



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
UNIVERSITAT DE BARCELONA
VICERRECTORADO**



**CENTRO PSICOPEDAGÓGICO Y DE INVESTIGACIÓN
EN EDUCACIÓN SUPERIOR**

**CONOCIMIENTOS Y COMPORTAMIENTOS DE LOS
ADOLESCENTES FRENTE AL VIH SIDA, SEGÚN EL NIVEL
SOCIOECONÓMICO EN COLEGIOS DE LA CIUDAD DE ORURO
2009-2010.**

TESIS PRESENTADA AL PROGRAMA DE POSTGRADUACION EN
SALUD INTERNACIONAL DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA EN
CONVENIO CON LA UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS DE LA
PAZ PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGISTER EN
MEDICINA TROPICAL Y SALUD INTERNACIONAL

MAESTRANTE: JESSICA KATHERIN ALMENDRAS BUSCH

AUSPICIO: AGENCIA DE COOPERACIÓN
DE DESARROLLO CATALANA



**Agència Catalana
de Cooperació
al Desenvolupament**

**LA PAZ - BOLIVIA
2010**

AGRADECIMIENTO

- ❖ A Dios por darme una gota de vida para ayudar a las personas.
- ❖ A la Cooperación Catalana siendo su cooperación la base para el inicio y culminación de la presente maestría .
- ❖ A los docentes que impartieron sus conocimientos y a los coordinadores del curso.
- ❖ A mi tutor por su paciencia su ayuda y colaboración incondicional
- ❖ A los jóvenes que colaboraron con el presente trabajo al abrirnos sus puertas a la investigación.
- ❖ A mi familia por su eterno cariño y apoyo.

DEDICATORIA

Con toda mi gratitud a mis queridos padres y mi hermano agradecida por su apoyo incondicional y ayuda.

Con amor a mi esposo y a mis amadas hijitas Flor y Valentina .

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo principal de determinar el nivel de conocimientos y comportamientos frente al VIH SIDA en adolescentes de 15 a 18 años, según su nivel socioeconómico en colegios de la ciudad de Oruro 2009 - 2010.

El estudio es de tipo descriptivo transversal. El cual se realizó por medio de un muestreo aleatorio; aplicando cuestionarios a 370 adolescentes del tercero de secundaria de 15 a 18 años de edad, asistentes a diferentes colegios de la ciudad de Oruro, entre enero y marzo del 2010. Se aplicó el cuestionario de Graffar para evaluar el nivel socioeconómico y el cuestionario de Aula SIDA para evaluar el nivel de conocimientos y comportamientos frente al VIH SIDA. El análisis estadístico se basó en la prueba de χ^2 y el escalamiento multidimensional.

En los resultados de los 370 adolescentes el 52% de sexo femenino, el 49% de 16 años de edad, 36% pertenecen al nivel socioeconómico bajo y pertenecen a colegios de convenio católico en un 23%.

Por los resultados encontrados se verifica que hay relación estadísticamente significativa de tener malos conocimientos sobre la infección del VIH SIDA en los adolescentes pertenecientes al nivel socioeconómico bajo (χ^2 de 12.1026 y un p valor de 0.0166). Los adolescentes que asisten a colegios de convenio católico presentan un nivel de conocimiento sobre la infección del VIH SIDA malo mayor que los que asisten a los otros tipos de colegios (χ^2 de 18.2813 y un p valor de 0.0011). Las mujeres presentan un nivel de conocimiento sobre la prevención del VIH SIDA deficiente mayor a los hombres (χ^2 de 8.2531 y un p valor de 0.0161). Y los adolescentes que asisten a colegios de convenio católico presentan un nivel de comportamiento malo mayor que los que asisten a los otros tipos de colegios (χ^2 de 15.2365 y un p valor de 0.0042).

En conclusión el nivel de conocimientos sobre la infección del VIH SIDA está determinado por el nivel socioeconómico en los adolescentes de la ciudad de Oruro. No hemos encontrado relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimientos sobre la prevención y los comportamientos frente al VIH SIDA. Se encontró relación de que las mujeres presentan un nivel deficiente de conocimientos frente a la prevención en relación a los hombres. Se encontró relación de que los adolescentes que asisten a colegios de convenio católico tienen un nivel malo de conocimientos sobre la infección del VIH SIDA y los comportamientos frente al VIH SIDA mayor que los que asisten a otros tipos de colegios.

Palabras Clave: Conocimiento, comportamiento, adolescente, nivel socioeconómico, VIH SIDA

ABSTRACT

This study's main objective was to determine the level of knowledge and behavior with regard to HIV / AIDS among adolescents aged 15 to 18, according to socioeconomic status in schools in the city of Oruro 2009 - 2010.

The study is a descriptive transversal. Which was conducted through random sampling, using questionnaires to 370 ninth grade adolescents 15 to 18 years old, attending different schools in the city of Oruro, between January and March 2010. The questionnaire was applied to evaluate Graffar socioeconomic status and AIDS Classroom quest to assess the level of knowledge and behavior with regard to HIV / AIDS. Statistical analysis was based on chi2 test and multidimensional scaling.

The results of the 370 adolescents, 52% female, 49% of 16 year old, 36% belonged to low socioeconomic status and are in agreement Catholic schools by 23%.

For the findings was observed that there statistically significant relationship having bad knowledge of HIV / AIDS infection among adolescents belonging to low socioeconomic status (chi2 of 12.1026 and a p value of 0.0166). Teens who attend Catholic schools convention display a level of knowledge about HIV / AIDS infection bad as those who attend other schools (chi2 of 18.2813 and a p value of 0.0011). Women display a level of knowledge about HIV / AIDS prevention bad more men (chi2 of 8.2531 and a p value of 0.0161). And teens who attend Catholic schools Convention present a level of bad behavior as those who attend other schools (chi2 of 15.2365 and a p value 0.0042).

In conclusion the level of knowledge about HIV / AIDS infection is determined by socioeconomic status among adolescents in the city of Oruro. We found no statistically significant difference between socioeconomic status and level of prevention knowledge and behaviors against HIV AIDS. Statistically significant difference was found as women have a mean level of knowledge compared to prevention in relation to men. Statistically significant difference was found that adolescents who attend Catholic schools have an agreement in relation to mean level of knowledge on HIV / AIDS infection and behaviors against HIV AIDS than those who attend other schools.

Keywords: Knowledge, behavior, adolescent, socioeconomic level, HIV / AIDS

ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN	01
1.1 Infección por el VIH y el SIDA.....	01
1.1.2 SIDA: Causas.....	02
1.1.3 SIDA : Síntomas	05
1.1.4 SIDA: Pruebas y Exámenes.....	06
1.2 VIH y SIDA en Adolescentes.....	09
1.3 Epidemiología del VIH/SIDA en el Mundo.....	13
1.4 Epidemiología del VIH/SIDA en América Latina.....	16
1.5 Epidemiología del VIH/SIDA en Bolivia.....	20
1.5.1. La situación de la epidemia.....	20
1.5.2. Caracterización de la epidemia.....	26
1.5.3. Gasto nacional e internacional en SIDA.....	26
1.6 Descripción del contexto de la Investigación.....	27
2. JUSTIFICACIÓN	29
3. HIPOTESIS Y OBJETIVOS	31
3.1.Hipótesis.....	31
3.2 Objetivos.....	31
3.2.1.Objetivo General.....	31
3.2.2 Objetivos Específicos.....	31
4. METODOLOGÍA	32
4.1Modelo de estudio.....	32
4.2Población de estudio.....	32
4.2.1 Universo de estudio.....	32
4.2.2 Muestra del estudio.....	32
4.2.3 Selección de la muestra.....	33
4.2.4 Tamaño de la muestra.....	34
4.2.5 Operacionalización de las variables.....	35
4.3Desarrollo de estudio.....	36
4.4Técnicas del estudio.....	36
4.4.1 Cuestionario 1.....	37
4.4.2 Cuestionario 2.....	39
4.5 Recolección de datos.....	41
4.6 Análisis estadística.....	42
5.CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO	43

6.RESULTADOS	44
6.1 Resultados Generales.....	44
6.2.Resultados Especificos	48
7. DISCUSIÒN	60
8. CONCLUSIONES	66
9. RECOMENDACIONES	68
10. ANEXOS	70
11.1.Cuestionario 1.....	70
11.2 Cuestionario 2.....	72
11.3Consentimiento informado.....	73
11.4Cronograma de actividades.....	75
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Conocimiento general del VIH en los jóvenes (15 a 24 años), 1999 – 2007.....	10
Figura 2: Panorama general de la infección por el VIH SIDA 2007. Sudamérica	15
Figura 3: Panorama general de la infección por el VIH SIDA 2007. Sudamérica.....	19
Figura 4: Bolivia: Casos Notificados de VIH SIDA 1984 – 2009.....	21
Figura 5: Bolivia: Prevalencia de VIH SIDA, 1984- 2009, estimaciones con notificación de casos.....	22
Figura 6: Bolivia: Distribución de casos por departamentos.....	24
Figura 7: Adolescentes encuestados según género de la ciudad de Oruro 2009 – 2010.....	44
Figura 8: Adolescentes encuestados según grupo etàreo de la ciudad de Oruro 2009 – 2010.....	45
Figura 9: Adolescentes encuestados según el tipo de colegio de procedencia ciudad de Oruro 2009 – 2010.....	46
Figura 10: Adolescentes encuestados según su nivel socioeconómico ciudad de Oruro 2009 – 2010.....	47
Figura 11: Adolescentes encuestados el tipo de colégio y el nivel socioeconómico de Oruro 2009 – 2010.....	47

Figura 12: Conocimiento de los adolescentes sobre la infección del VIH SIDA según el nivel socioeconómico en la ciudad de Oruro 2009 – 2010.	48
Figura 13: Conocimiento de los adolescentes sobre la infección del VIH SIDA según el grupo etario en la ciudad de Oruro 2009 – 2010.....	49
Figura 14: Conocimiento de los adolescentes sobre la infección del VIH SIDA en relación al género en la ciudad de Oruro 2009 – 2010.....	50
Figura 15: Conocimiento de los adolescentes sobre la infección del VIH SIDA en relación al tipo de colegio al que pertenecen en la ciudad de Oruro 2009 – 2010.....	51
Figura 16: Conocimiento de los adolescentes sobre la prevención frente al VIH SIDA según el nivel socioeconómico en la ciudad de Oruro 2009 – 2010.....	52
Figura 17: Conocimiento de los adolescentes sobre la prevención frente al VIH SIDA según el grupo etario en la ciudad de Oruro 2009 – 2010.....	53
Figura 18: Conocimiento de los adolescentes sobre la prevención frente al VIH SIDA según género en la ciudad de Oruro 2009 – 2010.....	54
Figura 19: Conocimiento de los adolescentes sobre la prevención frente al VIH SIDA en relación al tipo de colegio en la ciudad de Oruro 2009 – 2010.....	55
Figura 20: Comportamiento de los adolescentes frente al VIH SIDA según su nivel socioeconómico en la ciudad de Oruro 2009 – 2010.....	56
Figura 21: Comportamiento de los adolescentes frente al VIH SIDA según el grupo etario en la ciudad de Oruro 2009 – 2010.....	57
Figura 22: Comportamiento de los adolescentes frente al VIH SIDA según su género en la ciudad de Oruro 2009 – 2010.....	58

Figura 23: Comportamiento de los adolescentes frente al VIH SIDA según su tipo de colegio en la ciudad de Oruro 2009 – 2010.....	59
---	----

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Bolivia: Estadísticas de VIH SIDA, a diciembre de 2009.....	20
Tabla 2: Bolivia: Casos Notificados de VIH SIDA, 2004 – 2009, por edad y sexo.....	23
Tabla 3: Tamaño muestral, según la Unidad Educativa a la que pertenecen los adolescentes encuestados en la ciudad de Oruro durante el período 2010.....	34
Tabla 4: Dimensión de los Indicadores de la Encuesta VIH SIDA	37
Tabla 5: Distribución por el nivel de conocimiento y comportamiento según las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Aula Sida.....	39
Tabla 6: Dimensión de los Indicadores de la Escala Graffar.....	40
Tabla 7: Distribución Estrato Socioeconómico según las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario Graffar.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS

Abreviatura	Significado
VIH	Virus Inmunodeficiencia Humana
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
RNA	Acido Ribonucleico
ADN	Acido Desoxirribonucleico
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH SIDA
PVVS	Pacientes que viven con el virus del SIDA
Km²	Kilómetros cuadrado
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.
CIES	Centro de Investigación, Educación y Servicios/Salud Reproductiva
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
SEDES	Servicio Departamental de Salud
ONGs	Organización no Gubernamental
Hab.	Habitantes
OMS	Organización Mundial de Salud
SEDUCA	Servicio de Educación
GBT	Gay, bisexual, trans
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres

1. INTRODUCCIÓN

1.1 VIH SIDA

1.1.1. Infección por el VIH

La característica patogénica del agente causal, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), descrito por L. Montagnier en 1983 y, posteriormente, en 1984 por R. Gallo, infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función ⁽¹⁾.

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. Las infecciones asociadas a la inmunodeficiencia grave se conocen como "infecciones oportunistas" porque se aprovechan de la debilidad del sistema inmunitario ⁽¹⁾.

El VIH es un virus citopático de la familia de los Retrovirus. La estructura del VIH está constituida por una envoltura de naturaleza lipídica y una nucleocapside central denominada core. La estructura de la envoltura externa, consta de una doble capa de lípidos que provienen de las células infectadas, contiene varias proteínas virales; el core es una estructura de naturaleza proteica y envuelve en su interior a dos cadenas idénticas de RNA y las enzimas transcriptasas reversas, proteasas e integrasas, necesarias para la integración en el genoma del hospedero ⁽²⁾.

Desde el punto de vista genético, los virus de la Familia de los Retrovirus, están formados por un RNA, que debe ser copiado a DNA para su integración en el núcleo celular. La conversión del RNA en DNA es la característica que define a los Retrovirus ⁽²⁾.

1.1.2 SIDA: Causas

El SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) es la etapa final y más grave de la infección por VIH, la cual produce daño severo al sistema inmunitario⁽¹⁾.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) causa el SIDA. Este virus ataca al sistema inmunitario y deja al organismo vulnerable a una gran variedad de infecciones y cánceres potencialmente mortales⁽¹⁾.

Las bacterias comunes, los hongos levaduriformes, los parásitos y los virus que generalmente no provocan enfermedades serias en personas con sistema inmunitario sano pueden provocar enfermedades mortales en las personas con SIDA⁽¹⁾.

Se ha encontrado el VIH en saliva, lágrimas, tejido del sistema nervioso, líquido cefalorraquídeo, sangre, semen (incluido el líquido preseminal, que es el líquido que sale antes de la eyaculación), flujo vaginal y leche materna. Sin embargo, sólo a través de la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna se le transmite la infección a otras personas⁽¹⁾.

El virus se puede transmitir:

- a) A través del contacto sexual, ya sea oral, vaginal o anal.
- b) Por vía sanguínea, mediante transfusiones (en la actualidad muy poco común en los Estados Unidos) o al compartir agujas.
- c) De la madre al niño. Una mujer embarazada puede transmitir el virus a su feto a través del hecho de compartir la circulación de la sangre o una madre lactante puede transmitirlo a su bebé en su leche materna⁽¹⁾.

Hay otros métodos de transmisión poco comunes como una lesión accidental con una aguja, inseminación artificial por un semen donado infectado y a través de trasplantes de órganos con órganos infectados⁽¹⁾.

La infección por VIH no se propaga por contacto casual como un abrazo, por tocar cosas que han sido tocadas con anterioridad por una persona infectada con el virus, ni durante la participación en deportes ni por mosquitos⁽¹⁾.

No se transmite a las personas que donan sangre u órganos. Las personas que donan órganos nunca entran en contacto directo con los que los reciben. De la misma manera, alguien que dona sangre no tiene contacto con el que la recibe. En todos estos procedimientos se utilizan agujas e instrumentos estériles⁽¹⁾.

Sin embargo, el VIH se puede transmitir a la persona que recibe sangre u órganos de un donante infectado. Para reducir este riesgo, los bancos de sangre y los programas de donación de órganos hacen exámenes minuciosos a los donantes, la sangre y los tejidos⁽¹⁾.

Entre las personas con mayor riesgo de contraer el VIH están:

- a) Drogadictos que comparten agujas para inyectarse drogas por vía intravenosa.
- b) Bebés nacidos de madres con VIH que no recibieron la terapia para VIH durante el embarazo.
- c) Personas involucradas en relaciones sexuales sin precauciones. Los compañeros sexuales de personas que participan en actividades de alto riesgo (como el uso de drogas inyectadas o el sexo anal)
- d) Personas que recibieron transfusiones sanguíneas o hemoderivados entre 1977 y 1985 (antes de que los exámenes de detección se volvieran una práctica estándar).

El SIDA comienza con una infección por VIH. Es posible que las personas infectadas con el VIH no presenten síntomas durante 10 años o más, aunque sí pueden transmitir la infección a otros durante este período asintomático. Entre tanto,

si la infección no se detecta y se inicia el tratamiento, el sistema inmunitario se debilita gradualmente y se desarrolla el SIDA⁽¹⁾.

La infección aguda por VIH progresa con el tiempo (generalmente unas pocas semanas a meses) a una infección por VIH asintomática (sin síntomas) y luego a infección sintomática temprana por VIH. Posteriormente, progresa a SIDA (infección por VIH avanzada con conteo de células T por debajo de 200 células/mm³)⁽¹⁾.

Casi todas las personas infectadas con el VIH, de no recibir tratamiento, desarrollarán el SIDA. Hay un pequeño grupo de pacientes que desarrollan SIDA muy lentamente o que nunca lo desarrollan. A estos individuos se los llama pacientes sin progresión de la enfermedad y muchos parecen tener una diferencia genética que impide que el virus le cause daño a su sistema inmunitario⁽¹⁾.

Hay que saber diferenciar entre estas 2 posibilidades que pueden existir después del contagio. Generalmente luego de la inoculación del virus del SIDA, muchos individuos infectados no tienen ni síntomas ni signos porque se establece un equilibrio entre el invasor (virus del SIDA) y las defensas orgánicas (aparato inmunitario). Es un lapso de tiempo donde el virus no se replica, esta "adormecido", pero que el poder infectante se mantiene inalterable.⁽²⁾

a) Los portadores del virus del SIDA asintomáticos, no tienen que considerarse enfermos de SIDA, pero se advierte que tienen capacidad de transmitir la enfermedad. Esta condición puede durar mucho tiempo, especialmente en la actualidad, donde los tratamientos combinados con drogas retrovirales dan excelentes resultados. En la evolución del portador seropositivo, puede existir un momento en que la capacidad de su aparato inmunitario comienza a ceder, por disminución del nivel de los linfocitos T, produciéndose la "bisagra" de la enfermedad, es decir, la aparición de síntomas y signos compatibles al Complejo Relacionado con el SIDA (CRS), como a las llamadas Enfermedades Oportunistas.⁽²⁾

b) El enfermo de SIDA, es un individuo que no sólo posee una carga viral elevada, sino una disminución importante del nivel de los linfocitos CD4, que se expresa por los síntomas y signos que acompañan a las enfermedades oportunistas y al cuadro clínico de la enfermedad original. ⁽²⁾

1.1.3 SIDA SÍNTOMAS

Los síntomas del SIDA son principalmente el resultado de infecciones que normalmente no se desarrollan en personas con un sistema inmunitario sano. Estas se llaman "infecciones oportunistas"⁽¹⁾.

El VIH agota el sistema inmunitario de las personas con SIDA, que quedan muy susceptibles a dichas infecciones oportunistas. Los síntomas comunes son fiebre, sudores (particularmente en la noche), ganglios linfáticos inflamados, escalofríos, debilidad y pérdida de peso⁽¹⁾.

Algunas personas sí experimentan síntomas seudogripales con fiebre, erupción cutánea, irritación de garganta e inflamación de los ganglios linfáticos, generalmente dos semanas después de contraer el virus. Algunas personas con infección por VIH permanecen por años sin síntomas entre el momento en que estuvieron expuestas al virus y cuando desarrollan el SIDA⁽¹⁾.

