobre VIH/SIDA, 23,4% poseen nivel de conocimiento malo y sólo 14,1% de los estudiantes presentan un nivel de conocimiento bueno.

Palabras clave: Conocimiento- VIH/SIDA- Adolescentes

ABSTRACT

The present investigation was carried out, with the objective: Determine the level of knowledge about HIV/AIDS in the students of the Educational Institution 20527 America – Sullana. October - December 2017, material and methods: It was taken as Universe-sample to 64 students of 4th and 5th year of secondary of the educational institution 20572 America, the research method is descriptive; with quantitative and cross-sectional approach. The survey technique was used and the instrument was a questionnaire prepared by the author of the study with the statistical reliability of Cronbach and Pearson's Alpha. The results show that the majority of students present a level of regular knowledge (62,5%), according to age, 15 years with regular knowledge predominate (21,9%) of the sample, the female sex prevails and their level of knowledge is regular with (34,4%), with respect to religion they have regular knowledge with (32.8%) which profess the catholicreligi3n, according to place of origin the level of knowledge with the highest percentage is regular with (57.8%) those that come from Sullana, the single marital status predominates and the level of knowledge is regular with (59.4%), finally, according to the degree of study, the majority belong to the 4th year of secondary school and have regular knowledge (39.1%), concluding that Most adolescents of 4th and 5th year of high school of the I.E. 20527 America - Sullana, have a regular level of knowledge (62.5%) on HIV / AIDS, 23.4% have a bad knowledge level and only 14.1% of students have a good level of knowledge.

Keywords: Knowledge – HIV/AIDS- Teenagers

1. INTRODUCCIÓN

La motivación por el presente estudio se centra en aspectos relacionados al cuidado del adolescente, en el campo de la promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva, siendo salud no solo un derecho de cada ser humano, sino que constituye una obligación moral, tanto del estado como de la sociedad, participando activamente en mejorar el nivel de conocimiento de los adolescentes para prevenir enfermedades la transmisión sexual como es el VIH/SIDA.

La población adolescente va en aumento y por lo tanto existe una mayor demanda de programas educativos preventivos promocionales, es necesario que el grupo etario adolescente reciba atención de calidad, conociendo su problemática real; con esta motivación se realiza la investigación que busca identificar el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA en adolescentes.

Los resultados obtenidos de la presente investigación serán útiles porque contribuirá con conocimientos acerca del VIH/SIDA, lo cual será útil para que los futuros obstetras elaboren programas con énfasis en el área preventivo promocional, impulsando la participación de los adolescentes, fomentando la concientización de conductas y/o prácticas sexuales seguras saludables y porque no responsables.

La investigación se ha estructurado en cinco capítulos: Capítulo1 referido a introducción y marco referencial; Capítulo 2 referido a la metodología de la investigación; Capítulo 3 los resultados obtenidos; Capítulo 4 el análisis y discusión de los resultados y el Capítulo 5 las conclusiones y recomendaciones. Finalmente se citan las referencias bibliográficas y anexos.

1.1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

1.1.1 Antecedentes

La maduración sexual cada vez más temprana en los adolescentes los lleva a la búsqueda de relaciones sexuales como inicio de la vida sexual activa, esta característica los condiciona a mantener un comportamiento arriesgado. Al mismo tiempo están mal informados sobre cómo proteger su salud sexual a menudo cuentan con menos información, menos experiencia y menos facilidades para acceder a servicios de planificación familiar y salud reproductiva; por ello la educación sexual constituye una en la sociedad y ha recibido cada vez mayor atención pública a partir del reconocimiento del efecto negativo que tienen las prácticas sexuales con la finalidad de concientizar y/o fomentar actitudes sexuales responsables de esta manera disminuir el riesgo de contagio de VIH/SIDA.

Cortijo & Condor. (2010). En su investigación titulada: *Conocimiento sobre el VIH/Sida En Adolescentes. Piura, 2010.* El presente trabajo de investigación de tipo cuantitativo, descriptivo simple y de corte transversal, concluyeron que la mayoría de los adolescentes de secundaria de la I. E. Mixta de la PNP "Bacilio Ramírez Peña - Piura 2010, presentan un nivel de conocimiento regular sobre signos y síntomas del VIH/SIDA y en menor porcentaje presentan un nivel de conocimiento entre deficiente y bueno, más de la mitad de los adolescentes en estudio, presentan un nivel de conocimiento bueno sobre formas de transmisión del VIH/SIDA y aproximadamente la mitad presentan nivel de conocimiento entre regular y deficiente, además la mayoría de adolescentes presentan un nivel de conocimiento regular con respecto a las formas de prevención del VIH/SIDA y en menor porcentaje presenta un nivel de conocimiento entre eficiente y bueno y finalmente la mayoría de adolescentes de secundaria de la I. E. Mixta de la PNP "Bacilio Ramírez Peña" presentan un nivel de conocimiento regular sobre VIH/SIDA y en menor porcentaje un nivel de conocimiento entre deficiente y bueno.

Pasapera & Chuyes. (2010). En su presente investigación denominada: *Conocimiento sobre VIH/SIDA en adolescentes. Sullana, 2010.* Investigación de tipo cuantitativa, de corte transversal y diseño descriptivo simple, concluyeron que la mayoría de los adolescentes de secundaria de la I. E. "Víctor Raúl Haya de la

Torre” - Sullana, presentan un nivel de conocimiento regular sobre signos y síntomas del VIH/SIDA y en menor porcentaje presentan un nivel de conocimiento entre deficiente y bueno, además la mayoría de los adolescentes en estudio, presentan un nivel de conocimiento bueno sobre formas de transmisión del VIH/SIDA y en menor porcentaje presentan nivel de conocimiento entre regular y deficiente, también los adolescentes presentan un nivel de conocimiento regular con respecto a las formas de prevención del VIH/SIDA y en menor porcentaje presenta un nivel de conocimiento entre deficiente y bueno y finalmente la mayoría de adolescentes de secundaria de la I. E. "Víctor Raúl Haya de la Torre” - Sullana, presentan un nivel de conocimiento bueno sobre el VIH/SIDA y en menor porcentaje un nivel de conocimiento entre deficiente y regular a nivel general.

Carrillo & Muñoz. (2010). En su investigación titulada: *Nivel de conocimiento sobre las medidas de prevención del VIH/SIDA en los alumnos del colegio nacional San Camilo de la ciudad de Quevedo, durante el segundo semestre del 2010.* Ecuador. Investigación de tipo descriptivo y explicativo, concluyeron que el estudio demuestra que existen deficiencias en adolescentes sobre conocimientos del VIH – SIDA y que es necesario elaborar un programa educativo exclusivo de VIH/SIDA tomando en cuenta los factores culturales del sector e informales a los jóvenes continuamente sobre la vulnerabilidad ante esta patología.

Gomez, E. (2011). En su investigación: *Conocimiento sobre VIH-SIDA en estudiantes de secundaria de Cartagena, Colombia.* La presente investigación de tipo transversal, concluyó que los estudiantes de secundaria de Cartagena presentan un bajo conocimiento sobre el VIH-SIDA, además el nivel es superior en estudiantes de media vocacional y de colegios privados, también en esta institución se necesita más investigación y fortalecer la formación en educación de salud sexual y reproductiva.

Rafael & Ruiz. (2011). En su presente investigación titulada: *Conocimientos, comunicación, actitudes y prejuicios acerca de la sexualidad y el VIH/SIDA en alumnos del 4º y 5º año de educación secundaria del colegio “Fe y Alegría” la Era, Luriganchos Chosica, 2011.* Investigación de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, concluyó que los alumnos en relación al nivel de conocimiento, 53.1%

tiene un nivel de conocimiento indiferente sobre sexualidad y al VIH-SIDA, en cuanto al nivel de comunicación respecto a sexualidad y a VIH-SIDA, mayoritariamente tienen un nivel indiferente, respecto al nivel de actitudes, 14.8% de los alumnos tiene una actitud medianamente inadecuada y 28.4% tiene una actitud negativa respecto a la sexualidad y al VIH-SIDA, finalmente en cuanto al nivel de prejuicios 14.8% tiene prejuicios poco adecuados y 39.5% es indiferente.

Sarduy, M. (2012). En su investigación: *Nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en estudiantes de secundaria básica*. Cuba. La presente investigación de tipo descriptiva y transversal, concluyó que en los estudiantes de enseñanza media del municipio Santa Clara predomina un buen nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA, la escuela, los profesionales de la salud en especial los miembros de la Red ENSI y el GPSIDA en la provincia y la familia fueron identificados como los principales proveedores de información al respecto.

Arrasco & Gonzales. (2012). En su investigación: *Relación entre el Nivel de Conocimientos y las Prácticas Preventivas sobre Infecciones de Transmisión Sexual VIH-SIDA en estudiantes del 5º año de secundaria de la I.E. Juan Miguel Pérez Rengifo. Junio-Agosto 2012* Tarapoto. Investigación de tipo descriptivo, correlacional y transversal, concluyeron que el nivel de conocimientos sobre ITS-VIH/SIDA no tiene una relación directa ($p > 0.05$) con la práctica preventiva; dentro de las características socio demográficas predominantes de la población de estudio son: edad promedio es de 16 años (62.3%), sexo masculino (57.1%), viven en zona urbana (87%), soltero (97.4%); además, el nivel de conocimiento es medio (74.0%), y las prácticas adecuadas (64,9%); concluyendo que un conocimiento medio determina práctica adecuada en nuestra población de estudio.

Artica, T. (2012). En su investigación titulada: *Conocimiento y comportamientos sexuales relacionados al VIH/SIDA en adolescentes del 4º y 5º año de educación secundaria de la I.E.N. José Abelardo Quiñones del Anexo Palian, Distrito de Huancayo, 2012*. La presente investigación de tipo cuantitativo, nivel descriptivo y de corte transversal, concluyó que en general los adolescentes de 4º y 5º año de educación secundaria de la institución educativa José Abelardo Quiñones desconocen sobre el VIH/SIDA, mostrando comportamientos sexuales de riesgo para su transmisión, el mayor porcentaje de los adolescentes desconoce los

conceptos y formas de transmisión del VIH/SIDA, sin embargo, un mayor porcentaje conocen las medidas de prevención.

Cecilio & Quiroz. (2012). En su investigación denominada: *Nivel de conocimientos, factores de riesgo y medidas de prevención sobre VIH/SIDA en estudiantes adolescentes de dos instituciones educativas en la ciudad de Lima, 2012*; Investigación de tipo observacional, de diseño analítico, comparativo; concluyó que en cuanto al nivel de conocimiento acerca del VIH/SIDA, se obtuvo que ambas instituciones educativas calificaron como regular, en cuanto a conocimientos sobre los factores de riesgo, los estudiantes de la institución educativa nacional tuvieron la calificación de bueno, y los de la institución particular tuvieron la calificación regular, acerca de los conocimientos sobre las medidas de prevención del VIH/SIDA, en la institución educativa nacional se obtuvo regular, mientras que la institución educativa particular recibió la calificación de bueno.

Rudas, G. (2012). En su investigación denominada: *Conocimiento y conductas sexuales relacionadas al VIH/SIDA en adolescentes 4° y 5° año de secundaria de la I.E.N. José María Arguedas, distrito de Chilca-Huancayo, 2012*. La presente investigación de tipo cuantitativo, nivel descriptivo y corte transversal, concluyó que la mayoría de adolescentes de 4° y 5° de secundaria de la I.E.N. José María Arguedas conocen sobre el VIH/SIDA y muestran comportamientos sexuales sin riesgo para la transmisión del VIH.

Lopez & Ruiz (2015). En su investigación titulada: *Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de noviembre de 2015*. Nicaragua. La presente investigación de tipo descriptivo y de corte transversal, concluyeron que el nivel de conocimientos de la población en estudio fue bueno en 73.4% de los encuestados se observa predominio del grupo de edad entre 15 a 19 años, del sexo femenino, solteros, católicos y entre 1° y 2° año de secundaria, respecto a la actitud frente al VIH/SIDA esta fue favorable en 78.1% de los adolescentes, el nivel de prácticas sobre el VIH/SIDA fue malo en 64.2% de los encuestados y la principal fuente de

información sobre VIH/SIDA es el Internet y con quienes mayormente hablan del tema es con sus amistades.

Baca & Hidalgo (2015). En su investigación titulada: *Conocimientos, Percepciones y Prácticas relacionadas a VIH/SIDA en adolescentes de un distrito de Lambayeque-Perú*. La presente investigación de tipo descriptivo, transversal con análisis exploratorio, concluyeron que el mayor porcentaje de adolescentes del 4to y 5to año de educación secundaria de la I. E. José Abelardo Quiñones desconocen sobre el VIH/SIDA, mostrando comportamientos sexuales de riesgo para la transmisión del VIH, la principal fuente de obtención de información fueron las clases en el colegio.

Bernardino & Quiroz (2015). En su investigación: *Conocimiento y Actitudes Sexuales relacionados Al VIH/ SIDA en adolescentes del Politécnico Regional, Huancayo*. La presente investigación de tipo descriptiva, corte transversal y diseño no experimental, concluyeron que la mayoría de los adolescentes del quinto de secundaria no tienen muchos conocimientos sobre el VIH/SIDA; por lo tanto, se puede deducir que el 62 % de adolescentes del presente estudio muestran actitudes desfavorables hacia el VIH/SIDA.

Pacheco & Erreyes. (2017). En su investigación titulada: *Conocimientos y Prácticas Sobre VIH-SIDA en estudiantes: Unidad Educativa César Dávila Andrade. Cuenca, 2017*. Ecuador. Investigación de tipo descriptivo, transversal, concluyeron que la población de estudio estuvo constituida por 186 estudiantes que cursan de primero a tercero de bachillerato con más de 17 años, siendo mayoritariamente de sexo femenino, frecuentemente solteros y de residencia urbana, además los conocimientos sobre VIH/SIDA son deficientes al no conocerse sobre la enfermedad, sus síntomas y formas de contagio; las relaciones sexuales junto con las transfusiones sanguíneas son consideradas como las principales vías de contagio; las campañas de prevención, la institución educativa y el internet son las fuentes de conocimiento sobre la enfermedad, siendo las primeras relaciones sexuales entre los 14 y 16 años, su primera pareja es el novio/a, actualmente con más de tres parejas sexuales; aunque conocen la importancia del preservativo no

fue utilizado durante la primera relación sexual ni actualmente y más de la tercera parte considera necesaria mayor información sobre el tema.

Cunyas, D. (2017). En su investigación titulada: *Nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA de los estudiantes de la Institución Educativa Estatal Andrés Bello de Pilcomayo – Huancayo 2017*. La presente investigación de tipo observacional, prospectiva, transversal y descriptiva; concluyó que el nivel de conocimiento sobre VIH-SIDA fue bueno en 75%, 46.9% de estudiantes del sexo masculino tuvieron buen nivel de conocimiento sobre el tema; mientras que ningún varón y 25% de las mujeres tuvieron mal nivel de conocimiento; además 3.1% de estudiantes de 11 a 14 años y 71.8% de 15 a 19 años tuvieron buen nivel de conocimiento sobre VIH-SIDA, respectivamente; mientras que ninguno del primer grupo y 25.1% del segundo grupo tuvieron mal nivel de conocimiento, finalmente, 71.9% de estudiantes que proceden de zona urbana y 3.1% de los que proceden de la zona urbano marginal tuvieron un buen nivel de conocimiento sobre VIH-SIDA, respectivamente.

1.1.2 Fundamentación científica

Base teórica.

Con la finalidad de tener un sustento científico para el presente tema a continuación se fundamenta con las siguientes bases conceptuales.

1.5.1 VIH/SIDA: Historia

El SIDA se describió por primera vez en 1981, cuando algunos hombres jóvenes hasta ese momento sanos – principalmente adultos que vivían en zonas urbanas de los Estados Unidos – empezaron a ser víctimas de infecciones oportunistas antes desconocidas en ese grupo de edad. No tardaron en notificarse infecciones similares en África, el Caribe y Europa; el SIDA era claramente una enfermedad epidémica. La mayoría de esos jóvenes murieron, y se improvisó un sinnúmero de hipótesis discrepantes, pero desde muy pronto se sospechó que la causa era un patógeno vírico transmitido por la sangre. En 1983 esa sospecha se vio confirmada cuando el Profesor Luc Montagnier y otros investigadores descubrieron un nuevo agente patógeno: un retrovirus con tropismo por las células CD4 que organizan la inmunidad celular y protegen al ser humano de una gran diversidad de patógenos víricos, micro bacterianos y fúngicos. Allí donde se pudo aplicar un cribado eficaz, se consiguió yugular la transmisión asociada a transfusiones, pero el VIH se resistía a desaparecer.

El preservativo demostró ser un método eficaz para prevenir la transmisión sexual del virus, pero los estudiosos del SIDA no necesitaron mucho tiempo para concluir que el preservativo masculino por sí solo no bastaría en los entornos en que la pobreza y la desigualdad de género se confabulan para hacer a las mujeres pobres especialmente vulnerables a la infección por VIH.

