UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

"CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE VIH/SIDA EN ALUMNOS DEL PRIMER AÑO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI, AÑO 2020"

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR EL BACHILLER:

JOSEPH PAUL PONCE SALGADO

PUCALLPA – PERÚ

2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

En Pucallpa, a los ..12... días del mes de NOVIEMBRE.... del dos mil veintiuno, siendo las 13:30.. horas, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunieron en los ambientes de la Sala de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, los miembros del Jurado Calificador de Tesis, para proceder con la evaluación de la tesis denominada **"CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE VIH/SIDA EN ALUMNOS DEL PRIMER AÑO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI, AÑO 2020"**, elaborado por el Bachiller **JOSEPH PAUL PONCE SALGADO.**

El Jurado Calificador de Tesis está conformado por los siguientes docentes:

Dr. TOMAS NOEL SANTANA TELLEZ	(Presidente)
M.C. FAVIO ORLANDO SARMIENTO LOPEZ	(Miembro)
Dra. JOSEFA LOPEZ CARDENAS	(Miembro).

Finalizado el acto de sustentación, luego de deliberar el Jurado y verificar los calificativos, se obtuvo el siguiente resultado de ..APROBADO..... por .UNANIMIDAD... con el calificativo de .DIECISIETE (17).... Quedando el sustentante graduado como Médico Cirujano, para que se le expida el **TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**.

Pucallpa, .12..... de .NOVIEMBRE... del 2021.

.....
Dr. Tomás Noel Santana Téllez
Presidente del Jurado Evaluador

.....
M.C. Favio Orlando Sarmiento López
Miembro del Jurado Evaluador

.....
Dra. Josefa López Cárdenas
Miembro del Jurado Evaluador

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.

Dr. TOMAS NOEL SANTANA TELLEZ
Presidente del Jurado Evaluador

M.C. FAVIO ORLANDO SARMIENTO LOPEZ
Miembro del Jurado Evaluador

Dra. JOSEFA LOPEZ PAREDES
Miembro del Jurado Evaluador

Dr. ARTURO RAFAEL HEREDIA
ASESOR DE TESIS

BACH. JOSEPH PAUL PONCE SALGADO
TESISTA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
DIRECCION DE PRODUCCION INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION

SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

N° V/0472-2021

La **Dirección de Producción Intelectual**, hace constar por la presente, que el **Informe Final (Tesis), Titulado:**
"CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE VIH/SIDA EN ALUMNOS DEL PRIMER AÑO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI, AÑO 2020"

Autor (a)	:	**PONCE SALGADO, JOSEPH PAUL**
Facultad	:	MEDICINA HUMANA
Escuela Profesional	:	MEDICINA HUMANA
Asesor(a)	:	Dr. RAFAEL HEREDIA, ARTURO

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio URKUND, dicho documento presenta un **porcentaje de similitud de 6%.**

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND, el cual indica que no se debe superar el 10%. Se declara, que el trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de similitud, por lo que SI se aprueba su originalidad.
En señal de conformidad y verificación se entrega la presente constancia.

Fecha: 09/11/2021

Dr. ABRAHAM ERMITANIO HUAMAN ALMIRON
Dirección de Producción Intelectual

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

REPOSITORIO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

Yo, JOSEPH PAUL PONCE SALGADO

Autor de la TESIS titulada:

"CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE VIH/SIDA EN ALUMNOS DEL PRIMER AÑO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI, AÑO 2020"

Sustentada el año: 2021

Con la asesoría de: DR. ARTURO RAFAEL HEREDIA

En la Facultad de: MEDICINA HUMANA

Carrera Profesional de: MEDICINA HUMANA

Autorizo la publicación:

PARCIAL [ ] Significa que se publicará en el repositorio institucional solo La caratula, la dedicatoria y el resumen de la tesis. Esta opción solo es válida marcar **si su tesis o documento presenta material patentable**, para ello deberá presentar el trámite de CATI y/o INDECOPI cuando se lo solicite la DGPI UNU.

TOTAL [X] Significa que todo el contenido de la tesis y/o documento será publicada en el repositorio institucional.

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali **licencia no exclusiva** para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la **tesis es una creación de mi autoría** y exclusiva titularidad, por tanto, me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali y del Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 12 / 11 / 2021



Email: joss8996@gmail.com

Firma: _____

Teléfono: 947665131

DNI: 72320362

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada a mi Padre, quién siempre estuvo a disposición completa para apoyarme durante toda mi etapa de carrera universitaria. Aunque ahora no se encuentre en vida, mi corazón estará completamente agradecido con él, todo el tiempo durante mi corta carrera por esta tierra.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por la vida, las capacidades y las oportunidades que me concede. Además, por la grandiosa familia que me dio, de la cual disfruto en demasía en este peregrinaje por la tierra.

A mi madre, por su gran ejemplo de dedicación, esfuerzo y superación.

A mi hermana, por su compañía y amistad incondicional.

A cada docente de mi facultad que con sus enseñanzas y ejemplos han sido de gran aporte para mi formación como profesional.

PORTADA

1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

"CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE VIH/SIDA EN ALUMNOS DEL PRIMER AÑO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI, AÑO 2020"

2. ÁREA DE INVESTIGACIÓN:

INFECTOLOGÍA.

3. AUTOR:

JOSEPH PAUL PONCE SALGADO

Bachiller en Medicina de la Facultad de Medicina Humana – UNU.

4. ASESOR:

Dr. ARTURO RAFAEL HEREDIA

Docente de la Facultad de Medicina Humana – UNU.

5. INSTITUCIONES QUE FINANCIAN:

Ninguno.

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA vi

AGRADECIMIENTO vii

ÍNDICE ix

ÍNDICE DE TABLAS xi

ÍNDICE DE GRÁFICOS xiii

RESUMEN xv

ABSTRACT xvi

INTRODUCCIÓN xvii

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 1

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 1

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 8

1.3. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS 9

1.4. JUSTIFICACIÓN 10

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO 12

2.1. ANTECEDENTES 12

2.1.1. Investigaciones Extranjeras 12

2.1.2. Investigaciones Nacionales 14

2.1.3. Investigaciones Locales 16

2.2. BASES TEÓRICAS 18

2.3. VARIABLES DE ESTUDIO 46

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA 49

3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO 49

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN 49

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN 49
3.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN 49
3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 49
3.6. POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO 49
3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 50
3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 50
3.8. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS 50
CAPÍTULIO IV. RESULTADOS 51
4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS 51
4.2. DISCUSIÓN 73
CONCLUSIONES 76
RECOMENDACIONES 77
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA 78
ANEXO 83

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020……	51
Tabla 2.	Actitud sobre VIH/SIDA en alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020……..…	52
Tabla 3.	Alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020, que ya iniciaron su práctica sexual…….....	53
Tabla 4.	Alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020, según tipo de práctica sexual……	54
Tabla 5.	Alumnos en estudio, del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020, según edad……	55
Tabla 6.	Alumnos del estudio según sexo……	56
Tabla 7.	Alumnos del estudio según estado civil……..……....	57
Tabla 8.	Alumnos del estudio según lugar de procedencia……	58
Tabla 9.	Alumnos del estudio según religión……	59
Tabla 10.	Alumnos del estudio según tipo de colegio del cual proceden…….	60
Tabla 11.	Alumnos del estudio según nivel académico de los padres….....	61
Tabla 12.	Alumnos del estudio según algunas respuestas correctas del nivel de conocimientos……..	62
Tabla 13.	Alumnos del estudio según algunas respuestas sobre actitud…….....	64
Tabla 14.	Alumnos del estudio según edad de inicio de relaciones sexuales…….……..	66
Tabla 15.	Alumnos del estudio según número de parejas sexuales……	67
Tabla 16.	Alumnos del estudio según uso de objetos de afeitar……..…	68
Tabla 17.	Alumnos del estudio según uso de preservativos……	69
Tabla 18.	Alumnos del estudio según práctica sexual sin preservativo……	70
Tabla 19.	Alumnos del estudio según si abren el preservativo de manera adecuada……..	71

Tabla 20. Alumnos del estudio según algunas prácticas sexuales frecuentes……..... 72

ÍNDICE DE GRÁFICOS

		Pág.
Gráfico 1.	Nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020……	51
Gráfico 2.	Actitud sobre VIH/SIDA en alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020……..…	52
Gráfico 3.	Alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020, que ya iniciaron su práctica sexual…….....	53
Gráfico 4.	Alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020, según tipo de práctica sexual…….	54
Gráfico 5.	Alumnos en estudio, del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020, según edad…….	55
Gráfico 6.	Alumnos del estudio según sexo…….	56
Gráfico 7.	Alumnos del estudio según estado civil……..…….....	57
Gráfico 8.	Alumnos del estudio según lugar de procedencia……	58
Gráfico.	Alumnos del estudio según religión…….	59
Gráfico 10.	Alumnos del estudio según tipo de colegio del cual proceden…….	60
Gráfico 11.	Alumnos del estudio según nivel académico de los padres….....	61
Gráfico 12.	Alumnos del estudio según algunas respuestas correctas del nivel de conocimientos……..	62
Gráfico 13.	Alumnos del estudio según algunas respuestas sobre actitud…….....	65
Gráfico 14.	Alumnos del estudio según edad de inicio de relaciones sexuales…….……..	66
Gráfico 15.	Alumnos del estudio según número de parejas sexuales…….	67
Gráfico 16.	Alumnos del estudio según uso de objetos de afeitar……..…	68
Gráfico 17.	Alumnos del estudio según uso de preservativos…….	69
Gráfico 18.	Alumnos del estudio según práctica sexual sin preservativo……	70
Gráfico 19.	Alumnos del estudio según si abren el preservativo de manera adecuada……..	71

Gráfico 20. Alumnos del estudio según algunas prácticas sexuales frecuentes……..... 72

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo: Describir el nivel de conocimientos actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA en alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020. Metodología, se trató de un estudio descriptivo transversal. Resultados y conclusiones, se llegó a las siguientes conclusiones: En relación a los objetivos de la presente investigación podemos decir lo siguiente: 1. El nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020, fue bueno en el 19%, regular 49% y malo en el 32%. 2. Con relación a la actitud fue favorable en el 24% y desfavorable en el 76%. 3. Con respecto a las prácticas sexuales, el 75% de alumnos ya iniciaron su vida sexual activa y de ellos, 17% tiene prácticas de bajo riesgo, el 34% tiene prácticas de mediano riesgo y el 49% de alto riesgo. En relación a los aspectos sociodemográficos, la edad osciló entre 17 a 18 años el 69%, en el grupo de 19 a 20 años el 22% y de 21 a más años el 9 %. Considerando el sexo 55% de los alumnos fueron mujeres y 45% varones. La mayoría fueron solteros 96%, convivientes 3% y casados 1%. Proceden de la zona urbana el 72% y de la zona rural el 28%. En relación a la religión que profesan la mayoría son católicos 61%, evangélicos 1%, otras religiones 9% y no tienen una religión 17%. Tipo de colegio del cuál proceden: estatal 65%, privado 32% y eclesiástico 3%. El nivel académico de los padres fue superior universitario 49 %, secundaria 23 %, superior técnica 21% y primaria 7%.

Palabras clave: VIH/SIDA, conocimientos, actitudes y prácticas, estudiantes universitarios.

ABSTRACT

The present research aimed to: Describe the level of knowledge, attitudes and practices about HIV / AIDS in students of the first year of the National University of Ucayali, year 2020. Methodology, it was a cross-sectional descriptive study. Results and conclusions, the following conclusions were reached: In relation to the objectives of this research we can say the following: 1. The level of knowledge about HIV / AIDS in first-year students of the National University of Ucayali, year 2020, it was good in 19%, regular 49% and bad in 32%. 2. Regarding the attitude, it was favorable in 24% and unfavorable in 76%. 3. With regard to sexual practices, 75% of students have already started their active sexual life and of them, 17% have low-risk practices, 34% have medium-risk practices and 49% high-risk practices. Regarding sociodemographic aspects, the age ranged from 17 to 18 years old, 69%, in the group from 19 to 20 years old, 22%, and from 21 years old, 9%. Considering gender, 55% of the students were female and 45% male. The majority were 96% single, 3% cohabiting and 1% married. 72% come from the urban area and 28% from the rural area. In relation to the religion that they profess, the majority are Catholics 61%, Evangelicals 13%, other religions 9% and do not have a religion 17%. Type of school from which they come: state 65%, private 32% and ecclesiastical 3%. The parents' academic level was 49% higher university, 23% high school, 21% higher technical and 7% primary.

Keywords: HIV / AIDS, knowledge, attitudes and practices, university students.

INTRODUCCIÓN

Si evaluamos las cifras acumuladas desde el comienzo de la pandemia hasta el 2019, se alcanza una cifra de 75,7 millones [55,9 millones–100 millones] de personas que se infectaron por el virus del VIH. 32,7 millones [24,8 millones–42,2 millones] de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA desde el comienzo de la epidemia (al cierre de 2019) (2).

En relación a las personas que viven con el VIH, en 2019, son 38,0 millones [31,6 millones–44,5 millones] individuos, de ellos 36,2 millones [30,2 millones–42,5 millones] adultos y 1,8 millones [1,3 millones–2,2 millones] niños (hasta 14 años). El 81% [68–95%] de todas las personas que vivían con el VIH conocía su estado serológico con respecto al VIH. Alrededor de 7,1 millones de personas no sabían que estaban viviendo con el VIH (2)(3).

El objetivo de la presente investigación es: describir el nivel de conocimientos actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA en alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020.

La presente investigación consta de 5 capítulos: En el capítulo I se aborda el problema de investigación: la trascendencia del VIH en el mundo, en nuestro país y por qué no en el ámbito de la Universidad Nacional de Ucayali, ya que la casa superior de estudios congrega alumnado de diversas regiones con diversos patrones culturales que son importantes conocer para plantear políticas preventivas de salud. En el capítulo II, se aborda el marco teórico, aquí podemos mencionar que se revisó la bibliografía relacionada a VIH/SIDA. En el capítulo III, el marco metodológico se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal en una muestra de 150 estudiantes que respondieron el cuestionario. En los capítulos IV y V se aborda los resultados y su discusión.

En relación a los objetivos de la presente investigación podemos decir lo siguiente: 1. El nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020, fue bueno en el 19%, regular 49% y malo en el 32%. 2. Con relación a la actitud fue favorable en el 24% y desfavorable en el 76%. 3. Con respecto a

las prácticas sexuales, el 75% de alumnos ya iniciaron su vida sexual activa y de ellos, 17% tiene prácticas de bajo riesgo, el 34% tiene prácticas de mediano riesgo y el 49% de alto riesgo.

En relación a los aspectos sociodemográficos, la edad osciló entre 17 a 18 años el 69%, en el grupo de 19 a 20 años el 22% y de 21 a más años el 9%. Considerando el sexo 55% de los alumnos fueron mujeres y 45% varones. La mayoría fueron solteros 96%, convivientes 3% y casados 1%. Proceden de la zona urbana el 72% y de la zona rural el 28%. En relación a la religión que profesan la mayoría son católicos 6%, evangélicos 13%, otras religiones 9% y no tienen una religión 17%. Tipo de colegio del cuál proceden: estatal 65%, privado 32% y eclesiástico 3%. El nivel académico de los padres fue superior universitario 49%, secundaria 23%, superior técnica 21% y primaria 7%.

Existen algunos aspectos a resaltar con respecto a las interrogantes planteadas para evaluar el nivel de conocimientos: podemos observar que el 96% conoce el significado de las siglas VIH, el 85% conoce la diferencia entre VIH y SIDA, el 95% conoce como se trasmite el VIH, el 96% conoce que es una ETS, el 88% conoce las vías de trasmisión de una ETS, el 73% conoce que una persona puede tener más de una ETS, el 59% conoce como se diagnostica el VIH/SIDA y solo el 16% conoce las enfermedades asociadas al SIDA.

Con relación a las actitudes podemos agregar que el 89% excluiría a un portador de VIH de su grupo de amigos, el 32% no saludaría con beso y abrazo, el 96% sentiría vergüenza de ser portador, el 24% no informaría a su pareja, el 41% participaría en un grupo de ayuda a personas con SIDA, el 57% considera que una ETS es muy riesgosa, el 25% considera que el uso de preservativo es de suma importancia y hasta el 12% tendría relaciones coitales con desconocidos sin protección.

Con respecto a las prácticas: podemos observar que la edad de inicio de las relaciones sexuales del 5% de estudiantes fue entre 10 y 12 años, de 13 a 14 años 7%, de 15 a 16 años 37%, de 17 a 18 años 42% y de 19 a más años 9%. Con respecto al número de parejas

el 35% tiene más de una pareja a la vez, y 65% una sola pareja; comparten objetos de afeitar el 17% y el 83% nunca lo hace; El uso de preservativos es muy importante en la prevención del VIH, pero el 73% de mujeres y el 81% de varones ha tenido alguna vez relaciones sexuales sin protección. También el 47% abren adecuadamente el preservativo y el 53% no lo hace, el 41% de estudiantes verifica los preservativos antes de usar, el 4% pagó por servicios sexuales, el 32% ya se realizó un descarte de ETS y cotidianamente el 11% de mujeres nunca obliga a su pareja a usar preservativo y el 5% de varones nunca usa preservativo cotidianamente.

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El VIH/SIDA es un flagelo que ha azotado a la humanidad y continúa incrementándose cada año, a nivel mundial el año 2000 tuvimos 24 millones de personas infectadas y el año 2020 hemos llegado a 38 millones, con intervalo que va de 31.6 a 44.5 millones de contagiados por el virus. Tenemos el 2020 un total de 1.7 millones de nuevas infecciones si a estas nuevas infecciones lo desdoblamos en personas a partir de 15 años alcanza una cifra de 1.5 millones y hasta 14 años alcanzó a 150 000 personas en promedio, en un rango que va desde 94 000 a 240 000 niños afectados (1)(2).

Las muertes asociadas al SIDA han disminuido por el gran avance de las investigaciones en la terapia antirretroviral, el año 2000 se presentó 1.4 millones de muertes, el 2005 subió a 1.7 millones y en el 2020 ha disminuido a 690 mil muertos en un rango que va desde 500 000 a 970 000. Gracias a la solidaridad de los gobiernos el acceso a la terapia antirretroviral también se ha incrementado, en el año 2000 solo 690 000 personas tenían acceso a la terapia antirretroviral en el año 2020 se alcanzó la cifra de 26 millones de personas podían recibir su tratamiento antirretroviral. En los países con ingresos económicos bajos (como Perú) y medianos se ha incrementado los recursos orientados al manejo de pacientes con VIH/SIDA, de 4 800 millones de dólares a 18 600 millones de dólares (2).

Si evaluamos las cifras acumuladas desde el comienzo de la pandemia hasta el 2019, se alcanza una cifra de 75,7 millones [55,9 millones–100 millones] de personas que se infectaron por el virus del VIH. 32,7 millones [24,8 millones–42,2 millones] de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida desde el comienzo de la epidemia (al cierre de 2019) (2).

En relación a las personas que viven con el VIH, en 2019, son 38,0 millones [31,6 millones–44,5 millones] individuos, de ellos 36,2 millones [30,2 millones–42,5 millones] adultos y 1,8 millones [1,3 millones–2,2 millones] niños (hasta 14 años). El 81% [68–95%] de todas las personas que vivían con el VIH conocía su estado serológico con respecto al VIH. Alrededor de 7,1 millones de personas no sabían que estaban viviendo con el VIH (2)(3).

Uno de los mejores avances en el combate de la pandemia ha sido la terapia antirretroviral y se puede notar su impacto en la reducción de la mortalidad, ahora podemos ver que, al cierre de junio de 2020, 26,0 millones [25,1 millones-26,2 millones] de personas tenían acceso a la terapia antirretroviral. En 2019, 25,4 millones [24,5 millones - 25,6 millones] de personas tenían acceso a la terapia antirretroviral, en comparación con los 6,4 millones [5,9 millones - 6,4 millones] de 2009. En 2019, el 67% [54–79%] de todas las personas que vivían con el VIH tuvieron acceso al tratamiento. El 68% [54–80%] de los adultos mayores de 15 años que vivían con el VIH tuvieron acceso al tratamiento, así como el 53% [36–64%] de los niños de hasta 14 años. El 73% [60% - 86%] de las mujeres adultas mayores de 15 años tuvieron acceso al tratamiento; sin embargo, solo el 61% [48% - 74%] de los hombres adultos de 15 o más años de edad lo tuvieron. En 2019, el 85% [63%–100%] de las mujeres embarazadas que vivían con el VIH tuvieron acceso a medicamentos antirretrovirales para evitar la transmisión del VIH a sus hijos (2)(4).

La incidencia de casos de VIH/SIDA se ha reducido de manera considerable, desde el pico alcanzado en 1998, las nuevas infecciones por el VIH se han reducido en un 40%. En 2019, se produjeron 1,7 millones [1,2 millones–2,2 millones] de nuevas infecciones por el VIH, en comparación con los 2,8 millones [2,0 millones–3,7 millones] de 1998. Desde 2010, las nuevas infecciones por el VIH descendieron alrededor de un 23%, desde 2,1 millones [1,6 millones–2,9 millones] hasta 1,7 millones [1,2 millones–2,2 millones] en 2019. Desde 2010, las nuevas infecciones por el VIH en niños descendieron un 52%, desde 310.000 [200.000–500.000] en 2010 hasta 150.000 [94.000–240.000] en 2019 (2).

Sabemos que el VIH/SIDA es una enfermedad incurable, pero gracias a las intervenciones de sensibilización a todo nivel la mortalidad ha disminuido, desde el pico alcanzado en 2004, los casos de muertes relacionadas con el sida se han reducido en más de un 60%. En 2019, alrededor de 690.000 [500.000 – 970.000] personas murieron de enfermedades relacionadas con el sida en todo el mundo, frente a los 1,7millones [1,2 millones - 2,4 millones] de 2004 y los 1,1 millones [830.000 - 1,6 millones] de 2010. La mortalidad por el sida ha disminuido un 39% desde 2010 (1) (2).

