

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E. A. P. ENFERMERÍA

**Nivel de conocimientos acerca del
Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
(SIDA) en los estudiantes de 5^{to} ao de
secundaria de dos instituciones
educativas de la UGEL n° 05 s.JL 2006**

TESIS para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería

AUTOR:

Nilton Delgado Rimarachn

LIMA – PERU 2007

Agradezco a la Mg. Martha Vera por compartir sus conocimientos con mi persona y así dar un aporte importante a la realización del presente estudio de investigación.

A las Licenciadas de la Escuela Académica Profesional de Enfermería que dieron sus sugerencias para mejorar el presente estudio de investigación.

A la UNMSM por estos cinco años donde me enseñó no solo a superarme como profesional si no también como persona.

A mis padres Adelina y Gerardo
por su apoyo incondicional y por
enseñarme a que esta vida esta llena
de retos pero uno lo puede superar
y superarse a través de la dedicación
y esfuerzo constante

A mis hermanos Juan,
Verónica y Maribel por
confiar en mi y en mi
carrera.

A mi mejor amiga Diana
Carolina por ser una constante
ayuda y ser quien me incentiva
a ser mejor cada día.

INDICE

| | PAG. |
|---|-------------|
| AGRADECIMIENTOS | ii |
| DEDICATORIA | iii |
| INDICE GENERAL | iv |
| INDICE DE GRAFICOS | vi |
| INDICE DE TABLAS | viii |
| RESUMEN | x |
| SUMMARY | xii |
| PRESENTACIÓN | xiv |
| | |
| CAPÍTULO I – INTRODUCCIÓN | 1 |
| A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 1 |
| B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA..... | 2 |
| C. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO..... | 3 |
| D. OBJETIVOS DEL ESTUDIO..... | 4 |
| E. PROPÓSITO DEL ESTUDIO..... | 5 |
| F. MARCO TEÓRICO..... | 6 |
| 1. ANTECEDENTES..... | 6 |
| 2. BASE TEÓRICA..... | 11 |
| 3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS..... | 58 |
| 4. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE..... | 58 |

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO II- MATERIAL Y MÉTODOS..... | 59 |
| A. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN | 59 |
| B. MÉTODO..... | 59 |
| C. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO..... | 60 |
| D. POBLACIÓN Y MUESTRA | 60 |
| E. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 61 |
| F. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO..... | 61 |
| G. PROCEDIMIENTOS, ANALISIS DE DATOS..... | 62 |
| | |
| CAPITULO III – RESULTADOS Y DISCUSION..... | 64 |
| A. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS | |
| PRESENTACIÓN,..... | 64 |
| | |
| CAPITULO IV – CONCLUSIONES – LIMITACIONES - | |
| RECOMENDACIONES | 82 |

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INDICE DE GRAFICOS

| GRAFICO | Pág. |
|--|-------------|
| 1. CONOCIMIENTOS SOBRE EL SIDA EN ESTUDIANTES DE 5to AÑO DE SECUNDARIA EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA UGEL N° 5, SJL – 2006..... | 66 |
| 2. CONOCIMIENTOS SOBRE LAS FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL SIDA EN ESTUDIANTES DE 5to AÑO DE SECUNDARIA EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA UGEL N° 5, SJL – 2006..... | 69 |
| 3. CONOCIMIENTOS SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DEL SIDA EN ESTUDIANTES DE 5to AÑO DE SECUNDARIA EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA UGEL N° 5, SJL – 2006..... | 71 |
| 4. CONOCIMIENTOS SOBRE LAS FORMAS DE DIAGNOSTICO DEL SIDA EN ESTUDIANTES DE 5to AÑO DE SECUNDARIA EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA UGEL N° 5, SJL – 2006..... | 73 |
| 5. CONOCIMIENTOS SOBRE LAS FORMAS DE PREVENCION DEL SIDA EN ESTUDIANTES DE 5to AÑO DE SECUNDARIA EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA UGEL N° 5, SJL – 2006..... | 75 |

| | |
|--|----|
| 6. CONOCIMIENTOS ACERCA DEL SIDA SEGÚN SEXO EN ESTUDIANTES DE 5TO AÑO DE SECUNDARIO EN DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA UGEL N° 5, SJL – 2006..... | 77 |
| 7. CONOCIMIENTOS ACERCA DEL SIDA SEGÚN EDAD EN ESTUDIANTES DE 5TO AÑO DE SECUNDARIO EN DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA UGEL N° 5, SJL – 2006..... | 80 |

INDICE DE CUADROS

| N° | Pág. |
|--|------|
| 1. CONOCIMIENTOS SOBRE EL SIDA EN ESTUDIANTES DE 5to AÑO DE SECUNDARIA EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA UGEL N° 5, SJL – 2006..... | 66 |
| 2. CONOCIMIENTOS SOBRE LAS FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL SIDA EN ESTUDIANTES DE 5to AÑO DE SECUNDARIA EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA UGEL N° 5, SJL – 2006..... | 69 |
| 3. CONOCIMIENTOS SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DEL SIDA EN ESTUDIANTES DE 5to AÑO DE SECUNDARIA EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA UGEL N° 5, SJL – 2006..... | 71 |
| 4. CONOCIMIENTOS SOBRE LAS FORMAS DE DIAGNOSTICO DEL SIDA EN ESTUDIANTES DE 5to AÑO DE SECUNDARIA EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA UGEL N° 5, SJL – 2006..... | 73 |
| 5. CONOCIMIENTOS SOBRE LAS FORMAS DE PREVENCION DEL SIDA EN ESTUDIANTES DE 5to AÑO DE SECUNDARIA EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA UGEL N° 5, SJL – 2006..... | 75 |

| | |
|---|----|
| 6. CONOCIMIENTOS ACERCA DEL SIDA SEGÚN SEXO EN ESTUDIANTES DE 5TO AÑO DE SECUNDARIA EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA UGEL N° 5, SJL – 2006..... | 77 |
| 7. CONOCIMIENTOS ACERCA DEL SIDA SEGÚN EDAD EN ESTUDIANTES DE 5TO AÑO DE SECUNDARIA EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA UGEL N° 5, SJL – 2006..... | 79 |

RESUMEN

El presente estudio de Investigación titulado “Nivel de Conocimientos sobre el Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA) en dos Instituciones Educativas de la UGEL N^a 5, SJL – 2006” se realizó debido a la importancia para los alumnos de 5^{to} año, profesores, sociedad y para la profesión de Enfermería ya que sirve de referencia para saber el nivel de conocimientos sobre el SIDA que tienen los adolescentes y así ellos saber la importancia de la educación en la prevención; tuvo como objetivo: Comparar el nivel de conocimientos que tienen los estudiantes de 5^{to} año de secundaria sobre el SIDA; el Propósito fue saber e informar a las autoridades educativas en que medida están en riesgo los estudiantes de 5^{to} año de secundario de las dos Instituciones Educativas a adquirir la infección del VIH/SIDA según el nivel de conocimientos que puedan tener sobre dicha infección.

El estudio es de tipo cuantitativo, no experimental, descriptivo comparativo de corte transversal; la población total estuvo conformada por 341 estudiantes del 5 año de nivel secundario de las Instituciones Educativas Fe y Alegría #5 y Daniel Alomía Robles. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un cuestionario Al finalizar se llegó a las siguiente conclusión en cuanto al Nivel de Conocimientos sobre el Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA), relacionado con las formas de transmisión, factores de riesgo, diagnóstico y formas de prevención: la mayoría de los estudiantes de las dos Instituciones Educativas presentaron un nivel de conocimientos Medio, no existiendo diferencias significativa respecto a nivel de conocimientos entre ambas instituciones.

PALABRAS CLAVES: NIVEL DE CONOCIMIENTOS, SIDA,
INSTITUCIONES EDUCATIVAS, ADOLESCENTES, ESTUDIANTES

SUMMARY

The present qualified study of Investigation " Level of Knowledges on the Syndrome of Immune Acquired Deficiency (SIDA) in two Educational Institutions of the UGEL N^a 5, SJL - 2006 " I realize due to the importance for the pupils of 5to year, teachers, society and for the profession of Nursing since it uses as reference to know the level of knowledges on the AIDS that the teenagers have and this way they know the importance of the education in the prevention; it had as aim(lens): To compare the level of knowledges that have the students of 5to year of secondary on the SIDA; the Intention was to be able and to inform the educational authorities in which measured there are in risk the students of 5to year of secondarily of both Educational Institutions to acquiring the infection of the VIH/SIDA according to the level of knowledges that could have on the above mentioned infection.

The study is of quantitative, not experimental, descriptive comparative type of transverse court; the population was shaped by 341 students of 5 year of secondary level of the Educational Institutions Faith and Happiness *5 and Daniel Alomía Robles. The technology that was in use was the survey and the instrument a questionnaire On having finished I come to him to following conclusion as for the Level of Knowledges on the Syndrome of Immune Acquired Deficiency (SIDA), Related to the forms of transmission, factors of risk, I diagnose and forms of prevention: the majority of the students of both Educational Institutions presented an Average level of knowledges, Not existing you differ significant with regard to level of knowledges between both institutions.

KEY WORDS: LEVEL OF KNOWLEDGES, BEEN, EDUCATIONAL INSTITUTIONS, TEENAGERS, STUDENTS.

PRESENTACIÓN

El SIDA según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una epidemia que pone en riesgo la salud de las personas en todo el mundo. Más de la mitad de las nuevas infecciones por el VIH que se producen en la actualidad afectan a jóvenes de 15 a 24 años de edad. En todo el mundo, nuevos estudios han concluido que una enorme cantidad de jóvenes no tiene idea de cómo se propaga el VIH/SIDA ni de cómo protegerse. En el Perú según la Oficina General De Epidemiología (Situación del VIH/SIDA en el Perú) para el 2006 se han sido notificados 2661 de VIH y 771 casos de SIDA.

Los jóvenes (de edades comprendidas entre los 10 y los 24 años) pueden representar una gran ayuda en la prevención del VIH y en el control la epidemia. Dado que su comportamiento está aún en desarrollo y empiezan a experimentar la vida sexual, pueden adoptar prácticas más seguras con mayor facilidad que los adultos.

El presente proyecto de investigación tiene como título **“Nivel De Conocimientos Acerca Del Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida**

(SIDA) en los Estudiantes de 5to Año De Secundaria de Dos Instituciones Educativas de la UGEL N° 05, S.J.L. – 2006”, las Instituciones Educativas elegidas son el colegio Fe y Alegría #5 y el colegio 113 Daniel Alomía Robles, el objetivo principal es Comparar el nivel de conocimientos que tienen los estudiantes de 5to año de secundaria sobre el SIDA, con el propósito de saber en que medida están en riesgo los alumnos de 5to de secundario a adquirir la infección del VIH/SIDA basado en los conocimientos que puedan tener sobre dicha infección y ser una fuente de información para los profesores y autoridades del colegio; para la cual el personal de salud y los profesores puedan guiarse y realizar acciones preventivo promocionales a través de la educación para la salud incluida en su plan de estudios del colegio y así poder participar en la disminución de la incidencia de casos de VIH/SIDA en los adolescentes.

El presente estudio está estructurado de la siguiente manera:

CAPITULO I : INTRODUCCIÓN que incluye el Planteamiento y Delimitación del Problema, Formulación del Problema, Justificación Objetivos, Propósito, Marco Teórico-Conceptual-Analítica, Antecedentes del Estudio, Base Teórica, Definición Operacional de Términos, operacionalización de la Variable. **CAPITULO II:** METODOLOGÍA – MATERIAL Y MÉTODOS, en el cual se expone el Tipo y Nivel de Investigación, Diseño o Método, Descripción de la Sede de Estudio, Población y Muestra, Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos, Validez y Confiabilidad del Instrumento, Plan de Recolección de datos, Procesamiento, Análisis e Interpretación de Datos **CAPITULO III:** RESULTADOS Y DISCUSIÓN se muestra Presentación, Análisis e Interpretación de datos. **CAPITULO IV:** CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES. Finalmente se presenta las Referencias Bibliográficas, Bibliografía y Anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCION

A. PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El SIDA según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una epidemia que pone en riesgo la salud de las personas en todo el mundo. (1)

El número de personas que viven con el VIH sigue aumentando, así como el de defunciones causadas por SIDA. Un total de 39,5 millones [34,1–47,1 millones] de personas vivían con el VIH en 2006, 2,6 millones más que en 2004. En muchas regiones del mundo, las nuevas infecciones por el VIH se concentran sobre todo entre los jóvenes (de 15 a 24 años de edad). Los jóvenes representaron el 40% de las nuevas infecciones contraídas en 2006. (2)

Cada 60 segundos, un menor de 15 años muere a causa de una enfermedad relacionada con el SIDA. Cada 60 segundos, otro niño o niña se

infecta con el VIH. Y cada 60 segundos, cuatro jóvenes de 15 a 24 años de edad contraen el VIH. (3)

Los jóvenes son particularmente vulnerables al VIH/SIDA y a otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). En muchos países, el 60% de todos los casos nuevos de infección son jóvenes de 15 a 24 años de edad. (4)

En todo el mundo, nuevos estudios han concluido que una enorme cantidad de jóvenes no tiene idea de cómo se propaga el VIH/SIDA ni de cómo protegerse. (4) Los jóvenes (de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años) pueden representar una gran ayuda en la prevención del VIH y en el control de la epidemia. Dado que su comportamiento está aún en desarrollo y empiezan a experimentar la vida sexual, pueden adoptar prácticas más seguras con mayor facilidad que los adultos.

En el Perú según la Oficina General De Epidemiología (Situación del VIH/SIDA en el Perú) para el 2006 se han sido notificados 2661 casos de VIH y 771 casos de SIDA. (5)

El origen del problema en lo personal nace de una vivencia sobre la información que recibí en el colegio sobre el tema del SIDA, la información que me brindaron no me pareció lo suficiente para que uno tome conciencia sobre esta infección que se puede prevenir y que se esta propagando, además se debería tomar en cuenta dicha información ya que en estos colegios nacionales tienen una gran demanda es decir tienen un gran número de alumnos que vienen de barrios populares de San Juan de Lurigancho donde prolifera el hacinamiento, la promiscuidad, la pobreza y otros problemas sociales; y la falta de información para el cuidado de su salud sexual.

Por todo lo mencionado anteriormente es que me interesé en saber que conocimientos acerca del Síndrome De Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), tienen los estudiantes de 5^{to} año de secundaria las de Dos Instituciones Educativas de la UGEL N° 05.

B. FOMULACION DEL PROBLEMA

El presente estudio tiene como interrogante: ¿Cuál es el Nivel de Conocimientos acerca del Síndrome De Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) en los estudiantes de 5^{to} año de secundaria de Dos Instituciones Educativas de la UGEL N° 05, S.J.L. – 2006?

C. JUSTIFICACIÓN

El siguiente trabajo de investigación es de suma importancia, porque los estudiantes de 5to año de secundaria se encuentran en la etapa de la adolescencia en la cual están en la búsqueda de su identidad adulta, además muchos de ellos sexualmente activos no suelen tener una relación sexual estable y a veces cambian con frecuencia de pareja; a menudo desconocen los riesgos del comportamiento sexual para la salud y es posible que tengan un acceso limitado a los servicios de asistencia sanitaria, además son sensibles a las presiones de los compañeros y a los mensajes de los medios de comunicación. Es por todo ello que les dará una idea de cómo se encuentran en sus conocimientos acerca del SIDA, así podrán saber si son personas vulnerables a tener esta infección o no.

Para los profesores es importante por ser una referencia en la cual les dirá como manejar en un futuro cercano los conocimientos insuficientes y

erróneos que puedan tener sus estudiantes y así poder planificar actividades tendientes a mejorar los conocimientos y vulnerabilidad que puedan tener acerca del SIDA y otras enfermedades transmitidas sexualmente.

Para la sociedad sirve como referencia de cómo se encuentran los conocimientos del SIDA en los adolescentes, así puedan ellos saber la importancia de la educación en la prevención y manejo del SIDA, ya que se debe tener en cuenta la vulnerabilidad de los jóvenes a las ETS y al VIH/SIDA, por lo que la sociedad deberá esforzarse más por ayudar a los adolescentes a protegerse a si mismos, principalmente educándolos en el hogar y a través de los medios de información; con lo cual se disminuye el riesgo de enfermar y morir en este grupo etáreo y cuyas consecuencias repercutirían en la sociedad.

Para la profesión de Enfermería sirve como una información valiosa por la cual se puedan tomar decisiones y acciones profesionales tendientes a proteger a este grupo que son los adolescentes y poder así mejorar programas, talleres, actividades educativas, guías de procedimiento, manuales informativos, tendientes a disminuir la incidencia del VIH/SIDA en adolescentes.

D. OBJETIVO DEL ESTUDIO

Objetivo General:

- ◆ Comparar el nivel de conocimientos que tienen los estudiantes de 5^{to} año de secundaria de las Instituciones Educativas Fe y Alegría #5 y Daniel Alomía Robles acerca del SIDA.

Objetivos Específicos:

- ◆ Identificar el nivel de conocimientos sobre las formas de transmisión del SIDA.
- ◆ Identificar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo del SIDA.
- ◆ Identificar el nivel de conocimientos sobre los medios de diagnóstico del SIDA.
- ◆ Identificar el nivel de conocimientos sobre las formas de prevención del SIDA.

E. PROPOSITO

El siguiente trabajo de investigación tiene como propósito saber si el nivel de conocimientos sobre la infección del VIH/SIDA es bajo y en que medida están en riesgo por la falta de información los estudiantes de 5to año de nivel secundario en las dos Instituciones Educativas, así los resultados puedan ser una fuente de información para los profesores y autoridades del colegio para que puedan incluir en su plan de estudios; también ser un medio por el cual el personal de salud puedan guiarse y realizar acciones preventivo promocionales a través de la educación para la salud y así poder participar en la disminución de la incidencia de casos de VIH/SIDA en los adolescentes quienes son vulnerables a dicha infección y a enfermedades de transmisión sexual.

F. MARCO TEORICO

1. ANTECEDENTES:

Sobre el problema a investigar, existen trabajos de investigación y estudios relacionados, los cuales fueron realizados tanto en el Perú como en el extranjero.

NACIONALES:

QUISPE Roxana, Lima –Perú, 2005, realizó el estudio titulado “Nivel de Conocimientos acerca de las formas de transmisión del VIH/SIDA y las actitudes hacia las practicas sexuales riesgosas de los adolescentes de la Institución Educativa Isaías Ardiles del Distrito te Pachacamac” Julio 2005 – Enero 2006 (8), con el objetivo específicos los siguientes: Identificar el nivel de conocimiento en los adolescentes acerca de las formas de transmisión del VIH/SIDA, Identificar la dirección de las actitudes hacia las practicas sexuales riesgosas en los adolescentes. La investigación es de tipo cuantitativo, el Método es descriptivo correlacional de corte transversal, nivel aplicativo. La población estuvo conformada por 243 alumnos de ambos sexos. La técnica utilizada para la recolección de datos fue la Encuesta, utilizando el cuestionario y la Escala de Lickert como instrumentos, las cuales fueron validadas previamente mediante el juicio de expertos y sometidas a la prueba piloto para realizar la confiabilidad estadística. Posteriormente realizó la recolección de datos propiamente dicho y luego procesó los datos para ser presentado en tablas estadísticas para su análisis e interpretación, llegándose a los siguientes resultados: la mayoría de los estudiantes tienen un nivel de conocimientos medio 49% acerca de las formas de transmisión del VIH/SIDA, refiriendo conocer mas la vía sanguínea, en relación a la dirección de las actitudes se evidencia una actitud

de aceptación hacia la practica sexual riesgosa; existiendo relación entre el nivel de conocimientos acerca de las formas de transmisión del VIH/SIDA con las actitudes hacia las practicas sexuales riesgosas lo que fue evidenciado que a bajo o medio nivel de conocimientos mayor la aceptación hacia la practica sexual riesgosa.

FRANCOISE Marie, Lima – Perú, 1996, realizó el estudio titulado “Retención de los mensajes Educativos sobre SIDA en función de una Metodología Educativa Activa en Adolescentes de 6 colegios secundarios estatales de Villa Maria del Triunfo a Diciembre 1996” (9), con el objetivo siguiente: Determinar el nivel de retención de los mensajes educativos sobre el SIDA en los adolescentes de 4to y 5to año de secundaria, de seis colegios de Villa Maria del Triunfo antes de participar en el evento educativo “Discosida” y después de un periodo de 15 días, comparando con un grupo control. El Método empleado fue Cuasi experimental, de tipo transversal, mediciones antes y después. La Población fue estima en un 2'240 alumnos. La Muestra fue de 97 alumnos, para la selección de la muestra se utilizó el tipo de muestreo no probabilística. El Instrumento utilizado para la recolección de datos fue el cuestionario Pre test y Post test. Entrevista estructurada. Entre algunas de las conclusiones fueron: Los alumnos que participaron al evento educativo Discosida aumentaron sus conocimientos retenidos, con una diferencia de 2,05 puntos mas que en el pos test, siendo esta diferencia significativa con el análisis de la varianza; por lo tanto se acepta la hipótesis H1,1 y se rechaza la hipótesis H1,0. La diferencia de promedios de conocimientos retenidos sobre el SIDA de los alumnos que participaron a la Discosida es mayor en relación con los alumnos que no participaron a la Discosida, siendo esta diferencia estadísticamente significativa según el análisis de varianza; por lo tanto se acepta la hipótesis H2,1 y se rechaza la hipótesis H2,0.

VILCHEZ Samuel, CORNEJO Jesús, YOSIOKA José, Lima – Perú, realizaron el estudio titulado “Conocimientos sobre medidas preventivas del SIDA y la actitud hacia la práctica sexual riesgosa en los adolescentes de los centros educativos del distrito de la Victoria” 1994 (10), con el objetivo siguiente: Determinar los conocimientos sobre las medidas preventivas del SIDA, determinar la actitud hacia la práctica sexual riesgosa y determinar la relación entre el conocimiento de las medidas preventivas del SIDA y la actitud hacia la práctica sexual riesgosa. El Método, fue descriptivo simple, transversal, correlacional. La Población estuvo conformada por todos los estudiantes de 4to y 5to de secundaria. La Muestra, se obtuvo por el tipo de muestreo por conglomerado, con un nivel de confianza del 95% y 5% de error relativo. El Instrumento que se utilizó fue la escala de actitud tipo Lickert y un cuestionario de conocimientos autoadministrado. Entre las conclusiones tenemos: Existe un desconocimiento de las medidas preventivas del SIDA por parte de los adolescentes, relacionado a que desconocen que los objetos que han estado en contacto con sangre contaminada deben ser desinfectados previamente a su uso, el uso de jeringas y hojas de afeitar son de uso personal (V.T. sanguíneo); que la mujer infectada con VIH no debe lactar a su hijo (V.T. trasplacentaria); y que las prácticas sexuales sean vaginales y buco genitales y anales deben ser con uso de condón (V.T. sexual). Existe aceptación por la práctica sexual riesgosa por parte de los adolescentes y que expresan que se puede tener relaciones sexuales con compañeros infectados con VIH, con múltiples compañeros sexuales, intercambio de saliva, en besos, no aseo de genitales antes y después de las relaciones sexuales, también se encontró relación entre la actitud con el sexo y grado de instrucción de los adolescentes. En cuanto a la relación entre el conocimiento de las medidas preventivas del SIDA y la actitud hacia la práctica sexual riesgosa, mediante aplicación de significancia estadística se obtuvo que es altamente significativo, encontrándose una relación inversa entre las dos variables, es decir que a mayor conocimiento de las medidas preventivas del SIDA hay una actitud de

aceptación hacia la práctica sexual riesgosa y a menor conocimiento una actitud de rechazo a esta práctica.