1.1.4 SIDA PRUEBAS y EXÀMENES

Existen infecciones y cánceres relacionados con el SIDA que las personas con esta enfermedad adquieren a medida que su conteo de CD4 disminuye. Anteriormente, tener SIDA se definía como tener infección por VIH y adquirir una de estas enfermedades adicionales. Hoy en día, de acuerdo con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, a una persona también se le puede diagnosticar SIDA si tiene un conteo de CD4 por debajo de 200, incluso si no tiene una infección oportunista⁽¹⁾.

El SIDA también se puede diagnosticar si una persona desarrolla una de las numerosas infecciones y cánceres que ocurren más comúnmente en personas con infección por VIH. Estas infecciones son poco frecuentes en personas con un sistema inmunitario sano⁽¹⁾.

Las células CD4 son un tipo de células inmunitarias y también se llaman "linfocitos T" o "linfocitos T cooperadores"⁽¹⁾.

Se pueden presentar muchas otras enfermedades y sus respectivos síntomas además de las que aparecen en esta lista⁽¹⁾.

Enfermedades frecuentes con conteo de CD4 inferior a 350 células/mcl:

- Virus del herpes simple: causa úlceras o vesículas en la boca o en los genitales; se presenta con más frecuencia y generalmente con mucha más severidad en una persona infectada con VIH que antes de la infección.
- Tuberculosis: infección con la bacteria de la tuberculosis que afecta sobre todo a los pulmones, pero puede afectar a otros órganos como los intestinos, el revestimiento del corazón o los pulmones, el cerebro o el revestimiento del sistema nervioso central (cerebro y médula espinal).

- Candidosis bucal o vaginal: infección por hongos levaduriformes en la boca o en los genitales.
- Herpes zoster (culebrilla): úlceras/vesículas sobre un parche de piel, causadas por la reactivación del virus varicella-zóster.
- Linfoma no Hodgkin: cáncer de los ganglios linfáticos.
- Sarcoma de Kaposi: cáncer de la piel, los pulmones y los intestinos, asociado con un virus del herpes (HHV-8). Esta afección puede ocurrir con cualquier conteo de CD4, pero con más probabilidad en conteos de CD4 bajos, y es más común en hombres que en mujeres⁽¹⁾.

Enfermedades frecuentes con conteo de CD4 inferior a 200 células/mcl:

- Neumonía por *Pneumocystis carinii*: neumonía PCP, ahora llamada neumonía por *Pneumocysti jiroveci*.
- Esofagitis por Cándida: infección dolorosa del esófago causada por hongos levaduriformes.
- Angiomatosis bacilar: lesiones cutáneas causadas por una bacteria llamada *Bartonella*, que generalmente se adquiere por arañazos de gato⁽¹⁾.

Enfermedades frecuentes con conteo de CD4 inferior a 100 células/mcl:

- Meningitis criptocócica: infección del revestimiento del cerebro.
- Demencia por SIDA: deterioro y disminución de las funciones mentales causadas por el VIH en sí.

- Encefalitis por toxoplasmosis: infección del cerebro causada por un parásito, llamado *Toxoplasma gondii*, que se encuentra frecuentemente en las heces de gato y que causa lesiones (úlceras) en el cerebro.
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva: una enfermedad viral del cerebro causada por un virus (llamado virus JC), que causa un declive rápido en las funciones mentales y físicas.
- Síndrome consuntivo: anorexia y pérdida de peso extremas, causadas por el VIH mismo.
- Diarrea por criptosporidio: diarrea extrema causada por uno de los parásitos que afecta el tracto gastrointestinal⁽¹⁾.

Enfermedades frecuentes con conteo de CD4 inferior a 50 células/mcl:

- *Mycobacterium avium*: una infección de la sangre causada por una bacteria relacionada con la tuberculosis.
- Infección por citomegalovirus: una infección viral que puede afectar casi cualquier sistema de órganos, especialmente el intestino grueso y los ojos⁽¹⁾.

Además del conteo de CD4, se puede emplear un examen llamado nivel de ARN del VIH (o carga viral) para monitorear a los pacientes. Las pruebas de detección básica de laboratorio y las citologías vaginales regulares son importantes para vigilar la infección por VIH, debido al aumento del riesgo de cáncer cervical en mujeres inmunocomprometidas. Las citologías anales para detectar cánceres potenciales también pueden ser importantes tanto para hombres como para mujeres infectados con VIH⁽¹⁾.

1.2 VIH y SIDA en Adolescentes

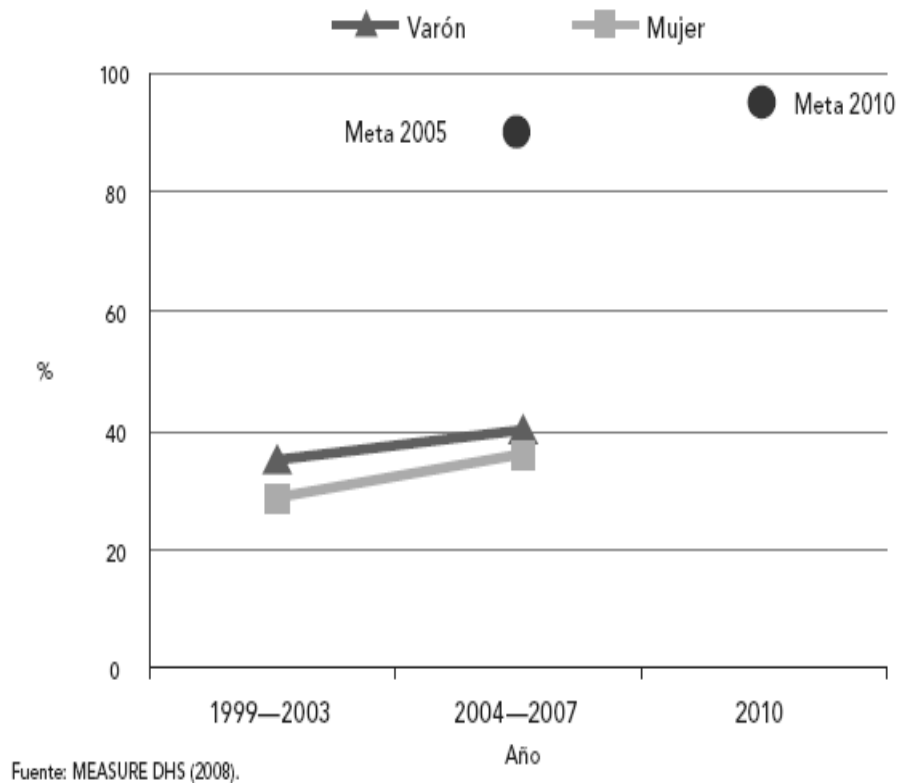
Por otra parte, de acuerdo al informe del Programa de Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA) las edades más afectadas por el SIDA son entre 25 y 34 años, todos los días hay 6 000 jóvenes entre 15 a 24 años de edad y 2 000 niños menores de 15 años que se contagian a nivel mundial. Una décima parte de las nuevas personas infectadas son menores de 15 años, lo que lleva a 2,7 millones el número de niños que viven actualmente con el VIH. Más de 13 millones de niños han quedado huérfanos por el SIDA y 1 600 fallecen diariamente ⁽³⁾.

Aunque a menudo el conocimiento por sí mismo no es suficiente para provocar un cambio duradero en el comportamiento, un entendimiento exacto de los riesgos del VIH y de las formas de prevenir la exposición al virus es un requisito previo a la reducción del riesgo. Trágicamente, muchos jóvenes carecen del conocimiento básico acerca de la prevención del VIH. ⁽³⁾.

Los datos de una encuesta en 64 países arrojaron que el 40% de los hombres y el 38% de las mujeres de 15 a 24 años tenían un conocimiento exacto y general acerca del VIH y de cómo evitar la transmisión. Si bien esto representa una mejoría, en especial para las mujeres jóvenes, con respecto a los niveles de conocimientos de 2005 (año en que los resultados de jóvenes con conocimientos básicos del VIH fueron del 37% en hombres y 28% en mujeres), los niveles de conocimientos de 2007 aún están muy por debajo del objetivo de la *Declaración de compromiso* por el cual se propone conseguir un conocimiento amplio del VIH en el 95% de los jóvenes para el año 2010. ⁽³⁾

Las revisiones de la literatura muestran que hombres y mujeres presentan deficiencias en cuanto al conocimiento de la infección VIH y SIDA, relacionadas con vulnerabilidades socialmente construidas. Esto es determinado sobre todo, por las condiciones de vida, el contexto sociocultural, los hábitos de vida, la experiencia sexual ⁽⁴⁾.

Figura 1. Conocimiento general del VIH en los jóvenes (15-24 años), 1999–2007



El inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales, el cambio de pareja, la falta generalizada del uso de medios de protección, así como las variables sociales, hace de los adolescentes una población a riesgo de contraer el VIH o de aumentar la probabilidad de enfermar⁽⁵⁾.

El hecho de que no exista aún, tratamiento curativo hace que la divulgación de la información y las medidas preventivas sean las únicas medidas que puedan frenar la propagación de la enfermedad. Es por ello que desde hace varios años se están llevando actividades de intervenciones educativas con el objeto de mejorar el conocimiento sobre la enfermedad, sus consecuencias y formas de prevención⁽⁶⁾.

Investigaciones recientes revelan que los conocimientos sobre la sexualidad y la prevención del SIDA en adolescentes y jóvenes son superficiales y no llevan a un cambio de actitudes o a conductas efectivamente protegidas en todas y cada una de las relaciones sexuales⁽⁷⁾.

Se ha reportado que 30% de personas reconocidas como portadores de VIH+ en el grupo de edad de 20-29 años se contaminó durante su adolescencia, considerando el periodo prolongado de latencia entre la seroconversión en VIH y las manifestaciones del SIDA el cual puede durar entre dos y once años ⁽⁸⁾.

Así mismo, estudios evidencian que los adolescentes conforman 20 % del total de la población mundial, de los cuales 85 % viven en países en desarrollo en donde se le ha dado poca importancia a los problemas propios de su generación y donde se evidencia que el número de adolescentes VIH/ SIDA ha ido en aumento.⁽⁹⁾

Otros estudios han mostrado que los siguientes son predictores importantes del uso, o la intención de uso del preservativo:

- a) Actitudes positivas para discutir sobre “sexo seguro”.
- b) Alta percepción de “auto eficacia” en relación con las teorías de creencias personales, o portar preservativos.
- c) Actitudes y normas subjetivas basadas en la teoría de acción razonada.
- d) Creencias positivas hacia el mismo y ser consciente del riesgo de la transmisión del VIH y de la utilidad de su uso para prevenirla.
- e) Género masculino, monogamia, menor edad y mayor conocimiento sobre la transmisión sexual del VIH.⁽¹⁰⁾

Por otra parte, algunos predictores del no uso del condón son:

- a) Incapacidad para comprarlos.
- b) Tener poca confianza en su capacidad para proteger de la infección por el VIH.⁽¹⁰⁾

A diferencia de los resultados poco claros e inconsistentes del grado de conocimiento “objetivo” como predictor de la intención o uso del condón, la evaluación del conocimiento “subjetivo” o autopercepción del grado de conocimientos sobre el VIH/SIDA, descrita por Phillips, parece brindar una herramienta de valor para identificar y predecir la intención de personas y realizar acciones concretas, tales como la aceptación para que se les haga la prueba del VIH. De la misma manera, el conocimiento subjetivo sobre el VIH/SIDA podría ser evaluado como predictor del uso del condón en adolescentes ⁽¹⁰⁾.

Trabajos realizados muestran que, los adolescentes presentan carencias en conocimientos sobre la infección por VIH, evidenciándose la necesidad de poner en marcha un plan de intervención en la escuela para alumnos, padres y profesores, que forme parte de los proyectos educativos de cada centro ⁽¹¹⁾.

Las investigaciones sobre conducta sexual en la adolescencia revelan como en la actualidad hay una mayor liberalidad y permisividad en las conductas sexuales. Las relaciones heterosexuales suelen ser cada vez más frecuentes y precoces, en los varones. Pero, las diferencias entre sexos no se limitan al plano de la conducta, siendo más marcadas en el terreno de las actitudes y los sentimientos asociados a estos comportamientos ⁽¹²⁾.

Los factores del comportamiento, las redes y diversos factores sociales serían elementos significativos en la adolescencia en el inicio de la vida sexual con riesgo y en la propagación de la epidemia ^(13,14). Entre ellos, las conductas de riesgo percibidas en los pares, el control por los adultos, los cambios de conducta con el tiempo (como dejar el uso del condón) y el prestigio que les da el comportamiento promiscuo ⁽¹⁵⁾.

También se ha encontrado que el comportamiento de alto riesgo se relacionaba con un pobre apoyo familiar, unido a uso de drogas y problemas escolares ⁽¹⁶⁾.

1.3 Epidemiología del VIH/SIDA en el Mundo

Desde el inicio de la epidemia, casi 60 millones de personas se han infectado con el VIH y 25 millones de personas han fallecido por causas relacionadas con el VIH ⁽¹⁷⁾.

El sida continúa siendo una importante prioridad sanitaria en el mundo. Aunque se ha logrado un avance importante en la prevención de nuevas infecciones por el VIH, en la reducción del número anual de defunciones relacionadas con el SIDA pero el número de personas que vive con el VIH sigue aumentando ⁽¹⁷⁾.

Las enfermedades relacionadas con el SIDA son una de las causas principales de mortalidad en el mundo y se estima que seguirán siendo una causa significativa de mortalidad prematura en el mundo en las décadas futuras ⁽¹⁷⁾.

En 2008, el número de personas que viven con el VIH en todo el mundo continuó aumentando, hasta alcanzar aproximadamente 33,4 millones [31,1 millones–35,8 millones]. El número total fue más de un 20% superior que la cifra publicada en el año 2000 y la prevalencia de la infección, en líneas generales, fue tres veces superior a la de 1990 ⁽¹⁷⁾.

En 2008, la cifra estimada de nuevas infecciones por el VIH fue de 2,7 millones [2,4 millones–3,0 millones]. Se estima que para ese año el número de defunciones en el mundo por enfermedades relacionadas con el sida fue de 2 millones [1,7 millones–2,4 millones] ⁽¹⁷⁾.

Los datos epidemiológicos más recientes indican que la propagación del VIH a nivel mundial aparentemente alcanzó su punto máximo en 1996, año en el que se contrajeron 3,5 millones [3,2 millones–3,8 millones] de nuevas infecciones por el VIH. En 2008, el número estimado de nuevas infecciones por el VIH fue aproximadamente del 30%, menos que el punto máximo de la epidemia ⁽¹⁷⁾.

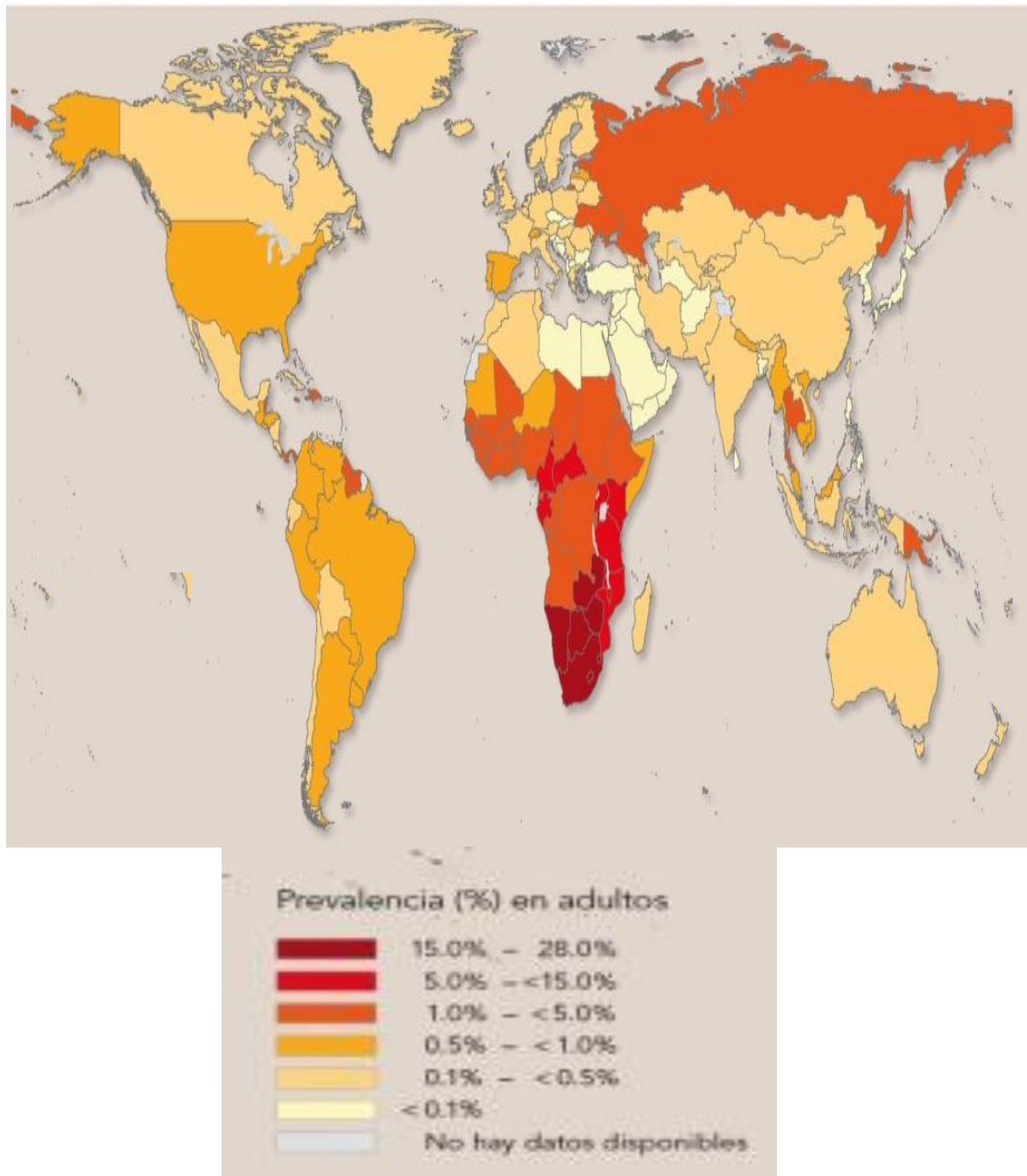
En consistencia con el período prolongado que transcurre entre la seroconversión de VIH negativo a VIH positivo y la enfermedad sintomática, la mortalidad anual relacionada con el VIH probablemente alcanzó su punto máximo en 2004, año en el que se registraron 2,2 millones [1,9 millones–2,6 millones] de defunciones. El número estimado de defunciones relacionadas con el sida en 2008 es del 10% menos que en 2004. ⁽¹⁷⁾

En 2008, el número estimado de nuevas infecciones por el VIH en niños menores de 15 años fue 430 000 [230 000–610 000]. La mayoría de estas nuevas infecciones probablemente surjan de la transmisión vertical intrauterina, o durante el parto o el posparto como resultado de la lactancia. El número de niños infectados por el VIH en 2008 fue aproximadamente un 13% menor que en 2001. ⁽¹⁷⁾

La epidemia parece haberse estabilizado en la mayoría de las regiones, aunque en Europa Oriental, Asia Central y otras partes de Asia, la prevalencia continúa aumentando debido a la alta tasa de nuevas infecciones por el VIH. África Subsahariana sigue siendo la región más afectada en la epidemia mundial y representa el 71% de todas las nuevas infecciones por el VIH en 2008. ⁽¹⁷⁾

El resurgimiento de la epidemia entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en países de ingresos altos está cada vez mejor documentado. En todas las regiones las diferencias son obvias, y aunque la incidencia regional global del VIH permanece estable, algunas epidemias nacionales continúan creciendo. ⁽¹⁷⁾

Figura 2. Panorama general de la infección por el VIH SIDA 2007



Fuente.- ONUSIDA 2007

1.4 Epidemiología del VIH/SIDA en América Latina

En 2008, la cifra estimada de nuevas infecciones por el VIH en la región fue de 170 000 [150 000–210 000] y, en consecuencia, el número de personas que viven con el VIH asciende a una cifra estimada de 2 millones [1,8 millones–2,2 millones]. Los datos epidemiológicos más recientes sugieren que la epidemia se mantiene estable en América Latina. ⁽¹⁷⁾

La prevalencia regional del VIH es del 0,6% [0,5–0,6%]. En 2008, se produjeron 77 000 [66.000–89.000] defunciones relacionadas con el sida en la región, que representa una reducción del 5% con respecto a la mortalidad relacionada con el VIH estimada en 2004. ⁽¹⁷⁾

El número de hombres infectados por el VIH en América Latina es considerablemente más elevado que el número de mujeres que viven con el VIH debido, en gran parte, a la importancia que reviste la transmisión sexual entre hombres en la epidemia de la región. Por ejemplo, en Perú el número de casos de varones con SIDA notificado en el año 2008 fue aproximadamente tres veces más elevado que el número de casos entre mujeres; no obstante, este diferencial de 3:1 representa una disminución considerable con respecto al valor del año 1990, cuando la relación varón/mujer se aproximó al 12:1 ⁽¹⁸⁾.

Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres representan el porcentaje más alto de infecciones en América Latina; no obstante, cabe destacar la carga de la infección entre los usuarios de drogas inyectables, los profesionales del sexo y sus clientes. ⁽¹⁹⁾

Al igual que en otras regiones, el concepto “hombres que tienen relaciones con hombres” abarca una amplia variedad de grupos con diversas identidades sexuales y condiciones socioeconómicas. Muchos hombres que tienen relaciones

sexuales con hombres en América Latina no se identifican a sí mismos como homosexuales. ⁽²⁰⁾.

En El Salvador, país que tiene la prevalencia documentada más elevada entre los hombres que tienen relaciones con hombres en América Central, el 17% de los hombres que tienen relaciones con hombres se identifica como heterosexual ⁽²⁰⁾.

En las zonas urbanas de Perú, el 6,5% de los hombres que comunicaron que sólo asumieron el rol activo durante el coito anal con otros hombres contrajeron infección por el VIH. ⁽²¹⁾

Por otra parte se estima que el 29% de los más de 2 millones de latinoamericanos usuarios de drogas inyectables está infectado por el VIH. Las epidemias entre este grupo de riesgo en América Latina tienden a concentrarse en el cono sur de América del Sur y en el norte de México, a lo largo de la frontera con Estados Unidos. ⁽²²⁾

En América Latina, las personas con menor nivel de estudios, tienden a iniciarse en la actividad sexual a una edad temprana, y esta precocidad sexual aumenta potencialmente el riesgo de que estas personas contraigan el VIH. ⁽²³⁾

En el Estado Plurinacional de Bolivia, los hombres con nivel de estudios superiores al secundario tienen aproximadamente tres veces mayores probabilidades de usar preservativo durante el coito con una pareja con quien no cohabitan que los hombres que solamente recibieron educación primaria ⁽²⁴⁾.

El Brasil alberga más de un tercio del número total de personas que viven con el VIH en América Latina (620 000 adultos y niños), y su prevalencia nacional del VIH era del 0,5% en 2005. En varias ciudades del Brasil están disminuyendo las

infecciones por el VIH relacionadas con prácticas peligrosas de inyección de drogas, y existe un acceso generalizado al tratamiento. ⁽¹⁷⁾

En Brasil en el 2005 estaban recibiendo terapia antirretrovírica unas 170 000 de las 209 000 personas que la necesitaban, incluidos 30 000 consumidores de drogas intravenosas. ⁽¹⁷⁾

Se estima que en la Argentina había 130 000 personas que vivían con el VIH en 2005, lo que supone una prevalencia en adultos del 0,6%. ⁽²⁵⁾

El consumo de drogas intravenosas y las relaciones sexuales sin protección entre varones son los principales impulsores de la epidemia en el país: se ha comprobado que casi uno de cada dos (44%) consumidores de drogas intravenosas sometidos a la prueba del VIH en Buenos Aires es VIH-positivo, y se han registrado niveles de infección del 7- 15% entre varones que tienen relaciones sexuales con varones. ⁽²⁵⁾

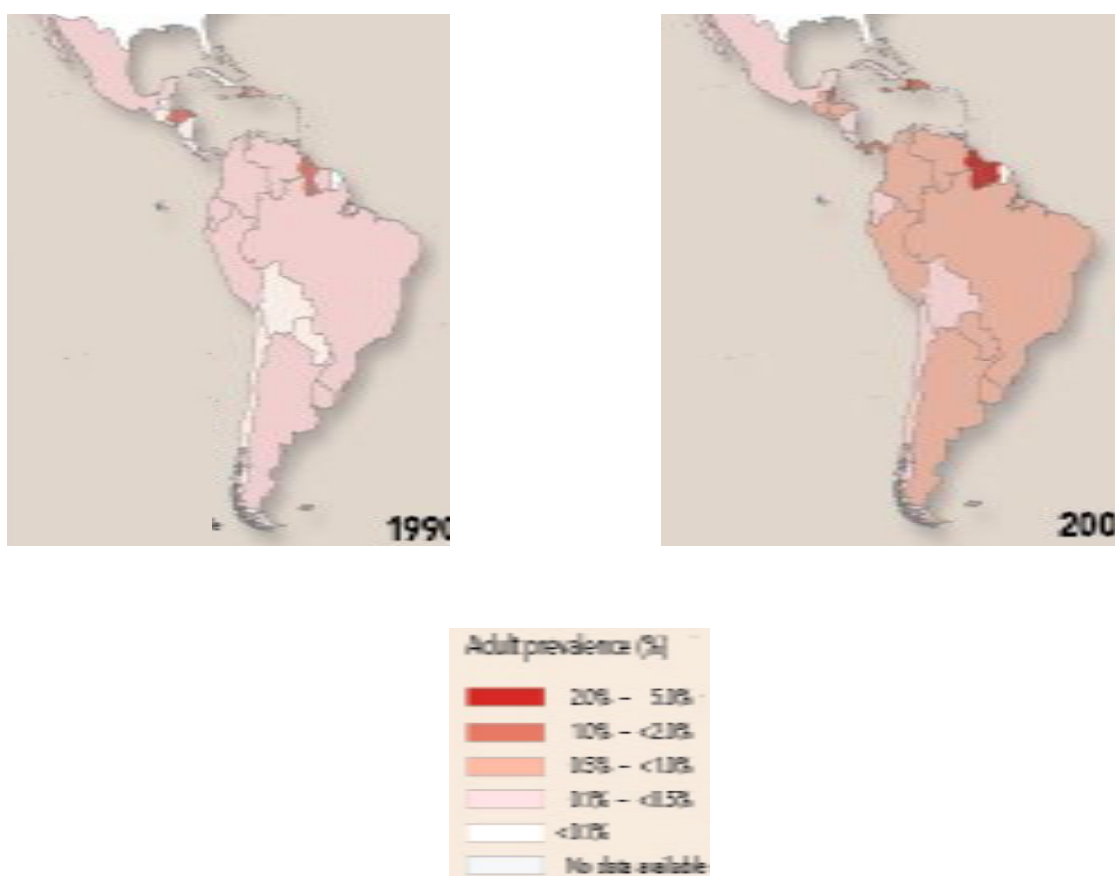
Los presos en las principales cárceles urbanas figuran entre los grupos de población más afectados. En 2004 se encontró que estaban infectados por el VIH el 17-28% de los reclusos encuestados en la provincia de Buenos Aires. ⁽²⁵⁾

Las relaciones sexuales entre varones constituyen un factor importante en las epidemias de VIH de Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador y Perú, y se han documentado altos niveles de prevalencia del VIH entre varones que tienen relaciones sexuales con varones en Santa Cruz, Bolivia (24%); Quito-Pichincha y Guayaquil-Guayas, Ecuador (17% y 23%, respectivamente), y Lima, Perú (23%). ⁽¹⁷⁾

En Colombia había unas 160 000 personas que vivían con el VIH en 2005. Se han detectado niveles de infección de hasta el 20% entre varones que tienen relaciones sexuales con varones en Bogotá, aunque sólo eran VIH-positivos el 1% de las profesionales del sexo femeninas. ⁽¹⁷⁾

De todas formas, cada vez es más frecuente que las mujeres se infecten a través de sus parejas masculinas que también tienen relaciones sexuales con varones. Entre las mujeres que resultaron VIH-positivas en proyectos dirigidos a prevenir la transmisión materno infantil del VIH, el 72% mantenía relaciones estables con su pareja. ⁽¹⁷⁾

Figura 3. Panorama general de la infección por el VIH SIDA 2007. Sudamérica



Fuente.- ONUSIDA 2007

1.5 Epidemiología del VIH/SIDA en Bolivia

1.5.1 La situación de la epidemia

El primer caso reportado de SIDA, en Bolivia, data de 1984, desde entonces hasta la gestión 2009 se ha notificado 4 889 casos. La epidemia del VIH SIDA en Bolivia es considerada de tipo concentra y de bajo nivel con una prevalencia de 0,05% en la población general y superior al 5% en poblaciones vulnerables, principalmente el grupo GBT y otros HSH. ⁽²⁶⁾

El registro de casos de VIH SIDA en Bolivia muestra un aumento paulatino en el número de notificaciones sobre todo en los últimos años o que a priori podría indicar un crecimiento de la epidemia, aunque no existen estudios de incidencia como tal, dicho aumento también refleja una mejora notable en el sistema de notificación e implementación de la prueba rápida. Los datos de notificación de casos revelan que proporcionalmente existen mayor proporción de hombre VIH (+) y una concentración en el grupo de edad de 25 -34 años. ⁽²⁶⁾

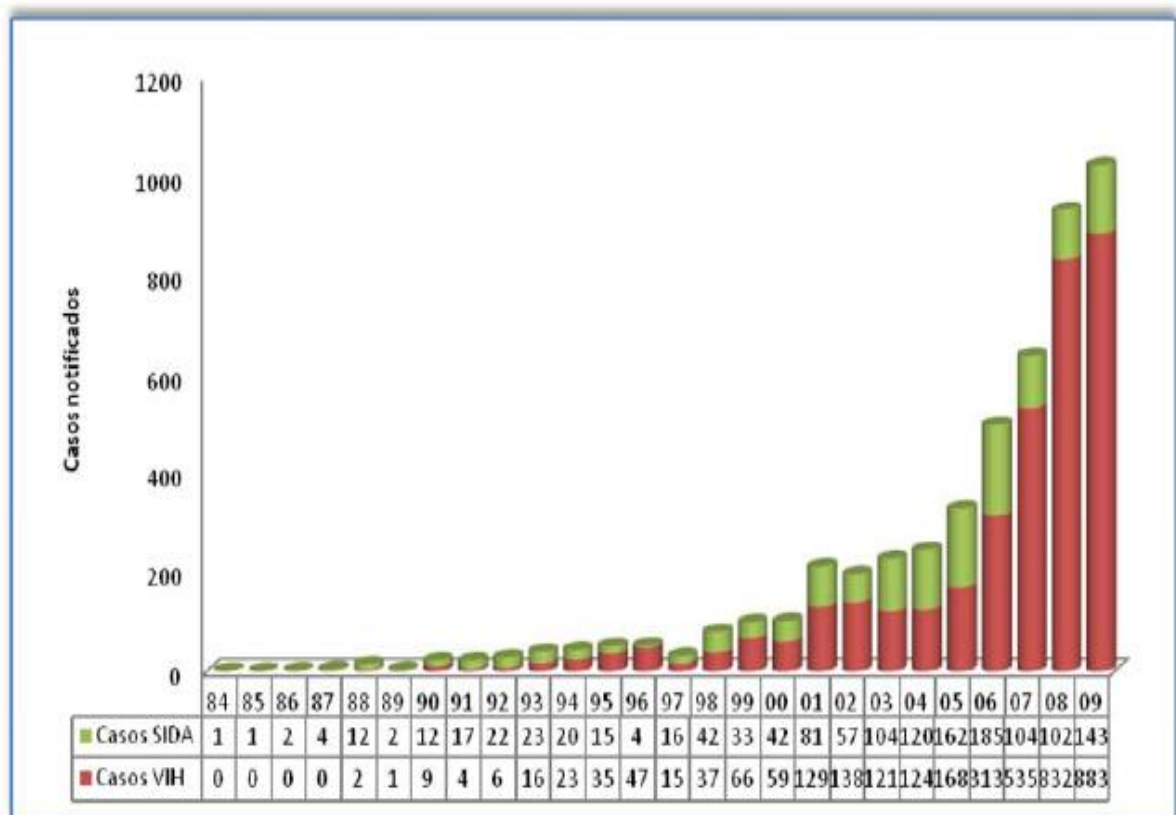
Cuadro No. 2
Bolivia: Estadísticas de VIH/sida, a diciembre de 2009

Número de casos notificados de VIH/SIDA (1984 - 2009)	4.889
Número de personas que fallecieron por causa sida (1984 - 2009)	498
Personas que fallecieron por sida (2009)	107
Número de personas que viven con VIH/SIDA (PVVs) (A diciembre de 2009)	4391
Casos notificados de VIH (1984 - 2009)	3.563
Casos notificados de SIDA (1984 - 2009)	1.326
Casos nuevos reportados entre enero y diciembre de 2009	1026
Número de PVVs con infección avanzada que reciben ARV	1087

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA - MSD

Entre 1984 y 2009, se tienen notificados 4889 casos de VIH SIDA, de los cuales se han registrado hasta diciembre de 2009, un total de 498 defunciones, lo que implica que en nuestro país se tendrían 3563 personas notificadas, viviendo con VIH SIDA. ⁽²⁶⁾

Figura 4. Bolivia: Casos Notificados de VIH SIDA 1984 - 2009

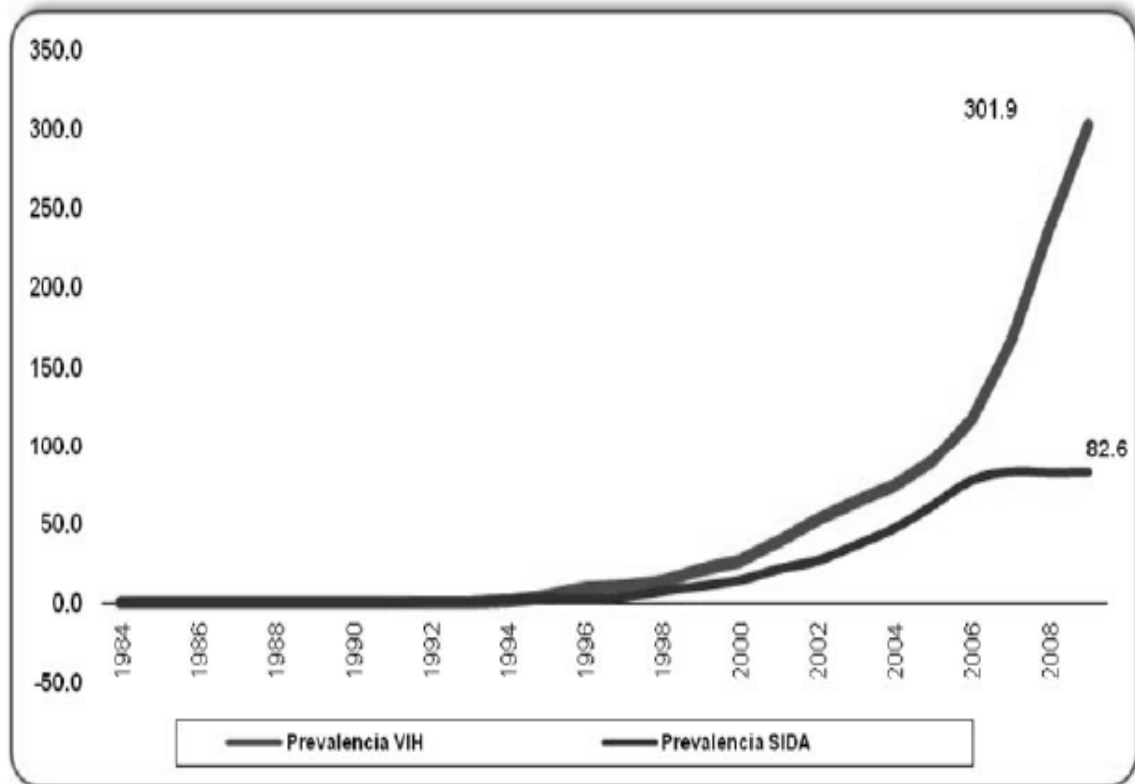


Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA – MSD

Los datos notificados permiten estimar una proporción de 83 casos SIDA por millón de habitantes, y en el caso de VIH 302 casos por millón de habitantes, lo que en conjunto implica que 5 de cada 10000 personas en Bolivia estarían notificadas como casos de VIH SIDA. En los últimos años la implementación de la prueba rápida ha permitido incrementar la cobertura de notificación de casos de forma más oportuna. ⁽²⁶⁾

En la figura 5 se muestra la tendencia de la proporción de casos notificados de VIH y SIDA, observándose una brecha importante que amerita estudiar temas tales como la letalidad de la epidemia, calidad y cobertura de tratamiento, etc. ⁽²⁶⁾

Figura 5: Bolivia: Prevalencia de VIH SIDA, 1984- 2009, estimaciones con notificación de casos.



Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA – MSD

Desde el año 2004 se cuenta con un sistema de notificación, estructurado que ha permitido realizar una caracterización socio demográfica de los casos notificados. De los 4889 casos reportados 3671 (75%) corresponden al período 2004 – 2009, lo que otorga un alto grado de validez a la estructura por edad y sexo, de la epidemia, la cual revela que existe una relación hombre mujer de 2 a 1 y una mayor concentración de casos en los grupos de edad de 20 a 24 y 25 a 29 años. ⁽²⁶⁾

Tabla 2. Bolivia:

Casos Notificados de VIH SIDA, 2004 – 2009, por edad y sexo

Grupo de edad	SEXO			Total
	Hombre	Mujer	Sin datos	
0 - 4	47	47	-	94
5 - 9	2	3	-	5
10 - 14	2	10	-	12
15 - 19	110	173	-	283
20 - 24	360	374	-	734
25 - 29	531	248	1	780
30 - 34	384	202	2	588
35 - 39	287	127	2	416
40 - 44	211	88	1	300
45 - 49	120	49	1	170
50 y más	194	50	-	244
Total	2248	1371	7	3626

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA - MSD

La distribución geográfica muestra que el 89% de los casos se distribuyen en los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, correspondiendo el 54% de los casos notificados a Santa Cruz, este hecho se explica por una mayor concentración poblacional en tales departamentos y presumiblemente a una mayor exposición a determinados factores de riesgo. Los datos de la gestión 2009, muestran una situación similar aunque se registra un aumento significativo en el reporte del departamento de Cochabamba principalmente en lo que se refiere a transmisión vertical. ⁽²⁶⁾

Figura 6: Bolivia: Distribución de casos por departamentos.



Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA – MSD

TABLA 3. CASOS DE VIH - SIDA ACUMULADOS POR AÑO

DEPARTAMENTO	A Diciembre de 2005			A Diciembre de 2006			A Diciembre de 2007			A Diciembre de 2008		
	VIH	SIDA	SIN DATOS	VIH	SIDA	SIN DATOS	VIH	SIDA	SIN DATOS	VIH	SIDA	SIN DATOS
Chuquisaca	16	15	7	17	17	8	34	23	8	47	24	8
La Paz	205	133	23	262	156	31	327	168	32	422	182	42
Cochabamba	156	107	30	216	147	30	278	204	30	398	256	35
Oruro	10	16	2	20	22	3	32	26	3	42	36	3
Potosí	9	4	2	19	5	2	22	6	2	26	9	2
Tarija	16	27	2	19	29	7	26	35	7	39	38	12
Santa Cruz	483	452	11	631	560	12	979	575	15	1.422	592	94
Beni	22	24	5	27	26	6	39	28	6	62	32	6
Pando	9	6	0	11	7	0	15	9	0	18	9	1
TOTAL	926	784	82	1.222	969	99	1.752	1.074	103	2.476	1.178	203

FUENTE: Elaborado con datos del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud y Deportes

TABLA 4. CASOS NOTIFICADOS DE VIH – SIDA

DEPARTAMENTO	2006			2007			2008		
	VIH	SIDA	SIN DATOS	VIH	SIDA	SIN DATOS	VIH	SIDA	SIN DATOS
Chuquisaca	1	2	1	17	6	0	13	1	0
La Paz	57	23	8	65	12	1	95	14	10
Cochabamba	60	40	0	62	57	0	120	52	5
Oruro	10	6	1	12	4	0	10	10	0
Potosi	10	1	0	3	1	0	4	3	0
Tarija	3	2	5	7	6	0	13	3	5
Santa Cruz	148	108	1	348	15	3	443	17	79
Beni	5	2	1	12	2	0	23	4	0
Pando	2	1	0	4	2	0	3	0	1
Total	296	185	17	530	105	4	724	104	100

FUENTE: Elaborado con datos del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud y Deportes

TABLA 5. PERSONAS QUE VIVEN CON SIDA

DEPARTAMENTO	2006	2007	2008
Chuquisaca	9	22	23
La Paz	104	158	176
Cochabamba	116	197	256
Oruro	15	23	32
Potosi	4	5	9
Tarija	19	33	37
Santa Cruz	471	567	584
Beni	7	26	30
Pando	2	9	9
TOTAL	747	1.040	1.156

FUENTE: Elaborado con datos del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud y Deportes

TABLA 6. DEFUNCIONES NOTIFICADAS POR SIDA (ACUMULADAS)

DEPARTAMENTO	A Dic de 2005	A Dic de 2006	A Dic de 2007	A Dic de 2008
Chuquisaca	8	8	9	10
La Paz	48	52	62	68
Cochabamba	31	31	38	38
Oruro	4	7	10	14
Potosi	1	1	2	2
Tarija	10	10	12	13
Santa Cruz	89	89	97	105
Beni	18	19	21	23
Pando	4	5	5	5
TOTAL	213	222	256	278

FUENTE: Elaborado con datos del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud y Deportes

1.5.2. Caracterización de la epidemia.

La epidemia en Bolivia es caracterizada como concentrada y de bajo nivel. La concentración se refiere principalmente a grupos de mayor riesgo como la población GBT y otros HSH, trabajadoras sexuales y clientes de trabajadoras sexuales. Evidencias estadísticas permiten inferir que la prevalencia en población GBT y otros HSH es de 12,7%, en el caso de las trabajadoras sexuales es de 0,40%. Considerando la población general la prevalencia estimada es de 0,05% en el caso de los jóvenes de 20 a 24 años, la prevalencia hasta el año 2009 se estima en 0,02% y en el grupo de mujeres embarazadas que se sometieron a la prueba del VIH se ha encontrado un porcentaje de 0,16% casos VIH (+).⁽²⁶⁾

1.5.3. Gasto nacional e internacional en SIDA

Utilizando la metodología de medición de gasto en SIDA y las cuentas nacionales en salud se ha estimado un gasto nacional de 7,5 millones de dólares para la gestión 2009, siendo el componente de prevención el que representa la mayor asignación 2,7 millones que equivalen al 37% del gasto total. ⁽²⁶⁾

Un análisis comparativo permite inferir un aumento superior al 300% entre las gestiones 2005 y 2009, cifra que se explica principalmente por un aumento importante en la partida de atención y tratamiento que habría registrado un incremento de 371% en el mismo período. Entre la gestión 2008 y 2009 el incremento global es del orden del 37%, registrándose un aumento de 63% en el caso de atención y tratamiento esto en gran parte responde al hecho de haber incrementado la cobertura de terapia antirretroviral de 758 personas en diciembre de 2008 a 1115 personas en tratamiento para diciembre 2009. ⁽²⁶⁾

1.6 Descripción del contexto de la Investigación

El departamento de Oruro se encuentra ubicado al oeste de Bolivia. Ocupando un territorio del altiplano andino. El departamento de Oruro tiene un clima frío con una temperatura media ambiente bajó 2 grados centígrados. ⁽²⁷⁾

Posee una extensión de 53.588 Km² que representan 4,88% del territorio nacional. Limita al norte con el departamento de La Paz, al sur con el departamento de Potosí; al este con los departamentos de Potosí y Cochabamba y al oeste con la República de Chile. El departamento cuenta con 16 provincias, 34 secciones municipales y 160 cantones. La capital del departamento es la ciudad de Oruro y tiene una altitud 3.706 metros. ⁽²⁷⁾

El departamento de Oruro tiene 437.131 habitantes. La participación de la población masculina es mayor que la femenina en este departamento. La mayor parte de la población orureña está por debajo de los 24 años por lo que la población menor de 15 años constituye 35,02%. ⁽²⁷⁾

La incidencia de pobreza en el departamento de Oruro es del 67,8%. En el departamento 7 de cada 10 personas viven en condiciones de pobreza y la disponibilidad de agua por cañería llega a 6 de cada 10 hogares, es decir que el 40% de los hogares no disponen de ese servicio. La actividad laboral de los habitantes del departamento de Oruro es la extracción de minas y canteras por lo que la producción de estaño en departamento es el más importante en el ámbito nacional. ⁽²⁷⁾

En relación a los servicios de salud, el departamento de Oruro cuenta con 179 establecimientos de salud, 3 de tercer nivel, 7 de segundo nivel y 169 de primer nivel. ⁽²⁸⁾

La tasa de analfabetismo en Oruro alcanza a 10,61%. La cobertura neta de matriculación en el departamento de Oruro es alta y en el nivel secundario alcanza el 59,18%. Pese a que en los últimos 10 años ha habido un descenso, el analfabetismo en las mujeres se mantiene alrededor de 17%; es decir, casi 2 de cada 10 mujeres

no saben leer ni escribir, lo que podría ser uno de los factores asociados a la mortalidad materna e infantil. Cada mujer en el departamento tiene como promedio 3,6 hijos durante su vida fértil, cifra ligeramente inferior a la nacional (3,8 hijos por mujer).⁽²⁷⁾

En el departamento de Oruro se reportaron 20 casos de personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana, de los que 14 son varones y 6 mujeres, y las edades en las que más se reportan los casos están entre 15 a 35 años.

En el año 2009 se registró 26 casos de VIH-SIDA, por lo que se determinó que desde la aparición del primer caso en el departamento en 1991, 19 personas fallecidas.

En la actualidad, en Oruro las pruebas son tomadas en 16 centros de salud tanto urbanos como rurales, lo que permitió detectar el número de personas que viven con el virus que causa el SIDA.

Teniendo en cuenta que instituciones trabajan en la ciudad de Oruro especialmente las de entorno privado como Agencia Internacional de Desarrollo de los Estados Unidos USAID – Bolivia, con el programa de Centro de Investigación, Educación y Servicios/Salud Reproductiva CIES provee con servicios a adolescentes, tanto en educación para la salud y servicios clínicos de salud reproductiva en la ciudad de Oruro. Así mismo es importante mencionar el apoyo técnico y financiero que se recibe de parte de UNICEF, principalmente en la prevención de la transmisión vertical, atención pediátrica y prevención del VIH en la población adolescente.

2. JUSTIFICACION

El VIH SIDA, es una enfermedad preocupante para la Salud Pública en el mundo entero. Para el 2008, el número de personas que viven con VIH en el mundo alcanzó a 33,4 millones. En América Latina la cifra se incremento a 170,000 casos de VIH según fuentes de la OPS.

En Bolivia las cifras de personas con VIH se han incrementado en un cien por ciento durante los últimos años, afectando principalmente al grupo etáreo comprendido entre los 15 a 45 años de edad en ambos sexos.

En la ciudad de Oruro en particular, los casos de VIH en el último año se registró un aumento preocupante para el sector salud, principalmente durante los primeros meses del año, con ocho nuevos casos de VIH, debido al excesivo consumo de bebidas alcohólicas por parte de los adolescentes durante las actividades festivas de la ciudad como es el carnaval y la afluencia de trabajadoras sexuales de otras regiones sin previo registro sanitario, según fuentes del Servicio Departamental de Oruro (SEDES).

Es importante señalar que muchas Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), vienen realizando diferentes trabajos con adolescentes en el Departamento de Oruro, pero carecen de información sobre los determinantes socioeconómicos en el perfil de sus proyectos y sus intervenciones en general fracasan por falta de conocimiento del entorno en el que se desenvuelven.

Con esos antecedentes el presente trabajo se realizó con la finalidad de explorar la situación de riesgo frente al VIH de un grupo etáreo vulnerable en este caso los adolescentes de la ciudad de Oruro, tomando en cuenta el entorno socioeconómico como determinante.

Con la perspectiva de que los resultados extraídos del estudio puedan servir para reforzar estrategias preventivas que existen actualmente por parte del Ministerio de Salud, así como también sea un aporte de gran utilidad para los educadores de los Colegios.

Se espera que el estudio a parte de contribuir en medidas preventivas, pueda servir como un marco referencial para futuras investigaciones relacionadas con el tema, puesto que hasta el momento en el Departamento de Oruro, no se han realizado estudios enfocados en un perfil socioeconómico de los adolescentes y el VIH.

3. HIPOTESIS Y OBJETIVOS

3.1. Hipótesis

Los conocimientos y comportamientos frente al VIH SIDA de los adolescentes de 15 a 18 años de colegios de la ciudad de Oruro son determinados por el nivel socioeconómico.

3.2. Objetivos

3.2.1. Objetivo general

Determinar el nivel de conocimientos y comportamientos frente al VIH SIDA en adolescentes de 15 a 18 años, según su nivel socioeconómico en colegios de la ciudad de Oruro 2010.

3.2.2. Objetivos específicos

- Identificar el nivel socioeconómico de los adolescentes de los colegios de la ciudad de Oruro.
- Identificar el nivel de conocimientos sobre la infección del VIH SIDA en los adolescentes en relación a su nivel socioeconómico.
- Identificar el nivel conocimientos preventivos en relación al VIH SIDA en los adolescentes en relación a su nivel socioeconómico.
- Identificar los comportamientos de los adolescentes frente al VIH en relación a su nivel socioeconómico.

4. METODOLOGÍA

4.1. Modelo de estudio

La siguiente investigación es abordada desde la perspectiva de un estudio: Descriptivo Transversal.

4.2. Población de estudio

4.2.1. Universo de Estudio

Para este estudio se tomó la población de adolescentes en el departamento de Oruro comprendidos de 15 a 18 años de edad es de 42,773 hab. De los cuales 21,848 son de sexo femenino y 20,925 sexo masculino.

4.2.2 Muestra del Estudio

El estudio incluyó a 370 adolescentes de 15 a 18 años que cursan tercero de secundaria, que asisten:

- Colegios privados: Alemán y Anglo Americano.
- Colegios públicos: Oblitas y Nacional Bolivia.
- Colegios de convenio católicos: Juan Pablo II, Kantuta, y Jesús de Nazareth.
- Colegios públicos periféricos Jhon F. Kennedy y Pedro Domingo Murillo .

Mediante esta selección se quiso tomar en cuenta diferentes estrato socioeconómicos.

4.2.3 Selección de la Muestra

- a) Criterios de inclusión: estudiantes adolescentes de tercero de secundaria que aceptaron participar voluntariamente en el estudio; estudiantes dentro del rango de 15-18 años de edad.
- b) Criterios de exclusión: estudiantes que no se incluían entre estas edades, la existencia de trastornos mentales o retardo mental que les impidan responder a preguntas y/o cuestionarios.

4.2.4 Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue calculado con un nivel de confianza de 95%, una proporción de 50% con una precisión de 5%. La muestra calculada ascendió a 370 adolescentes de los diferentes colegios de la ciudad de Oruro. Habiéndose utilizado para el cálculo Epidat 3.1 y la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2(p)(1-p)}{C^2}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra

Z= porcentaje de confiabilidad

P= Porcentaje de probabilidad expresada en decimal (0.5)

C= Intervalo de confianza expresado en decimal (+/- 7)

$$n = \frac{1.96^2(50 \times 50)}{5^2} \quad n=384$$

Tabla 3. Tamaño muestral, según la Unidad Educativa a la que pertenecen los adolescentes encuestados en la ciudad de Oruro periodo 2010

N°	UNIDAD EDUCATIVA	MUESTRA TOTAL	MUESTRA SELECTA	SELECCIÓN DE LA MUESTRA
1.	Colegio "Alemán"	30	30	Aleatoria
2.	Colegio "Anglo Americano"	44	43	Aleatoria
3.	Colegio "Oblitas"	35	32	Aleatoria
4.	Colegio "Bolivia"	34	31	Aleatoria
5.	Colegio "Juan Pablo"	55	54	Aleatoria
6.	Colegio Jesús de "Nazaret"	61	58	Aleatoria
7.	Colegio "Kantuta"	56	55	Aleatoria
8.	Colegio "Jhon F. Kennedy"	41	39	Aleatoria
9.	Colegio Pedro Domingo Murillo	28	28	Aleatoria
		384	370	

4.2.5. Operacionalización de las variables

a) Variable dependiente

Conocimientos y comportamientos sobre el VIH SIDA.

Definiciones conceptuales.-

- *Conocimiento:* Acción y efecto de conocer. Cada una de las facultades sensoriales del hombre en la medida en que están activas. ⁽²⁹⁾
- *Comportamiento:* Implicar, conllevar. Llevar algo juntamente con otra persona. Portarse, conducirse. ⁽²⁹⁾

b) Variable independiente

Condición socio económica de los adolescentes.

Definiciones conceptuales.-

- *Social:* Pertenciente o relativo a la sociedad. Pertenciente o relativo a una compañía o sociedad, o a los socios o compañeros, aliados o confederados. ⁽²⁹⁾
- *Económico:* Contención o adecuada distribución de recursos materiales o expresivos. ⁽²⁹⁾

- *Adolescencia*: La OMS define "la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases ,la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años"⁽³⁰⁾

4.3. Desarrollo de estudio

Se recolecto la información vertida en una base de datos de las encuestas aplicadas, con una muestra representativa de 370 adolescentes de la ciudad de Oruro de tres estratos socioeconómicos durante el periodo de enero y febrero del año 2010, para esto se coordinó con autoridades del Servicio Departamental de Educación (SEDUCA) y autoridades de los diferentes colegios encuestados.

4.4. Técnicas de Estudio

Los cuestionarios se escogieron a partir de la búsqueda bibliográfica previa sobre estudios parecidos, diseñados para el mismo tipo de población.

El presente estudio se realizó a través de dos cuestionarios:

4.4.1. Cuestionario N°1

El cuestionario empleado - confidencial, anónimo, autoadministrado y validado- fue adaptado del cuestionario, utilizado en Algemesi donde se había realizado una intervención similar con el nombre de Aula SIDA. El cuestionario previamente validado se adecuaba a nuestro tipo de población ⁽³¹⁾ ⁽³²⁾ (Anexo 1).

Se realizó una prueba piloto del mismo en un taller para poder valorar la comprensión de las preguntas y finalmente, se decidió conservar las preguntas del cuestionario original con algunas modificaciones para una mejor comprensión.

Tabla N°4 Dimensión de los Indicadores de la Encuesta VIH SIDA⁽³¹⁾ (32)

<i>Variable</i>	<i>Preguntas de la Encuesta para determinar la variable</i>	<i>Categorías</i>
Conocimientos sobre la infección del VIH SIDA	1. Una persona portadora del virus del SIDA puede tener un aspecto totalmente sano.	Verdadero - Correcto - 2 Falso - Incorrecto - 0 No lo se -1
	2. El virus del SIDA se puede transmitir mediante el aire.	Verdadero - Incorrecto - 0 Falso - Correcto - 2 No lo se -1
	3. Desde hace un año hay una medicina que cura el SIDA.	Verdadero - Incorrecto - 0 Falso - Correcto - 2 No lo se -1
	4. Existe alguna forma de saber si una persona tiene SIDA.	Si – Correcto - 2 No – Incorrecto - 0
	5. Por las relaciones sexuales se puede transmitir el virus del SIDA.	Verdadero - Correcto - 2 Falso - Incorrecto - 0 No lo se -1
	6. Haciendo deporte con personar portadoras del virus del SIDA o usando su ropa o toalla hay riesgo de tener la enfermedad.	Verdadero - Incorrecto - 0 Falso - Correcto - 2 No lo se -1
	7. Si a una persona se le dona sangre para transfusión, hay riesgo de tener la enfermedad.	Verdadero - Incorrecto - 0 Falso - Correcto - 2 No lo se -1
Conocimientos sobre la prevención frente	1. Es útil para evitar la transmisión utilizar preservativo (condón) cuando	Verdadero - Correcto - 2 Falso - Incorrecto - 0 No lo se -1

al VIH SIDA	sea necesario.	Verdadero - Incorrecto - 0 Falso - Correcto - 2 No lo se -1
	2. Es útil para evitar la transición no dar sangre.	Verdadero - Incorrecto - 0 Falso - Correcto - 2 No lo se -1
	3. Es útil para evitar la transmisión bañarse con agua muy caliente.	Verdadero - Incorrecto - 0 Falso - Correcto - 2 No lo se -1
	4. Es útil para evitar la transmisión evitar la droga y compartir agujas o jeringas.	Verdadero - Correcto - 2 Falso - Incorrecto - 0 No lo se -1
	5. Es útil para evitar la transmisión no tener relaciones sexuales.	Verdadero - Correcto - 2 Falso - Incorrecto - 0 No lo se -1

Comportamientos frente al VIH SIDA	1.El SIDA es cosa de drogadictos y homosexuales.	Verdadero - Incorrecto - 0 Falso - Correcto - 2 No lo se -1
	2.A la persona portadora del virus del SIDA se le nota enseguida.	Verdadero - Incorrecto - 0 Falso - Correcto - 2 No lo se -1
	3.Te molestaría estar en clases con un compañero/a con SIDA.	Verdadero - Incorrecto - 0 Falso - Correcto - 2 No lo se -1
	4.Tendrías miedo de transmisión si vivieras con un familiar o persona enferma de SIDA.	Verdadero - Incorrecto - 0 Falso - Correcto - 2 No lo se -1
	5.Si entre tu grupo de amigos uno de ellos tuviera SIDA cambiaría tu relación por este motivo.	Verdadero - Incorrecto - 0 Falso - Correcto - 2 No lo se -1

Tabla N°5 Distribución por el nivel de conocimiento y comportamiento según las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Aula Sida. ⁽³¹⁾ ⁽³²⁾

<i>Indicador</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Denominación</i>
Conocimientos	>12	Bueno
infección sobre el	7-11	Regular
VIH SIDA	<7	Malo
<hr/>		
Conocimientos frente	>7	Bueno
a la prevención del	6-4	Regular
VIH SIDA	<3	Malo
<hr/>		
Comportamientos	>7	Bueno
frente al VIH SIDA	6-4	Regular
	<3	Malo
<hr/>		

4.4.2. Cuestionario N° 2

El cuestionario es un material utilizado contiene 4 reactivos o preguntas por una parte, adaptada a través de la escala de Graffar para medir las condiciones socioeconómicas. (Anexo 2). ⁽³³⁾

La clasificación de Graffar es un esquema internacional de agrupación infantil basada en el estudio de las características sociales de la familia, profesión del padre, nivel de instrucción, las fuentes de rendimiento familiar, la comodidad del alojamiento y el aspecto de la zona donde la familia habita. Los criterios fueron establecidos en Bruselas, Bélgica por el profesor Graffar como un indicador de los diversos niveles de bienestar de un grupo social. ⁽³³⁾

Tabla N°6 Dimensión de los Indicadores de la Escala de Graffar ⁽³³⁾

Variable	Categorías	Preguntas de la encuesta para determinar la variable
Ocupación	1. Profesional Universitario 2. Técnico Superior 3. Técnico Medio 4. Obrero Especializado 5. Obrero No Especializado	¿Cuál es la ocupación del jefe de familia?
Educación	1. Universitaria 2. Superior Completa 3. Superior Incompleta 4. Primaria 5. Analfabeta	¿Cuál es el nivel educativo del jefe de familia?
Ingreso	1. Fortuna heredada 2. Honorarios 3. Sueldo mensual 4. Salario semanal 5. Donaciones Públicas	¿Cuál es el ingreso familiar?
Condiciones de Alojamiento	1. Vivienda con óptimas condiciones sanitaria, ambientes de Lujo. 2. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias, sin lujo pero espaciosa. 3. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias espacios reducidos 4. Vivienda con deficiente condiciones sanitarias, espacios reducidos 5. Inadecuadas condiciones sanitarias,	¿Cuál es la condición de alojamiento del grupo familiar una habitación.

Tabla N°7 Distribución Estrato Socioeconómico según las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario Graffar⁽³³⁾

Puntaje	Estrato	Denominación
4-6	I	ALTO
7-9	II	MEDIO ALTO
10-12	III	MEDIO BAJO
13-16	IV	OBRERO
17-20	V	MARGINAL

Para el análisis estadístico se agrupó el nivel socioeconómico alto y medio alto y se lo denominó nivel socioeconómico alto. También se agrupó el nivel socioeconómico obrero y marginal y se lo denominó nivel socioeconómico bajo. Manteniéndose el nivel socioeconómico medio bajo denominándose nivel medio.