Las mujeres transmitían a su vez el VIH a sus hijos aún no nacidos o a los pequeños a los que lactaban. El consumo de drogas inyectables introdujo el VIH en regiones anteriormente indemnes de la antigua Unión Soviética y en zonas de Asia. Una atención sanitaria deficiente – incluida la reutilización de jeringas, agujas y demás administrículos médicos – también contribuyó a facilitar el arraigo de esta nueva epidemia. (OMS, 2003)

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es la principal causa infecciosa de muerte en adultos en el mundo. Si no se trata, la enfermedad causada por el virus

de la inmunodeficiencia humana (VIH) tiene una tasa de letalidad cercana al 100%. Desde la peste bubónica del siglo XIV, ningún agente patógeno había causado tales estragos. El SIDA ha desgarrado a numerosas familias y ha causado un sufrimiento incalculable en las regiones más castigadas por el virus.

En tales regiones, entre ellas algunas de las más pobres del mundo, el VIH ha invertido la tendencia de aumento de la esperanza de vida registrada en las tres últimas décadas del siglo XX. El VIH/SIDA es una seria emergencia sanitaria mundial. La infección por VIH está atizando también otras epidemias de alcance mundial, en particular la de tuberculosis, que se ha convertido en una causa destacada de muerte no sólo entre las personas afectadas por el VIH, sino también entre sus familiares y contactos VIH-negativos. Pero el SIDA no es el mismo en todas partes. El acceso a una prevención y un tratamiento eficaces, y en consecuencia el destino de los individuos infectados, varían ampliamente.

Las personas que viven con el VIH pero se benefician de los últimos avances médicos pueden esperar llevar una vida normal en muchos aspectos: la poliquimioterapia con agentes antirretrovirales (ARV) hace del SIDA una enfermedad crónica y tratable, más parecida en este sentido a la diabetes que a otras enfermedades víricas graves para las que no hay ningún tratamiento eficaz. En Australia, los Estados Unidos de América, Europa y el Japón, muchas personas con SIDA avanzado han reanudado su vida normal. En los países más pobres, sin embargo, y entre los pobres que viven en las sociedades ricas, el VIH sigue siendo sinónimo de pena de muerte.

Durante la última década, la «brecha de resultados», esto es, la distinta suerte corrida por ricos y pobres, se ha ampliado considerablemente. ¿Por qué no se ha logrado contener el VIH/SIDA? ¿Por qué no se ha conseguido hacer llegar los frutos de la medicina moderna, incluidos los ARV, a los más necesitados? La respuesta a estas dos preguntas es básicamente la misma: el SIDA es una enfermedad que tiene un impacto mucho mayor cuando confluyen la pobreza y las desigualdades sociales, incluida la desigualdad de género. No es posible manejarlo fácilmente en los entornos caracterizados por la inoperancia de unos sistemas de salud debilitados, como ocurre sobre todo con las minorías y con quienes viven en la pobreza.

El VIH/SIDA, así pues, obliga a ocuparse urgentemente de aspectos relacionados con los derechos humanos, en especial con el derecho a la atención de salud. Por todas estas razones, el VIH/SIDA sirve de criterio de valoración de la situación sanitaria mundial actual: una incidencia en aumento y el creciente tributo en términos de vidas humanas son un varapalo al optimismo. Es fundamental que la comunidad sanitaria mundial haga un esfuerzo enérgico contra el VIH/SIDA, guiada por la firme voluntad de fomentar la equidad en la prevención y la atención. (OMS, 2003)

1.5.1.1 VIH/SIDA

Definición

Según la Organización Mundial de la Salud 2003

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH.

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. (OMS, 2003)

El VIH y Sida no discrimina raza, sexo, edad, religión, posición social, orientación sexual, ni ubicación geográfica. El Perú desde 1983 es otro de los países del mundo que ha tenido el reto de prevenir y controlar esta epidemia.

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana este virus provoca la destrucción progresiva del sistema inmunitario, disminuyendo las defensas y favoreciendo la aparición de determinadas infecciones, tumores y otras enfermedades.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Es la etapa en la que el sistema de defensa no está en capacidad de protegerlo ante las enfermedades oportunistas y de los microorganismos del medio ambiente.

El VIH se transmite por vía sexual, 97% del total de casos; por transmisión vertical, 2% (Transmisión de madre a hijo) y por vía sanguínea 1%. (Barton & Kaelin, s.f.)

1.5.1.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS (OMS, 2003)

Los síntomas de la infección por el VIH varían en función del estadio en que se encuentre. Aunque en la mayoría de los casos el pico de infectividad se alcanza en los primeros meses, muchas veces el sujeto ignora que es portador hasta que alcanza fases más avanzadas. En las primeras semanas que siguen al contagio, las personas a veces no manifiestan ningún síntoma, y otras presentan una afección de tipo gripal, con fiebre, cefalea, erupción o dolor de garganta.

A medida que la infección va debilitando su sistema inmunitario, el sujeto puede presentar otros signos y síntomas, como inflamación de los ganglios linfáticos, pérdida de peso, fiebre, diarrea y tos. En ausencia de tratamiento podrían aparecer también enfermedades graves como tuberculosis, meningitis por criptococos o diversos tipos de cáncer, por ejemplo, linfomas o sarcoma de Kaposi, entre otros.

1.5.1.3 DESARROLLO DEL VIH/SIDA (OMS, 2003)

- FASE INICIAL: En algunos casos la persona recién infectada puede presentar molestias como las causadas por cualquier enfermedad viral (como gripe). En esta fase la cantidad de virus es muy alta, pero no es posible identificar la infección, esto es conocido como FASE VENTANA, y durante la cual es posible transmitir la infección.
- FASE ASINTOMÁTICA: el período de esta fase sin síntomas es variado, y puede durar varios años, las personas portadoras del VIH no sienten molestias y su estado de salud en general es bueno. En esta etapa es muy importante el apoyo multi disciplinario y de personas que viven con VIH, para crear un ambiente de aceptación y tranquilidad para la persona afectada.

Los servicios que se brindan en los servicios de salud son:

1. Consejería de Soporte
2. Atención Integral
3. Tratamiento Antiretroviral
4. Adherencia

- **FASE SINTOMÁTICA:** En este período las personas afectadas presentan molestias y pueden aparecer algunas enfermedades oportunistas como Tuberculosis Pulmonar, Neumonía, Cáncer, Hongos, cuadros de diarrea (de más de una semana de duración)

En esta fase la persona requiere de atención especializada en un hospital o establecimiento de salud en el que se cuente con personal capacitado y que pueda brindar servicios como hospitalización, cambios en el esquema de tratamiento, adecuada consejería y apoyo a la familia.

- **FASE SIDA:** Esta es la fase en la que el organismo no tiene capacidad para defenderse de las enfermedades oportunistas y cualquier otro tipo de gérmenes o virus del medio ambiente. Es la fase final de la infección por VIH.

Fases de la infección por VIH: (Arrasco & Gonzales, 2012)

- Fase inicial o síndrome agudo primario o fase de infección aguda

“En gran número de personas no hay manifestación alguna, usualmente se presenta luego de 2 a 4 semanas, pero podría prolongarse. Estas manifestaciones pueden ser fácilmente comparables con un resfrío, tendiendo a desaparecer espontáneamente en corto tiempo. Es importante destacar que desde este momento puede hacer transmisión o contagio a otras personas y que en este periodo el examen de Elisa para VIH puede no ser reactivo a pesar de que la persona está infectada (periodo de ventana)”.

- Fase asintomática o portador sin síntomas

“La persona infectada ingresa en un periodo prolongado (en promedio 5 a 8 años) de enfermedad, sin ninguna molestia. De allí que si una persona no se realiza una prueba de despistaje difícilmente podría saber si está infectada o no”.

- Fase sintomática (linfadenopatía generalizada persistente) o portador con síntomas

“Aunque la persona está por largos años sin síntomas en la gran mayoría de casos, algunos de ellos están representados por síntomas que proceden a la presentación de las infecciones oportunistas. Es posible que aquí se presenten las primeras apariciones como fiebres ocasionales, diarreas de corta duración, sudoraciones nocturnas, pérdida de peso, fatiga, etc.”

- SIDA o fase avanzada

“La presencia de infecciones oportunistas (aquellos microorganismos que aprovechan del deterioro del sistema inmunológico para ingresar al organismo y causar enfermedades con parásitos “toxoplasmosis”, tipos de cáncer “sarcoma de Kaposi”, Pneumocystis carini y entre otros) caracteriza a esta etapa. Sólo en esta fase la persona tiene o ha desarrollado SIDA”.

Un hecho particular a tener en cuenta es el denominado PERÍODO VENTANA (es un lapso de tiempo que transcurre desde que se contrae la infección hasta que las pruebas de laboratorio comienzan a dar resultados positivos por la aparición de anticuerpos contra el virus). Dura aproximadamente 3 meses y el riesgo del mismo es que la persona infectada desconoce su condición y si no practica sexo seguro o las demás medidas de prevención antes mencionadas, contagia. Por lo tanto, ante un resultado seronegativo, siempre debe realizarse una segunda prueba de laboratorio para confirmar el diagnóstico inicial.

En este período se puede realizar el diagnóstico demostrando la presencia del antígeno p24, PCR (reacción en cadena de la polimerasa, o medir la carga viral).

Período de Incubación: pueden transcurrir desde semanas a años después de contraída la infección. Una vez infectado, el individuo ya contagia. (Carrillo & Muñoz, 2010)

1.5.1.4 TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA (OMS, 2003)

El VIH se puede transmitir por el contacto con diversos líquidos corporales de personas infectadas, como la sangre, la leche materna, el semen o las secreciones vaginales. No es posible contagiarse a resultas de contactos de tipo corriente y cotidiano como puedan ser los besos, abrazos o apretones de manos o por el hecho de compartir objetos personales, alimentos o bebidas.

Formas de transmisión del VIH:

- Transmisión sexual

Las personas se pueden infectar con el HIV si tienen sexo vaginal, anal o sexo oral con una persona infectada, cuya sangre, semen o secreciones vaginales entran a su cuerpo. El riesgo de transmisión sexual se incrementa 10 veces con la presencia de otra ITS. En el contacto anal el receptor está más expuesto y las relaciones orales parecen tener menor incidencia de contagio.

- **Transmisión vertical o perinatal**

Producida por la transmisión de la infección de una mujer embarazada al feto, de no mediar un tratamiento adecuado. La mujer embarazada que presente infección por HIV, debe ser tratada para disminuir las probabilidades de contagio al feto, además tiene indicación de cesárea y no puede dar de lactar al bebé, dado que el virus se transmite por la leche materna. (Carrillo & Muñoz, 2010)

“Se da durante el embarazo (8va y 9na semana) en fluidos como líquido amniótico; en el parto ya que existe contacto del niño con secreciones vaginales y la sangre de la madre al momento de atravesar el canal del parto”.

- **Transmisión Sanguínea**

Por uso de drogas intravenosas sin utilizar agujas y jeringas descartables, cualquier práctica que sea realizada sin la adecuada esterilización de los materiales utilizados (prácticas odontológicas, tatuajes, diálisis, cirugías, inseminación artificial, etc.)

Transfusiones de sangre sin el testeo correspondiente para detectar el virus (actualmente esta posibilidad es prácticamente remota dado que en los países desarrollados se realizan los controles indicados para evitar esta posibilidad).

Donación de órganos (igual que las transfusiones es prácticamente imposible dado que se realizan los controles previos a dicha cirugía). Si estos controles no fueran realizados adecuadamente, el riesgo NO sería para el donante sino para el receptor. (Carrillo & Muñoz, 2010)

Las ITS-VIH/SIDA no se transmiten por “picaduras de insectos, por tocar, abrazar o saludar con la mano; por el beso en la mejilla, dormir en la misma cama, por compartir agua o alimentos, por compartir vasos, tazas o platos; por uso de lugares como baños y piscinas”.

1.5.1.5 FACTORES DE RIESGO DEL VIH/SIDA

Hay ciertos comportamientos y afecciones que incrementan el riesgo de que una persona contraiga el VIH, entre ellos:

- Prácticas de relaciones sexuales sin protección: muchos jóvenes inician sus relaciones sexuales a temprana edad, lo que hace que se expongan a infecciones como el VIH/SIDA debido a la falta de protección.

- Riesgos por uso de alcohol y drogas: los efectos de estas sustancias generan un nivel de desequilibrio en las personas, que los exponen a conductas de alto riesgo, siendo incapaces de razonar y poner en práctica la prevención para evitar infectarse.
- Riesgo por falta de información: la mayoría de jóvenes no les preocupa la posibilidad de infectarse debido a que en muchos casos no cuentan con la información necesaria, que les indique la gravedad de la enfermedad.
- Recibir inyecciones o transfusiones sanguíneas sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen corte o perforación con instrumental no esterilizado.
- Padecer alguna otra infección de transmisión sexual como sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea o vaginosis bacteriana.
- Compartir agujas o jeringuillas contaminadas, soluciones de droga u otro material infeccioso para consumir drogas inyectables.
- Pincharse accidentalmente con una aguja infectada, lesión que afecta en particular al personal sanitario. (Carrillo & Muñoz, 2010)

1.5.1.6 DIAGNÓSTICO DEL VIH/SIDA (OMS, 2003)

Las pruebas de detección del VIH revelan si hay infección por la presencia o ausencia en la sangre de anticuerpos contra el virus. El sistema inmunitario genera anticuerpos para luchar contra agentes patógenos externos. La mayoría de las personas pasan por un "periodo silente", generalmente de entre 3 y 6 semanas, durante el cual los anticuerpos contra el virus se están fabricando y aún no son detectables. Esta primera etapa es el momento de mayor infectividad, aunque la transmisión puede producirse en todos los estadios de la infección. En caso de posible exposición, conviene confirmar los resultados de la prueba de detección repitiéndola al cabo de seis semanas, esto es, una vez transcurrido el tiempo suficiente para que las personas infectadas generen anticuerpos.

Asesoramiento y pruebas de detección

Las pruebas de detección han de ser voluntarias: se debe reconocer el derecho de las personas a declinar someterse a ellas. La realización de pruebas obligatorias o bajo coacción, ya sea por parte de un profesional sanitario, una autoridad, la pareja sexual o un miembro de la familia, es inaceptable pues es contraria a la buena práctica de la salud pública y constituye una violación de los derechos humanos.

Todos los servicios de asesoramiento y pruebas de detección deben regirse por los cinco principios fundamentales recomendados a este respecto por la OMS: consentimiento informado, confidencialidad, facilitación de orientación (o asesoramiento), garantía de que los resultados de la prueba son correctos, y vinculación con la asistencia, el tratamiento y otros servicios.

1.5.1.7 PREVENCIÓN DE VIH/SIDA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) las personas pueden reducir el riesgo de infección por el VIH limitando su exposición a los factores de riesgo. Los principales métodos para prevenir el contagio, a menudo utilizados de manera combinada, incluyen los que siguen:

Uso de preservativos masculinos y femeninos

El uso correcto y sistemático del preservativo masculino o femenino en el curso de la penetración vaginal o anal puede proteger de la propagación de enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la infección por el VIH. Los datos demuestran que los preservativos masculinos de látex tienen un efecto protector contra la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) que llega como mínimo a un 85%.

Pruebas de detección y asesoramiento en relación con el VIH y las ITS

Se aconseja vivamente a toda persona expuesta a cualquiera de los factores de riesgo que se someta a pruebas de detección del VIH y otras ITS, para así conocer su estado y, llegado el caso, acceder sin demora a los servicios oportunos de prevención y tratamiento. La OMS recomienda también que se proponga realizar la prueba a las parejas de los infectados y a las personas que practiquen sexo con ellos, y que se ofrezca asesoramiento a las personas infectadas por el VIH para informar de ello a sus parejas sexuales, ya sea solas o con ayuda de profesionales sanitarios.

Vínculos de las pruebas de detección y asesoramiento con la prevención y el tratamiento de la tuberculosis

La tuberculosis es la enfermedad que padecen con más frecuencia las personas infectadas por el VIH y la que causa más defunciones entre ellas. Es letal si no se detecta y se trata, y constituye la principal causa de muerte en los VIH-positivos (1 de cada 3 defunciones asociadas al VIH).

La detección precoz de la tuberculosis y el vínculo rápido con el tratamiento antituberculoso y el antirretrovírico pueden evitar esas defunciones. En los servicios de atención a la infección por el VIH debería ofrecerse sistemáticamente la realización de pruebas de la tuberculosis, y a todas las personas diagnosticadas de tuberculosis o en quienes se sospeche esta enfermedad se les debería ofrecer la posibilidad de someterse a pruebas de detección del VIH. Las personas a las que se ha diagnosticado la infección por el VIH y la tuberculosis activa deberían iniciar urgentemente el TAR y el tratamiento con fármacos contra la tuberculosis multirresistente. Además, se debería proponer un tratamiento preventivo de la tuberculosis a las personas infectadas por el VIH que no tengan tuberculosis activa.