CANALES Reyda, CRUZ Mónica, Lima – Perú, realizaron el estudio titulado “Nivel de conocimientos relacionados al Síndrome de Inmune deficiencia Adquirida (SIDA) y medidas preventivas que practican los estudiantes del 5to. Año de Secundaria en el Distrito de mayores casos notificados de la UDES Lima – Ciudad, 1991” (11), con los objetivos siguientes: Determinar el nivel de conocimientos que tienen los estudiantes del 5to año de secundaria relacionados al SIDA. Identificar las medidas preventivas que practican los estudiantes del 5to año de secundaria relacionados al SIDA. Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos de las medidas preventivas y las que practican los estudiantes del 5to año de secundaria. El Método del estudio es fue de tipo epidemiológico para cuya ejecución se utilizo el método descriptivo correlativo transversal. Población total del estudio estuvo constituido por todos los estudiantes de 5to año de secundaria del Cercado de Lima, siendo un número de 9,081 personas distribuidas en 86 colegios de los cuales 6,557 pertenecen a centros escolares nacionales y 2,524 a centros escolares particulares. El Instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue un cuestionario semiestructurado por la operatividad de su aplicación. Entre sus conclusiones tenemos. La mayoría de los estudiantes del 5to año de secundaria de los colegios del distrito de Cercado de Lima tienen conocimientos insuficientes en relación al SIDA y un grupo significativo desconoce el tema aceptándose la primera hipótesis de estudio. Las medias preventivas que refieren practicar los estudiantes del 5to año de secundaria son incorrectas lo cual anula la segunda hipótesis de estudio por consiguiente dicha población se encuentra vulnerable al SIDA. La población escolar que ha iniciado su actividad sexual aplica correctamente las medidas preventivas durante el acto sexual para evitar el SIDA, lo que favorece una

prevención efectiva. No existe correlación entre el nivel de conocimiento de las medidas preventivas relacionadas al SIDA y la aplicación de las mismas, descartándose la tercera hipótesis, sin embargo la mayoría de la población escolar tiene conocimientos insuficientes y por consiguiente las medidas preventivas que practican son incorrectas constituyendo un grupo de riesgo frente al SIDA.

INTERNACIONALES:

CASTILLO MD y Colaboradores, Granada – España, realizaron un estudio titulado “Conocimientos de los escolares sobre SIDA” 2003 (12), con el objetivo siguiente: Valorar el grado de conocimientos sobre el SIDA del alumnado, Identificar la procedencia de la información, Determinar si los conocimientos sobre SIDA se modifican en relación con otras variables como la edad, sexo, tipo de población, nivel educativo, hábitos de estudio y rendimiento escolar, uso de multimedia, percepción del estado de salud, etc. y Analizar si existen diferencias en los conocimientos sobre el VIH de nuestros escolares con las del resto del país. El Método fue un estudio de tipo descriptivo, La población de estudio ha sido todos los alumnos de 6º, 8º EGB y 2º de BUP y FP o 4º de ESO (n = 611). Se han medido los conocimientos sobre diversas cuestiones del síndrome de inmunodeficiencia adquirida a través de un "cuestionario"; se realizó análisis de frecuencias, medias, Chi-cuadrado, T de Student, etc. Entre las conclusiones tenemos: La gran mayoría de nuestros alumnos conocen algunos aspectos sobre el SIDA; obtienen la información fundamentalmente de los medios de comunicación. Los alumnos de 2º de BUP (los de cursos más elevados) y los que viven en grandes ciudades presentan un nivel más elevado de conocimientos sobre el SIDA. Los aspectos más conocidos son los mecanismos de transmisión y vías de contagio del virus y los menos los que se refieren a la evolución, patogenia y tratamiento de la

enfermedad. El nivel de conocimientos de nuestros alumnos es inferior a los del estudio nacional, pero son diferencias debidas a la edad y curso de los alumnos.

CABALLERO Ramiro, VILLASEÑOR Alberto, Guadalajara, Jalisco – México, realizaron un estudio titulado “Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres” julio de 1995 y marzo de 1996 (13), con el objetivo siguiente: Describir conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes de distintos estratos socioeconómicos, mediante un análisis de consenso cultural. El Métodos: Estudio transversal muestral descriptivo y correlacional. Población fue de 758 adolescentes de 15 a 19 años de edad. El instrumento utilizado fue un cuestionario de 24 preguntas. Entre las conclusiones tenemos: Los conocimientos son homogéneos en todos los estratos y se orientan hacia un modelo biomédico. Sin embargo, contienen elementos de duda e incertidumbre que precisan de intervenciones informativas segmentadas.

2. BASE TEORICA:

A. CONOCIMIENTOS

El conocimiento(6) puede ser analizado desde diferentes puntos de vista, así que en pedagogía el conocimiento es denominado como tipo de experiencia que contiene una representación de un suceso ya vivido, también se le define como la facultad consciente o proceso de comprensión, entendimiento, que pertenece al pensamiento, percepción inteligencia, razón. Se clasifica en: Conocimiento sensorial; frente a la percepción de hechos

externos. Conocimiento intelectual; que tiene como origen las concepciones aisladas y de hechos causales de ellos.

Mario Bunge(6) define al conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados; que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vago e inexacto; en base a ello tipifica el conocimiento en: Conocimiento Científico y Ordinario o vulgar. El primero lo identifica como un conocimiento racional, cuántico, objetivo, sistemático y verificable a través de la experiencia; y al conocimiento vulgar como un conocimiento vago, inexacto, limitado a la observación.

Salazar Bondy (7), define el conocimiento: en primer lugar como un acto, y segundo como un contenido; dice del conocimiento como acto, que es la aprehensión de una cosa, una propiedad hecho u objeto, por su sujeto consciente, entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquél que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer, este contenido significativo el hombre lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto. Este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar unos de otros. No son puramente subjetivas pueden independizarse del sujeto gracias al lenguaje, tanto para sí mismos, como para otros sujetos. Distingue además 2 niveles de conocimientos, *conocimiento vulgar*, es aquel que es adquirido y usado espontáneamente; *conocimiento científico*, aquel que se adquiere adoptando un papel que requiere de esfuerzo y preparación especial, es caracterizado por ser selectivo, metódico, sistemático, explicativo, analítico y objetivos (apoyado en la experiencia) y el conocimiento científico de nivel superior, eminentemente problemático y crítico incondicionado y al alcance universal, este conocimiento esclarece el trabajo de la ciencia. BUNGE 1971.

Sobre el conocimiento Kant; afirma que está determinado por la intuición sensible y los conceptos; distinguiéndose 2 tipos de conocimientos, el puro y el empírico. El primero se desarrolla antes de la experiencia y el segundo después de la experiencia. Kant 1972

El conocimiento es un conjunto de ideas, los mismos que pueden ser ordenados; siendo importante considerar que todos tenemos conocimientos; el cual puede ser vago e inexacto pero que se vuelve racional y verificable a través de la experiencia, por medio formal o informal mediante el ejercicio intelectual.

B. LA INFECCIÓN DEL VIH - SIDA

El SIDA -- síndrome de inmunodeficiencia adquirida -- fue reportado por primera vez en los Estados Unidos, el año de 1981, desde entonces se ha convertido en la mayor epidemia en el mundo. El SIDA es causado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Este virus altera las habilidades del organismo en su lucha contra las infecciones y algunos tipos de cáncer, ya que actúa destruyendo o dañando progresivamente las células del sistema inmunológico. Las personas con diagnóstico de SIDA pueden presentar enfermedades de las que ponen en peligro la vida, llamadas infecciones oportunistas, causadas por microbios como virus o bacterias, los cuales, habitualmente no afectan a las personas sanas.

Desde 1981, se han reportado en los Estados Unidos más de 700,000 casos de SIDA, y se considera que unos 900,000 norteamericanos pudieran estar infectados con el VIH. La epidemia muestra un crecimiento más acelerado en los grupos minoritarios de la población, siendo la principal causa de muerte en los hombres Afro-Americanos. Según el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), el SIDA afecta siete veces más a los

Afro-americanos que a la de raza blanca y tres veces más a los Hispanos que a los blancos.

a. ¿Cómo se transmite el VIH?

El VIH se transmite por contacto directo y para ello es necesaria la presencia de una cantidad suficiente de virus. Esta proporción sólo existe en el semen y otras secreciones sexuales (flujo vaginal), en la sangre contaminada y, en menor cantidad, en la leche materna. El virus penetra en el organismo del individuo sano y entra en contacto con la sangre o las mucosas. Por lo tanto, el contagio del VIH se produce por vía sexual, sanguínea y de la madre al feto o al recién nacido.

Contagio por vía sexual

El virus presente en los flujos sexuales de hombres y mujeres infectados puede pasar a la corriente sanguínea de una persona sana a través de pequeñas heridas o abrasiones que pueden originarse en el transcurso de las relaciones homo o heterosexuales sin protección (preservativo) de tipo vaginal, anal u oral.

En los países occidentales, el mayor número de casos debidos a las relaciones sexuales se ha producido por transmisión homosexual, a diferencia de lo que sucede en países en vías de desarrollo, donde el mayor número de contagios se debe a la transmisión heterosexual, aunque su incidencia como forma de contagio del SIDA está aumentando en todo el mundo. En España, por ejemplo, el contagio heterosexual (27%) supera el homosexual (13%).

Contagio por vía sanguínea

El contacto directo con sangre infectada afecta a varios sectores de la población. La incidencia es muy elevada en los consumidores de drogas inyectadas por vía intravenosa que comparten agujas o jeringuillas contaminadas; en España es la principal vía de transmisión (52%). El riesgo de contagio del personal sanitario en los accidentes laborales por punción con una aguja o instrumento cortante contaminado con sangre infectada es del 0,3%. La transmisión del VIH a personas que reciben transfusiones de sangre o hemoderivados es muy improbable gracias a las pruebas que se han desarrollado para la detección del virus en la sangre. Su incidencia es casi nula para la administración de gammaglobulina y/o factores de coagulación.

Contagio madre a hijo

Finalmente, la madre puede infectar a su hijo a través de la placenta en el útero, durante el nacimiento o en el periodo de la lactancia. Aunque sólo un 25-35% de los niños que nacen de madres con SIDA presentan infección por VIH, esta forma de contagio es responsable del 90% de todos los casos de SIDA infantil. Este tipo de transmisión tiene una incidencia muy elevada en el continente africano.

b. ¿Cuáles son los primeros síntomas de la infección por VIH?

Muchas personas no presentan ningún síntoma cuando están recién infectados con el VIH. No obstante, algunas personas presentan una especie de gripe alrededor de uno o dos meses después de haberse expuesto al virus. Esta enfermedad puede presentarse con fiebre, dolor de cabeza, sensación de cansancio y crecimiento de ganglios linfáticos (los ganglios se sienten

fácilmente en el cuello y la región inguinal.) Estos síntomas desaparecen habitualmente en el lapso de una semana a un mes, y a menudo son confundidos con otra infección viral. Durante este período, las personas son muy contagiosas, y el VIH está presente en grandes cantidades en los líquidos genitales.

Es posible que, síntomas más persistentes o severos no ocurran sino hasta después de una década o más, después de que el virus entra por primera vez al cuerpo de un adulto, o alrededor de los dos años, en niños nacidos con infección por VIH. Este período de infección "asintomático" es muy individual. Algunas personas pueden iniciar sus síntomas en unos pocos meses, mientras que otras pueden no tener síntomas por más de 10 años. Aún durante el período asintomático, el virus se multiplica, infecta, y va matando las células del sistema inmunológico. El efecto del VIH es más obvio en la disminución de los niveles sanguíneos de las células CD4+ T (también llamadas células T4)-- estas células son las principales del sistema inmunológico para combatir infecciones. Desde su ingreso al organismo, el virus incapacita y destruye estas células sin causar síntomas.

Cuando el sistema inmune empieza a deteriorarse, empiezan a surgir una serie de complicaciones. Para muchos pacientes, el primer signo de la infección es la presencia de crecimientos ganglionares o "ganglios inflamados," que pueden permanecer crecidos por más de tres meses. Otros síntomas que no se presentan, sino hasta después, de meses o años, del inicio del SIDA incluyen:

- falta de energía
- pérdida de peso
- fiebres y escalofríos

- infecciones, frecuentes y persistentes, causadas por hongos (orales o vaginales)
- erupciones cutáneas persistentes, piel reseca o escamosa
- enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres que no responde a tratamiento
- pérdida de la memoria reciente

Algunas personas desarrollan cuadros frecuentes y severos de infecciones por herpes, que ocasiona úlceras orales, genitales o anales, o también una enfermedad muy dolorosa de los nervios conocida como herpes zoster. Los niños pueden mostrar retraso del crecimiento o ser muy enfermizos.

c. ¿Cuáles son los Factores de riesgo para contraer el Sida?

Un factor de riesgo es algo que incrementa la posibilidad de contraer una enfermedad o padecimiento.

Es posible contraer una infección por VIH y desarrollar SIDA con o sin los factores de riesgo. Sin embargo, mientras más riesgos tengan, mayor será la posibilidad de contraer una infección por VIH y desarrollar SIDA. Si tiene un número de factores de riesgo.

Algunos factores en el modo de vida incrementan el riesgo de contraer la infección por VIH y desarrollar SIDA. Al evitar conductas que están asociadas con el incremento de sus riesgos, puede reducirlos grandemente. Los factores de riesgo incluyen:

Actividad Sexual sin Protección

La mayoría de la gente se infecta de VIH a través de la actividad sexual. Puede contraer SIDA si no usa condón cuando tiene relaciones sexuales con una persona infectada con VIH. El no usar el condón adecuadamente también puede ponerlo en un riesgo elevado de adquirir SIDA. Durante el sexo, la vagina, vulva, pene, recto y boca pueden proveer puntos de entrada para el virus.

Otras conductas riesgosas incluyen:

- Tener relaciones sexuales con alguien sin saber que está infectado con VIH
- Tener más de un compañero sexual
- Tener sexo con alguien que tiene más de un compañero sexual

Compartir Agujas o Jeringas

Usar una aguja o jeringa que contenga pequeñas cantidades de sangre infectada puede transmitir la infección por VIH.

Afecciones Médicas

Las enfermedades transmitidas sexualmente, como la sífilis, herpes genital, infección por clamidia, gonorrea e infecciones vaginales causadas por bacterias tienden a incrementar el riesgo de la transmisión por VIH durante el sexo con una pareja infectada.

Procedimientos Médicos

Haber tenido una transfusión sanguínea o recibir productos sanguíneos antes de 1985 incrementa el riesgo de tener una infección por VIH y SIDA. Antes de que los bancos de sangre comenzaran a examinar la sangre donada para VIH en

1985, no había forma de conocer si la sangre estaba contaminada y los receptores podían infectarse a través de transfusiones sanguíneas.

Recibir productos de sangre, trasplantes de órganos o tejidos o inseminación artificial incrementa el riesgo de infección de VIH y SIDA. Aunque los productos de sangre son ahora revisados para VIH, todavía hay algún grado de riesgo, debido a que las pruebas no pueden detectar VIH inmediatamente después de la transmisión.

Ser un Trabajador del Cuidado de la Salud

La exposición a sangre contaminada y agujas pone a los trabajadores del cuidado de la salud en riesgo para la infección de VIH.

d. ¿Qué es el SIDA?

El término SIDA se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH. El Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) desarrolló criterios oficiales para la definición del SIDA y es el responsable de rastrear la expansión del SIDA en los Estados Unidos.

La definición de SIDA del CDC incluye a todos los infectados con VIH, que tengan menos de 200 células CD4+ T por milímetro cúbico de sangre (los adultos sanos presentan cuentas de 1000 o más células CD4+ T). Además, la definición incluye otras 26 condiciones clínicas que afectan a la gente con la enfermedad avanzada por VIH. La mayor parte de estas, son infecciones oportunistas que generalmente no afectan a la gente sana. En la gente con SIDA, estas infecciones son muy severas y en ocasiones fatales, porque el sistema inmune está tan destruido por el VIH que el cuerpo no puede luchar contra ciertas bacterias, virus, hongos, parásitos, y otros microbios.

Algunos de los síntomas de las infecciones oportunistas comunes en la gente con SIDA son:

- tos y dificultad respiratoria
- convulsiones y falta de coordinación
- dolor y dificultad al deglutir
- síntomas mentales tales como confusión y olvidos
- diarrea severa y persistente
- fiebre
- pérdida de agudeza visual
- náusea, dolor abdominal y vómito
- pérdida de peso y fatiga extrema
- dolores de cabeza intensos
- coma

Los niños con SIDA pueden obtener las mismas infecciones oportunistas que los adultos. Además, están propensos a presentar formas severas de las infecciones bacterianas que todos los niños presentan, como son conjuntivitis (ojo rojo), infecciones en los oídos y amigdalitis.

Personas con SIDA son particularmente propensas a desarrollar varios tipos de cáncer, especialmente aquellos de origen viral como el sarcoma de Kaposi, cáncer cervical, o cánceres en el sistema inmune conocidos como linfomas. Estos cánceres son usualmente más agresivos y difíciles de tratar en la gente con SIDA. Los signos del sarcoma de Kaposi en la gente de piel clara o blanca son manchas redondeadas, de color café, rojizo, o morado; en la gente de piel oscura las manchas son más pigmentadas. Durante el desarrollo de la infección por VIH, la mayoría de la gente experimenta una pérdida gradual del número de células CD4+ T, mientras que algunas personas pueden tener caídas abruptas y dramáticas en sus conteos.

Algunas personas con cuentas por arriba de 200 células tipo CD4+ T pueden presentar algunos de los síntomas tempranos de la enfermedad por VIH. Otros pueden no tener síntomas, aun cuando sus cuentas se encuentren por debajo de 200.

Muchas personas se debilitan tanto con los síntomas del SIDA que no pueden mantener sus empleos ni tampoco hacer los trabajos de la casa. Otras personas con SIDA pueden experimentar etapas de graves enfermedades que ponen en peligro su vida, seguidas por periodos donde pueden funcionar normalmente. Un pequeño número de personas (menos de 50) que se infectó con el VIH hace 10 años o más todavía no han presentado ningún síntoma de SIDA. Los científicos están tratando de determinar que factores pueden tener que han retrasado la progresión al SIDA, como pueden ser algunas características particulares en su sistema inmune, la posibilidad de que hayan sido infectadas con un tipo del virus menos agresivo, o si sus genes pueden protegerlos de los efectos del VIH. Los científicos tienen esperanzas de que, entendiendo como el cuerpo se defiende naturalmente, podrá darles ideas para desarrollar vacunas para protección contra el VIH y para prevenir el desarrollo de la enfermedad.

e. ¿Cómo se diagnostica la infección por VIH?

Debido a que frecuentemente no hay síntomas al principio de la enfermedad, un doctor u otro profesional de la salud puede hacer el diagnóstico por medio de un examen de sangre, en el que se buscan los anticuerpos (proteínas que pelean contra infecciones) para el VIH. Los anticuerpos para VIH generalmente no alcanzan niveles para ser detectados en sangre sino hasta pasados de uno a tres meses de la infección. Es posible que tomen hasta seis

meses para que alcancen niveles suficientes para que puedan ser detectados en un examen de sangre estándar.

Las personas que hayan sido expuestas al virus deben hacerse la prueba del VIH tan pronto como se estén desarrollando los anticuerpos para el virus, generalmente dentro de 6 semanas a 12 meses después de haber sido expuestos al virus. Al hacerse la prueba lo más pronto posible, las personas con VIH pueden discutir con el personal de salud cuando deben iniciar su tratamiento para ayudar al sistema inmunológico a combatir el virus del VIH y ayudarle a prevenir la presencia de ciertas infecciones oportunistas. El hacerse la prueba temprana pone en alerta a las personas infectadas con el virus para que abandonen los comportamientos de alto riesgo y no contagien a otras personas.

La mayoría de los doctores están capacitados para hacer la prueba del VIH y para ofrecer orientación al paciente al mismo tiempo. Por supuesto, a las personas se les puede hacer la prueba de manera anónima si les preocupa la confidencialidad.

Los profesionales de la medicina diagnostican la infección por VIH aplicando dos tipos de pruebas para encontrar anticuerpos, ELISA y Western Blot. Si una persona tiene una alta probabilidad de estar infectada por VIH y las dos pruebas resultan negativas, el doctor le recomendará pruebas adicionales. Es posible que se recomiende repetir la prueba en una fecha posterior cuando ya existan probablemente, más anticuerpos desarrollados.

Los bebés nacidos de madres infectadas con el VIH pueden estar, o no estar, infectados con el virus, pero todos tienen los anticuerpos para VIH de su madre presente por varios meses. Si estos bebés carecen de síntomas, el médico no puede hacer un diagnóstico de infección por VIH utilizando pruebas de anticuerpos hasta después de los quince meses de edad. Para entonces, los

bebés ya no tendrán los anticuerpos de sus madres, sino los propios, si es que están infectados. Los doctores están utilizando nuevas tecnologías para detectar el VIH en sí, para así poder determinar con más exactitud si los pequeños entre los 3 y 15 meses de edad están infectados. También se están evaluando varios exámenes de sangre para determinar si pueden diagnosticar la infección por VIH en niños menores de 3 meses.

f. ¿Cómo se trata la infección por VIH?

Cuando el SIDA surgió en los Estados Unidos, no había medicamentos para combatir la deficiencia inmunológica subyacente y existían muy pocos tratamientos para el manejo de las infecciones oportunistas que presentaban. Sin embargo, durante los últimos 10 años, los investigadores han desarrollado medicamentos para combatir la infección por VIH y todas las infecciones y cánceres asociados.

La Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) ha aprobado varios medicamentos para el tratamiento de la infección por VIH. El primer grupo de medicamentos que se usó para el tratamiento de la infección por VIH llamados inhibidores de la transcriptasa reversa (RT), interrumpe la etapa temprana en la cual el virus reproduce copias exactas de sí mismo. En este grupo de medicamentos (llamados nucleósidos análogos) están incluidos la AZT (también conocida como zidovudina o ZDV), ddC (zalcitabina), ddI (dideoxinosina), d4T (estavudina), y 3TC (lamivudina).

Estos fármacos disminuyen la propagación del VIH en el cuerpo, retardando el inicio de las infecciones oportunistas.

Los médicos pueden recetar inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (NNRTIs) así como delviridina (Rescriptor), nevirapina (Viramune), y efravirenz (Sustiva), en combinación con otros medicamentos antirretrovirales.

Más recientemente, la FDA aprobó una segunda clase de medicamentos para el tratamiento de la infección por VIH. Estos medicamentos, llamados inhibidores de la proteasa, interrumpen la replicación viral en una etapa tardía dentro de su ciclo de vida. Incluyen los siguientes medicamentos:

- ritonavir (Norvir)
- saquinavir (Invirase)
- indinavir (Crixivan)
- amprenivir (Agenerase)
- nelfinavir (Viracept)
- lopinavir (Kaletra)

Terapia Antirretroviral

La terapia antirretroviral tiene como objetivos disminuir la cantidad de virus en la sangre (carga viral), aumentar el recuento de linfocitos CD4, y de esta manera prolongar la vida y mejorar la calidad de vida del paciente con SIDA.

La terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) es el régimen utilizado en los pacientes con VIH/SIDA, con el que se espera se logre reducir la carga viral a niveles indetectables por el mayor tiempo posible. Este régimen consta de por lo menos tres drogas antirretrovirales.