En relación a VIH/SIDA y COVID-19, en una revisión analítica de ONUSIDA ha revelado los posibles efectos que la pandemia mundial de COVID-19 podría causar en los países de ingresos medios y bajos de todo el mundo en lo que respecta al suministro de medicamentos antirretrovirales genéricos utilizado para el tratamiento del VIH. Los confinamientos y los cierres de fronteras impuestos para detener la COVID-19 están afectando tanto a la producción de medicamentos como a su distribución, lo que podría generar aumentos en sus costes y problemas de suministro. Se estima que el coste final de los medicamentos antirretrovirales exportados desde la India podría aumentar entre un 10% y un 25% con respecto al precio normal. Los modelos recientes estiman que una interrupción completa de seis meses en el tratamiento del VIH podría provocar más de 500.000 (471.000–673.000) muertes adicionales por enfermedades relacionadas con el SIDA. De igual modo, se estima que una interrupción de seis meses en los servicios de prevención de la transmisión materno infantil del VIH conllevaría un aumento en las nuevas infecciones por el VIH en niños del 162% en Malawi, 139% en Uganda, 106% en Zimbabwe y 83% en Mozambique (1).

Con respecto al impacto del VIH/SIDA en las mujeres, cada semana, alrededor de 5.500 mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años contraen la infección por el VIH. En África subsahariana, cinco de cada seis nuevas infecciones en adolescentes de entre 15 y 19 años afectan a niñas. Las mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años tienen el doble de probabilidades de vivir con el VIH que los hombres. Más de un tercio (35%)

de las mujeres de todo el mundo ha sufrido violencia física o sexual dentro de la pareja o violencia sexual fuera de la pareja en algún momento de su vida. En algunas regiones, la probabilidad de contraer la infección por el VIH es 1,5 veces mayor en el caso de mujeres que han sufrido violencia física o sexual dentro de la pareja con respecto a aquellas que no han sufrido ese tipo de violencia. Las mujeres y las niñas representaron aproximadamente el 48% del total de nuevas infecciones por el VIH en 2019. En África subsahariana, las mujeres y las niñas representaron el 59% del total de nuevas infecciones por el VIH. Con relación a las personas que conocían de su estado de salud, en 2019, el 81% [68–95%] de personas que vivían con el VIH conocían su estado. Entre las personas que conocían su estado, el 82% [66–97%] tenían acceso al tratamiento. Y, entre las personas que tenían acceso al tratamiento, el 88% [71–100%] habían logrado la supresión viral. De toda la gente que vive con el VIH, el 81% [68–95%] conocían su estado, el 67% [54–79%] tenían acceso al tratamiento y el 59% [49–69%] tenían una carga viral indetectable, en 2019 (2).

Hay grupos especiales en la población que tienen mayor riesgo de infectarse por VIH/SIDA, estos grupos de población clave y sus parejas sexuales representan: El 62% de las nuevas infecciones por VIH a nivel mundial. Más del 99% de las nuevas infecciones por VIH en Europa del Este y Asia Central. El 97% de las nuevas infecciones por VIH en Oriente Medio y África del Norte. El 96% de las nuevas infecciones por VIH en Europa Occidental y Central y Norteamérica. El 98% de las nuevas infecciones por VIH en Asia y el Pacífico. El 77% de las nuevas infecciones por VIH en América Latina. El 69% de las nuevas infecciones por VIH en África Occidental y Central. El 60% de las nuevas infecciones por VIH en el Caribe. El 28% de las nuevas infecciones por VIH en África Oriental y Sudáfrica. El riesgo de contraer el VIH es: 26 veces mayor entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, 29 veces mayor entre las personas que se inyectan drogas, 30 veces mayor para los/las trabajadores/as sexuales, 13 veces mayor para las personas transgénero (2).

La infección por VIH y la tuberculosis, han estado relacionadas, la TB sigue siendo la principal causa de muerte entre las personas que viven con el VIH y representa alrededor de una de cada tres muertes relacionadas con el sida. En 2018, 10,0 millones [9,0 millones–11,1 millones] de personas desarrollaron tuberculosis, de las cuales el 9% vivían con el VIH. Las personas que viven con el VIH y no presentan síntomas de tuberculosis necesitan la terapia preventiva contra la tuberculosis, que disminuye el riesgo de desarrollar dicha enfermedad y reduce las tasas de mortalidad de la tuberculosis y el VIH en un 40% aproximadamente. Se calcula que el 44% de las personas que viven con el VIH y la tuberculosis no son conscientes de la coinfección y por tanto no reciben atención (2).

La sensibilización a los gobiernos de ingresos bajos y medios ha permitido que las inversiones en el manejo y tratamiento del VIH/SIDA se incrementen. A finales de 2019, había 18.600 millones de dólares estadounidenses (en dólares constantes de 2016) disponibles para la respuesta al sida en los países de ingresos bajos y medianos, casi 1.300 millones menos que en 2017. Alrededor del 57% del total de los recursos destinados al VIH en dichos países en 2019 procedió de fuentes nacionales. ONUSIDA estima que se necesitarán 26.200 millones de dólares estadounidenses (en dólares constantes de 2016) para la respuesta al sida en 2020 (2).

La pandemia del VIH/SIDA junto al COVID-19 puede que sea la catástrofe de salud más devastadora de la historia de la humanidad. La enfermedad continúa destruyendo a familias y sociedades en todo el mundo y está obstaculizando el progreso a nivel familiar, y de las comunidades y las naciones. En los países seriamente azotados por esta también se ven amenazados el crecimiento económico y la estabilidad política. En los países altamente afectados, el VIH ha sobresaturado los sistemas de salud pública y abrumado a los proveedores de atención sanitaria, así como la infraestructura y los presupuestos de sanidad por encima de su capacidad. Pero; el SIDA es mucho más que una crisis de salud. Sus efectos se hacen sentir en casi todas las dimensiones de la vida económica y social,

especialmente en los países más afectados. El VIH y el SIDA dejan sin empleados a la fuerza laboral, sin sostén económico y atención a las familias, y sin maestros a las comunidades El SIDA también socava la moral de los trabajadores de salud, a medida que aumenta la carga de trabajo y tensión, y presencian altos niveles de mortalidad entre niños, adultos jóvenes y sus propios colegas. (1) Referente a la situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en el mundo en adultos (personas de entre 15 y 49 años, según ONUSIDA), se puede decir que las regiones más desfavorecidas, con un menor nivel de ingresos económicos y de desarrollo son las que se encuentran más afectadas por la epidemia como son África Subsahariana, el Caribe, Europa del este y Asia central, en cuarto lugar, se encuentra Latinoamérica mientras que Europa occidental y Norteamérica ocupan las últimas posiciones (2).

Los jóvenes están siendo amenazados y afectados por la epidemia del VIH/SIDA en donde la falta de información, de educación y de servicios referentes a la infección por VIH, los pone en riesgo de contraer la enfermedad, así como también los riesgos que acompañan a la experimentación y la curiosidad de los adolescentes, principalmente en el ámbito sexual.

Todas las estrategias deben reconocer que la prevención y el tratamiento del VIH están interrelacionados y que ambos deben acelerarse simultáneamente. El SIDA requiere una respuesta inteligente, rotunda y excepcional. Los esfuerzos descoordinados o los que ofrecen sólo soluciones parciales no reducirán significativamente el número de nuevas infecciones; disminuir y contener urgentemente la propagación de esta epidemia mundial requiere el acceso universal a la prevención, tratamiento y apoyo juntos. Si el mundo se moviliza de esta forma para ampliar simultánea y dinámicamente la prevención, tratamiento y atención del VIH, se podría lograr un auténtico criterio integral para abordar el SIDA, que frene la epidemia e invierta su curso. Los análisis de las intervenciones de prevención destinadas a estimular cambios en el comportamiento demuestran que dichos programas reducen la frecuencia de los comportamientos sexuales de riesgo. Los programas orientados a inducir cambios de comportamiento suelen incluir

información básica sobre el virus, evaluación del riesgo personal, asesoramiento del desarrollo de aptitudes tales como la capacidad para negociar el uso del preservativo con las parejas sexuales, acceso a preservativos y otras tecnologías de prevención. Estos programas constituyen las intervenciones de prevención más rentables y un elemento básico de todo programa nacional de prevención de VIH. Los programas públicos de educación y sensibilización dirigidos a la población general son fundamentales en toda respuesta firme al VIH.

La generación actual de jóvenes es la mayor de la historia; casi la mitad de la población tiene menos de 25 años. No han conocido un mundo sin SIDA. Los jóvenes de 15 a 24 años son los más amenazados mundialmente representan la mitad de los nuevos casos de VIH, el futuro de la epidemia tomará forma a partir de los actos de esos jóvenes. Los pocos países que han logrado disminuir la prevalencia nacional del VIH lo han hecho sobre todo inculcando comportamientos más seguros entre los jóvenes. Una variedad de factores sitúa a los jóvenes en el centro de la vulnerabilidad al VIH. Entre ellos figuran la falta de información, educación y servicios sobre el VIH, los riesgos que muchos tienen que correr para sobrevivir, y los riesgos que acompañan a la experimentación y la curiosidad de los adolescentes. Riesgo elevado y vulnerabilidad elevada por inicio sexual precoz, las diferencias por razón de sexos, los consumidores jóvenes de drogas intravenosas corren un riesgo especial, porque pueden no tener el conocimiento ni las aptitudes para protegerse de la infección por un equipo de inyección contaminado.

Los estudios nacionales nos indican que las relaciones sexuales premaritales, son cada vez más precoces, más frecuentes y con múltiples parejas, lo que se refleja en las altas tasas de embarazos en adolescentes, embarazos no deseados y abortos en mujeres jóvenes, así como altas tasas de infecciones de transmisión sexual y sida. Los adolescentes son más susceptibles conductual y biológicamente a tener relaciones sexuales y están más expuestos a la coerción sexual económica, familiar y cultural, siendo mayor si se usa alcohol y drogas.

En Latinoamérica, los jóvenes inician su actividad sexual a la edad de 12,7 a 16 años, mientras que las mujeres lo hacen a la edad de 15,6 a 17,9 años. La incidencia de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en jóvenes se ha incrementado dramáticamente en los últimos 20 años.

En el Perú, 3% de los casos de sida se presenta en el grupo etario de 15 a 19 años. Los jóvenes tienen alto riesgo para las ETS, debido principalmente a sus conductas. Ellos son vulnerables si no usan condones consistentes y correctamente. La mayoría de jóvenes tiene poco conocimiento de las ETS y sus síntomas y muchos no reciben tratamiento oportuno.

Ucayali no es ajeno a la epidemia del VIH/SIDA, ya que es una región donde la promiscuidad y el turismo sexual está presente, además hay población extranjera que visita Pucallpa y muchos de ellos son portadores del VIH, así mismo hay población juvenil cero positiva que incluso desconocen que son portadores del virus, por ello es necesario realizar investigaciones sobre conocimientos actitudes y prácticas para promover conductas sexuales saludables.

2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.2.1. Problema General

- ¿Cuál es el nivel de conocimientos actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA en alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020?

2.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020?

- ¿Cuáles son las actitudes frente al VIH/SIDA de los alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020?

- ¿Cuáles son las prácticas sexuales en alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020?

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020?

1.3. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

1.3.1. Objetivo General

- Describir el nivel de conocimientos actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA en alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020

1.3.2. Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020.

- Evaluar las actitudes frente al VIH/SIDA de los alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020.

- Conocer las prácticas sexuales en alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020.

- Describir las características sociodemográficas de los estudiantes del primer año de la universidad Nacional de Ucayali, año 2020.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Desde 1983, en que se reportó el primer caso de sida en el Perú, hasta la semana epidemiológica 33 de 2019 se han notificado un total de 126 822 casos de infección por VIH, de los cuales 44 112 se encuentran en estadio SIDA. El Perú, aún presenta una epidemia concentrada de VIH. En el último quinquenio (2014-2018), se han notificado al sistema de vigilancia un promedio de 6 814 casos nuevos de infección por VIH y 1547 eventos de estadio sida por año. El 2005, el país inició la implementación del TARGA en los establecimientos del MINSA, evidenciándose a partir de 2006 una tendencia decreciente en los casos de sida notificados hasta la semana epidemiológica (SE) 33-2019. Esto es un logro importante en salud pública del país (8). Pero es una instancia tardía de ataque hacia este flagelo, siendo lo ideal evitar la propagación del VIH, a través de medidas preventivas. Por ello es importante realizar esta investigación de conocimientos actitudes y prácticas para planificar intervenciones de sensibilización orientada a la juventud estudiantil de la Universidad y de toda la región Ucayali.

Justificación social

El VIH/SIDA es un problema de salud de gran impacto social que afecta a población joven económicamente activa, que si cambia su estilo de vida podría tener un gran impacto en la disminución de contagios, y para ese cambio de estilo de vida se requiere un buen nivel de conocimientos, actitudes propositivas para la prevención y prácticas sexuales seguras frente a al VIH/SIDA y todas las enfermedades de trasmisión sexual.

Justificación práctica

La Universidad Nacional de Ucayali es una institución abierta a diferentes tipos de población estudiantil, el alma mater de la juventud de la Amazonía, de la región andina incluso de la costa, por ello la investigación tipo encuesta es fácil de realizar

y nos brindará una visión panorámica de la situación de los jóvenes universitarios con relación a las ETS y el riesgo potencial que tienen de contraer la enfermedad si llevan una conducta de riesgo.

Justificación metodológica

Al tratarse de un estudio descriptivo, observacional y transversal es muy factible de realizar, sobre todo si se trata de investigación básica que marca el inicio de una línea de investigación que nos permitirá en el futuro solucionar este flagelo como es el VIH/SIDA.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Investigaciones Extranjeras

Taleno Espinoza Eduardo José. (6) (Nicaragua – 2013). En su tesis titulada: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH-SIDA en estudiantes de la Universidad Hispano Americana, sede Masaya, Nicaragua. Marzo del 2013. Refiere que su objetivo: fue identificar los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre VIH-SIDA que tienen los estudiantes del turno dominical de la Universidad Hispano Americana en el mes de marzo del 2013. En este estudio descriptivo y trasversal; se plantearon 39 preguntas para evaluar conocimientos, actitudes y prácticas y 7 preguntas para evaluar los factores sociodemográficos. La población de estudio estuvo constituida por 152 estudiantes del turno dominical que asistieron a clases. Para medir los conocimientos se elaboraron 20 preguntas en relación al concepto de VIH/SIDA, localización en el cuerpo del virus, formas de transmisión, prueba diagnóstica del VIH, medidas de prevención y tratamiento. Para medir las actitudes se utilizó la escala de Likert en donde se formularon 10 afirmaciones que provocaran una reacción en los encuestados generando diversos puntos de vista. Para medir las prácticas se formularon 9 preguntas a las cuales se le dio un enfoque de prácticas seguras o inseguras por parte de los estudiantes. Se determinaron los conocimientos, actitudes y prácticas de acuerdo a la edad, estado civil, año de estudio, ocupación, religión y procedencia. La mayoría de los estudiantes presentaron un conocimiento bueno, una actitud adecuada frente a la enfermedad y practicas seguras, sin embargo, se identificaron debilidades puntuales en las que hay que crear estrategias para fortalecerlas.

Macchi M L, et al. (9) (Paraguay – 2008). En su trabajo titulado: Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de Educación, del área metropolitana, Paraguay. Refieren que, en una investigación de diseño

observacional. Analítico, prospectivo de corte transverso. Se aplicó una encuesta voluntaria, auto administrada, a estudiantes de Iº, 2º y 3º de la media de colegios de la capital y Lambaré, durante el mes de agosto de 2006. Resultados: 336 encuestas analizadas. Edad media 16 años. 52% masculinos, 48% femeninos. La fuente de información citada con más frecuencia y la más importante fue la escuela. 42,4% refieren relaciones sexuales, varones: 56,5% y las mujeres en 27%. La edad media de iniciación sexual de 14,6 años, 72% de los varones se iniciaron sexualmente antes de los 15 años. 55% refiere utilizar preservativo en relaciones ocasionales. 71,3% sabía dónde recurrir en situaciones de riesgo. Catorce se realizaron el test para VIH, 10 de los cuales habían referido relaciones sexuales. Nivel de conocimientos en general bajo e inconsistente. Conclusión: Los resultados revelan jóvenes en situación de riesgo de contraer VIH/SIDA.

Carratalá Elena, et al. (10) (España – 2013). En su estudio titulado: Conocimientos y actitudes hacia el VIH/SIDA: diferencias entre adolescentes españoles con padres casados y divorciados. Refieren que, en un estudio transversal observacional, en el que participaron quince centros escolares de cinco provincias de España. Los participantes fueron 342 adolescentes de entre 14 y 17 años, el 50% de ellos con padres divorciados. Completaron de forma anónima la Escala de Conocimientos sobre el VIH/SIDA para Adolescentes Españoles y el Cuestionario de Actitudes hacia el VIH/SIDA. Resultados: Los adolescentes con padres divorciados mostraron actitudes más favorables hacia el VIH/SIDA ($p<.01$; $d=0.32$), uso de preservativo ($p<.05$; $d=0.24$), realización del test del VIH ($p<.05$; $d=0.28$), y hacia las personas que viven con el VIH ($p<.001$; 0.32). No se hallaron diferencias significativas en el nivel de conocimientos en función de la estructura familiar. Conclusiones: Los resultados sugieren que los padres divorciados transmiten a sus hijos una actitud más favorable hacia el uso del preservativo. Se recomienda incluir en los programas de prevención sesiones dirigidas a los padres, para fomentar la transmisión a los hijos de actitudes favorables al sexo seguro que les prevengan del SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual.

Villafaña Angarita Tatiana Maybeth et al; (11) (Colombia – 2019), en su trabajo titulado: Conocimiento, actitudes y prácticas frente al VIH/SIDA en estudiantes de bachillerato de Cúcuta, Norte de Santander, Colombia refieren que en un estudio correlacional de campo en 318 estudiantes de 13-21 años de edad, de noveno-undécimo de bachillerato de dos Instituciones Educativas representativas de la ciudad de Cúcuta, mediante muestreo probabilístico. Se implementó instrumento CAP validado y ficha sociodemográfica, para análisis descriptivo y correlacional. Resultados. Se registró desconocimiento sobre transmisión, población susceptible y estabilidad de preservativos en 5-47% de los estudiantes, obteniéndose un nivel bajo para la dimensión conocimiento, en contraste con actitudes y prácticas adecuadas. Conclusiones. No se encontró asociación entre variables edad, sexo, estrato, tipo familiar o escolaridad con las dimensiones de los conocimientos, actitudes o prácticas, hallándose homogeneidad en la muestra, lo que la proyecta como un grupo modelo a contrastar en futuros estudios con otras poblaciones buscando identificar aspectos mejorables en torno a estrategias de prevención global de la pandemia.

2.1.2. Investigaciones Nacionales

Pernaz-Linsuy G & Cárcamo-Cavagnaro C. (12) (Lima - 2015). En su estudio titulado: Conocimientos, actitudes y prácticas de la mujer peruana sobre la infección por VIH/SIDA. Tuvieron como objetivos, determinar el nivel de conocimientos, actitudes adecuadas y prácticas sexuales seguras frente a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y SIDA, de las mujeres peruanas de 15 a 49 años. Materiales y métodos. Se utilizó los resultados de la Encuesta Nacional Demográfica en Salud (ENDES) continua 2004–2007. Las variables dependientes fueron el nivel de conocimientos, las actitudes frente a la enfermedad y las prácticas sexuales seguras. Se realizó el análisis estadístico descriptivo y una regresión logística para buscar asociación entre variables. Resultados. Se encontró buen nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH, en 47,8% de las mujeres encuestadas; el 50,7% de ellas presentaron actitudes adecuadas respecto a la enfermedad y a las personas afectadas, mientras que el

ejercicio de prácticas sexuales seguras se observó en 48,8% de las mismas. Mayor nivel educativo, alto índice de bienestar socioeconómico, haber vivido en la capital durante la infancia, trabajar como profesional, técnica, empresaria u oficinista; y acceso frecuente a medios de comunicación se relacionaron con mayor conocimiento, actitudes adecuadas y prácticas seguras. Conclusiones. Los niveles de conocimiento, actitudes y prácticas frente a las infecciones transmitidas sexualmente de la mujer peruana de 15 a 49 años no son adecuados.

Lee Garcés Yadeleine, et al. (13) (Lima – 2018). En su estudio titulado: Nivel de conocimientos sobre manejo de pacientes con VIH/sida en Estomatología. Refiere que: El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se caracteriza por una infección adquirida ocasionada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que afecta a la población linfocitaria CD4+ y que predispone al paciente a un estado de inmunodeficiencia que lo hace susceptible a infecciones oportunistas severas o neoplasias inusuales. La infección producida por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y su progresión al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) constituyen un problema de salud a nivel mundial. A partir de la década de los 80 se inició su descripción como nueva entidad clínica, que tiene como principales vías de infección el contacto sexual, transmisión perinatal y exposición parenteral a través de la sangre y sus derivados. Actualmente, este síndrome ataca a un considerable número de personas y se han totalizado 75 millones de afectados; en Europa y Asia es donde fundamentalmente se presenta una mayor incidencia.

