

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS
DOCENTES SOBRE "SIDA" EN MAESTROS DE
EDUCACION PRIMARIA.**

**Estudio Observacional-Descriptivo en 118 maestros
de Educación Primaria Urbana de las Escuela Oficiales de
la Zona 6 (Sector 91-19 y 91-20) de la capital;
durante los meses de junio y julio de 1996.**

TESIS

*Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.*

POR

OLGA LUISA PAYES OSORIO

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

	Contenido	No. De Página
I	INTRODUCCIÓN	01
II.	DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	02
III.	JUSTIFICACIÓN	04
IV.	OBJETIVOS	06
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	07
	A. Historia del Origen y desarrollo del SIDA	07
	B. Definición de términos	08
	C. Patología y Evolución de la enfermedad	09
	D. Transmisión de la Enfermedad	10
	E. Clasificación clínica de la enfermedad	12
	F. Tratamiento	16
	G. Diagnóstico, manejo y consideraciones Eticas	18
	H. Prevención de la Enfermedad	20
VI	METODOLOGÍA	23
VII.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	29
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	43
IX.	CONCLUSIONES	47
X.	RECOMENDACIONES	49
XI.	RESUMEN	50
XII.	ANEXOS	54

I. INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida -SIDA- hace sentir con pérdidas humanas su impacto, lo cual conlleva un deterioro no solo familiar sino también social y cuyo verdadero control está determinado por factores psicosociales que deben fomentarse desde los primeros años de vida, y es en éste punto en donde el papel no solo del padre de familia, sino también de los maestros que ayudarán a moldear a nuestros hombre y mujeres del futuro, se torna trascendental.

La elaboración de la presente investigación, tiene como propósito principal, determinar los niveles de conocimientos, las actitudes y las prácticas docentes sobre SIDA de los 118 maestros de educación primaria de las Escuelas Oficiales de la zona 6 de la ciudad capital, a través de visitas a las 26 escuelas que corresponden, en donde se procedió a solicitar a los maestros su participación voluntaria y anónima, llenando el instrumento de recolección de datos en forma personal; debemos resaltar la valiosa cooperación y anuencia de los docentes en estudio, quienes en su mayoría manifestaron la necesidad real de retomar el tema con sus alumnos, reconociendo la falta de capacitación formal que sobre VIH/SIDA, poseen como maestros.

Se pudo comprobar que el nivel de conocimientos que poseen sobre SIDA, es en general bueno, aunque establecimos algunos puntos fundamentales que se deben reforzar, así como una relación directamente proporcional entre el nivel de conocimientos y el nivel académico de los maestros. También se estableció que sí se desarrolla el tema VIH/SIDA con los estudiantes, pero aún con cierta reserva, pues en su mayoría, tales actividades carecieron de objetivos a alcanzar. Singularmente encontramos que a pesar de tener un buen acúmulo de conocimientos sobre el tema. Un alto porcentaje no se siente capaz de desarrollar el VIH/SIDA con sus alumnos, dejando entrever que para llevar a cabo el trabajo preventivo, no basta con saturar de información a los educadores sino reforzarlos en técnicas pedagógicas que les faciliten encarar el problema con sus alumnos de una forma real pero educativa.

Mientras haya mayor conocimiento y concientización respecto al problema, se podrán realizar acciones que contribuyan a la toma de decisiones para lograr su control, así como promover conductas que favorezcan no sólo el control del SIDA, sino de otras enfermedades potencialmente prevenibles a nivel primario.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

En las escuelas primarias oficiales de nuestro país, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPYAS), a través del Programa de Salud Escolar, lleva a cabo actividades informativas sobre Atención Primaria en Salud, por medio de pláticas educativas sobre temas en salud, de importancia a nivel nacional, con lo cual busca colaborar al mantenimiento y mejoramiento de la salud de los jóvenes estudiantes, favoreciendo un mejor aprovechamiento de la oportunidad educativa de los escolares guatemaltecos, sin embargo, no desarrollan el tema del VIH/SIDA, sino que es a través del Comité de Educadores para la Prevención del SIDA (COEPSIDA) del Ministerio de Educación, adscrito a la Dirección de Bienestar Estudiantil y Educación Especial, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, el Programa Nacional de Prevención del SIDA, PLAN Internacional y la Asociación Guatemalteca para la Prevención y Control del SIDA, que se han tenido intervenciones en aspectos de capacitación para la prevención de la infección del SIDA con autoridades educativas regionales, Capacitadores Técnicos Pedagógicos, docentes del Nivel Medio, docentes del nivel primario y otros, pero vemos que no han tenido la cobertura necesaria ante la problemática por diferentes situaciones, por lo que actualmente se trabaja directamente en algunos departamentos de la República¹. Se conoce también, la existencia de varias organizaciones dedicadas al campo informativo-preventivo del VIH/SIDA, no pudiendo cubrir el papel que corresponde al aparato estatal el cual opera en campos actualmente muy reducidos.

Preocupa e invita a la reflexión, ver cómo el grupo escolar se constituye en población en riesgo, al estudiar detalladamente el comportamiento de ésta enfermedad, ya que inicialmente prevalecía en personas homosexuales (19, 31), para luego dar un brusco giro y afectar principalmente población heterosexual, incluyendo adolescentes comprendidos entre 15 y 19 años, siendo de transmisión sexual el principal mecanismo de su propagación. Ante esta situación, se puede considerar el punto de partida del trabajo preventivo para controlar la diseminación de esta mortal enfermedad.

En todo este proceso educativo, el maestro de educación primaria tiene un papel muy importante a desarrollar, ya que como transmisor primario de la información, es importante el nivel de conocimientos que posea sobre el tema, así como la disposición que tenga y la metodología que adopte en los momentos educativos, para promover conductas que minimicen los riesgos del VIH/SIDA en los jóvenes.

¹ Profa. Silvia Meléndez de García, COEPSIDA

El estudio está encaminado a describir el nivel de conocimientos, las actitudes y las prácticas educativas sobre el tema de VIH/SIDA que realizan los maestros de 4to., 5to. Y 6to. Grados de nivel primario, de los establecimientos educativos nacionales ubicados en la zona 6, Sectores educativos 91-19 y 91-20, de la Región Y Metropolitana en el departamento de Guatemala; tratando de establecer el grado de relación que sobre ello puedan tener algunos factores personales tales como edad, sexo, religión, fuentes informativas y nivel académico de los maestros.

Los resultados obtenidos, podrán ayudar a definir un diagnóstico inicial para el replanteamiento de un programa de Salud Escolar en el que el SIDA sea integrado como un elemento permanente en la educación pública y privada.

III. JUSTIFICACIÓN

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida -SIDA- constituye un peligro para la totalidad de la especie humana, de lo que se desprende la urgencia de controlar la propagación del mismo. Desde 1,978, cuando se reportaron los primeros casos de lo que parecía SIDA (31), hasta la proyección que hace la OPS para el año 2,000 de 40 millones de habitantes contagiados por el Virus de la Inmuno Deficiencia Humana (VIH) en todo el mundo; Guatemala también ha tenido su historia: a finales de 1,988 la OPS informó de 46 pacientes guatemaltecos con SIDA y de ellos, 36 defunciones. Para mayo de 1,989 se documentaron 99 personas VIH positivas, dentro de este grupo 56 catalogados como SIDA, 11 casos como Complejo Relacionado al SIDA y 32 como Portadores Asintomáticos (15). La tasa de letalidad es de 68.8% en base a los casos que han sido confirmados.

Para 1,992 el número de casos registrados de SIDA es de 347, de los cuales 134 han muerto (11). En 1,995, el número de personas VIH positivas era de 960 y de 711 el número de casos de SIDA, de los cuales 60% es de personas heterosexuales (11), todo lo contrario que al principio de la enfermedad, en el que eran mayoritariamente homosexuales.

Los países en vías de desarrollo, muestran una estructura poblacional caracterizada por una pirámide poblacional de base ancha constituida por población joven, y un minoritario grupo de población en la tercera edad (19); con lo que se debe esperar que siendo éste el grupo que presenta riesgo, sea el que tenga las más altas tasas de incidencia del VIH/SIDA. Si consideramos que el período de latencia del virus puede durar hasta 10 años, es decir el período de tiempo que transcurre desde la infección con el virus hasta el apareamiento de signos clínicos de SIDA, es muy probable que muchos de estos adultos afectados, hayan adquirido el virus en el transcurso de su adolescencia (19, 23, 25, 27). Lo anterior se fundamenta con datos obtenidos de la Asociación Guatemalteca de Educación Sexual (19) en donde se determinó en adultos jóvenes, que la edad media del primer coito fue de 14.8 años en los jovencitos y de 16.7 años en las jovencitas, en la capital, pudiendo asumir que a nivel rural existe la posibilidad de tener su primera relación sexual íntima a más temprana edad.

También debemos considerar que en el núcleo familiar de los adolescentes (la primera escuela), muchos padres de familia no poseen los conocimientos básicos para abordar temas como el SIDA; y aún en los casos de los padres que tengan la información necesaria, los patrones culturales imperantes en nuestra sociedad actual, limitan el poder abordar con entera libertad temas como el SIDA, el cual lleva implícito hablar sobre sexualidad; por lo anterior, delegan en los maestros de escuela, la tarea de educar a los adolescentes en temas tan especiales como el de sexualidad, incluyendo SIDA, asumiendo que tales temas se incorporan en los contenidos educativos. Aunado a lo anterior, no debemos perder de vista que la

oportunidad de instruir a los jóvenes sobre VIH/SIDA se ve aún más disminuida con la baja oportunidad a la educación primaria -no digamos secundaria y superior- de la población infanto-juvenil, ya que de cada 10 niños que empiezan la educación primaria, solamente 3 llegan a concluirla (13); por lo que consideramos sumamente importante el papel del maestro de educación primaria en la información y educación sobre este tema de tanta y tan impactante trascendencia a nivel nacional e internacional.