Circuncisión masculina voluntaria practicada por personal médico cualificado

La circuncisión, siempre que la practique personal sanitario cualificado, reduce aproximadamente en un 60% el riesgo de que un hombre resulte infectado por el VIH al mantener relaciones heterosexuales. Se trata de una intervención profiláctica fundamental que se ayuda a llevar a cabo en 15 países de África Oriental y Meridional con una alta prevalencia del VIH e índices bajos de circuncisión masculina. La circuncisión voluntaria a cargo de personal sanitario cualificado se considera también una buena forma de incluir en los servicios de asistencia a los varones adultos y adolescentes que no suelen acudir a los centros de salud. Desde que la OMS recomendó en 2017 esta práctica como estrategia preventiva complementaria, se ha prestado a casi 15 millones de varones adultos y adolescentes de África Oriental y Meridional un conjunto de servicios que incluyen las pruebas diagnósticas de la infección por el VIH y actividades educativas sobre el sexo sin riesgo y el uso del preservativo.

Prevención basada en el uso de antirretrovíricos (OMS, 2017)

Ventajas del uso profiláctico del TAR

En un ensayo realizado en 2011 se confirmó que, cuando un individuo VIH-positivo sigue una pauta de TAR eficaz, se reduce en 96% el riesgo de que transmita el virus a su pareja sexual no infectada. La recomendación de la OMS de iniciar el TAR en todos los individuos infectados por el VIH contribuirá significativamente a reducir la transmisión.

Profilaxis anterior a la exposición para los individuos no infectados por el VIH

En las personas no infectadas por el VIH, la administración de antirretrovirales por vía oral es la práctica diaria habitual para evitar el contagio por este virus. En más de 10 estudios controlados con asignación aleatoria se ha demostrado que esta práctica reduce eficazmente la transmisión del VIH en una serie de grupos poblacionales como las parejas heterosexuales serodiscordantes (es decir, aquellas en las que un individuo está infectado y el otro no), los hombres que tienen relaciones homosexuales, las mujeres transexuales, las parejas heterosexuales con un riesgo elevado de transmisión y los consumidores de drogas inyectables.

La OMS recomienda la profilaxis anterior a la exposición en todas las personas que corren un riesgo sustancial de contraer la infección por el VIH como parte de un conjunto de estrategias preventivas. Además, estas recomendaciones se han ampliado a las mujeres VIH-negativas durante el embarazo y la lactancia.

Profilaxis post exposición al VIH

Este método consiste en tomar antirretrovíricos en las 72 horas siguientes a la exposición al VIH, a fin de prevenir la infección. Esta profilaxis incluye también asesoramiento, primeros auxilios, pruebas de detección del VIH y la administración de antirretrovirales durante 28 días, junto con atención complementaria. La OMS recomienda esta forma de profilaxis para los adultos y los niños que han estado expuestos a la infección, ya sea en el trabajo o en otro contexto.

Reducción de daños en los consumidores de drogas inyectables

Las personas que se inyectan drogas pueden protegerse de la infección por el VIH utilizando en cada inyección material estéril, en particular la aguja y la jeringuilla, y no compartiendo soluciones de droga o material infeccioso. El tratamiento de la dependencia y, en especial, el tratamiento sustitutivo con opioides para los dependientes de estas sustancias, también ayuda a reducir el riesgo de transmisión y a que el paciente cumpla la pauta terapéutica prescrita. Las medidas de prevención y tratamiento de la infección por el VIH que se deben aplicar conjuntamente son:

- Programas de distribución de agujas y jeringas.
- Tratamiento sustitutivo con opioides para los dependientes de estas sustancias y otros tratamientos de esta dependencia cuya eficacia se haya demostrado mediante pruebas científicas.

- Asesoramiento y pruebas de detección del VIH.
- Tratamiento contra el VIH y atención a los infectados.
- Educación e información sobre la reducción de riesgos, y suministro de naloxona.
- Acceso a preservativos.
- Tratamiento de las ITS, la tuberculosis y las hepatitis víricas.

Eliminación de la transmisión del VIH de la madre al niño

La transmisión del VIH de una madre infectada a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia se denomina transmisión vertical o materno - infantil. Si no se interviene de ninguna forma durante estos periodos, las tasas de transmisión pueden ser de 15% a 45%. Es posible prevenir totalmente este tipo de transmisión administrando antirretrovíricos tanto a la madre como al niño tan pronto como sea posible durante la gestación y el periodo de lactancia.

La OMS recomienda el TAR de por vida para todas las personas infectadas por el VIH, incluidas todas las mujeres embarazadas y que amamantan, con independencia de su recuento de CD4 y de su estado clínico. En 2016, 76% de los aproximadamente 1,4 millones de embarazadas infectadas por el VIH en el mundo estaban en tratamiento con antirretrovíricos para prevenir la transmisión a sus hijos. Cada vez son más los países donde la tasa de transmisión materno - infantil es muy baja, y algunos de ellos (Armenia, Belarús, Cuba y Tailandia) han recibido la validación oficial de que se ha eliminado esta vía de contagio. Por otro lado, varios países con tasas elevadas de infección por este virus están logrando grandes progresos en su camino hacia la eliminación.

1.5.1.8 TRATAMIENTO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) es posible inhibir el VIH mediante tratamientos en los que se combinan tres o más fármacos antirretrovíricos. Aunque el TAR no cura la infección, frena la replicación del virus en el organismo y permite que el sistema inmunitario recobre fortaleza y capacidad para combatir las infecciones.

En 2016, la OMS publicó la segunda edición de sus directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH. En ellas se recomienda proporcionar TAR de por vida a todas las personas infectadas, incluidos los niños, adolescentes y adultos, y las mujeres embarazadas y que

amamantan, con independencia de su estado clínico y de su recuento de CD4. Hasta julio de 2017 habían adoptado esta recomendación 122 países, que abarcan 90% de las personas infectadas por el virus.

- **Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovíricos en el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH**

Las directrices de 2016 incluyen nuevas pautas de TAR con mejor tolerabilidad, mayor eficacia y tasas más bajas de incumplimiento terapéutico que los fármacos utilizados actualmente: dolutegravir y efavirenz a dosis bajas como tratamiento de elección, y raltegravir y darunavir/ritonavir como segunda elección.

Más de 20 países han empezado la transición a estas nuevas opciones de TAR, y se espera que ello prolongue la duración de los tratamientos y la calidad de la asistencia a las personas infectadas. A pesar de estas mejoras, las opciones para los lactantes y los niños pequeños siguen siendo limitadas. Por esta razón, la OMS y sus asociados están coordinando sus esfuerzos para desarrollar e introducir con mayor rapidez y eficacia formulaciones pediátricas de antirretrovíricos adecuadas para cada edad.

Además, una de cada tres personas infectadas por el VIH solicita asistencia en una etapa avanzada de la enfermedad, con unos recuentos bajos de CD4 y un riesgo elevado de que la enfermedad se agrave y resulte mortal. Para reducir este riesgo, la OMS recomienda ofrecer a estos pacientes un conjunto de servicios que incluya, además del TAR, pruebas de detección y medidas de prevención de las infecciones graves más habituales que pueden resultar mortales, como la tuberculosis y la meningitis criptocócica.

Al aplicar las nuevas recomendaciones de la OMS para tratar a todas las personas infectadas por el VIH, el número de individuos que cumplen los requisitos para que se les prescriba el TAR ha aumentado de 28 millones al total de 36,7 millones de individuos infectados por este virus.

En 2016, había en el mundo 19,5 millones de personas infectadas por el VIH en tratamiento con antirretrovíricos, una cifra que representa una cobertura mundial del 53% de los adultos y los niños. Sin embargo, es necesario intensificar los esfuerzos para ampliar el tratamiento, sobre todo para los niños y adolescentes, ya que a finales de 2016 solo 43% de ellos estaban incluidos en programas de TAR. La OMS está ayudando a los países a agilizar sus esfuerzos para diagnosticar y tratar a tiempo a estos grupos poblacionales vulnerables.

La ampliación del acceso al tratamiento constituye una parte fundamental de una nueva serie de metas para 2020 que tienen por objetivo poner fin a la epidemia de sida en 2030.

1.5.2 ADOLESCENTES

1.5.2.1 Definición

El Diccionario de Medicina Mosby define adolescencia como:

El periodo de desarrollo entre el comienzo de la pubertad y la edad adulta. Suele empezar entre los 11 y 13 años de edad, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, y termina a los 18-20 años, con la adquisición de la forma adulta totalmente desarrollada. Durante este periodo, el sujeto sufre grandes cambios físicos, psicológicos, emocionales y de personalidad. (Anderson, pág. 30)

La OMS lo define como un periodo de transición importante, es el crecimiento y desarrollo que se produce después de la niñez u antes de la edad adulta entre los 10 y 19 años.

Es la etapa en la cual el individuo deja de ser niño, pero sin haber alcanzado aún la madurez propia de un adulto.

1.5.2.2 Etapas de la adolescencia según García & Caballero (2000)

1.5.2.2.1 Adolescencia Temprana (10 a 14 años)

Llamada también adolescencia precoz o primera adolescencia, es la etapa que corresponde de los 10 a los 13 años en las mujeres y de los 10 a 14 años en varones.

Desarrollo biológico

La disminución de la inhibición hipotalámica que en el estado prepuberal mantenía frenados los niveles de esteroides sexuales, hace que se ponga en marcha la pubertad. El hipotálamo estimula a la hipófisis que libera gonadotrofinas y hormonas de crecimiento; preferentemente durante el sueño. Este cambio hormonal produce el cambio somático y fisiológico de esta época de la vida.

En las niñas el desarrollo de los botones mamarios es el primer signo que puede evidenciarse desde los 8 años en la preadolescencia. Los estrógenos y la hormona estimulante de los folículos actúan sobre los ovarios, el útero, el clítoris y los labios mayores, produciendo un aumento de tamaño; aparece el vello pubiano.

En los varones el aumento de los testículos suele presentarse a mediados del noveno año. Por la influencia de la testosterona y de la hormona luteinizante, aumentan de tamaño los tubos seminíferos, el epidídimo, las vesículas seminales y la próstata.

El crecimiento acelerado es otra característica de esta etapa de la vida; el sexo femenino presenta un estirón puberal antes que el sexo masculino. El aspecto desproporcionado de los adolescentes se debe al mayor crecimiento de las partes distales de las extremidades: manos, pies; para continuar con piernas y brazos; y concluir con el crecimiento del tronco. La aparición de acné es la consecuencia del estímulo de las glándulas sebáceas por los andrógenos suprarrenales.

En ambos sexos y como consecuencia del aumento de la mandíbula se presenta alteraciones en la estética dentaria; así como la elongación del globo ocular puede producir miopía en algunos adolescentes.

Sexualidad

Aparece en esta primera etapa de la adolescencia el interés por el sexo; comienzan las fantasías sexuales, la curiosidad, emociones, etc. Se produce la primera eyaculación, comienza la masturbación masculina, a veces con un carácter social. No está demostrado que exista una relación causa – efecto entre las tasas hormonales, la excitación sexual y el inicio o frecuencia de las relaciones sexuales.

Desarrollo psicológico y social

Se produce un cambio importante en el pensamiento, con nuevas capacidades matemáticas y filosóficas; llegando a tomar decisiones importantes en el comportamiento. El pensamiento moral sufre una evolución diferenciando lo bueno y lo malo, aunque con frecuencia trasladan ciertos sentimientos de culpa a las actuaciones en grupos o pandillas, exculpándose así su propia conciencia. Se produce un cierto grado de distorsión de la imagen corporal y aumenta la timidez. Predominan los criterios sociales de los compañeros frente a los de la familia, eso condiciona la forma en vestir y rompiendo con la forma tradicional familiar aceptada hasta el momento. Es normal un grado de desadaptación escolar y el intento de distanciamiento de la familia como forma de comienzo de la independencia. (págs. 258-259)

1.5.2.2.2 Adolescencia intermedia (15 a 17 años)

Comprende esta etapa de los 15 a los 17 años. La aceleración del crecimiento hace que de los 6 -7 cm por año, se llegue en las mujeres a los 8,3 cm anuales hacia los 11,5 años; y se detiene hacia los 16 años, con un enlentecimiento previo; mientras en el varón se llega hasta 9,5 cm por año hacia los 13 años para concluir el crecimiento a los 18 años aproximadamente. Se produce paralelamente, aunque con un retraso cronológico respecto a la tabla, un incremento de peso, de la masa muscular y por consiguiente de la fuerza.

Se va produciendo el cierre de la epífisis en esta fase de la adolescencia como consecuencia de los niveles androgénicos. Se duplica la capacidad vital pulmonar y el tamaño del corazón; se eleva la volemia, la presión arterial y el hematocrito. Aumenta fisiológicamente la somnolencia. Aparece el olor corporal y aumenta el acné por la estimulación androgénica de las glándulas apocrinas y de las sebáceas.

Maduración Sexual

Suelen encontrarse las mujeres en los estadios 3 y 4 de Tanner con un vello pubiano más oscuro, en mayor cantidad y que comienza a rizarse; para ser posteriormente un vello grueso, rizado, abundante, pero en menos cantidad que en la mujer adulta. Las mamas aumentan de tamaño hasta llegar a tener una prominencia secundaria la areola y el pezón.

En el varón los estadios 3 y 4 de Tanner propios de esta fase de la adolescencia se caracterizan por oscurecerse y rizarse el vello pubiano, aunque en menor cantidad que en el adulto. El pene aumenta primero de longitud y posteriormente de grosor con aumento de tamaño del glande y los testículos aumentan de tamaño haciendo al escroto oscuro.

Se comienzan las salidas con adolescentes del otro sexo, siendo muy variable el grado de actividad sexual, en los varones el comienzo depende del nivel de testosterona y de la religiosidad, normas sociales, nivel cultural, etc. En las relaciones con el otro sexo suele predominar más la curiosidad sexual y atractivo que la mayor intimidad de edades posteriores. Lamentablemente suele haber una desinformación respecto a los métodos anticonceptivos y se suelen usar poco en las primeras experiencias. (pág. 260)

Maduración psicosocial

Van formándose los códigos personales de ética con una mayor tolerancia sexual y a veces más estricto, se produce una cierta independencia del grupo en la forma de vestir; aumentando los conceptos filosóficos referidos al ser y a los conceptos trascendentales de la vida, lo que conduce con frecuencia a sentimientos de tristeza e insatisfacciones que deben diferenciarse de la auténtica depresión. Suelen aumentar las discusiones con los padres, llegando a veces a enfrentamientos francos; se pasa de las salidas en grupo a las salidas en pareja, lo que aumenta el choque con los padres. La autoestima se relaciona con el atractivo físico y con la popularidad. Tiene que decidirse el adolescente por la profesión que tendrá en el futuro, lo que plantea en muchas ocasiones ansiedad y requiere cambios en los estudios o habilidades en etapas posteriores de la adolescencia.

Requieren con frecuencia el consejo de un adulto debidamente capacitado, por lo que unido al distanciamiento de los padres. (pág. 260)

1.5.2.2.3 Adolescencia tardía (18 hasta los 20 o 21 años)

Es una etapa en que el crecimiento se ha estabilizado y se logra cierto equilibrio entre lo físico y el resto de las áreas. Se ha logrado un equilibrio de las constantes variaciones del YO personal con la formación de una identidad. Asimismo, el individuo logra una capacidad para pensar, crear y descubrir. El equilibrio de sus funciones mentales permite cierta autonomía emocional. El impulso sexual encuentra su objetivo en esta etapa que es la de formar pareja. Su rebeldía disminuye, debido a que alcanzó cierta autonomía y respeto lo que le ayuda a adaptarse a su nuevo rol de adulto y a poseer una actitud crítica frente a los problemas que se le presenten.

En esta etapa se ha llegado al estadio 5 de Tanner que es el desarrollo adulto. El adolescente suele ser más estable desde el punto de vista sexual, comienzan los sentimientos idealistas, aunque intransigentes con las opiniones contrarias; es el momento de comenzar el interés por la justicia, la política, los nacionalismos, patriotismos tanto en sentido positivo como en el menos aconsejable de sectas destructivas, grupos agresivos deportivos y políticos. La imagen corporal se acepta mejor por ser más estable; a veces se puede alcanzar una independencia económica y se puede llegar a ser madre o padre. Se alcanza, en definitiva, el final del crecimiento y del desarrollo.

Maduración social y física

La independencia de la familia normal y necesaria en esta edad, debe ser progresiva hasta terminar con el abandono del hogar al llegar a la emancipación total, por formar otra familia con autosuficiencia económica y social. (págs. 260-261)

1.5.3 APARATO REPRODUCTOR

1.5.3.1 FEMENINO

La Vagina. Es un conducto flexible de unos ocho centímetros que comunica el útero con los genitales externos. La vagina se abre al exterior por el orificio vaginal, este orificio está cubierto parcialmente por una membrana llamada himen, con un orificio para la salida de la sangre menstrual. Sirve de receptáculo para el pene durante la cópula.