Huayta Santos Ana Jackelin. (15) (Lima – 2019). En su tesis titulada: Relación entre nivel de conocimiento y actitud frente a la infección por VIH/SIDA en estudiantes de 4to. y 5to. de secundaria de la institución educativa Daniel Alomía Robles Nº 113 del distrito de San Juan de Lurigancho, Lima – 2019, refiere que: en una investigación de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo – correlacional y corte transversal. Con una muestra de 339 estudiantes de 4to. y 5to. de secundaria. Se utilizó la "Escala de VIH/SIDA-65" que mide las variables conocimiento y actitud frente a la infección por VIH/SIDA. Resultados: Se obtuvo un nivel bajo de conocimiento con un 53,1% y con

una mínima diferencia del 46,9% de nivel alto; así también se presentaron sus dos dimensiones: 65,5% de nivel bajo de conocimiento de la transmisión por VIH/SIDA y 78,2% en conocimientos erróneos; también se presentó 52,5% de actitud negativa frente a la infección por VIH/SIDA y 47,5% de actitud positiva con sus siguientes dimensiones: La afectiva presento 55,2% de actitud negativa; la cognitiva, 82,6% de actitud positiva y, por último, la conductual, 60,2% de actitud negativa. Conclusiones: Existe una relación fuerte entre las variables con evidencia estadísticamente significativa, es decir, a menor nivel de conocimiento habrá una actitud negativa

2.1.3. Investigaciones Locales

Ramírez Calle, Francisco Javier. (16) (Ucayali – 2015). En su tesis titulada: Conocimientos y actitudes de prevención sobre el VIH-SIDA en estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa 2015. Refiere que el propósito de la investigación fue establecer las relaciones entre conocimiento y actitudes de prevención del VIH-SIDA en estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali. El estudio fue de tipo cuantitativo con variables cualitativas, de corte transversal correlacional: transversal porque los datos fueron recolectados en un solo momento, correlacional porque permitió establecer la relación de las variables de conocimiento y actitudes de prevención del VIH/SIDA, corresponde al diseño no experimental, las variables fueron estudiadas en su forma original sin modificación alguna. La población se formó por 5,082 estudiantes matriculados en el Semestre Académico 2015-II, la muestra incluyó 357 participantes, se utilizó el muestreo probabilístico estratificado con afijación proporcional al tamaño de cada segmento poblacional (carreras profesionales) de la Universidad Nacional de Ucayali. Los resultados obtenidos revelaron que el 59.4% corresponden a familias nucleares, el 71.7% refieren que los ingresos económicos familiares están por debajo de 1500 soles y el 28% viven en zonas marginales y rurales. El 61.6% tiene un nivel de conocimiento bueno, asimismo el 68.1% presentan actitudes favorables respecto a la prevención del VIH/SIDA. Mediante la Correlación de Spearman (Rho 0.026), se estableció que si existe

correlación entre el conocimiento y las actitudes de prevención del VIH/SIDA en los estudiantes de la UNU**.**

Rojas Vargas Rosa María y Vizcarra Fababa, Daniela (17) (Ucayali – 2016). En su tesis titulada: Infecciones oportunistas en pacientes VIH/SIDA en el Hospital regional de Pucallpa, periodo 2010-2013. Refiere que, El presente estudio tuvo como Objetivo principal identificar las infecciones oportunistas en pacientes VIH/SIDA en el Hospital Regional de Pucallpa periodo 2010-2013. Materiales y Método: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, no experimental mediante un método observacional, además se utilizó un muestreo no probabilístico; los datos fueron obtenidos a través de una -Ficha de Recolección de Datos obtenidos de El Libro de Registro de Pacientes VIH/SIDA con Infecciones oportunistas del Centro Referencial de enfermedades infecciosas y de Transmisión sexual (CERITS). Resultados: En el presente estudio con una muestra de 198 pacientes se identificaron las siguientes infecciones oportunistas; Neumonía, Candidiasis, Tuberculosis en sus diferentes formas, diarrea crónica, diarreas agudas, Neurotoxoplasmosis, Neurocisticercosis, Isosporidiasis, Leucoplasia vellosa, herpes virus. Asimismo, las infecciones oportunistas más frecuentes fueron candidiasis, diarreas crónicas seguido por tuberculosis en sus diferentes formas. El sexo más afectado corresponde al sexo masculino con 166 pacientes (84%), de los cuales la infección oportunista más frecuente es candidiasis con 38.85%; en pacientes del sexo femenino la infección oportunista más frecuente es candidiasis con el 40.82%. Además, el grupo etario más afectado corresponde entre 35-64 años con 55% de los casos, sólo en el sexo femenino el grupo etario más afectado fue entre 19-34 con 15 casos (46.88%) y en el sexo masculino fueron las edades entre 35-64 años con 95 casos (57.23%). Conclusiones: Las infecciones oportunistas sin más frecuentes en el sexo masculino que en el femenino a razón de 5:1. En el sexo masculino el grupo etario con más infecciones oportunistas fueron entre 35-64 años, en el caso de las mujeres el grupo etario más afectado se encuentra con 19-34 años. Las infecciones oportunistas más frecuentes son candidiasis y diarrea crónica tomando a ambos sexos.

2.2. BASES TEÓRICAS

El virus de la inmunodeficiencia humana constituye una gran preocupación desde el punto de vista médico, político y social; en lo económico, se han movilizado innumerables recursos, de manera que se requiere de la acción conjunta de los gobiernos y las autoridades de salud para lograr su control. Por otra parte, el personal de la salud debe mantener constantes interés y motivación para incorporar los conocimientos actuales sobre esta enfermedad, para brindar a los pacientes una mejor atención de forma integral y evitar las lamentables e injustificables reacciones de rechazo hacia las personas que portan el virus. El sida es el estadio final de una enfermedad crónica trasmisible de tipo progresivo, de causa viral, en la cual se establece una relación muy diversa entre el huésped y el virus. Según progrese la inmunodeficiencia y más elevada sea la replicación viral, aparecerán entonces enfermedades oportunistas o tumores raros.

DESCUBRIMIENTO

En el año 1981 se detectaron casos sorprendentes de infección por Pneumocystis jiroveci (entonces designado Pneumocystis carinii), un hongo emparentado con las formas originales de los Ascomycetes, conocido por infectar a pacientes severamente inmunodeprimidos. Inicialmente se observó un grupo de casos semejantes en los que estaban implicados varones homosexuales y donde aparecía a la vez infección por citomegalovirus y candidiasis. Se pensó primero que la causa debía estar ligada a prácticas comunes entre la población homosexual masculina. Pronto empezaron a aparecer casos que afectaban a varones o mujeres heterosexuales usuarios de drogas intravenosas, así como a sus hijos; también entre pacientes no homosexuales y con hábitos saludables que habían recibido transfusiones de sangre entera o de productos sanguíneos por su condición de hemofílicos. Se pensó, por criterios básicamente epidemiológicos, que la causa debía ser un agente infeccioso que se transmitía de forma semejante a como lo hace el virus de la hepatitis B. Distintos

equipos empezaron a buscar un virus asociado a los casos conocidos de inmunodeficiencia adquirida, tal vez un retrovirus como el que se sabía producía la inmunodeficiencia del gato o como el HTLV, productor de un tipo de leucemia. En 1983, en el Instituto Pasteur de París, un equipo dedicado a la investigación de la relación entre retrovirus y cáncer dirigido por J.C. Chermann, F. Barré-Sinoussi y L.Montagnier, encontró un candidato al que denominó virus asociado a linfoadenopatía (LAV).

En 1984 el equipo de R. Gallo, descubridor del HTLV, único retrovirus humano conocido entonces, confirmó el descubrimiento, denominándolo virus linfotrópico T humano tipo III (HTLV-III). Como parte de la resolución del conflicto sobre la prioridad en su descubrimiento, el virus adquirió su denominación definitiva, human immunodeficiency virus (HIV) que en español se expresa como virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En el mismo año 1983, en que se identificó el virus, diversos equipos empezaron a trabajar en la secuencia de su genoma, publicada a principios de 1985, y comenzó también la caracterización de sus proteínas.

AGENTE INFECCIOSO

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un lentivirus (de la familia Retrovertida). Fue descubierto y considerado como el agente de la naciente epidemia de sida por el equipo de Luc Montagnier en Francia en 1983. El virión es esférico, dotado de una envoltura y con una cápside proteica. Su genoma es una cadena de ARN monocatenario que debe copiarse provisionalmente al ADN para poder multiplicarse e integrarse en el genoma de la célula que infecta. Los antígenos proteicos de la envoltura exterior se acoplan de forma específica con proteínas de la membrana de las células infectables, especialmente de los linfocitos T.

El proceso de conversión de ARN en ADN es una característica principal de los retrovirus y se lleva a cabo mediante acciones enzimáticas de transcriptasa inversa. Con la demostración de la existencia de la transcriptasa inversa, se inició en la década de 1970 la búsqueda de los retrovirus humanos, que permitió el aislamiento en 1980 del virus de la leucemia de células T del adulto, HTLV-I. El VIH tiene un

diámetro de aproximadamente 100 nanómetros. Su parte exterior es la "cubierta", una membrana que originalmente pertenecía a la célula de donde el virus emergió. En la cubierta se encuentra una proteína del virus, la gp41, o "glicoproteína transmembrana". Conectada a la gp41 está la gp120, la cual puede unirse al receptor CD4 localizado en la superficie de los linfocitos T para penetrar en ellos. El núcleo tiene la "cápside", compuesta por la proteína p24. En su interior está el ARN, la forma de información genética del VIH.

CLASIFICACIÓN

El virus de inmunodeficiencia adquirida forma parte del género Lentivirus. Estos constituyen un grupo dentro de la familia Retroviridae. Los virus de este grupo poseen propiedades morfológicas y biológicas comunes. Varias especies son atacadas por los lentivirus, cuya característica principal consiste en un período de incubación prolongado que desemboca en enfermedad después de varios años. Desde su ingreso a la célula hospedadora, la cadena simple de ácido ribonucleico (ARN) viral comienza su transformación en una doble cadena de ácido desoxirribonucleico (ADN) por acción de la enzima transcriptasa inversa que forma parte del virus. La integrasa y otros cofactores actúan para que el ADN del virus se fusione con el ADN de la célula hospedadora 9 a través de la transcripción en el genoma de la célula que aloja al virus. Existen dos tipos de VIH, llamados VIH-1 y VIH-2. El primero de ellos corresponde al virus descubierto originalmente, el mismo que recibió los nombre de LAV y HTLVIII. por parte de los dos equipos que estaban investigando el agente etiológico del SIDA durante la primera mitad de la década de 1980. El VIH-1 es más virulento e infeccioso que el VIH-2 y es el causante de la mayoría de infecciones por VIH en el mundo. El VIH-2 es menos contagioso y por ello se encuentra confinado casi exclusivamente a los países de África occidental.

ESTRUCTURA Y GENOMA DEL VIH

Estructura del VIH: El VIH comparte con los retrovirus las características esenciales de esa familia. El virión contiene información genética bajo la forma de ácido ribonucléico (ARN), protegido por una envoltura de membrana. Los retrovirus insertan su información genética en las células hospedadora por acción de la transcriptasa inversa. Un virión del VIH tiene una forma aproximadamente esférica con un diámetro de 80-100 nm. Está constituido por tres capas. La exterior es una bicapa lipídica. Posee 72 prolongaciones formadas por las glicoproteínas gp120 y gp41 que actúan en el momento de la unión del virus a la célula hospedadora. La capa intermedia está constituida por la nucleocápside icosaédrica. La capa interior tiene forma de un cono truncado. Está constituida por el ARN viral y la nucleoproteína. La cadena genética del VIH está constituida por un ARN de cadena simple compuesto por dos filamentos idénticos. El ARN contiene varios genes, cada uno de los cuales codifica las diversas proteínas que el VIH necesita para reproducirse.

Genoma del VIH-1: Los genomas del VIH-1 y VIH-2 son muy similares. Ambos están compuestos por los tres genes básicos de la familia de los retrovirus. Se trata de los genes gag, pol y env. Cada uno de estos genes codifica proteínas que ayudan a la reproducción del virus. El genoma del VIH posee otros seis genes adicionales: tat, rev, vpu (vpx en el caso del VIH-2), vif y nef.

Genes estructurales: Las proteínas estructurales son codificadas por los genes gag, pol y env, y su secuencia cubre la mayor parte del genoma viral, quedando sólo una parte menor para el resto de los genes. El gen gag es traducido a una proteína precursora, la p55, que luego se asocia, durante la gemación por la que se liberan nuevas partículas víricas desde de la célula infectada, a dos copias del ARN viral, para el que presenta una región afín, y a otras proteínas virales y celulares. Una proteasa, producto del gen *pol* corta durante la maduración del virión la p55 en cuatro proteínas que se incorporan a sus lugares respectivos. Los fármacos inhibidores de la fusión funcionan contra la proteína gp41, para evitar su unión a los linfocitos.

PROTEÍNAS REGULADORAS

Tat: La proteína Tat existe en dos formas, una larga, de 101 restos aminoácidos de longitud, y otra más corta, de sólo 72. La segunda se produce cuando en fase temprana se produce una edición completa del ARNm viral, la primera cuando en una fase más tardía sólo se realiza una edición parcial.

Rev: La proteína rev regula la expresión del ARN viral controlando el ritmo de exportación del ARNm.

Tat y Rev: acción conjunta. La acción sinergística de tat y rev fuertemente incrementa la expresión de proteínas virales. Los papeles que tat y rev desempeñan en la regulación transcripcional del VIH-1 y en la expresión de proteínas estructurales, respectivamente, hacen tat y rev esenciales para el ciclo de vida del VIH. Sus funciones facilitan la expresión de proteínas virales en dos etapas. Esto permite la síntesis de tat, rev y de nef. Tat y rev entonces son transportadas al núcleo, donde actúan para aumentar la transcripción del ADN del provirus (tat) y del transporte de todos los RNAms virales al citoplasma (rev). La expresión de proteínas codificada por las clases de RNAm de 9 KB y 4 KB (gag, gag-pol, env, vpr, vif, y de vpu) puede entonces ocurrir. Estudios donde se han mutado genes virales han determinado que vif, vpr, vpu y nef no son esenciales para la producción de partículas infecciosas en cultivos celulares *in-vitro*. Sin embargo, la conservación de dichas proteínas accesorias en el genoma del VIH sugiere que todas desempeñan papeles importantes durante el ciclo infeccioso en el huésped. Los roles de estas proteínas serán descritos a continuación.

PROTEÍNAS ACCESORIAS

Vif: incremento en infectividad y protección del genoma viral. Vif es una proteína de 193 aminoácidos que está presente en bajos niveles adentro de los viriones, e interactúa con en RNA genómico viral. La división de esta proteína reduce la

infectividad del VIH-1 en cultivos celulares y en modelos animales de patogénesis. No obstante, el mecanismo de acción de vif se ha empezado a entender recientemente.

Vpu: Facilita el desprendimiento de viriones en células infectadas, es una proteína de 81 aminoácidos que es insertada en membranas vía su terminal nitrogenado. Vpu se acumula en el aparato de Golgi y en endosomas celulares. Vpu es única en HIV-1 y no hay homólogos en lentiviruses relacionados como el VIH-2 y el VIS. A vpu se le han atribuido dos actividades:

- **Degradación de la proteína CD4**

  En la ausencia de vpu, la proteína CD4 interactúa con la proteína viral gp160 recién sintetizada para formar un complejo insoluble, el cual retiene gp120 dentro de la célula. La región citoplásmica de vpu se puede unir con CD4 y con la proteína β- TrCP. Esto induce la ubiquitinizacion de CD4 y su subsiguiente degradación por la proteasoma, incrementando así la expresión de gp120 en la superficie celular.

- **Realza en el desprendimiento de viriones de la membrana celular**

  Esta actividad depende de la región transmembranal de vpu. En la ausencia de vpu, los viriones se acumulan en la superficie celular en un estado parcialmente desprendido. Expresión de vpu resulta en la liberación facilitada de viriones de la membrana celular. El mecanismo por la cual esto ocurre es desconocido. Se ha sugerido que vpu facilita la fluidez de la membrana celular por medio de un canal de cationes. También se ha sugerido que vpu causa disrupción de interacciones entre proteínas del VIH y de la superficie celular; esto previene la endocitosis de viriones recientemente desprendidos de la célula.

CICLO DE REPLICACIÓN

Las células que el VIH invade son esencialmente los linfocitos T CD4+, pero también

en menor medida los monocitos/macrófagos, las células dendríticas, las células de Langerhans y las células de microglía del cerebro. La replicación viral tiene pues lugar en tejidos diversos (de ganglios linfáticos, intestino, cerebro, timo, entre otros). Los órganos linfoides, sobre todo los ganglios linfáticos, constituyen la principal sede de su replicación. El virus está presente en numerosos líquidos del organismo, en particular la sangre y las secreciones genitales. Curso típico de la infección por VIH. Los detalles, en particular los plazos, varían ampliamente de un infectado a otro. En azul se marca la evolución del recuento de linfocitos T CD4+ y en rojo, la evolución de la carga viral.

MECANISMOS DE TRANSMISIÓN DEL VIRUS

El VIH sólo se puede transmitir a través del contacto entre fluidos corporales que poseen una alta concentración viral. El virus no se transmite de manera casual. De acuerdo con el CDC de Estados Unidos, no se han encontrado casos en que abrazos, besos secos o saludos con las manos hayan sido causantes de infección. El virus ha sido aislado en la saliva, las lágrimas y la orina, el semen, el líquido preseminal, los fluidos vaginales, el líquido amniótico, la leche materna, el líquido cefalorraquídeo y la sangre, entre otros fluidos corporales humanos. Las tres principales formas de transmisión son:

- **Sexual** (acto sexual sin protección). (infección de transmisión sexual). La transmisión se produce por el contacto de secreciones infectadas con la mucosa genital, rectal u oral de la otra persona.

- **Parenteral** (por sangre). Es una forma de transmisión a través de jeringuillas contaminadas que se da por la utilización de drogas intravenosas o a través de los servicios sanitarios, también en personas hemofílicas, que han recibido una transfusión de sangre contaminada o productos contaminados derivados de la sangre; y en menor grado trabajadores de salud que estén expuestos a la infección en un accidente de trabajo como puede ocurrir si una herida entra

en contacto con sangre contaminada; también durante la realización de piercings, tatuajes y escarificaciones.

- **Vertical** (de madre a hijo). La transmisión puede ocurrir durante las últimas. semanas del embarazo, durante el parto, o al amamantar al bebé. De estas situaciones, el parto es la más problemática.

HISTORIA NATURAL DE LA INFECCIÓN POR VIH

La infección por VIH se clasifica en diversas etapas, identificadas por un conjunto de síntomas e indicadores clínicos. En ausencia de un tratamiento adecuado, el virus se replica constantemente e infecta los linfocitos T-CD4, que constituyen una parte esencial del sistema inmunológico en los seres humanos. El sistema inmunológico del portador del VIH reacciona ante la presencia del virus produciendo una respuesta que puede mantener temporalmente bajo control la infección, mediante la reposición de células defensivas. Al término de un período que se puede prolongar por varios años, el VIH se vuelve resistente a las defensas naturales del cuerpo y destruye el sistema inmune del portador. De esta manera, el seropositivo queda expuesto a las enfermedades oportunistas y muere.

FASE AGUDA

La fase de la infección aguda por VIH inicia en el momento del contagio. En un plazo de días, el VIH infecta no sólo las células expuestas inicialmente (por ejemplo, las células de la mucosa vaginal o rectal en el caso de una infección por vía sexual) sino también los ganglios linfáticos. El VIH se multiplica dentro del organismo hasta alcanzar niveles propios de la infección crónica. El tejido linfoide asociado a los intestinos constituye uno de los principales espacios del cuerpo humano donde tiene lugar la reproducción inicial del VIH por su alto porcentaje de linfocitos T CD4. Un porcentaje importante de personas que contraen el virus son pacientes asintomáticos. Sin embargo, se calcula que entre el 40% hasta el 80% de los casos de contagio con

VIH-1 presentan manifestaciones clínicas. El cuadro de la infección aguda es similar al de una mononucleosis infecciosa: fiebre, malestares musculares, inflamación de los ganglios, sudoración nocturna, diarrea, náuseas y vómito. Presentar un conjunto de síntomas como el descrito aquí no es indicador necesario de que una persona se haya infectado por VIH, aunque es recomendable que quien considere que ha estado expuesto al contagio y presente los síntomas, acuda a un especialista para recibir atención médica. El cuadro de la infección aguda por VIH aparece entre dos y seis semanas después de la exposición al virus, y desaparece unos pocos días después. Durante la fase aguda de la infección, las pruebas tradicionales siempre darán negativo porque no detectan directamente el VIH, sino los anticuerpos producidos como respuesta por el sistema inmune, lo que ocurre alrededor de la 12a semana después de la exposición. En contraste, las pruebas de carga viral, que contabilizan el número de copias del ARN del virus en la sangre, arrojarán como resultado una elevada cantidad de copias del VIH durante la fase aguda de la infección.

FASE CRÓNICA

La fase crónica de la infección por VIH se suele llamar también latencia clínica porque el portador es asintomático. Durante la fase crónica el VIH se multiplica incesantemente. Se calcula que, en un sujeto infectado, diariamente se producen entre mil y diez mil millones de nuevas partículas virales y son destruidos alrededor de cien millones de linfocitos T CD4. Los pacientes son asintomáticos gracias a que el sistema inmune tiene una gran capacidad para regenerar las células destruidas por el virus, pero pueden presentar adenopatías y la disminución del conteo de plaquetas en la sangre.

La reacción ante la presencia del virus termina por desgastar al sistema inmunológico. En ausencia de tratamiento, la mayoría de los portadores del virus desarrollan el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) en un plazo de 5 a 10 años. La causa de esto es que, mientras el virus sigue reproduciéndose de manera constante y aumenta la carga viral en su anfitrión, disminuye también la capacidad

de recuperación del sistema inmune. Al término de esta fase, los pacientes desarrollan otras manifestaciones de la infección como dermatitis seborreica, úlceras bucales y foliculitis.