Finalmente, conscientes de la realidad que aún no se ha encontrado tratamiento eficaz para erradicar el SIDA, y que es mediante amplias campañas de información, educación y concientización a la población, como se podría lograr el verdadero control de la enfermedad, vemos de mucha importancia y utilidad, determinar el nivel de conocimientos, las actitudes y las prácticas educativas que los maestros de educación primaria de las escuelas oficiales de la zona 6 de la ciudad capital realizan sobre SIDA, para colaborar en la planificación que salubristas involucrados en el campo educativo dentro de la salud están realizando, buscando se le dé al SIDA la importancia real que debiera tener.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES.

- 1) Identificar los conocimientos que sobre VIH/SIDA poseen los maestros de Educación Primaria de las escuelas de la zona seis de la ciudad capital correspondientes a los Sectores Educativos 91-19 y 91-20; como condicionante de una adecuada educación escolar sobre el tema.
- 2) Describir las prácticas educativas sobre VIH/SIDA que realizan los maestros de Educación Primaria de las escuelas de la zona seis de la ciudad capital.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1) Describir las diferencias del nivel de conocimientos sobre SIDA del personal docente de sexo masculino y femenino.
- 2) Describir el grado de relación que hay entre el nivel de conocimientos sobre SIDA y la religión del grupo de docentes en estudio, como factor incidente en el proceso educativo.
- 3) Determinar la relación que existe entre la edad de los maestros en estudio con el nivel de conocimientos sobre SIDA y la transmisión de estos conocimientos a los estudiantes.
- 4) Describir la relación entre el nivel de conocimientos sobre SIDA y el nivel académico (escolaridad) de los maestros en estudio.
- 5) Identificar las fuentes informativas sobre SIDA en los docentes objeto de estudio.
- 6) Identificar el porcentaje de maestros que incluyen el tema del SIDA en el proceso educativo formal, así como el enfoque que dan a estas actividades educativas sobre el tema.

V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A. HISTORIA DEL ORIGEN Y DESARROLLO DEL SIDA

No conocemos con certeza cómo se originó la infección VIH, aunque se cree que fue hace más o menos 32 años que este Síndrome se originó en África. Se ha señalado que los habitantes de esta zona solían comer carne y cerebro de mono verde (*Cercopithecus Aethiops*) crudos, lo cual pudo haber permitido el paso del Virus del mono al hombre, provocando la mutación de un virus inocuo a un virus agresivo e invasivo (31).

África ha tenido la mayor concentración de casos de personas con VIH/SIDA, de donde probablemente se expandió a Haití y de este país, muy probablemente hacia el continente europeo y América (Estados Unidos) entre los años 1,978 y 1,983 cuando el SIDA comenzó a manifestarse en forma epidémica en Estados Unidos (31).

Inicialmente se determinó que el uso y reuso de equipos de hipodermia no esterilizado, así como el uso de sangre sin ningún control sanitario fue, en África, la vía de transmisión del virus; la transmisión por relaciones sexuales a través de homosexuales, bisexuales, drogadictos que comparten jeringas, agujas y transfusiones sanguíneas, eran los mecanismos principales. Actualmente la transmisión sexual, de tipo heterosexual reporta el 70% de los contagiados y 25% en homosexuales, lo cual resume el aumento progresivo de mujeres y niños infectados (11).

En nuestro país se registra en 1,984 el primer caso de SIDA. Actualmente por cada persona contabilizada en las estadísticas oficiales como infectada por el Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH), existen otras 10 personas infectadas que no han sido reportadas a las instituciones encargadas, según datos de la Asociación Nacional de Control y Prevención del SIDA.

Estimaciones realizadas por la OPS, establecen que en la región de las Américas, actualmente hay alrededor de 2.5 millones de personas infectadas por el VIH; alrededor de un millón en América del Norte y cerca de 1.5 millones en América Central y El Caribe (11).

El informe oficial de casos de infección por el VIH acumuladas hasta noviembre de 1,995 es la siguiente:

Casos de SIDA	Mujeres	146
	Hombres	565
	TOTAL	711
Infecciones por VIH	Mujeres	289
	Hombres	671
	TOTAL	960
Defunciones por VIH/SIDA	Mujeres	56
	Hombres	186
	TOTAL	242
	TOTAL	1671

La Dra. Villatoro de Arají (1,985), Directora del Programa Nacional de Control y Prevención del SIDA, informa que la relación VIH/SIDA y conducta de riesgo, se presenta de la siguiente manera:

CONDUCTA DE RIESGO	VIH POSITIVOS	SIDA
Drogas endovenosas	9	10
Hemofílicos transfundidos	9	4
Desconocida	26	26
Bisexuales	66	55
Homosexuales	161	123
Heterosexuales	656	461
Transfusiones sanguíneas	15	14
Madre-feto	15	09

B. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

VIH:	Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SÍNDROME:	Conjunto o serie de signos y síntomas que caracterizan una enfermedad (9).
SIGNO:	Manifestación objetiva de una enfermedad.

SÍNTOMA:	Manifestación subjetiva de una alteración que sólo la persona afectada puede percibir.
INMUNO:	Se refiere a la capacidad de defensa que tiene o que desarrolla nuestro cuerpo contra los agentes extraños.
ADQUIRIDA:	se refiere a algo que se adquiere u obtiene después de la fecundación, ya sea dentro del útero o después del nacimiento.

PERSONA INFECTADA POR EL VIH:	Toda persona que ha contraído el virus y éste puede ser encontrado en sus fluidos corporales (9,31).
PERSONA SEROPOSITIVA ANTICUERPOS VIH:	Toda persona cuyo suero sanguíneo de reacción positiva a la presencia de anticuerpos (9, 31).
PORTADOR SANO ASINTOMÁTICO:	Persona que ha sido infectada por el VIH y que no presenta signos ni síntomas de enfermedad, pero tiene riesgo de desarrollar SIDA (9,31).
CASO DE SIDA:	Persona que posee el VIH en su organismo y ha desarrollado algunos de los signos y síntomas que caracterizan a la enfermedad (9,31).

C. PATOLOGÍA Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD:

El síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida es causado por un virus perteneciente a la familia Retroviridae que característicamente posee una enzima: La Transcriptasa Inversa que le permite insertar su material genético al genoma de su célula huésped. Ataca a ciertos elementos del sistema Inmunitario, principalmente Macrófagos, células "T" colaboradoras y Sistema Nervioso produciendo una infección que dura toda la vida la cual inutiliza progresivamente las defensas de la persona promoviendo el desarrollo de infecciones severas por protozoos, hongos, bacterias, virus artrópodos y neoplasias (3, 15, 24, 31).

Estudios realizados demuestran que el virus se replica a una velocidad extraordinaria, originándose una lucha titánica entre el virus y el Sistema Inmune, hasta que finalmente el VIH agota el organismo (5).

El virus se encuentra en los fluidos corporales ricos en linfocitos como sangre, semen y secreción vaginal, y en menor concentración en lágrimas, sudor, saliva, leche materna, orina y Líquido Cefaloraquídeo (3, 9, 10, 31) en donde permanecen libres, pero solo se ha comprobado transmisión a través de sangre, semen y secreciones vaginales (3, 15, 31).

La transmisión se produce cuando una persona no infectada entra en contacto con cualquier fluido infectado de otra persona a través de pequeñas lesiones en la

piel y en las mucosas, llega al torrente sanguíneo y de ahí se distribuye en todo el cuerpo (3,31). Este período en el que el virus está presente pero la prueba de anticuerpos es negativa se denomina Período de Ventana y dura de 6 semanas hasta 6 meses; si hay posibilidad de contagio, sigue la etapa de Seroconversión que se manifiesta en pocas personas por fiebre, malestar, letargia, anorexia, cefalea, irritación de garganta y diarrea, y puede tardar de 1 a 2 semanas. Continúa el Período de Latencia que va desde el momento del contagio hasta el comienzo de las manifestaciones de alguna enfermedad relacionada al SIDA, puede extenderse desde algunos meses hasta un máximo de 10 años (3, 10, 23).

D. TRANSMISIÓN DE LA ENFERMEDAD:

Como vimos, el VIH se transmite por el contacto de una persona sana con sangre y/o sus derivados, semen y secreciones vaginales de una persona infectada con el virus. En esta cadena de transmisión los elementos son los siguientes:

AGENTE: VIH
RESERVORIO: Hombre infectado con VIH
VÍA DE SALIDA: Lesión que permita salida de sangre, vagina, pene.
VEHÍCULO: Líquidos corporales ricos en linfocitos.
HUÉSPED: El hombre.

Las principales rutas de transmisión podemos clasificarlas así (31):

VÍA INDIRECTA:

Cuando el contagio por el VIH es mediante el uso de utensilios infectados por el virus.

- a) Incluye compartir objetos de uso personal como cepillos de dientes, rasuradoras, juguetes sexuales, etc.
- b) Instrumental no esterilizado con las que la piel o mucosas sean punzadas para trabajos dentales, agujeros para aretes, tatuajes, acupuntura.
- c) Accidentes de laboratorios o bancos de sangre.