La Vulva o Genitales Externos. Está formada por dos pares de repliegues con glándulas lubricantes denominados labios mayores y labios menores que cubren el orificio de la vagina y el meato urinario (la desembocadura de la uretra). En la unión de los labios mayores en su parte anterior se encuentra un órgano eréctil denominado clítoris que se estimula durante el coito.

Los Ovarios. Son dos órganos del tamaño de una almendra. Dentro de ellos se produce la ovogénesis, también se producen las hormonas sexuales femeninas, tienen corteza y médula con cavidades denominadas folículos.

Trompas de Falopio. Son dos conductos que empiezan envolviendo el ovario y lo comunica con el útero. En ellas se produce la fecundación. También reciben el nombre de oviductos.

El Útero o Matriz. Es una cavidad preparada para acoger al óvulo fecundado y donde anida el embrión para desarrollarse durante los nueve meses del embarazo. El interior del útero está recubierto por un tejido especial, en endometrio, cuya misión es alojar al embrión y se desprende periódicamente en la menstruación. (S.A.C., pág. 40)

1.5.3.2 MASCULINO

El Pene. es un órgano alargado que está encima de los testículos, por su interior atraviesa la uretra. Está formado por cuerpo cavernoso que son unas estructuras parecidas a esponjas las cuales son capaces de llenarse de sangre a presión y cuando

esto ocurre, el pene aumenta de tamaño y se pone rígido (erección). El extremo del pene es más ancho y se conoce como glande; esta parte está recubierta por el prepucio, que es como un capuchón de piel.

La Uretra. es un pequeño tubo que sale de la vejiga, atraviesa la próstata y recorre todo el pene. Por la uretra salen los espermatozoides y los líquidos producidos por la próstata y las vesículas seminales. Este órgano también forma parte del aparato excretor y, por esta razón, por ella se expulsa también la orina.

Los Testículos tienen forma redondeada y están situados en la parte externa del abdomen, en su interior se encuentran los tubos seminíferos que contienen las células germinales y las glándulas productoras de hormonas sexuales. A partir de la pubertad, dentro de estos túbulos, se forman las células sexuales masculinas o espermatozoides. Los testículos cuelgan por debajo del pene, dentro de una bolsa de piel que se llama escroto.

El Epidídimo. es un tubo que está enrollado encima de cada uno de los testículos, donde se almacenan los espermatozoides que proceden de los testículos.

Los Conductos Deferentes. son dos tubos que unen el epidídimo con la uretra. A través de estos conductos los espermatozoides llegan desde el epidídimo hasta el pene.

Las Vesículas Seminales. Se comunican con los conductos deferentes. Tienen forma de saco y están encima de la próstata. Producen un líquido que protege y nutre a los espermatozoides.

La Próstata. Es una glándula que también produce un fluido para proteger a los espermatozoides. Su forma se compara con la de una castaña. La próstata está situada debajo de la vejiga de la orina. (S.A.C., pág. 41)

1.5.4 El Conocimiento

El conocimiento es considerado como la información o secuencia de señales combinadas según unas determinadas reglas y cuya transmisión de un emisor a un receptor modifica el estado de este último. En el proceso del conocimiento, el hombre adquiere saber, conceptos acerca de los fenómenos reales, toma conciencia del mundo circundante.

Estos reconocimientos se utilizan en la actividad práctica para transformar el mundo, para subordinar la naturaleza y la sociedad, son dos pautas de un mismo proceso histórico que se condicionan y se compenetran recíprocamente.

“El conocimiento es la suma de hecho y principios que se adquieren y retiene a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizajes del sujeto. El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte, originando cambios en el proceso de pensamientos, acciones o actividades” (Afanasiev, 1984)

Estos cambios son observables en la conducta del individuo y las actitudes frente a problemas de la vida cotidiana, estas conductas irán cambiando de acuerdo a como aumenten los conocimientos sumado con la importancia que se le dé a lo aprendido y se lleve a cabo a través de dos formas:

- La informal: Mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud – enfermedad complementándose con otros medios de información.
- La formal: es aquella que se imparte mediante los conocimientos científicos en las escuelas donde se organizan mediante un plan curricular.

En la formación del conocimiento la persona forma ideas y desarrolla pensamientos sobre la realidad y en esa medida va formando un conocimiento de dicha realidad. Al respecto psicológico Kolb quien asume como eje las experiencias, las cuales pueden ser preceptuales o sensoriales (cuando se originan en los objetos concretos que rodean al hombre), vivenciales (si son producto de la percepción subjetiva del sujeto con respecto a una situación vivida) o racionales (si es producto de razonamiento del sujeto). (Krechb & Cretchfield, pág. 346)

El diccionario de la Real Academia Española define conocimiento como: “El producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas sobre las que se sabe o que están contenidas en la ciencia”. El diccionario acepta que la existencia de conocimiento es muy difícil de observar y reduce su presencia a la detección de sus efectos posteriores. Los conocimientos se almacenan en la persona (o en otro tipo de agentes). Esto hace que sea casi imposible observarlos.

Desde el punto de vista pedagógico; “conocimiento es una experiencia que incluye la representación vivida de un hecho; es la facultad que es del propio pensamiento y de percepción, incluyendo el entendimiento y la razón” (Trinquete, 2005).

1.5.4.1 NIVELES DE CONOCIMIENTO:

El ser humano es capaz de captar un objeto en tres diferentes etapas y, al mismo tiempo, por medio de tres diferentes niveles íntimamente vinculados:

- El conocimiento descriptivo: Consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista. Gracias a ella podemos almacenar las imágenes en nuestra mente con color, figura y dimensiones. La visión y la audición son los principales sentidos utilizados por el ser humano.
- Conocimiento conceptual: También llamado conocimiento empírico, con el riesgo de muchas confusiones, dado que la palabra empirismo se ha utilizado para hablar de hallazgos a prueba de ensayo y error. En este nivel no hay colores, dimensiones ni estructuras universales como el caso del conocimiento descriptivo. Intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad. La palabra conceptual se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición.
- Conocimiento teórico: Consiste en representaciones inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel descriptivo y el teórico consiste en la singularidad y universalidad que caracteriza a estos dos tipos de conocimiento. El conocimiento descriptivo es singular y el teórico es universal. Por ejemplo, puedo ver y mantener la imagen de mi madre; esto es conocimiento descriptivo, singular. Además, puedo tener el concepto de madre, que abarca a todas las 11 madres; es universal. El concepto de madre ya no tiene color o dimensiones; es abstracto. La imagen de madre es singular, y representa a una persona con dimensiones y figura concretas. (Navarro & Vargas, 2003)

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Actualmente la epidemia del VIH/SIDA constituye un recordatorio de la continua vulnerabilidad de los seres humanos ante las enfermedades infecciosas transmitidas sexualmente, siendo una de las causas principales de morbi-mortalidad en adolescentes (varones y mujeres).

El VIH continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, se ha cobrado ya más de 35 millones de vidas. En 2016, un millón de personas fallecieron en el mundo por causas relacionadas con este virus. A finales de 2016 había aproximadamente 36,7 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo, y en ese año se produjeron 1,8 millones de nuevas infecciones. 54% de los adultos y 43% de los niños infectados están en tratamiento antirretroviral (TAR) de por vida. La cobertura mundial del TAR para las mujeres infectadas que están embarazadas o en periodo de lactancia es 76%. De acuerdo con los datos de 2016, en la Región de África de la OMS había 25,6 millones de personas infectadas. Esta Región es la más afectada y en ella se registran casi dos tercios de las nuevas infecciones por el VIH en el mundo. (OMS, 2017)

En muchos de los países latinoamericanos se encuentra un elevado porcentaje de la población joven teniendo relaciones sexuales a una edad cada vez más temprana. Los tabúes, barreras culturales, barreras de género y las vías de comunicación utilizadas no permiten a los adolescentes adquirir la información adecuada para la prevención de esta enfermedad y por otro lado muy pocos practican sexo seguro.

En el Perú viven alrededor de 70,000 personas con VIH, de este grupo una de cada cuatro personas (alrededor de 16,250) no saben que tienen la infección. El Ministerio de Salud (Minsa) indica que solo el 2017 ocurrieron cerca de 2,330 casos de VIH y 408 casos de SIDA en el país. En ese sentido, el Minsa remarca la necesidad de evitar las situaciones que nos pone en riesgo de adquirir el VIH.

Según las estadísticas manejadas por el Minsa, la vía sexual continúa siendo la principal forma de transmisión (97%) de VIH en el país. Asimismo, la prevalencia de este virus estimada en la población general adulta es de 0,3%, es decir 3 de cada 1,000 personas viven con VIH en nuestro país. Mientras que de cada 10 personas que tienen VIH y SIDA ocho son hombres. MINSAL (2017)

Datos obtenidos de la sub región de salud Luciano Castillo Colonna indica que en la ciudad de Piura en el 2017 se registraron 106 casos de VIH y 14 casos de SIDA

y en Sullana en el mismo año se registraron 6 casos de SIDA y 32 casos de VIH ocupando el primer lugar en la región.

Existe la necesidad de trabajar hoy más que nunca en la prevención de esta enfermedad a edades más tempranas, es decir, en la adolescencia. Esta prevención será mucho más efectiva si contamos con alianzas estratégicas para fomentarla. WHITAKER y otros (2005), por ejemplo, señalan que una adecuada participación de los padres podría ser de gran ayuda, para hacer llegar a los adolescentes las medidas de prevención sobre el VIH/SIDA.

Frente a esta realidad se ha considerado por conveniente realizar una investigación que permita determinar el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA de los adolescentes de la Institución Educativa 20527 AMERICA.

Los hallazgos de la presente investigación servirán para proponer alternativas educativas preventivas sobre VIH/SIDA que permitan proteger la salud y potencializar las habilidades, para óptimas orientaciones y buena aplicación de medidas preventivas del VIH.

Así mismo tendrá aportes para el mejoramiento del conocimiento, aportes metodológicos y prácticos para realizar nuevas y posteriores investigaciones en este tema.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA en los adolescentes de la Institución Educativa 20527 América Sullana?

1.4 CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1.4.1 Conceptualización

CONOCIMIENTO: El conocimiento es considerado como la información o secuencia de señales combinadas según unas determinadas reglas y cuya transmisión de un emisor a un receptor modifica el estado de este último. En el proceso del conocimiento, el hombre adquiere saber, conceptos acerca de los fenómenos reales, toma conciencia del mundo circundante.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS: Es el estudio interdisciplinario de las características sociales de las poblaciones humanas, los datos demográficos se refieren, entre otros, al análisis de la población por edades, situación familiar, grupos étnicos, actividades económicas y estado civil; las modificaciones de la población, nacimientos, matrimonios y fallecimientos; esperanza de vida, estadísticas sobre migraciones, sus efectos sociales y económicos; grado de delincuencia; niveles de educación y otras estadísticas económicas y sociales.

VARIABLES

Variable General: Conocimiento

Variable Interviniente: Características demográficas

1.4.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala	Indicador de Escala
Conocimiento sobre VIH/SIDA	Es el conjunto de información, conceptos sobre VIH/SIDA, sus etapas, signos y síntomas, formas de contagio, prevención y tratamiento donde el adolescente reconoce e interioriza estos conocimientos y toma conciencia de ellos en beneficio de su salud sexual y reproductiva.	Es el grado de aprendizaje conformado por contenidos sabidos o conocidos que forman los conocimientos sobre el VIH/SIDA que han conseguido los alumnos de la I.E. 20527 América – Sullana, el cual se obtendrá a través de la aplicación de una encuesta.	<ul style="list-style-type: none"> • Generalidades del VIH/SIDA • Desarrollo del VIH/SIDA • Formas de transmisión • Factores de riesgo • Medios diagnósticos • Tratamiento • Medidas preventivas 	<ul style="list-style-type: none"> • Definición VIH/SIDA • Fase inicial • Fase asintomática • Fase sintomática • Fase SIDA • Transmisión sexual • Transmisión vertical o perinatal • Transmisión sanguínea • Relaciones sexuales sin protección • Transfusión sanguínea sin garantía de seguridad. • Uso de alcohol y drogas. • Pruebas de detección del VIH/SIDA • Antirretrovíricos • Uso de preservativos • Realizar pruebas de detección. • Evitar conductas de riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bueno • Regular • Malo 	<ul style="list-style-type: none"> • 16-20 • 11-15 • 0-10

Fuente: elaborada por la autora del presente estudio

1.5 HIPÒTESIS

Los adolescentes de la Institución Educativa 20527 América poseen buen nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA.

1.6 OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento sobre VIH / SIDA en los adolescentes de la Institución Educativa 20527 América Sullana.

Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de conocimiento en los adolescentes de la I.E. según edad.
- Identificar el nivel de conocimiento en los adolescentes de la I.E. según sexo.
- Identificar el nivel de conocimiento en los adolescentes de la I.E. según religión.
- Identificar el nivel de conocimiento en los adolescentes de la I.E. según procedencia.
- Identificar el nivel de conocimiento en los adolescentes de la I.E. según grado de estudio.

2. METODOLOGIA

2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

El estudio es de tipo descriptivo; con enfoque cuantitativo y de corte transversal.

- Descriptivo: porque permitió describir o detallar la situación de las variables tal y como se presentaron.
- Cuantitativo: porque se utilizó una encuesta que proporcionó números y cantidades sobre los cuales se logró aplicar análisis estadístico.
- Transversal: porque se estudió la variable simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

2.2. ÁREA DE ESTUDIO:

Institución Educativa 20527 América- Sullana

2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población:

La población estuvo constituida por todos los alumnos de 4to y 5to año de secundaria de la institución educativa 20572 América representado por un total de 77 adolescentes.

Muestra: se utilizó la siguiente formula

$$n = \frac{Z^2 p q N}{(N - 1)E^2 + Z^2 pq}$$

N: es el tamaño de la población= **77**

α: es el valor del error 5% = **0.05**

Z= 1.96

p = probabilidad de éxito= **0.5**.

q= probabilidad de fracaso= **0.5**

n: es el tamaño de la muestra.

Reemplazando:

$$n = \frac{3.84 \times 0.25 \times 77}{76 \times 0.0025 + 3.84 \times 0.25}$$

$$n = \frac{73,92}{1,15}$$

$$n = 64,27$$

La muestra del presente estudio estuvo conformada por un total de 64 adolescentes del 5to año y 4to año de la Institución Educativa 20572 AMERICA - Sullana.

Criterios de inclusión:

- Pertenecer al 5to o 4to año de secundaria de la institución educativa 20572 AMERICA - Sullana.
- Alumnos comprendidos entre las edades de 14 y 18 años de edad.
- Alumnos sean de sexo femenino, masculino.
- Alumnos matriculados con asistencia regular.

Criterios de exclusión:

- Alumnos no matriculados y con asistencia irregular.
- Alumnos que no asistieron a clase el día que se realizó la aplicación del instrumento.
- Aquel alumno que no desee participar en la investigación.

2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Técnica: Encuesta

Instrumento: El instrumento que se utilizó fue un cuestionario elaborado por la autora del presente estudio, estructurado en 20 preguntas; cada pregunta correcta tiene el valor de un punto haciendo un total de 20 puntos lo que da como resultado:

Bueno = 16 a 20 puntos

Regular = 11 a 15 puntos

Malo = 0 a 10 puntos

Validación de instrumentos: El instrumento fue sometido a la prueba estadística Alfa de Cronbach obteniendo un resultado de 0.996 alcanzando un coeficiente alfa >9 es excelente, lo cual indica que el cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre VIH SIDA es altamente confiable. (anexo F)

2.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

- Se realizaron gestiones en la Universidad San Pedro Sullana para solicitar la autorización presentada a la I.E 20527 América- Sullana.
- Posteriormente definida la unidad de análisis se procedió a realizar la visita a dicha institución educativa para aplicar el instrumento; previa instrucción para su desarrollo y consentimiento informado.
- El instrumento se aplicó mediante un cuestionario realizado por la autora del estudio, en un tiempo máximo de 20 minutos por cada estudiante adolescente de 4to y 5to año de secundaria de la institución educativa 20527 América – Sullana.

2.6 PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS SUJETOS EN ESTUDIO

Consideraciones éticas

- a) Principio de beneficencia: Garantía que no sufrirán daño: Esto se refiere a que los participantes no fueron expuestos a experiencias que les provoquen incomodidad, para ello el instrumento fue aplicado sólo por el investigador.
- b) Principio de respeto a la dignidad humana: La participación fue en forma voluntaria, así como la libertad de retirarse en el momento que deseen.
- c) Consentimiento informado: Se les informó que los datos obtenidos fueron utilizados en forma confidencial y que sólo tendrá acceso el investigador. Se incluyó un formulario de consentimiento, el mismo que documenta la participación voluntaria, después que recibieron una explicación completa sobre la investigación.
- d) Principio de anonimato: Los datos fueron manejados en forma anónima, sólo para la investigación.
- e) Principio de ética: Se respetó la integridad de los participantes sin interrumpir el procedimiento.