4.5. Recolección de los Datos

Se recolectó la información vertida en una base de datos de las encuestas aplicadas, con una muestra representativa de 370 adolescentes de la ciudad de

Oruro de cuatro estratos socioeconómicos durante el periodo de enero y febrero del año 2010, para esto se coordinó con autoridades del Servicio Departamental de Educación (SEDUCA) y autoridades de los diferentes Colegios encuestados.

4.6. Análisis estadístico.

El análisis de la información se efectuó en dos momentos:

- Primer Momento; un modelo de consenso para valorar el nivel socioeconómico, con un procedimiento ajustado a respuestas ordinales para cada estrato socioeconómico y por géneros; mediante un análisis factorial de componentes principales que agrupa a individuos en función a sus respuestas.
- Segundo momento; el modelo estimó por un lado, un patrón de respuestas correctas a las preguntas sobre los conocimientos y comportamientos del VIH SIDA en cada estrato socioeconómico, en función a las intercorrelaciones de las respuestas originales.

Este patrón se expresó en porcentajes correspondientes a las categorías de respuestas estimadas como correctas en cada estrato socioeconómico y pruebas de significancia chi cuadrado.

La información fue vertida en una base de datos en Microsoft Office Excell 2003 y el análisis se hizo con el paquete estadístico G- Stat 2.0

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO

5.1. Consentimiento Informado

Previa aplicación de las encuestas de estudio, se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los padres o tutores en el que se explicó la finalidad del estudio (Anexo 3). Teniendo en cuenta la importancia de tal documento por la edad comprendida de los estudiantes participantes en el estudio, siendo los mismos adolescentes.

5.2. Confidencialidad

Las encuestas aplicadas fueron anónimas por lo que se preservó la confidencialidad de los estudiantes. Los nombres de los padres o tutores que brindaron su consentimiento informado de los estudiantes participantes en el estudio no aparecerán en ningún momento ni serán publicados.

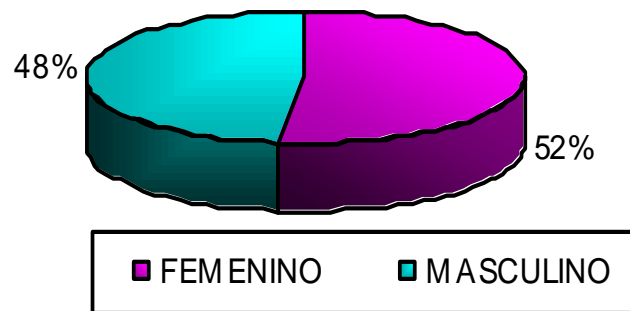
5.3. Beneficencia o Maleficencia

Se benefician en el estudio los estudiantes encuestados, las instancias pertinentes en salud y educación a quienes corresponda.

6. RESULTADOS

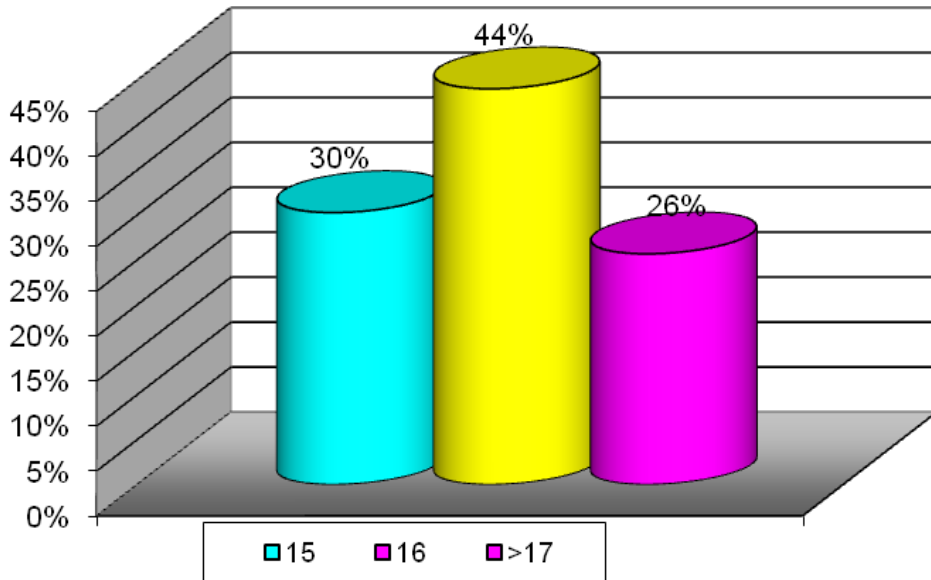
6.1. Resultados generales.-

a) Descriptiva de la población



***Figura 7. Adolescentes encuestados según género de la ciudad de Oruro
2009 – 2010.***

De 370 adolescentes encuestados, el mayor número de encuestados correspondió al sexo femenino con 191 que corresponde al 51,62% y el resto hombres con 179 que corresponde al 48,38% fueron hombres.



***Figura 8. Adolescentes encuestados según grupo etareo de la ciudad de Oruro
2009 - 2010***

La distribución por edades, muestra que el grupo etáreo de 16 años fueron los encuestados con mayor proporción, correspondiendo a 44,05%, siguiéndole las edades de 15 y 17 años con una proporción de 30,27% y 25.68%, respectivamente. Con una media de 15.99, una mediana de 16, una moda de 16 y una desviación estándar de 0,8313.

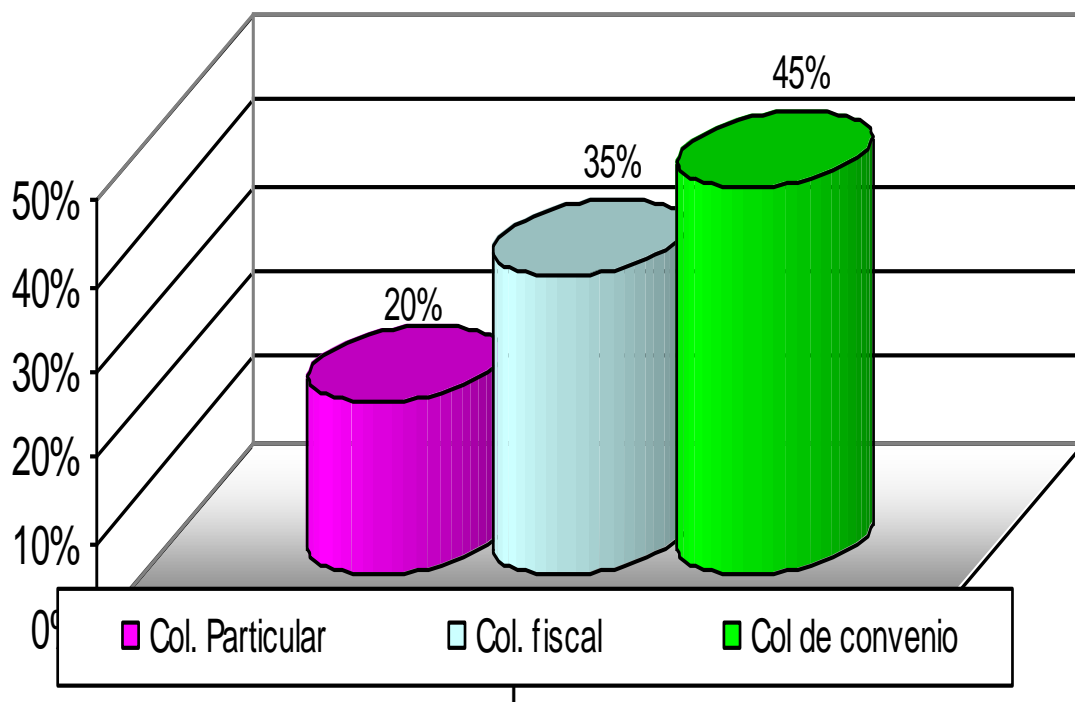


Figura 9. Adolescentes encuestados según el tipo de colegio de procedencia ciudad de Oruro 2009 – 2010.

El 45% de los encuestados correspondieron a colegios de convenio católico, siguiéndole en frecuencia los colegios fiscales con 35% y los colegios particulares en 20%.

Tabla N°8 Relación porcentual según el Colegio de Procedencia de los adolescentes encuestados en la ciudad de Oruro en el periodo 2010

N°	UNIDAD EDUCATIVA	TAMAÑO	PORCENTAJE
1.	Colegio "Alemán"	30	8,6767%
2.	Colegio "Anglo Americano"	43	8,378%
3.	Colegio Oblitas	32	11,522%
4.	Colegio Bolivia	31	7,568%
5.	Colegio Juan Pablo	54	14,865%
6.	Colegio Jesús de Nazareth	58	15,676%
7.	Colegio kantuta	55	14,865%
8.	Colegio Jhon F. Kennedy	39	14,595%
9.	Colegio Pedro Domingo Murillo	28	10,541%

El mayor número de entrevistados corresponden a los Colegios “Jesús de Nazareth” en 15,676%, “Juan Pablo II ” en 14,865%, el Colegio “Kantuta” en 14,865%, y “Jhon F. Keneddi” en 14,595%, siguiéndole el Colegio “Oblitas” en 11,522%, el Colegio “Pedro Domingo Murillo” 10,541%, el Colegio “Anglo Americano” en 8,378%, y finalmente el Colegio “Nacional Bolivia” con un 7,568%.

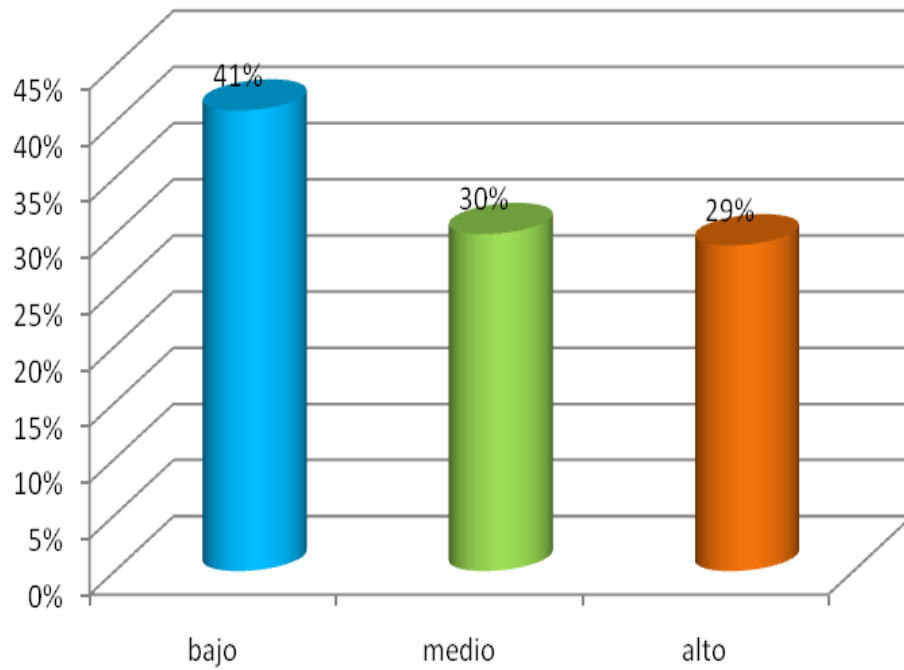


Figura 10. Adolescentes encuestados según el nivel socioeconómico ciudad de Oruro 2009 – 2010.

De los entrevistados 41% pertenecen al nivel socioeconómico bajo, 30% pertenecen al nivel socioeconómico medio, y un 29% pertenecen al nivel socioeconómico alto.

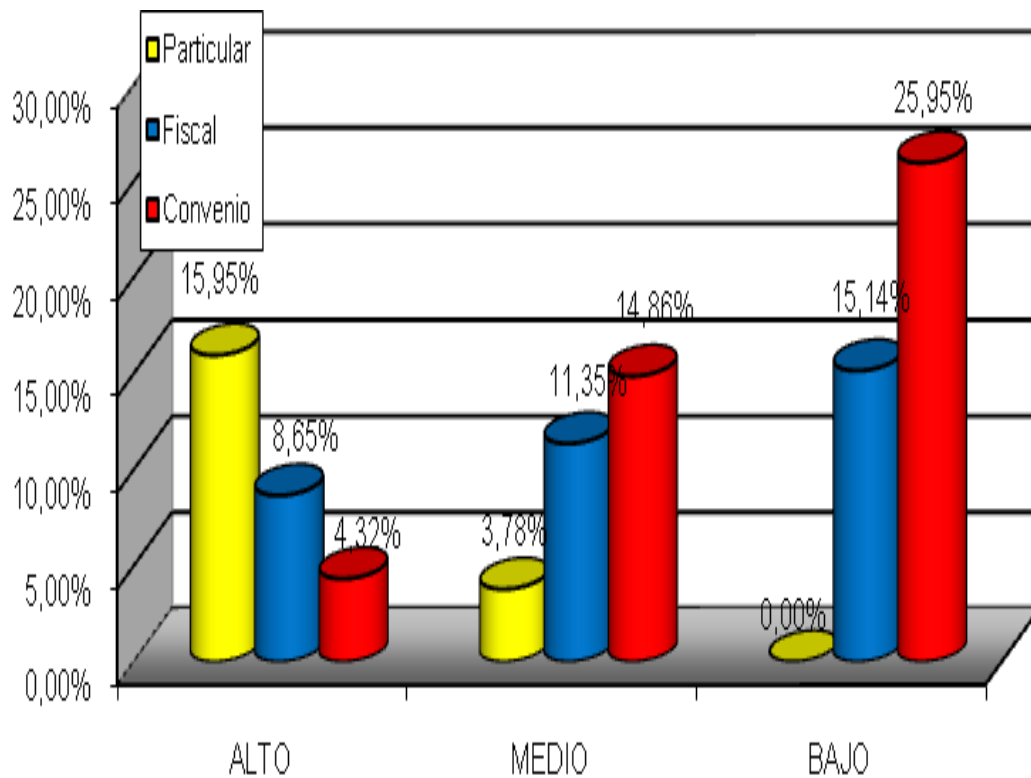


Figura 11. Adolescentes según el tipo de colegio y nivel socioeconómico ciudad de Oruro 2009 – 2010.

Los colegios de convenio católico acogen a adolescentes en su mayor parte provenientes de un nivel socioeconómico bajo en un 25.95%, y medio en un 14.86% y alto en 4.32%. Se observó que este tipo de colegio alberga a todos los niveles socioeconómicos. Los colegios particulares acogen a adolescentes de un nivel socioeconómico alto en un 15.95% y medio en un 3.78%, a diferencia del nivel bajo que no asisten a este tipo de colegios. Los colegios fiscales acogen a adolescentes que pertenecen al nivel socioeconómico bajo en un 15.14%, medio con un 11.35% y alto 8.65%.

6.2. Resultados específicos.-

b) Nivel de conocimientos sobre la infección del VIH SIDA de los adolescentes, según el nivel socioeconómico, edad, sexo y tipo de colegio.

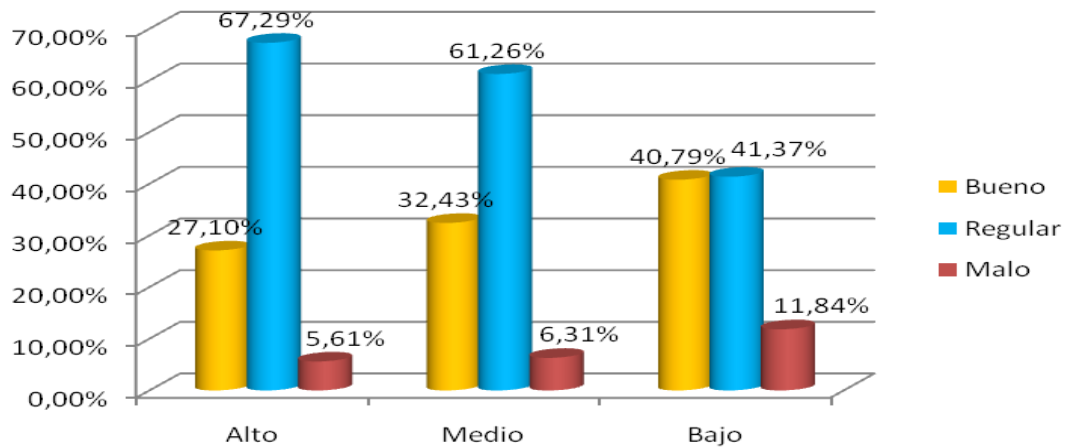


Figura 12. Conocimiento de los adolescentes sobre la infección del VIH SIDA según el nivel socioeconómico en la ciudad de Oruro 2009 – 2010.

Se ha observado que existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre la infección del VIH SIDA. Se observa que en la mayoría de los estratos socioeconómicos existe un nivel de conocimiento sobre la infección del VIH SIDA bueno y regular. A pesar de lo anteriormente encontrado observamos que hay una relación estadísticamente significativa de tener malos conocimientos en los adolescentes pertenecientes al nivel socioeconómico bajo, obteniendo un estadístico de contrastes χ^2 de 12.1026 y un p valor de 0.0166

En el nivel socioeconómico alto el nivel de conocimientos sobre la infección del VIH SIDA en un 67.29% es bueno, en un 27,10% es regular y en un 5,61% es malo. En el nivel socioeconómico medio encontramos, bueno con un 61,26%, regular en un 32,43% y malo en un 6,31%. En el nivel socioeconómico bajo presenta un nivel de conocimiento en un 41,37% regular, en un 40,79 bueno % y malo con un 11,48%.

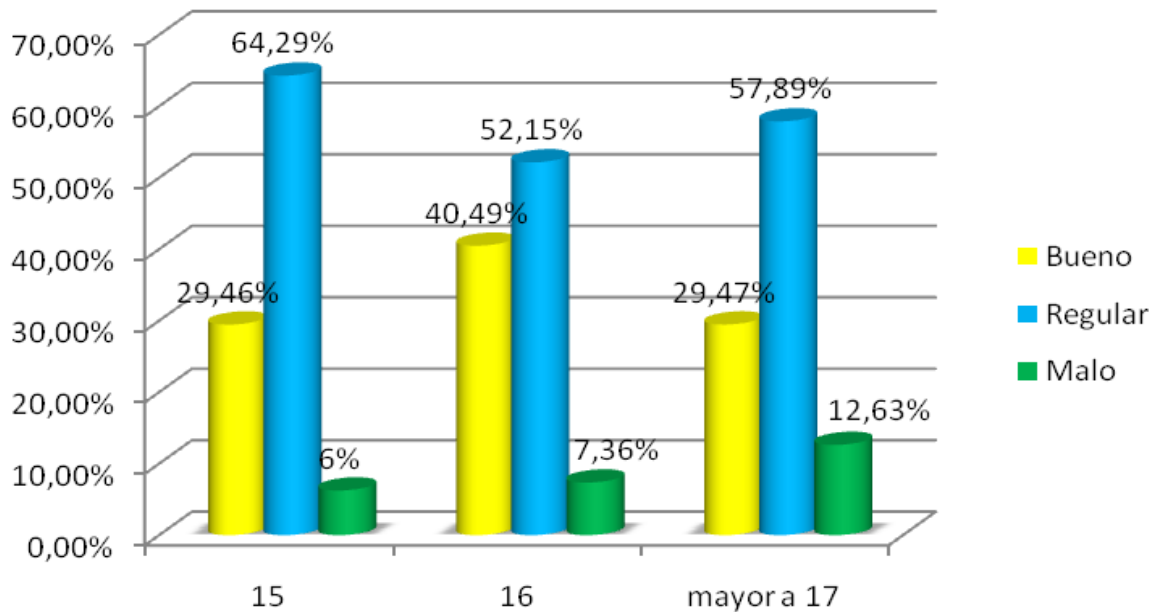


Figura 13. Conocimiento de los adolescentes sobre la infección del VIH SIDA según el grupo etareo en la ciudad de Oruro 2009 – 2010.