VÍA DIRECTA:

Contagio producido por contacto directo con algún fluido corporal infectado: sangre, leche materna, durante el parto, durante el embarazo, durante relaciones sexuales. Las formas más importantes de transmisión son:

1.) TRANSMISIÓN SEXUAL:

Se da durante el acto sexual (coito) bien sea en relaciones homosexuales, heterosexuales, bisexuales, ya que durante el mismo el semen y secreción vaginal penetra al torrente sanguíneo.

a) Genital - Genital:

Ante la presencia de pequeñas lesiones en la pared vaginal el semen contaminado promueve el paso del VIH hasta el torrente sanguíneo aunque se sabe el VIH puede penetrar incluso por la mucosa intacta (10, 23).

La mujer joven tiene mayor riesgo de adquirir el VIH debido a que posee una mucosa poco madura; también se sabe que durante la menstruación la posibilidad de infección aumenta debido a los cambios que se producen en la mucosa vaginal, por la acción y por mayor vascularización de la misma (20, 21, 23).

b) Genital - Rectal:

La membrana del ano es la más delgada y más frágil por lo cual se lacera más fácilmente durante el coito.

c) Oral - Genital:

La entrada es tremendamente facilitada cuando éstas membranas tienen alguna lesión. Es la de mayor riesgo (10, 22, 23, 25, 31).

La transmisión sexual explica el 80% de los contagios y se reconocen 3 patrones de transmisión por este tipo de contacto.

PATRÓN TIPO 1: En América del Norte, Europa Occidental, partes de América del Sur, Australia y Nueva Zelanda el SIDA es de jóvenes homosexuales y bisexuales. Esto puede observarse por la gran diferencia que existe en la razón de sexos (proporción hombre/mujer 8:1 Europa, 11.5:1 E.E.U.U. La transmisión perinatal ocurre en mujeres que pertenecen a uno de los siguientes grupos de riesgo:

Toxicómanas que se inyectan IV.

Mujeres que recibieron transfusión sanguínea contaminada.

Mujeres nacidas en regiones en donde es común la transmisión heterosexual.

PATRÓN TIPO 2: El contacto heterosexual con una persona infectada es la forma de transmisión del VIH: África Central, África Oriental y África Occidental, El Caribe. La proporción hombre/mujer es de 1.5:1, dada la heterosexualidad las prostitutas son las víctimas y el principal reservorio del VIH.

PATRÓN TIPO 3: Áreas con pocos casos que han viajado o han tenido contacto con individuos de otras zonas endémicas: África del Norte, Europa Oriental, Asia y la mayor parte del Pacífico.

2.) TRANSMISIÓN SANGUÍNEA:

Implica el contacto directo de sangre contaminada con el virus con una persona sana, dos formas se han determinado:

a.) Transfusiones de Sangre y/o derivados:

Tales como hemofílicos, en leucémicos, desangrados, etc. Que requieran sangre y ésta no haya pasado por análisis para VIH.

b.) Parenteral:

A través de jeringas y agujas que hayan sido utilizadas por personas con VIH cuyo residuo sanguíneo, por pequeño que sea, es suficiente para contaminar a una persona sana, tales como en drogadictos que utilizan vía intravenosa, personal hospitalario y de laboratorio.

3.) TRANSMISIÓN PERINATAL (VERTICAL):

De madre a hijo durante la lactancia, durante el parto o durante el embarazo cuando la madre está positiva al VIH, aunque no se conoce el mecanismo con exactitud (28).

Las mujeres portadoras del virus del SIDA tienen un 30 a 50% de probabilidades de dar a luz un niño que también será portador del virus. La mayoría de los niños portadores del virus morirán antes de cumplir los 3 años de edad (33).

El número de casos notificados de transmisión del VIH por medio de la leche materna es reducido, pero son casos bien documentados por Historias Clínicas que señalan que la infección fue transmitida poco después del nacimiento. Aunque la transmisión del VIH por medio de la leche materna es posible, la contribución relativa de este modo de transmisión es probablemente muy reducida, comparada con la producida in útero intra parto. Este riesgo debe sopesarse contra los beneficios inmunológicos, psicológicos, de nutrición y de espaciamiento de los embarazos que ofrece la leche y la lactancia materna. La leche materna tiene también un efecto importante en la prevención de las infecciones intercurrentes que aceleran el avance de las enfermedades asociadas con el VIH en los lactantes ya infectados.

E. CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD:

Los cuadros asociados a la infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana incluye:

1. Portador asintomático
2. Complejo relacionado al SIDA
3. SIDA clásico
4. Enfermedad Neurológica por el VIH

PORTADORES ASINTOMÁTICOS:

Son todas las personas con VIH positivo que no presentan signos ni síntomas de las formas clínicas mencionadas y que tienen por lo menos 2 pruebas serológicas positivas en dos muestras practicadas a nivel local y confirmado por un laboratorio de referencia (3, 10, 15).

LINFADENOPATIA GENERALIZADA PERSISTENTE:

Si hay aumento del tamaño de ganglios en dos o más sitios extratinguales durante más de tres meses. Presenta en más o menos 1/3 de casos. Es común la recuperación. En ausencia de cualquier enfermedad intercurrente o drogas reconocidas como capaces de provocar linfadenopatía, con VIH positivo (3, 10, 15).

COMPLEJO RELACIONADO CON EL SIDA:

Constituye una etapa intermedia en la que se presentan signos y síntomas más significativos, aunque no llenan los requisitos para el diagnóstico de SIDA, pero tienen VIH positivo el cual puede o no puede culminar en un SIDA Clásico (9,15, 27). Podemos mencionar:

- Linfadenopatía Generalizada: Indicativo de un sistema inmunitario trabajando muy activamente, tratando de defender al organismo.
- Malestar Generalizado: Sin que exista una causa aparente para ello, lo cual les impide realizar actividades cotidianas que antes realizaban con normalidad.
- Pérdida de Peso: Mayor de 10 lbs. o del 10% del peso total sin causa aparente aunado a pérdida drástica del apetito por lo que en África han llamado al SIDA Enfermedad de "Gente Flaca".
- Sudoraciones Nocturnas: Muy copiosas y persistentes, lo cual ayuda a deteriorarse, dado la deshidratación y pérdida de peso que causa.
- Diarrea: Crónica, severa y sanguinolenta.
- Trastornos Sanguíneos: Tendencia a formar moretones y sangrados espontáneos debido a la marcada disminución de plaquetas. Anemia profunda y disminución del número de glóbulos blancos.
- Problemas Respiratorios: Tos crónica, seca, restrictiva y persistente no producida por fumar.
- Problemas de la piel: Con aparecimientos de múltiples lesiones como parches planos, de color rosado hasta púrpura, indoloros. Prurito anal persistente.
- Lesiones en la Boca: Pueden ser el primer síntoma de inmunosupresión, aunque el tiempo entre el apareamiento de lesiones orales en la infección no se ha definido aún. Pueden ser de origen neoplásico, virales, bacterianas, por hongo (Cándida A.) y lesiones idiopáticas (10, 26).
- Retardo de la Curación: Cualquier lesión será más difícil de curar.
- Problemas en Genitales Externos: Herpes virus con duración mayor de 1 mes. Hongos en mujeres

SIDA CLASICO:

Es el punto final del desquebramiento del Sistema Inmune, el paciente presenta características del complejo relacionado con el SIDA Y desarrolla infecciones oportunistas y neoplasias. Se define como una persona con VIH positivo con por lo menos, dos signos mayores más un signo menor, en ausencia conocida de inmunosupresión (3,10,15,27,31,35).

* Signos mayores (Principales):

- Pérdida de peso mayor de 10% total, no intencional.
- Diarrea crónica persistente por un período mayor de 1 mes.
- Fiebre persistente de más de un mes de evolución intermitente o constante.

* Signos menores:

- Tos pérdida de más de un mes
- Dermatitis generalizada
- Herpes Zoster recurrente
- Candidiasis Orofaringea
- Infección por Herpes Simple diseminado, crónico y progresivo
- Linfadenopatía generalizada

Neoplasias más frecuentes:

- Sarcoma de Kaposi:
Se puede encontrar en aproximadamente un tercio de todos los pacientes de SIDA. Es la segunda enfermedad más frecuente en estos.
- Linfoma Limitado al Encéfalo
- Linfoma No Hodcking agresivo e indiferenciado.
- Neumonía Intersticial.

Agentes causales de las Infecciones oportunistas, sugestivas de inmunodeficiencia celular sin causa subyacente de ésta, aceptadas según el CDC-Atlanta (6,17):

a) Virus:

- Citomegalovirus: Daña principalmente el Sistema Nervioso Central, pulmones, hígado, intestinos, vías urinarias.
- Herpes Hominis.
- Epstein-Barr Virus: produce infección y ciertas clases de cánceres.

- Varicela Zoster.

b) Bacterias:

- Mycobacterium Avium Intracelulare:
- Mycobacterium Tuberculosis: se presenta principalmente como una tuberculosis extrapulmonar.

c) Hongos:

- Cándida Albicans: se presenta en forma persistente, agresiva y muy invasiva.
- Capsulatum.

d) Parásitos:

- Pneumocystis Carini, específicamente a nivel pulmonar.
- Toxoplasma Gondii
- Entamoeba Hystolitica
- Giardia Lambdia

También se tomó como base la de Caracas-OPS, la cual está dividida en 3 grupos, atribuyendo un puntaje a cada elemento (6,7):

GRUPO A:

- Sarcoma de Kaposi 6 pts.
- Tuberculosis (Diseminada extrapulmonar, pulmonar no cavitaria) 6 pts.