2.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACION

Una vez obtenida la información se procedió a la medición de la variable se utilizará la estadística descriptiva con el promedio aritmético, los porcentajes y las frecuencias absolutas.

Finalmente, los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación se considerará el marco teórico. Para ello se utilizó el programa SPSS versión 20.

Para contrastar la hipótesis se aplicó la prueba estadística No Paramétrica del Chi Cuadrado.

3. RESULTADOS

3.1. ANALISIS DE RESULTADOS:

TABLA N°01: Conocimiento sobre VIH/SIDA en los adolescentes de la institución educativa 20527 América – Sullana.

Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	15	23,4	23,4	23,4
Regular	40	62,5	62,5	85,9
Bueno	9	14,1	14,1	100,0
Total	64	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a los adolescentes de la I.E. 20527 América 2017 (anexo c)

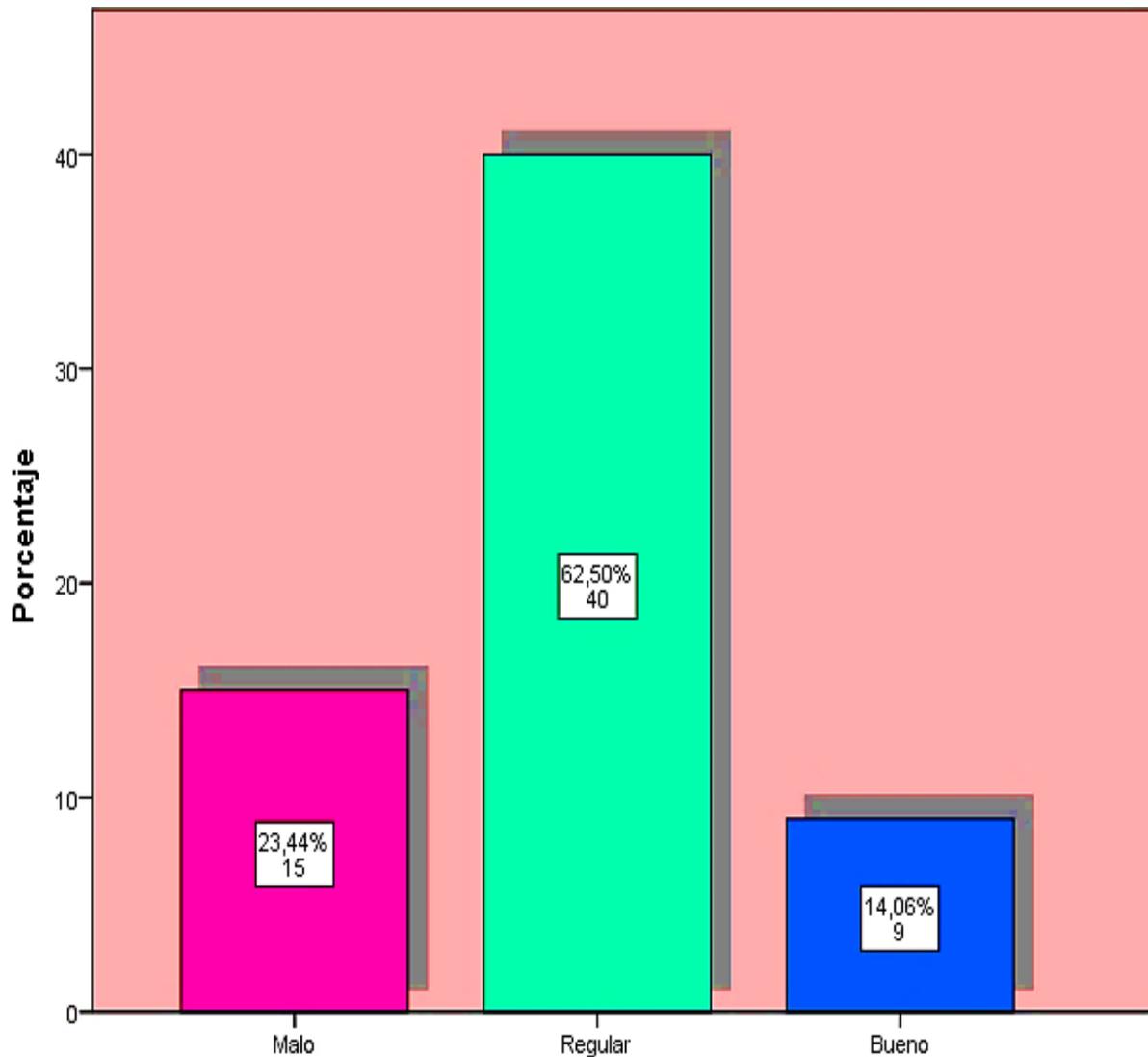


GRÁFICO N°01: Conocimiento sobre VIH/SIDA en los adolescentes de la institución educativa 20527 América – Sullana

Interpretación: Del total de encuestados (64) en la institución educativa 20527 América se obtuvo que la mayoría de los adolescentes tienen nivel de conocimiento regular (62,5%) seguido de nivel de conocimiento bajo (23,4%) y finalmente tuvieron conocimiento bueno con (14,1%).

TABLA N°02: Conocimiento sobre VIH / SIDA en adolescentes según edad.

Conocimiento	Edad					Total
	14	15	16	17	18	
Bajo	0 0,0%	3 4,7%	5 7,8%	6 9,4%	1 1,6%	15 23,4%
Regular	1 1,6%	14 21,9%	11 17,2%	9 14,1%	5 7,8%	40 62,5%
Bueno	0 0,0%	5 7,8%	3 4,7%	1 1,6%	0 0,0%	9 14,1%
Total	1 1,6%	22 34,4%	19 29,7%	16 25,0%	6 9,4%	64 100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a los adolescentes de la I.E. 20527 América 2017 (anexo c)

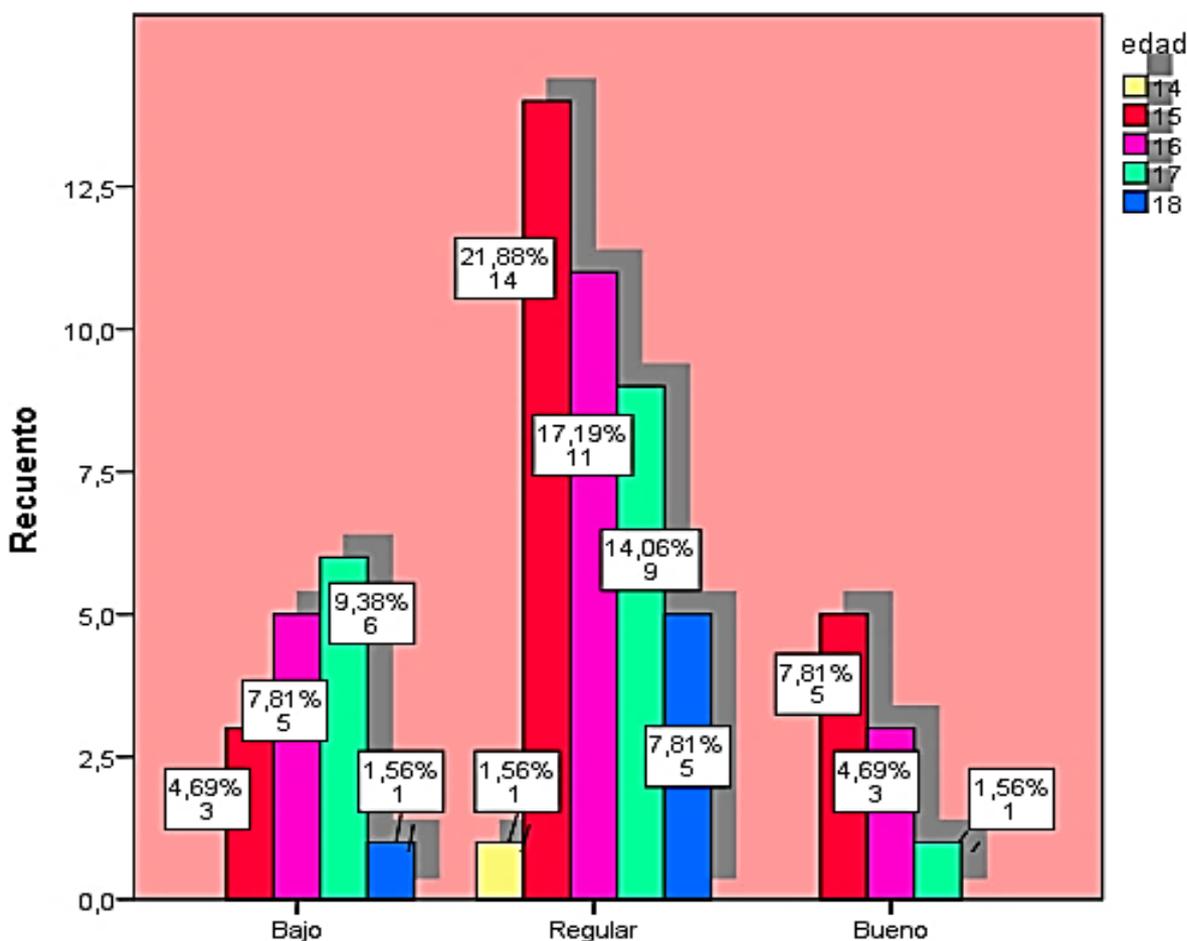


GRÁFICO N°2: Conocimiento sobre VIH / SIDA en adolescentes según edad.

Interpretación: La mayoría de los adolescentes encuestados tienen 15 años (34,4%) y entre ellos predomina el conocimiento regular representado por

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,375 ^a	8	,605
Razón de verosimilitudes	7,482	8	,486
N de casos válidos	64		

- a. 11 casillas (73.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
b. La frecuencia mínima esperada es .14.

14 estudiantes (21,9%), seguido de 7,8% con conocimiento bueno y 4.7% conocimiento bajo.

29,7% de los encuestados tienen 16 años de ellos 17,2% tienen nivel de conocimiento regular, 7,8% tienen conocimiento bajo y 4,7% obtuvieron nivel de conocimiento bueno; 25% de los estudiantes encuestados tienen 17 años de ellos 14,1% tienen nivel de conocimiento regular, 9,4% obtuvieron conocimiento bajo y 1,6% tienen nivel de conocimiento bueno.

Finalmente 9,4% de los encuestados tienen 18 años de los cuales 7,8% tienen nivel de conocimiento regular y 1,6% obtuvo conocimiento bajo ninguno obtuvo nivel de conocimiento bueno; sólo uno tiene 14 años y obtuvo nivel de conocimiento regular.

TABLA N°03: Conocimiento sobre VIH / SIDA en adolescentes según sexo.

Conocimiento	sexo		Total
	femenino	masculino	
Bajo	7	8	15
	10,9%	12,5%	23,4%
Regular	22	18	40
	34,4%	28,1%	62,5%
Bueno	6	3	9
	9,4%	4,7%	14,1%
Total	35	29	64
	54,7%	45,3%	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a los adolescentes de la I.E. 20527 América 2017 (anexo c)

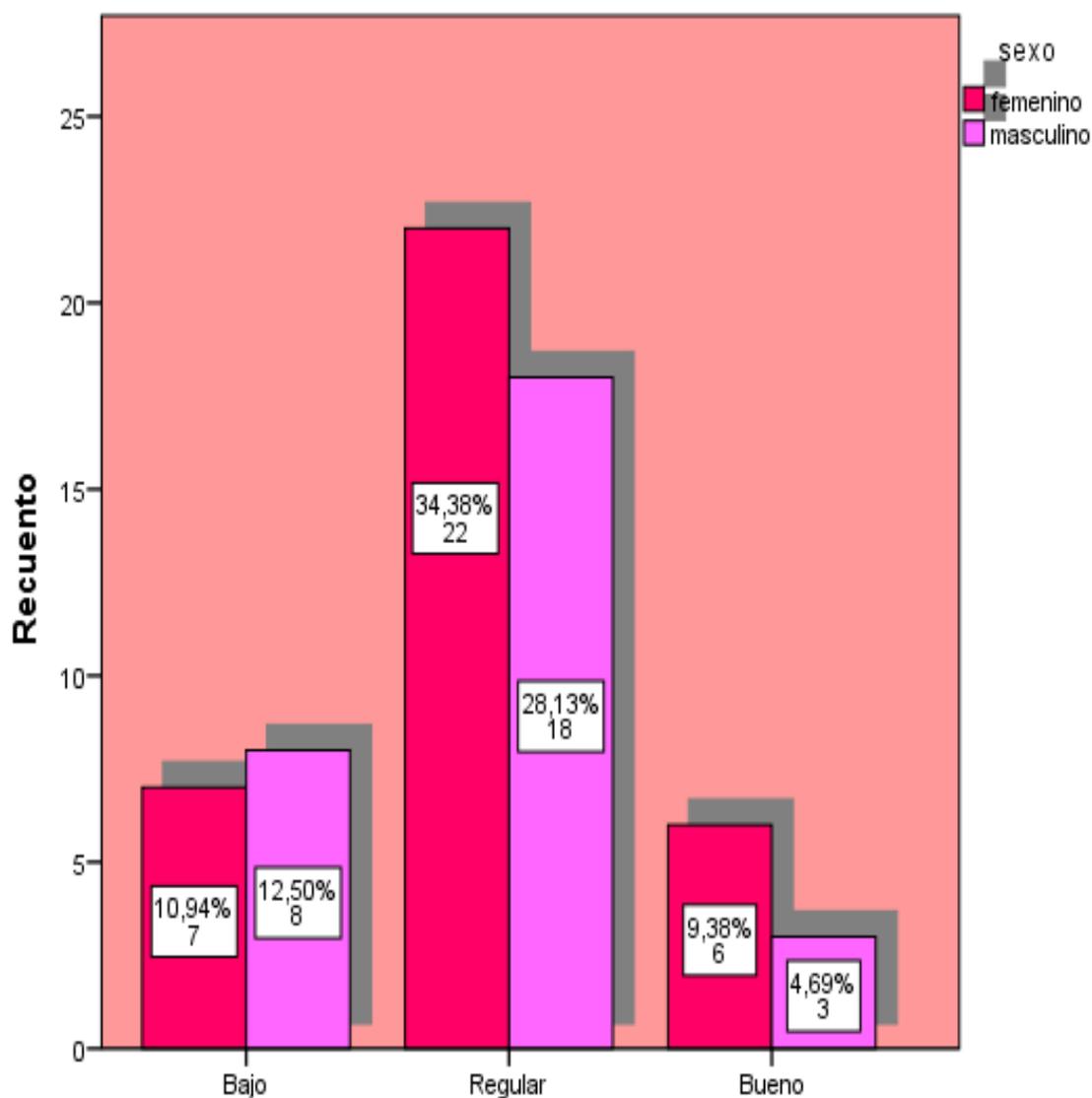


GRÁFICO N°3: Conocimiento sobre VIH / SIDA en adolescentes según sexo.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,912 ^a	2	,634
Razón de verosimilitudes	,923	2	,630
N de casos válidos	64		

a. 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

b. La frecuencia mínima esperada es 4.08.

Interpretación: Del total de adolescentes encuestados (64) de la I.E. 20527 América – Sullana predomina el sexo femenino 54.7% de ellos 34,4% tienen nivel de conocimiento regular, 10.9% poseen nivel de conocimiento bajo y 9.4% poseen nivel de conocimiento bueno sobre VIH/SIDA. Con respecto al sexo masculino se obtuvo que 28,1% de ellos poseen nivel de conocimiento regular, 12,5% poseen nivel de conocimiento bajo y 9,4% de los estudiantes tienen nivel de conocimiento bueno.

TABLA N°04: Conocimiento sobre VIH / SIDA en adolescentes según religión.