Las drogas antirretrovirales se distribuyen en 5 clases, de acuerdo al mecanismo de acción de las drogas. La terapia antirretroviral altamente efectiva generalmente debe incluir la combinación de 2 o más de estas clases. Además, cada grupo de drogas comparten características y efectos colaterales similares como veremos a continuación

1. Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTR):

La transcriptasa reversa es una enzima del VIH, que al ser inhibida por esta droga, no cumple su función y esto hace más lenta o impide la replicación del virus dentro de las células infectadas. En este grupo se incluyen: zidovudina (AZT), lamivudina (3TC), estavudina (d4T), didanosido (ddI), entre otros.

Esta clase de drogas comparte las siguientes características:

- Se pueden tomar antes o después de los alimentos (excepto el ddI, que debe ser tomado en ayunas)
- En general, no interactúan con otras drogas
- Todos los INTR pueden producir una condición clínica rara pero fatal: acidosis láctica y esteatosis hepática

Zidovudina (AZT): Puede ser dada combinada con otra droga de la misma clase (por ejemplo: AZT + epivir, o AZT + ddI), pero AZT no puede combinarse con d4T (o estavudina). Los efectos adversos mas comunes incluyen: anemia, nauseas, vómitos, dolor de cabeza, fatiga, confusión, malestar, alteraciones en los músculos y hepatitis.

Lamivudina (3TC): Es la droga mejor tolerada de todos los INTR. Sin embargo, incluso en terapias combinadas, el virus puede hacerse resistente a

ella. Son poco comunes los efectos adversos. Puede producir infrecuentemente dolor de cabeza y náuseas.

Estavudina (d4T): Es una droga en general bien tolerada, pero puede causar neuropatía sensorial periférica (que son alteraciones en la capacidad de sentir golpes o daños en pies y manos), la cual generalmente desaparece después de que la droga es suspendida. Puede ocurrir pancreatitis, especialmente cuando se combina con didanosido. Por el incremento de efectos colaterales, ya no se recomienda esta combinación (d4T+ddI).

Didanosido (ddI): No se recomienda su combinación con estavudina ni zalcitabina por un incremento en la toxicidad. Los eventos adversos que limitan su uso son: la neuropatía periférica dolorosa (dolor en manos, brazos, piernas y pies) relacionada a la dosis, pancreatitis y disturbios gastrointestinales. El didanosido puede interferir con la absorción de otras drogas que requieren acidez gástrica, como el indinavir, por lo que deben ser tomadas con una a dos horas de diferencia.

2. Inhibidor nucleótido de la transcriptasa reversa (INTR):

Tiene el mecanismo de acción similar a la clase anterior, inhibiendo a la transcriptasa reversa, que es otra enzima del virus. Hay una sola droga actualmente en esta clase, llamada **adefovir**. Los efectos adversos principales se dan en el riñón.

3. Inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa (INNTR):

También inhiben a la transcriptasa reversa, pero con un mecanismo diferente. Pertenecen a esta clase: **nevirapina, efavirenz y delavirdina**
Esta clase de drogas comparte las siguientes características:

- La resistencia cruzada es muy común entre estas drogas, es decir si se desarrolla resistencia a efavirenz, no se debe utilizar nevirapina en el siguiente esquema porque muy probablemente también es resistente a esta.
- Pueden causar rash (, que puede llegar a ser muy severo
- Son metabolizados a través del citocromo P450 hepático por lo que puede ocurrir interacción con otras drogas como los inhibidores de proteasa

Nevirapina: El rash (aparición de una lesión extensa en la piel, que puede ser de varios tipos) es común tempranamente en el tratamiento y puede ser mas severo y mas frecuente que entre los otros INNRT. Para disminuir el riesgo de rash se recomienda iniciar 200 mg de nevirapina al día por dos semanas para después subir la dosis a 400 mg al día. La elevación de las transaminasas (se mide en una prueba de sangre que se toma para ver si el hígado ha sido afectado) y la hepatitis clínica puede ocurrir con nevirapina por lo que se recomienda un seguimiento cercano de las pruebas de función del hígado.

Efavirenz: Los efectos colaterales más comunes son los relacionados al SNC, entre los más frecuentes: mareos, dolor de cabeza, insomnio y dificultad para concentrarse. También puede producir rash.

4. Inhibidores de proteasa (IP):

Inhiben la enzima proteasa del virus impidiendo la producción de proteínas necesarias para la maduración y replicación del VIH.

Esta clase de drogas comparte las siguientes características:

- Todos pueden causar intolerancia gastrointestinal.
- Han sido asociados a hiperglicemia (elevación del azúcar en la sangre), aparición de diabetes mellitus e hiperlipidemia (aumento de las grasas en sangre, como el colesterol).

- Son metabolizados por el hígado, por lo que puede haber interacción con otras drogas que también son metabolizadas por este órgano.

En esta clase se encuentran: indinavir, nelfinavir, lopinavir/ritonavir (Kaletra®), entre otros.

Indinavir: La administración debe ser con el estómago vacío. Puede producir los efectos adversos descritos para esta familia. Entre el 10 al 28% de pacientes que toman indinavir pueden presentar cálculos en el riñón con o sin sangre al orinar. Para disminuir este riesgo los pacientes deben tomar uno o dos litros de agua diariamente.

Lopinavir/ritonavir (Kaletra®): Se debe administrar con comidas. Esta droga es generalmente bien tolerada. Los eventos adversos más comunes son gastrointestinales, especialmente diarrea.

Nelfinavir: Debe administrarse con comidas. Puede producir diarreas y los efectos adversos relacionados a esta familia así como osteoporosis.

5. Inhibidores de la fusión:

Esta es la clase más nueva de antirretrovirales. La única droga disponible actualmente se llama **enfuvirtide** y ha sido estudiada en pacientes que han fallado a esquemas previos, no como terapia de inicio. A diferencia de las otras drogas, esta es de administración subcutánea (inyección en el hombro, por ejemplo) La mayoría de los efectos adversos están relacionados a molestias en el sitio de la inyección.

Esquemas Del TARGA

Como se había mencionado anteriormente, los esquemas antirretrovirales altamente efectivos deben incluir por lo menos 3 drogas las que deben permanecer por lo menos a 2 clases diferentes. Los medicamentos utilizados por el MINSa son:

:
:
:
AZT (Zidovudina)* + 3TC (Epivir o Lamivudina) + (NVP)
:
:
:
Nevirapina
:
:
ó
:
:
AZT (Zidovudina)* + 3TC (Epivir o Lamivudina) + (EFV)
:
:
:
Efavirenz
:
:

- En las PVVS con anemia moderada o severa, antes o durante el tratamiento, se utilizará **d4T** (Stavudina) o **ddI** (Didanosina)

Indicación De Tratamiento Antirretroviral En El Targa Del Minsa

La persona, para ingresar al TARGA, según la Norma Técnica vigente, no debe haber sido tratado antes con antirretrovirales. Debe cumplir además los siguientes criterios:

- GRUPO A** (Asintomáticos): CD4 igual o mayor a 200 cel/mm³ y carga viral mayor a 55,000 copias/ml o disminución del conteo de CD4 mayor o igual a 100 cel/mm³ por año.
- GRUPO B** (Asintomáticos o sintomáticos): CD4 menor a 200 cel/mm³ y/o carga viral mayor a 55,000 copias/ml.

Aquellas personas que hayan recibido o se encuentren recibiendo antirretrovirales al momento de aplicarse la Directiva del Ministerio de Salud serán evaluadas posteriormente para decidir su ingreso al TARGA.

g. ¿Cómo se puede prevenirse la infección por VIH?

Como no hay ninguna vacuna disponible para el VIH, la única manera de prevenir la infección por el virus es evitando comportamientos que lo pueden poner en alto riesgo de infección como por ejemplo, usar agujas o jeringas usadas y tener relaciones sexuales sin protección. Muchas de las personas infectadas con el VIH no tienen síntomas. Por lo tanto, no hay manera de saber con certeza si una pareja sexual esta infectada, a menos que se haya realizado la prueba varias veces, que los resultados hayan sido negativos y que no se haya expuesto a comportamientos de alto riesgo.

La gente debe abstenerse de tener relaciones sexuales o el hombre debe usar condones de látex y las mujeres condones de poliuretano, los cuales ofrecen protección parcial durante el sexo oral, anal o vaginal. Los condones de látex para hombres solo deben ser usados con lubricantes a base de agua. Aunque ciertas evidencias de laboratorio han demostrado que hay espermaticidas que pueden matar el VIH, los científicos no han encontrado que este producto prevenga a las personas de ser infectadas con el virus.

El riesgo de que una madre transmita el VIH a su bebé se reduce significativamente cuando la madre recibe AZT durante el embarazo, parto, alumbramiento y cuando se le administra al bebé en las primeras seis semanas de vida.

C. ADOLESCENCIA

La adolescencia es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los jóvenes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables. Cuando los adolescentes reciben el apoyo y el aliento de los adultos, se desarrollan de formas inimaginables, convirtiéndose en miembros plenos de sus familias y comunidades y dispuestos a contribuir. Llenos de energía, curiosidad y de un espíritu que no se extingue fácilmente, los jóvenes tienen en sus manos la capacidad de cambiar los modelos de conducta sociales negativos y romper con el ciclo de la violencia y la discriminación que se transmite de generación en generación. Con su creatividad, energía y entusiasmo, los jóvenes pueden cambiar el mundo de forma impresionante, logrando que sea un lugar mejor, no sólo para ellos mismos sino también para todos.

Proceso De La Adolescencia - Etapas Evolutivas

La adolescencia ha de ser entendida, pues, como un proceso universal de cambio, de desprendimiento que se teñirá con connotaciones externas, peculiares de cada cultura, que la favorecerán o dificultarán según las circunstancias.

El /la adolescente se encuentra en la búsqueda de su identidad adulta, y en su recorrido se ve obligado a renunciar a su identidad de niño/a. Ello le exigirá una labor lenta, a menudo dolorosa, de “duelo” y de adaptación a las nuevas sensaciones y sentimientos que afectarán al cuerpo, la mente y a las

relaciones de objeto e identificatorias. En este recorrido la *sexualidad* tiene un papel esencial. El ser humano nace sexuado biológicamente, pero su sexualidad se irá construyendo a lo largo de toda la vida y se mostrará de diferentes maneras en cada edad o momento de su evolución. La sexualidad y su expresión tendrán mucho que ver con la universalidad de la persona, y no solamente con el compromiso genital. Hay pocas dudas de que la vivencia y expresión de la sexualidad es una de las cuestiones más trascendentales de la etapa adolescente.

En todo este proceso el/la adolescente necesita de la familia y de la sociedad. “El adolescente se mira y se reconoce, en el reconocimiento que de él/ella hacen los demás”. Si la familia y la sociedad acogen y consideran sus cambios, el/la adolescente hace su recorrido con mayor tranquilidad y aceptación, e incluso con orgullo y seguridad. En cambio, si esto no ocurre, el/la adolescente esconde su cuerpo, se encierra en sí mismo o bien “actúa” para llamar la atención, exponiéndose a riesgos innecesarios.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define adolescencia como “la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo”. Así su comienzo tiene lugar con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina cuando cesa el crecimiento somático. La OMS la delimita cronológicamente entre los 10 y 19 años, aunque actualmente diferencia tres períodos, que la extienden hasta los 24 años:

- Pre-adolescencia o temprana de 10 a 14 años, correspondiente a la pubertad.
- Adolescencia media o propiamente dicha, de 14 a 18 años.
- Adolescencia tardía de 19 a 24 años.

Existen otras descripciones cronológicas distintas, según sean establecidas por psicólogos, sociólogos, endocrinólogos o neurólogos. Pero en vez de situarnos sobre una pirámide etaria, sería más interesante buscar un consenso, por encima de controversias, que contemplara de forma más abierta, el amplio espectro de esta época de grandes metamorfosis. Es importante resaltar que el crecimiento biológico, social, emocional e intelectual de los/las adolescentes, suele ser totalmente asincrónico y con frecuentes períodos de regresión.

Aunque en todas las edades se puede hablar de evolución y cambio, aspectos como la rapidez en las transformaciones y el aumento de estatura son muy superiores en la adolescencia, motivados en gran medida por la eclosión de los cambios fisiológicos y morfológicos, que marcaran una ruptura definitiva con la infancia. A menudo “el espejo” les devuelve una imagen no reconocida o distorsionada, ello exige al chico y a la chica readaptaciones continuas. La disarmonía en el proceso de crecimiento durante la adolescencia, por el desajuste entre el desarrollo corporal y el desarrollo intelectual y emocional, lleva consigo numerosos conflictos y a menudo conductas de riesgo. Los acontecimientos y problemas que surgen durante este período sorprenden y desconciertan a los padres, a los profesionales de la salud y a los propios adolescentes.

Volviendo a las etapas delimitadas por la OMS, cada una de ellas tiene sus propias características fisiológicas y psico-sociales, aunque no se deben interpretar como compartimentos estancos. La adolescencia sólo podrá ser suficientemente entendida, con carácter de continuidad e interconexión, en íntima relación con el medio familiar y social. La forma en que se irá desarrollando dependerá en gran manera de las estructuras psicológicas y sobre todo de las vivencias individuales de la infancia y en relación al entorno más cercano. En este sentido, los/as adolescentes no forman un grupo homogéneo

sino que presentan una gran diversidad en cuanto al crecimiento biológico, social, emocional e intelectual; los profesionales no debemos olvidar que cada adolescente desde su individualidad, responderá de una forma única y personal a las oportunidades y exigencias de la vida.

a. Adolescencia Temprana-Pubertad

Se trata de un período en el que los cambios físicos son muy rápidos en donde se inicia la lucha del adolescente por su independencia y libertad.

Crecimiento y maduración somática

El hecho más destacado es el incremento de la síntesis y secreción de los esteroides sexuales, bajo el control de las gonadoestimulinas FSH y LH, dando lugar a la maduración de los caracteres sexuales primarios y la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Ocurren aquellos cambios morfológicos y fisiológicos que posibilitan el inicio de las funciones sexuales y reproductivas. Destacan los siguientes cambios:

1. Aceleración del crecimiento longitudinal. Se adquiere el 25% de la estatura.
2. Modificación de las relaciones segmentarias y de la composición de los tejidos, (masa esquelética, peso, distribución muscular y de grasa, aumento del volumen sanguíneo), desarrollo del sistema respiratorio y circulatorio, desarrollo de las gónadas y órganos reproductivos.

El llamado estirón puberal muestra diferencias en ambos sexos, tanto en su cronología como en su intensidad. En las niñas es un acontecimiento precoz casi al mismo tiempo que la aparición de los caracteres sexuales secundarios, mientras que en los niños se inicia cuando la pubertad ya está avanzada.

La mayoría de las alteraciones alrededor del crecimiento en esta época, van ligados a trastornos de hipo o hipercrecimiento o del desarrollo puberal y el aspecto general del adolescente y su satisfacción o aceptación de la propia imagen. La nutrición juega un papel esencial en el desarrollo y crecimiento del adolescente-púber. El aumento de la masa corporal, la modificación de la composición de los tejidos y la frecuente alteración en los hábitos alimentarios, tendrán una repercusión directa en el equilibrio nutricional.

Cambios psicosociales

Los cambios que registra el/la adolescente significan *rupturas* más o menos considerables, que aunque normales, obligadas y necesarias, tienen evidentemente un coste psíquico personal y una considerable repercusión sobre su entorno más cercano. Estas *rupturas* movilizan sentimientos característicos, uno de los cuales podemos describirlo como de *duelo*, lógicamente a la sensación de haber perdido, abandonado o dejado atrás algo.

La imagen y el cuerpo

Los rápidos cambios físicos y a menudo disarmónicos llevan al adolescente a estar cada vez más preocupado por el aspecto de su cuerpo y por si lo que le ocurre es o no es normal.

- El cuerpo pasa ser un punto importante de referencia para sí y para los otros; es como la carta de presentación y el soporte de la autoestima. A menudo lo compara con el de otros adolescentes, siendo muy sensible a los defectos.

- Mayor interés por la anatomía y fisiología sexual; son comunes la ansiedad y las preguntas sobre la menstruación, las poluciones nocturnas, la masturbación y el tamaño del pene.
- Las sensaciones eróticas comienzan a despertarse y se hacen más prohibitivos los contactos con los padres u otros adultos.
- Manifestaciones de pudor sobre todo frente al sexo contrario. Necesidad de intimidad y recogimiento con uno mismo. Soledad y timidez.

Lucha entre la dependencia y la independencia

Los cambios físicos descritos anteriormente engendran *egocentrismo* y aquí empieza la lucha del adolescente por su independencia.

- Pérdida de condición de niño/a, del rol y de la identidad infantil. Ello le crea un vacío emocional y a menudo sin la presencia de un grupo de apoyo alternativo. Este vacío puede originar una disminución del rendimiento escolar. Se les describe como sujetos fuertemente paradójicos: tremendamente necesitados de independencia y nostálgicos de la dependencia y la seguridad infantil.
- Pérdida de los padres de la infancia. En efecto, los padres aún siendo los mismos son vistos de modo muy diferente y más real. La imagen que tienen de ellos es transmitida en términos de desacuerdo, de desadmiración, y a menudo es sustituida por otras figuras que toman un valor significativo. La respuesta de los adultos es a veces de aferramiento a sus propios valores y de resistencia a aceptar el proceso de crecimiento que los cuestiona.
- Comportamiento ambivalente e inestable (*cariñoso/huraño, sumiso/dominador, dependiente/independiente...*), actitudes de rebeldía y humor variable.

Integración en el grupo de amigos

Comienza a disminuir el contacto y la relación con la familia en favor de las relaciones con los de su grupo de edad.

- Relaciones de amistad dentro del mismo sexo, aunque hay algún contacto con el sexo opuesto dentro del grupo de amigos.
- Amistades íntimas con alguien del mismo sexo, que suelen ser idealizadas y muy intensas.
- Sensaciones de ternura y cariño fuertemente emocionales hacia sus iguales.
- Gran influencia del grupo de amigos con aceptación de sus normas. Ello se debe a la inseguridad y necesidad de reafirmación.

Desarrollo de la identidad

En esta etapa hay una mejora notable de las capacidades cognitivas. Evolución desde el pensamiento operacional concreto al pensamiento abstracto o formal. Se inicia el desarrollo académico y su preparación para el futuro.

- Presencia de la excitación sexual con nuevas sensaciones. Todo ello imprime interés y deseo de saber y reafirmarse a partir de las vivencias del grupo de iguales. Imaginación y fantasía. Toma mayor relieve la masturbación y el contar chistes “verdes”.
- Exploración de sus recién descubiertas capacidades para la abstracción, comenzando las operaciones formales. Normalmente se desarrolla interiormente y provoca autointerés (sentirse como centro de atención) y fantasía.
- Establecimiento de unos objetivos vocacionales idealizados o irreales.

- Enfrentamiento a la autoridad de los padres o educadores para probar su propia autoridad. Con ello trata de definirse a sí mismo.
- Necesidad de mayor intimidad, escribir en el diario, escuchar música en la habitación o simplemente soñar despierto. Estas conductas son absolutamente normales e importantes en el desarrollo de la identidad.
- Desarrollo del propio sistema de valores y falta de control de los impulsos, que puede derivar en un comportamiento arriesgado y peligroso.
- Tendencia a exagerar la propia situación personal. Ello les puede llevar a sentir que son el centro de atención o bien a sentirse solos y únicos en sus problemas.

b. Adolescencia Media

Se caracteriza por un creciente ámbito e intensidad de sentimientos, así como por la importancia concedida a los valores del grupo de amigos.

Crecimiento y maduración somática

En esta etapa se da el proceso de remodelación morfológica y se adquiere la talla final. La nutrición sigue jugando un papel crítico en la evolución del crecimiento y desarrollo. Aquí, cabe mencionar la influencia de las modas, la separación parcial del medio familiar y los hábitos adquiridos en el grupo de iguales como algunos de los factores que pueden determinar *desequilibrios nutritivos* en relación a la cantidad y calidad de los alimentos que se ingieren, (horario, bocadillos, alimentos refinados, etc.), que se acentúan en los casos de las demandas especiales.

En esta época, coincidiendo con trastornos emocionales o afectivos, puede haber una inhibición en el desarrollo psico-sexual y traducirse en trastornos alimentarios: comer exageradamente o dejar de comer.

Cambios psicosociales

Destacan la profundización en las relaciones sentimentales y amorosas y el inicio de las relaciones sexuales, todo ello en interrelación con los valores y experiencias del grupo de amigos.

La imagen y el cuerpo

- Hay una menor preocupación por el cuerpo, puesto que en esta etapa la mayoría de adolescentes ya han experimentado los cambios de su pubertad.
- Aunque existe una mayor aceptación y comodidad con el cuerpo, ocupan mucho tiempo en intentar hacer resaltar su atractivo. La ropa y el maquillaje pueden ser muy importantes.

Lucha entre la dependencia y la independencia

En esta época predominan cada vez más los conflictos con la familia. El/la adolescente va mostrando menos interés por los padres y dedica mucho más tiempo a sus amigos.

- Hacen prevalecer su propia opinión y discuten frontalmente con sus padres.
- Reivindican su espacio, su tiempo y cómo y cuándo utilizar las horas del día. Con ello provocan discusiones con los padres en busca de límites, tan

necesarios para la consecución de la identidad, la independencia y la libertad.

- Transgresión de lo normativizado por los adultos, que será muy importante para ir modelando el propio “yo” y la independencia.

Integración en el grupo de amigos

En ningún otro período tiene tanta importancia el grupo de amigos. La formación de grupos es el modo más idóneo para que los jóvenes puedan realizar la comprobación de las imágenes internas, tanto idealizadas como atacadas, verifiquen paulatinamente su diferenciación sexual, revivan la rivalidad y los celos y experimenten el amor y la amistad de forma más realista. Las características de esta relación incluyen:

- Avenencia con los valores, reglas y formas de vestir de los amigos/as en un intento de separarse más de su familia.
- Integración en la subcultura de los amigos/as.
- Incorporación ascendente en relaciones heterosexuales, mostrada a través del contacto y el baile en las discotecas, citas en una calle de un barrio, en una plaza o en un bar, diversos experimentos y contactos sexuales.
- Integración en clubs, deportes de equipo, pandillas y otros grupos.

Desarrollo de la identidad

Se incrementa notablemente la capacidad cognoscitiva, el razonamiento y las habilidades para la abstracción, todo ello le da un nuevo sentido a la individualidad, pero aún persiste el pensamiento mágico infantil (a mi no me pasará...) y la dificultad para preveer o anticiparse a las situaciones de riesgo.

- Aumento de la capacidad intelectual y la creatividad.
- Disminuyen las aspiraciones vocacionales idealistas. En este período pueden reconocer sus limitaciones y con ello experimentar una menor autoestima y también sufrir trastornos emocionales y depresión.
- Aumentan el ámbito y apertura de los sentimientos.
- Comprobación de la identidad sexual con gran impacto emocional de las primeras relaciones sexuales, refugiándose a menudo en los “mitos”. Descubrimiento de uno mismo y del otro.
- Se ponen en juego la autoestima y la capacidad de ser asertivo frente a las demandas del otro/a.
- Sentimientos de omnipotencia e invulnerabilidad. Viven el momento sin tener conciencia del riesgo. Y precisamente, esta actitud les lleva a comportamientos arriesgados que pueden tener consecuencias. Estos comportamientos, constituyen un factor del alto índice de accidentes, embarazos, enfermedades de transmisión sexual, drogadicción, suicidios que llegan a ser prevalentes en esta época.

c. Adolescencia Tardía

Se considera la última fase del adolescente en la lucha por su identidad e independencia. Si las etapas anteriores han transcurrido de forma más o menos armónica, con el soporte adecuado de la familia y grupo de amigos, el adolescente se encuentra en buen camino para el manejo de las tareas y la asunción de responsabilidades de la adultez.