No existe diferencia estadística entre la edad y conocimientos de los adolescentes sobre la infección del VIH SIDA, obteniéndose un χ^2 de 7.8005 y un p valor de 0.0992. Los adolescentes en la mayoría de los grupos etáreos tuvieron un regular nivel de conocimientos sobre la infección del VIH SIDA.

Los adolescentes de 15 años de edad presentan un nivel conocimiento regular en un 64.29%, bueno en un 29.46% y malo en un 6.25%. Los adolescentes de 16 años de edad presentan un nivel de conocimiento regular en un 52.15%, bueno en un 40.49%, y malo en un 7.36%. Los adolescentes de mayores de 17 años con un nivel de conocimiento regular en un 57,89%, bueno en un 29,47%, % y malo en un 12,63%.

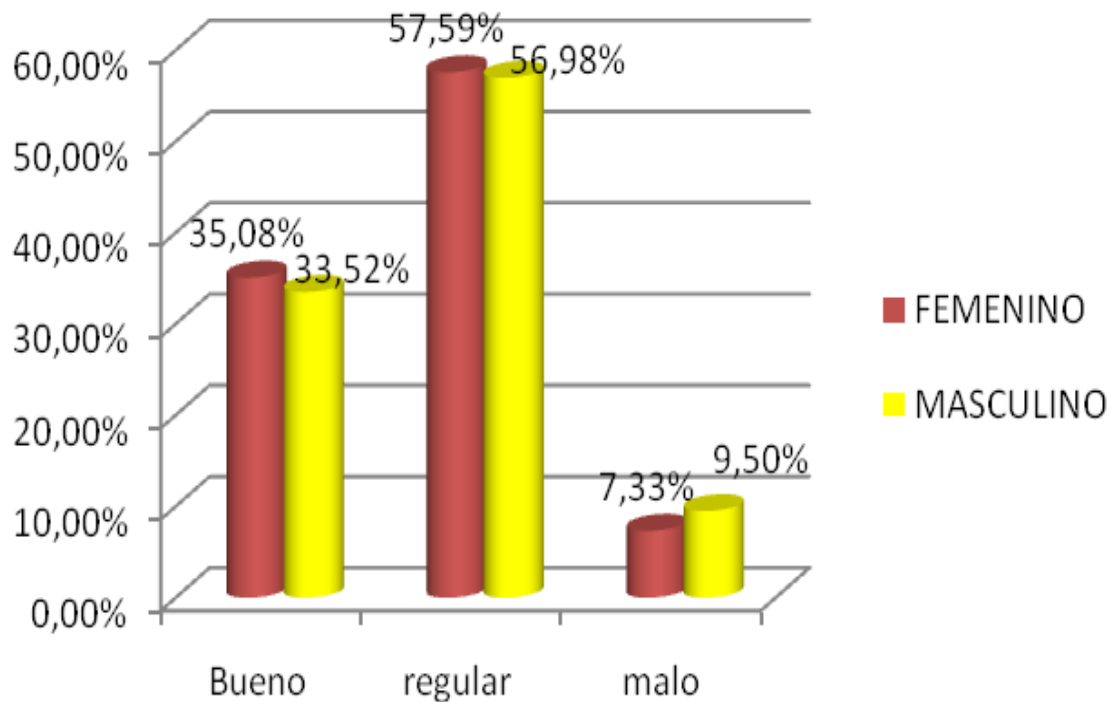


Figura 14. Conocimiento de los adolescentes sobre la infección del VIH SIDA en relación al género en la ciudad de Oruro 2009 – 2010.

No existe relación entre el género y el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre la infección del VIH SIDA. Obteniéndose un χ^2 de 0.5895 y un p valor de 0.7447 estadísticamente no significativo.¹ Los adolescentes en su mayoría tuvieron un nivel de conocimiento regular en relación a la infección del VIH SIDA según género.

En el sexo femenino se observa que existe un nivel de conocimiento regular con un 57,59%, bueno en un 35,08% y malo en un 7,33%. En el sexo masculino se observa un nivel de conocimiento sobre la infección del VIH SIDA en un 56,98% regular, en un 33,52% bueno y con un 9,50% malo.

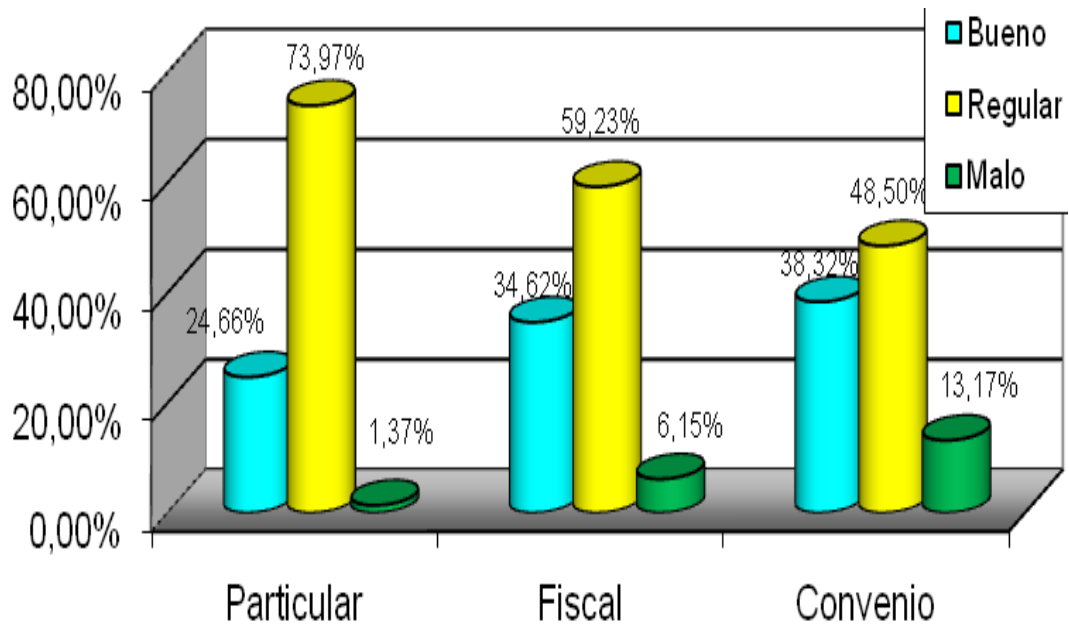


Figura 15. Conocimiento de los adolescentes sobre la infección del VIH SIDA en relación al tipo de colegio ciudad de Oruro 2009 – 2010.

Se ha observado que existe relación entre el tipo de colegio y el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre la infección del VIH SIDA. Se observa que en la mayoría de los colegios existe un nivel regular de conocimiento sobre la infección del VIH SIDA. A pesar de lo anteriormente encontrado observamos que hay una relación estadísticamente significativa de que los adolescentes que asisten a colegios de convenio católico presenten un nivel de conocimiento malo mayor que los que asisten a los otros tipos de colegios, obteniendo un estadístico de contrastes χ^2 de 18.2813 y un p valor de 0.0011.

Los adolescentes de los colegios particulares tuvieron un nivel de conocimiento sobre el VIH SIDA regular con un 73,97%, bueno con un 24,66% y malo con un 1,37%. Los adolescentes de los colegios de convenio católico tuvieron un nivel de conocimiento sobre el VIH SIDA regular con un 48.50%, bueno con un 38.32% y malo con un 13.177%. Los adolescentes que asisten a colegios fiscales tienen un nivel de conocimiento regular con un 59,23%, bueno con un 34,62% y malo con un 6,15%.

c) Conocimientos sobre la prevención del VIH SIDA por parte de los adolescentes, según nivel socioeconómico, edad, sexo y tipo de colegio.

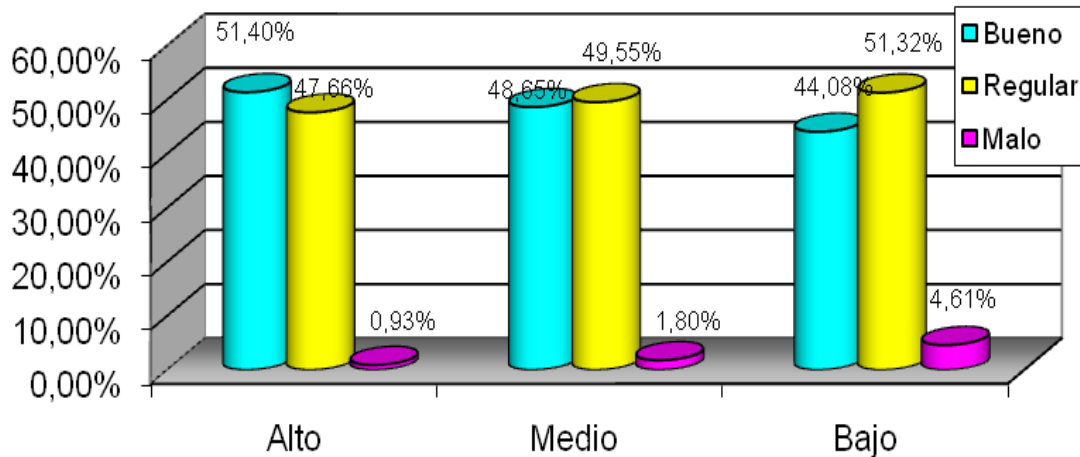


Figura 16. Conocimiento de los adolescentes sobre la prevención frente al VIH SIDA según el nivel socioeconómico en la ciudad de Oruro 2009 – 2010.

No existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre la prevención frente al VIH SIDA. Se observa que en la mayoría de los estratos socioeconómicos existe un nivel de conocimiento sobre prevención frente al VIH SIDA bueno y regular. Obteniendo un estadístico de contraste χ^2 de 4.5231 y un p valor de 0.3398 no existiendo significancia estadística.

En el nivel socioeconómico alto un nivel de conocimientos sobre la infección del VIH SIDA en un 51.40% bueno, en un 47.66% regular y malo con un 0.93%. En el nivel socioeconómico medio se presenta un nivel de conocimiento sobre la prevención frente al VIH SIDA regular con un 49.55%, bueno con un 48.65% y malo con un 1.80%. En el nivel socioeconómico bajo presenta un nivel de conocimiento regular en un 51.32%, en un 44.08 % bueno y malo con un 4.61%.

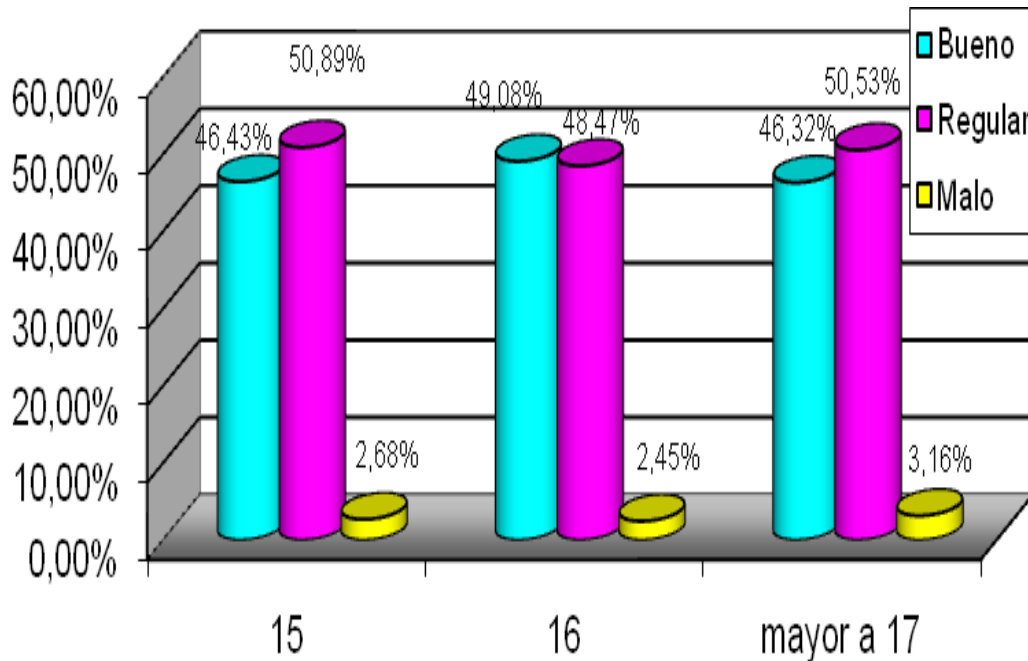


Figura 17. Conocimiento de los adolescentes sobre la prevención frente al VIH SIDA según el grupo etareo en la ciudad de Oruro 2009 – 2010.

No existe diferencia estadística en relación a la edad y conocimientos de los adolescentes sobre la prevención del VIH SIDA obteniéndose un χ^2 de 0.3455 y un p valor de 0.9867. Los adolescentes en la mayoría de los grupos etarios tuvieron un regular y buen nivel de conocimientos sobre la infección del VIH SIDA.

Los adolescentes de 15 años de edad presentaron un nivel regular de conocimientos con 50.89%, bueno de 46.43% y malo con un 2.68%. Los adolescentes de 16 años presentan un nivel de conocimientos bueno con 49.08%, regular con 48.47% y malo con 2.45%. Los adolescentes de más 17 años presentan un nivel de conocimientos regular en un 50,53%, bueno con 46.32% y malo con un 3.16%.

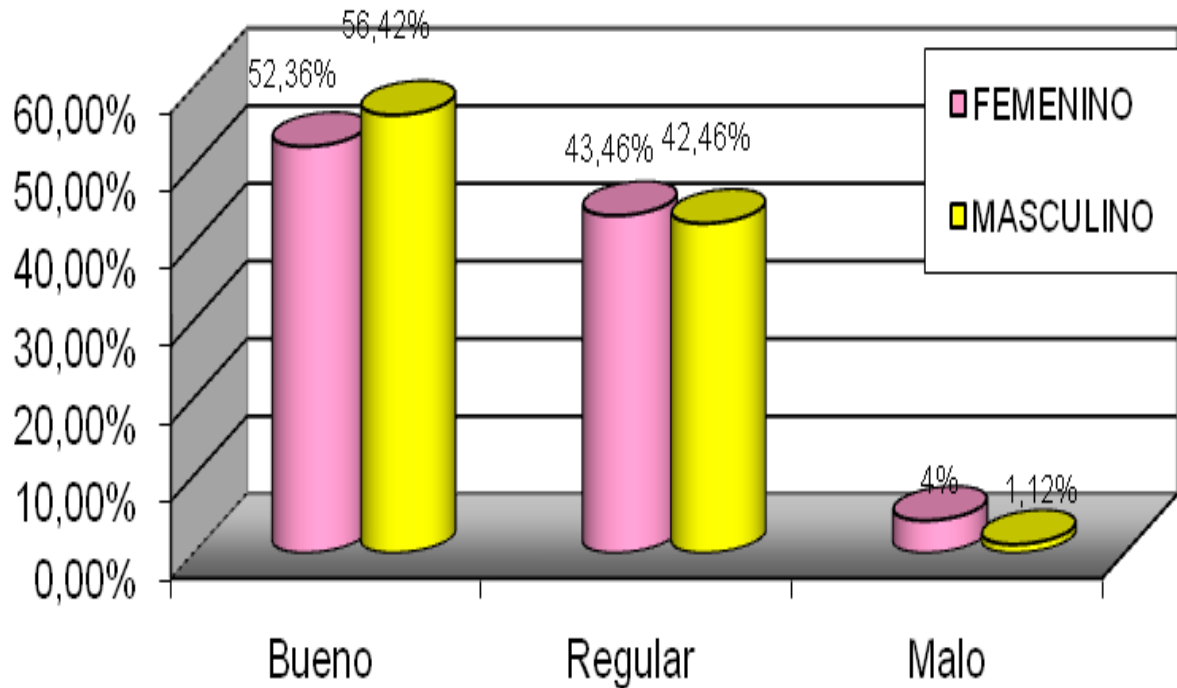


Figura 18. Conocimiento de los adolescentes sobre la prevención frente al VIH SIDA según género en la ciudad de Oruro 2009 – 2010.

Se ha observado que existe relación entre el género y el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre la prevención del VIH SIDA. Se observa que en ambos géneros existe un nivel bueno y regular de conocimiento sobre la prevención frente al VIH SIDA. A pesar de lo anteriormente encontrado observamos que hay una relación estadísticamente significativa por lo que las mujeres presenten un nivel de conocimiento deficiente mayor a los hombres, obteniendo un estadístico de contrastes χ^2 de 8.2531 y un p valor de 0.0161.

Los conocimientos sobre prevención de VIH SIDA en relación en el sexo femenino en un 52,36% bueno, en un 43,46% regular y con un 4% malo. En relación al sexo masculino en un 56.42% bueno, en un 42.46% regular y con un 1.12% malo.

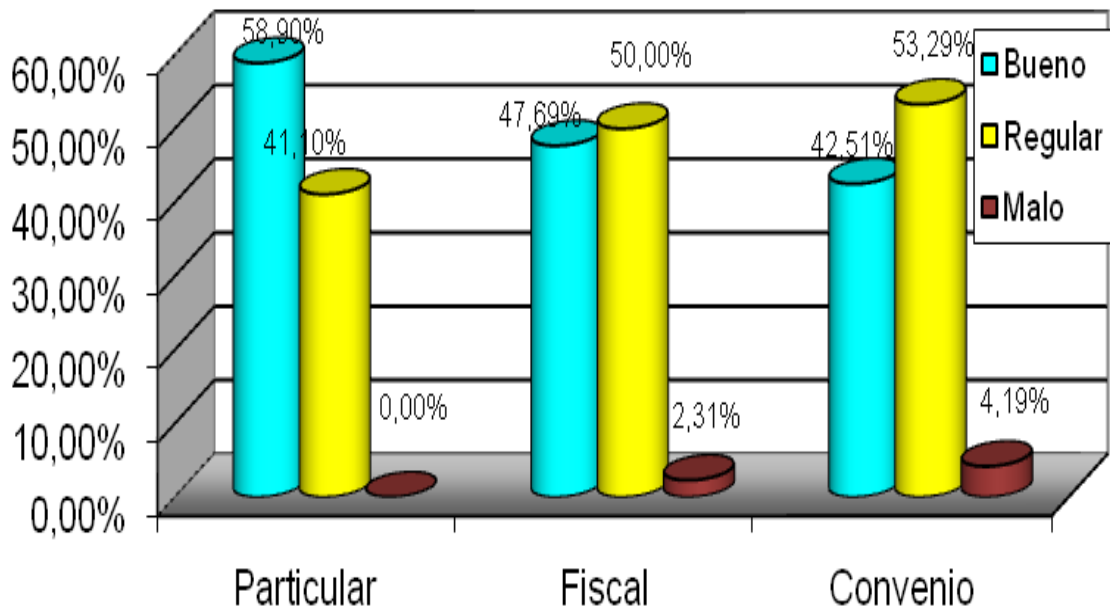


Figura 19. Conocimiento de los adolescentes sobre la prevención frente al VIH SIDA en relación al tipo de colegio en la ciudad de Oruro 2009 – 2010.

No existe relación entre el tipo de colegio y el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre la prevención frente al VIH SIDA. Se observa que en la mayoría de los colegios existe un nivel de conocimiento sobre prevención frente al VIH SIDA bueno y regular. Encontrándose un estadístico de contraste χ^2 de 7.8094 y un p valor de 0.0988 no existiendo significancia estadística.

Los adolescentes de los colegios particulares tuvieron un nivel de conocimiento sobre el VIH SIDA bueno con un 58.90% y regular con un 41.10%. Los adolescentes de los colegios de convenio católico tuvieron un nivel de conocimiento sobre el VIH SIDA regular con un 53.29%, bueno con un 42.51% y malo con un 4.19%. Los adolescentes que asisten a colegios fiscales tienen un nivel de conocimiento regular con un 50%, bueno con un 47.69% y malo con un 2.31%.

d) Comportamiento de los adolescentes frente al VIH SIDA en relación a su nivel socioeconómico, edad, sexo y tipo de colegio.