Conocimiento	Religión					Total
	católico	evangélico	testigo de jehová	Mormón	otro	
Bajo	10	3	0	0	2	15
	15,6%	4,7%	0,0%	0,0%	3,1%	23,4%
Regular	21	14	0	0	5	40
	32,8%	21,9%	0,0%	0,0%	7,8%	62,5%
Bueno	4	2	1	1	1	9
	6,2%	3,1%	1,6%	1,6%	1,6%	14,1%
Total	35	19	1	1	8	64
	54,7%	29,7%	1,6%	1,6%	12,5%	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a los adolescentes de la I.E. 20527 América 2017 (anexo c)

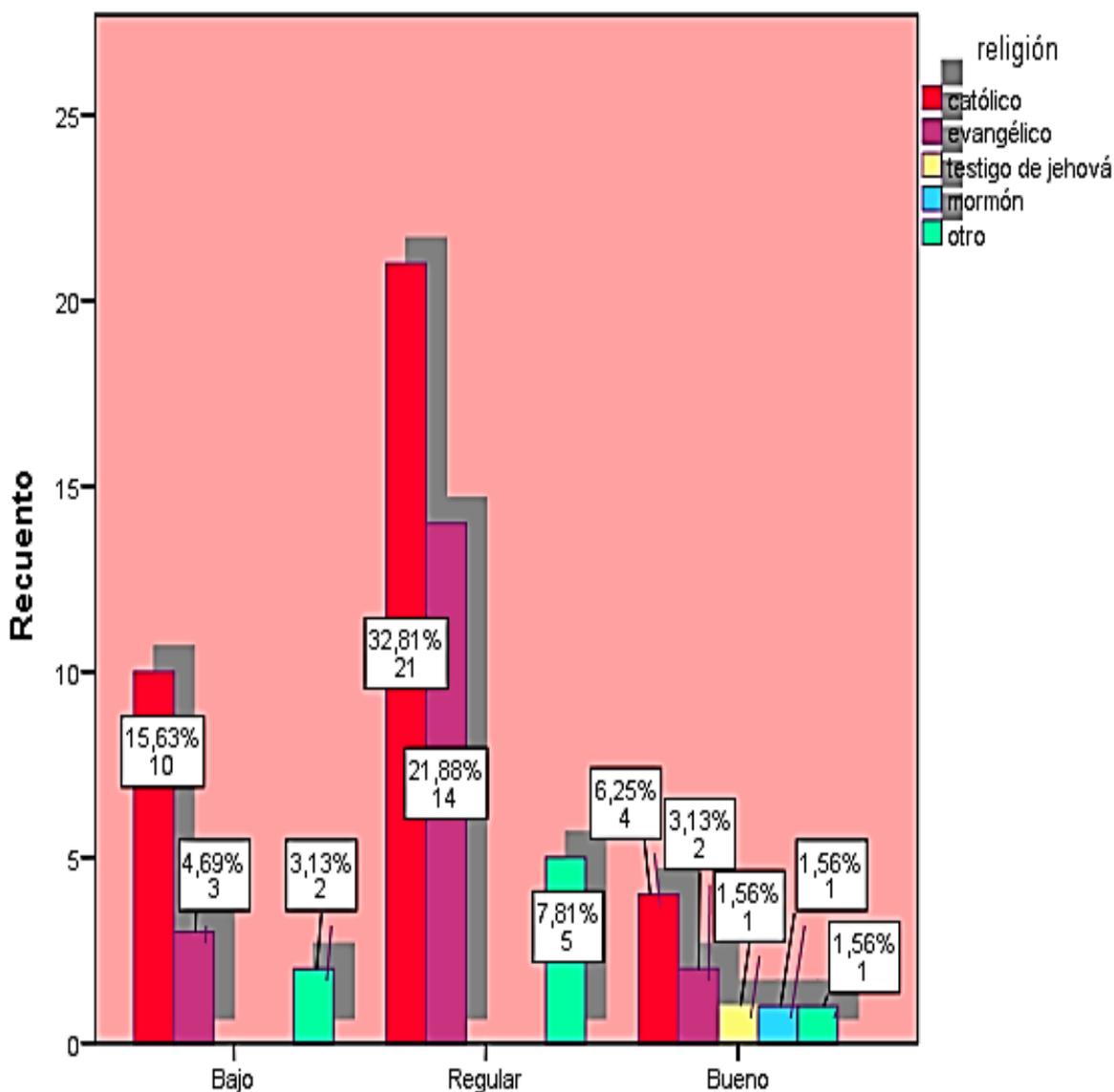


Gráfico N°4: Conocimiento sobre VIH/SIDA en adolescentes según religión

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,869 ^a	8	,085
Razón de verosimilitudes	9,538	8	,299
N de casos válidos	64		

a. 11 casillas (73.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

b. La frecuencia mínima esperada es .14.

Interpretación: Del total de adolescentes encuestados (64) la mayoría de los estudiantes son de religión católica (54.7%) de ellos 32.8% tienen nivel de conocimiento regular, 15.6% poseen nivel de conocimiento bajo y 6.2% obtuvieron nivel de conocimiento bueno sobre VIH/SIDA en la I.E. 20527 América.

Seguido de los que pertenecen a la religión evangélica con 29,7% de ellos 21,9% obtuvieron nivel de conocimiento regular, 4,7% tienen nivel de conocimiento bajo y 3,1% poseen nivel de conocimiento bueno; 12,5% pertenecen a otra religión y de ellos 7,8% tienen conocimiento regular, 3,1% tienen bajo nivel de conocimiento y 1,6% poseen nivel de conocimiento bueno finalmente 1,6% pertenecen a la religión testigo de jehová y mormón respectivamente, de ellos sólo obtuvieron nivel de conocimiento bueno ninguno tuvo nivel de conocimiento bajo y regular.

TABLA N°05: Conocimiento sobre VIH / SIDA en adolescentes según procedencia.

Conocimiento	Procedencia			Total
	Sullana	Bellavista	otro	
Bajo	13 20,3%	2 3,1%	0 0,0%	15 23,4%
Regular	37 57,8%	1 1,6%	2 3,1%	40 62,5%
Bueno	8 12,5%	1 1,6%	0 0,0%	9 14,1%
Total	58 90,6%	4 6,2%	2 3,1%	64 100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a los adolescentes de la I.E. 20527 América 2017 (anexo c)

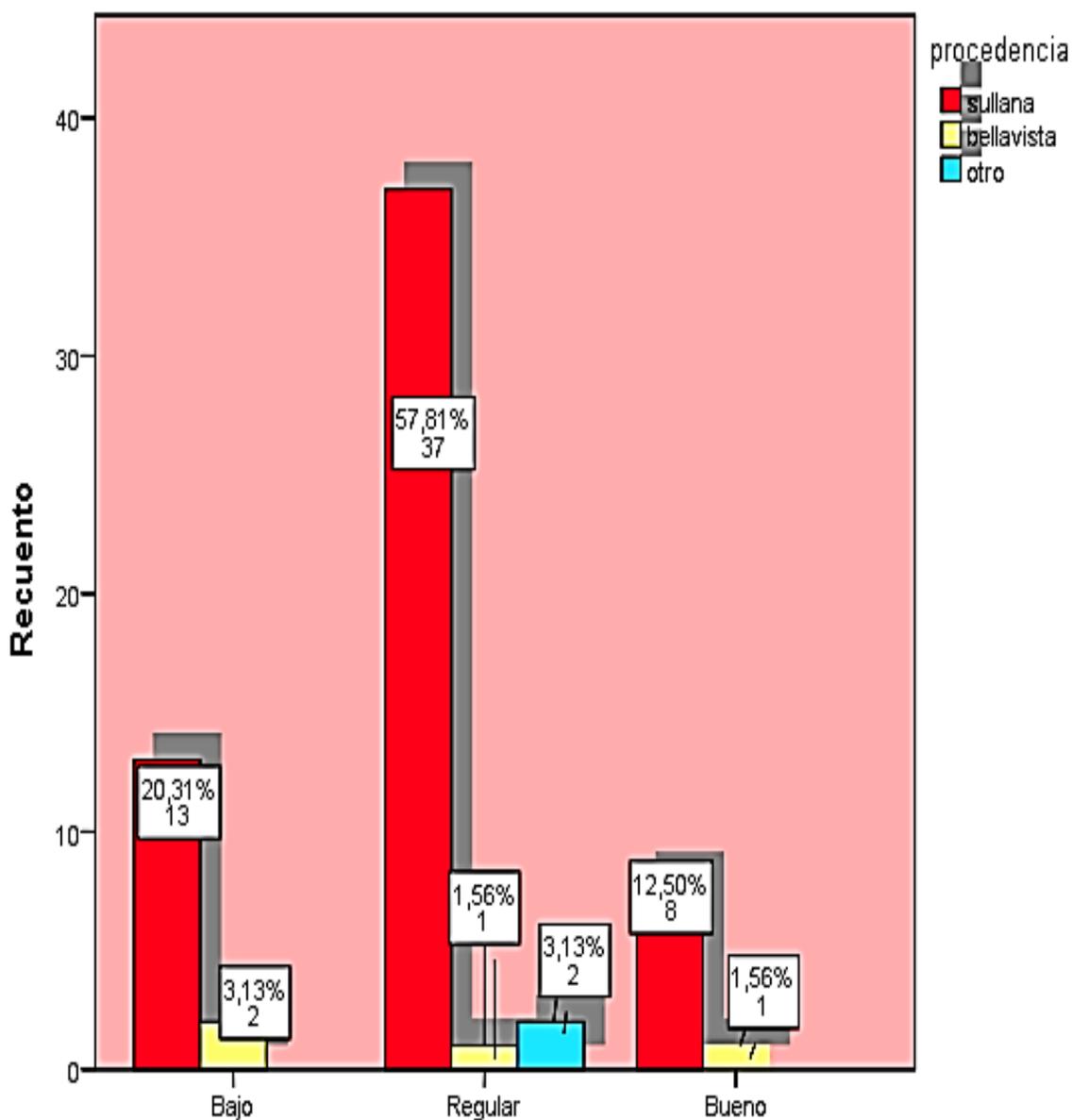


GRÁFICO N°05: Conocimiento sobre VIH / SIDA en adolescentes según procedencia.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. (bilateral)	asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	3,689 ^a	4		,450
Razón de verosimilitudes	4,274	4		,370
N de casos válidos	64			

a. 6 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

b. La frecuencia mínima esperada es .28.

Interpretación: La siguiente tabla presenta que 90,6% son de Sullana y 57,8% de ellos tienen nivel de conocimiento regular, 20,3% con nivel de conocimiento bajo y finalmente 12,5% poseen nivel de conocimiento bueno sobre VIH/SIDA. Sólo 6,2% pertenecen a Bellavista de ellos 3,2% obtuvieron nivel de conocimiento bajo y 1,6% tiene conocimiento bueno y regular respectivamente, finalmente sólo dos estudiantes indicaron pertenecer a otro lugar de procedencia y obtuvieron nivel de conocimiento regular.

TABLA N°06: Conocimiento sobre VIH / SIDA en adolescentes según grado de estudio.

Conocimiento	Grado de estudio		Total
	4to	5to	
Bajo	9	6	15
	14,1%	9,4%	23,4%
Regular	25	15	40
	39,1%	23,4%	62,5%
Bueno	7	2	9
	10,9%	3,1%	14,1%
Total	41	23	64
	64,1%	35,9%	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a los adolescentes de la I.E. 20527 América 2017 (anexo c)

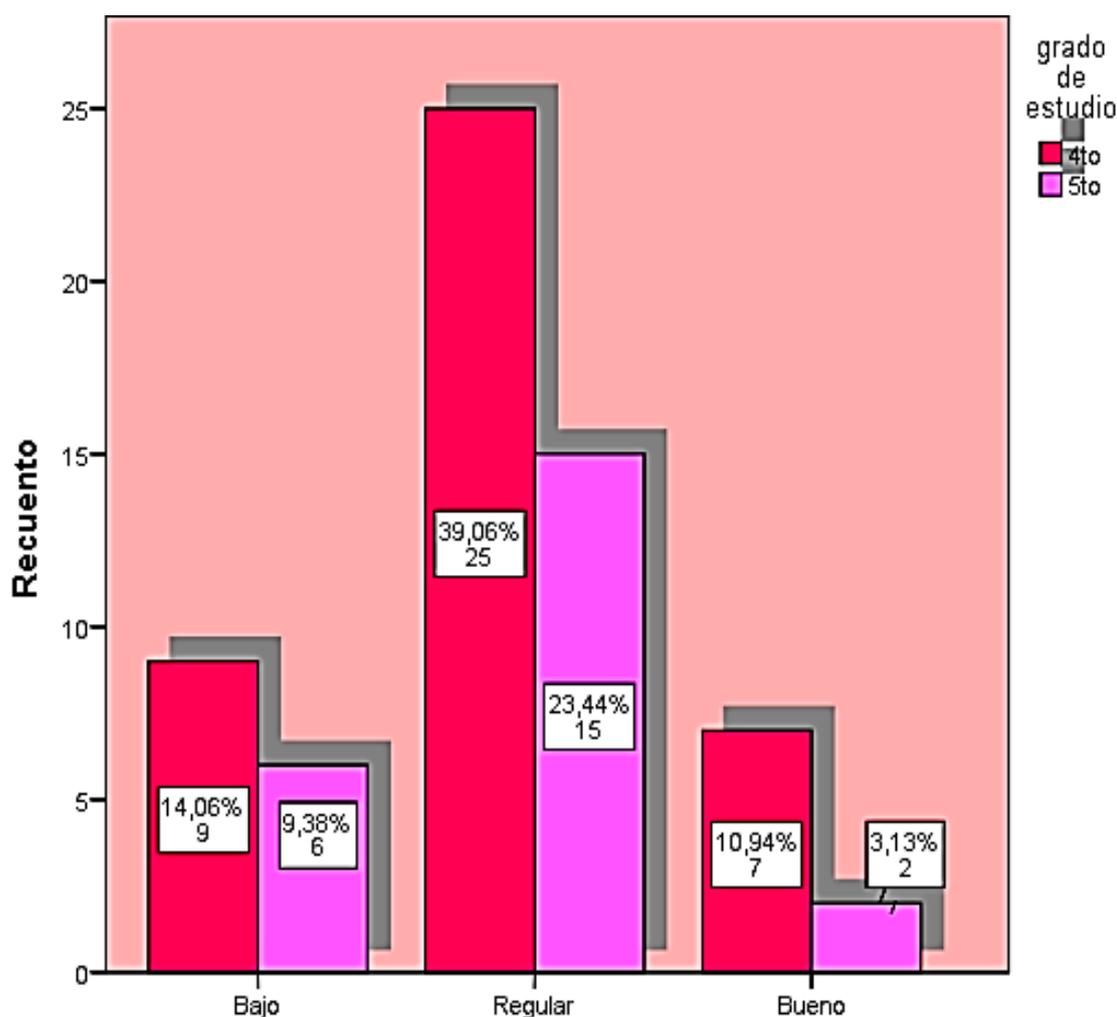


GRÁFICO N°06: Conocimiento sobre VIH / SIDA en adolescentes según grado de estudio.

Interpretación: En la siguiente tabla se observa que el mayor porcentaje de estudiantes cursan el cuarto año de secundaria (64,1%) de ellos 39,1% tienen nivel de conocimiento regular, seguido de 14,1% con

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,885 ^a	2	,642
Razón de verosimilitudes	,941	2	,625
Asociación lineal por lineal	,620	1	,431
N de casos válidos	64		

a. 1 casillas (16.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

b. La frecuencia mínima esperada es 3.23.

nivel de conocimiento bajo y 10,9% con nivel de conocimiento bueno. Los adolescentes que pertenecen al quinto año de secundaria son 35,9% y de ellos 23,4% tienen nivel de conocimiento regular, 9,4% nivel de conocimiento bajo y finalmente sólo 3,1% de los adolescentes tienen conocimiento bueno.

4. ANALISIS Y DISCUSION

Tabla N°1: Conocimiento sobre VIH/ SIDA en adolescentes de la institución educativa 20527 América – Sullana, la mayoría de los encuestados tienen conocimiento regular (62,7%) seguido de conocimiento malo con 23,4% y finalmente 14, 1% con conocimiento bueno.

En un estudio realizado por Cecilio en el año 2012 en la ciudad de Lima se encontró que el mayor porcentaje del nivel de conocimiento de los adolescentes era regular, también en la investigación de Arrasco y Gonzales en el año 2012 en la institución educativa Juan Miguel Perez Rengifo en Tarapoto se encontró que 74% tuvo un nivel de conocimiento medio con respecto a VIH/SIDA. Según Cortijo y Condor en el año 2010 en un estudio realizado en los adolescentes de Piura en la institución educativa de la PNP Bacilio Ramirez Peña concluyó que el nivel de conocimiento era regular.

Sin embargo esto difiere con los resultados de la investigación realizada por Sarduy en estudiantes de secundaria básica en la ciudad de Cuba, él concluye que los estudiantes tienen un buen nivel de conocimiento así como Lopez y Ruiz en su estudio en Managua -Nicaragua en el 2015 manifiesta que 63,4% de los estudiantes encuestados obtienen un nivel de conocimiento bueno, datos similares se encontraron en la investigación efectuada por Pasapera y Chuyes e la ciudad de Sullana en el año 2010 que es su investigación refieren que el nivel de conocimiento fue bueno.

En un estudio realizado por Pacheco y Erreyes en el 2017 en la unidad educativa Cesar Dávila de Cuenca – Ecuador concluyeron que los conocimientos sobre VIH/SIDA son deficientes al no conocer sobre la enfermedad, síntomas, formas de contagio.