Crecimiento y maduración somática

Si no ha habido alteraciones en las etapas anteriores, nos encontramos con un cuerpo de adulto con la talla definitiva y las funciones plenas en cuanto

a la sexualidad y la reproducción. Los hábitos y preferencias en relación a la alimentación están establecidos y normalmente se saben cuidar. Aunque aquellos/as adolescentes que hayan sufrido trastornos emocionales y de la alimentación, pueden seguir con comportamientos que impliquen desequilibrio en la nutrición, provocando alteraciones de su fisiología y desarrollo.

Cambios Psicosociales

La adolescencia tardía tiene como característica principal la preparación para funciones del adulto, la definición de su vocación de forma realista y el establecimiento de los valores personales.

La imagen y el cuerpo

Normalmente hay una aceptación e identificación de la imagen corporal y tienen ya adquiridas las preferencias en el vestir y en cómo hacerla más atractiva. Si ha habido alguna anomalía en las etapas anteriores, esta imagen puede aún ser percibida de forma distorsionada y provocar trastornos afectivos y relacionales.

Lucha entre la dependencia y la independencia

Este es un período de menor agitación y creciente integración al medio social, aunque no es extraño que algunos adolescentes muestren dificultades para asumir las responsabilidades de la adultez y continúen dependiendo de su familia y amigos.

Si el proceso de desarrollo ha sido “normal” el/la adolescente:

- Se convierte en una entidad independiente de su familia.
- Puede apreciar la importancia del valor de sus padres y de otros adultos.
- Busca y acepta de nuevo el consejo de los padres. Puede valorar todo lo aprendido en el proceso de crecimiento.

Integración en el grupo de amigos

En esta última etapa se sienten más a gusto con sus propios valores y su identidad personal en su rol social y sexual. Los valores de los amigos siguen siendo referentes pero de menor importancia.

- Es frecuente establecer la relación con un sola persona en la que hay menos exigencia y se comparten más las experiencias.
- La selección de compañeros y compañeras se basa más en la comprensión mutua y la diversión que en la aceptación de sus semejantes.
- Se produce la formación de parejas.

Desarrollo de la identidad

Se encuentran en un momento de la evolución en el que el propio “Yo” está casi conformado. Este periodo se caracteriza por:

- La maduración del desarrollo cognitivo y de una conciencia racional y realista.
- El establecimiento de relaciones no narcisistas.
- Comienza la definición de los papeles funcionales, se amplía el sentido de perspectiva con capacidades para demorar, comprometerse y establecer límites.

- La capacidad de planificación de futuro y de poder anticiparse y prevenir frente al riesgo. Puede reconocer las consecuencias de sus acciones.
- El poder hablar y discutir sobre objetivos vitales y hacerse partícipe de todas las opciones.
- El desarrollo de objetivos vocacionales prácticos y comienzo de una independencia económica.
- Una mayor actividad sexual y concreción de los valores éticos, morales y sexuales.
- El individuo sale de la adolescencia cuando la angustia de sus padres, tutores o adultos más cercanos no le producen ningún efecto desinhibidor.

Psicosexualidad En La Adolescencia. Identidad Sexual

En la adolescencia la sexualidad tiene un papel esencial: “Hay pocas dudas de que la vivencia y expresión de la sexualidad es una de las cuestiones más trascendentales de la etapa adolescente” (Rosa Ros Rahola).

Efectivamente, es la constitución psíquica de la identidad sexual y la elección amorosa lo que está en juego en los años adolescentes. Es un período de indecisión subjetiva y de incertidumbre social, durante el cual la familia y las instituciones exigen, empujan a que el sujeto se reconozca como niño o como adulto; es decir a que se reconozca.

Para reconocerse ha de abocarse en un trabajo de consolidación: hacer, de las diferentes “versiones” identificatorias que se le presentan, una “versión definitiva”, para que la identidad sexual se mantenga ya en calidad de invariante.

Pero antes de llegar a consolidarse, debe hacer renunciaciones, resolver contradicciones: pues a diferencia del mundo infantil en donde les daban un lugar y les sostenían los ensayos, les falta construirse un nuevo lugar tanto a nivel físico como psíquico y social.

Y sufrirá por ello una verdadera metamorfosis que va:

- De la infancia a la juventud: con sus cambios biológicos, que hacen que su cuerpo ya no sea el mismo, lo que le hace sentir extraño, raro. Psíquicos, el cambio de su imagen: ¿qué lugar tengo?, ¿qué soy: soy hombre, soy mujer? No es ya quien era y no sabe quién será. Y sociales: modificaciones de las expectativas del entorno familiar y social.
- De una sexualidad infantil autoerótica a una sexualidad genital que implica a otro. El cuerpo de sus semejantes entra en escena como objeto posible de deseo porque la *genitalidad* ocupa ahora un lugar clave para el sujeto. Aparecen los enamoramientos, la seducción, los “ligues” y las primeras experiencias sexuales. Se vuelve un imperativo el poner en juego su sexualidad, de ponerse a prueba. La relación con el otro sexo interroga al adolescente sobre cómo tomar posición en cuanto a la sexualidad.
- De una indefinición sexual a la definición de una posición sexuada: a través de los procesos de identificación. La identidad sexual se conquista en la pertenencia a uno de los dos sexos. (Etimológicamente sexo deriva del latín *secare*: separar, cortar). Posición que no implica el mismo camino para la chica que para el chico. Es en la adolescencia donde se realiza esta divergencia. Nos proponemos describir, desde la óptica de lo psíquico, cómo se va realizando este pasaje que tiene inicio en la infancia y un tiempo de conclusión en la adolescencia.

Sobre La Psicosexualidad

La anatomía es insuficiente para establecer la identidad sexual, ya que no hay un saber innato sobre el sexo. Tampoco los estereotipos sociales alcanzan a determinar cómo se llega a ser hombre o mujer.

Ese saber se irá construyendo, por ello la identidad sexuada es un proceso complejo, una construcción inconsciente – que el saber de la razón no alcanza a discernir –, por medio de la cual el sujeto humano se define, toma posición de un lado u otro de la diferencia; del lado hombre o del lado mujer.

Por eso hablamos de psicosexualidad, al considerar que la sexualidad no hace referencia única y exclusivamente a los órganos genitales, sino a todas y cada una de las manifestaciones subjetivas que en la realidad y en la fantasía son la expresión del deseo humano, ese motor que nos impulsa, que nos orienta hacia lo que nos falta; ya que deseamos aquello que no tenemos, lo que es diferente de uno mismo.

El sujeto humano anhela una satisfacción completa, pero el deseo suele encontrar límites, represiones, prohibiciones, de manera tal que puede procurarse placer –a través de la satisfacción siempre parcial, del mismo o sufrimiento, puesto que no siempre ve cumplidos sus sueños, cuestión que genera un malestar, una falta de armonía.

Entendemos la psicosexualidad como la capacidad del cuerpo para gozar y experimentar placer o dolor. Un cuerpo es sexuado porque disfruta o sufre y porque su constitución está determinada por las identificaciones que, establecidas desde la primera infancia lo definirán como masculino o femenino, y decidirán las orientaciones y deseos sexuales que acompañarán y marcarán al sujeto toda su vida.

Desde esta teorización diferenciamos el cuerpo del organismo biológico, pues está afectado por el simbolismo y esto nos crea una representación psíquica o mental del mismo, que llamamos imagen corporal. Esta es una construcción psíquica que se elabora en la historia del sujeto. Funciona para nosotros, los humanos, como una segunda columna vertebral, que nos posibilita sostenernos.

Se organiza durante el período infantil y se consolida, en el pasaje por la adolescencia. Si bien se ancla en el cuerpo, necesita un soporte para constituirse; por ello es que aparece como un acto psíquico producido por los primeros cuidados, así es como cuerpo y psiquismo se acompañan, se relacionan y se determinan en su constitución, soldándose entre ambos una alianza desde el nacimiento hasta la muerte.

Nacimiento De La Sexualidad

La sexualidad comienza a establecerse desde el nacimiento. La indefensión con que nacemos nos hace fuertemente dependientes del sostén de otro para nuestra existencia orgánica y psíquica. Los primeros cuidados van más allá de la satisfacción de las necesidades de conservación. La madre, con caricias, con palabras erogeiniza el cuerpo de los hijos. Y así surgen las primeras sensaciones placenteras, origen de la sexualidad.

Una vez resueltas las necesidades, el niño/a pide más, pide repetir esas primeras experiencias de satisfacción.

Paulatinamente los niños sienten el placer al tocarse, al acariciarse, y así descubren su sexo. La sexualidad en este primer momento tiene un carácter autoerótico, porque la obtención de placer está puesta en el propio cuerpo, marcado por el narcisismo infantil.

Más adelante, mediante el juego buscan saber sobre la sexualidad en el cuerpo, en sus semejantes, en el interior de los muñecos, en los juguetes, etc.; a la vez que se representan sus propias teorías o fantasías que dan “respuesta” a sus preguntas: ¿cómo vienen los niños al mundo?; ¿por qué hay dos sexos diferenciados?; ¿cómo son las relaciones sexuales de los padres y otros adultos?

Interrogan a los mayores, investigan, y a medida que avanzan en el dominio del lenguaje, aumenta la posibilidad de encontrar respuestas y de elaborarlas. Calman su curiosidad y desvían sus intereses hacia diferentes cuestiones.

La imagen del cuerpo en la infancia

La imagen del cuerpo se funda con el narcisismo infantil. A los seis meses de vida el niño puede reconocer como propia la imagen de sí cuando está delante de un espejo. Ese reconocimiento lo llena de júbilo porque la imagen de su cuerpo le brinda una unidad grandiosa, omnipotente que le anticipa una madurez que aún no tiene y le aparece como promesa de lo que en el futuro será.

Con esta imagen del cuerpo gana autonomía en función de soportes identificatorios provistos por el otro –la madre que lo sostiene y reconoce. Comienza a tenerse de pie y a contar para otros. El niño/a va a organizar el mundo de los objetos en función de esta imagen del cuerpo que varía de un sujeto a otro, de una cultura a otra, pero siempre designa los límites de la piel y articula el funcionamiento corporal.

Esta posibilidad de verse por primera vez fuera de sí mismo, sella su dependencia de las representaciones exteriores y produce un desdoblamiento entre su persona y su imagen, su subjetividad y su cuerpo: dualidad o duplicidad que lo acompañará durante toda su vida y no dejará de propiciar o interferir las relaciones consigo mismo y con sus semejantes. La imagen de sí se reelabora cuando el niño/a es introducido en el complejo edípico¹. La entrada del padre en la escena psíquica –como pareja de la madre y como diferente organiza la percepción de la diversidad, al precio de una decepción: el desmoronamiento de la fantasía de un mundo narcisista, asexuado y pleno.

Si bien conocían la diferencia de género hombre – mujer, no la habían relacionado con una diversidad de genitales. Suponían a todos los seres vivos hechos a su imagen y semejanza, considerándolos a la luz de la teoría infantil del “unisex”. La presencia paterna al lado de la madre les da acceso a diferenciarse y significar lo masculino y lo femenino en relación a la conformación anatómica que ahora adquiere característica sexual. De esta manera se reorganiza la sexualidad infantil y se inscribe en el psiquismo la diferencia de los sexos como un hecho nuevo.

La prohibición de la madre como objeto erótico permite la sexualidad regida por una ley humanizada: la intimidad sexual con los parientes cercanos le está vedada definitivamente. A cambio, le deja una promesa: más adelante podrá encontrar sus objetos amorosos y sexuales por fuera del ámbito familiar.

A partir de ese momento los caminos de ambos –niña y niño– serán divergentes. El niño intentará parecerse a su padre y podrá, en el futuro, conquistar a otra mujer. Pareciéndose e identificándose con él, reprime la conflictiva edípica. Por el contrario, la vida de la niña estará signada por el cambio de su objeto amoroso. Ahora el padre hereda el primitivo amor que tenía por su madre, con la que deberá identificarse para darle una orientación a

su feminidad. Es a través de las identificaciones que se resuelve el problema de la diferencia de sexos y se asume una posición sexual. Identificándose con el progenitor del mismo sexo se llega a la heterosexualidad, que se caracteriza por tener que colocarse de uno u otro lado de la diferencia: siendo un sexo diferente del otro, la diferencia se convertirá en promotora del deseo. Su cuerpo necesitará de otro, para experimentar el goce sexual.

Período de latencia

Pasado el momento edípico – aproximadamente entre los 6 y los 11 años –, la sexualidad infantil entrará en otro tiempo, que se ha dado en denominar período de latencia. El niño/a cobra valor de elemento vivo en la sociedad: se integra a la cultura, coincidiendo con el ingreso a la escolaridad.

Su sexualidad no se ausenta, se canaliza en el placer por el aprendizaje, por los deportes y las expresiones artísticas. Aparecen los sentimientos de ternura, amistad, vergüenza y persiste la satisfacción auto erótica de la masturbación. Sus recursos internos enriquecen la regulación de su autoestima, y la dependencia del apoyo parental es paulatinamente reemplazada por la aprobación social de sus logros. Podemos decir que es un período de calma antes del estallido de la pubertad, antes de que el deseo apaciguado despierte con ímpetu, en lo que se llama crisis de la adolescencia.

D. EDUCACION SOBRE EL SIDA EN LA ESCUELA

Panorama

Los jóvenes (de edades comprendidas entre los 10 y los 24 años) pueden representar una gran ayuda en la prevención del VIH y en el control la

epidemia. Dado que su comportamiento está aún en desarrollo y empiezan a experimentar la vida sexual, pueden adoptar prácticas más seguras con mayor facilidad que los adultos.

Al mismo tiempo, los jóvenes son particularmente vulnerables al VIH y a otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). En muchos países, el 60% de todos los casos nuevos de infección son jóvenes de 15 a 24 años de edad.

En el mundo hay más de mil millones de adolescentes. En los países en desarrollo, su número – más de 800 millones – aumentará en un 20% en los próximos 15 años. Los jóvenes son muy valiosos para la sociedad. Será útil, pues, invertir mucho en ellos para que puedan aprender a proteger su propia salud y a mantenerse con vida, así como para que influyan y eduquen a sus compañeros. Esto se puede realizar fomentando programas eficaces sobre el SIDA en la escuela y medidas de prevención en la comunidad y en los medios de información.

Una buena educación sobre el SIDA abarca la prevención, la asistencia y el apoyo eficaces de las personas con el VIH/SIDA, y su no discriminación. Se ha puesto de manifiesto que una educación de este tipo ayuda a los jóvenes a aplazar las relaciones sexuales y, cuando pasan a ser sexualmente activos, a evitar los comportamientos de riesgo.

No obstante, a menudo en la escuela a los niños y los jóvenes se les niega la educación sobre el SIDA porque:

- El tema se considera demasiado delicado o controvertido para ser enseñado.
- Es difícil encontrar un hueco para la educación sobre el SIDA en un programa escolar que ya está saturado.

- En algunos países es posible que sólo haya una cobertura parcial.
- La educación puede estar limitada a determinados grupos de edad.
- Se facilita información sobre el SIDA, pero no se imparten los conocimientos prácticos comportamentales necesarios para la prevención y el apoyo.
- El plan de estudios es de deficiente calidad.

Entre las estrategias para resolver esos problemas figuran las siguientes:

- Establecer una acción coordinada entre los responsables de las políticas, los dirigentes religiosos y de la comunidad, los padres y los educadores.
- Utilizar esa acción coordinada para formular políticas acertadas en materia de educación sobre el SIDA.
- Preparar un buen plan de estudios y/o un buen plan extraescolar, adaptados a la cultura y las circunstancias locales.

En colaboración con el ministerio de educación, el programa nacional sobre el SIDA debe:

- Intentar cubrir al 100% de los escolares con la enseñanza de la educación sobre el SIDA.
- Fomentar y facilitar políticas y programas con este objetivo.
- Supervisar la ejecución de los programas, y evaluar su impacto en el comportamiento de los estudiantes.

Antecedentes

Los jóvenes son especialmente vulnerables al VIH y a otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). También son vulnerables al

consumo de drogas (y no sólo de las drogas intravenosas). Aunque en el presente no adopten comportamientos de riesgo, es posible que en un momento futuro cercano se expongan a situaciones peligrosas. Muy a menudo, en el hogar o la comunidad no pueden hablar fácilmente o en absoluto del SIDA, o de los comportamientos de riesgo que pueden conducir a la infección por el VIH. Sin embargo, la mayoría de ellos van a la escuela hasta una cierta edad, y la escuela es un punto de entrada donde se pueden tratar esos temas, que con frecuencia son difíciles de discutir en otra parte.

El punto fuerte potencial del contexto escolar es el hecho de que los muchachos tienen allí un plan de estudios, profesores y compañeros. Y la escuela no sólo les da información, sino que también les imparte conocimientos prácticos y actitudes.

Los jóvenes sexualmente activos no suelen tener una relación sexual estable y a veces cambian con frecuencia de pareja. A menudo desconocen los riesgos del comportamiento sexual para la salud, y es posible que tengan un acceso limitado a los servicios de asistencia sanitaria. Además, son sensibles a las presiones de los compañeros y a los mensajes de los medios de comunicación, y algunos de ellos están explotados sexualmente por adultos. Los que se ponen a consumir drogas (incluido el alcohol) pasan a ser probablemente más vulnerables a la transmisión del VIH por vía sexual o por inyección. Estos hechos ayudan a explicar por qué en muchos países el 60% de todos los casos nuevos de infección por el VIH se producen en jóvenes de entre 15 y 24 años de edad. Las tasas más elevadas de ETS se encuentran normalmente en el grupo de edad de 20-24 años, seguido por el de 15-19 años. Por lo general, los jóvenes tienen dificultades para encontrar servicios donde puedan discutir cuestiones relacionadas con la salud sexual o la sexualidad. El apoyo psicológico está raramente disponible, y la mayoría de los centros de planificación familiar están restringidos a los matrimonios y las parejas.

Los jóvenes se muestran generalmente renuentes a hablar de cuestiones sexuales con los médicos o las enfermeras, sea porque sienten vergüenza o porque creen que su confidencialidad no se respetará. Es posible que se sientan igualmente incómodos para hablar de esas cuestiones con sus padres, y esos a su vez quizá tienen también vergüenza o les falta confianza para discutir las con sus hijos.

Al mismo tiempo, los jóvenes pueden ser un valioso recurso para ayudar a prevenir el VIH y las ETS. Como su comportamiento aún está en desarrollo y empiezan a experimentar la vida sexual, pueden adoptar prácticas más seguras desde el principio – o pasar a adoptarlas – con mayor facilidad que los adultos. Sus actitudes también son normalmente menos rígidas, y tienen menos tabúes firmemente establecidos.

Los jóvenes pueden ejercer una gran influencia entre ellos. Esto puede ser negativo, cuando se animan entre sí a adoptar comportamientos de riesgo, pero también puede canalizarse positivamente a través de programas de educación sobre el SIDA para difundir mensajes sobre lo que es seguro y lo que no lo es con respecto a esa enfermedad. Los jóvenes tienen mucha energía y mucha entrega. Como han tenido menos tiempo para formarse prejuicios, también pueden aprender a adoptar un comportamiento y unas actitudes no discriminatorios hacia las personas con el VIH/SIDA con mucha más facilidad que los adultos.

Teniendo en cuenta la vulnerabilidad de los jóvenes a las ETS y al VIH, es preciso que la sociedad se esfuerce más por ayudar a los muchachos a protegerse a sí mismos, principalmente educándolos en las escuelas, en el hogar y a través de los medios de información. Dejar la educación sobre cuestiones relacionadas con la sexualidad únicamente en manos de los padres

es una política aventurada. Considerando el número creciente de niños que van a la escuela, los profesores pueden encargarse de esa tarea.

En un estudio realizado en diversas culturas se ha puesto de manifiesto que una buena educación sobre el SIDA entre los adolescentes no conduce a un aumento en la actividad sexual, sino que por el contrario aplaza la edad de la primera relación sexual. En dicho estudio también se ha confirmado que cuando los mismos adolescentes pasan a ser sexualmente activos, tienden a evitar un comportamiento sexual de riesgo.

Los Problemas

A pesar de que sea evidentemente deseable que se facilite educación sobre el SIDA a los estudiantes, existen diversos obstáculos en el camino, entre los que figuran los que se exponen a continuación.

La cuestión se considera demasiado controvertida. En muchas sociedades, los adultos responsables de los niños o de su educación escolar a menudo se sienten incómodos de informarles sobre el SIDA y sobre los comportamientos sexuales de riesgo. Es posible que piensen que haciéndolo estimulan a los jóvenes a experimentar prematuramente, aun cuando en diversos estudios se ha puesto de manifiesto que la educación sobre el sexo y el VIH/SIDA no conduce a un aumento en la actividad sexual. Los formuladores de políticas, los profesores y los padres que comparten esa opinión pueden mostrarse contrarios a la introducción de programas de prevención del VIH en la escuela, basándose en el hecho de que esa cuestión es demasiado delicada para los muchachos o demasiado controvertida para la sociedad.

El plan de estudios está saturado. Con frecuencia es difícil encontrar un hueco para la educación sobre el SIDA en un plan de estudios que ya está

saturado, especialmente cuando hay muchos temas compitiendo por un lugar. En teoría, se da por sentado que la educación sanitaria, que podría incluir la educación sobre el SIDA, se enseña en las escuelas, pero en la práctica a menudo eso no se cumple. La cobertura es incompleta. En muchas escuelas no se imparte educación sobre el SIDA. Hay diversos motivos para ello: puede ser que el país carezca de política en materia de educación sobre el SIDA, o que tenga una política específicamente contra dicha educación, o aún, que ésta se muestre favorable a la educación sobre el SIDA pero sea vaga o no se haga cumplir adecuadamente. En algunos casos la formulación de políticas sobre educación está descentralizada, de manera que las autoridades educativas de algunos distritos incluyen la educación sobre el SIDA en sus planes de estudios mientras que otras no lo hacen.

La educación sobre el SIDA –donde existe siquiera un poco – se suele enseñar sólo en la escuela secundaria. No obstante, considerando las elevadas tasas de abandono escolar en muchas escuelas, los muchachos –y especialmente las muchachas – con frecuencia dejan de asistir a la escuela antes de la edad correspondiente a la secundaria, con lo cual no reciben educación sobre el SIDA. Se da información, pero no se imparten conocimientos prácticos. Puede ser que la educación sobre el VIH se imparta en la escuela, pero posiblemente sólo se examinen los hechos médicos y biológicos, y no las situaciones de la vida real con que se encuentran los jóvenes.

Solamente enseñándoles las aptitudes para la vida, y discutiendo cuestiones como las relaciones, la sexualidad y los riesgos del consumo de drogas, los jóvenes serán capaces de hacer frente a situaciones en que pueden correr el riesgo de infectarse por el VIH. Los planes de estudios son de deficiente calidad. Esta deficiencia puede deberse a diferentes razones, entre las que figuran las siguientes:

- Se omiten importantes áreas de la educación sobre el SIDA, como la no discriminación y el apoyo.
- El material de aprendizaje quizá es inadecuado; por ejemplo, destaca la información biomédica en lugar de las aptitudes sociales y los sistemas de prevención, o no está preparado para una edad específica, o bien guarda poco parecido con la vida cotidiana.
- Es posible que no haya material para los docentes
- Los profesores quizá no están bien adiestrados para organizar actividades sobre temas delicados en las aulas.
- Sólo se ofrece una alternativa por lo que se refiere al comportamiento sexual (por ejemplo, la abstinencia), sea cual sea la edad de los estudiantes
- Los objetivos del curso no están definidos claramente, o sólo se refieren a los conocimientos, actitudes y valores, y no al comportamiento.
- No se ha previsto evaluar el aprendizaje de los estudiantes.
- La educación sobre el SIDA no está integrada satisfactoriamente en el programa de estudios y no se destacan sus vinculaciones con otros temas sanitarios y sociales.
- No se imparte educación sobre los servicios de orientación, como una información más amplia y la enseñanza de conocimientos prácticos, el apoyo psicológico y los servicios de asistencia de las ETS accesibles a los jóvenes.

G. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

Estudiantes de 5^{to} año de secundaria de dos Instituciones Educativas de la UGEL N° 05: Son todos los estudiantes que cursan el 5to año de nivel secundaria y que estudian en la Institución Educativa Parroquial Fe y Alegría #5 el cual esta ubicada en el pasaje Hipólito Unanue s/n y la Institución Educativa 113 Daniel Alomía Robles que se encuentra ubicado en el Jr. las Coralinas s/n. Ambas Instituciones Educativas se encuentran dentro de jurisdicción del distrito de San Juan de Lurigancho

SIDA: Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida, infección caracterizada por la incapacidad del sistema inmunitario para hacer frente a las infecciones y otros procesos patológicos, resultado de la exposición a una infección por el VIH, que facilita el desarrollo de nuevas infecciones *oportunistas*, tumores y otros procesos.

Nivel de Conocimientos: Conjunto de ideas, hechos y conceptos que refiere tener el adolescente acerca del SIDA y será medido a través de un cuestionario cuyo valor final será alto medio y bajo.

H. DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE:

Conocimiento acerca del SIDA en los estudiantes de 5^{to} año de secundaria: Es un conjunto de ideas, conceptos que tienen los estudiantes de 5to año de secundaria de los colegios Fe y Alegría #5 y Daniel Alomía Robles #113 sobre el SIDA el cual fue obtenido por medio de una educación formal e informal y mediante el uso de sus facultades intelectuales, este conocimiento será medido mediante un instrumento de recolección de datos que será un cuestionario cuyo valor final será alto, medio y bajo.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODOS

A. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION

El presente estudio es de tipo cuantitativo debido a la estructura y factibilidad de medición de las variables. El Nivel al que pertenece es Aplicativo.

B. METODO

Es un diseño no experimental porque no va a manipular las variables de estudio, es descriptivo por que estudia a la variable tal como se presentan en la realidad, no las analiza, es Comparativo, es de corte transversal porque los datos van a recolectarse en un solo momento, en un tiempo único.

C. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en dos Instituciones Educativas Nacionales de las cuales una de ellas es el Colegio Parroquial Fe y Alegría #5, que queda ubicado en el pasaje Hipólito Unanue s/n en el distrito de San Juan de Lurigancho, Lima – Perú. En esta Institución se imparte servicios de educación secundaria en dos horarios, turno mañana (3ero a 5to año) y turno tarde (1er a 2do año). Dicho Institución Educativa cuenta con 20 salones de material noble distribuidos en un primer y segundo piso, una Sala de computo, sala de carpintería, sala de repostería, sala de corte y confección, sala de zapatería, un almacén de educación física, laboratorio de Biología y Química y un ambiente para los profesores.

La otra Institución Educativa es el colegio 113 Daniel Alomía Robles, que queda ubicado el Jr. Las Coralinas s/n, en la Urbanización Flores de Lima a la altura del paradero 8 en el distrito de San Juan de Lurigancho, Lima – Perú. Esta Institución Educativa imparte servicios de educación a nivel primario en el turno de la mañana y a nivel secundario en el turno tarde. Dicha Institución cuenta con 22 salones de material noble, Laboratorio de Química, sala de cómputo, sala de profesores, ambiente para dirección y subdirección.

D. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población total estuvo conformada por 341 estudiantes de 5to año de secundaria de las dos Instituciones Educativas, de los cuales Fe y Alegría #5 esta constituido por 7 aulas con un promedio de 35 estudiantes por aula y Daniel Alomía Robles tiene 4aulas con un promedio 31 alumnos por aula.

No hubo muestra por decisión y conveniencia del investigador el cual utilizara a toda la población de 5to año de nivel secundario de ambas Instituciones Educativas.

En cuanto a los **critérios de inclusión**, tenemos:

- Estudiantes del 5to año de secundaria matriculados en el año vigente en dichas Instituciones Educativas.
- Estudiantes de 5to año de secundaria que asisten con regularidad a clases.
- Estudiantes de 5to año que acepten participar en el estudio luego de haberles explicado los objetivos de la misma.

E. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica que se utilizó fue la encuesta la cual consiste en obtener información de los sujetos de estudio, proporcionados por ellos mismos, en este caso sobre conocimientos sobre el SIDA.

El instrumento fue cuestionario estructurado el cual contiene preguntas cerradas con alternativas de respuestas múltiples, esta consta de las siguientes partes: introducción, instrucciones, datos generales y datos específicos relacionados a conocimientos sobre el SIDA, diseñado en forma estructurada de acuerdo a las dimensiones e indicadores y el cual consta de 23 ítems. (Ver Anexo "A")

F. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento fue sometido a **VALIDEZ** de contenido y constructo, a través de la prueba de Juicio de Expertos (Prueba Binomial) constituido por 6 personas; de los cuales 4 eran enfermeras del área hospitalaria, 2 docente de

investigación, quienes dieron las sugerencias respectivas que fueron tomadas en cuenta para su modificación; permitiendo así realizar los reajustes antes de su aplicación. Al ser sometido a la prueba binomial se encontró que el error significativo no supera los valores establecidos para $P < 0.05$ por lo que el instrumento es válido. (Ver Anexo “B”)

Luego fue sometido a una validez estadística donde se utilizó la prueba de correlación de Pearson obteniéndose correlaciones muy significativas. Se realizó una prueba piloto con los adolescentes de una institución educativa posteriormente se hizo la prueba de coeficiente de confiabilidad Alfa de Crombach obteniéndose que el instrumento es confiable. (Ver Anexo “C” Y “D”)

Habiéndose encontrado resultado confiable, válido y consistente a través del tiempo para todo el instrumento en general.

G. PROCEDIMIENTOS, ANALISIS DE DATOS.

Para iniciar el proceso de recolección de datos, se realizó las coordinaciones respectivas con la directora y subdirectora de las Instituciones Educativas Fe y Alegría #5 y Daniel Alomía Robles, a quienes se les entregó el documento tramitado en dirección de la Escuela.

Posteriormente se procedió a la recolección de datos; la aplicación tuvo un tiempo aproximado de 20 minutos por salón.

Para el procesamiento de la información fue necesario realizar la codificación de las preguntas (Ver Anexo “E”)

Para la medición de la variable se utilizó la Escala de Stannones en la curva de Gauss, la variable se clasifico en nivel de Conocimiento: Alto, medio y bajo.

Escala de valores:

| Nivel de conocimiento | Rango |
|------------------------------|--------------|
| Alto | 21 – 23 |
| Medio | 18 – 20 |
| Bajo | 0 – 17 |

Una vez recolectados los datos fueron tabulados manualmente y mediante el programa estadístico SPSS, en el cual se obtuvo las frecuencias en general y cada ítem. (Ver Anexo “J”)

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUCIONES

Después de recolectados los datos, estos fueron procesados manualmente y con el programa SPSS y agrupados de tal forma que se presenta en cuadros estadísticos para facilitar su análisis e interpretación. Se presentan los datos generales en primer lugar y luego los datos específicos, relacionado con los objetivos del presente estudio de los 2 grupos de estudiantes de las Instituciones Educativas Fe y Alegría #5 y Daniel Alomía Robles

En relación a la edad del los estudiantes encuestados, se obtuvo que los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría #5 de 217 (100%); 11(5.07%) tienen la edad de 15 años, 133 (61.29%) tienen la edad de 16 años, 64(29.49%) tienen la edad de 17 años y 9(4.15%) tienen la edad de 18 años. Mientras los estudiantes de la Institución Educativa Daniel Alomía Robles de 124 (100%); 26(20.97%) tienen la edad de 15 años, 72(58.06%) tienen la edad de 16 años, 24(19.35%) tienen la edad de 17 años y 2(1.62%) tienen la edad de 18 años. (Ver Anexo “F”)

Con respecto al sexo de los estudiantes encuestados, se obtuvo que los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría #5 de un total de 217(100%); 99(45.62%) son del sexo femenino mientras 118(54.38%) son del sexo masculino. Y los estudiantes encuestados de la Institución Educativa Daniel Alomía Robles de un total de 124 (100%); 68(54.84%) son del sexo femenino mientras 56(45.16%) son del sexo masculino (Ver Anexo “G”)

Respecto a la distribución por sexo y edad en las dos Instituciones Educativas de la UGEL N° 5; los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría #5 de 99(100%) estudiantes del sexo femenino 9(9.09%) tienen la edad de 15 años, 53(53.53%) la edad de 16 años, 32(32.33%) la edad de 17 años y 5(5.05%) la edad de 18 años. De 118(100%) estudiantes del sexo masculino, 2(1.69%) tienen la edad de 15 años, 80(67.80%) la edad de 16 años, 32(27.12%) la edad de 17 años y 4(3.39%) la edad de 18 años.

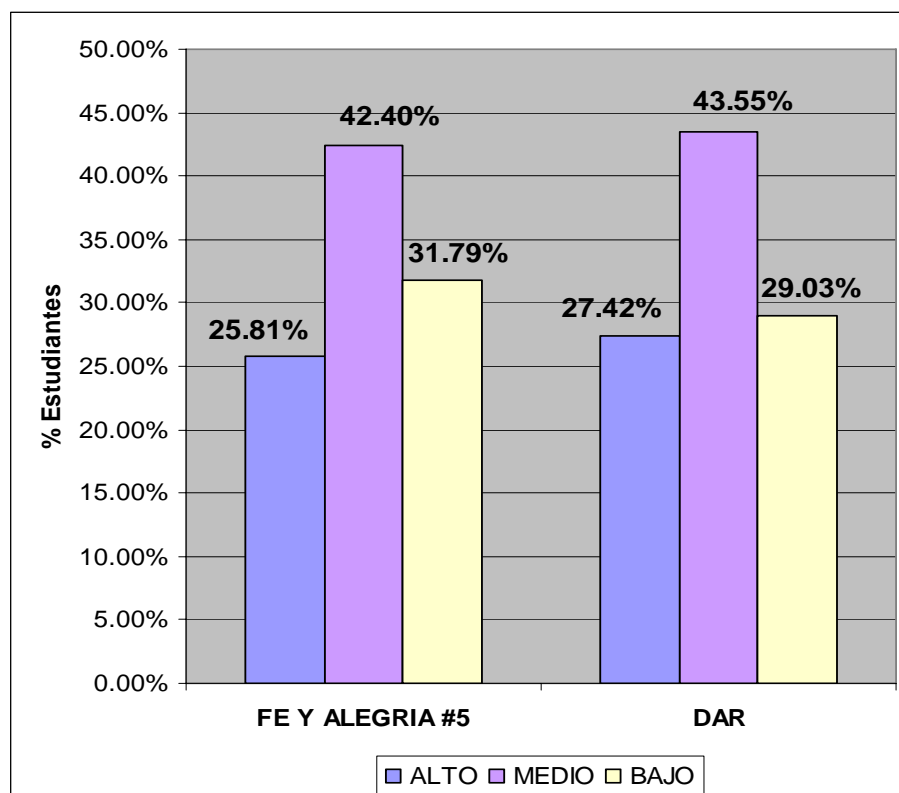
Los estudiantes de la Institución Educativa Daniel Alomía Robles de 68(100%) estudiantes del sexo femenino 16(23.53%) tienen la edad de 15 años, 42(61.76%) la edad de 16 años y 10(14.71%) la edad de 17 años. De 56(100%) estudiantes del sexo masculino, 10(17.86%) tienen la edad de 15 años, 30(53.57%) la edad de 16 años, 14(25.00%) la edad de 17 años y 2(3.57%) la edad de 18 años (Ver Anexo “H”)

Para determinar el nivel de conocimientos acerca del Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA) en estudiantes de 5to año de Nivel Secundario en las dos Instituciones Educativas de la UGEL N° 5; la variable conocimientos se categorizó en tres niveles: Alto, Medio y Bajo; a través de una escala de valores finales, mediante la campana de Gauss, empleando la constante de Stanones (0.75), Para establecer los rangos se usó la media aritmética y la desviación estándar de los instrumentos aplicados a los estudiantes durante la recolección de datos. (Ver Anexo “I”).

CUADRO N° 1
CONOCIMIENTOS SOBRE EL SIDA EN ESTUDIANTES DE 5to AÑO
DE SECUNDARIO EN INSTITUCIONES
EDUCATIVAS DE LA UGEL N° 5
SJL – 2006

| NIVEL DE CONOCIMIENTOS | TOTAL | | Institución Educativa Fe y Alegría #5 | | Institución Educativa Daniel Alomía Robles | |
|------------------------|-------|-------|---------------------------------------|-------|--|-------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| TOTAL | 341 | 100 | 217 | 100 | 124 | 100 |
| ALTO | 90 | 26.39 | 56 | 25.81 | 34 | 27.42 |
| MEDIO | 146 | 42.82 | 92 | 42.40 | 54 | 43.55 |
| BAJO | 105 | 30.79 | 69 | 31.79 | 36 | 29.03 |

GRAFICO N° 1



Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del 5to año de Nivel Secundaria de las Instituciones Educativas Fe y Alegría N° 5 y Daniel Alomía Robles. SJL – 2006

En el Cuadro y Grafico N° 1 se puede observar que con respecto al nivel de conocimientos acerca del Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA), los estudiantes encuestados de la Institución Educativa Fe y Alegría #5 de 217 (100%); 92 (42.40%) tienen un nivel de conocimientos Medio, 69 (31.79%) un nivel de conocimiento Bajo y 56 (25.81%) tienen un nivel de conocimiento Alto. Por otro lado se observa que de los estudiantes encuestados de la Institución Educativa Daniel Alomía Robles de 124 (100%); 54 (43.55%) tienen un nivel de conocimientos Medio, 36 (29.03%) un nivel de conocimiento Bajo y 34 (27.42%) un nivel de conocimiento Alto.

Al respecto se puede manifestar que para Mario Bunge en su Libro “La Investigación Científica”(5) define al conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados; que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vago e inexacto; en base a ello tipifica el conocimiento en: Conocimiento Científico y Ordinario o vulgar. El primero lo identifica como un conocimiento racional, cuántico, objetivo, sistemático y verificable a través de la experiencia; y al conocimiento vulgar como un conocimiento vago, inexacto, limitado a la observación

También se considera que estos estudiantes están en la etapa de la Adolescencia que es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los jóvenes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables. El /la adolescente se encuentra en la búsqueda de su identidad adulta, y en su recorrido se ve obligado a renunciar a su identidad de niño/a.

El SIDA es una epidemia que pone en riesgo la salud de las personas en todo el mundo. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) 2004; más de un millón de jóvenes (de 15 a 24 años) vivían con VIH/SIDA a finales del 2003. En todo el mundo, nuevos estudios han concluido que una enorme cantidad de jóvenes no tiene idea de cómo se propaga el VIH/SIDA ni de cómo protegerse.

Por lo tanto se deduce que los conocimientos acerca del Síndrome de Inmune Deficiencia Humana (SIDA) en la mayoría de los adolescentes encuestados en las Instituciones Educativas Daniel Alomía Robles y Fe y Alegría #5 es de nivel “Medio”, no encontrándose diferencia significativa entre ambas Instituciones Educativas al aplicar la prueba Chi-Cuadrado (X^2). (Ver Anexo “J”).

Al aplicar la PRUEBA “T” **No** se encontró diferencia significativa entre el nivel de conocimientos de los estudiantes de 5to año de secundaria de ambas Instituciones Educativas con relación al sexo. (Ver Anexo “K”).

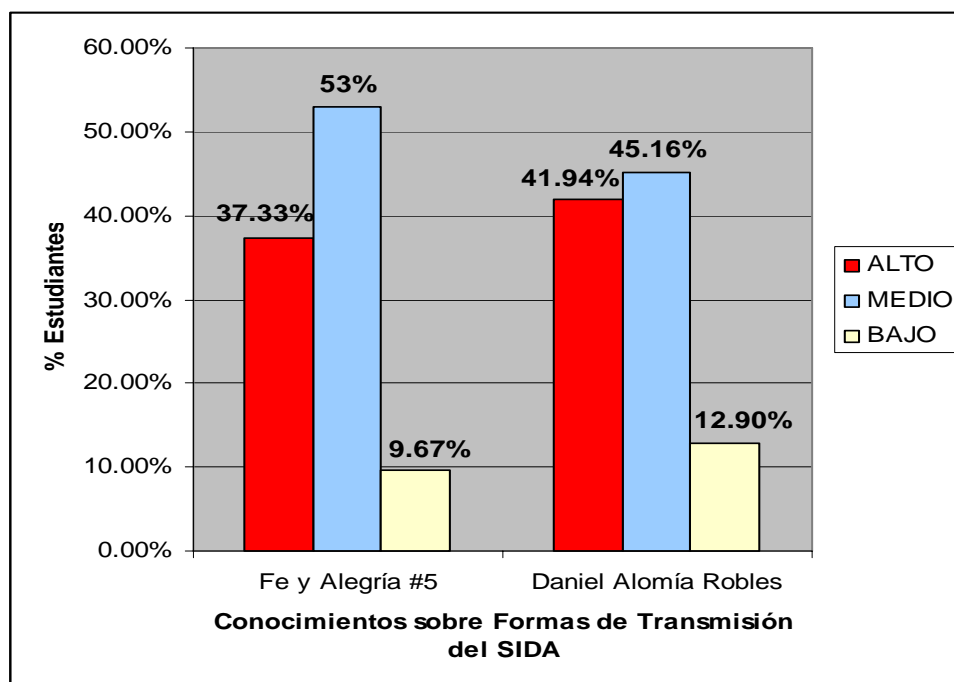
Pero en cambio al aplicar la PRUEBA DE ANOVA en ambas Instituciones Educativas se encontró que **Si** existe diferencia significativa entre el nivel de conocimientos de los estudiantes de 5 año de secundaria con relación a la edad. (Ver Anexo “L”)

Al no tener los conocimientos adecuados los estudiantes de ambas Instituciones Educativas los pone en riesgo a adquirir en un futuro sea lejano o cercano esta infección; por ello las autoridades de Educación y de Salud deben desarrollar acciones dirigidas a fortalecer el nivel de información hacia los adolescentes para mejorar así su calidad de vida.

CUADRO N° 2
CONOCIMIENTOS SOBRE LAS FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL
SIDA EN ESTUDIANTES DE 5to AÑO DE SECUNDARIA EN
INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA UGEL N° 5
SJL – 2006

| Dimensión Formas de Transmisión Nivel De Conocimientos | TOTAL | | Institución Educativa Fe y Alegría #5 | | Institución Educativa Daniel Alomía Robles | |
|---|-------|------|---------------------------------------|-------|--|-------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| TOTAL | 341 | 100 | 217 | 100 | 124 | 100 |
| ALTO | 133 | 39.0 | 81 | 37.33 | 52 | 41.94 |
| MEDIO | 171 | 50.1 | 115 | 53.00 | 56 | 45.16 |
| BAJO | 37 | 10.9 | 21 | 9.67 | 16 | 12.90 |

GRAFICO N° 2



Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del 5to año de Nivel Secundaria de las Instituciones Educativas Fe y Alegría N° 5 y Daniel Alomía Robles. SJL – 2006

En el Cuadro y Grafico N° 2 se puede observar que en relación al nivel de conocimientos respecto al SIDA según la Dimensión Formas de Transmisión, los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría #5, de 217 (100%); 115 (53.00%) tienen un nivel de conocimientos Medio, 81 (37.33%) un nivel de conocimiento Alto y 21 (9.67%) un nivel de conocimiento Bajo. Por otro lado se observa que los estudiantes encuestados de la Institución Educativa Daniel Alomía Robles de 124 (100%); 56 (45.16%) tienen un nivel de conocimientos Medio, 52 (41.94%) un nivel de conocimiento Alto y 16 (12.90%) un nivel de conocimiento Bajo.

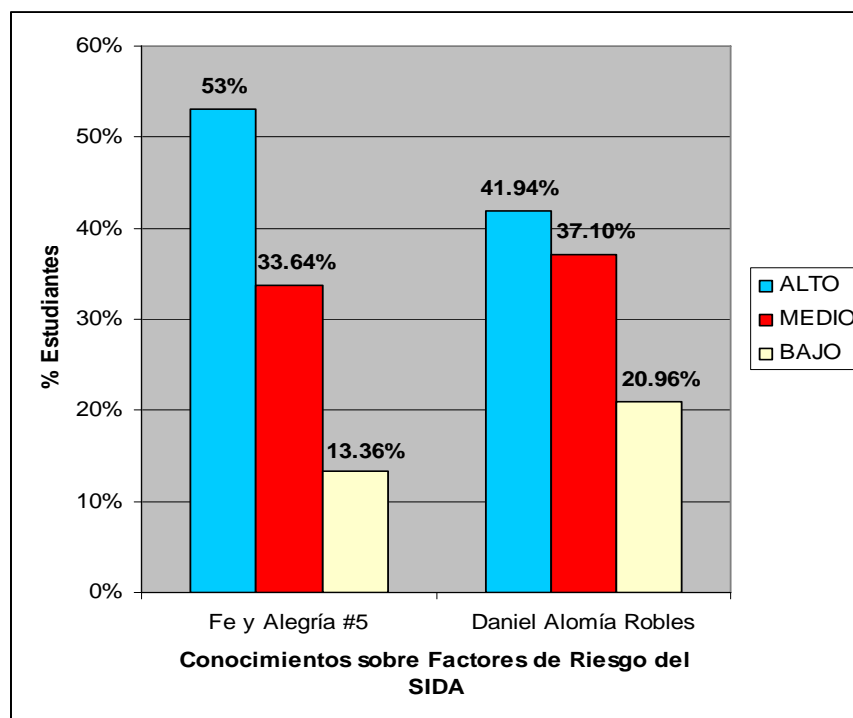
Al respecto se puede manifestar que el VIH/SIDA se transmite por contacto directo y para ello es necesaria la presencia de una cantidad suficiente de virus. Esta proporción sólo existe en el semen y otras secreciones sexuales (flujo vaginal), en la sangre contaminada y, en menor cantidad, en la leche materna. El virus penetra en el organismo del individuo sano y entra en contacto con la sangre o las mucosas. Por lo tanto, el contagio del VIH/SIDA se produce por vía sexual, sanguínea y de la madre al feto o al recién nacido.

De lo expuesto se puede deducir que el nivel de conocimientos sobre el SIDA según la Dimensión Formas de transmisión en ambas Instituciones Educativas predomina el nivel de conocimiento “Medio”, situación semejante reportada por Roxana Quispe Montañez (7) donde encontró que la mayoría de los conocimientos de los adolescentes fue de nivel “Medio”, es por ello que se tendría que enfatizar en la parte preventivo promocional acerca de las formas de transmisión del SIDA así se podría disminuir la incidencia de esta infección en un futuro lejano o cercano.