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

Principales síntomas del sida

El SIDA constituye la etapa crítica de la infección por VIH. En esta fase de la infección, el portador del VIH posee un sistema inmunológico que probablemente sea incapaz de reponer los linfocitos T CD4+ que pierde bajo el ataque del VIH y también ha visto reducida su capacidad citotóxica hacia el virus. Este fenómeno coincide con el aumento en las tasas de replicación del virus, que merma la capacidad de reacción del anfitrión ante otros agentes causantes de enfermedades. El portador del virus es presa potencial de numerosas infecciones oportunistas que le pueden conducir a la muerte: neumonía por *P. jiroveci*, sarcoma de Kaposi, tuberculosis, candidiasis e infección por citomegalovirus son algunas de las infecciones más frecuentes que atacan a los seropositivos que han desarrollado SIDA.

La mayoría de los pacientes que han desarrollado SIDA no sobreviven más de tres años sin recibir tratamiento antirretroviral. Sin embargo, incluso en esta fase crítica el sida y el VIH pueden ser controlados mediante la terapia antirretroviral de gran actividad. Los antirretrovirales pueden brindar una mejor calidad de vida a un portador del VIH y aumentan sus posibilidades de supervivencia.

Manifestaciones Clínicas del VIH/SIDA en niños y adolescentes

En la actualidad se distinguen dos formas de presentación de la infección VIH en el niño:

Una forma de inicio precoz, en la que las primeras manifestaciones clínicas de enfermedad aparecen en los primeros meses de vida (entre los cuatro y ocho meses),

con encefalopatía, neumonía por *P. carinii*, síndrome de desgaste (falla de crecimiento, fiebre, hepatoesplenomegalia, diarrea) e infecciones bacterianas recidivantes. El período de incubación es corto, siendo la edad media de diagnóstico de SIDA los 12 meses. La tasa de supervivencia de este grupo de pacientes es baja, y fallecen en su mayoría antes de los tres años. Un segundo patrón de la enfermedad tiene un curso lentamente progresivo, con inicio tardío de la sintomatología y entre cuyas manifestaciones clínicas se destaca: la neumonía intersticial linfoidea, linfadenopatía, hipertrofia parotídea e infecciones bacterianas. El período de incubación es más prolongado en este grupo, siendo la edad media del diagnóstico 3 años.

Diferencias en las manifestaciones clínicas niño-adulto

Aunque muchas de las manifestaciones de la infección por VIH en el niño guardan similitud con las de adulto, existen diferencias que es importante resaltar: Como se ha mencionado, la transmisión en niños en el 95% de los casos es vertical, por lo que la duración, la vía y la intensidad de la exposición pueden ser factores importantes que marquen la velocidad con que se desarrollen los síntomas de la infección y pueden ser la primera diferencia entre niños y adultos. El grado de alteración de la inmunidad primaria o el grado de madurez inmunológica en el momento de la infección por VIH es el segundo factor de diferencia entre niños y adultos. Los adultos desarrollan la infección después de haber organizado un sistema inmunitario experimentado y con capacidad de respuesta; tienen linfocitos con memoria y puede responder a múltiples retos infecciosos. Por el contrario, el feto o recién nacido infectado sufre una progresiva destrucción del timo, que es fundamental para el desarrollo de respuestas adecuadas. Además, otros componentes del sistema inmunitario son afectados tempranamente, por lo que el paciente pediátrico puede tener una inmunodeficiencia más profunda y más completa que el adulto, abarcando no únicamente inmunidad celular sino también inmunidad humoral, lo que explica la mayor predisposición del niño a presentar infecciones bacterianas a repetición, situación que no es muy frecuente en el adulto.

La mayoría de las infecciones pediátricas de carácter oportunista representan una infección primaria, mientras que en los adultos son, con mayor probabilidad, la reactivación de una infección latente. Antes de la infección por VIH, los adultos adquieren defensas contra un sinnúmero de infecciones oportunistas. Con una depresión inmune progresiva, estos organismos previamente controlados, pueden causar reactivación de infecciones, pero existen algunas defensas residuales que pueden ayudar a modificar el resultado. Por el contrario, las infecciones oportunistas en niños con SIDA son menos frecuentes que en el adulto, pero cuando aparecen pueden ser más graves. Ejemplo, *P. carinii* tiene una sobrevida en adultos del 50%, pero sólo del 25% en los niños.

Seguimiento de la Infección por VIH/SIDA

Hay dos variables importantes en el seguimiento del paciente con VIH: el recuento de CD4 y la carga viral. Estos dos parámetros son decisivos en el diagnóstico y pronóstico, existiendo algunas diferencias entre el niño y el adulto. En el paciente infectado por el VIH se observa una pérdida progresiva de la función inmune, en la cual predomina la baja de los linfocitos T CD4+ y la hipergammaglobulinemia (en su mayoría de anticuerpos no dirigidos contra el VIH), que llevan al final a una mayor susceptibilidad a las infecciones por gérmenes latentes y/o de tipo oportunista. El recuento de linfocitos T CD4 circulante refleja muy bien el estado inmunológico del paciente y aporta elementos de juicio para la decisión del momento oportuno de iniciar tratamientos profilácticos contra diferentes agentes infecciosos. El clínico debe considerar la edad del niño como una variable en el momento de interpretar el número de linfocitos CD4. El conteo de linfocitos CD4 en niños sanos no infectados es considerablemente mayor que el encontrado en adultos sanos y declina lentamente a valores del adulto a la edad de 6 años. Con respecto a la replicación viral existen también diferencias entre el niño y el adulto. Un aspecto de gran relevancia en el seguimiento del niño con VIH es el conocimiento que la fase de latencia clínica o período asintomático no es un período de inactividad en la replicación viral, sino un proceso dinámico en el cual las células del individuo se infectan y son destruidas en

cantidad considerable, siendo rápidamente reemplazadas, estableciéndose un equilibrio entre la infección, la muerte celular y la regeneración, característico de cada individuo y con implicaciones importantes para la patogénesis y para las decisiones terapéuticas. Este estado de equilibrio se caracteriza por viremias constantes, alcanzadas después del pico de viremia que se presenta posterior a la seroconversión. En el adulto en la fase aguda o etapa inicial, la infección se caracteriza por una viremia elevada; aproximadamente al sexto mes se alcanza un equilibrio en el que la viremia persiste, aunque con niveles de RNA plasmáticos bajos. La concentración de virus en esta etapa permite predecir el riesgo de desarrollo de SIDA o de muerte. La persistencia de carga viral en valores >a 10.000 copias/ml se ha definido como alto riesgo de evolución hacia SIDA. En el niño recién nacido con la infección, la situación es diferente: inicialmente puede tener una carga viral relativamente baja (+ 10.000 copias/ml) pero al cabo de, aproximadamente, 6 semanas estos valores pueden incrementarse a cifras tan altas como 10 millones/ml. Este valor alto persiste por un período de tiempo mucho mayor, debido a la inmadurez inmunológica del niño en el momento de la infección, lo que genera incapacidad para contener la replicación vírica, encontrándose al final del primer año un promedio de 185.000 copias/ml. La combinación del recuento de linfocitos CD4 más la carga viral es el mejor método para conocer el estado del niño y establecer un pronóstico.

COMPLICACIONES DEL SIDA

Complicaciones neurológicas en la infección VIH

El VIH puede llegar al sistema nervioso central (SNC) ya en las fases iniciales de la enfermedad y por lo tanto puede dar lugar a diferentes cuadros clínicos en cualquier momento evolutivo de la infección VIH/SIDA. El principal trastorno neurológico que produce el VIH es una encefalitis subaguda con curso lentamente progresivo hacia la demencia; diversas técnicas pueden demostrar anormalidades de la sustancia blanca y atrofia cerebral. Otros trastornos neurológicos provocados por la infección por el VIH consisten en cuadros de mielopatías progresivas.

Complicaciones Endocrinas

Pueden afectarse cualquiera de los órganos del sistema endocrino; sin embargo, las principales alteraciones se pueden presentar en tiroides, hipotálamo-hipófisis y gónadas.

Afectación del tiroides

Las principales manifestaciones de la afectación del tiroides se asocian a las infecciones oportunistas que acompañan al sida. La infección por citomegalovirus (CMV*), Mycobacterias y* Cryptococcus pueden ocasionar la presencia de nódulos tiroideos y alteración funcional de la glándula. Se han descrito casos de hipertiroidismo e hipotiroidismo; en otros casos no se observa alteración funcional (normofunción). Al diagnóstico se suele llegar por punción aspirativa del nódulo o por tiroidectomía. El tratamiento es el específico para el agente causal y el correspondiente a la alteración funcional, si existe. Se han descrito casos de infección por *P. carinii* con afectación tiroidea y se ha sugerido que la profilaxis con pentamidina inhalada, de la neumonía ocasionada por este microorganismo, favorecería la aparición de formas extrapulmonares, como la tiroidea; el tratamiento con cotrimoxazol puede hacer desaparecer el nódulo tiroideo. En el caso del tiroides pueden consistir en un aumento de la proteína transportadora de tiroxina con niveles normales de T3 y T4 (se ha sugerido que este hecho puede ser una de las causas de adelgazamiento de los pacientes con SIDA).

Algunos medicamentos que se utilizan para el tratamiento de diferentes enfermedades asociadas a la infección VIH/SIDA pueden ocasionar alteraciones en los niveles de las hormonas tiroideas. Así la rifampicina aumenta el aclaramiento hepático de la T4 y el interferón puede ocasionar alteraciones autoinmunes en pacientes con alteraciones previas de este tipo en su tiroides.

GASTROENTEROCOLITIS EN EL SIDA

Visión general

La diarrea puede definirse como el aumento de volumen, fluidez o frecuencia de las deposiciones en relación con el hábito intestinal normal de cada individuo. Se considera que una diarrea es crónica cuando persiste durante más de tres semanas. Afecta a todas las edades y razas étnicas, constituyendo una causa importante de morbilidad y mortalidad mundial. En los países en vías de desarrollo la diarrea de origen infeccioso es una de las principales causas de mortalidad infantil. Las complicaciones gastrointestinales en los pacientes que desarrollan SIDA son frecuentes. Entre el 30 y el 70%, e incluso más según la zona geográfica, pueden desarrollar diarrea crónica que suele acompañarse de pérdida de peso y dolor abdominal. En muchos de los casos se identifica el agente causal (bacterias, parásitos, virus u hongos), aunque la causa no siempre tiene por qué ser infecciosa.

GASTROENTERITIS INFECCIOSAS

Bacterianas

Las más frecuentes son las ocasionadas por *Salmonella sp, Shigella sp y Campylobacter sp.* Las infecciones por *Salmonella* se asocian a defectos de los linfocitos T mientras que las causadas por *Shigella y Campylobacter* se asocian sobre todo a defectos de los linfocitos B. La infección por Salmonella puede manifestarse como síndrome febril aislado o como enteritis; rara vez se produce shock o metástasis sépticas. Una característica de este germen es su recurrencia, sobre todo cuando se suprime el tratamiento antibiótico. En el SIDA se estima que la incidencia de la infección por *Salmonella sp* es 20 veces superior a la de la población general y que, respecto a otros pacientes con salmonelosis, la bacteriemia es mucho más frecuente (hasta 25% más). Los tratamientos antirretrovíricos o el empleo del cotrimoxazol, como profilaxis de la NPC, pueden haber disminuido la incidencia de salmonelosis. Por lo general se suelen emplear quinolonas, como norfloxacina o ciprofloxacina). La

duración del tratamiento suele ser de 10-14 días que se debería continuar durante 2-3 meses si existen recurrencias. Menos frecuentes son las enteritis por *Mycobacterium avium-intracellulare* que puede provocar manifestaciones clínicas multiorgánicas por su diseminación y que con cierta frecuencia ocasiona fiebre, pérdida de peso y diarrea con malabsorción. La enteritis por *C. difficile* se asocia a la toma de antibióticos; más raras en nuestro medio son las causadas por *C. trachomatis, Treponema pallidum y Neisseria gonorrhoeae,* que suelen ocasionar proctitis, la mayoría de las veces en pacientes homosexuales.

Parasitarias (protozoos)

Entre las gastroenterocolitis infecciosas, los protozoos *Cryptosporidium e Isospora belli* son los microrganismos que más frecuentemente ocasionan diarrea crónica en el sida. Se comportan como patógenos entéricos y provocan enteritis cuya clínica es, en muchos casos, grave, persistente y recurrente. La diarrea puede manifestarse de forma aguda, crónica o intermitente y su gravedad es también variable. Se puede producir deshidratación grave, malnutrición y pérdida de peso importante.

Con el *Cryptosporidium* se pueden presentan alteraciones de las vías biliares y este reservorio biliar contribuye a la cronicidad de la infección y a la dificultad para erradicar el microorganismo. La prevalencia de enteritis por *I. belli* no se conoce con exactitud, aunque se estima del orden del 0,3% pero es superior en países tropicales y subtropicales. Se han identificado microrganismos del género *Cyclospora*, similar al *Cryptosporidium*, que pueden causar diarrea tanto en pacientes con sida como en inmunocompetentes. También *Giardia lamblia* ocasiona cuadros de gastroenteritis, sobre todo en varones homosexuales en los cuales su prevalencia podría ser de hasta un 20%. Los síntomas más comunes son diarrea, dolor abdominal, náuseas y flatulencia. En ocasiones produce diarrea crónica y malabsorción.

Entamoeba histolytica también se ha descrito en pacientes con SIDA y diarrea, sobre todo en varones homosexuales. Tras un período de incubación corto, los pacientes presentan diarrea, proctocolitis y, en ocasiones, manifestaciones extraintestinales secundarias a abscesos en hígado, pleura, pericardio o cerebro.

Víricas y por hongos

El *Cytomegalovirus* puede ocasionar infección entérica sobre todo en varones homosexuales; la diarrea es muchas veces sanguinolenta y con frecuencia existen lesiones ulceradas en el colon. Varones homosexuales con clínica de proctitis pueden presentar infección anorrectal por Herpes simple (tipo 2 en más del 90% de los casos). La proctitis herpética se suele presentar acompañada de dificultad urinaria, molestias del sacro, neuralgia e impotencia. Las vesículas rectales pueden ser focales o formar úlceras confluentes. Los Astrovirus y picormavirus causan a menudo diarreas persistentes. *Candida albicans* produce con frecuencia infecciones digestivas, aunque su localización suele ser en los tramos superiores (orofaríngea y esófago) y raras veces provoca diarrea.

Enteropatía asociada al SIDA

En más de la mitad de los casos de enteropatía asociada al SIDA se identifican microrganismos, siendo el más frecuente *Microsporidium*. Por lo general afecta en mayor proporción el intestino delgado y suele asociarse a malabsorción. Biopsias de yeyuno han demostrado atrofia parcial vellosa, con hiperplasia de las criptas e incremento del número de linfocitos intraepiteliales. En biopsias de colon se han comprobado inclusiones víricas intranucleares (VIH, CMV, herpes simple, etc.), infiltración celular de la lámina propia y degeneración celular. La afectación intestinal por sarcoma de Kaposi ocurre en el 50-80% de los pacientes afectos de sarcoma de Kaposi cutáneo. A menudo es asintomático, aunque puede manifestarse con diarrea y, con menor frecuencia, colitis hemorrágica. También los linfomas pueden afectar al aparato digestivo y ser la causa de diarrea.

HEPATITIS VÍRICAS EN EL SIDA

Aspectos generales

Dentro de la alteración multisistémica que ocasiona la infección por el VIH el hígado

no constituye una excepción y su alteración puede deberse a diferentes mecanismos:

- Las alteraciones que causa específicamente el HIV.
- Alteración funcional u orgánica por infecciones oportunistas.
- Efectos de los medicamentos utilizados u otras moléculas activas.

En los pacientes con infección VIH/SIDA, sobre todo en los usuarios de drogas por vía parenteral, se observan con frecuencia alteraciones de los marcadores serológicos de los virus de las hepatitis infecciosas, sobre todo infecciones crónicas por los virus B, C y D de las hepatitis. Otras muchas infecciones oportunistas pueden ocasionar alteración orgánica o funcional del hígado. Se han descrito granulomas por mycobacterias, hongos e infecciones por virus del grupo de los herpesvirus y bacterias. También se ha descrito afectación hepática por *P. carinii*. La afectación del hígado también puede deberse a la recepción de medicamentos hepatotóxicos y con menor frecuencia a linfomas o sarcoma de Kaposi. Se piensa que el propio VIH puede ocasionar alteraciones en el hígado.

Hepatitis víricas

La hepatitis B aguda puede presentarse de diferentes formas. Es frecuente la forma inaparente o asintomática. La forma clínica por excelencia es la hepatitis ictérica; sus síntomas incluyen cansancio, dolores musculares y articulares, falta de apetito, náuseas, vómitos y dolor en hipocondrio derecho. La orina tiene color de coñac (coluria), las heces son claras (acolia) y el enfermo se pone amarillo (ictericia); el hígado está aumentado de tamaño (hepatomegalia) y su palpación es dolorosa. Existe elevación de las transaminasas, bilirrubina, fosfatasa alcalina y otros enzimas hepáticos. En un 5% de los casos el enfermo se hace portador crónico del virus, ya sea asintomático o con una hepatitis crónica.

La hepatitis C aguda es la mayoría de las veces asintomática y en las formas clínicas predominan los cuadros ictéricos leves. Rara vez se producen hepatitis fulminantes por el virus C, pero se han descrito casos más frecuentemente en pacientes VIH+; sus manifestaciones extrahepáticas son menos frecuentes que en la hepatitis B.

La hepatitis D, o delta, clínicamente existe como una coinfección B o como una sobreinfección en un paciente portador crónico de HBsAg (antígeno de superficie del virus B de la hepatitis, también antígeno Australia) que evolucionará a una hepatitis crónica. Mientras que en la coinfección es positiva la IgM frente al core del virus B (HBcAnti-IgM) en la sobreinfección puede observarse un descenso, incluso negativización, del HBsAg y seroconversión del antígeno e (HBeAg).

Aunque la evolución de las hepatitis crónicas B y C suele ser silente, con elevación de las transaminasas, un porcentaje variable de los casos puede evolucionar a cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular. Recientemente se ha descrito casos de hepatitis por virus G cuyas peculiaridades de transmisión, similar a la de los virus B y C y al VIH, deben hacernos pensar que algunos casos de hepatitis no filiadas puedan deberse a este agente. Aunque escapa a las pretensiones de esta página destacar otros aspectos del diagnóstico y tratamiento de las infecciones hepáticas, por su interés debemos señalar que la hepatitis B puede prevenirse mediante la administración de la correspondiente vacuna. Por lo tanto, es de gran transcendencia que todos los pacientes seropositivos que no tienen evidencia serológica de anticuerpos frente a este virus reciban las correspondientes dosis de vacuna. Títulos de anticuerpos de superficie (HBsAnti) postvacunación superiores a 10 mUI/ml se estima que son protectores.

EL DOLOR EN EL SIDA

El dolor

El dolor es un síntoma y una complicación frecuente en los pacientes con SIDA. En las últimas fases de la enfermedad lo tiene más del 95% de los pacientes. Puede manifestarse en diversos sistemas: dolor digestivo, dolor muscular, dolor articular, dolor neurológico. Las más de las veces condiciona la calidad de vida del paciente con SIDA pudiendo llegar a ser invalidante y la mayoría de los autores lo considera asimilable al dolor que padecen los enfermos con cáncer. Su tratamiento puede verse condicionado por el propio estado del paciente que le puede dificultar el empleo de las vías de administración, por el empleo de otros tratamientos o por las propias

condiciones médicas concurrentes. El dolor puede ser un síntoma predominante en las enfermedades reumatológicas asociadas con la infección VIH, como artritis sépticas, artritis de la psoriasis, el síndrome de Reiter, polimiositis, miopatías, dermatomiositis, entre otras. El dolor gastrointestinal es frecuente en los procesos diarréicos, en el afta bucal o la candidiasis esofágica y en las proctitis por virus. Psicológicamente el dolor suele ser causa de depresión, pensamientos negativos, ansiedad y desesperación.

Neuropatía periférica

La neuropatía periférica es una enfermedad de los nervios periféricos, es decir los que se encuentran fuera del sistema nervioso central. Cerca de un 30-40% de los pacientes con sida la desarrollan. En ella pueden afectarse los axones o terminaciones nerviosas que mandan sensaciones al cerebro o las vainas de mielina que recubren a los nervios. Esto condiciona una alteración de las transmisiones dolorosas hacia el cerebro. Por lo general se manifiesta como sensaciones extrañas en los dedos, en los pies y las piernas. El dolor puede ser intenso. Por lo general no es necesaria ninguna prueba especial para llegar al diagnóstico de neuropatía; pero pueden ser necesarias pruebas electrofisiológicas para conocer el alcance de las lesiones. Entre los medicamentos usualmente empleados para el manejo del paciente con sida algunos pueden ocasionar alteraciones de los nervios y ser causa de neuropatía; entre ellos destacan la dapsona, isoniazida, metronidazol y vincristina normalmente empleados en el tratamiento o profilaxis de infecciones o neoplasias relacionadas. También medicamentos antirretrovirales como ddC, ddI o d4T se han asociado con neuropatía periférica. Ciertas medidas pueden contribuir a aliviar los dolores: no permanecer de pie demasiado rato, realizar paseos cortos, remojar los pies en agua fría, no utilizar calzado ajustado. No existe un tratamiento concreto frente al dolor de la neuropatía periférica. Se han utilizado sustancias regeneradoras de los nervios, complejos de vitaminas B, ácido gamma-linolénico, ácido alfa-lipoíco. El empleo de analgésicos y antiinflamatorios es útil para mitigar el dolor; en los casos

más leves puede ser útil el ácido acetil-salicílico, en los más severos puede tenerse que recurrir a analgésicos opiáceos (codeína, morfina, metadona).

SARCOMA DE KAPOSI

Características generales

El sarcoma de Kaposi (SK) es la neoplasia o tumor más frecuente en pacientes con SIDA. Aunque en ocasiones afecta a pacientes VIH+ que son usuarios de drogas o hemofílicos, e incluso a personas que han adquirido la infección por contagio heterosexual, fundamentalmente se ha encontrado en varones homosexuales, sean o no portadores del VIH.