Según la investigación realizada en la institución educativa 20527 América – Sullana el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA en los 64 adolescentes encuestados de 4to y 5to año de secundaria fue regular, constituyendo 62,5%, esto resulta preocupante puesto que el conocimiento junto a la actitud positiva favorece conductas específicas de conservación y promoción de la salud, el elemento cognitivo es en suma un factor predisponente para la adopción de hábitos saludables, además los adolescentes constituyen una población expuesta al contagio de VIH/SIDA y llama a la reflexión valorar el conocimiento que se imparte respecto a los temas de salud sexual y reproductiva.

Tabla N°2: Conocimiento sobre VIH/SIDA en adolescentes según edad de la institución educativa 20527 América, se obtuvo que la mayoría de los estudiantes tiene

15 años (34,4%) de los cuales 21,9% tiene conocimiento regular, 7,8% conocimiento bueno y 4,7% conocimiento malo.

Datos similares se encontraron en la investigación de Baca y Palacios en el año 2015 en Lambayeque ellos obtuvieron que la edad promedio de los estudiantes fue 15 años conocimiento medio.

Sin embargo, en la investigación de Lopez y Ruiz en el año 2015 en Nicaragua obtuvieron que en el colegio 1° de Junio predomina el grupo de edad 15 a 19 años con conocimiento bueno (91,3%) así mismo en la investigación de Cunyas realizada en el año 2017 en Huancayo encontró que predomina el grupo de edad entre 15 a 19 años y que tuvieron un buen nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA. En el estudio realizado por Artica en el año 2012 en Huancayo obtuvo que en la mayoría los estudiantes tienen entre 14 – 16 años y desconocen sobre el VIH/SIDA.

El nivel de conocimiento regular que presentan los adolescentes, se debe a la adquisición de conocimientos que han aumentado y evolucionado con la edad a través de su maduración psicológica, sus propias experiencias y a través de los contenidos educativos recibidos durante su formación al avanzar en años de estudio, lo que posiblemente reflexiva y analíticamente conlleve a un aumento en el poder y control de sus vidas, esto permitirá a los adolescentes tomar decisiones que generen resultados más saludables, pero siempre teniendo en cuenta que sólo 7,8% de los adolescentes tienen nivel de conocimiento bueno y que 4,7% de ellos tienen nivel bajo por lo cual si los conocimientos son reforzados, a través de programas educativos con intervención de profesionales, padres de familia y promover el interés en el adolescente para una orientación que lo ayude a optar prácticas sexuales seguras teniendo como base el conocimiento adquirido, se asegurará que en el futuro el 100% de estos adolescentes tengan nivel de conocimiento bueno y estén seguros de cómo protegerse y prevenir el VIH/SIDA.

Tabla N°3: Conocimiento sobre VIH/SIDA en adolescentes según sexo de la institución educativa 20527 América, se obtuvo que la mayoría son de sexo femenino (54,7%) y ellas poseen conocimiento regular seguido de 10,9% con conocimiento malo y 9,4% con conocimiento bueno sobre VIH/SIDA, así mismo el sexo masculino también tiene conocimiento regular.

Datos similares obtuvieron en su investigación Baca y Palacios realizada en el año 2015 en Lambayeque en la que predomina el sexo femenino con nivel de conocimiento medio de la misma manera el sexo masculino también posee conocimiento regular.

Sin embargo, en la investigación de López y Ruiz realizada en el año 2015 en Nicaragua obtuvieron que en colegio 1° de Junio predomina el sexo masculino con buen nivel de conocimiento (76,6%) sobre VIH/SIDA así mismo en la investigación de Cunyas en el año 2017 en Huancayo concluye que en la institución educativa Andrés Bello de Picolmayo 46,9% de estudiantes del sexo masculino y 28,1% del sexo femenino tuvieron buen nivel de conocimiento.

En el estudio realizado por Artica en el año 2012 en la institución educativa nacional José Abelardo Quiñones se obtuvo que 59,4% de mujeres y 40,6% de varones desconoce sobre el VIH/SIDA.

La población adolescente es susceptible a problemas de salud por las características propias de su edad, en esta etapa los adolescentes experimentan un período de transición, crecimiento, exploración y oportunidades. Al mismo tiempo, los adolescentes típicamente están mal informados sobre cómo proteger su salud sexual, a menudo cuentan con menos información, menos experiencia y menos facilidades para acceder a servicios de planificación familiar y salud reproductiva. Ante ello es posible que los adolescentes sientan renuencia o incluso hostilidad por parte de los adultos al tratar de obtener la información y los servicios de salud reproductiva que necesitan. Por lo tanto, podrían presentar un mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA que pudieran afectar su futuro.

Es preocupante ver que según los resultados de la investigación 62,5% de adolescentes entre hombres y mujeres tienen nivel de conocimiento regular cuando en realidad su nivel de conocimiento debería de ser bueno debido a que se encuentran en una etapa en la que deben estar adecuadamente informados sobre el VIH/SIDA. También llama a la reflexión que sólo 14,1% de adolescentes tienen nivel de conocimiento bueno mientras que 23,4% poseen nivel de conocimiento malo, es tarea de profesionales de la salud incidir en la consejería en los adolescentes e informar sobre prevención de ITS/ VIH/SIDA para evitar su incidencia y mejorar las condiciones sanitarias de quienes lo padecen.

Tabla N°4: Conocimiento sobre VIH/SIDA en adolescentes según religión de la institución educativa 20527 América, se obtuvo que la mayoría de los estudiantes profesan la religión católica, de ellos 32,8% tienen conocimiento regular sobre VIH/SIDA seguido de 15,6% con conocimiento malo y 6,2% poseen conocimiento bueno.

En un estudio realizado por López y Ruiz en el año 2015 en Nicaragua encontraron que en colegio 1° Junio predominan los estudiantes que profesan la religión católica 94.2% con un buen nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA; sin embargo, en la investigación realizada por Artica en el año 2012 en la institución educativa nacional José Abelardo Quiñones en Huancayo obtuvo que la mayoría son de religión católica y desconocen sobre VIH/SIDA.

El conocimiento sobre transmisión responde a las conductas de riesgo a las que está expuesto el adolescente debido al inicio de relaciones sexuales a temprana edad, el cambio de pareja, las variables sociales, así como la falta generalizada del uso de medios de protección y sobre todo la religión esto hacen de los adolescentes una población con mayor riesgo de infectarse y con menor nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA debido a que hay muchas religiones que aun toman estos temas como tabú.

Lo que lleva a no orientar a los integrantes de estas religiones sobre que son el VIH/SIDA y la manera de prevenirlo por ende para este estudio es de amplia importancia conocer a que religiones pertenecen estos adolescentes teniendo como resultado que sólo los que perteneces a la religión católica y evangélica obtuvieron mayor porcentaje en el nivel de conocimiento regular, por lo cual podemos deducir que en estas religiones los adolescentes tienen más absceso a información sobre los temas de salud sexual que aquejan a la sociedad.

Tabla N°5: Conocimiento sobre VIH/SIDA en adolescentes según procedencia de la institución educativa 20527 América, se obtuvo que 90,6% proceden de Sullana y que 57,8% de ellos tienen conocimiento regular sobre VIH/SIDA seguido de 20,3% con conocimiento malo y finalmente 12,5% con conocimiento bueno.

Datos similares encontraron Arrasco y Gonzales en el año 2012 en la institución educativa Juan Miguel Perez Rengifo en Tarapoto que indica que la mayoría de los estudiantes provienen de zona urbana y poseen un nivel de conocimiento respecto a ITS- VIH/SIDA.

Sin embargo, Cunyas en el año 2017 en la institución educativa estatal Andrés Bello de Pícolmayo – Huancayo concluyó que 71,9% de estudiantes que proceden de la zona urbana tuvieron buen nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA.

En este estudio respecto al lugar donde viven los adolescentes encuestados que en su mayoría radican en Sullana, que es zona urbana, en su mayoría obtuvieron conocimiento regular sobre el tema seguido de 20,3% con conocimiento malo y sólo 12,5% conocimiento bueno se puede deducir que la residencia favorece al adolescente a tener mayor acceso a la información, por la mayor facilidad que existe en la zona urbana para utilizar la internet, radio, televisión y otros, porque estos son los medios más utilizados, por este grupo de edad, para adquirir información al respecto.

Los adolescentes pertenecen a un grupo etario que verán casos de SIDA en incremento, mientras a la vez son conocedores de la existencia, saben diferenciar que es una infección, que se puede contagiar mediante el acto sexual y a la vez evitar. Lo que nos refleja que esta generación mejorara su información siempre y cuando se encuentre viviendo en la zona urbana por se encuentran facilidades en el acceso de información y se encuentra influenciado por su sociedad.

El adolescente es un ser social, por ello adquiere su conocimiento en su entorno, además entre la interacción con las personas que lo rodea y situaciones vividas. Es así que toma conocimientos de otros y los convierte en suyo dándole un significado personal.

Tabla N°6: Conocimiento sobre VIH/SIDA en adolescentes según grado de estudio de la institución educativa 20527 América Sullana, la mayoría cursan el 4to año de secundaria (64,1%) de ellos 39,1% poseen conocimiento regular, 14,1% tienen bajo nivel de conocimiento y 10,9% tiene conocimiento bueno sobre el tema.

Datos similares obtuvo Cecilio en su investigación realizada en el año 2012 en la ciudad de Lima en el que 29,6% del 3er año, 33% de 4to año y 37,4% de 5to año de secundaria obtuvieron nivel de conocimiento regular sobre VIH/SIDA, difiriendo de ello Artica en su investigación realizada en el año 2012 en Huancayo obtuvo que 61.3% de 4to año y 38,7% de 5to año de secundaria desconocen sobre el VIH/SIDA.

Deduciendo de los resultados de este estudio, en el que resalta el nivel de conocimiento regular que aunque los adolescentes no expresan un eficiente saber, solo denota una información básica sobre el VIH/SIDA, el mismo que ha sido posiblemente adquirido

de diversas formas, transmitida por los docentes, por los medios de comunicación, por sus amistades u orientación por parte de sus padres, quienes en la mayoría no han incluido el desarrollo de estos temas como parte de la formación de sus hijos, y a esto se le suma la falta de actividades educativas del centro de salud lo que incrementa el desconocimiento en los adolescentes acerca del tema VIH/SIDA.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- La mayoría de los adolescentes de la I.E. 20527 América, presentan un nivel de conocimiento regular (62,5%) sobre VIH/SIDA.
- En la investigación el mayor porcentaje según edad lo tienen los adolescentes de 15 años con nivel de conocimiento regular sobre VIH/SIDA.
- 34,4% de los encuestados fueron del sexo femenino y poseen conocimiento regular sobre VIH/SIDA, 28.1% son del sexo masculino con conocimiento regular.
- La religión que predomina en los adolescentes es católica y ellos poseen un nivel de conocimiento regular, representado por 32,8%.
- La mayoría de los estudiantes 57,8% de la I.E. proceden de Sullana y poseen conocimiento regular sobre VIH/SIDA.
- De los encuestados 39,1% poseen conocimiento regular sobre VIH/SIDA y cursan el 4to año de secundaria.

5.2 RECOMENDACIONES

- Que la dirección de educación implemente programas, cursos y talleres en las instituciones educativas sobre el VIH/SIDA dirigidos a adolescentes, por ser este grupo poblacional el más vulnerable a contagiarse y ser contagiado.
- Que se establezca alianzas estratégicas entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación para que los profesionales de salud acudan a las instituciones educativas y usando diversas metodologías logren sensibilizar a los adolescentes a tomar medidas adecuadas frente a este problema.
- Abordar el estudio de investigación considerando la variable de práctica preventiva del adolescente sobre VIH/SIDA desde una perspectiva cualitativa que permita identificar los factores o problemas que puedan influir en la prevención efectiva.
- Realizar réplica del estudio de tal forma que permita establecer comparaciones entre diferentes grupos poblacionales y de diferente jurisdicción para así poder abarcar un mayor campo en la investigación presentada.

DEDICATORIA

Con todo amor a DIOS, por dotarme de sabiduría, entendimiento y salud para lograr la meta de ser Obstetra.

A mis padres Lorena Távara Calderón y Augusto Mendoza Rey por sus consejos, comprensión y apoyo, porque con su ejemplo de esfuerzo y lucha cada día me motivaron a seguir adelante sin desmayar.

A mi asesora Mg. Mary Ynés Campos Zapata con cariño y respeto por el apoyo incondicional en la realización del presente estudio de investigación y por dedicarme parte de su tiempo, porque sin su apoyo no hubiese sido posible la culminación de este estudio.

AGRADECIMIENTO

A Dios; porque en su infinita misericordia me permitió tener salud, bienestar físico y bienestar espiritual, para lograr la meta de ser profesional.

A mis Padres; porque sin escatimar esfuerzo han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme, alimentando su ideal de vida que ha sido convertirme en persona de provecho y porque nunca lograré pagar todos sus desvelos ni aún con las riquezas más grandes del mundo.

A la Universidad San Pedro por haberme aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera, así como también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y apoyo para seguir adelante día a día.

A la Mg. Ginger Karina Markovic Rugel quien se a tomado el arduo trabajo de transmitirme sus diversos conocimientos, especialmente los temas que corresponden a mi profesión, pero además a sido ella quien ha sabido encaminarme correctamente para lograr mis metas.

REFERENCIAS

- Afanasiev, V. (1984). *Manual de Filosofía*. Lima.
- Anderson, K. (2007). Adolescencia. En Anderson, *Diccionario de Medicina Mosby* (pág. 30). Barcelona, España: Océano.
- Arrasco, M., & Gonzales, J. (2012). *Relación entre el Nivel de Conocimientos y las Prácticas Preventivas sobre Infecciones de Transmisión Sexual VIH/SIDA en estudiantes del 5° año de secundaria de la I.E. Juan Miguel Pérez Rengifo. Junio - Agosto 2012*. Tarapoto.
- Artica, T. (2012). *Conocimiento y comportamientos sexuales relacionados al VIH/SIDA en adolescentes del 4° y 5° año de educación secundaria de la I.E.N. José Abelardo Quiñones del Anexo Palian, Distrito de Huancayo, 2012*. Huancayo.
- Baca, J., & Hidalgo, C. (2015). *Conocimientos, Percepciones y Prácticas relacionadas a VIH/SIDA en adolescentes de un distrito de Lambayeque- Perú*. Obtenido de <file:///G:/nuevas%20tesis%20antecedentes/lambayeque%202015.pdf>
- Barton, A., & Kaelin, G. (s.f.). *Sociedades Operadoras de Salud*. Obtenido de <https://sop.com.pe/blog/en-accion-contra-el-vih/>
- Bernardino, J., & Quiroz, N. (2015). *Conocimiento y actitudes sexuales relacionadas al VIH/SIDA en adolescentes del Politécnico Regional, Huancayo*. Obtenido de <file:///G:/nuevas%20tesis%20antecedentes/huancayo%202015.pdf>
- Carrillo, R., & Muñoz, K. (2010). *Nivel de conocimiento sobre las medidas de prevención de VIH/SIDA en los alumnos del colegio nacional San Camilo de la Ciudad de Quevedo, durante el segundo semestre del 2010*. Ecuador. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/218492692/Tesis-Nivel-de-Conocimiento-Del-Vih-sida-Finalizada-2-Modificada>
- Cecilio, S., & Quiroz, K. (2012). *Nivel de conocimientos, factores de riesgo y medidas de prevención sobre VIH/sida en estudiantes adolescentes de dos instituciones educativas en la ciudad de Lima, 2012*. Lima.