CUADRO N° 3
CONOCIMIENTOS SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DEL SIDA
EN ESTUDIANTES DE 5to AÑO DE SECUNDARIA EN
INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA UGEL N° 5
SJL – 2006

| Dimensión Factores De Riesgo Nivel De Conocimientos | TOTAL | | Institución Educativa Fe y Alegría #5 | | Institución Educativa Daniel Alomía Robles | |
|--|-------|------|---------------------------------------|-------|--|-------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| TOTAL | 341 | 100 | 217 | 100 | 124 | 100 |
| ALTO | 167 | 49.0 | 115 | 53.00 | 52 | 41.94 |
| MEDIO | 119 | 34.9 | 73 | 33.64 | 46 | 37.10 |
| BAJO | 55 | 16.1 | 29 | 13.36 | 26 | 20.96 |

GRAFICO N° 3



Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del 5to año de Nivel Secundaria de las Instituciones Educativas Fe y Alegría N° 5 y Daniel Alomía Robles. SJL – 2006

El Cuadro y Grafico N° 3 se puede observar que en relación al nivel de conocimientos sobre el SIDA, según la Dimensión Factores de Riesgo los estudiantes encuestados de la Institución Educativa Fe y Alegría #5 de 217 (100%); 115 (53.00%) tienen un nivel de conocimientos Alto, 73 (33.64%) un nivel de conocimiento Medio y 29 (13.36%) un nivel de conocimiento Bajo. Por otro lado los estudiantes encuestados de la Institución Educativa Daniel Alomía Robles de 124 (100%); 52 (41.94%) tienen un nivel de conocimientos Alto, 46 (37.10%) un nivel de conocimiento Medio y 26 (20.96%) un nivel de conocimiento Bajo.

Al respecto se puede manifestar que un factor de riesgo es algo que incrementa la posibilidad de contraer una enfermedad o padecimiento.

Es posible contraer una infección por VIH y desarrollar SIDA con o sin los factores de riesgo. Sin embargo, mientras más riesgos tengan, mayor será la posibilidad de contraer una infección por VIH y desarrollar SIDA. Si tiene un número de factores de riesgo.

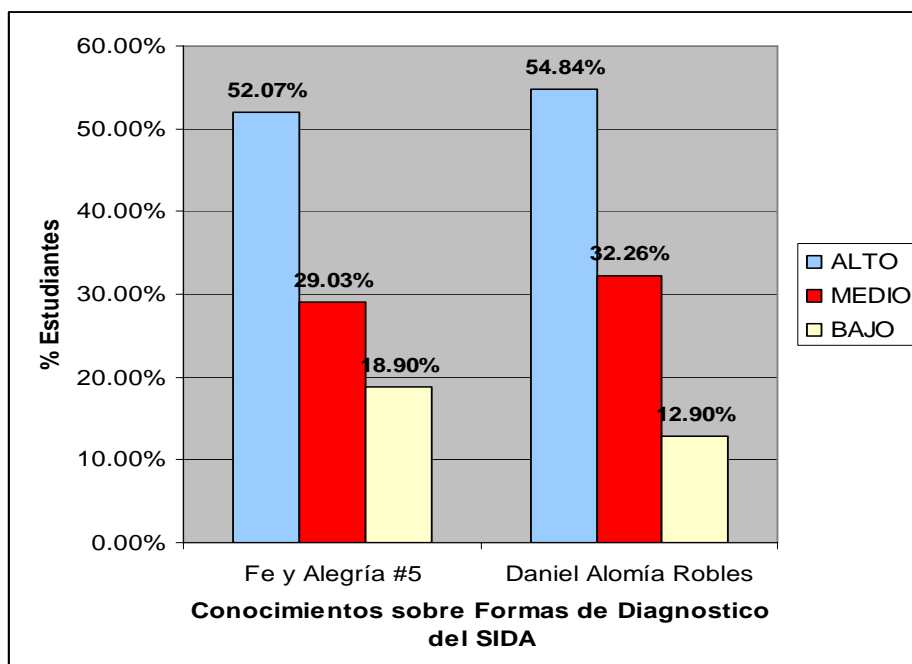
Algunos factores en el modo de vida incrementan el riesgo de contraer la infección por VIH y desarrollar SIDA. Al evitar conductas que están asociadas con el incremento de sus riesgos, puede reducirlos grandemente.

De lo expuesto se puede deducir que el nivel de conocimientos sobre el SIDA según la Dimensión Factores de Riesgo, en ambas Instituciones Educativas predomina el conocimiento de nivel "Alto", pero existe un porcentaje considerable que obtuvo un nivel de conocimientos Bajo, es por ello que es importante y necesario enfatizar en este grupo de adolescentes la promoción y prevención sobre esta infección poniendo énfasis en los Factores de Riesgo así poder contribuir a la disminución de la incidencia de esta infección.

CUADRO N° 4
CONOCIMIENTOS SOBRE LAS FORMAS DE DIAGNOSTICO DEL
SIDA EN ESTUDIANTES DE 5to AÑO DE SECUNDARIA EN
INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA UGEL N° 5
SJL – 2006

| Dimensión Formas De Diagnostico Nivel De Conocimientos | TOTAL | | Institución Educativa Fe y Alegría #5 | | Institución Educativa Daniel Alomía Robles | |
|---|-------|------|---------------------------------------|-------|--|-------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| TOTAL | 341 | 100 | 217 | 100 | 124 | 100 |
| ALTO | 181 | 53.1 | 113 | 52.07 | 68 | 54.84 |
| MEDIO | 103 | 30.2 | 63 | 29.03 | 40 | 32.26 |
| BAJO | 57 | 16.7 | 41 | 18.90 | 16 | 12.90 |

GRAFICO N° 4



Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del 5to año de Nivel Secundaria de las Instituciones Educativas Fe y Alegría N° 5 y Daniel Alomía Robles. SJL – 2006

El Cuadro y Grafico N° 4 se puede observar que en relación al nivel de conocimientos sobre del SIDA, según la Dimensión formas de Diagnostico; los estudiantes encuestados de la Institución Educativa Fe y Alegría #5 de de 217 (100%); 113 (52.07%) tienen un nivel de conocimientos Alto, 63 (29.03%) un nivel de conocimiento Medio y 41 (18.90%) un nivel de conocimiento Bajo. Los estudiantes encuestados de la Institución Educativa Daniel Alomía Robles de 124 (100%); 68 (54.84%) tienen un nivel de conocimientos Alto, 40 (32.26%) un nivel de conocimiento Medio y 16 (12.90%) un nivel de conocimiento Bajo.

Al respecto se puede manifestar que frecuentemente no hay síntomas al principio de la infección VIH/SIDA, un profesional de la salud puede hacer el diagnóstico por medio de un examen de sangre, en el que se buscan los anticuerpos (proteínas que pelean contra infecciones) para el VIH. Generalmente se diagnostican la infección por VIH aplicando dos tipos de pruebas para encontrar anticuerpos, ELISA y Western Blot.

De lo expuesto se puede deducir que el nivel de conocimientos sobre el SIDA según la Dimensión Diagnostico, en ambas Instituciones Educativas predomina el conocimiento de nivel Alto y Medio, esto no nos indicaría que se deje de lado la educación sanitaria sobre este punto, por que aun existen un porcentaje de estudiantes con conocimiento Bajo.

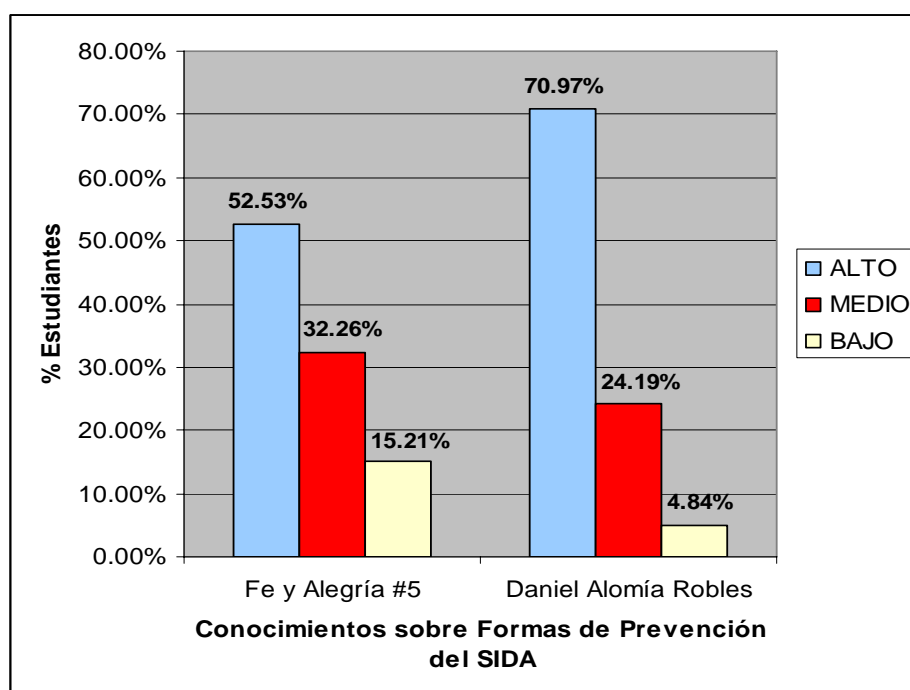
CUADRO N° 5

CONOCIMIENTOS SOBRE LAS FORMAS DE PREVENCIÓN DEL SIDA EN ESTUDIANTES DE 5to AÑO DE SECUNDARIA EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA UGEL N° 5

SJL – 2006

| Dimensión Formas De Prevención Nivel De Conocimientos | TOTAL | | Institución Educativa Fe y Alegría #5 | | Institución Educativa Daniel Alomía Robles | |
|--|-------|------|---------------------------------------|-------|--|-------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| TOTAL | 341 | 100 | 217 | 100 | 124 | 100 |
| ALTO | 202 | 59.2 | 114 | 52.53 | 88 | 70.97 |
| MEDIO | 100 | 29.3 | 70 | 32.26 | 30 | 24.19 |
| BAJO | 39 | 11.5 | 33 | 15.21 | 6 | 4.84 |

GRAFICO N° 5



Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del 5to año de Nivel Secundaria de las Instituciones Educativas Fe y Alegría N° 5 y Daniel Alomía Robles. SJL – 2006

El Cuadro y Grafico N° 5 se puede observar que en relación al nivel de conocimientos sobre el SIDA, con respecto a la Dimensión formas de Prevención; los estudiantes encuestados de la Institución Educativa Fe y Alegría #5 de 217 (100%); 114 (52.53%) tienen un nivel de conocimientos Alto, 70 (32.26%) un nivel de conocimiento Medio y 33 (15.21%) un nivel de conocimiento Bajo. Los estudiantes encuestados de la Institución Educativa Daniel Alomía Robles de 124 (100%); 88 (70.97%) tienen un nivel de conocimientos Alto, 30 (24.19%) un nivel de conocimiento Medio y 6 (4.84%) un nivel de conocimiento Bajo.

Al respecto se puede manifestar que como no hay ninguna vacuna disponible para el VIH, la única manera de prevenir la infección por el virus es evitando comportamientos que lo pueden poner en alto riesgo de infección como por ejemplo, usar agujas o jeringas usadas y tener relaciones sexuales sin protección.

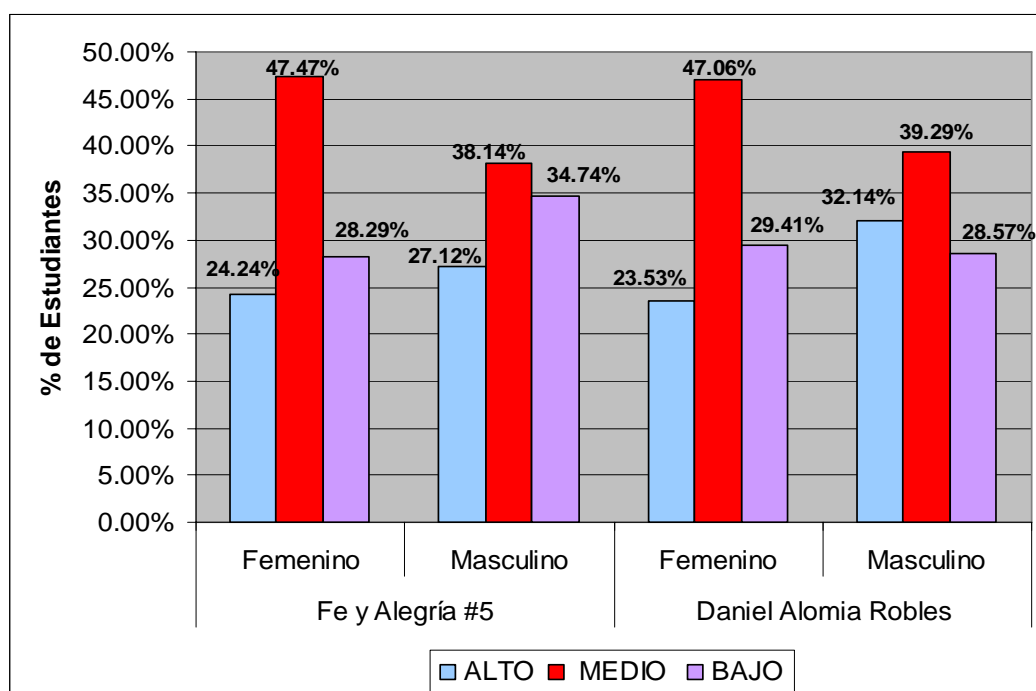
La gente debe abstenerse de tener relaciones sexuales o el hombre debe usar condones de látex y las mujeres condones de poliuretano, los cuales ofrecen protección parcial durante el sexo oral, anal o vaginal.

De lo expuesto se puede deducir que el nivel de conocimientos sobre el SIDA según la Dimensión Prevención, en ambas Instituciones Educativas predomina el conocimiento de nivel “Alto”, pero a su vez aun hay un porcentaje de estudiantes que tienen un conocimiento “Bajo”, y es justo a ellos a quienes se les debe enfatizar las medidas preventivas por ser vital en especial para el adolescente y para que en un futuro puedan utilizarlas y así se contribuiría a disminuir la incidencia de dicha infección.

CUADRO N° 6
CONOCIMIENTOS ACERCA DEL SIDA SEGÚN SEXO EN
ESTUDIANTES DE 5TO AÑO DE SECUNDARIO
EN DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS
DE LA UGEL N° 5
SJL – 2006

| Sexo \ Nivel De Conocimientos | TOTAL | | Institución Educativa Fe y Alegría #5 | | | | Institución Educativa Daniel Alomía Robles | | | |
|-------------------------------|-------|-------|---------------------------------------|-------|-----------|-------|--|-------|-----------|-------|
| | | | Femenino | | Masculino | | Femenino | | Masculino | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| TOTAL | 341 | 100 | 99 | 100 | 118 | 100 | 68 | 100 | 56 | 100 |
| ALTO | 90 | 26.39 | 24 | 24.24 | 32 | 27.12 | 16 | 23.53 | 18 | 32.14 |
| MEDIO | 146 | 42.82 | 47 | 47.47 | 45 | 38.14 | 32 | 47.06 | 22 | 39.29 |
| BAJO | 105 | 30.79 | 28 | 28.29 | 41 | 34.74 | 20 | 29.41 | 16 | 28.57 |

GRAFICO N° 6



Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del 5to año de Nivel Secundaria de las Instituciones Educativas Fe y Alegría N° 5 y Daniel Alomía Robles. SJL – 2006

En el Cuadro y Grafico N° 6 se puede observar que en relación al nivel de conocimientos de los estudiantes acerca del Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA) según Sexo, los estudiantes encuestados de la Institución Educativa Fe y Alegría #5 de 99 (100%) del sexo femenino, 47 (47.47%) tienen un nivel de conocimientos Medio, 28 (28.29%) un nivel de conocimiento Bajo y 24 (24.24%) un nivel de conocimiento Alto. Y de los estudiantes del sexo masculino se puede observar que de 118(100%), 45(38.14%) tienen un nivel de conocimientos Medio, 41(34.74%) un nivel de conocimientos Bajo y 32(27.12%) un nivel de conocimiento Alto.

Los estudiantes encuestados de la Institución Educativa Daniel Alomía Robles de 68 (100%) estudiantes del sexo femenino; 32(47.06%) tienen un nivel de conocimientos Medio, 20 (29.41%) un nivel de conocimiento Bajo y 16 (23.53%) un nivel de conocimiento Alto. Y los estudiantes del sexo masculino se puede observar que de 56(100%), 22(39.29%) tienen un nivel de conocimientos Medio, 18(32.14%) un nivel de conocimiento Alto y 16(28.57%) un nivel de conocimientos Bajo.

Al respecto se puede manifestar que en nuestra cultura actual ya no existe una diferencia de conocimiento según el género femenino y el género masculino, ya que en tiempos actuales las mujeres se encuentran menos intimidadas y tienen mayor desenfado para conocer y saber más; existiendo a su favor un mayor acceso a la información como el Internet, televisión, etc.

De lo mencionado se puede deducir que los conocimientos en relación al SIDA según sexo, tanto en hombres como mujeres predomina el conocimiento “Medio”, **No** existiendo diferencia significativa en ambas Instituciones Educativas en cuanto al género según la prueba estadística “T de Student” (Ver Anexo “K”), estos conocimientos pudieron haberlos adquirido en el colegio o por otros medios como sus padres, la televisión, el Internet, el centro de salud, etc. Lo que nos permite deducir que los estudiantes de estos colegios están en riesgo a adquirir en un futuro ya sea cercano o lejano a sufrir esta infección.

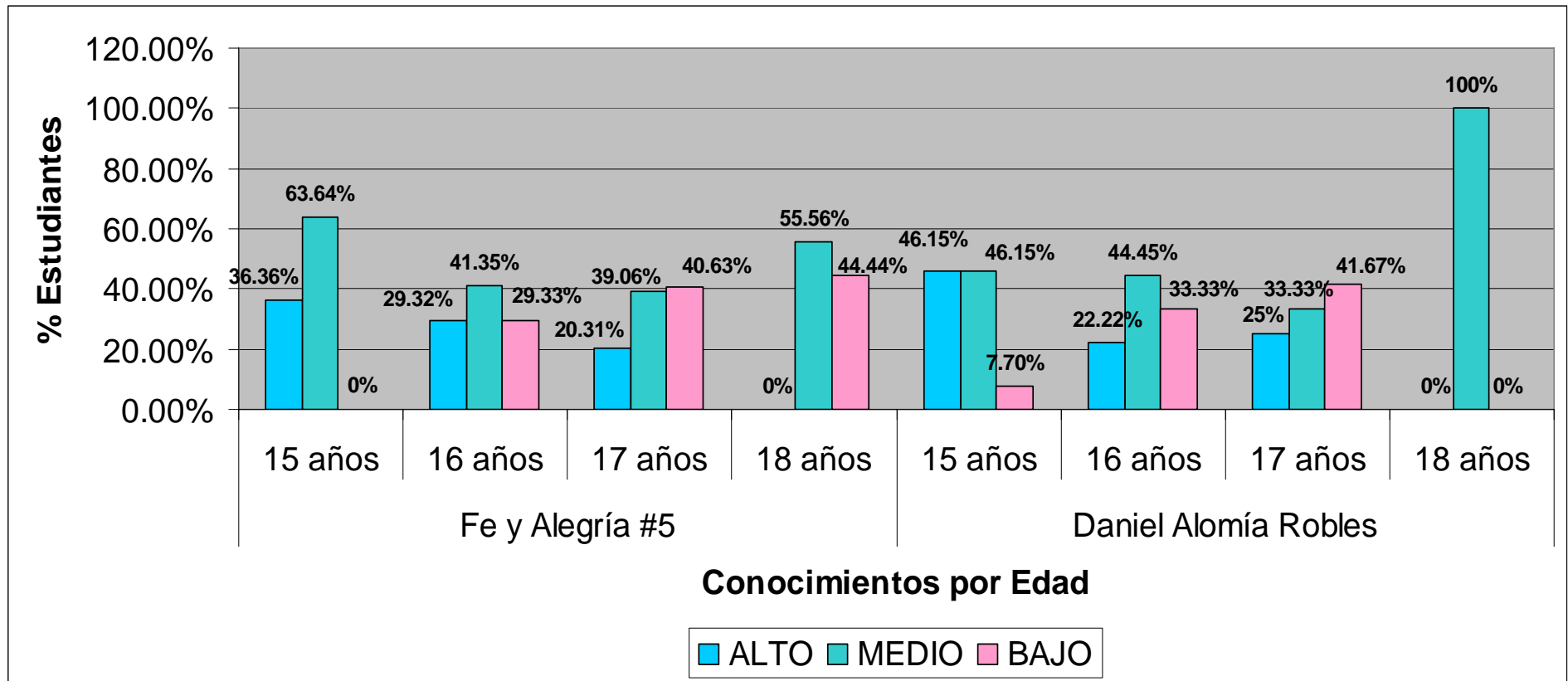
CUADRO N° 7

CONOCIMIENTOS ACERCA DEL SIDA SEGÚN EDAD EN ESTUDIANTES DE 5TO AÑO DE SECUNDARIO EN DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA UGEL N° 5 SJL – 2006

| Edad Nivel de Conocimientos | TOTAL | | Institución Educativa Fe y Alegría #5 | | | | | | | | Institución Educativa Daniel Alomía Robles | | | | | | | |
|------------------------------------|-------|-------|---------------------------------------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|--|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-----|
| | | | 15 años | | 16 años | | 17 años | | 18 años | | 15 años | | 16 años | | 17 años | | 18 años | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| TOTAL | 341 | 100 | 11 | 100 | 133 | 100 | 64 | 100 | 9 | 100 | 26 | 100 | 72 | 100 | 24 | 100 | 2 | 100 |
| ALTO | 90 | 26.39 | 4 | 36.36 | 39 | 29.32 | 13 | 20.31 | 0 | 0 | 12 | 46.15 | 16 | 22.22 | 6 | 25.00 | 0 | 0 |
| MEDIO | 146 | 42.82 | 7 | 63.64 | 55 | 41.35 | 25 | 39.06 | 5 | 55.56 | 12 | 46.15 | 32 | 44.45 | 8 | 33.33 | 2 | 100 |
| BAJO | 105 | 30.79 | 0 | 0 | 39 | 29.33 | 26 | 40.63 | 4 | 44.44 | 2 | 7.70 | 24 | 33.33 | 10 | 41.67 | 0 | 0 |

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del 5to año de Nivel Secundaria de las Instituciones Educativas Fe y Alegría N° 5 y Daniel Alomía Robles. SJL – 2006

GRAFICO N° 7



Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del 5to año de Nivel Secundaria de las Instituciones Educativas Fe y Alegría N° 5 y Daniel Alomía Robles. SJL – 2006

En la Cuadro y Grafico N° 7 se puede observar que en relación al nivel de conocimientos de los estudiantes acerca del Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA) según Edad, los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría #5 de 11(100%) estudiantes de 15 años de edad, 7(63.64%) tienen un nivel de conocimientos Medio y 4(36.36%) un nivel de conocimientos Alto. De 133(100%) estudiantes de 16 años de edad, 55(41.35%) tienen un nivel de conocimientos Medio, 39(29.33%) un nivel de conocimientos Bajo y 39(29.32%) un nivel de conocimientos Alto. De 64(100%) estudiantes de 17 años de edad, 26(40.63%) un nivel de conocimientos Bajo, 25(39.06%) tienen un nivel de conocimientos Medio y 13(20.31%) un nivel de conocimientos Alto. De 9(100%) estudiantes de 18 años de edad, 5(55.56%) tienen un nivel de conocimientos Medio y 4(44.44%) un nivel de conocimientos Bajo.