GRUPO B:

- Candidiasis Oral, Leucoplasia pilosa 3 pts.
- TB. pulmonar inespecifica 3 pts.
- Herpes Zoster (menor 60 años) 3 pts.
- Disfunción del SNC indicado por:
 - a) Confusión Mental 3 pts.
 - b) Demencia, Estupor o Coma 3 pts.
 - c) Convulsiones 3 pts.
 - d) Meningitis o Encefalitis c/pruebas cerebelosas anormales 3 pts.

GRUPO C:

- Diarrea mayor de 1 mes 2 pts.
- Fiebre mayor de 1 mes 2 pts.
- Caquexia, pérdida 10% peso corporal 2 pts.
- Astenia mayor de 1 mes 2 pts.
- Dermatitis Persistente 2 pts.
- Anormalidades Hematológicas 2 pts.

- a) Anemia (Ht. 30% hombres, 25% mujeres)
- b) Linfopenia absoluta (menos 1,000/mm)
- c) Trombocitopenia (menos 100,000 /mm)

- Infiltrados intersticiales, difusos o bilaterales 2 pts
- Tos persistente 2 pts.

Si sumatoria mayor de 6 puntos + Serología positiva = SIDA Clásico.

ENFERMEDAD NEUROLOGICA POR VIH (15, 18, 31)

Existe neuropatía por compromiso central o periférico o por anomalías relacionadas con la infección.

Las consecuencias primarias incluyen: encefalopatía, meningitis, mielopatía, neuropatía y demencia.

Las secundarias incluyen: complicaciones metabólicas y tóxicas, neoplasias, infecciones y complicaciones vasculares. Se determina de la siguiente manera:

- a) Identificación del virus en el líquido Cefaloraquídeo y tejido nervioso.
- b) Detección de DNA y RNA del VIH en tejido cerebral.
- c) Síntesis de IgG específica para el virus en el SN.

La sobrevida del paciente a menudo es de dos años o menos.

F. TRATAMIENTO

Hasta el momento no existe ningún tratamiento para erradicar el SIDA, ya que al mejorar los niveles de defensa del organismo, disminuyen la frecuencia e intensidad de las infecciones oportunistas. Podemos mencionar dos niveles:

- Tratamiento farmacológico (7,15, 31):

El VIH presenta una característica peculiar que dificulta su tratamiento, ya que se integra al DNA de la célula hospedera, lo cual hace que se vuelva casi "invulnerable" a las drogas conocidas como antivirales; sin embargo el conocimiento del ciclo de replicación del virus, permitió que muchos investigadores diseñaran estrategias para atacarlo en algunos de los diferentes pasos de su replicación, y es así como actualmente se ensayan drogas con este objetivo. Es así como se conocen bloqueadores de la adhesión viral (rCD4), inhibidores de la Transcriptasa inversa (ansamicina), inhibidores de las síntesis de DNA (AZT, ddC, ddI, Rivabiris, Crixivan recientemente aprobada su comercialización y que en conjunto con el AZT hicieron no detectables los

niveles del virus en 85% de pacientes participantes) e inhibidores del ensamblaje del virus (Interferón).

A lo anterior se debe agregar los medicamentos que se utilizarán en el tratamiento de las diversas enfermedades oportunistas que el paciente con SIDA podrán experimentar.

Debemos mencionar que el costo de los medicamentos empleados es bastante alto además de contar con innumerables, y muchas veces desagradables, efectos secundarios para el usuario.

Actualmente en el país, existen Guías de Manejo de pacientes VIH positivos y pacientes con diagnóstico de SIDA, que permiten ofrecer a las personas enfermas un seguimiento estricto en pro de su bienestar y calidad de sobrevivencia. Los puntos claves en el manejo del paciente con VIH/SIDA se pueden resumir así:

- a) Control clínico.
- b) Laboratorios de control.
- c) Medicamentos:

AZT (Zidovudina): 300-500 mg/día.
 TMP-Sulfa Forte 3 veces por semana
 INH 300 mg/día

- d) Tratamiento de infecciones específicas
- e) Regímenes Antiretrovirales

- Apoyo Psicológico al paciente (10, 14, 31)

Debiera existir este tipo de ayuda como un proceso que va desde la consejería para realizarse la prueba del VIH, pues el paciente debiera estar preparado psíquicamente para recibir los resultados. La persona que dé este tipo de ayuda debiera ser una persona sensible, solidaria y humana.

Al hablar de SIDA estamos hablando de una enfermedad conflictiva para el paciente, en primer lugar porque se cataloga como una enfermedad de transmisión sexual predominantemente, y al hablar de sexo, hay tabú; y en segundo lugar, porque es una enfermedad potencialmente terminal hasta ahora, y la muerte es algo que negamos, por lo tanto no es fácil de aceptar.

Se pueden determinar cuatro etapas de reacción ante el conocimiento de una persona de su seropositividad:

1. Crisis inicial: hay un choque, hay negación, con sentimientos de culpabilidad, temor, enojo, tristeza.
2. Etapa de transición: hay sentimientos alternos de enojo, de culpabilidad y autocompasión. Puede darse un aislamiento con rechazo de toda ayuda y apoyo.

3. Etapa de aceptación: hay miedo, pero es más estable, ya puede reflexionar y examinar valores y métodos ignorados por los que viven sin problemas de este tipo; pudiera presentarse, dependiendo de sus convicciones, inclinación espiritual: sacerdote o pastor.
4. Etapa de preparación para la muerte: se hablará de terminar asuntos incompletos, como podría ser proyectos no terminados, comunicaciones no hechas, relaciones interpersonales en donde se requiera perdón.

La familia y amigos experimentan reacciones similares y se debe ayudarlos a superarlas.

El paciente sufre otros problemas más específicos como:

- Temor a los síntomas físicos y a las alteraciones de la apariencia física, que lo van a delatar y pueda ser rechazado o discriminado.
- La dependencia, una necesidad de cuidado personal en las tareas cotidianas.
- El estigma social y la pérdida de status profesional.
- Miedo a sentir dolor.

Debe proporcionársele al mismo tiempo información médica de acuerdo a sus deseos, mucho afecto, mucha ayuda, mucha comprensión, solidaridad, discreción, apoyo religioso y profesional, dejar que se desahogue, que llore, que diga lo que quiera y nunca culpabilizarlo, nunca rechazarlo, discriminarlo, aislarlo o interrumpirlo.

G. DIAGNOSTICO, MANEJO Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

El diagnóstico de infección por VIH se logra a través de los siguientes criterios (10,31):

1. Criterio epidemiológico:

Persona que se identifique con actividades riesgosas.

2. Criterio clínico:

En base a la evaluación física del paciente que proporcione cuadro sugestivo de VIH/SIDA.

3. Criterio serológico:

Se basa en la demostración del virus, sus productos o los anticuerpos que el infectado produce contra las distintas proteínas virales; puede hacerse de diversas formas y métodos muy variados, cada uno con sus ventajas, limitaciones e indicaciones específicas, según la disponibilidad comercial, adaptación al trabajo y nivel de complejidad técnica, pueden dividirse:

- Detección del virus completo o sus proteínas: cultivo (Retrocell, Western Blot) y detección de AG P24.

Detección de anticuerpos contra el VIH: Elisa, Aglutinación, Inmunofluorescencia, Western Blot

- Detección del Genoma Viral: hibridación, Sondas genéticas.

* Interpretación de las pruebas:

En nuestro medio, se utilizan las pruebas de Primera Generación para anticuerpos, en donde se detectan anticuerpos totales sin especificar a cuales proteínas, también se conocen como Pruebas Presuntivas. El resultado positivo de una prueba de ELISA, debe repetirse en una segunda corrida con el mismo suero y con duplicado, lo que nos permite tres resultados; ante dos resultados positivos debe recurrirse a una prueba confirmatoria antes de dar información al paciente. Las pruebas tradicionales aceptadas como Confirmatorias son el Western Blot y la Inmunofluorescencia, siendo la primera la utilizada en nuestro medio.

El VIH/SIDA es una enfermedad de Notificación Obligatoria en nuestro país (12), debiendo hacerse la notificación al Área de Salud o al Departamento de Vigilancia Epidemiológica en la Dirección General de Servicios de Salud (10). La información obtenida deberá promover investigación de campo (contactos), bajo la responsabilidad del Director de la Unidad o del Médico tratante, así como el seguimiento y referencia del caso, cuando sea necesario (10,12,15)

* Vigilancia de niños nacidos de madres seropositivas o con SIDA:

En las mujeres infectadas, el anticuerpo materno se transmite de forma pasiva de la placenta al feto en el embarazo, pudiendo permanecer en el lactante hasta 18 meses post-parto; por lo tanto la detección de anticuerpos en un menor de 18 meses no significa necesariamente que esté infectado.

La mayoría de niños infectados hacen síntomas durante el primer año de seroconversión (50%-60%), un gran porcentaje entre los 3 y 6 meses, sin embargo pueden presentarse con la enfermedad desde el momento del nacimiento o tardar algunos años en aparecer.

Las medidas inmediatas son:

- a) Determinación de anticuerpos anti-VIH en sangre del cordón umbilical.
- b) Valoración clínica.
- c) No dar alimentación al seno materno. Aunque como vimos anteriormente la OPS razona riesgo-beneficio de la misma.