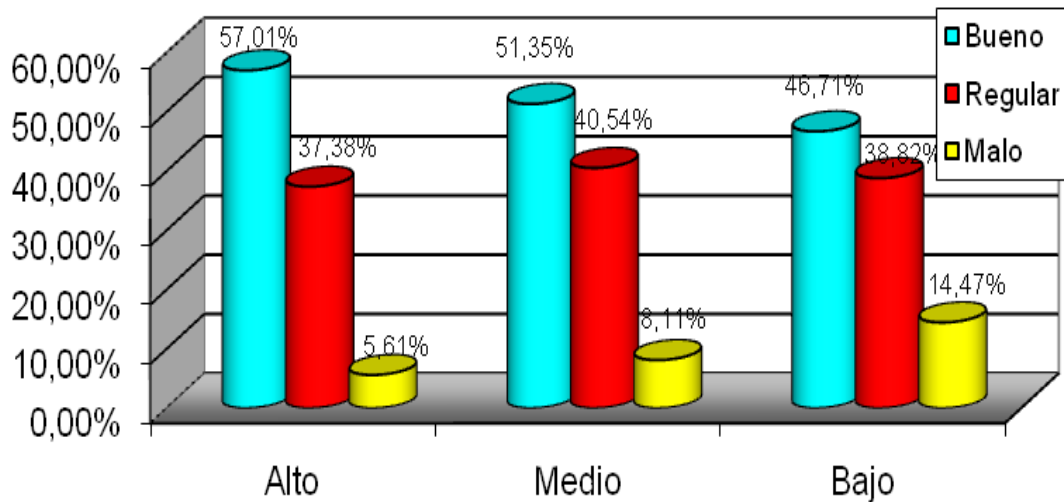


Figura 20. Comportamiento de los adolescentes frente al VIH SIDA según su nivel socioeconómico en la ciudad de Oruro 2009 – 2010.

No existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de comportamiento frente al VIH SIDA de los adolescentes. En la mayoría de los niveles socioeconómicos existe un buen nivel de comportamiento frente al VIH SIDA. Encontrándose un estadístico de contraste χ^2 de 6.9503 y un p valor de 0.1385.

En el nivel socioeconómico alto existe un nivel de comportamientos de los adolescentes frente al VIH SIDA en un 57.01% bueno, en un 37.38% regular y malo con un 5,61%. En el nivel socioeconómico medio existe un nivel de comportamiento de los adolescentes frente al VIH SIDA en un 51.35% bueno, en un 40.54 % regular y malo con un 8.11%. En el nivel socioeconómico bajo se presenta un nivel de comportamiento de los adolescentes frente al VIH SIDA en un 46.71% bueno, en un 38.82% regular y malo con un 14.47%.

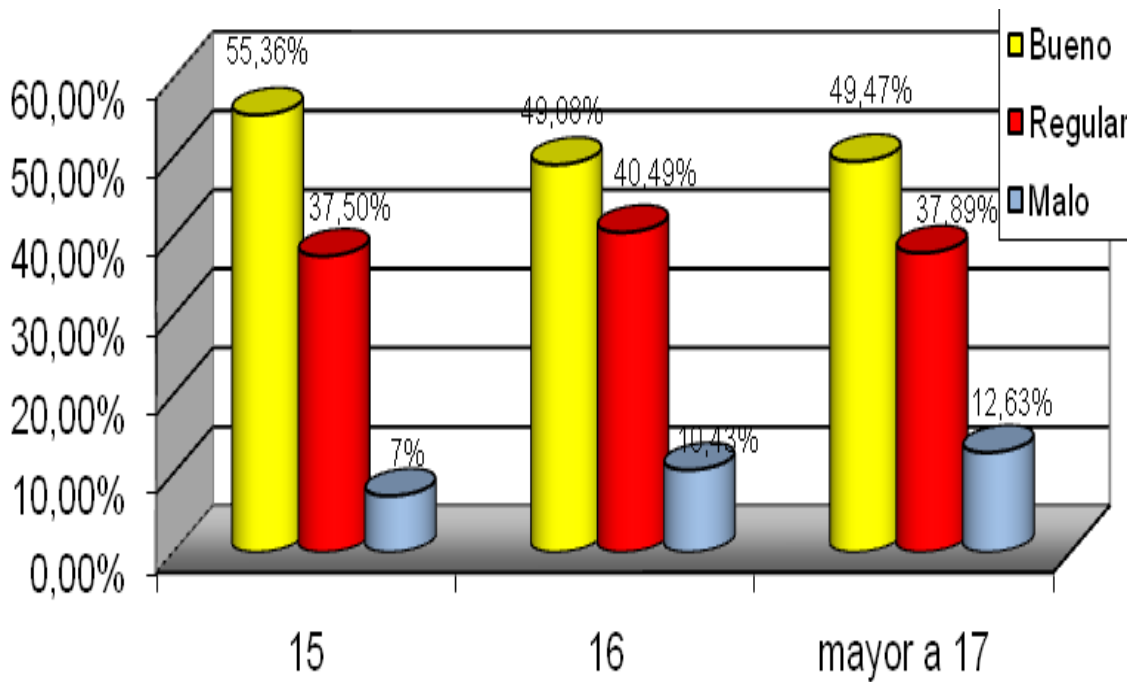


Figura 21. Comportamiento de los adolescentes frente al VIH SIDA según el grupo etario en la ciudad de Oruro 2009 – 2010.

No existe diferencia estadística en relación a la edad y el comportamiento frente al VIH SIDA de los adolescentes obteniéndose un chi 2.3660 y un p valor de 0.6688. Los adolescentes en la mayoría de los grupos etareos tuvieron un buen nivel de comportamiento frente al VIH SIDA.

Los adolescentes de 15 años de edad presentaron un nivel de comportamiento frente al VIH SIDA bueno con un 55.36%, regular con 37.50%, y malo con un 7.14%. Los adolescentes de 16 años presentan un nivel de comportamiento frente al VIH SIDA bueno con 49.08%, regular con 40.49% y malo con 10.43%. Los adolescentes mayores de 17 años presentan un nivel de comportamiento frente al VIH SIDA bueno con 49,47%, regular en un 37,89%, y malo con un 12.63%.

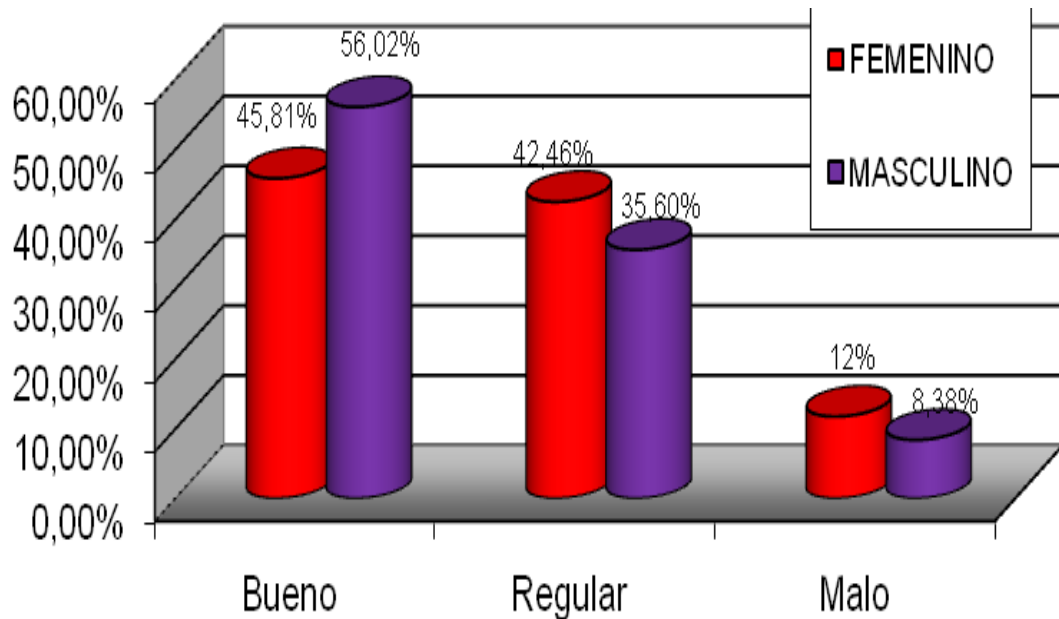


Figura 22. Comportamiento de los adolescentes frente al VIH SIDA según su género en la ciudad de Oruro 2009 – 2010.

No existe relación entre el género y el nivel de comportamiento frente al VIH SIDA de los adolescentes. Obteniéndose un χ^2 de 4.0421 y un p valor de 0.1325 estadísticamente no significativo. Los adolescentes en su mayoría tuvieron un nivel bueno a regular de comportamiento frente al VIH SIDA según género.

Los adolescentes pertenecientes al sexo masculino presentan un nivel de comportamiento en un 56,02% bueno, en un 35,60% regular y con un 8,38% malo. Los adolescentes pertenecientes al sexo femenino presentan un nivel de comportamiento en un 45,81% bueno, en un 42,46% regular y con un 12% malo.

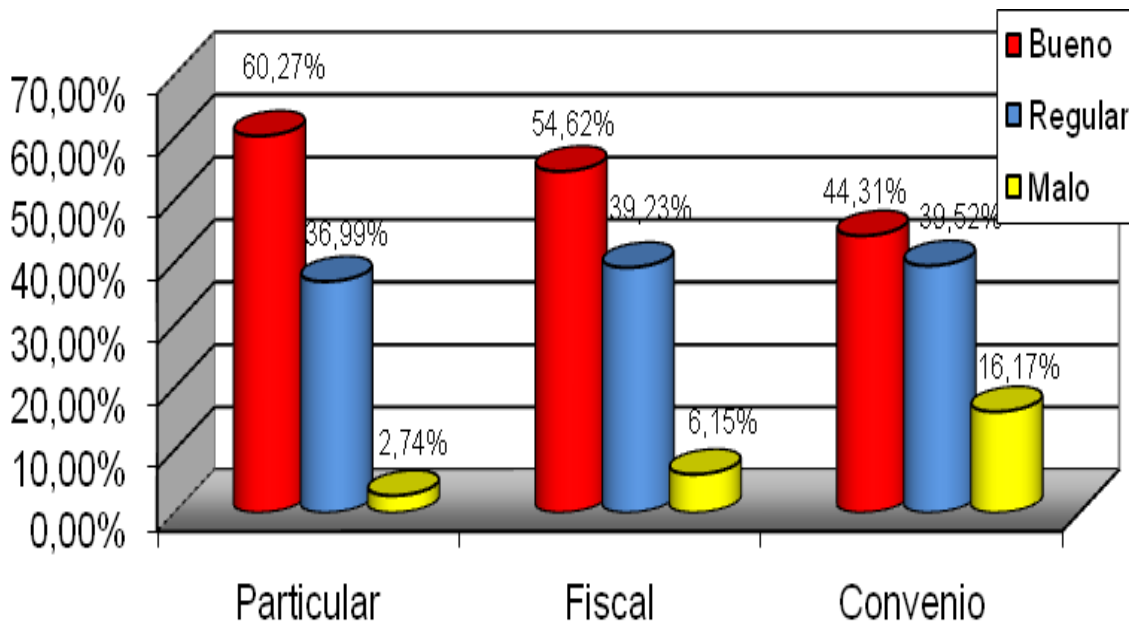


Figura 23. Comportamiento de los adolescentes frente al VIH SIDA según su tipo de colegio en la ciudad de Oruro 2009 – 2010.

Se ha observado que existe relación entre el tipo de colegio y el nivel de comportamiento de los adolescentes frente al VIH SIDA. Se observa que en la mayoría de los colegios existe un nivel bueno a regular de comportamiento frente al VIH SIDA. A pesar de lo anteriormente encontrado observamos que hay una relación estadísticamente significativa de que los adolescentes que asisten a colegios de convenio católico presenten un nivel de comportamiento malo mayor que los que asisten a los otros tipos de colegios, obteniendo un estadístico de contrastes χ^2 de 15.2365 y un p valor de 0.0042

Los adolescentes de los colegios particulares tuvieron un nivel de comportamiento frente al VIH SIDA bueno con un 60.27%, regular con un 36.99% y malo con un 2.74%. Los adolescentes de los colegios de convenio católico tuvieron un nivel de comportamientos frente al VIH SIDA bueno con un 44.31%, regular con un 39.52%, y malo con un 6.17%. Los adolescentes que asisten a colegios fiscales tienen un nivel de comportamiento bueno con un 54.62%, regular con un 39.23% y malo con un 6,15%.

7. DISCUSIÓN

En los resultados generales obtenidos en la participación a la encuesta se encontró una mayor participación del sexo femenino, la edad predominante fue la de 16 años, en su mayor parte perteneciente a colegios de convenio católico, según nivel socioeconómico los adolescentes provienen de un nivel socioeconómico bajo.

Se puede explicar estos resultados debido a que las mujeres se mostraron más colaboradoras durante el estudio; existe un mayor número de adolescentes de 16 años, debido al grado de escolarización ya que a los adolescentes de 16 años normalmente les corresponde el tercer año de secundaria, en relación a los adolescentes con edades mayores a 17 años, que se encuentran en tercer año de secundaria, por una escolarización tardía.

La clase baja es predominante en la ciudad de Oruro debido a las actividades de tipo minero correlacionando con los datos del INE donde las proyecciones indican que en el departamento 7 de cada 10 personas viven en condiciones de pobreza.

Los colegios de convenio católico acogen en su mayor parte a adolescentes pertenecientes a todos los niveles socioeconómicos a predominancia del nivel bajo a diferencia de los colegios particulares que solo acogen a adolescentes del nivel alto y medio. Esto se debe a que los colegios de convenio católico ofrecen buena infraestructura, un buen nivel educativo y solo se paga la matrícula, en cambio los colegios particulares cobran pensiones mensuales.

En el presente estudio el nivel de **conocimientos sobre infección** frente al VIH de los adolescentes de la ciudad de Oruro presentan una tendencia de un nivel bueno o regular en todos los estratos socioeconómicos. Sin embargo se encontró que en estratos socioeconómicos bajos hay menor homogeneidad de conocimientos.

Similares resultados observamos en el estudio de Caballero – Villaseñor; sobre los conocimientos del VIH SIDA en adolescentes urbanos consenso cultural e incertidumbres realizado en México en el año 2003, donde existió altos grados de

consenso en los conocimientos sobre el VIH SIDA , en todos los estratos socioeconómicos y en ambos géneros, pero el nivel de consenso fue mayor en los estratos superiores en los cuales se encontró una mayor homogeneidad de conocimientos basado en coeficientes de competencia cultural más altos⁽³⁴⁾.

También se observa en estudios como el de Valcárcel - Aragón en el estudio sobre conocimientos y comportamientos en adolescentes de enseñanza media superior en la Habana Cuba en el año 2005 donde se encontró un nivel bueno de conocimientos adecuados sobre el VIH SIDA⁽³⁵⁾.

También en el estudio de Blanco - Cedres sobre VIH SIDA: conocimientos y conducta sexual realizado en Venezuela donde se reporta un alto grado de conocimientos en estudiantes provenientes de estratos socioeconómicos altos en relación a otros estratos.⁽³⁶⁾

En el presente estudio se observó que el nivel de **conocimientos sobre la prevención** frente al VIH SIDA de los adolescentes de la ciudad de Oruro no está determinado por el nivel socioeconómico, los resultados mostraron que en todos los niveles socioeconómicos existe un buen o regular nivel de conocimientos sobre la prevención del VIH SIDA.

A diferencia de estudios como el realizado por Trotter y col realizado en Guatemala, México y dos ciudades de EEUU en los que determina el hecho de pertenecer a contextos de recursos socioeconómicos altos, existiendo niveles altos de consenso y homogeneidad de conocimientos preventivos sobre VIH SIDA en población latina de ciudades de Estados Unidos de América que en México y Guatemala.⁽³⁷⁾

Los resultados que se encontraron en el estudio realizado por Villaseñor – Caballero sobre los conocimientos objetivo y subjetivo sobre el VIH SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes en México en el año 2003, donde el conocimiento objetivo en los adolescentes fue regular pero diferencial por estrato socioeconómico y género.⁽³⁸⁾

A diferencia del estudio realizado por Valdez-Flores en la ciudad de Cochabamba en el año 2001 en el trabajo sobre la sexualidad frente al VIH SIDA: conocimientos actitudes, creencia y prácticas, donde sólo cerca del 10% de la población toman medidas de prevención en sus relaciones sexuales de manera sistemática, no discriminan a las personas con VIH y practican su sexualidad de acuerdo a sus principios éticos, morales y religiosos. ⁽³⁹⁾

Similares resultados encontramos en el estudio realizado por Magne – Baieli en la ciudad de Sucre en el año 2006 – 2007 en el estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes y jóvenes respecto al VIH SIDA. Si bien los jóvenes tienen algunos conocimientos básicos sobre el VIH, lamentablemente esta información no es completa. ⁽⁴⁰⁾

Por lo que deducimos que el fundamento de la prevención se debe basar en disminuir la brecha existente entre las prácticas sexuales de riesgo y las reflexiones teórico-prácticas de los abordajes preventivos y a la articulación entre prevención y asistencia en cualquier espacio que esas condiciones estén presentes. Se nota, entonces, que a pesar del esfuerzo del programa de VIH/SIDA en divulgar la prevención de la enfermedad, todavía, existen vacíos en el conocimiento las prácticas educativas y de prevención del VIH/SIDA.

En el presente estudio se observó que el nivel de **comportamientos** de los adolescentes frente al VIH SIDA presenta una tendencia en un nivel bueno o regular en todos los estratos socioeconómicos. Por lo que se determina que los comportamientos de los adolescentes no está determinado por el nivel socioeconómico porque no muestra una diferencia por estrato social específico. Los factores que pueden determinar este nivel de comportamiento bueno pueden ser culturales.

Con relación a los comportamientos frente al VIH SIDA de los adolescente encontramos el trabajo realizado por Portero – Cime sobre la intervención en adolescentes y jóvenes en la prevención y promoción de la salud, en el año 2002 donde se muestra que el cambio de comportamiento es la única arma de que

disponemos en la lucha contra el VIH/SIDA, y esto siempre resulta difícil, hasta en las mejores condiciones. ⁽⁴¹⁾

En relación a la **edad** la gran mayoría de los adolescentes el nivel conocimiento sobre la infección – prevención y comportamiento frente al VIH SIDA fue bueno o regular por parte de los adolescentes de la ciudad de Oruro.

Similares resultados se asemejan a los encontrados en el estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados realizado por Navarro en Colombia en el año 2004, donde el grado de escolarización y edad no determinaba el nivel de conocimientos. ⁽⁴²⁾

También se observa en el trabajo de Blanco - Cedres de conocimientos sobre VIH/SIDA y conductas sexuales en adolescentes universitarios de distintos estratos socioeconómicos en la Gran Caracas en el año 2003, donde los estudiantes de mayor edad los provenientes de la UCV presentan un mayor conocimiento en lo relacionado con las formas de transmisión del VIH. Sin embargo, en estos predominan conductas sexuales de alto riesgo para la adquisición del VIH. ⁽³⁶⁾

También en el estudio realizado Dávila – Tagliaferro sobre el nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA tienen los adolescentes de dos comunidades Educativas del municipio Jiménez del Estado Lara en Venezuela en el 2008 en donde al comparar el nivel de conocimiento sobre el VIH SIDA con el grupo de edad no se observó diferencia estadísticamente significativa. ⁽⁶⁾

A diferencia de lo encontrado en el estudio de Vieira realizado en Brasil en el año 2003 donde el mayor conocimiento sobre SIDA está asociado a una tasa de escolaridad más elevada.

En relación al **género** en ambos sexos el nivel conocimiento sobre la infección – prevención y comportamiento frente al VIH SIDA fue bueno o regular por parte de los adolescentes de la ciudad de Oruro. A pesar de lo anteriormente mencionado encontramos que el sexo femenino presenta un nivel de conocimiento

sobre la prevención del VIH SIDA deficiente en relación a los adolescentes del sexo masculino.