Los estudiantes de la Institución Educativa Daniel Alomía Robles de 26(100%) estudiantes de 15 años de edad, 12(46.15%) tienen un nivel de conocimientos Medio, 12(46.15%) un nivel de conocimientos Alto y 2 (7.70%) un nivel de conocimientos Bajo. De 72(100%) estudiantes de 16 años de edad, 32(44.45%) tienen un nivel de conocimientos Medio, 24(33.33%) un nivel de conocimientos Bajo y 16(22.22%) un nivel de conocimientos Alto. De 24(100%) estudiantes de 17 años de edad, 10(41.67%) tienen un nivel de conocimientos Bajo, 8(33.33%) un nivel de conocimientos Medio y 6(25.00%) un nivel de conocimientos Alto. Y de 2(100%) estudiantes de 18 años de edad, ambos tienen un nivel de conocimientos Medio.

Al respecto se puede manifestar que la adolescencia es una fase de la vida, una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta nuevas sensaciones de independencia. La OMS la delimita cronológicamente entre los 10 y 19 años aunque actualmente se diferencia tres periodos, que la extienden hasta los 24: Preadolescencia o temprana de 10 a 14

años, correspondiente a la pubertad. Adolescencia Media o propiamente dicha, de 14 a 18 años y Adolescencia tardía de 19 a 24 años.

El SIDA según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una epidemia que pone en riesgo la salud de las personas en todo el mundo. Más de la mitad de las nuevas infecciones por el VIH que se producen en la actualidad afectan a jóvenes de 15 a 24 años de edad. En todo el mundo, nuevos estudios han concluido que una enorme cantidad de jóvenes no tiene idea de cómo se propaga el VIH/SIDA ni de cómo protegerse.

También se puede manifestar que en nuestra sociedad actual ya no existe una diferencia de conocimiento según la edad, ya que en tiempos actuales existe mayor información la cual se da sin ningún control para niños, adolescentes, adultos.

De lo mencionado se puede deducir que los estudiantes de las dos Instituciones Educativas de la UGEL N° 5 encuestadas, están dentro de la delimitación cronológica de Adolescencia Media y están dentro del rango de las nuevas infecciones producidas en la actualidad según la OMS. A su vez se deduce que los conocimientos en relación al SIDA según edad, tanto en estudiantes de 15, 16,17 y 18 años de edad predomina el nivel de conocimiento “Medio”, esto hace deducir que en un futuro estarían propensos a adquirir esta infección.

Al realizar la prueba estadística de comparación de medias “Anova” se obtuvo que **Si** existe diferencia significativa en relación a la edad. (Ver Anexo “L”)

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

Al finalizar la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

A. Conclusiones

- Respecto al Nivel de Conocimientos acerca de la formas de transmisión sobre el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA): los estudiantes de 5to año de secundaria de las Instituciones Educativas Fe y Alegría #5 y Daniel Alomía Robles presentaron un nivel de conocimientos “Medio”

- Acerca del Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA): los estudiantes de 5to año de secundaria de las Instituciones Educativas Fe y Alegría #5 y Daniel Alomía Robles presentaron un nivel de conocimientos “Alto”

- Sobre el Nivel de Conocimientos acerca de las formas de Diagnóstico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA): los estudiantes de 5to año de secundaria de las Instituciones Educativas Fe y Alegría #5 y Daniel Alomía Robles presentaron un nivel de conocimientos “Alto”

- En cuanto al Nivel de Conocimientos sobre formas de Prevención del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA): los estudiantes de 5to año de secundaria de las Instituciones Educativas Fe y Alegría #5 y Daniel Alomía Robles presentaron un nivel de conocimientos “Alto”

- En cuanto al Nivel de Conocimientos sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), relacionado con las formas de transmisión, factores de riesgo, diagnóstico y formas de prevención: la mayoría de los estudiantes de las ambas Instituciones Educativas presentaron un nivel de conocimientos “Medio”, no encontrándose diferencias significativas respecto al nivel de conocimientos entre ambas instituciones.

- Respecto al Nivel de Conocimientos sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) según Sexo en los estudiantes de 5to año de secundaria en las Instituciones Educativas Fe y Alegría #5 y Daniel Alomía Robles se encontró que en ambas Instituciones predomina el nivel de conocimientos “Medio”; No encontrándose diferencia significativa

- Respecto al Nivel de Conocimientos sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) según Edad en los estudiantes de 5to año de secundaria en las Instituciones Educativas Fe y Alegría #5 y Daniel Alomía Robles se encontró que en ambas Instituciones predomina el nivel de conocimientos “Medio”; Si encontrándose diferencia significativa.

B. Recomendaciones

Luego de realizar el estudio se formula las siguientes recomendaciones:

- Realizar estudios comparativos en Instituciones Educativas de distritos de mayor incidencia del SIDA.
- Realizar estudios que incluyan otras variables como actitudes, conductas, de los estudiantes en relación a la prevención del SIDA.
- Enfatizar actividades Educativas respecto al Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) a nivel de las Instituciones Educativas encuestadas, por parte de los profesores y personal de salud del área de Enfermería.
- Coordinar con los Centros de Salud para la ejecución de actividades preventivo promocionales acerca del SIDA por parte de las autoridades educativas de ambas Instituciones Educativas.

C. Limitaciones

Las conclusiones de este trabajo solo se pueden generalizar en poblaciones con similares características y específicamente solo a los 2 Instituciones Educativas Encuestadas.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- (1) AIS, ACCION INTERNACIONAL PARA LA SALUD PERU, “Viviendo con SIDA en el Perú”, Revista Electronica, Año 4 – N° 5 / Octubre 2003.
- (2) ONUSIDA/OMS, Situación de la epidemia de SIDA, , Diciembre de 2006.
- (3) www.unicef.org/spanish, UNICEF, Las niñas, el VIH/SIDA y la educación, División de Comunicaciones 3 United Nations Plaza, H-9F, Diciembre de 2004.
- (4) FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA, PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA Y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Los jóvenes y el VIH/SIDA una oportunidad en un momento crucial , 2002.
- (5) OFICINA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA, Situación del VIH/SIDA en el Perú, Boletín Epidemiológico Mensual, Diciembre 2006.
- (6) BUNGE Mario, “La Investigación Científica” Editorial.Ariel S.A 1985. Madrid España.
- (7) RUSELL Bertrand, “El Conocimiento Humano”.Quinta Edición. Editorial Tourus S.A 1998.España.
- (8) ROXANA QUISPE MONTAÑEZ, Lima –Perú, 2005, realizo el estudio titulado “Nivel de Conocimientos acerca de las formas de transmisión del VIH/SIDA y las actitudes hacia las practicas sexuales riesgosas de los

adolescentes de la Institución Educativa Isaías Ardiles del Distrito de Pachacamac” Julio 2005 – Enero 2006

- (9) MARIE FRANCOISE SPRUNGLI, “Retención de los mensajes Educativos sobre SIDA en función de una Metodología Educativa Activa en Adolescentes de 6 colegios secundarios estatales de Villa Maria del Triunfo a Diciembre 1996”.
- (10) SAMUEL JULIO VILCHEZ HURTADO, JESUS YSRAEL CORNEJO LUJAN, JOSE ANTONIO YOSIOKA INOVE, Lima – Perú, realizaron el estudio titulado “Conocimientos sobre medidas preventivas del SIDA y la actitud hacia la práctica sexual riesgosa en los adolescentes de los centros educativos del distrito de la Victoria” 1994.
- (11) RAYDA CANALES RIMACHI, MONICA CRUZ MONTERO, “Nivel de conocimientos relacionados al Síndrome de Inmune deficiencia Adquirida (SIDA) y medidas preventivas que practican los estudiantes del 5to. Año de Secundaria en el Distrito de mayores casos notificados de la UDES Lima – Ciudad, 1991”.
- (12) MD CASTILLO SÁNCHEZ, B. GIL EXTREMERA, MT LEÓN ESPINOSA DE LOS MONTEROS, JA NARANJO RODRÍGUEZ, Granada – España, realizaron un estudio titulado “Conocimientos de los escolares sobre SIDA” 2003.
- (13) RAMIRO CABALLERO HOYOS, ALBERTO VILLASEÑOR SIERRA, Guadalajara, Jalisco – México, realizaron un estudio titulado “Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres” julio de 1995 y marzo de 1996.

BIBLIOGRAFÍA

- BRUNNER; “Tratado de Enfermería Médico Quirúrgico” editorial Interamericana, México 2004.
- BUNGE Mario, “La Investigación Científica” Editorial.Ariel S.A 1985. Madrid España.
- BIBLIOTECA DE CONSULTA MICROSOFT ® ENCARTA, “El SIDA” 1993-2004 Microsoft Corporation.
- CABALLERO Ramiro, VILLASEÑOR Alberto, Guadalajara, Jalisco – México, realizaron un estudio titulado “Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres” julio de 1995 y marzo de 1996.
- CANALES Reyda, CRUZ Mónica, “Nivel de conocimientos relacionados al Síndrome de Inmune deficiencia Adquirida (SIDA) y medidas preventivas que practican los estudiantes del 5to. Año de Secundaria en el Distrito de mayores casos notificados de la UDES Lima – Ciudad, 1991”.
- CANALES, Francisca, Otros; “Metodología de la investigación – Manual para el desarrollo de personal de salud.” Ed. OPS. 2ºed. Washington .2000
- CASTILLO MD y Colaboradores, Granada – España, realizaron un estudio titulado “Conocimientos de los escolares sobre SIDA” 2003.

- COMUNIDAD VALENCIANA PLAN DEL VIDA, “Guía de tratamiento antirretroviral para pacientes”, 1999 España
- FRANCOISE Marie, “Retención de los mensajes Educativos sobre SIDA en función de una Metodología Educativa Activa en Adolescentes de 6 colegios secundarios estatales de Villa Maria del Triunfo a Diciembre 1996”.
- GRUPO DE TRABAJO SOBRE SALUD REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CONTRACEPCIÓN, Manual de salud reproductiva en la adolescencia aspectos básicos y clínicos, 1.ª Edición, enero 2001, España.
- ONUSIDA, “Educación del SIDA en la Escuela”, Colección ONUSIDA de prácticas optimas, Octubre 1997.
- POLIT, Denise; “Investigación científica en Ciencias de Salud”. 6º ed. Ed. Mc. Graw Hill. 2000.
- RUSELL Bertrand, “El Conocimiento Humano”.Quinta Edición. Editorial Tourus S.A 1998.España.
- VILCHEZ Samuel, CORNEJO Jesús, YOSIOKA José, Lima – Perú, realizaron el estudio titulado “Conocimientos sobre medidas preventivas del SIDA y la actitud hacia la práctica sexual riesgosa en los adolescentes de los centros educativos del distrito de la Victoria” 1994.
- UNICEF, “Adolescencia una etapa fundamental”, Nueva York, 2002

- www.hivmedicine.com, Dra. Alexandra Haddad y Dr. Gustavo Reyes-Terán, HIV MEDICINE 2003, 2003

- www.familymanagement.com/facts/spanish/apuntes30.html, “Los Niños, Los Adolescentes Y El Vih/Sida”, 1999.

- www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_3_00/htm, Alba Cortés Alfaro, René García Roche, Pedro Monterrey Gutiérrez, Jorge Fuentes Abreu, Dania Pérez Sosa, “Sida, adolescencia y riesgos”, 2000.

- www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/PrevITS.pdf, OPS Grupo de Trabajo Técnico ITS, “Infecciones de Transmisión Sexual: Marco De Referencia Para La Prevención, Atención Y Control De Las ITS”, Julio- 2004.

- www.hivmedicine.com, MARIA JESÚS CARDOSO MORENO, “VIH 2004”, 2004

A N E X O S

ANEXO “A”

CUESTIONARIO

INTRODUCCION

Estimado amigo/a, soy estudiante de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, me llamo Nilton Delgado Rimarachín, me encuentro realizando un estudio relacionado con el SIDA, en el cual quiero determinar que conocimientos tienen los estudiantes de 5to año de secundaria acerca del SIDA como enfermedad.

La encuesta es anónima por lo que no es necesario dar tu nombre y demorara aproximadamente 20 minutos, espero que respondas todas las preguntas con **SINCERIDAD** dado que los resultados solo serán con el fin expuesto.

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de preguntas relacionadas con el SIDA las que debes marcar con un aspa (X) o llenar los espacios en blanco según creas conveniente, solo una de ellas es la respuesta. Recuerda que el cuestionario es individual y anónimo. Te agradecemos anticipadamente tu valiosa colaboración, la cual contribuirá al éxito de la presente investigación.

I. DATOS GENERALES

1. Edad _____

2. Sexo: Masculino

Femenino

3. Distrito de Residencia _____

4. Grado _____

5. Sección _____

II. DATOS SOBRE CONOCIMIENTOS DEL SIDA

i. ¿Qué significan las siglas SIDA?

- a. Sinfonía Inmunitaria Déficit Adquirida.
- b. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.
- c. Sífilis Inmunitaria Decidida Adquirida.
- d. Síndrome Interior Demarcada Adquirida.
- e. No sé

2. El SIDA es un enfermedad:

- a. Altamente peligrosa, contagiosa e incurable.
- b. Que solo le da a drogadictos.
- c. Venérea que se combate con antibióticos.
- d. Curable con el tiempo.
- e. No sé

3. ¿Qué causa la enfermedad?

- a. El virus de Ebola.
- b. El bacilo de Koch.
- c. El vibrión cholerae.
- d. El virus VIH.
- e. No sé

4. El SIDA se contagia a través de:

- a. Relaciones Sexuales.
- b. En el embarazo.
- c. Transfusiones sanguíneas.
- d. Todas las anteriores.
- e. No sé

5. ¿A través de que secreciones se transmite el SIDA?

- a. El moco nasal.
- b. La saliva.
- c. El semen o secreción vaginal.
- d. El sudor.
- e. No sé

6. ¿Qué personas tienen mayor riesgo de enfermarse de SIDA?

- a. Personas descuidadas en su aseo diario.
- b. Hombres y mujeres que les gusta besar mucho.
- c. Personas que tienen muchas relaciones sexuales con su pareja.
- d. Drogadictos que utilizan jeringas, prostitutas y homosexuales.
- e. No sé

7. ¿La leche materna de una mujer infectada con el virus del VIH – SIDA puede transmitir el SIDA?

SI NO NO SE

8. Una mujer sabiendo que tiene SIDA debe consentir voluntariamente quedar embarazada.

SI NO NO SE

9. ¿Considera usted que los drogadictos que consumen cigarro, marihuana tienen el riesgo de enfermarse de SIDA?

SI NO NO SE

10. ¿Las personas que reciben en forma constante transfusiones de sangre se considera como grupo de riesgo para enfermarse de SIDA?

SI NO NO SE

11. ¿Considera usted que las personas que tienen relaciones sexuales con desconocidos tienen el riesgo de enfermarse de SIDA?

SI NO NO SE

12. Considera usted que al entrar en contacto una herida de una persona sana con sangre contaminada de SIDA ¿puede transmitirse la enfermedad?

SI NO NO SE

13. ¿Qué molestias más frecuentes presenta una persona recién infectada de SIDA?

- a. Solo tiene fiebre.
- b. Tos más de 15 días, sudoración nocturna.
- c. Fiebre, dolor de cabeza, manchas en la piel, ganglios inflamados y sensación de malestar.
- d. Hinchazón de pies, caída de pelo.
- e. No sé

14. ¿Existe alguna forma de diagnosticar el SIDA?

SI NO NO SE

15. ¿Diga cual es la forma de diagnosticar el SIDA?

- a. Análisis de heces y orina.
- b. Con el examen del médico.
- c. Cualquier análisis de laboratorio.
- d. Análisis de sangre.
- e. No sé

16. ¿Cómo se llama las pruebas por la cuales se diagnostica el SIDA?

- a. Alicia y Wester.
- b. Arlidia y Waly.
- c. Melliza y Weyton .
- d. ELISA y Western Blot.
- e. No sé

17. ¿Qué personas debería realizarse preferentemente el despistaje o detección del SIDA?

- a. Todas las personas.
- b. Homosexuales, prostitutas, drogadictos que se inyectan y los que reciben sangre.
- c. Enfermos de los pulmones.
- d. Toda persona que tiene tos más de 15 días.
- e. No sé

18. ¿El SIDA tiene cura?

SI NO NO SE

19. ¿Existe vacuna para prevenir el SIDA?

SI NO NO SE

20. De las siguientes afirmaciones cual es la más correcta para evitar el SIDA:

- 1. Tener relaciones sexuales vaginales sin condón.
- 2. Tener relaciones sexuales anales sin condón.
- 3. Relaciones anales y vaginales sin condón.
- 4. Relaciones anales y vaginales con condón.
- 5. No sé

21. Diga usted ¿Cómo se previene el contagio del SIDA?

- a. Asistiendo al consultorio para controlarse la glucosa.
- b. No conversando con la persona enferma de SIDA.
- c. No compartiendo las agujas, jeringas, objetos de higiene personal con otras personas y siendo fiel a la pareja.
- d. No estrechándole la mano a la persona enferma de SIDA.
- e. No sé.

22. Considera usted si disminuyendo el número de relaciones sexuales con personas desconocidas se puede prevenir esta enfermedad.

SI NO NO SE

23. El uso del condón es una medida de prevención del SIDA

SI NO NO SE

ANEXO "B"

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES SEGÚN PRUEBA BINOMIAL

| Items | Número de Jueces de Expertos | | | | | | P |
|-------|------------------------------|---|---|---|---|---|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.010 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.010 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.010 |
| 4 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0.109 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.010 |
| 6 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.109 |
| 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.010 |
| 8 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.109 |

$$P = \frac{\text{Suma de P.}}{\# \text{ de ítems}}$$

$$P = \frac{0.377}{8}$$

$$P = 0.047125$$

Entonces, $P < 0.05$

Por lo tanto la concordancia es significativa y el instrumento es válido.

ANEXO “C”

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD ALFA DE CROMBACH

$$\alpha = \left[\frac{K}{K - 1} \right] \left[\frac{1 - \sum S_i}{S_t} \right]$$

$$\alpha > 0.5$$

Donde:

K: Número de Item

$\sum S_i$: Sumatoria de las varianzas por items

S t: Varianza de la escala.

INSTRUMENTOS:

1. **CONOCIMIENTOS:** $\alpha = 0.652$

En este caso se puede decir que el instrumento es confiable.

ANEXO “D”

VALIDEZ ESTADISTICA SEGÚN PEARSON

| CONOCIMIENTOS SOBRE EL SINDROME DE INMUNE DEFICIENCIA ADQUIRIDA | PEARSON |
|---|----------------|
| ¿Qué significan las siglas SIDA? | .397(**) |
| El SIDA es una enfermedad: | .377(**) |
| ¿Qué causa la enfermedad? | .252(**) |
| El SIDA se contagia a través de: | .292(**) |
| ¿A través de que secreciones se transmite el SIDA? | .403(**) |
| ¿Qué personas tienen mayor riesgo de enfermar de SIDA? | .361(**) |
| ¿La leche materna de una mujer infectada con el virus del VIH/ SIDA puede transmitir el SIDA? | .215(**) |
| Una mujer sabiendo que tiene SIDA debe consentir voluntariamente quedar embarazada. | .330(**) |
| ¿Considera usted que los drogadictos que consumen cigarro, marihuana tienen el riesgo de enfermar de SIDA? | .362(**) |
| ¿Las personas que reciben en forma constante transfusiones de sangre se considera como grupo de riesgo para enfermar de SIDA? | .319(**) |
| ¿Considera usted que las personas que tienen relaciones sexuales con desconocidos tienen el riesgo de enfermar de SIDA? | .363(**) |

| | |
|---|----------|
| Considera usted que al entrar en contacto una herida de una persona sana con sangre contaminada de SIDA ¿puede transmitirse las enfermedad? | .160(*) |
| ¿Qué molestias más frecuentes presenta una persona recién infectada de SIDA? | .356(**) |
| ¿Existe alguna forma de diagnosticar el SIDA? | .410(**) |
| ¿Diga cual es la forma de diagnosticar el SIDA? | .447(**) |
| ¿Cómo se llama las pruebas por la cuales se diagnostica el SIDA? | .516(**) |
| ¿Qué personas debería realizarse preferentemente el despistaje o detección del SIDA? | .335(**) |
| ¿El SIDA tiene cura? | .352(**) |
| ¿Existe vacuna para prevenir el SIDA? | .424(**) |
| De las siguientes afirmaciones cual es la más correcta para evitar el SIDA | .403(**) |
| Diga usted ¿Cómo se previene el contagio del SIDA? | .440(**) |
| Considera usted si disminuyendo el número de relaciones sexuales con personas desconocidas se puede prevenir esta enfermedad | .266(**) |
| El uso del condón es una medida de prevención del SIDA | .277(**) |

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

EL INSTRUMENTO ES VALIDO

ANEXO "E"

LIBRO DE CÓDIGOS

Conocimientos:

| ITEMS | CODIGOS | CODIGOS |
|-------|---------|---------|
| 1 | A | 0 |
| | B | 1 |
| | C | 0 |
| | D | 0 |
| | E | 0 |
| 2 | A | 1 |
| | B | 0 |
| | C | 0 |
| | D | 0 |
| | E | 0 |
| 3 | A | 0 |
| | B | 0 |
| | C | 0 |
| | D | 1 |
| | E | 0 |
| 4 | A | 0 |
| | B | 0 |
| | C | 0 |
| | D | 1 |
| | E | 0 |
| 5 | A | 0 |
| | B | 0 |
| | C | 1 |
| | D | 0 |
| | E | 0 |
| 6 | A | 0 |
| | B | 0 |
| | C | 0 |
| | D | 1 |
| | E | 0 |
| 7 | SI | 1 |
| | NO | 0 |
| 8 | SI | 0 |
| | NO | 1 |
| 9 | SI | 0 |
| | NO | 1 |
| 10 | SI | 1 |
| | NO | 0 |