Al presentarse como lesiones visibles presenta un importante problema social ya que se ha considerado como un estigma del SIDA. El edema asociado al SK puede ocasionar dificultades para la deambulación, las lesiones dolorosas o voluminosas en la cavidad oral pueden dificultar el habla y la deglución, las lesiones en cara pueden ser causa de desfiguración y acrecentar el aislamiento social. Además, contribuye de un modo importante a la mortalidad de las personas con SIDA (6).

Características clínicas

Clínicamente se caracteriza por la aparición de manchas, placas o nódulos violáceos de diferentes tamaños generalmente cutáneos, aunque existen formas de presentación ganglionar sin lesiones de la piel o como lesiones de las mucosas de boca e intestino. Las manchas del sarcoma de Kaposi se encuentran típicamente en la mitad superior del cuerpo: cabeza, cuello y parte alta del tórax, aunque pueden presentarse en cualquier parte del cuerpo. También es frecuente la afectación de la mucosa de la boca, sobre todo del paladar. La afectación visceral es frecuente; en la mitad de los pacientes con lesiones de la piel se detecta afectación visceral, sobre todo a nivel intestinal, aunque también se puede producir afectación de hígado, pulmón, ganglios linfáticos, cerebro y corazón. En general, si el SK sólo afecta a la

piel, la enfermedad no puede ser causante de muerte. Si el SK se disemina, sin embargo, los tumores pueden ser suficientemente grandes como para causar problemas serios: La afectación de la mucosa oral puede causar problemas para la ingesta de alimentos; en el estómago o los intestinos puede ser fatal, causando hemorragias internas y bloqueos de los órganos afectados; la afectación pulmonar suele ser rápidamente fatal, simulando una neumonía por *P. carinii*; si el SK afecta a los ganglios linfáticos, puede causar una hinchazón severa de las extremidades, la cara o del escroto.

SÍNDROME DE DESGASTE

Concepto

De acuerdo con la definición de 1987 utilizada por el CDC, el síndrome de desgaste asociado a la infección por VIH se caracteriza por: 1. una pérdida de peso corporal involuntaria y mayor del 10% respecto al peso normal de referencia, y 2. diarrea o debilidad crónica con fiebre, durante un período superior a 30 días, y 3. la ausencia de cualquier otra infección o condición diferente al VIH que pudiera explicar dichos síntomas. En la práctica cualquier pérdida de peso progresiva e involuntaria de esta magnitud se considera un síndrome de desgaste y traduce el desarrollo de un importante déficit nutricional que conlleva un importante deterioro físico y psicológico. La mayoría de las personas con SIDA o infección por VIH avanzada experimentan, en mayor o menor grado, una pérdida de peso progresiva e involuntaria, acompañada a menudo por fiebre, debilidad física, deficiencias nutricionales y diarrea.

El síndrome de desgaste es un problema común de las personas seropositivas; se ha estimado que la incidencia en adultos del síndrome de desgaste asociado a la infección por VIH fue del 9% en 1995. En España entre los casos declarados de sida, el síndrome caquéctico por VIH supuso un 11,2% de los casos declarados en 1994, un 9,9% de los de 1.995, un 10,1% de los de 1996, un 9,7% de los de 1997 y un 10,3% entre los casos de enfermedad indicativa referidas a la notificación de casos durante el primer semestre de 1998. El síndrome, conocido también por caquexia, puede disminuir la calidad de vida del paciente, hacerle más vulnerable a

enfermedades, y aumentar el riesgo de muerte en personas con sida. En este sentido, los niveles bajos de albúmina, transferrina y colesterol en plasma están asociados con tasas de supervivencia reducidas. Diferentes estudios demuestran que algunos pacientes con infección VIH pueden presentar una pérdida importante de masa celular corporal (MCC) sin prácticamente pérdida de grasa, por lo que el peso suele disminuir poco y pasar desapercibido a la simple exploración visual. Otros predictores de muerte en personas tanto seropositivas como seronegativas son el porcentaje de pérdida de peso y el porcentaje de masa corporal magra. Se ha demostrado resultado de muerte en personas infectadas por VIH cuando el peso corporal llega a ser un 66% del ideal, o cuando el porcentaje de masa corporal magra es un 54% del normal. La pérdida de MCC en función del tiempo guarda una relación lineal y es un predictor de muerte.

Detección del VIH

Debido a que no existe ninguna manifestación clínica característica de la infección de VIH, la prueba para detectar esta enfermedad ha de llevarse a cabo mediante pruebas de diagnóstico molecular en un laboratorio. La prueba más habitual para detectar la presencia de VIH es la prueba de inmunodetección denominada ELISA. Con esta técnica se pretende detectar los anticuerpos específicos que el organismo produce como respuesta a la presencia del virus. Cabe destacar que, ante un resultado positivo mediante un ELISA, no se debe informar al paciente de la presencia de VIH sin haber confirmado antes la prueba mediante un western blot. La prueba diagnóstica dirigida al VIH tiene una especificidad del 99% y una sensibilidad del 99%.

Fármacos contra el VIH

Existen numerosos fármacos dirigidos a evitar tanto la infección, como la progresión del ciclo vital del virus. En general, y dada la alta tasa de resistencias, está indicado el uso combinado de fármacos de diferentes grupos (politerapia), en lo que se viene llamando TARGA (terapia antirretroviral de gran actividad). Ninguno de estos

fármacos ha mostrado ser efectivo por separado y, de hecho, uno de los más comunes, el llamado AZT, es altamente tóxico. El AZT por sí solo no puede destruir directamente el virus; lo que hace este fármaco es inhibir la enzima transcriptasa inversa, con lo que impide que el RNA del virus se copie hacia cDNA bicatenario y, por consiguiente, evitar que se genere un provirus. Administrado de forma aislada, es decir, sin ser combinado con los otros medicamentos que componen el TARGA, puede incrementar las mutaciones en el virus que lo hagan más resistente y agresivo, anulando su eficacia terapéutica y acelerando el progreso de la enfermedad. Este riesgo disminuye notablemente cuando se combina con los otros medicamentos de la politerapia. También disminuye sensiblemente su toxicidad al reducirse y ajustarse con mejor precisión sus mínimas dosis efectivas en combinación con los otros componentes del TARGA.

CONOCIMIENTOS

El conocimiento es una de las capacidades más relevantes del ser humano, ya que le permite entender la naturaleza de las cosas que los rodean, sus relaciones y cualidades por medio del razonamiento. Desde esta perspectiva se puede concebir al conocimiento como el conjunto de informaciones y representaciones abstractas interrelacionadas que se han acumulado a través de las observaciones y las experiencias. Algunos autores señalan que los primeros hombres de ciencia se valieron de la sistematización de aquellas manifestaciones vivenciales trascendentes para la humanidad, fijando las bases teóricas de la ciencia, a través de una interacción dialéctica entre el conocimiento sensorial y el conocimiento lógico.

Los niveles de conocimiento

Los niveles de conocimiento que proponemos tienen su raíz en el trabajo de la metodología científico-filosófica. Los describimos en términos de la abstracción y la profundidad adquirida en la relación sujeto/objeto. Por ello hablamos de momentos de abstracción del conocimiento, en el entendido de que la metodología es una

ciencia instrumental que nos permite leer la realidad y la filosofía es una disciplina totalizadora que nos ayuda a analizar, sintetizar y conceptuar teóricamente el conocimiento científico.

Los niveles de conocimiento se derivan del avance en la producción del saber y representan un incremento en la complejidad con que se explica o comprende la realidad. El primer nivel de conocimiento tiene su punto de partida en la búsqueda (o aprendizaje inicial) de información acerca de un objeto de estudio o investigación. A este nivel lo hemos denominado instrumental, porque emplea instrumentos racionales para acceder a la información; las reglas para usar los instrumentos conforman el nivel técnico; el uso crítico del método para leer la realidad representa el nivel metodológico; el cuerpo conceptual o de conocimientos con el que se construye y reconstruye el objeto de estudio representa el nivel teórico; las maneras en que se realiza este proceso dan por resultado el nivel epistemológico; las categorías con que nos acercamos a la realidad nos ubican en el nivel gnoseológico; y, finalmente, la concepción del mundo y del hombre que se sustenta constituye el nivel filosófico del conocimiento. Estos niveles de conocimiento sintetizan los grados de abstracción que alcanza el hombre cuando se constituye en sujeto cognoscente. También tienen su origen en la actividad del hombre sobre su entorno, pero cada uno de ellos representa avances cualitativos explícitos cuando se trata de aprehender y comprender la realidad de manera científica y, por tanto, cuando se plantea de manera discursiva, rigurosa y sistemática.

Los tres primeros niveles de conocimiento (instrumental, técnico y metodológico) son aplicables a la educación básica (primaria y secundaria); el cuarto y el quinto (teórico y epistemológico) a la educación media superior, y los dos últimos (gnoseológico y filosófico) a la educación superior.

Los tres niveles del conocimiento

- **El conocimiento sensible:** Consiste en captar un objeto por medio de los sentidos.

- **El conocimiento conceptual:** Consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales.
- **El conocimiento holístico:** Abarca la integralidad de la realidad.

ACTITUD

La actitud es un procedimiento que conduce a un comportamiento en particular. Es la realización de una intención o propósito.

Según la psicología, la actitud es el comportamiento habitual que se produce en diferentes circunstancias. Las actitudes determinan la vida anímica de cada individuo. Las actitudes están patentadas por las reacciones repetidas de una persona. Este término tiene una aplicación particular en el estudio del carácter, como indicación innata o adquirida, relativamente estable, para sentir y actuar de una manera determinada.

En el contexto de la pedagogía, la actitud es una disposición subyacente que, con otras influencias, contribuye para determinar una variedad de comportamientos en relación con un objeto o clase de objetos, y que incluye la afirmación de las convicciones y los sentimientos acerca de ella y sobre acciones de atracción o rechazo.

La formación de actitudes consideradas favorables para el equilibrio de la persona y el desarrollo de la sociedad es uno de los objetivos de la educación. En sociología, la actitud consiste en un sistema de valores y creencias, con cierta estabilidad en el tiempo, de un individuo o grupo que se predispone a sentir y reaccionar de una manera determinada ante algunos estímulos. A menudo, la actitud se asocia con un grupo o incluso con un género. Por ejemplo, un comportamiento particular puede ser clasificado como actitud femenina o actitud del hombre.

La actitud es la manifestación o el ánimo con el que frecuentamos una determinada situación, puede ser a través de una actitud positiva o actitud negativa. La actitud positiva permite afrontar una situación enfocando al individuo únicamente en los beneficiosos de la situación en la cual atraviesa y, enfrentar la realidad de una forma sana, positiva y efectiva. A su vez, la actitud negativa no permite al individuo sacar

ningún aprovecho de la situación que se está viviendo lo cual lo lleva a sentimientos de frustración, resultados desfavorables que no permiten el alcance de los objetivos trazados.

La actitud crítica

Analiza lo verdadero de lo falso y encontrar los posibles errores, esta no permite aceptar ningún otro conocimiento que previamente no sea analizado para asegurarse que los conocimientos adquiridos sean puramente válidos. Algunos expertos de la filosofía, consideran la actitud crítica como una posición intermedia entre el dogmatismo y el escepticismo, como defensa de que la verdad existe, sometiendo a examen o crítica a todas las ideas que pretenden ser consideradas verdaderas.
La actitud puede culminar en una determinada postura corporal. Una actitud amenazante es una postura que expresa agresividad, y puede ser un mecanismo de defensa o forma de intimidación. Este tipo de actitud es común en los seres humanos y otras especies del reino animal.

Actitud filosófica

Dado que la filosofía es el camino del que ama la sabiduría, una actitud filosófica significa no aceptar algo que se considera como la verdad absoluta sin antes pensar sobre esa determinada "supuesta verdad". Es tener un pensamiento crítico y no basarse en el sentido común, que a menudo puede llevarte al engaño.

PRÁCTICAS SEXUALES

El comportamiento sexual se considera una práctica por el hecho de ser construido y compartido socialmente, lo que remite a la elaboración de las imágenes, sentidos y significados atribuidos al ejercicio de la sexualidad. En este sentido, las prácticas sexuales se definen como “patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia para ser predecibles”. En los estudios es

común encontrar que se emplean como sinónimos los términos de prácticas y conductas sexuales, no obstante, para efectos del presente artículo es preciso establecer que las conductas sexuales, a diferencia de las prácticas y, por ende, del comportamiento sexual, incluyen la masturbación y conductas homosexuales o heterosexuales, como el inicio del coito o actividad sexual. Así, las conductas tienen una connotación más individual y las prácticas se enmarcan en lo común o compartido.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **VIH/SIDA:** El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es el virus que causa el SIDA. Cuando una persona se infecta con VIH, el virus ataca y debilita al sistema inmunitario. A medida que el sistema inmunitario se debilita, la persona está en riesgo de contraer infecciones y cánceres que pueden ser mortales.

- **CONOCIMIENTOS:** El conocimiento es la acción y efecto de conocer, es decir, de adquirir información valiosa para comprender la realidad por medio de la razón, el entendimiento y la inteligencia. Se refiere, pues, a lo que resulta de un proceso de aprendizaje. Se puede hacer referencia al conocimiento en varios sentidos. En su sentido más general, la palabra conocimiento alude a la información acumulada sobre un determinado tema o asunto. En un sentido más específico, el conocimiento es definido como el conjunto de habilidades, destrezas, procesos mentales e información adquiridos por el individuo, cuya función es ayudarle a interpretar la realidad, resolver problemas y dirigir su comportamiento.

- **ACTITUDES:** La actitud es un procedimiento que conduce a un comportamiento en particular. Es la realización de una intención o propósito. Según la psicología, la actitud es el comportamiento habitual que se produce en diferentes circunstancias. Las actitudes determinan la vida anímica de cada individuo. Las actitudes están patentadas por las reacciones repetidas de una

persona. Este término tiene una aplicación particular en el estudio del carácter, como indicación innata o adquirida, relativamente estable, para sentir y actuar de una manera determinada. En el contexto de la pedagogía, la actitud es una disposición subyacente que, con otras influencias, contribuye para determinar una variedad de comportamientos en relación con un objeto o clase de objetos, y que incluye la afirmación de las convicciones y los sentimientos acerca de ella y sobre acciones de atracción o rechazo.

- **PRÁCTICAS SEXUALES:** La sexualidad, como ya vimos, no es sólo un impulso biológico sino también una fuerza que influye en muchos aspectos de nuestro desarrollo personal. Su ejercicio tiene que ver con la atracción física, los lazos afectivos hacia la pareja, la capacidad de dar y recibir amor, la capacidad de experimentar placer y la reproducción de la especie. Las personas tenemos múltiples posibilidades de expresar nuestras conductas sexuales. Entre ellas están la abstinencia, la masturbación y las relaciones sexuales.

2.3. VARIABLES DE ESTUDIO

Variables de caracterización	Indicador (dimensiones)	Valor final	Tipo de variable
Edad	Edad (directo)	17 – 18 años 19 – 20 años 21 años a más	Numérica continua
Sexo	Sexo (directo)	Masculino Femenino	Categórica Nominal
Estado civil	Estado civil (directo)	Soltero Casado Conviviente	Categórica Nominal
Procedencia	Procedencia (directo)	Zona urbana Zona rural	Categórica Nominal
Colegios del cual proceden	Colegio (directo)	Estatal Privado Eclesiástico	Categórica Nominal
Religión	Religión (directo)	Católico Evangélico Sin religión Otras religiones	Categórica nominal

Nivel académico de los padres	Nivel académico de los padres (directo)	Superior universitario Superior técnico Secundaria Primaria	Categórica nominal
Nivel de conocimientos	Encuesta I - Conoce el significado de las siglas VIH - Conoce la diferencia entre VIH y SIDA - Conoce como se transmite el VIH - Conoce que es el VIH - Conoce las vías de transmisión del VIH - Conoce que una persona puede tener más de una ETS. - Conoce como se diagnostica el VIH/SIDA - Conoce las enfermedades asociadas a SIDA.	- Bueno - Regular - Malo	Categórica nominal
Actitudes frente al VIH	Encuesta II - Excluirías a un portador de VIH - No saludarías con un beso y abrazo a un portador de VIH - Sentirías vergüenza de ser portador de VIH - Si portarías VIH se lo informarías a tu pareja sexual - Participarías en un grupo de ayuda a personas con SIDA - Consideras que el VIH es muy riesgoso - Consideras importante el uso del preservativo - Tendrías relaciones coitales con desconocidos sin protección.	- Favorable - Desfavorable	Categórica nominal

Prácticas sexuales	Encuesta III - Inicio de vida sexual - Edad de inicio de vida sexual - Relaciones coitales sin preservativo - Pagar por servicios sexuales - Método para abrir el preservativo - Observación del preservativo previo a su uso - Número de parejas sexuales - Uso de preservativo - Realización de prueba de VIH - Compartir máquina de afeitar	- Bajo riesgo - Mediano riesgo - Alto riesgo	Categórica nominal

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

Alumnos matriculados del primer ciclo de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Cualitativa, transversal y descriptiva.

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo.

3.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Método cualitativo, deductivo, no experimental descriptivo que hizo uso de la estadística descriptiva.

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Retrospectivo, descriptivo y transversal.

3.6. POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO

La población con la cual se trabajó fueron los alumnos del primer ciclo de la Universidad Nacional de Ucayali matriculados el año 2021 y que voluntariamente respondieron los 3 cuestionarios en forma completa: cuestionario de conocimientos,

de actitud frente a VIH/SIDA y el de prácticas sexuales.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión: Todo alumno que contestó todos los cuestionarios.
Criterios de exclusión: Todo alumno que contestó en forma incompleta los cuestionarios.

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se elaboró una hoja de recolección de datos para consignar la información requerida la que se obtuvo de las encuestas realizadas a los alumnos del primer ciclo de Medicina Humana.

3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se revisó las encuestas y se llevó para luego ser procesados en el programa SPSS.

3.9. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se usó la estadística descriptiva para evaluar frecuencias y las medidas de tendencia central; la información se presentó en tablas y gráficos.

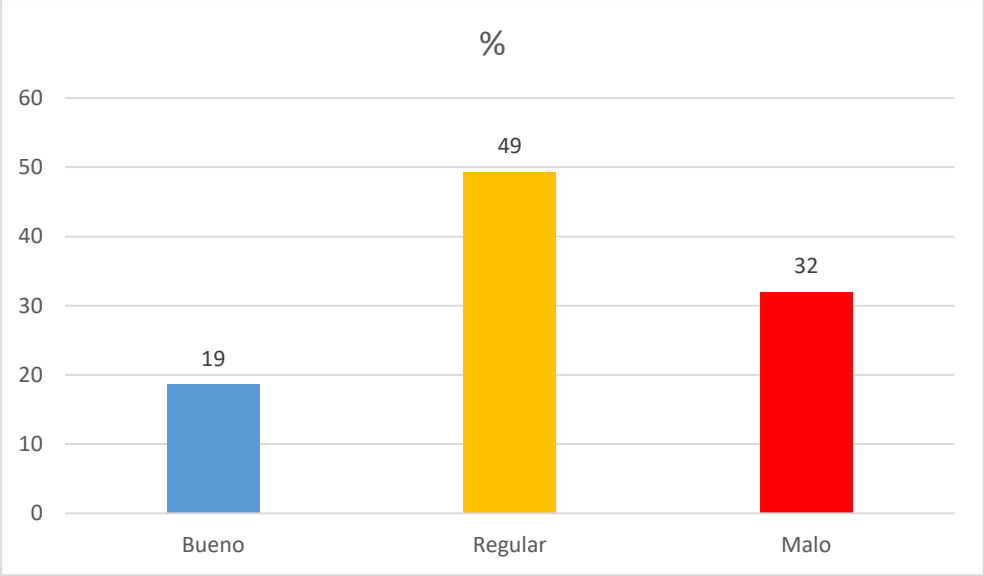
CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1. Nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	No.	%
Bueno	28	19
Regular	74	49
Malo	48	32
TOTAL	**150**	**100**

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

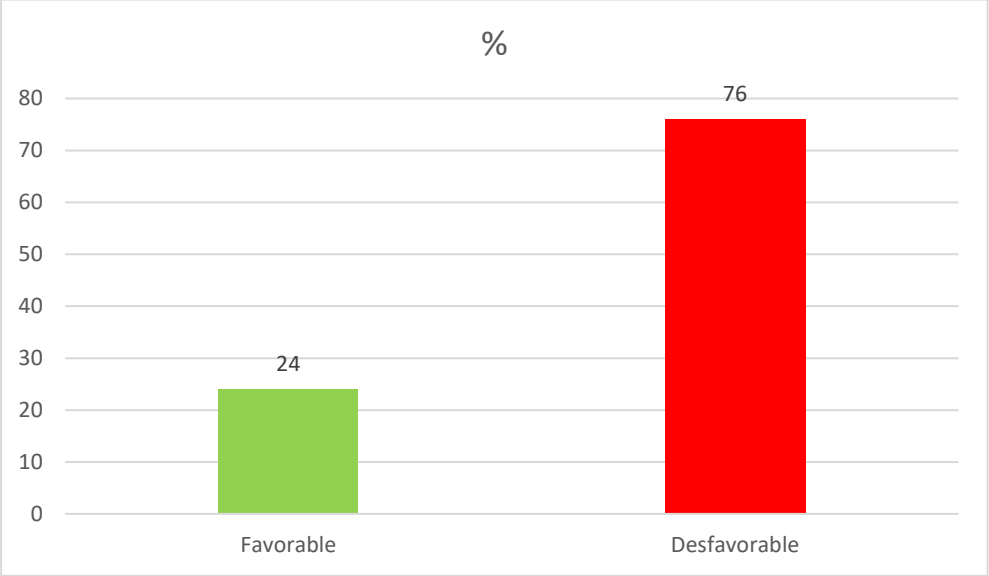
Gráfico 1. Nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020.