A diferencia del estudio realizado Dávila – Tagliaferro sobre el nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA tienen los adolescentes de dos comunidades Educativas del municipio Jiménez del Estado Lara en Venezuela en el 2008 en donde se evidenció diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos sobre el VIH SIDA y el genero, corroborando que la variable género juega un rol importante sobre el nivel de conocimiento, observándose que en los varones la tendencia es hacia un nivel de conocimiento “deficiente” a diferencia de las mujeres quienes reportan los niveles “bueno” y “regular”.⁽⁶⁾

Corroboran nuestros resultados estudios como el realizado por Valenti – Caprara en Abidjan sobre los aspectos socioculturales del SIDA en un area periurbana donde reportan también un mayor grado de conocimientos en adolescentes varones y de un estrato socioeconómico alto.⁽⁴³⁾

A diferencia de lo encontrado en el estudio, en el trabajo de Tomas C. Quinn y Overbaugh en el tema de VIH SIDA en mujeres: una epidemia que se expande realizado en el año 2005. muestra que hombres y mujeres presentan deficiencias en cuanto al conocimiento de la infección VIH y SIDA, relacionadas con vulnerabilidades socialmente construidas.⁽⁴⁾

En relación el **tipo de colegio** en la gran mayoría de los adolescentes el nivel conocimiento sobre la infección – prevención y comportamiento frente al VIH SIDA fue bueno o regular. A pesar de lo anteriormente mencionado encontramos que los adolescentes que asisten a colegios de convenio católico presentan un nivel de conocimiento sobre la infección del VIH SIDA y comportamientos frente al VIH SIDA malo en relación a los adolescentes que asisten a los otros tipos de colegios.

A diferencia del estudio realizado por Teva- Bermudez en el estudio sobre variables socio demográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las Enfermedades de transmisión sexual en adolescentes realizado en España en el

año 2007 donde a los adolescentes de centros privados se los implican a conductas de riesgo en mayor porcentaje que los adolescentes de centros públicos. ⁽⁴⁴⁾

8. CONCLUSIONES

Mediante el estudio se ha llegado a las siguientes conclusiones:

La mayor parte de los adolescentes que participaron en el presente estudio pertenecen a un nivel socioeconómico bajo y provienen de colegios de Convenio Católico. Entendiéndose que la mayoría de la población en la ciudad de Oruro pertenece a la clase baja.

El nivel de conocimientos sobre la **infección** del VIH SIDA está determinado por el nivel socioeconómico en los adolescentes de la ciudad de Oruro. Encontrándose relación entre el nivel socioeconómico bajo y el nivel de conocimientos sobre la infección del VIH SIDA, como en otros estudios realizados en otros países.

No hemos encontrado relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimientos sobre la **prevención** y los **comportamientos** frente al VIH SIDA de los adolescentes de la ciudad de Oruro, a diferencia de otros estudios realizados en otros países.

Si bien en la mayoría de los adolescentes el nivel de conocimientos sobre infección, conocimientos sobre la prevención y comportamientos de los adolescentes frente al VIH SIDA es de un nivel bueno a regular.

En los adolescentes de todos los **grupos étnicos**, no se ha encontrado relación entre la edad y el nivel de conocimientos sobre infección, conocimientos sobre la prevención y comportamientos frente al VIH SIDA es de un nivel bueno a regular.

En ambos grupos **hombres y mujeres** tienen un nivel bueno o regular en relación a los conocimientos sobre la infección - prevención y comportamientos frente al VIH SIDA. No obstante se encontró relación por lo que las mujeres

presentan un nivel deficiente de conocimientos frente a la prevención en relación a los hombres.

En relación al ***tipo de colegio*** a los que pertenecen los adolescentes se encontró un nivel bueno o regular de conocimientos sobre la infección – prevención y comportamientos frente al VIH SIDA. Sin embargo se encontró relación de los adolescentes que asisten a colegios de convenio católico tienen un nivel malo en relación a los conocimientos sobre la infección del VIH SIDA y los comportamientos frente al VIH SIDA mayor que los que asisten a los otros tipos de colegios.

9. RECOMENDACIONES

a) A las autoridades:

Es importante estar conciente de las limitaciones de esta investigación, descriptiva. Tratándose de un tema tan importante como es el VIH SIDA, se sugiere que las autoridades promuevan investigaciones con un enfoque social de tipo cualitativo donde se aborden temas en profundidad sobre las percepciones de los adolescentes frente al VIH SIDA. Los resultados obtenidos pueden servir para mejorar las políticas de salud actualmente implementadas por el Ministerio de Salud en temas de salud sexual y reproductiva.

Mejorar las estrategias de prevención y promoción con relación al VIH SIDA, por parte de los Servicios de Salud, mediante capacitaciones dirigidas a los profesores, padres de familia, tutores, con el fin de buscar una sensibilización más efectiva.

El Programa de VIH SIDA, debería de tener un rol más activo dentro de la agenda de los Servicios de Salud, para mejorar la calidad de atención en salud hacia los adolescentes, proporcionando más información educativa y otras actividades preventivas.

La prueba de ELISA, de forma gratuita proporcionada por el Ministerio de salud, no este restringida únicamente a las mujeres embarazadas, si no más bien debería ser ofertado en forma gratuita a los adolescentes.

La donación de preservativos no necesariamente debería ser registrado, para que los adolescentes puedan recurrir sin miedo a los centros de salud y obtener un preservativo que pueda evitar luego un contagio por VIH SIDA. El costo de los preservativos en las farmacias tienen un costo alto para el bolsillo de un adolescente, por lo que las autoridades deberían analizar este problema para mejorar el acceso al uso de preservativos especialmente de los adolescentes.

b) A los profesores

Los profesores deberían ser conscientes de que tienen un rol muy importante en la educación de los jóvenes y por lo tanto deberían de abordar temas relacionados a la prevención de VIH SIDA, buscando métodos que se adapten al contexto sociocultural.

10. SUGERENCIAS

- Realizar próximos estudios sobre conocimientos y comportamientos en grupos de menor edad entre los 11 a 15 años.

- Realizar próximos estudios en colegios de convenio católico.

- Realizar campañas informativas sobre infección y posteriormente de prevención.

ANEXOS**ANEXO I****CUESTIONARIO 1.**

DATOS GENERALES:

Edad:..... Sexo: F M

Colegio de procedencia:.....

Curso:.....

Estado civil:.....

Marque el inciso que usted considera el correcto

ITEM 1

1. El SIDA es cosa de drogadictos y homosexuales.

Verdadero Falso No lo se

2. A la persona portadora del virus del SIDA se le nota enseguida.

Verdadero Falso No lo se

3. Te molestaría estar en clases con un compañero/a con SIDA.

Verdadero Falso No lo se

4. Tendrías miedo de contagiarte si vivieras con un familiar o persona enferma de SIDA.

Verdadero Falso No lo se

5. Si entre tu grupo de amigos uno de ellos tuviera SIDA cambiaría tu relación por este motivo.

Verdadero Falso No lo se

ITEM 2

6. Una persona portadora del virus del SIDA puede tener un aspecto totalmente sano.

Verdadero Falso No lo se

7. El virus del SIDA se puede transmitir mediante el aire.

Verdadero Falso No lo se

8. Desde hace un año hay una medicina que cura el SIDA.

Verdadero Falso No lo se

9. Existe alguna forma de saber si una persona tiene SIDA.

SI NO

10. Por las relaciones sexuales se puede transmitir el virus del SIDA.

Verdadero Falso No lo se

11. Haciendo deporte con personas portadoras del virus del SIDA o usando su ropa o toalla hay riesgo de tener la enfermedad.

Verdadero Falso No lo se

12. Si a una persona se le dona sangre para transfusión, hay riesgo de tener la enfermedad.

Verdadero Falso No lo se

ITEM 3

13. Es útil para evitar contagios utilizar preservativo (condón) cuando sea necesario.

Verdadero Falso No lo se

14. Es útil para evitar contagios no dar sangre.

Verdadero Falso No lo se

15. Es útil para evitar contagios bañarse con agua muy caliente.

Verdadero Falso No lo se

16. Es útil para evitar contagio evitar la droga y compartir agujas o jeringas.

Verdadero Falso No lo se

17. Es útil para evitar contagio no tener relaciones sexuales.

Verdadero Falso No lo se

ANEXO 2

CUESTIONARIO 2

1. ¿Cuál es la ocupación del jefe de familia?

1. Profesional Universitario.
2. Técnico Superior.
3. Técnico Medio
4. Obrero Especializado.
5. Obrero No Especializado

2. ¿Cuál es el nivel educativo del jefe de familia?

1. Universitario.
2. Educación secundaria completa
3. Educación secundaria incompleta
4. Primaria
5. Analfabeta

3. ¿Cuál es el ingreso familiar?

1. Fortuna heredada
2. Honorarios
3. Sueldo mensual
4. Salario semanal
5. Donaciones Públicas

4. ¿Cuál es la condición de alojamiento del grupo familiar?

1. Vivienda con óptimas condiciones sanitaria, ambientes de Lujo
2. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias, sin lujo pero espaciosa.
3. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias espacios reducidos
4. Vivienda con deficiente condiciones sanitarias, espacios reducidos
5. Inadecuadas condiciones sanitarias, una habitación.

ANEXO 3.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD DE BARCELONA ESPAÑA - UMSA

Usted ha sido elegido(a) para participar en un estudio de investigación con el propósito de investigar los conocimientos y comportamientos sobre el VIH SIDA con el nivel socioeconómico en adolescentes. Esta forma provee información sobre el estudio. El investigador principal o su representante le describirán este estudio y le contestaran todas sus preguntas. Por favor lea la siguiente información y pregunte cualquier cosa que no entienda o no este clara antes de decidir si quiere o no tomar parte en la investigación. Su participación es completamente voluntaria y puede rechazar la oportunidad de participar sin castigo alguno o pérdida de beneficios que usted merezca.

Titulo de Investigación

CORRELACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS Y COMPORTAMIENTOS
SOBRE EL VIH SIDA CON EL NIVEL SOCIOECONOMICO EN
ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS DEL DEPARTAMENTO DE ORURO
2009

Investigador Principal:

Dra. Jessica Katherin Almendras Busch

Médico Cirujano

Maestría de Medicina Tropical y Salud Internacional.

Universidad de Barcelona España - UMSA

¿Cuál es el propósito de esta investigación?

El propósito de este estudio es investigar los conocimientos y comportamientos sobre el VIH SIDA con el nivel socioeconómico en adolescentes.

¿Qué pasará si usted participa en esta investigación?

Si usted accede a participar, uno de los investigadores aplicará dos cuestionarios para saber más acerca de sus conocimientos sobre el VIH SIDA la cual tardará alrededor de 15 minutos y será administrada por los encuestadores.

En caso de no participar en esta investigación, ¿qué otras opciones están disponibles para usted?

La participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted es libre a oponerse a participar en esta investigación, y su oposición no influenciara la relación presente o futura.

¿Cómo serán protegidas su privacidad y su confidencialidad en los registros de la investigación?

Solo el personal autorizado de la investigación de la Universidad de Barcelona España tienen el derecho legal de revisar sus registros, pero siempre protegiendo la confidencialidad de éstos. De otra manera, sus registros de investigación no estarán disponibles sin su consentimiento.

Firmas:

Como representante de esta investigación, he explicado el propósito, el procedimiento, los beneficios, y los riesgos de estar involucrado(a) en este estudio.

Firma y nombre en letra molde de la persona obteniendo el consentimiento

Cédula de Identidad

Fecha

Usted ha sido informado del propósito de éste estudio, el procedimiento, los beneficios posibles y los riesgos, y usted ha recibido una copia de ésta forma. Se le ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar, y ha sido informado que usted puede hacer cualquier otra pregunta en cualquier momento. Su firma indicará que usted ha leído el material presentado en las hojas previas y que ha aceptado participar en esta investigación. Usted puede renunciar al estudio en cualquier momento. Firmando ésta forma, no esta renunciando a ninguno de sus derechos legales.

ANEXO 4
CRONOGRAMA ACTIVIDADES

Ítem	ACTIVIDADES	MESES - AÑO											
		ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	diz
01	Cumplimiento créditos maestría.							X 08	X 08	X 08	X 08	X 08	X 08
02	Presentación de protocolo de tesis.												X 08
03	Cumplimiento créditos maestría.	X 09	X 09	X 09	X 09	X 09	X 09	X 09	X 09				
04	Recolección de información VIH/SIDA					X 09	X 09	X 09	X 09				
05	Cumplimiento créditos maestría.									X 09	X 09	X 09	X 09
06	Presentación primer borrador Introducción, Justificación, Objetivos, Hipótesis									X 09	X 09		
07	Presentación segundo borrador Metodología y encuestas											X 09	X 09
08	Cumplimiento créditos maestría.	X 10	X 10	X 10	X 10	X 10	X 10	X 10					
09	Recolección de datos.	X 10	X 10										
10	Análisis de los datos			X 10	X 10								
11	Presentación de tercer borrador Resultados						X 10						
12	Presentación final de tesis y Defensa							X 10					

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Streicher HZ, Reitz MS Jr, Gallo RC. Human Immunodeficiency viruses. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Diseases. New York: Churchill Livingstone; 2000. P. 1874-87. (*)Sax PE, Walker BD. Immunopathogenesis of human immunodeficiency infection. In: Goldman L, Ausiello D, eds. *Cecil Medicine*. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007:chap 408. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000682.htm>
2. Coffin JM, Haase A, Levy S. Human immunodeficiency viruses. *Nature*. 1986; 120(4):232:9. K, ABBAS, A.; ANDREW H.L.2004. [Inmunología Celular y Molecular](#). Elsevier. [Madrid, España](#)
3. OPS- OMS Análisis preliminar de la situación de salud en Venezuela 2009. www.ops.org.ve/site/venezuela/ven-sit-salud-nuevo.html
www.undp.org/spanish
4. Quinn, T.C. & Overbaugh, J. (2005). HIV/AIDS in Women: An Expanding Epidemic. *Science* 308, (5728/cgi/content/abstract/308/5728/1582).
5. Castillo MD, Gil E, León M, Naranjo JA. Conocimiento de los escolares sobre el SIDA. *Revista de SEMG* 2003; 51:109-120. www.Samfyc.es/Revista/PDF/v2n3/original3.pdf.
6. Davila M, Tafliaferro A, Bullones X. Conocimiento de adolescentes sobre VIH SIDA . *Rev. Salud pública*. 10 (5):716-722, 2008 <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n5/v10n5a04.pdf>
7. Micher M, Silva S. Nivel de conocimientos y prácticas de riesgo para enfermedades de transmisión sexual. *Revista SIDA-ETS* 1997; 3: 68-73.
8. Guerrero C, Quiroz O, Sánchez D, Más I, Rodríguez D. Los adolescentes y su conocimiento sobre el SIDA. *Acta Pediatr Méx*. 2002;23(4):223-7.
9. Bolívar A, Gutiérrez C, Lovera D, Navarro A, Silva E. Nivel de información sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). <http://www.monografias.com/trabajos16/nivel-informacion-sida/nivel-informacion-sida.shtml>.
10. Villaseñor A, Caballero R, Hidalgo A, Santos JI. Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. *Salud Publica Mex* 2003;45 supl 1:S73-S80. [Http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45s1/15447.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45s1/15447.pdf)
11. Fernández C, Marrodán J, Ramírez C. Aula del Sida. Valoración de una experiencia. *Unitat d Educació per a la Salut. Direcció General de Salut Pública. Viure en Salut* 1997; 36:

12. Oliva A. Sexualidad y contracepción en jóvenes andaluces. Estudio cualitativo. Sevilla: Junta de Andalucía; 1993.
13. Avila C. Epidemiología del VIH y medidas de salud pública: En: Izazola JA, ed. SIDA. Estado actual del conocimiento. México, D.F.: Noriega Editores, 1996:97-116.
14. Cotterell J. Social networks and social influences in adolescence. Nueva York: Routledge, 1996.
15. Romer D, Black M, Ricardo I, Feigelman S, Kaljec L, Galbraith J *et al.* Social influences on the sexual behavior of youth at risk for HIV exposure. *Am J Public Health* 1994;84(6):977-985.
16. Walter H, Vaughan R, Alwayn C. Psychological influences on acquired immunodeficiency syndrome-risk behaviors among high school students. *Pediatrics* 1991;88,4:846-852.
17. Organización Mundial de Salud (2008) *Estadísticas de salud mundial 2008*. Ginebra, Organización Mundial de Salud.11 ONUSIDA (2008). *Informe sobre la epidemia mundial del sida*. Ginebra, ONUSIDA. Pag 7,8 www.data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1700_epi_update_2009_es.pdf
18. Alarcón Villaverde JO (2009). *Modos de transmisión del VIH en América Latina: resultados de la aplicación del modelo*. Washington, DC, Pan American Health Organization.
19. Bastos FI *et al.* (2008). AIDS in Latin America: assessing the current status of the epidemic and the ongoing response. *International Journal of Epidemiology*, 37(4):729–737.
20. Soto RJ *et al.* (2007). Sentinel surveillance of sexually transmitted infections/HIV and risk behaviors in vulnerable populations in 5 Central American countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 46(1):101–111
21. Peinado J *et al.* (2007). Role versatility among men who have sex with men in urban Peru. *Journal of sexresearch*, 44(3):233–239
22. Mathers BM *et al.* (2008). Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*, 372:1733–1745.
23. Bozon M, Gayet C, Barrientos J (2009). A life course approach to patterns and trends in modern latinamerican sexual behavior. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 51:S4–S12.
24. Bolivian Ministry of Health, Macro International, Measure DHS (2008). *Encuesta nacional de demografía y salud 2008*. La Paz, Bolivian Ministry of Health.
25. Ministerio de Salud (2009). *Base de datos y referencias para una estrategia basada en evidencia—respuesta estratégica actualizada al VIH y el sida de Argentina: hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo: periodo 2008–2011*. Buenos Aires, Ministerio de Salud.

26. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia Programa VIH SIDA. Bolivia: Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS (2008 – 2009) 29-42.

Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia Programa VIH SIDA

<http://www.udape.gov.bo/dossierweb2009/htms/Cap07/C070406.xls>

27. *Estadísticas del Departamento de Oruro – 2006*. El INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE), http://www.ine.gov.bo/pdf/Est_Dptales/Depto_2006_04.pdf
28. PROCOSI - PROCOSI - SITUACIÓN DE LA SALUD; ORURO www.procosi.org.bo/index.php?Mc=103&nc=&next_p=1&cod=12&cod_reg=11
29. Descriptores en ciencias de la salud <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
30. Organización Panamericana de la Salud .Salud del Adolescente .OPS/OMS Washington. 1995.P.
31. García C, Molina R. Cambios en las actitudes y conocimientos de los adolescentes sobre la infección por VIH tras la intervención escolar aulasa. 1996-1997 www.scielosp.org/pdf/resp/v74n2/deteccion.pdf
32. Rebull J, Reverté M. Evaluación “Pre-post de una actividad preventiva de la infección por VIH dirigida a los adolescentes de las Comarcas del Sur de Tarragona. Rev Esp Salud Pública 2003; 77: 373-382 N.º 3 - Mayo-Junio 2003.
33. Ruiz C, Educación construcción de cuestionarios cruizbol@intercable.net.ve http://es.wikipedia.org/wiki/Clasificaci%C3%b3n_de_Graffar.
34. Caballero R, Villaseñor A. Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. Salud Publica Mex 2003;45 supl 1:S108-S114. http://www.adolesc.org.mx/saludpublica/45s1_14.pdf
35. Valcárcel B; Núñez E; Conocimientos y comportamientos sobre el VIH/SIDA en adolescentes de enseñanza media superior Rev. cub. salud pública vol.34 no.2 La Habana 2008 http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0864662008000200006&script=sci_arttext
36. Blanco L, Rancel M. VIH/SIDA: conocimientos y conducta sexual. Gac Méd Caracas v.113 n.3 Caracas jul. 2005 http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0367-47622005000300007&script=sci_arttext.
37. Caballero R, Villaseñor A. Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. Salud Publica Mex 2003;45 supl 1:S108-S114. (aput)
38. Villaseñor A, Caballero R, Hidalgo A, Santos J. Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. Salud Publica Mex 2003;45 supl 1:S73-S80.
39. Valdez E, Flores M, "La sexualidad frente al Sida, conocimientos, actitudes, creencias y prácticas en la Ciudad de Cochabamba". Revista Médica, Órgano Oficial del Colegio Médico de Cochabamba, Vol II Número 14, agosto 2001, paginas 11 - 26.s
40. Magne P, Baieli E, “Conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes y jóvenes respecto al VIH SIDA” Sucre. 2006 – 2007. Pag. 25.

41. Villaseñor A, Caballero R, Hidalgo A, Santos J. Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. *Salud Publica Mex* 2003;45 supl 1:S73-S80. (aput)
42. Navarro E, Vargas R, “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el SIDA en adolescentes escolarizados”. *Revista Salud Uninore*, Vol 19 pp 14-24. Colombia 2004.
43. Teva I, Bermúdez M^a, Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. *España, 2007 rev esp salud pública* 2009; 83: 309-320