Posteriormente se llevará a cabo:

- a) Determinación trimestral de anticuerpos.

- b) Vigilancia y detección oportuna de infecciones por gérmenes oportunistas.
- c) Esquema de vacunación modificado, utilizando únicamente gérmenes muertos o fracciones antigénicas.
- d) Cuidados semejantes a cualquier niño.
- e) En aquellos casos en los que el niño muestra seropositividad, se deben seguir las mismas recomendaciones que señalamos..

Se debe cuidar y conservar la privacidad y confidencialidad de los resultados positivos de la madre y el niño, para evitar al máximo problemas psicosociales en la familia y en la comunidad (34).

H. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Inicialmente se habló de tener en cuenta los "Grupos de Riesgo", término que se utilizó para referirse a los grupos inicialmente afectados; sin embargo, éste pierde validez al quedar evidenciado que prácticamente cualquier persona puede adquirir el virus y que por lo tanto las medidas preventivas deberán ser adoptadas por hombres y mujeres en general. Las pautas preventivas planteadas son las siguientes:

- a) Informarse respecto al VIH/SIDA.
- b) Tener prácticas sexuales que no impliquen riesgo de contagio, es decir, sin intercambio de secreciones corporales ("Sexo Seguro"), entre las que podemos mencionar (4, 9, 10):
 - Mantener relaciones sexuales sólo con su pareja, pues si ambos son fieles no hay posibilidades de contagio.
 - No reusar o compartir juguetes sexuales sin tomar precauciones de contacto con secreciones.
 - No tener relaciones sexuales casuales de cualquier tipo (homosexuales, heterosexuales, bisexuales) sin protección.
 - No tener relaciones heterosexuales sin protección, principalmente con mujeres menstruando.
 - No hacer sexo oral a una mujer que pueda tener trazas de sangre provenientes de la mucosa vulvar o vaginal, o bien de menstruación.
 - Estimulación anal de una persona con la boca de otra persona.
- c) No ejercer la prostitución sin protección. No compartir cepillos dentales, navajas de afeitar, jeringas o agujas de hipodermia, ni ningún artículo personal que pudiera transferir sangre de una persona a otra.
- d) Usar correctamente el preservativo.

- e) No compartir ni reusar sin esterilizar equipos usados para elaborar tatuajes, apertura de agujeros para usar aretes, acupuntura, trabajos y/o cirugías dentales o cualquier otro que puncione la piel.

- f) -Recibir transfusiones sanguíneas no analizadas para contaminación de VIH.
- g) Apegarse a las medidas y normas universales para prevención del VIH/SIDA si se trabaja en el campo de Salud, Salud Oral, Laboratorios y Bancos de sangre.
- h) Informar a las personas infectadas con el virus sobre el riesgo de infectar a los hijos que deseen procrear, es decir, de la contraindicación médica de un embarazo.

Sintéticamente podemos encarar una campaña de prevención en tres planos, los cuales están sujetos a las reacciones de toda la sociedad ante el fenómeno del SIDA (1, 2, 4, 8).

1. **INFORMACIÓN:** inicialmente es deseo de la gente y necesidad del Agente de Salud informar sobre la enfermedad y hacer comprender que éste es un problema de todos.
2. **CAMBIO DE ACTITUD:** pretendiendo hacer que la gente comprenda que la única manera de combatir la enfermedad es una actitud diferente al problema, con una real participación, promoviendo una mayor responsabilidad individual.
3. **CAMBIO DE PRACTICAS:** este es un proceso que requiere tiempo y mucho esfuerzo en conjunto, ya que los cambios de prácticas sexuales hacen el cambio de la conducta sexual, pero para ello, necesitamos valor, coraje y conocimientos para hablar del comportamiento sexual abiertamente sin olvidar el contexto social, cultural y religioso en el que nos movemos, el ejercicio responsable de la sexualidad y prácticas de sexo seguro.

- Prevención Primaria del VIH/SIDA

A nivel de los programas de prevención primaria dirigidos a reducir la aparición de casos nuevos de infección en la población pueden incluirse:

- a) Fomento de la salud con actividades dirigidas a destacar la importancia de la información, orientación y motivación, sobre autocuidado de la salud, sexualidad segura y placentera.
- b) Información y educación masiva dirigidos a la población en general, pero orientados a las necesidades, lenguaje, aspiraciones y características de cada sector social.
- c) Impulsar programas personalizados de orientación y educación sobre VIH/SIDA.

- d) Normas para mejorar la calidad de las donaciones y transfusiones de sangre.
- e) Educación sexual integral que permita el ejercicio de sexualidad libre de perjuicios, sana, placentera, satisfactoria y responsable, que debiera desarrollar la capacidad de dar y recibir afecto y amor, involucrando a padres de familia, educadores, agentes de salud, dirigentes religiosos, medios de comunicación, OG's y ONG's (4,32). Debiera remontarse desde el ciclo escolar a través del desarrollo de una autoestima elevada y una autoimagen aceptable. Debe tener un contenido no sexista, con una visión de género, tomando en cuenta la desigualdad de los derechos de las mujeres que la colocan en una situación de subordinación y dominación.
- f) Disposición de normas ético-legales que establezcan los derechos y deberes del Estado, de las instituciones y de los particulares, combatiendo todo tipo de discriminación racial, étnico, económico, religioso, cultural y sexual.
- g) Establecimiento y aplicación real de medidas de bioseguridad.
- h) Promover la disponibilidad de recursos financieros, técnicos y fundamentalmente de recursos humanos especializados con una visión humana al brindar los servicios (4).

– El Trabajo en Guatemala:

Ministerio de Educación:

A partir de 1,995, este Ministerio reconoce al Comité de Educadores para la Prevención del SIDA, el cual es responsable de ejecutar las acciones tendientes a la prevención de la infección por VIH/SIDA dentro del Sistema de Educación formal. Entre sus objetivos principales está la capacitación a docentes y jóvenes con liderazgo, coordinación local y lucha por incluir el tema VIH/SIDA en los programas de enseñanza pública y privada. Como ente gubernamental cuenta con problemas que limitan sus actividades, según manifiesta su Coordinadora, tales como la inseguridad de su permanencia y el principal: no cuenta con presupuesto específico que les confiera la solvencia necesaria, lo que limita el trabajo a nivel del país.

Coordinadora de Sectores de lucha contra el SIDA:

Esta se integra ante la necesidad de hacer un trabajo en conjunto y no esfuerzos aislados y repetitivos; y ante el carácter de Urgencia Nacional del problema. Está constituida por varios sectores así:

- I. Sector de ONG's.
- II. Sector religioso.
- III. Sector gubernamental.
- IV. Sector universidades.
- V. Instituciones autónomas.
- VI. Organismos Internacionales asesores.

Involucra en total a 35 instituciones comprometidas con el trabajo contra el SIDA.

VI. METODOLOGÍA

A. Tipo de estudio:

Observacional Descriptivo.

B. Selección del Sujeto de Estudio:

Maestros de educación Primaria Urbana del sector público, responsables al momento del estudio del 4to., 5to. Y 6to. Años; correspondientes a los sectores 91-19 y 91-20 en Jornadas matutinas y vespertinas.

C. Tamaño de la Muestra:

Aplicando el método Aleatorio Simple a los Sectores Escolares de la ciudad capital, se obtuvo como muestra estadística el grupo de escuelas correspondientes a la zona seis, Sectores 91-19 y 91-20. Tal muestra queda constituida de 26 escuelas, 15 de éstas en jornada matutina y 11 en jornada vespertina, las que equivalen a 121 maestros.

D. Criterios de la Inclusión y Exclusión de la Muestra:

*** Inclusión:**

Escuelas Primarias del sector público, ubicadas en la zona 6, Sectores Educativos 91-19 y 91-20, Región I Metropolitana.

Maestros de Educación primaria que laboran en dichos establecimientos, responsables al momento del estudio del 4to., 5to. y 6to. Año y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

*** Exclusión:**

Establecimientos educativos privados ubicados en la zona 6.

Maestros de Educación Primaria que laboran en establecimientos privados, responsables al momento del estudio del 4to., 5to. y 6to. Año.

Maestros de Educación primaria responsables de 1ero., 2do. Y 3er. Año primaria, del Sector 91-19 y 91-20 de la capital.

E. Variables a estudiar:

1. Variables independientes:

Variable	Definic. Conceptual	Tipo	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta 1996.	Cuantitativa	Años cumplidos
Sexo	Diferencia básica entre el hombre y la mujer	Cualitativa	Masculino y femenino
Estado Civil	Condición jurídica de las personas respecto a derechos y deberes civiles	Cualitativa	casado, soltero, viudo, divorciado, separado.
Escolaridad	Grado académico que cursa en un establecimiento educativo	Cuantitativo	Ultimo año o semestre aprobado.
Religión	Conjunto de creencias, mitos o dogmas acerca de la Divinidad y las prácticas virtuales para darle culto	Cualitativa	Católico, Cristiano Evangélico, mormón, o la que indique.