En la tabla 1 y el gráfico 1. Se observa que el nivel de conocimientos fue bueno solamente en el 19%, regular en el 49% de alumnos y malo en el 32% de alumnos.

Tabla 2. Actitud sobre VIH/SIDA en alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020.

ACTUD FRENTE A VIH/SIDA	No	%
Favorable	36	24
Desfavorable	114	76
TOTAL	**150**	**100**

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

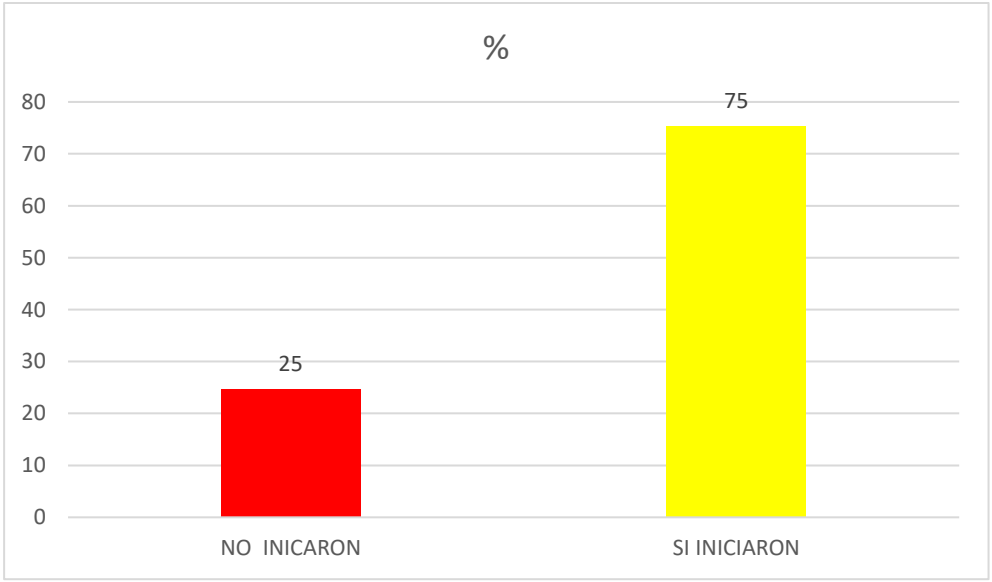
Gráfico 2. Actitud frente al VIH/SIDA en alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020.

En la tabla 2 y el gráfico 2, se observa que predominó la actitud desfavorable en el 76% de alumnos, y la actitud favorable en el 24% de alumnos.

Tabla 3. Alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020, que ya iniciaron su práctica sexual.

PRÁCTICA SEXUAL	No	%
SI INICARON	113	75
NO INICIARON	37	25
TOTAL	**150**	**100**

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

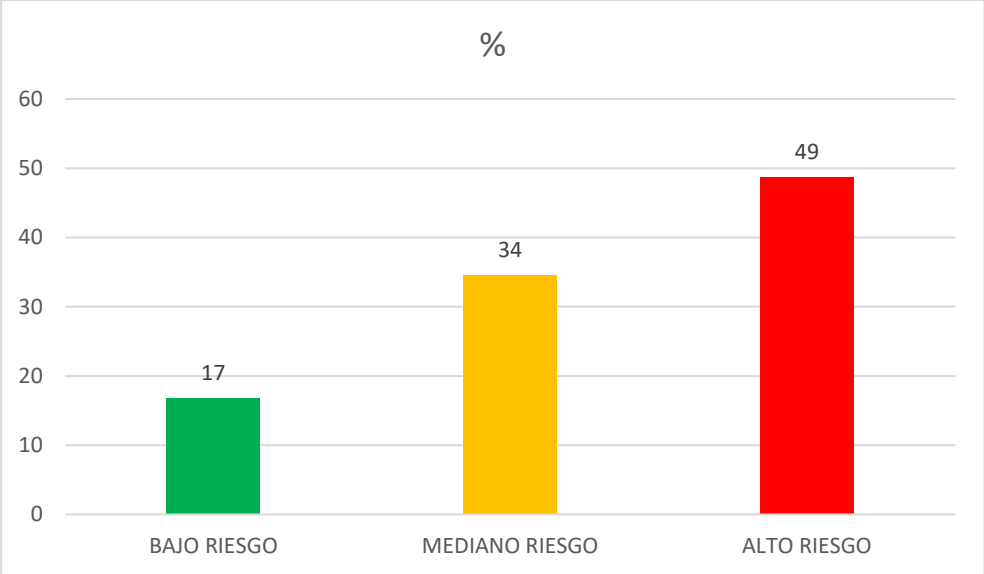
Gráfico 3. Alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020, que ya iniciaron su práctica sexual.

En la tabla 3 y el gráfico 3, se observa que el 75% de alumnos ya iniciaron su vida sexual activa y el 25% todavía no inicia su práctica sexual.

Tabla 4. Alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020, según tipo de práctica sexual.

TIPO DE PRÁCTICA SEXUAL	No.	%
BAJO RIESGO	19	17
MEDIANO RIESGO	39	34
ALTO RIESGO	55	49
TOTAL	**113**	**100**

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

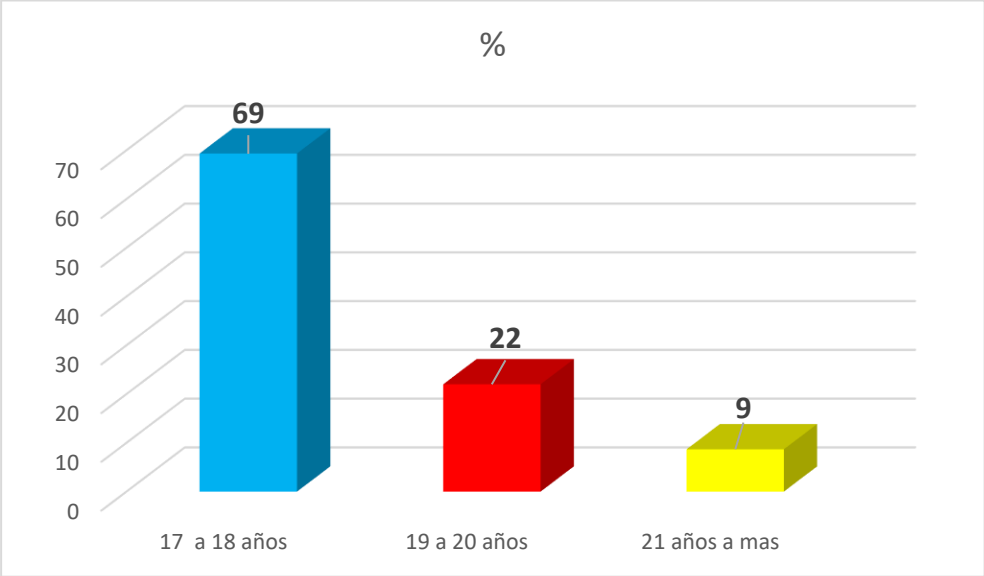
Gráfico 4. Alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020, según tipo de práctica sexual.

En la tabla 4 y el gráfico 4, se observa que los alumnos que tienen prácticas sexuales de bajo riesgo solo alcanzó al 17%, los que tienen prácticas sexuales de mediano riesgo alcanzó al 35% y los alumnos que tuvieron prácticas de alto riesgo alcanzó al 49%.

Tabla 5. Alumnos en estudio, del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020, según edad.

EDAD	No.	%
17 a 18 años	104	69
19 a 20 años	33	22
21 años a mas	13	9
TOTAL	**150**	**100**

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

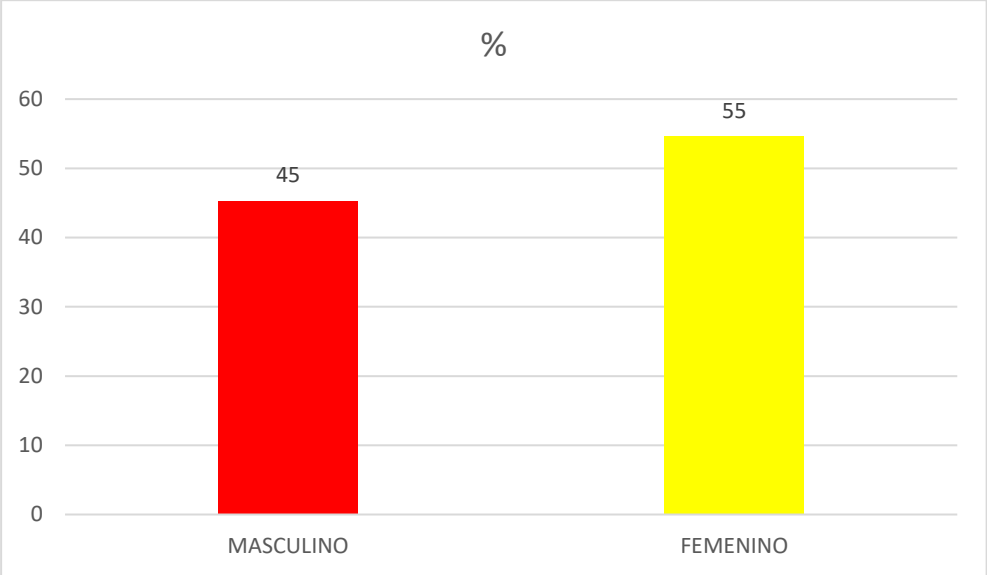
Gráfico 5. Alumnos en estudio, del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020, según edad.

En la tabla 5 y el gráfico 5, se observa que fue mayor el grupo entre 17 y 18 años con el 69%, el grupo de 19 a 20 años al 22% y mayores de 21 años solo el 9%.

Tabla 6. Alumnos del estudio según sexo.

SEXO	No.	%
MASCULINO	68	45
FEMENINO	82	55
TOTAL	**150**	**100**

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

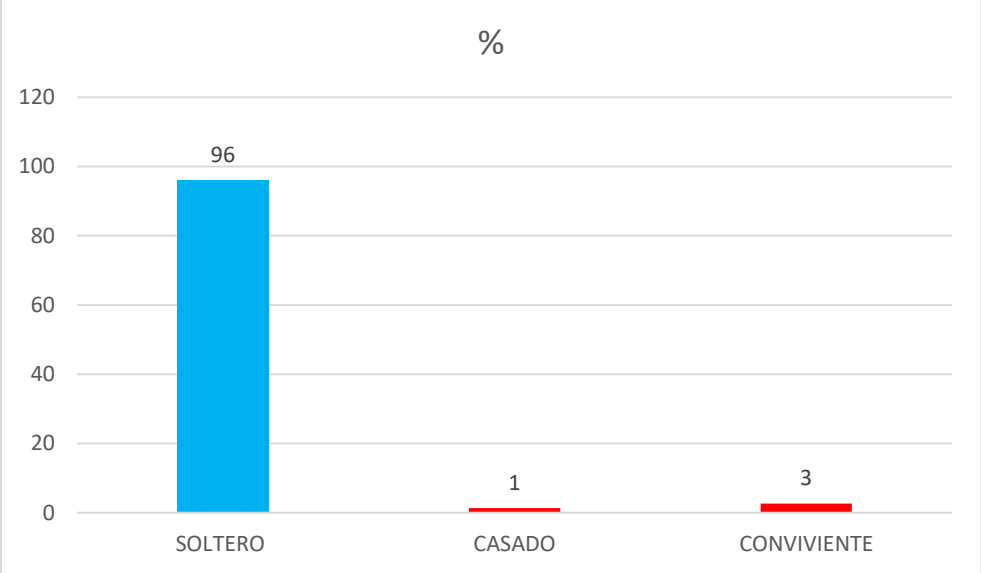
Gráfico 6. Alumnos del estudio según sexo.

En la tabla 6 y el gráfico 6, se observa que el mayor número de jóvenes que participaron en el estudio fueron mujeres con el 55% y solo el 45% fueron varones.

Tabla 7. Alumnos del estudio según estado civil.

ESTADO CIVIL	No	%
SOLTERO	144	96
CASADO	2	1
CONVIVIENTE	4	3
TOTAL	**150**	**100**

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

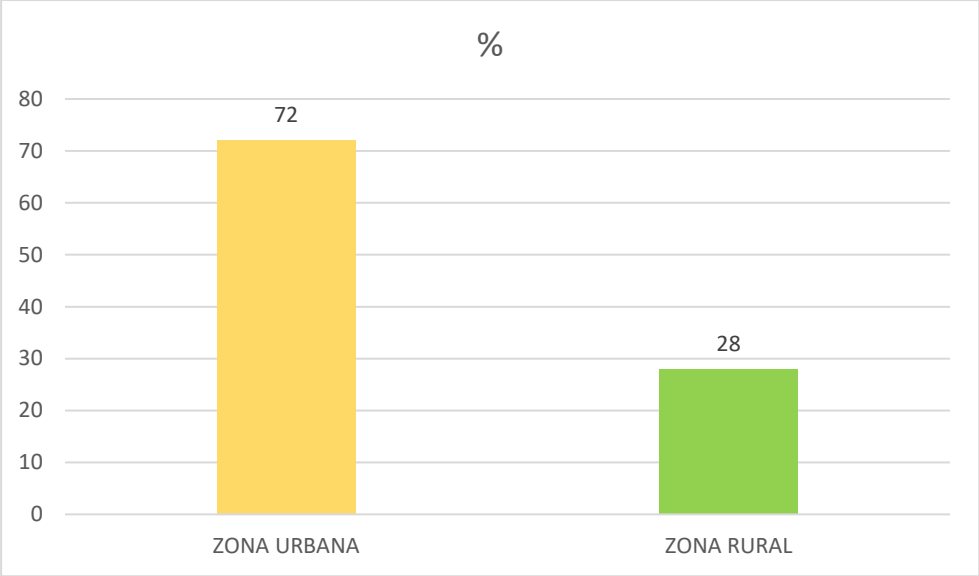
Gráfico 7. Alumnos del estudio según estado civil.

En la tabla 7 y el gráfico 7, se observa que el 96% eran solteros, 3% convivientes y el 1% casados.

Tabla 8. Alumnos del estudio según lugar de procedencia.

LUGAR DE PROCEDENCIA	No.	%
ZONA URBANA	108	72
ZONA RURAL	42	28
TOTAL	**150**	**100**

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

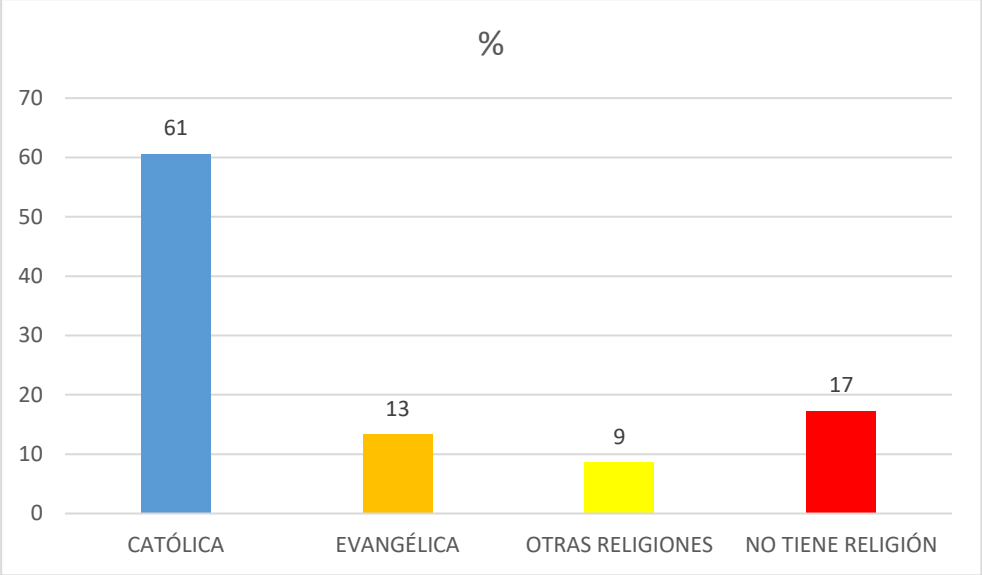
Gráfico 8. Alumnos del estudio según lugar de procedencia.

En la tabla 8 y el gráfico 8, se observa que el 72% de alumnos procedía de la zona urbana y el 28% de la zona rural.

Tabla 9. Alumnos del estudio según religión.

RELIGIÓN	No.	%
CATÓLICA	91	61
EVANGÉLICA	20	13
OTRAS RELIGIONES	13	9
NO TIENE RELIGIÓN	26	17
TOTAL	**150**	**100**

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

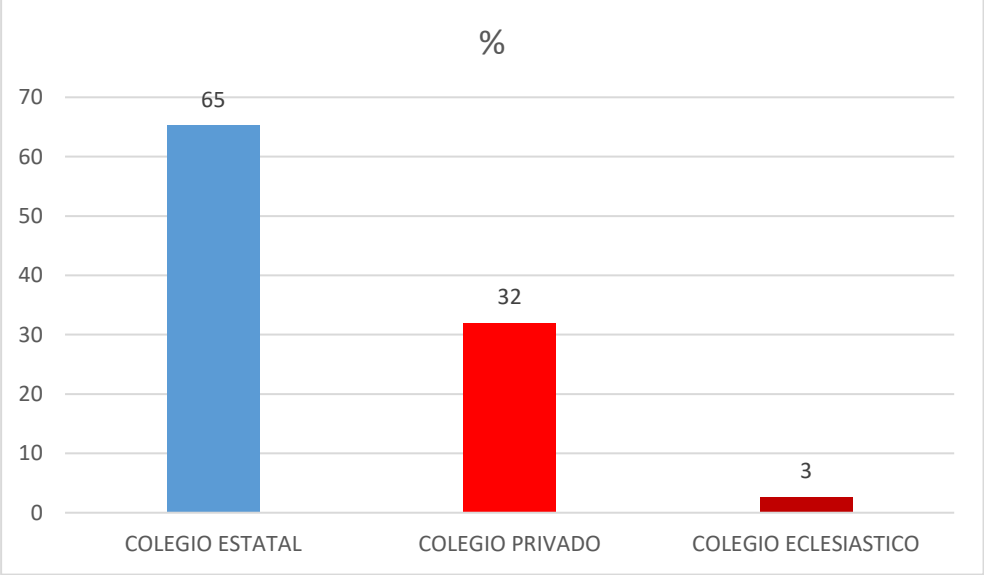
Gráfico 9. Alumnos del estudio según religión.

En la tabla 9 y el gráfico 9, se observa que el 61% de alumnos profesan la religión católica, 13% son evangélicos, 9% otras religiones como la religión mormona, testigos de Jehová entre otras; y el 17% manifiestan no tener religión alguna.

Tabla 10. Alumnos del estudio según tipo de colegio del cual proceden.

TIPO DE COLEGIO	No.	%
COLEGIO ESTATAL	98	65
COLEGIO PRIVADO	48	32
COLEGIO ECLESIASTICO	4	3
TOTAL	**150**	**100**

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

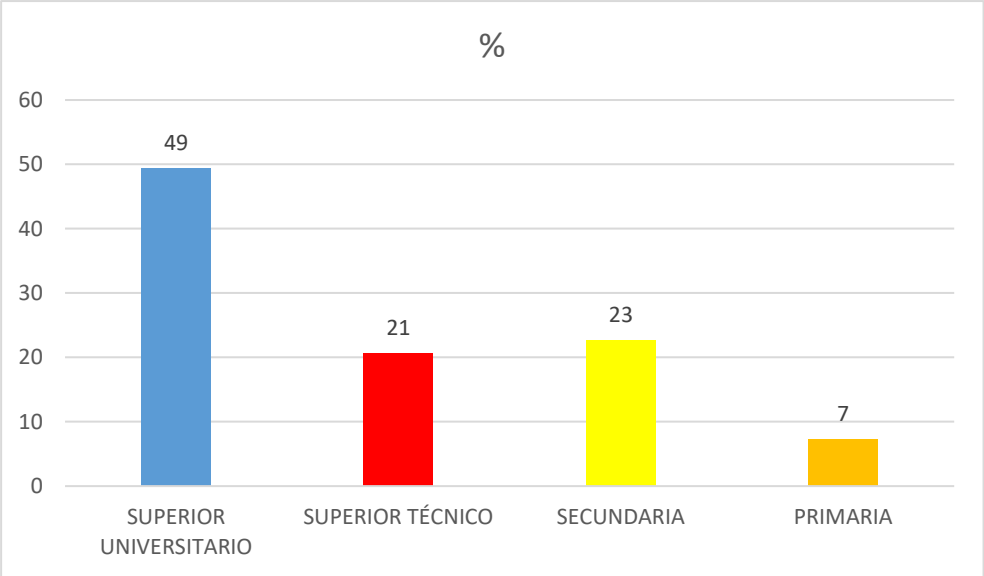
Gráfico 10. Alumnos del estudio según tipo de colegio del cual proceden.

En la tabla 10 y el gráfico 10, se observa que el 65% de alumnos proceden de un colegio estatal, el 32% de colegio particular o privado, y el 3% en un colegio eclesiástico.

Tabla 11. Alumnos del estudio según nivel académico de los padres.