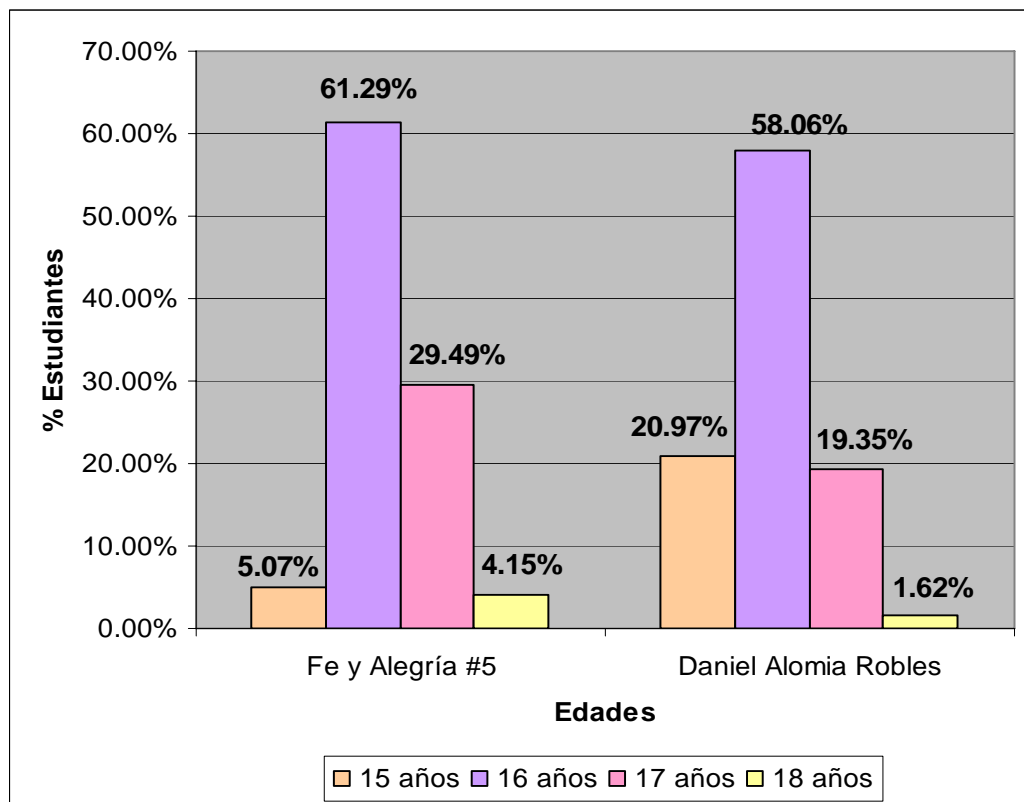
| | | |
|----|----|---|
| 11 | SI | 1 |
| | NO | 0 |
| 12 | SI | 1 |
| | NO | 0 |
| 13 | A | 0 |
| | B | 0 |
| | C | 1 |
| | D | 0 |
| | E | 0 |
| 14 | SI | 1 |
| | NO | 0 |
| 15 | A | 0 |
| | B | 0 |
| | C | 0 |
| | D | 1 |
| | E | 0 |
| 16 | A | 0 |
| | B | 0 |
| | C | 0 |
| | D | 1 |
| | E | 0 |
| 17 | A | 0 |
| | B | 1 |
| | C | 0 |
| | D | 0 |
| | E | 0 |
| 18 | SI | 0 |
| | NO | 1 |
| 19 | SI | 0 |
| | NO | 1 |
| 20 | A | 0 |
| | B | 0 |
| | C | 0 |
| | D | 1 |
| | E | 0 |
| 21 | A | 0 |
| | B | 0 |
| | C | 0 |
| | D | 1 |
| | E | 0 |
| | F | 0 |
| 22 | SI | 1 |
| | NO | 0 |
| 23 | SI | 1 |
| | NO | 0 |

ANEXO “F”

ESTUDIANTES DISTRIBUIDOS POR EDAD EN DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA UGEL N° 5 SJL – 2006

| Institucion Educativa Edad | TOTAL | | Institución Educativa Fe y Alegría #5 | | Institución Educativa Daniel Alomía Robles | |
|--------------------------------------|-------|-------|---|-------|--|-------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| TOTAL | 341 | 100 | 217 | 100 | 124 | 100 |
| 15 | 37 | 10.85 | 11 | 5.07 | 26 | 20.97 |
| 16 | 205 | 60.12 | 133 | 61.29 | 72 | 58.06 |
| 17 | 88 | 25.80 | 64 | 29.49 | 24 | 19.35 |
| 18 | 11 | 3.23 | 9 | 4.15 | 2 | 1.62 |

GRAFICO N° 8



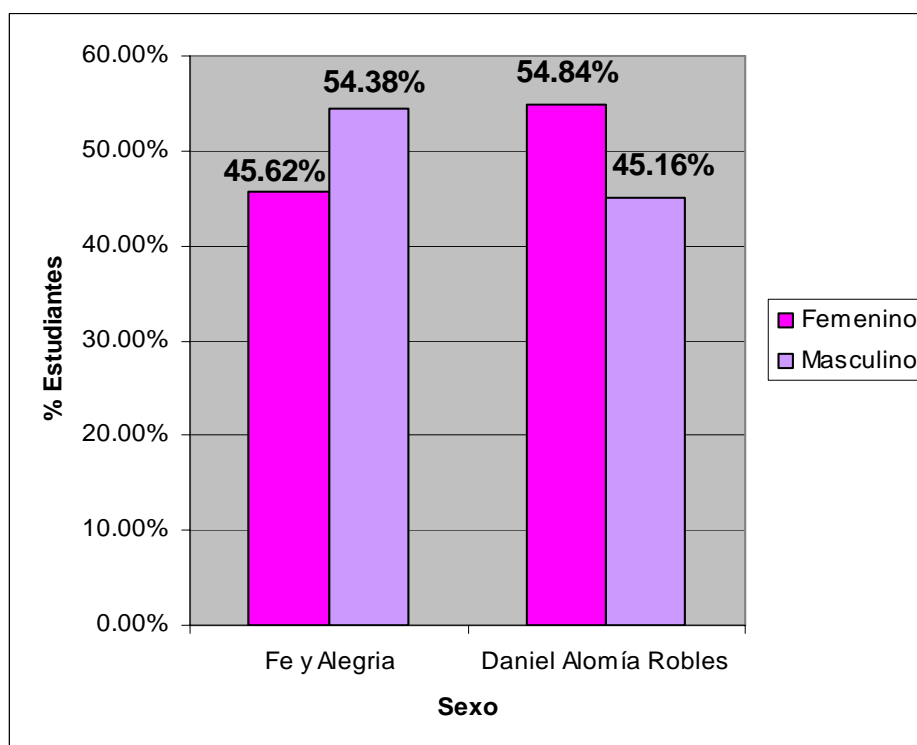
Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del 5to año de Nivel Secundaria de las Instituciones Educativas Fe y Alegría N° 5 y Daniel Alomía Robles. SJL – 2006

ANEXO “G”

ESTUDIANTES DISTRIBUIDOS SEGÚN SEXO EN DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA UGEL N° 5 SJL – 2006

| Sexo \ Institucion Educativa | TOTAL | | Institución Educativa Fe y Alegría #5 | | Institución Educativa Daniel Alomía Robles | |
|------------------------------------|-------|-------|---|-------|--|-------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| TOTAL | 341 | 100 | 217 | 100 | 124 | 100 |
| Femenino | 167 | 48.97 | 99 | 45.62 | 68 | 54.84 |
| Masculino | 174 | 51.03 | 118 | 54.38 | 56 | 45.16 |

GRAFICO N° 9



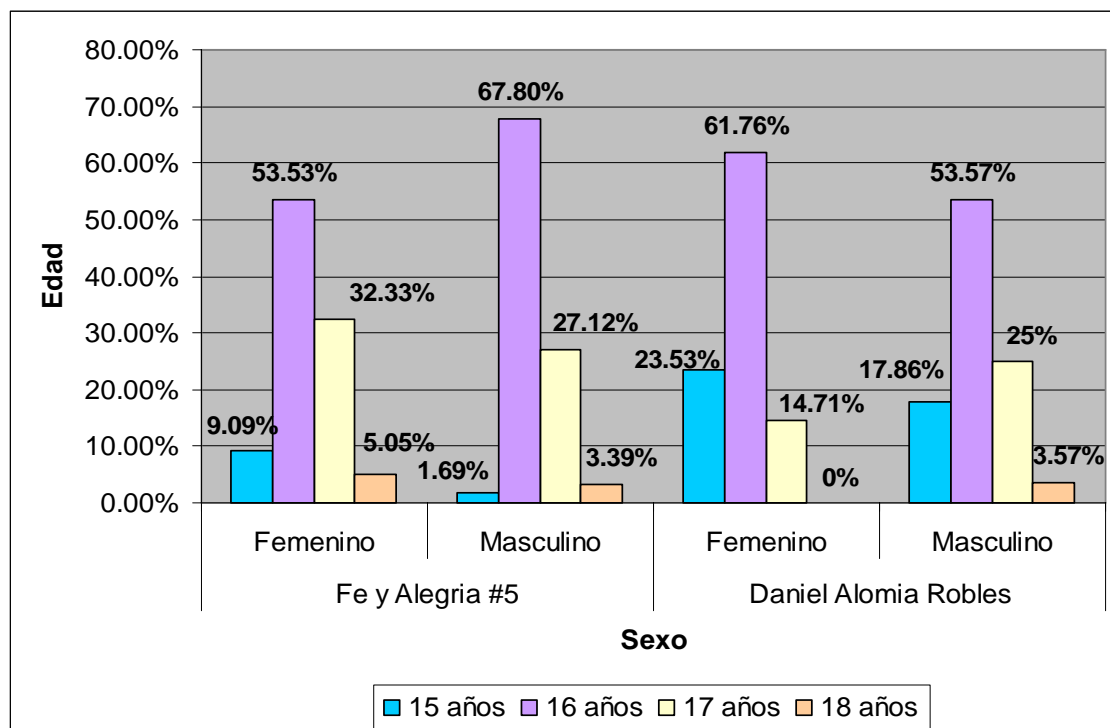
Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del 5to año de Nivel Secundaria de las Instituciones Educativas Fe y Alegría N° 5 y Daniel Alomía Robles. SJL – 2006

ANEXO “H”

ESTUDIANTES DISTRIBUIDOS POR SEXO Y EDAD EN DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA UGEL N° 5 SJL – 2006

| Sexo Edad | TOTAL | | Institución Educativa Fe y Alegría #5 | | | | Institución Educativa Daniel Alomía Robles | | | |
|--------------|-------|-------|--|-------|-----------|-------|---|-------|-----------|-------|
| | | | Femenino | | Masculino | | Femenino | | Masculino | |
| TOTAL | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| | 341 | 100 | 99 | 100 | 118 | 100 | 68 | 100 | 56 | 100 |
| 15 | 37 | 10.85 | 9 | 9.09 | 2 | 1.69 | 16 | 23.53 | 10 | 17.86 |
| 16 | 205 | 60.12 | 53 | 53.53 | 80 | 67.80 | 42 | 61.76 | 30 | 53.57 |
| 17 | 88 | 25.81 | 32 | 32.33 | 32 | 27.12 | 10 | 14.71 | 14 | 25.00 |
| 18 | 11 | 3.22 | 5 | 5.05 | 4 | 3.39 | 0 | 0 | 2 | 3.57 |

GRAFICO N° 10



Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del 5to año de Nivel Secundaria de las Instituciones Educativas Fe y Alegría N° 5 y Daniel Alomía Robles. SJL – 2006

ANEXO "I"

PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR LOS INTERVALOS DE CONOCIMIENTOS

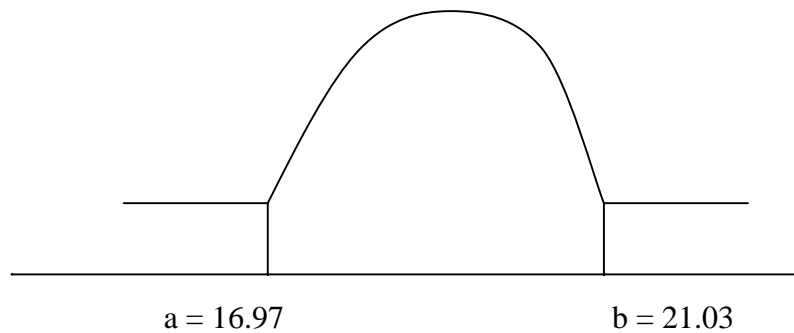
Para la categorización de la variable conocimientos se procedió de la siguiente manera:

| | | |
|---------------------|---|-------|
| Promedio Aritmético | : | 19 |
| Desviación Estándar | : | 2.701 |
| Número de Preguntas | : | 23 |
| Constante (k) | : | 0.75 |

STANNONE

$$a) 19 + 0.75 (2.701) = 21.03$$

$$b) 19 - 0.75 (2.701) = 16.97$$



| | | |
|--------------------|---|---------|
| Conocimiento Bajo | : | 0 – 17 |
| Conocimiento Medio | : | 18 – 20 |
| Conocimiento Alto | : | 21 – 23 |

PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR LOS INTERVALOS DE LA DIMENSION FORMAS DE TRASMISION

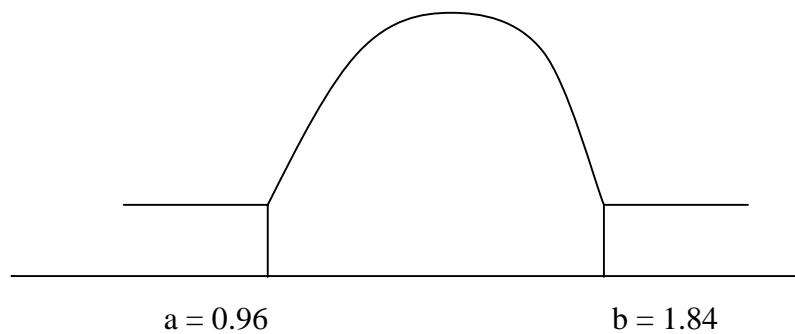
Para la categorización de la variable conocimientos se procedió de la siguiente manera:

Promedio Aritmético : 1.4
Desviación Estándar : 0.58
Número de Preguntas : 3
Constante (k) : 0.75

STANNONE

$$c) 1.4 + 0.75 (0.58) = 1.84$$

$$d) 1.4 - 0.75 (0.58) = 0.96$$



Conocimiento Bajo : 0 – 1
Conocimiento Medio : 2
Conocimiento Alto : 3

PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR LOS INTERVALOS DE LA DIMENSION DIAGNOSTICO

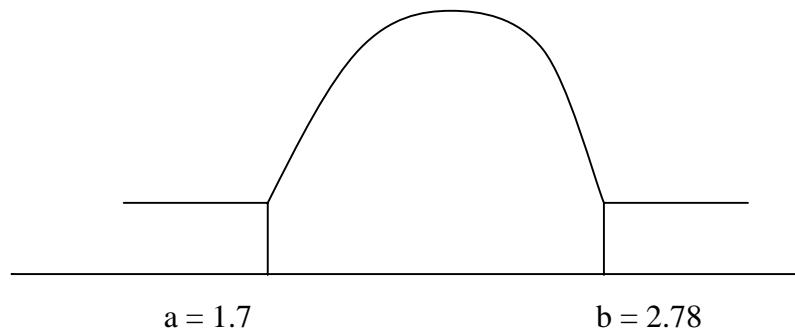
Para la categorización de la variable conocimientos se procedió de la siguiente manera:

Promedio Aritmético : 2.26
Desviación Estándar : 0.69
Número de Preguntas : 3
Constante (k) : 0.75

STANNONE

$$e) 2.26 + 0.75 (0.69) = 2.78$$

$$f) 2.26 - 0.75 (0.69) = 1.7$$



Conocimiento Bajo : 0 – 1
Conocimiento Medio : 2
Conocimiento Alto : 3

PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR LOS INTERVALOS DE LA DIMENSION FACTORES DE RIESGO

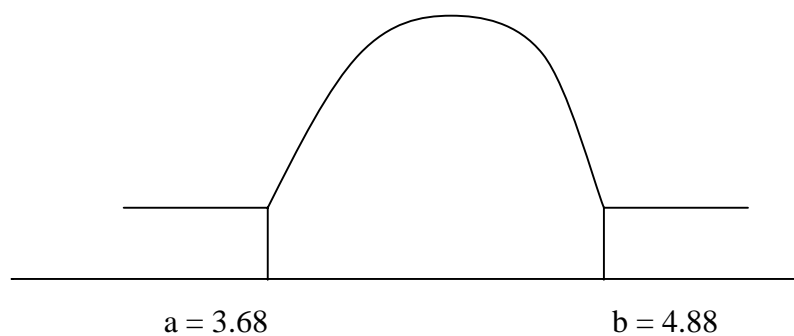
Para la categorización de la variable conocimientos se procedió de la siguiente manera:

Promedio Aritmético : 4.28
Desviación Estándar : 0.80
Número de Preguntas : 5
Constante (k) : 0.75

STANNONE

$$g) 4.28 + 0.75 (0.80) = 4.88$$

$$h) 4.28 - 0.75 (0.80) = 3.68$$



Conocimiento Bajo : 0 – 3
Conocimiento Medio : 4
Conocimiento Alto : 5

PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR LOS INTERVALOS DE LA DIMENSION FORMAS DE PREVENCION

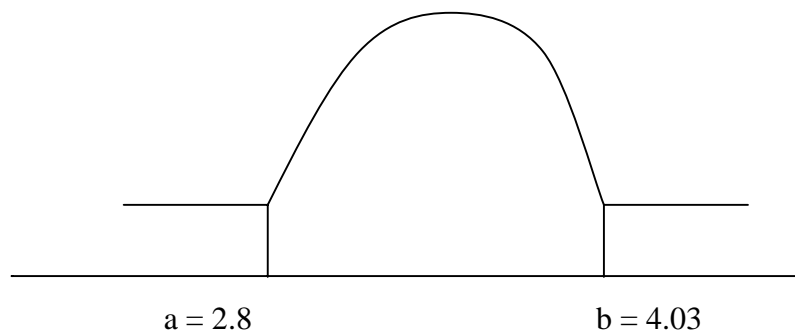
Para la categorización de la variable conocimientos se procedió de la siguiente manera:

Promedio Aritmético : 3.44
Desviación Estándar : 0.79
Número de Preguntas : 4
Constante (k) : 0.75

STANNONE

$$i) 3.44 + 0.75 (0.79) = 4.03$$

$$j) 3.34 - 0.75 (0.79) = 2.8$$



Conocimiento Bajo : 0 – 2
Conocimiento Medio : 3
Conocimiento Alto : 4

ANEXO "J"

PRUEBA DE CHI-CUADRADO (χ^2)

Si quisiéramos probar si existen diferencias significativas entre conocimientos sobre el Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA) entre las Instituciones Educativas Fe y Alegría #5 y Daniel Alomía Robles. La prueba Chi-Cuadrado (χ^2) nos dice que **No** existen diferencias significativas. Como nos indican los resultados siguientes.

| Conocimientos | Instituciones Educativas | | | | TOTAL |
|---------------|--------------------------|-------|-----------------|-------|-------|
| | Daniel Alomía Robles | | Fe y Alegría #5 | | |
| | O | E | O | E | |
| Alto | 34 | 32.73 | 56 | 57.27 | 90 |
| Medio | 54 | 53.09 | 92 | 92.91 | 146 |
| Bajo | 36 | 38.18 | 69 | 66.82 | 105 |
| TOTAL | 124 | | 217 | | 341 |

Planteamiento de Hipótesis:

Ho : No hay relación significativa entre Conocimientos y Instituciones Educativas.

H1 : No hay relación significativa entre Conocimientos y Instituciones Educativas.

Nivel de Significancia: $\alpha = 0.05$

Grado de Libertad = $(2 - 1) (3 - 1) = 2$

χ^2 de Tabla = 5.991

$$\chi^2 \text{ Calculado} = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

χ^2 Calculado = 0.296

Decisión Estadística:

χ^2 Calculado < χ^2 de Tabla

Conclusión: Existe suficiente evidencia para afirmar a un nivel de significación de 0.05 que No hay relación significativa entre Conocimientos y Instituciones Educativas.

ANEXO “K”

PRUEBA “T” DE STUDENT DE INSTITUCION EDUCATIVA FE Y ALEGRÍA #5

Si quisiéramos probar que existe diferencia significativa entre el nivel de conocimientos sobre el Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA) respecto al sexo. La prueba T de Student nos dice que **NO** existe diferencia significativa según el sexo, como nos indican los resultados siguientes.

Estadísticos de grupo

| | SEXO | N | Media | Desviación típ | Error típ. de la media |
|----------------------|-----------|-----|-------|----------------|------------------------|
| PUNTAJE TOTAL | Femenino | 99 | 1.12 | 0.594 | 0.060 |
| | Masculino | 118 | 1.04 | 0.709 | 0.065 |

Prueba de muestras independientes

| | | Prueba de Levene para la igualdad de varianzas | | Prueba T para la igualdad de medias | | | | | 95% Intervalo de confianza para la diferencia | |
|----------------------|-------------------------------------|--|-------|-------------------------------------|---------|------------------|----------------------|-----------------------------|---|----------|
| | | F | Sig. | t | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Error típ. de la diferencia | Inferior | Superior |
| | | | | | | | | | | |
| PUNTAJE TOTAL | Se han asumido varianzas iguales | 2.315 | 0.130 | 0.878 | 215 | 0.381 | 0.079 | 0.090 | -0.098 | 0.256 |
| | No se han asumido varianzas iguales | | | 0.892 | 215.000 | 0.374 | 0.079 | 0.088 | -0.095 | 0.253 |

PRUEBA “T” DE STUDENT DE INSTITUCION EDUCATIVA DANIEL ALOMÍA ROBLES

Si quisiéramos probar que existe diferencia significativa entre el nivel de conocimientos sobre el Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA) respecto al sexo. La prueba T de Student nos dice que **NO** existe diferencia significativa según el sexo, como nos indican los resultados siguientes.

Estadísticos de grupo

| | SEXO | N | Media | Desviación típ | Error típ. de la media |
|----------------------|-----------|----|-------|----------------|------------------------|
| PUNTAJE TOTAL | Femenino | 68 | 1.15 | 0.554 | 0.067 |
| | Masculino | 56 | 1.21 | 0.624 | 0.083 |

Prueba de muestras independientes

| | | Prueba de Levene para la igualdad de varianzas | | Prueba T para la igualdad de medias | | | | | 95% Intervalo de confianza para la diferencia | |
|----------------------|-------------------------------------|--|-------|-------------------------------------|---------|------------------|----------------------|-----------------------------|---|----------|
| | | F | Sig. | t | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Error típ. de la diferencia | Inferior | Superior |
| | | | | | | | | | | |
| PUNTAJE TOTAL | Se han asumido varianzas iguales | 2.411 | 0.123 | -0.635 | 122 | 0.526 | -0.067 | 0.106 | -0.277 | 0.142 |
| | No se han asumido varianzas iguales | | | -0.628 | 111.069 | 0.531 | -0.067 | 0.107 | -0.279 | 0.145 |

ANEXO "L"

PRUEBA DE ANOVA EN LA INSTITUCION EDUCATIVA FE Y ALEGRÍA #5

Si quisiéramos probar si existen diferencias significativas entre conocimientos sobre el Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA) y la edad. La prueba Anova nos dice que **SI** existe diferencias significativas entre el nivel de conocimientos sobre el Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida y la edad. Como nos indican los resultados siguientes.

PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE VARIANZAS

PUNTAJE TOTAL

| Estadístico de Levene | gl1 | gl2 | Sig. |
|-----------------------|-----|-----|-------|
| 0.795 | 3 | 213 | 0.498 |

ANOVA

PUNTAJE TOTAL

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|---------------------|-------------------|-----|------------------|-------|-------|
| Inter-grupos | 5.094 | 3 | 1.698 | 3.036 | 0.030 |
| Intra-grupos | 119.127 | 213 | 0.559 | | |
| TOTAL | 124.221 | 216 | | | |

**PRUEBA DE ANOVA EN LA INSTITUCION EDUCATIVA
DANIEL ALOMÍA ROBLES**

Si quisiéramos probar si existen diferencias significativas entre conocimientos sobre el Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA) y la edad. La prueba Anova nos dice que **SI** existe diferencias significativas entre el nivel de conocimientos sobre el Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida y la edad. Como nos indican los resultados siguientes.

PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE VARIANZAS

PUNTAJE TOTAL

| Estadístico de Levene | gl1 | gl2 | Sig. |
|------------------------------|------------|------------|-------------|
| 1.992 | 3 | 120 | 0.119 |

ANOVA

PUNTAJE TOTAL

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|---------------------|--------------------------|-----------|-------------------------|----------|-------------|
| Inter-grupos | 5.369 | 3 | 1.790 | 3.325 | 0.022 |
| Intra-grupos | 64.598 | 120 | 0.538 | | |
| TOTAL | 69.968 | 123 | | | |

| | | | | |
|--|--|---|---|--------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostico | <ul style="list-style-type: none"> • ELISA • Western Blot. | ALTO |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Tratamiento | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Terapia Antirretroviral | MEDIO |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevención | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Monogamia ➤ Uso de agujas y jeringas ➤ Uso de preservativo ➤ Paternidad responsable. | BAJO |