2. Variables dependientes:

Actitudes sobre VIH/SIDA:	Disposición psíquica ante la experiencia del VIH/SIDA, la cual se modifica de acuerdo al estímulo.	Cualitativa	Si contestó positivamente a las preguntas de la #16 a la #20.
Conocimientos sobre VIH/SIDA:	Acción y efecto de conocer sobre VIH/SIDA; entendimiento, razón natural y sentido.	Cuantitativa	Nominal: De 76-100 pts. Excelente; De 51-75 pts. Bueno; De 26-50 pts. Regular; De 00-25 pts. Deficiente.
Prácticas educativas sobre	Momento del proceso	Cualitativa	De la información obtenida en las

VIH/SIDA: fenoménico que hace concreto el acto educativo sobre el VIH/SIDA. preguntas #21 a la #25

Fuentes informativas sobre VIH/SIDA: Ente que proporciona datos y conocimientos en forma sistemática sobre VIH/SIDA. Cualitativa De la información obtenida en la pregunta #13.

F. RECURSOS

a. Recursos Materiales:

a.1 Económicos:

Instrumentos de recolección
Transporte público
Material y equipo de oficina
Impresión de tesis

a.2 Físicos:

- Medios de transporte (bus urbano)
- Cartas de Autorización y presentación de la Supervisión Educativa 91-19 y 91-20 y de la USAC.
- Boletas de recolección de datos.
- Material de escritorio.
- Máquina de escribir.
- Computadora.
- Impresora.
- Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC.
- Biblioteca del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá - INCAP-
- Biblioteca de APROFAM
- Programa Nacional de Control y Prevención del SIDA, Dirección General de Servicios de Salud.
- Comité de Educadores Para la Prevención del SIDA, Ministerio de Educación.

- Biblioteca de Médicos sin Fronteras, Francia.
- Biblioteca de la Asociación para la Atención de Poblaciones en Riesgo - APRI-

b. Recursos Humanos:

Supervisores Educativos de los Sectores 91-19 y 91-20 de la Región I Metropolitana.

c. Recursos Legales:

Aspectos Éticos de la Investigación:

Inicialmente se informó a los maestros sobre los objetivos de la investigación, garantizándoles la confidencialidad y anonimato de su participación voluntaria por medio de acuerdo verbal.

G. PLAN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La muestra estuvo constituida por 118 maestros de escuelas primarias públicas, jornada matutina y vespertina, correspondientes a los Sectores 91-19 y 91-20 Región I Metropolitana. Para la obtención de los datos se realizaron visitas a cada escuela, previo conocimiento de la Supervisión Educativa de los Sectores correspondientes; en donde se presentó la carta de autorización y se solicitó la colaboración de la Dirección de los planteles educativos para poder abordar a los maestros en forma personal, individual y anónima en horario de clases. La recolección estuvo a cargo de la autora de la investigación exclusivamente. El instrumento utilizado (Ver Anexos) consta de 25 preguntas, el cual fue validado parcialmente en investigaciones previas.

Las preguntas sobre conocimientos tuvieron un valor de 8.3 puntos cada una, y el resultado de la sumatoria nos permitió establecer niveles de conocimientos de la siguiente manera:

De 76-100 pts.	Excelente
De 51-75 pts.	Bueno
De 26-50 pts.	Regular
De 00-25 pts.	Deficiente

Las actitudes se valoraron como: Positiva, si estuvo acorde a los conocimientos, y Negativa, si no estuvo acorde a los conocimientos sobre el tema.

Las prácticas docentes se valoraron como: Adecuada e Inadecuada, atendiendo a las características que describieron de dichos eventos.

Como mecanismo que permitiera el mayor porcentaje de la muestra se estableció, que de no encontrar al maestro encargado en la primera visita, se realizó una segunda visita el día y hora que la Dirección del plantel creyó conveniente de ejecutar; al maestro que no se le encontró en esta segunda visita no se incluyó en el estudio, ascendiendo a 3 el número de maestros en esta situación.

H. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

Una vez obtenidos los datos necesarios, estos fueron procesados manualmente, estableciendo bases de datos con los que se elaboraron los Cuadros estadísticos y las Gráficas respectivas, sobre los cuales se realizó el análisis e interpretación de los mismos, en base a nuestros objetivos, haciendo finalmente, las conclusiones y recomendaciones que consideramos pertinentes al estudio.

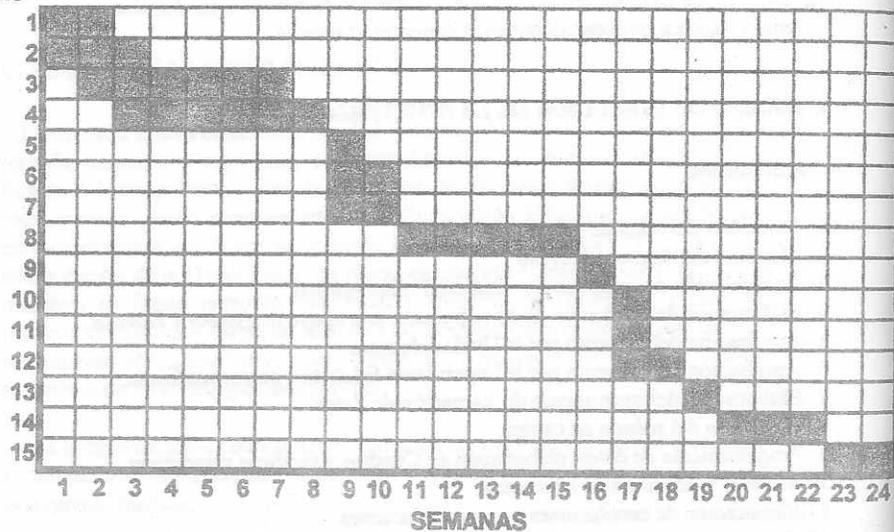
I. TIEMPO DE EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Actividades:

1. Selección del tema de investigación.
2. Elección del Asesor y Revisor.
3. Recopilación de información y material bibliográfico.
4. Elaboración del Protocolo de Investigación con apoyo de Asesor y Revisor.
5. Aprobación del proyecto por la Unidad de tesis.
6. Aprobación del proyecto por la Supervisión Educativa correspondiente.
7. Elaboración del instrumento de captación de datos.
8. Ejecución del trabajo de campo.
9. Procesamiento de datos, elaboración de Cuadros y Gráficas respectivas.
10. Análisis y discusión de resultados.
11. Elaboración de conclusiones y recomendaciones.
12. Correcciones a Informe Final.
13. Aprobación de Informe Final por Unidad de Tesis.
14. Trámites administrativos e impresión de tesis.
15. Examen Público.

GRAFICA DE GANNT

ACTIVIDADES



VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO No.1

Distribución de los maestros de acuerdo al sexo

SEXO	FRECUENCIA	
	No.	%
Masculino	20	17
Femenino	98	83
Total	118	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

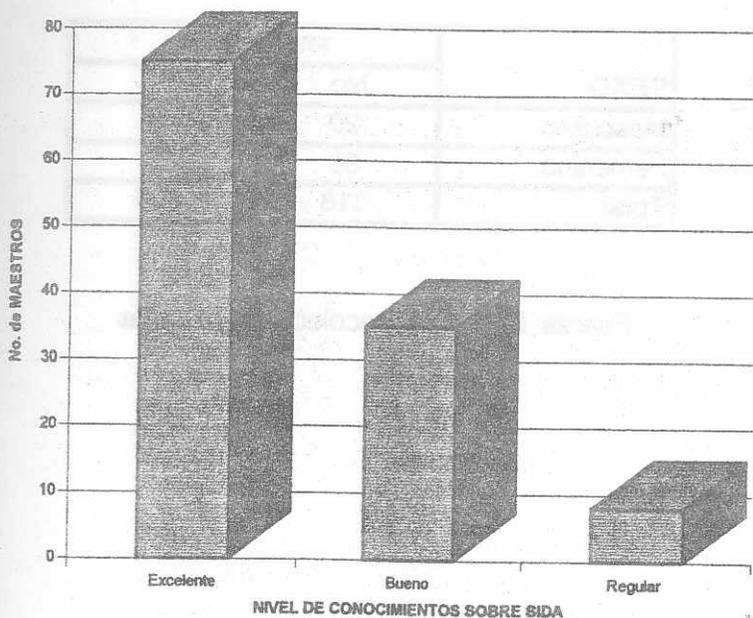
CUADRO No. 2

Distribución de los maestros de acuerdo al Nivel de Conocimientos sobre VIH/ SIDA

Nivel de Conocimientos	FRECUENCIA	
	No.	%
Excelente	75	64
Bueno	35	29
Regular	8	7
Deficiente	0	0
Total	118	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

DISTRIBUCION DE MAESTROS POR NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SIDA



Fuente: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 3

NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y SEXO
Distribución de los maestros de acuerdo a la relación entre el Nivel de Conocimientos sobre SIDA y su sexo.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	SEXO			
	Masculino		Femenino	
	No.	%	No.	%
Excelente	10	50	65	66
Bueno	9	45	27	27
Regular	1	5	6	6
Deficiente	0	0	0	0
Total	20	100	98	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO No. 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y EDAD

Distribución de los maestros de acuerdo a la relación entre el Nivel de Conocimientos sobre SIDA y su edad.

EDAD	NIVEL DE CONOCIMIENTOS						TOTAL	
	EXCELENTE		BUENO		REGULAR		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
De 15 a 25 años	4	80	1	20	0	0	5	100
De 26 a 35 años	21	64	11	33	1	3	33	100
De 36 a 45 años	26	62	13	31	3	7	42	100
De 46 a 55 años	19	63	9	30	2	7	30	100
De 56 a 65 años	5	83	1	17	0	0	6	100
TOTAL	75		35		6		116*	

* No se incluyeron 2 maestros por no referir su edad

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 5

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y EDAD

Distribución de los maestros de acuerdo a la relación entre el Nivel de Conocimientos sobre SIDA y su edad.