NIVEL ACADÉMICO DE LOS PADRES	No.	%
SUPERIOR UNIVERSITARIO	74	49
SUPERIOR TÉCNICO	31	21
SECUNDARIA	34	23
PRIMARIA	11	7
TOTAL	**150**	**100**

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

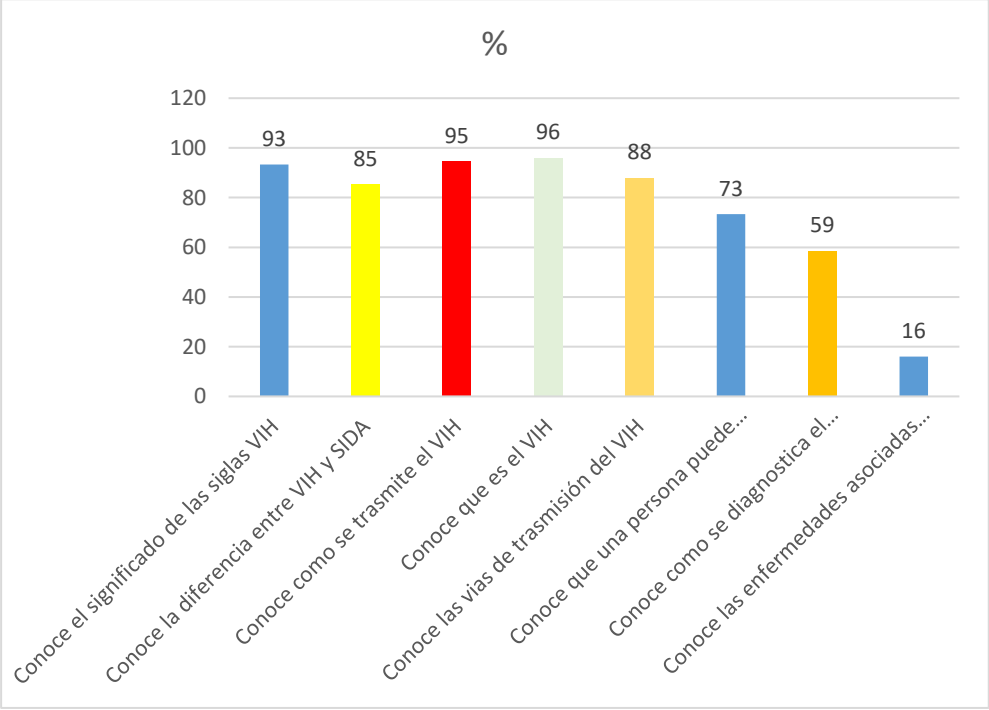
Gráfico 11. Alumnos del estudio según nivel académico de los padres.

En la tabla 11 y el gráfico 11, se observa que del 49% de alumnos sus padres tenían un nivel académico superior universitario, 21% nivel técnico, 23% solo secundaria y 7% primaria.

Tabla 12. Alumnos del estudio según algunas respuestas correctas del nivel de conocimientos.

PREGUNTA	CORRECTO	%
Conoce el significado de las siglas VIH	140	93
Conoce la diferencia entre VIH y SIDA	128	85
Conoce como se trasmite el VIH	142	95
Conoce que es el VIH	144	96
Conoce las vías de trasmisión del VIH	132	88
Conoce que una persona puede tener más de una ETS	110	73
Conoce cómo se diagnostica el VIH/SIDA	88	59
Conoce las enfermedades asociadas a SIDA	24	16

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

Gráfico 12. Alumnos del estudio según algunas respuestas correctas del nivel de conocimientos.

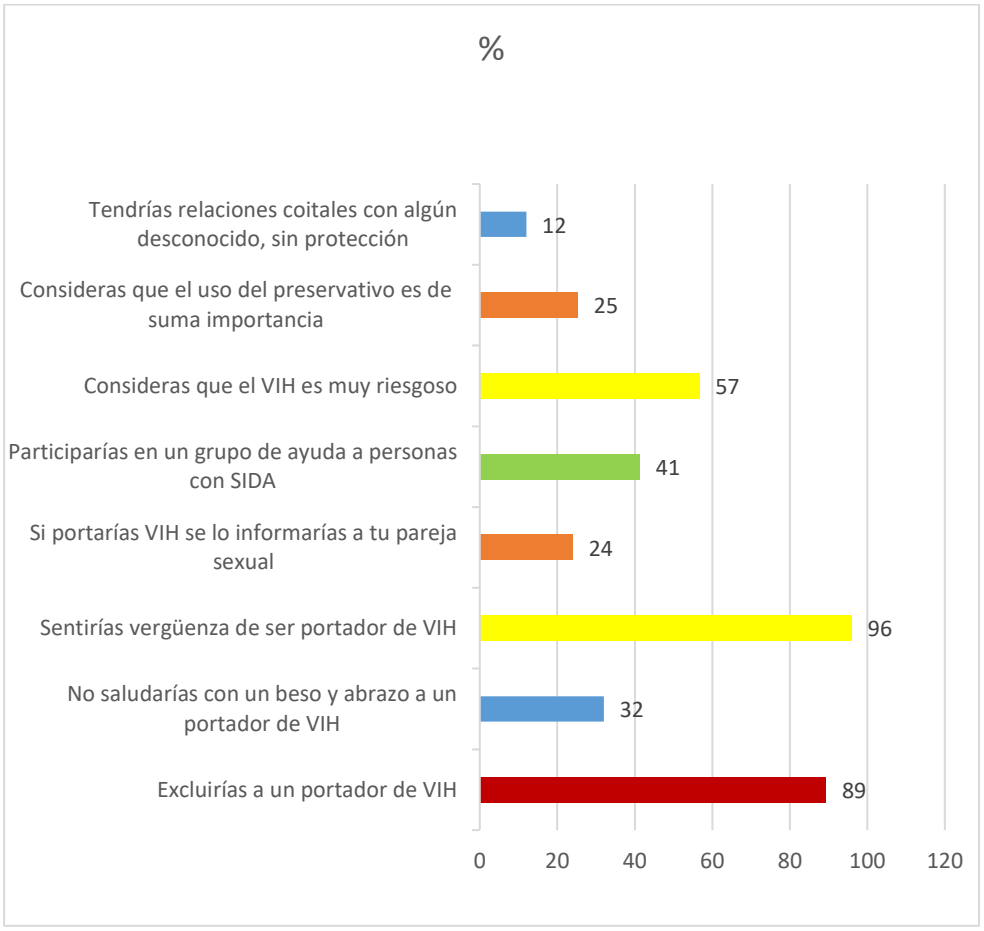
En la tabla 12 y el gráfico 12, se observa que el 96% conoce el significado de las siglas VIH, el 85% conoce la diferencia entre VIH y SIDA, el 95% conoce como se trasmite el VIH, el 96% conoce que es el VIH el 88% conoce las vías de trasmisión del VIH, el 73% conoce que una persona puede tener más de una ETS, el 59% conoce como se diagnostica el VIH/SIDA y solo el 16% conoce las enfermedades asociadas al SIDA.

Tabla 13. Alumnos del estudio según algunas respuestas sobre actitud.

RESPUESTAS SOBRE ACTITUDES	No.	%
Excluirías a un portador de VIH	134	89
No saludarías con un beso y abrazo a un portador de VIH	48	32
Sentirías vergüenza de ser portador de VIH	144	96
Si portarías VIH se lo informarías a tu pareja sexual	36	24
Participarías en un grupo de ayuda a personas con SIDA	62	41
Consideras que el VIH es muy riesgoso	85	57
Consideras que el uso del preservativo es de suma importancia	38	25
Tendrías relaciones coitales con algún desconocido, sin protección	18	12

Fuente: Base de datos de la investigación.

En la tabla 13, se observa que el 89% excluiría a un portador de VIH de su grupo de amigos, el 32% no saludaría con beso y abrazo, el 96% sentiría vergüenza de ser portador, el 24% no informaría a su pareja, el 41% participaría en un grupo de ayuda a personas con SIDA, el 57% considera que el VIH es muy riesgoso, el 25% considera que el uso de preservativo es de suma importancia y hasta el 12% tendría relaciones coitales con desconocidos sin protección.



Fuente: Base de datos de la investigación.

Gráfico 13. Alumnos del estudio según algunas respuestas sobre actitud.

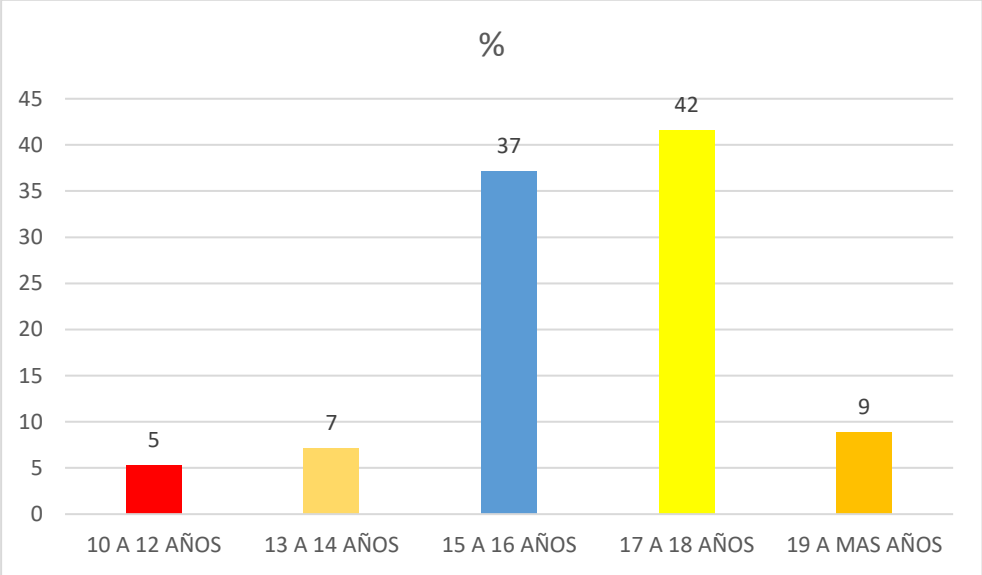
En el gráfico 13, se observa que el 89% excluiría a un portador de VIH de su grupo de amigos, el 32% no saludaría con beso y abrazo, el 96% sentiría vergüenza de ser portador, el 24% no informaría a su pareja, el 41% participaría en un grupo de ayuda a personas con SIDA, el 57% considera que el VIH es muy riesgoso, el 25% considera que el uso de preservativo es de suma importancia y hasta el 12% tendría relaciones coitales con desconocidos sin protección.

PRÁCTICA SEXUAL

Tabla 14. Alumnos del estudio según edad de inicio de relaciones sexuales.

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	No	%
10 a 12 AÑOS	6	5
13 a 14 AÑOS	8	7
15 a 16 AÑOS	42	37
17 a 18 AÑOS	47	42
19 a MAS AÑOS	10	9
TOTAL	113	100

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

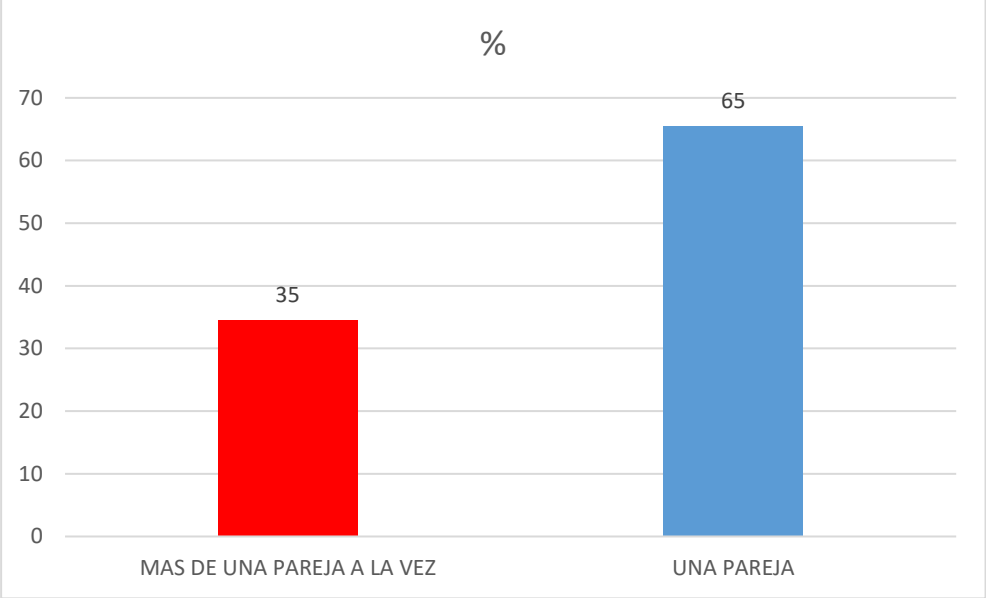
Gráfico 14. Alumnos del estudio según edad de inicio de relaciones sexuales.

En la tabla 14 y el gráfico 14, se observa que la edad de inicio de las relaciones sexuales del 5% de estudiantes fue entre 10 y 12 años, de 13 a 14 años en el 7% de los alumnos, de 15 a 16 años el 37% de los alumnos, de 17 a 18 años el 42% de los alumnos y de 19 a más años el 9%.

Tabla 15. Alumnos del estudio según número de parejas sexuales.

NUMERO DE PAREJAS A LA VEZ	No.	%
MAS DE UNA PAREJA A LA VEZ	39	35
UNA PAREJA	74	65
TOTAL	113	100

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

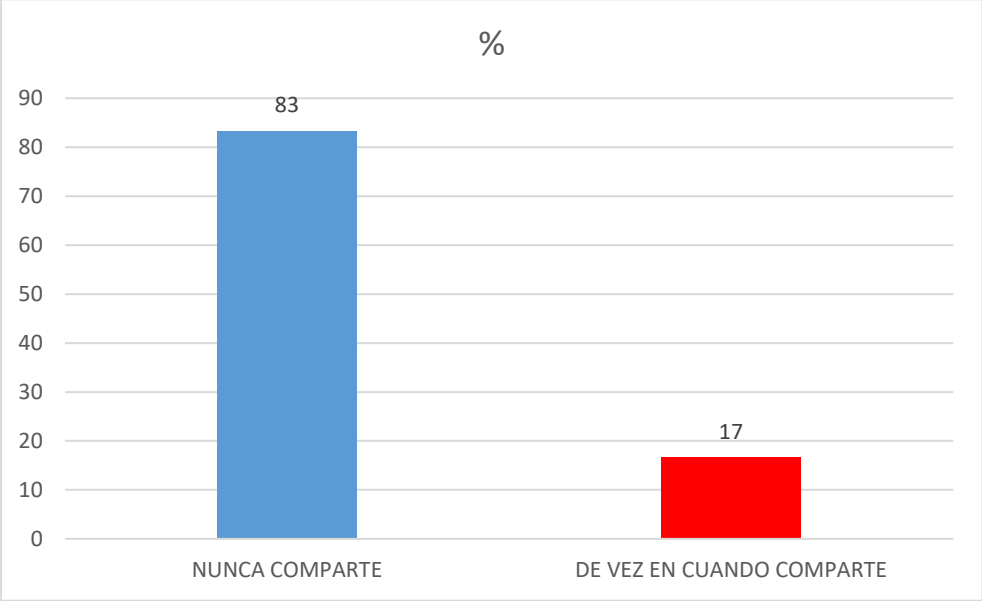
Gráfico 15. Alumnos del estudio según número de parejas sexuales.

En la tabla 15 y el gráfico 15, se observa en relación al número de parejas que el 35% de estudiantes tuvo más de una pareja a la vez, y 65% solo una pareja.

Tabla 16. Alumnos del estudio según uso de objetos de afeitar.

USO DE OBJETOS DE AFEITAR	No	%
NUNCA COMPARTE	125	83
DE VEZ EN CUANDO COMPARTE	25	17
TOTAL	150	100

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

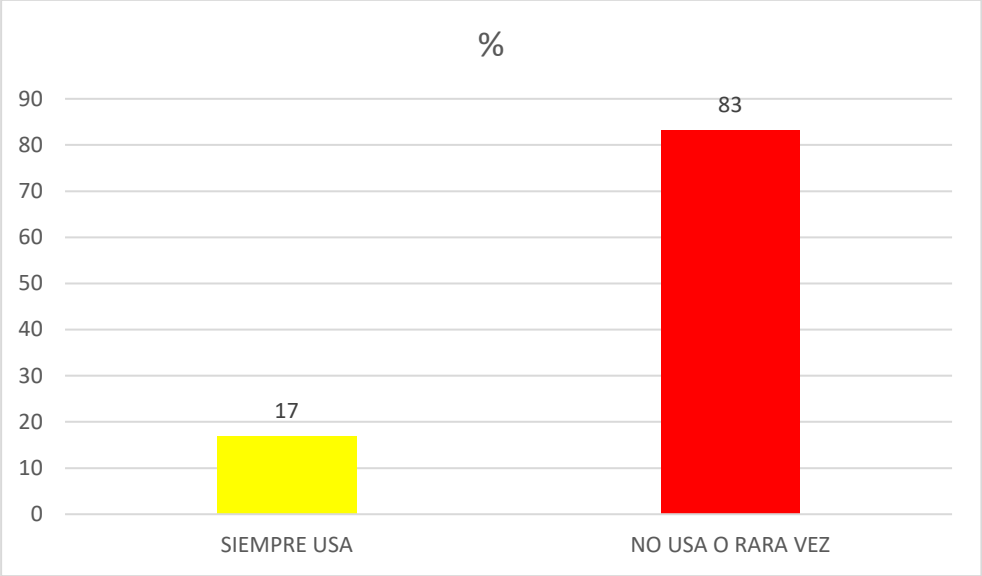
Gráfico 16. Alumnos del estudio según uso de objetos de afeitar.

En la tabla y el gráfico 16, se observa que el 83% de alumnos nunca comparte objetos de afeitar y el 17% comparte de vez en cuando.

Tabla 17. Alumnos del estudio según uso de preservativos.

FRECUENCIA DE USO DE PRESERVATIVO	No	%
SIEMPRE USA	19	17
NO USA O RARA VEZ	94	83
TOTAL	113	100

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

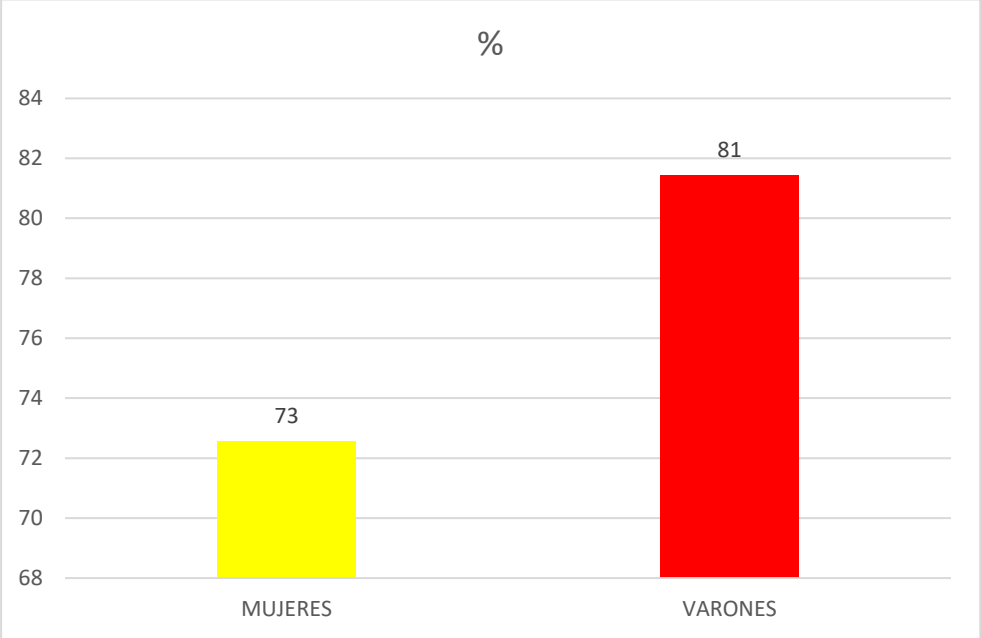
Gráfico 17. Alumnos del estudio según uso de preservativos.

En la tabla 17 y el gráfico 17, se observa que 17% de alumnos siempre usa preservativos y el 83% no lo usa o rara vez.

Tabla 18. Alumnos del estudio según práctica sexual sin preservativo.

PRÁCTICA SIN PRESERVATIVO	No.	%
MUJERES	82	73
VARONES	92	81

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

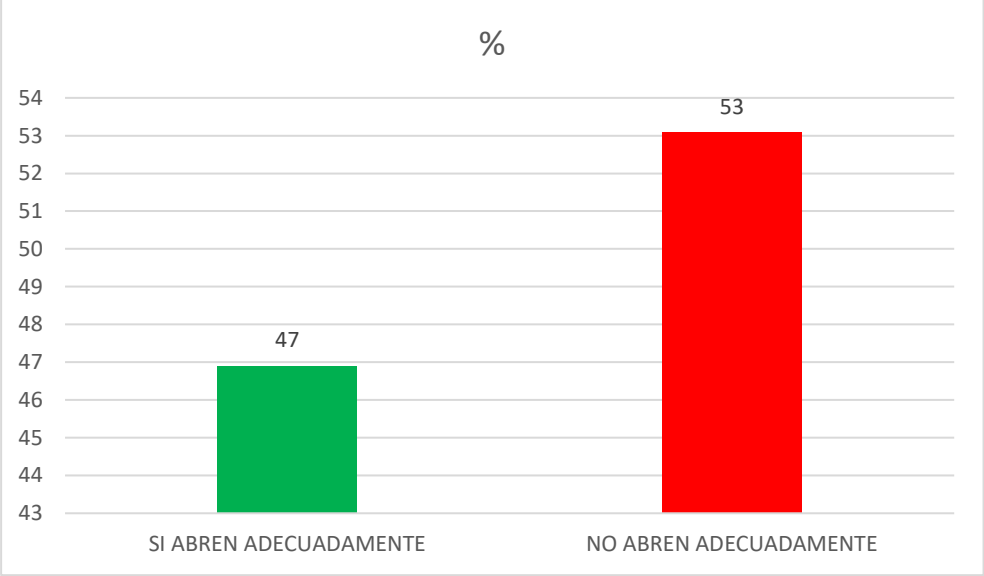
Gráfico 18. Alumnos del estudio según práctica sexual sin preservativo.

En la tabla 18 y el gráfico 18, se observa que el 73% de mujeres tuvieron alguna vez prácticas sexuales sin preservativos y el 81% de varones no usaron preservativo alguna vez en sus relaciones coitales.