- Cortijo, R., & Condor, O. (2010). *Conocimiento sobre el VIH/SIDA en adolescentes. Piura, 2010*. Piura.
- Cunyas, D. (2017). *Nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA de los estudiante de la Institución Educativa Estatal Andrés Bello de Pilcomayo – Huancayo 2017*. Huancayo.
- García, C., & Caballero, A. (2000). El adolescente normal: desarrollo biológico, psicológico y social. En *Tratado de Pediatría Social* (2da ed., págs. 258-261). Díaz de Santos. Recuperado el 15 de enero de 2018, de https://books.google.com.pe/books?id=wgVoCjhUi8MC&pg=PA261&lpg=PA261&dq=Needlman+adolescentes&source=bl&ots=rD8LsqN-Rx&sig=43CXs6_ulKW9Sv7FLEU-fAVm_bg&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwib_qr5lfHYAhUNzVMKHVvjAn0Q6AEIQjAK#v=onepage&q=Needlman%20adolescentes&f=false
- Gomez, E. (2011). *Conocimiento sobre VIH-SIDA en estudiantes de secundaria de Cartagena, Colombia*. Cartagena.
- Krechb, & Cretchfield, R. (1982). *Investigación del comportamiento*. México.
- Lopez, J., & Ruiz, M. (2015). *Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en los Adolescentes del Colegio 1° de Junio, del Barrio Jorge Dimitrov, Distrito I, municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Octubre al 30 de Noviembre de 2015*. Nicaragua.
- Ministerio de Salud (MINSA). (2017). *Sala de prensa*. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=25679>
- Navarro, E., & Vargas, R. (2003). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados*. Barranquilla.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *Informe sobre la Salud del Mundo*. Recuperado el 17 de Octubre de 2017, de Capítulo 3: VIH/SIDA: resistir a un agente mortífero: <http://www.who.int/whr/2003/chapter3/es/index1.html>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Nota Descriptiva*. Obtenido de VIH/SIDA: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es>

- Pacheco, B., & Erreyes, S. (2017). *Conocimientos y Prácticas sobre VIH-SIDA en estudiantes: Unidad Educativa César Dávila Andrade. Cuenca, 2017.* Cuenca - Ecuador.
- Pasapera, E., & Chuyes, M. (2010). *Conocimiento sobre VIH/SIDA en adolescentes. Sullana, 2010.* Sullana.
- Rafael, G., & Ruiz, T. (2011). *Conocimientos, comunicación, actitudes y prejuicios acerca de la sexualidad y el VIH/SIDA en alumnos del 4° y 5° año de educación secundaria del colegio "Fe y Alegría" la Era, Lurigancho Chosica, 2011.* Lurigancho Chosica.
- Rudas, G. (2012). *Conocimientos y Conductas sexuales relacionaadas al VIH/SIDA en adolescentes 4° y 5° año de secundaria de la I.E.N. José María Arguedas distrito de Chilca. Huancayo. Obtenido de file:///G:/nuevas%20tesis%20antecedentes/Uladech_Biblioteca_virtual%20(3).pdf*
- Sociedad anónima cerrada (S.A.C.). (2006). El aparato reproductor. En *Anatomía* (1era ed., págs. 40-41). Barcelona: Tres Torres Torreblanca.
- Salinas, T. (2003). *Nociones de Psicología.* Lima: Adunk SRL.
- Sarduy, M., Sarduy, A., & Collado, E. (2012). *Nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en estudiantes de secundaria básica. Cuba.*
- Trinquete, D. (2005). Adolescentes y el VIH/SIDA ¿Quién dijo que todo está perdido? *Sexología y Sociedad, 11(27)*, 4-7. Recuperado el 15 de Diciembre de 2017, de <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/293/351>

ANEXO
Y
APÉNDICE

ANEXO A:

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA en los adolescentes de la Institución Educativa 20527 América Sullana?	<p>Objetivo General:</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento sobre VIH / SIDA en los adolescentes de la Institución Educativa 20527 América Sullana.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Identificar el nivel de conocimiento en los adolescentes de la I.E. según edad.</p> <p>Identificar el nivel de conocimiento en los adolescentes de la I.E. según sexo.</p> <p>Identificar el nivel de conocimiento en los adolescentes de la I.E. según religión.</p> <p>Identificar el nivel de conocimiento en los adolescentes de la I.E. según procedencia.</p> <p>Identificar el nivel de conocimiento en los adolescentes de la I.E. según grado de estudio.</p>	<p>H: Los adolescentes de la Institución Educativa 20527 América poseen buen nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA.</p>	<p>Variables</p> <p>Variable General</p> <p>Conocimientos</p> <p>Variable Interviniente</p> <p>Características demográficas</p>	<p>TIPO</p> <p>Cuantitativo</p> <p>DISEÑO</p> <p>No- experimental</p> <p>MÉTODO:</p> <p>Descriptivo, no correlacional y Transversal</p> <p>POBLACIÓN</p> <p>Alumnos de la institución Educativa 20527 AMERICA – Sullana.</p> <p>MUESTRA:</p> <p>No probabilístico</p> $n = \frac{Z^2 p q N}{(N - 1)E^2 + Z^2 p q}$ <p>DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.</p> <p>Encuesta</p> <p>TRATAMIENTO ESTADISTICO</p> <p>Programa SPSS – Versión 20</p>

ANEXO B

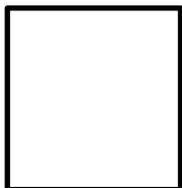
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada:

“Conocimiento Sobre VIH / SIDA En Adolescentes De La Institución Educativa 20527 AMERICA Sullana. Octubre-Diciembre 2017”

Habiendo sido informado del propósito de la misma, así como de los objetivos; y confiando plenamente en que la información que se vierta en el cuestionario será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que el investigador utilizará adecuadamente dicha información, asegurándome de la misma confidencialidad.

Firma de Participante



Huella digital del participante

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado alumno

La investigadora del estudio, al que usted ha manifestado su aceptación de participar, luego de darle su consentimiento informado, se compromete a guardar la misma confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán a su persona en lo absoluto.

Atte

Mendoza Távara, Laskhmy Lorent

Autora del estudio

- a) Sullana b) Bellavista c) Querecotillo d) Salitral e) otro

5. Grado de Estudio:

- a) 4to año b) 5to año

II.- DATOS ESPECÍFICOS:

Preguntas de conocimiento:

1. ¿Sabe usted qué significan las siglas VIH?
 - (a) Virus de Inmunodeficiencia Humana
 - (b) Virus de Infecciones Humanas
 - (c) Virus Inmunológico Humano
2. ¿Sabe usted qué significan las siglas SIDA?
 - (a) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
 - (b) Síndrome de deficiencia Adquirida
 - (c) Síndrome de déficit Administrado
3. ¿Cuál es la forma más común que se transmite el VIH/SIDA?
 - (a) Por un beso
 - (b) Relaciones sexuales sin protección
 - (c) Compartiendo ropa interior
4. ¿Quiénes están más expuestos a contraer VIH/SIDA?
 - (a) Niños
 - (b) Adolescentes
 - (c) Personas sexualmente activas
5. ¿Cómo puedo prevenir el VIH/SIDA?
 - (a) Teniendo una pareja sexual
 - (b) Teniendo relaciones sexuales con protección
 - (c) Todas las anteriores
6. ¿A dónde debo acudir si tuve relaciones sexuales de riesgo?
 - (a) Internet
 - (b) La iglesia
 - (c) Centro de Salud
7. ¿Qué anticonceptivo me protege del VIH/SIDA?
 - (a) Píldoras
 - (b) Implante

(c) Preservativo o condón

8. ¿Qué debo hacer si soy portador de VIH/SIDA?
 - (a) No salir de mi casa
 - (b) Cumplir un tratamiento indicado por un personal de salud capacitado
 - (c) Llevar una vida sexual liberal
9. ¿Qué tipo de muestra se utiliza para descartar VIH?
 - (a) Orina
 - (b) Esputo
 - (c) Sangre
10. Si me contagio de VIH/SIDA ¿Cuánto demora en manifestarse los síntomas si no me realizo una prueba rápida para detectar a tiempo?
 - (a) A los años
 - (b) A la semana
 - (c) Al día siguiente
11. ¿Qué síntomas presenta el VIH?
 - (a) Ninguno
 - (b) Dolor de cabeza
 - (c) Dolor de garganta
12. ¿Qué síntomas presenta el SIDA?
 - (a) Debilidad
 - (b) Pérdida de peso
 - (c) Todas las anteriores
13. ¿Por qué virus es provocado el SIDA?
 - (a) Virus de inmunodeficiencia humana
 - (b) Virus de papiloma humano
 - (c) Elicobacter pilori
14. ¿Cómo puedo contraer el VIH si no tengo relaciones sexuales?
 - (a) Con un beso
 - (b) Transfusión sanguínea
 - (c) Dando un abrazo
15. ¿Quiénes deben realizarse una prueba de detección de VIH?
 - (a) Todas las personas
 - (b) Adolescentes

(c) Homosexuales

16. ¿Cuánto tiempo demoran los resultados de las pruebas rápidas para saber si una persona tiene VIH/SIDA?
- (a) 10 a 20 minutos
 - (b) 1 hora
 - (c) 1 mes
17. ¿En cuánto tiempo se manifiesta el virus en mi torrente sanguíneo luego de haber sido contagiado?
- (a) A la semana
 - (b) A los seis años
 - (c) A los seis meses
18. ¿Por qué puedo contraer VIH en mi primera relación sexual?
- (a) Por tener relaciones sexuales sin protección
 - (b) Por no conocer a mi pareja
 - (c) Por no tener una buena higiene en mis genitales
19. ¿El tener VIH es motivo para?
- (a) Ser discriminado
 - (b) Ser aislado de los demás
 - (c) Ser atendido adecuadamente por un personal de salud
20. ¿Cuáles son las medidas de prevención que debo tener en cuenta al tener VIH/SIDA?
- (a) Tener una sola pareja, usar correctamente el preservativo
 - (b) Acudir a un centro de salud para iniciar tratamiento adecuado
 - (c) Todas las anteriores

Código de Tabla	
1	A
2	A
3	B
4	C
5	C
6	C
7	C
8	B
9	C
10	A
11	A
12	C
13	A
14	B
15	A
16	A
17	C
18	A
19	C
20	C

TABLA DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS

CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

1	¿Sabe usted qué significan las siglas VIH?	Puntaje
	(a) Virus de Inmunodeficiencia Humana	1
	(b) Virus de Infecciones Humanas	0
	(c) Virus Inmunológico Humano	0

2	¿Sabe usted qué significan las siglas SIDA?	Puntaje
	(a) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	1
	(b) Síndrome de deficiencia Adquirida	0
	(c) Síndrome de déficit Administrado	0

3.	¿Cuál es la forma más común que se transmite el VIH/SIDA?	Puntaje
	a) Por un beso	0
	b) Relaciones sexuales sin protección	1
	c) Compartiendo ropa interior	0

4. ¿Quiénes están más expuestos a contraer VIH/SIDA?	Puntaje
a) Niños	0
b) Adolescentes	0
c) Personas sexualmente activas	1

5. ¿Cómo puedo prevenir el VIH/SIDA?	Puntaje
a) Teniendo una pareja sexual	0
b) Teniendo relaciones sexuales con protección	0
c) Todas las anteriores	1

6. ¿A dónde debo acudir si tuve relaciones sexuales de riesgo?	Puntaje
a) Internet	0
b) La iglesia	0
c) Centro de Salud	1

7. ¿Qué anticonceptivo me protege del VIH/SIDA?	Puntaje
a) Píldoras	0
b) Implante	0
c) Preservativo o condón	1

8. ¿Qué debo hacer si soy portador de VIH/SIDA?	Puntaje
a) No salir de mi casa	0
b) Cumplir un tratamiento indicado por un personal de salud capacitado	1
c) Llevar una vida sexual liberal	0

9. ¿Qué tipo de muestra se utiliza para descartar VIH?	Puntaje
a) Orina	0
b) Esputo	0
c) Sangre	1

10. Si me contagio de VIH/SIDA ¿Cuánto demora en manifestarse los síntomas si no me realizo una prueba rápida para detectar a tiempo?	Puntaje
a) A los años	1
b) A la semana	0
c) Al día siguiente	0

11. ¿Qué síntomas presenta el VIH?	Puntaje
a) Ninguno	1
b) Dolor de cabeza	0
c) Dolor de garganta	0

12. ¿Qué síntomas presenta el SIDA?	Puntaje
a) Debilidad	0
b) Pérdida de peso	0
c) Todas las anteriores	1

13. ¿Por qué virus es provocado el SIDA?	Puntaje
a) Virus de inmunodeficiencia humana	1
b) Virus de papiloma humano	0
c) Elicobacter pilori	0

14. ¿Cómo puedo contraer el VIH si no tengo relaciones sexuales?	Puntaje
a) Con un beso	0
b) Transfusión sanguínea	1
c) Dando un abrazo	0

15. ¿Quiénes deben realizarse una prueba de detección de VIH?	Puntaje
a) Todas las personas	1
b) Adolescentes	0
c) Homosexuales	0

16. ¿Cuánto tiempo demoran los resultados de las pruebas rápidas para saber si una persona tiene VIH/SIDA?	Puntaje
a) 10 a 20 minutos	1
b) 1 hora	0
c) 1 mes	0

17. ¿En cuánto tiempo se manifiesta el virus en mi torrente sanguíneo luego de haber sido contagiado?	Puntaje
a) A la semana	0
b) A los seis años	0
c) A los seis meses	1

18. ¿Por qué puedo contraer VIH en mi primera relación sexual?	Puntaje
a) Por tener relaciones sexuales sin protección	1
b) Por no conocer a mi pareja	0
c) Por no tener una buena higiene en mis genitales	0

19. ¿El tener VIH es motivo para?	Puntaje
a) Ser discriminado	0
b) Ser aislado de los demás	0
c) Ser atendido adecuadamente por un personal de salud	1

20. ¿Cuáles son las medidas de prevención que debo tener en cuenta al tener VIH/SIDA?	Puntaje
(a) Tener una sola pareja, usar correctamente el preservativo	0
(b) Acudir a un centro de salud para iniciar tratamiento adecuado	0
(c) Todas las anteriores	1

ANEXO D



ANEXO E

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

Sullana, 20 de noviembre del año 2017

OFICIO N° 026_2017/FCCS/EOBST/USP-FILIAL SULLANA

A : MG. ESTELA RAMIREZ APONTE
DIRECTOR DE LA I. E 20527 AMERICA. SULLANA

ASUNTO : SOLICITO FACILIDADES

Me es grato dirigirme a usted para saludarle y a la vez comunicarle lo siguiente:

Que la alumna LASKHMY LORENT MENDOZA TAVARA, identificada con Código Universitario N° 2111200166 del curso de titulación del Programa Profesional de Obstetricia, dentro del curso en mención realizara la aplicación de su instrumento para obtener los datos para su tesis titulada: " CONOCIMIENTOS SOBRE VIH SIDA EN ADOLESCENETS DE LA I.E 20527 AMERICA. SULLANA OCTUBRE – DICIEMBRE 2017", por lo que acudo a su despacho a efecto se le brinden las facilidades del caso.

Sin otro particular. Quedo de usted,

Atentamente


Obst. Estela Ramirez Aponte Rajel
COP. 14766
Coordinadora de la Escuela Profesional de
Obstetricia USP Sullana
SULLANA - TACNA



Recibido
20/11/17
12:05 p.m.

ANEXO F



"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

Tema:

"Conocimiento Sobre VIH / SIDA En Adolescentes De La Institución Educativa
20527 America Sullana. Octubre-Diciembre 2017"

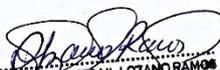
Autor: Bach. Obst. Laskhmy Lorent Mendoza Tavera

ALFA DE CRONBACH Y CONSISTENCIA INTERNA DE LOS ÍTEMS DE UN INSTRUMENTO DE MEDIDA

El método de consistencia interna basado en el alfa de Cronbach permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica. La validez de un instrumento se refiere al grado en que el instrumento mide aquello que pretende medir. Y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se puede estimar con el alfa de Cronbach. La medida de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados (Welch & Comer, 1988). Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación.

Como criterio general, George y Mallery (2003, p. 231) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa $>.9$ es excelente
- Coeficiente alfa $>.8$ es bueno
- Coeficiente alfa $>.7$ es aceptable
- Coeficiente alfa $>.6$ es cuestionable


LIC. SHARYN ABIGAIL LOZANO RAMOS
COESPE 214
COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ

- Coeficiente alfa >.5 es pobre
- Coeficiente alfa < .5 es inaceptable

Análisis de fiabilidad

```
RELIABILITY
/VARIABLES=item01 item02 item03 item04 item05 item06 item07 item08
item09 item10 item11 item12 item13 item14 item15 item16 item17 item18
item19 item20
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/SUMMARY=TOTAL.
```

Análisis de fiabilidad

[Conjunto_de_datos1] E:\Nueva carpeta\base de datos.sav

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Válidos	36	100,0
Casos Excluidos ^a	0	,0
Total	36	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

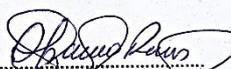
Alfa de Cronbach	N de elementos
.996	20


 LIC. IGNACIO ARIGALL LOZANO RAMO
 COESPE 214
 COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERU

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item1	38,03	230,199	,998	,996
Item2	38,03	245,456	,379	1,000
Item3	38,03	230,199	,998	,996
Item4	38,03	230,199	,998	,996
Item5	38,03	230,199	,998	,996
Item6	38,03	231,056	,962	,996
Item7	38,03	230,199	,998	,996
Item8	38,03	230,199	,998	,996
Item9	38,03	230,199	,998	,996
Item10	38,03	230,199	,998	,996
Item11	38,03	230,199	,998	,996
Item12	38,03	230,199	,998	,996
Item13	38,03	230,199	,998	,996
Item14	38,03	230,199	,998	,996
Item15	38,03	230,199	,998	,996
Item16	38,00	231,257	,976	,996
Item17	38,03	230,199	,998	,996
Item18	38,03	230,199	,998	,996
Item19	38,03	230,199	,998	,996
Item20	38,03	230,199	,998	,996

El Trabajo de investigación tiene como resultado un estadístico de fiabilidad de Alfa de Cronbach de 0.996 alcanzando un Coeficiente alfa $>.9$ es excelente.


 LIC. IGNACIA ABIGAIL LOZANO RAMOS
 COESPE 214
 COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