RELIGION	NIVEL DE CONOCIMIENTOS						TOTAL	
	EXCELENTE		BUENO		REGULAR		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Católicos	61	62	29	30	8	8	98	100
Evangélicos	9	70	4	30	0	0	13	100
En blanco	5	7	2	29	0	0	7	100
TOTAL	75		35		8		118	

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 6-A

NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y NIVEL ACADEMICO

Distribución de los maestros de acuerdo a la relación entre el Nivel de Conocimientos sobre SIDA y su nivel Académico.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	NIVEL DIVERSIFICADO				TOTAL	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Excelente	2	5	37	95	39	55
Bueno	5	21	19	79	24	34
Regular	1	13	7	88	8	11
TOTAL	8		63		71	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO No. 6-B

NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y NIVEL ACADEMICO

Distribución de los maestros de acuerdo a la relación entre el Nivel de Conocimientos sobre SIDA y su nivel Académico.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	NIVEL PROFESIONAL				TOTAL	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Excelente	20	80	5	20	25	78
Bueno	5	71	2	29	7	22
Regular	0	0	0	0	0	0
TOTAL	25		7		32	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO No. 6-C

NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y NIVEL ACADEMICO

Distribución de los maestros de acuerdo a la relación entre el Nivel de Conocimientos sobre SIDA y su nivel Académico.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	NIVEL EST. UNIVERSITARIO				TOTAL	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Excelente	3	27	8	73	11	73
Bueno	2	50	2	50	4	27
Regular	0	0	0	0	0	0
TOTAL	5		10		15	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO No. 7

FUENTES INFORMATIVAS SOBRE SIDA

Distribución de los maestros de acuerdo a la fuente informativa/formativa de los conocimientos que poseen sobre SIDA

FUENTE INFORMATIVA	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO		No.	%
	No.	%	No.	%		
Libros, revistas, folleto	14	18	64	82	78	66
Periódico	10	16	54	84	64	53
Radio y Televisión	15	16	82	85	97	82
Teléfono	0	0	6	100	6	5
Amigos, compañeros, familiares	2	9	20	91	22	19
Profesores, capacitadores	9	17	43	82	52	44
Líderes religiosos	3	20	12	80	15	13
Personal Salud	9	17	44	83	53	43
En blanco	0	0	1	100	1	0.8

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 8

Distribución de los maestros según la actitud manifestada hacia el VIH/SIDA

TIPO DE ACTITUD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO		No.	%
	No.	%	No.	%		
POSITIVA	66	67	14	70	80	68
NEGATIVA	28	29	6	30	34	29
No establecida	4	4	0	0	4	3
TOTAL	98	100	20	100	118	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 9

ACTITUD Y NIVEL ACADEMICO

Distribución de los maestros de acuerdo a la actitud hacia el VIH/SIDA en relación a su nivel Académico

ACTITUD	NIVEL ACADEMICO						TOTAL	
	DIVERSIFICADO		PROFESIONAL		EST.UNIVERSIT.		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Positiva	51	22	19	59	10	67	80	68
Negativa	17	24	12	38	5	33	34	29
No establecida	3	4	1	3	0	0	4	3
TOTAL	71	100	32	100	15	100	118	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 10

ACTITUD Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS

Distribución de los maestros de acuerdo a la actitud hacia el VIH/SIDA en relación a su nivel de conocimientos

ACTITUD	NIVEL DE CONOCIMIENTOS						TOTAL	
	Excelente		Bueno		Regular		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Positiva	52	69	24	69	4	50	80	68
Negativa	22	29	10	29	2	25	34	29
No establecida	1	1	2	2	2	25	4	3
TOTAL	75	100	35	100	8	100	118	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 11

ACTITUD Y EDAD

Distribución de los maestros de acuerdo a la actitud manifestada hacia el VIH/SIDA en relación a su edad

EDAD	ACTITUD						TOTAL	
	POSITIVA		NEGATIVA		No establecida		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
De 15 a 25 años	5	100	0	0	0	0	5	100
De 26 a 35 años	22	67	10	30	1	3	33	100
De 36 a 45 años	26	62	16	38	0	0	42	100
De 46 a 55 años	22	73	6	20	2	7	30	100
De 56 a 65 años	5	75	0	0	1	25	6	100
TOTAL	80		32		4		116*	

* No se incluyeron 2 maestros por no referir su edad

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO No. 12

Distribución de los maestros según la ejecución de prácticas docentes sobre VIH/SIDA con sus alumnos

Prácticas Docentes sobre SIDA				TOTAL	
SI		NO		No.	%
No.	%	No.	%		
99	84	19	16	118	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos



CUADRO No. 13

Distribución de los maestros según el enfoque dado a las prácticas docentes sobre SIDA realizadas con sus alumnos

ENFOQUE	TOTAL	
	No.	%
Desarrollo de la Enfermedad	32	32
Transmisión de la enfermedad	62	63
Prevención de la enfermedad	71	72
Uso del Condón	21	21
Sexualidad y SIDA	41	41
En blanco	5	5

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

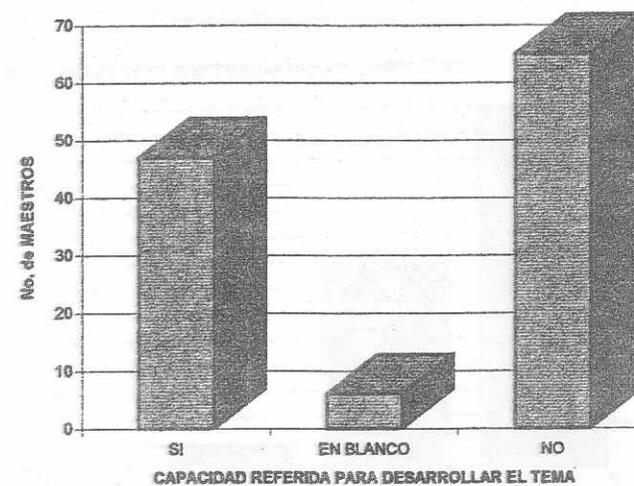
CUADRO No. 14

Distribución de los maestros según la capacidad referida para desarrollar el tema de SIDA con sus alumnos

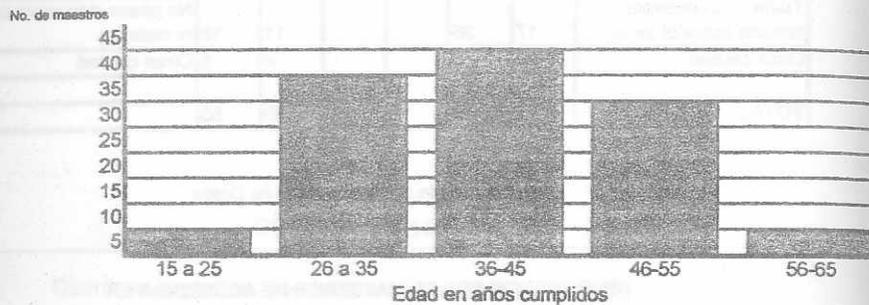
PORQUE?	Se siente capacitado?						PORQUE?
	SI		En blanco		NO		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Ha recibido capacitación formal sobre el tema	11	23			51	78	No ha recibido capacitación adecuada
Tiene conocimientos básicos sobre el tema	17	36			11	16	No posee documentación ni material
Otras causas	19	40			4	6	Otras causas
			6	100			
TOTAL	47	40	6	100	65	55	