Tabla 19. Alumnos del estudio según si abren el preservativo de manera adecuada.

ABREN PRESERVATIVO ADECUADAMENTE	No	%
SI ABREN ADECUADAMENTE	53	47
NO ABREN ADECUADAMENTE	60	53
TOTAL	**113**	**100**

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

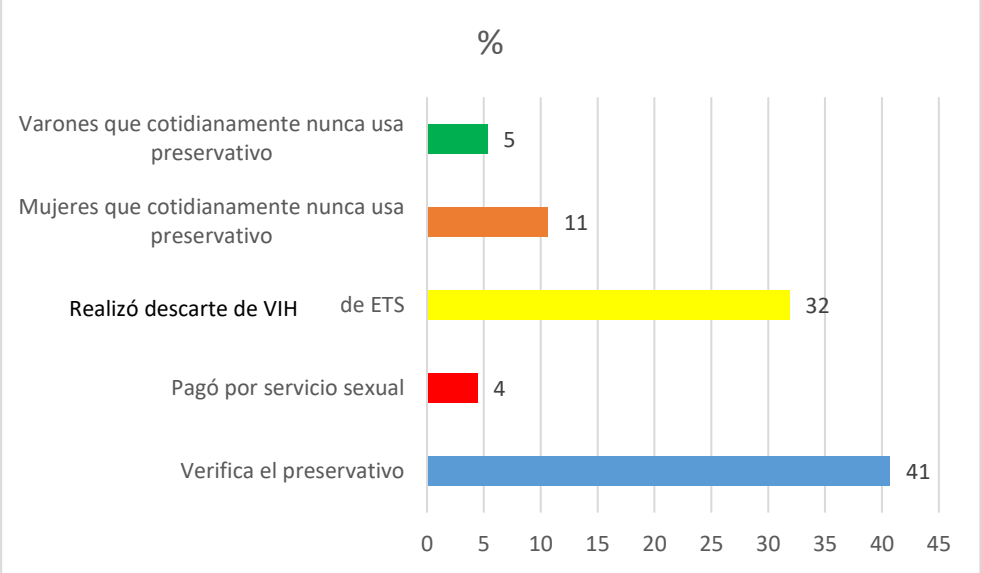
Gráfico 19. Alumnos del estudio según si abren el preservativo de manera adecuada.

En la tabla 19 y el gráfico 19 podemos observar que el 47% abren adecuadamente el preservativo y el 53% no lo hace.

Tabla 20. Alumnos del estudio según algunas prácticas sexuales frecuentes.

PRÁCTICAS SEXUALES	No.	%
Verifica el preservativo	46	41
Pagó por servicio sexual	5	4
Realizó descarte de VIH	36	32
Mujeres que cotidianamente nunca usa preservativo	12	11
Varones que cotidianamente nunca usa preservativo	6	5

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

Gráfico 20. Alumnos del estudio según prácticas sexuales frecuentes.

En la tabla 20 el gráfico 20, se observa el 41% de estudiantes verifica los preservativos antes de usar, el 4% pagó por servicios sexuales, el 32% ya se realizó un descarte de ETS y cotidianamente el 11% de mujeres nunca obliga a su pareja a usar preservativo y el 5% de varones nunca usa preservativo cotidianamente.

4.2. DISCUSIÓN

En relación a los objetivos de la presente investigación podemos decir lo siguiente: 1. El nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020, fue bueno en el 19%, regular 49% y malo en el 32%. 2. Con relación a la actitud fue favorable en el 24% y desfavorable en el 76%. 3. Con respecto a las prácticas sexuales, el 75% de alumnos ya iniciaron su vida sexual activa y de ellos, 17% tiene prácticas de bajo riesgo, el 34% tiene prácticas de mediano riesgo y el 49% de alto riesgo. Hay coincidencias con algunos autores como, **Huayta Santos AJ** (15) quien encontró en su estudio un nivel bajo de conocimientos en el 53% de su población, además de una actitud negativa en el 52.5%. Mostrando así similitud en la realidad de la juventud de su localidad. Hay coincidencias también con **Macchi M.** (9) quien en su investigación nos muestra que en Paraguay la edad de inicio de la vida sexual es 14,6. y el nivel de conocimientos en general fue bajo. Lo que los pone en situación de riesgo para contraer VIH/SIDA u alguna otra ETS. Podemos ver al igual que en nuestro estudio, que el bajo nivel de conocimientos se ve reflejado en las prácticas sexuales de riesgo que adoptan los adolescentes.

Sin embargo, se observaron también discordancias con otras investigaciones como, **Carratalá E**. (10) que en su estudio nos muestra que los adolescentes de familias disfuncionales presentaron un mejor nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA. Esta influencia de los padres no se ve reflejado en nuestro estudio, ya que la mitad de los padres tienen nivel superior universitario, pero los conocimientos de los adolescentes respecto al VIH/SIDA fue bueno solo en el 19%. Se encontraron también diferencias con **Taleno Espinoza EJ** (8) quien en su estudio realizado en Nicaragua encontró en la mayoría de los estudiantes un buen nivel de conocimiento, en su mayoría una actitud favorable y además un buen nivel de prácticas sexuales seguras. Es importante para nosotros investigar y comparar variables que nos expliquen o direccionen acerca del buen nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de los estudiantes de Nicaragua, de modo que pueda ser replicado en otros lugares,

incluyendo nuestra localidad. Se observó en **Villafaña Angarita T.** (11) que no hay relación entre variables independientes con las dependientes, hallándose homogeneidad en la muestra. Por lo que, aunque no se demostró asociación, si es un modelo a contrastar en nuestra población con el fin de identificar aspectos mejorables para futuras estrategias de prevención.

En relación a los aspectos sociodemográficos, la edad mayoritaria osciló entre 17 a 18 años representando el 69%, los de 19 a 20 años representaron el 22% y los de 21 años a más representan el 9%. Considerando el sexo, el 55% de los alumnos fueron mujeres y el 45% varones. La mayoría fueron solteros representando el 96%, convivientes 3% y casados 1%. Proceden de la zona urbana el 72% y de la zona rural el 28%. En relación a la religión que profesan la mayoría son católicos 61%, evangélicos 13%, otras religiones 9% y no tienen una religión 17%. Tipo de colegio del cuál proceden: estatal 65%, privado 32% y eclesiástico 3%. El nivel académico de los padres fue superior universitario 49%, secundaria 23%, superior técnica 21% y primaria 7%.

Con respecto a las interrogantes planteadas para evaluar el nivel de conocimientos: se observó que el 96% conoce el significado de las siglas VIH, el 85% conoce la diferencia entre VIH y SIDA, el 95% conoce como se trasmite el VIH, el 96% conoce que es el VIH, el 88% conoce las vías de trasmisión del VIH, el 73% conoce que una persona puede tener más de una ETS, el 59% conoce como se diagnostica el VIH/SIDA y solo el 16% conoce las enfermedades asociadas al SIDA. Con relación a las actitudes se observó que el 89% excluiría a un portador de VIH de su grupo de amigos, el 32% no saludaría con beso y abrazo, el 96% sentiría vergüenza de ser portador, el 24% no informaría a su pareja, el 41% participaría en un grupo de ayuda a personas con SIDA, el 57% considera que el VIH es muy riesgoso, el 25% considera que el uso de preservativo es de suma importancia y hasta el 12% tendría relaciones coitales con desconocidos sin protección.

Con respecto a las prácticas se observó que la edad de inicio de las relaciones sexuales del 5% de estudiantes fue entre 10 y 12 años, de 13 a 14 años 7%, de 15 a 16 años 37%, de 17 a 18 años 42% y de 19 a más años 9%. Con respecto al número de parejas el 35% tiene más de una pareja a la vez, y 65% una sola pareja; comparten objetos de afeitar el 17% y el 83% nunca lo hace; El uso de preservativos es muy importante en la prevención del VIH pero el 73% de mujeres y el 81% de varones ha tenido alguna vez relaciones sexuales sin protección. También el 47% abren adecuadamente el preservativo y el 53% no lo hace, el 41% de estudiantes verifica los preservativos antes de usar, el 4% pagó por servicios sexuales, el 32% ya se realizó un descarte de VIH, cotidianamente el 11% de mujeres nunca obliga a su pareja a usar preservativo, y el 5% de varones nunca usa preservativo cotidianamente. Esto nos muestra por lo menos un regular nivel de conocimientos acerca del VIH/SIDA en la mayor parte de la población estudiada, pero que contrastan con una conducta desfavorable en las tres cuartas partes del total, y prácticas sexuales de alto riesgo en la mitad de la población de estudio, lo que nos indica que existen otros factores además de los conocimientos, que influyen en las conductas y prácticas sexuales, las cuales deben ser revisadas y estudiadas, en siguientes investigaciones, con el fin de presentar cada vez mejores y más eficaces estrategias que nos ayuden a combatir contra esta pandemia del VIH/SIDA.

CONCLUSIONES

Objetivo 1: Determinar el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020.

1. Al explorar los conocimientos sobre VIH/SIDA los hallazgos indican que la mitad de los estudiantes tiene un nivel regular. Y además de ello, que la tercera parte del total de estudiantes presentaron un nivel de conocimientos malo.

Objetivo 2: Evaluar las actitudes frente al VIH/SIDA de los alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020.

2. Las actitudes de los estudiantes frente al VIH/SIDA en su mayoría fue desfavorable, mostrando relación con el nivel de desconocimiento. Sus actitudes frente a una persona con VIH, o sus actitudes en caso de ser portadores del virus, fueron desfavorables.

Objetivo 3: Conocer las prácticas sexuales en alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020.

3. Las prácticas sexuales en la mitad de ellos fueron de alto riesgo, y de la mayoría de alumnos restantes fueron de mediano riesgo.

Objetivo 4: Describir las características sociodemográficas de los estudiantes del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020.

4. La mayor parte de los encuestados están entre los 17 y 18 años, predominando el sexo femenino, solteros, proceden de zona urbana, religión católicos, de colegios estatales, y el nivel académico de los padres superior universitario.

RECOMENDACIONES

1. Implementar jornadas continuas de capacitación y educación sexual desde la secundaria, debido a que la mayoría llega a la universidad con una vida sexual activa, la mayoría de los cuales teniendo prácticas sexuales de riesgo.

2. Desarrollar talleres prácticos sobre sexualidad en espacios abiertos de la universidad, guiado y promovido por los docentes para una mayor participación de los estudiantes. Pero ejecutado por los estudiantes para un mayor aprendizaje.

3. Realizar visitas a los programas de VIH/SIDA que están en hospitales de la localidad, para una mayor sensibilización de la problemática en los estudiantes.

4. Crear espacios de mentoría que sean conocidos por toda la población estudiantil, donde puedan encontrar respuestas a sus propias interrogantes, apoyo en preservativos, etc.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Organización Mundial de la Salud – OMS. VIH/SIDA. [Internet]. 30 de noviembre de 2020. [Citado el 15 de febrero del 2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids.

2. ONU – SIDA. [internet]. Hoja informativa. Estadísticas Mundiales sobre el VIH. [citado el 18 de abril del 2021]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf.

3. Red Nacional de Epidemiología – RENACE. Situación Epidemiológica del VIH – SIDA en el Perú [Internet]. Boletin VIH Febrero 2020. [Citado el 15 de febrero del 2021]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2020/febrero.pdf

4. Cueto M. El rastro del SIDA en el Perú. Hist. cienc. saude-Manguinhos [Internet]. 2002 e [consultado el 15 de febrero de 2021]; 9 (Supl.): 17-40. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000400002&lng=en. https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000400002.

5. Bravo-García, E. La mortalidad por VIH en las jurisdicciones sanitarias de México de 1990 a 2015. Salud Pública de México [online]. v. 61, n. 5 [Accedido 15 Febrero 2021], pp. 563-571. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/10040>. ISSN 0036-3634. https://doi.org/10.21149/10040.

6. Taleno Espinoza E J. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH-SIDA en estudiantes de la Universidad Hispano Americana, sede Masaya, Nicaragua. Marzo del 2013. https://repositorio.unan.edu.ni/7593/.

7. Pernaz-Linsuy G, Cárcamo-Cavagnaro C. Conocimientos, actitudes y prácticas de la mujer peruana sobre la infección por VIH/SIDA. Rev. Perú. med. exp. salud pública

[Internet]. 2015 Oct [citado 2021 Feb 13]; 32(4): 667-672. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000400006&lng=es.

8. Dirección General de Epidemiología. Ministerio de Salud del Perú. [Internet]. Boletín Epidemiológico del Perú Vol. 28. Sem. 33. [citado el 19 de abril del 2021]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/33.pdf.

9. Macchi M, Benitez Leite S, Corvalan A, Núñez C, Ortigoza D. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de Educación, del área metropolitana, Paraguay. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2008 Abr [citado 2021 Abr 19] ; 79(2): 206-217. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000200012&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062008000200012.

10. Carratalá E, Espada J, Orgilés M. Conocimientos y actitudes hacia el VIH/SIDA: diferencias entre adolescentes españoles con padres casados y divorciados. Salud Ment [revista en la Internet]. 2013 Oct [citado 2021 Abr 19]; 36(5): 387-391. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000500006&lng=es.

11. Villafaña A, Tatiana M; Sierra L, Jahury E; Smith P. Conocimiento, actitudes y prácticas frente al VIH/SIDA en estudiantes de bachillerato de Cúcuta, Norte de Santander, Colombia Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, vol. 38, núm. 1, 2019. Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica, Venezuela Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55959379018.

12. Pernaz-Linsuy G; Cárcamo-Cavagnaro C. (2015). Conocimientos, actitudes y prácticas de la mujer peruana sobre la infección por VIH/SIDA. *Revista Peruana de*

Medicina Experimental y Salud Pública, 32(4), 667-672. doi:https://doi.org/10.17843/rpmesp.2015.324.1756

13. Lee Garcés Y; García Guerra A. L; Speck Montoya A; Cantillo García A. E, Bustabad Ruiz D. Nivel de conocimientos sobre manejo de pacientes con VIH/sida en Estomatología. Rev. inf. cient. [Internet]. 2018 Oct [citado 2021 Abr 19]; 97(5): 977-986. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000500977&lng=es.

14. Phoco Manzo A. E. Nivel de conocimiento y actitud sobre el VIH en los adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria de la Institución Educativa mixto San Luis Cañete. Periodo 2019. [pregrado]. Universidad Privada Sergio Bernales, 2019. Disponible en: http://repositorio.upsb.edu.pe/bitstream/UPSB/203/1/Phoco_A_Tesis.pdf.

15. Huayta Santos A J. Relación entre nivel de conocimiento y actitud frente a la infección por VIH/SIDA en estudiantes de 4to. y 5to. de secundaria de la institución educativa Daniel Alomía Robles Nº 113 del distrito de San Juan de Lurigancho, Lima – 2019. [pregrado]. Universidad Privada Norbert Wiener, 2019. Disponible en: http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/3117/TESIS%20Huayta%20Ana.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

16. Ramírez Calle F J. Conocimientos y actitudes de prevención sobre el VIH-SIDA en estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa 2015. [Post grado]. Universidad Nacional de Ucayali, 2015. Disponible en. http://repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/3303.

17. Rojas Vargas M; Vizcarra Fababa, D. Infecciones oportunistas en pacientes VIH/SIDA en el Hospital regional de Pucallpa, periodo 2010-2013. [pregrado]. Universidad Nacional de Ucayali, 2016. Disponible en: http://repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/1613.

18. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Salud en el adolescente con infección por VIH/SIDA - OPS/OMS 31 [sede Web]. Ginebra - Suiza: OPS/OMS; 2018 [acceso 05 de enero de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/topics/hiv_aids/es/

19. Organización Mundial de la Salud. Jóvenes y enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA - OMS/ ETS [sede Web]. Ginebra - Suiza: OMS/ETS; 2017 [acceso 07 de enero de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids

20. Ministerio de la Salud. Documento técnico: Situación de la salud de los adolescentes en el Perú: Ministerio de Salud [sede Web]. Perú: Ministerio de la Salud; 2017 [acceso 08 de enero de 2019]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=362&Itemid=362.

21. Ministerio de Salud. Información del VIH/SIDA: datos y cifras de la dirección general de Epidemiología (DGE) del Ministerio de Salud [sede Web]. Perú: Ministerio de la Salud; 2017 [acceso 15 de enero de 2019]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=418&Itemid=104

22. Organización Mundial de la Salud. La adolescencia: Organización Mundial de la Salud (OMS) [sede Web]. Ginebra - Suiza: Ministerio de la Salud; 2017 [acceso 20 de enero de 2019]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf

23. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Miradas diversas sobre jóvenes, sexualidad y VIH SIDA: pistas para la acción [sede Web]. Perú: UNICEF; 2018 [acceso 25 de enero de 2019]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/aids/3823_newsline.html 7. Ministerio de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Determinantes de las conductas sexuales en

adolescentes en el Perú [sede Web]. Perú: MINSA/OMS; 2018 [acceso 17 de febrero de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/e s/

24. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, Ministerio de la Salud. Prácticas sexuales en los adolescentes [sede Web]. Perú: UNICEF/MINSA; 2018 [acceso 24 de febrero de 2019]. Disponible en: https://www.unicef.org/peru/media/1546/file/Salud%20adolescente.pdf Organización Mundial de la Salud y Ministerio de la Salud. Conceptos teóricos, fases de infección de VIH/SIDA [sede Web]. Ginebra: OMS/MINSA; 2018 [acceso 03 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/features/qa/71/es/

25. Bunge M. Fundamentos teóricos de conocimientos. Madrid: Elsevier; 2011 Disponible en: http://materialdeapoyo2011.libro.com/2011/03/quees-el-conocimiento-mario-bunge.html

ANEXO

ANEXO 1

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE VIH/SIDA EN ALUMNOS DEL PRIMER AÑO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI, AÑO 2020

VARIABLES	INDICADORES	VALOR FINAL	Marcar o rellenar
EDAD	Edad en años	Menor a 19 años De 19 a 24 años. De 25 a 29 años. De 30 a más años De 70 a 79 años. Mayores o iguales a 80 años	
Nivel de conocimientos en VIH/SIDA	Bueno Regular Malo	16 a 20 puntos 11 a 15 puntos 0 a 10 puntos	
Actitud frente a VIH/SIDA	Favorable Desfavorable	40 a 60 puntos 20 a 39 puntos	
Prácticas sexuales	Bajo riesgo Mediano riesgo Alto riesgo	16 a 20 puntos 11 a 15 puntos 0 a 10 puntos	
Sexo	Masculino Femenino	Si / No	
Estado civil	Soltero Casado Conviviente	Si / No	
Procedencia	Rural Urbano	Si / No	
Colegio de procedencia	Estatal Privado Eclesiástico	Si / No	
Religión	Católico Evangélico Otras Sin religión	Si / No	
Nivel académico de los padres	Primaria Secundaria Superior	Si /No	

CONOCIMIENTOS DE VIH

ÍTEM O PREGUNTA	RELLENAR O MARCAR SEGÚN CORRESPONDA
1. ¿Qué significa las siglas VIH?	
2. ¿Cuál es la diferencia entre VIH/SIDA	
3. ¿Cómo se trasmite el VIH?	
4. ¿Qué es el VIH?	
5. ¿Qué son la ETS?	
6. ¿La ETS se contraen únicamente por sexo vaginal?	
7. ¿Puedes contraer alguna ETS por sexo oral o anal?	
8. ¿Se puede contraer más de una ETS a la vez?	
9. ¿Cuáles son las pruebas diagnostica del VIH/SIDA?	
10. ¿Qué enfermedades puede presentar un paciente en estadio SIDA?	

ACTITUDES	RESPUESTA
¿Excluirías de tu grupo de amigos a un portador de VIH?	
¿Saludarías con un beso y abrazo a un portador de VIH?	
¿Sentirías vergüenza de ser portador de VIH?	
¿Si portarías VIH o alguna ETS se lo informarías a tu pareja sexual, antes de tener relaciones coitales?	
¿Participarías en un grupo de ayuda a personas con sida?	
¿Qué tan peligroso consideras que es contagiarse de alguna ETS?	
¿Consideras necesarias las charlas sobre la prevención de ETS?	
¿Consideras que el uso del preservativo es de suma importancia para prevención de las ETS?	
¿Tendrías relaciones coitales con algún desconocido, sin protección?	
¿Cuál sería tu actitud en una charla universitaria sobre las ETS?	

PRÁCTICA	RESPUESTAS
¿Ya iniciaste tu vida sexual?	
¿A qué edad empezaste tu vida sexual?	
¿alguna vez has tenido relaciones coitales sin preservativo?	
¿Alguna vez has pagado por servicios sexuales (prostitución)?	
¿Usas tijeras, uñas o los dientes para abrir un preservativo?	
¿Antes de tener relaciones verificas el preservativo?	
¿Has tenido más de una pareja a la vez?	
¿Usas preservativos en todas tus relaciones coitales?	
¿Alguna vez te hiciste una prueba de descarte de VIH?	
¿Compartes hojas de afeitar con otras personas?	

ANEXO 2

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
¿Cuál es el nivel de conocimientos actitudes y practicas sobre VIH/SIDA en alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020? ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre VHI/SIDA en alumnos del primer año de la Universidad Nacional Ucayali, año 2020? ¿Cuáles son las actitudes frente al VIH/SIDA de los alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020? ¿Cuáles son las prácticas sexuales en alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020?	Describir el nivel de conocimientos actitudes y practicas sobre VIH/SIDA en alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2021?	Determinar el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020. Evaluar las actitudes frente al VIH/SIDA de los alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020. Conocer las prácticas sexuales en alumnos del primer año de la Universidad Nacional de Ucayali, año 2020.	No lleva hipótesis por ser un estudio descriptivo.	Edad sexo. Estado civil Procedencia Colegios del cual proceden Religión Nivel académico de los padres Nivel de conocimientos. Actitudes. Prácticas sexuales.