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

DISTRIBUCION DE LOS MAESTROS DE ACUERDO A LA CAPACIDAD QUE REFIRIERON PARA DESARROLLAR EL TEMA DEL SIDA CON LOS ALUMNOS

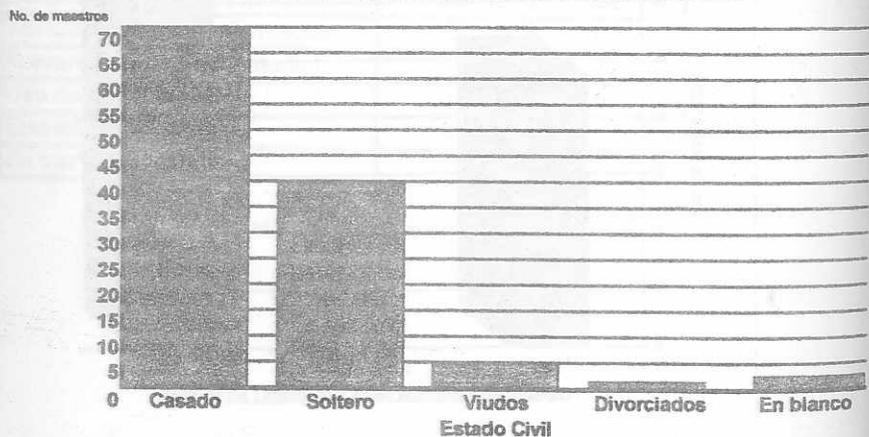


GRAFICA No. 1
DISTRIBUCION DE MAESTROS POR EDAD



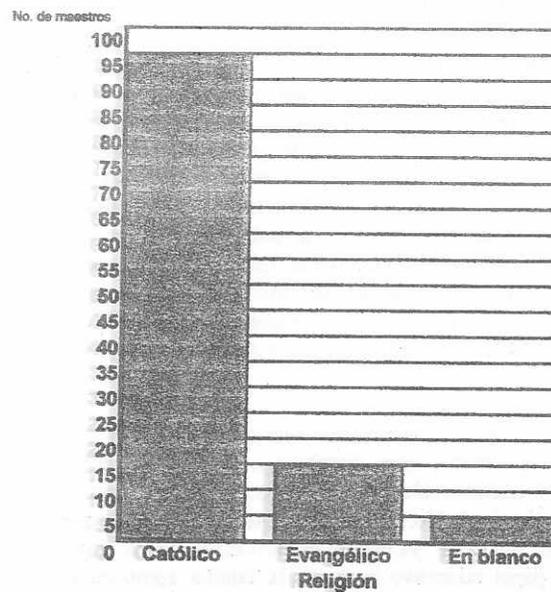
FUENTE: Boleta de Recolección de Datos

GRAFICA No. 2
DISTRIBUCION DE MAESTROS POR ESTADO CIVIL



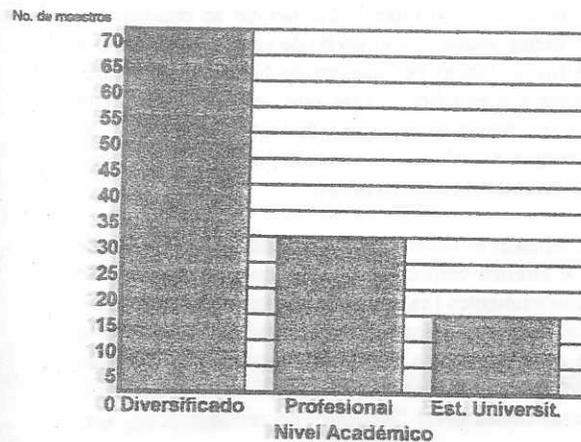
GRAFICA No. 3

DISTRIBUCION DE MAESTROS SEGUN RELIGION



Fuente: Boleta de Recolección de Datos

GRAFICA No. 4
DISTRIBUCION DE MAESTROS POR NIVEL ACADÉMICO



Fuente: Boleta de Recolección de Datos

VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El Virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH), causante del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida -SIDA- se disemina rápidamente por todo el orbe, infectando a millones de seres humanos que probablemente tendrán una muerte prematura. Para prevenir su transmisión explosiva, los programas de educación que explican las formas de transmisión y las alternativas para disminuir la exposición al VIH, constituyen un arma fundamental en esta lucha; los líderes de toda índole tienen un papel especial, y a nivel de la población escolar, los maestros (educadores), son pieza clave de este importante trabajo. De ahí, que el acumulo de conocimientos y datos que posean es determinante, además de la actitud que adopten, pues los maestros con actitud negativa hacia el SIDA pudieran adulterar el mensaje y transmitir ideas erróneas, e inclusive influenciar negativamente a los estudiantes.

En la presente investigación, la población objetivo está constituida por 118 maestros de Educación Primaria Urbana, cuya distribución según sexo, edad, religión, estado civil y nivel académico alcanzado, pueden visualizarse en el Cuadro No. 1 y en las Gráficas No. 1 a la No. 4. De estos datos, se puede ver que prevalecen los maestros de sexo femenino, ya que en nuestro medio, es la mujer quien aún juega el principal papel educativo tanto en la familia como en la sociedad, por lo que será un factor importante en el trabajo de prevención y control del SIDA. Así también, el predominio de católicos, pudiera determinar un enfoque más amplio del problema, ya que en nuestra experiencia, los grupos no católicos se ven más apegados al valor de la abstinencia sexual antes del matrimonio así como a la fidelidad durante él, lo cual, tristemente, no va acorde a nuestra realidad social, tal como lo demuestra el hecho de que sea la transmisión sexual la vía que prevalece en el país. También vemos el predominio de los casados, lo cual pudiera determinar un mayor interés en el problema, debido a que ya se tiene familia (esposa/a, hijos y/o nietos), quienes no se escapan del riesgo de la enfermedad. Finalmente vemos que el hecho de un mayor porcentaje de maestros de Nivel Diversificado (título de Maestro de Educación Primaria urbana), podría determinar mayor interés sobre el tema, pues, como se observa en nuestro medio, ellos dedicarán una buena parte de su vida laboral -si no toda- al trabajo educativo, lo que les exigirá actualización constante, incluyendo el tema de VIH/SIDA como parte de la realidad de nuestro medio.

En el presente estudio, al establecer el Nivel de Conocimientos sobre SIDA de los maestros (Cuadro No. 2 y Gráfica respectiva), vemos que ningún maestro posee nivel "Deficiente" de conocimientos (menos de 50 puntos en la Encuesta), mientras un 64% poseen nivel de conocimientos "Excelente", lo cual resulta satisfactorio, pues se deduce que poseen una base de conocimientos adecuada para poder implementar actividades de prevención del SIDA con sus alumnos. Sin embargo, 8 de los docentes tienen nivel "Regular" de conocimientos, que

aunque en bajo porcentaje, si consideramos la población estudiantil a la que dan cobertura educativa, se ve la necesidad de reforzarles en el tema. Aquí establecimos que únicamente el 45% reconocen al SIDA como un problema inmunológico y 17% como problema infeccioso, 98% como un problema sexual y de relación con transfusiones sanguíneas, pero únicamente 20% reconocen a la lactancia materna, el embarazo y el parto como fuente de transmisión, que aunque en bajo porcentaje responsable de la transmisión del virus, debiera de ser considerado, pues al ir aumentando la incidencia de la enfermedad en mujeres, su actividad reproductiva se ve en riesgo. Así mismo, en la pregunta No. 2², el 78% reconoce como población potencialmente susceptible de contagiarse con el VIH a cualquier persona, lo que muestra la necesidad de actualizar y concientizar sobre el comportamiento de la enfermedad, al no poder hablar de "Grupos de Riesgo", sino de "conductas de riesgo", que abarcan a toda la población. (31). En la pregunta No. 12³, 82% acepta ser parte, como maestro, del equipo educativo-preventivo a nivel nacional, mostrando cómo un buen porcentaje de líderes, en este caso, no se consideran involucrados en esta lucha contra el SIDA como problema de la humanidad. También llama la atención que 45% no conocen una sola institución de trabajo contra el SIDA, y del grupo que si reconocen algunas de éstas, 31% reconocen el trabajo del Ministerio de Salud con el Programa Nacional contra el SIDA y a los Centros de Salud locales; 9% reconocen a APROFAM y AGES y 6% a la Comisión de Educadores para la Prevención del SIDA -COEPSIDA-; lo que muestra la necesidad de informar a los educadores al respecto, como potenciales orientadores de los jóvenes sobre los lugares a los que se pueden abocar, considerando que la intervención oportuna de tales instituciones puede prevenir complicaciones o nuevos casos de personas infectadas.

Al tratar de establecer la relación que pudiera existir entre el nivel de conocimientos y el sexo de los maestros en estudio (Cuadro No. 3), vemos que 66% de las mujeres poseen un nivel "Excelente" frente a 50% de los hombres, lo cual aunado al porcentaje con nivel "Bueno" para ambos sexos, no demuestra diferencia importante entre ambos sexos, lo cual asegura que tanto maestros hombres como mujeres, poseen capacidad teórica para transmitir mensajes preventivos e informativos respecto al tema.

Seguidamente, al relacionar el nivel de conocimientos y la edad (Cuadro No. 4), observamos que tanto el grupo de los más jóvenes -de 15 a 25 años- como el de los de mayor edad del grupo -de 56 a 65 años- presentan un mayor porcentaje de maestros con nivel "Excelente", aunque es importante que el 60% de los maestros de los otros grupos etáreos tienen ese mismo nivel. También notamos que en los grupos inicialmente indicados, no observamos maestros con nivel de conocimientos "Regular"; este fenómeno podría ser explicado por el hecho que tal grupo (el de los más jóvenes), que corresponde a maestros recién graduados,

² Ver preguntas sobre conocimientos en Encuesta, ver Anexos.

³ Ver preguntas sobre conocimientos en Encuesta, ver Anexos.

seguramente ya incorporaron el tema del SIDA -relativamente nuevo- a su curriculum de estudios, mientras que en los otros grupos no se desarrolló el tema formalmente y han tenido que recabar la información por otros medios.

Posteriormente se relaciona el nivel de conocimientos y la religión de los maestros (Cuadro No. 9), en donde pudimos observar que el grupo de católicos demuestra el 62% con nivel "Excelente", frente al 70% de evangélicos en el mismo rango, pero que al considerar a los maestros de nivel "Bueno" para ambos grupos, se minimiza la diferencia que pudiera existir, evidenciando que no hay factores religiosos determinantes para la adquisición de conocimientos sobre el tema, asegurando en alto porcentaje, un conocimiento real de la enfermedad por parte del grupo en estudio.

Al establecer la relación entre el nivel de conocimientos y el nivel académico del grupo (Cuadro No. 6-A), los maestros de nivel Diversificado presentan 55% con un nivel "Excelente" de conocimientos, en contraste con 78% de maestros de nivel Profesional (Cuadro No. 6-B) y 73% de maestros con nivel estudiante universitario (Cuadro No. 6C). Tal situación nos demuestra que los maestros con un nivel académico superior, presentan mayor nivel de conocimientos sobre el tema.

La radio y la televisión, con un 82% (Cuadro no. 7) constituyen la fuente informativa que más ha contribuido a la obtención de conocimientos al grupo de maestros en estudio, seguido de libros, revistas y folletos con 60%; periódico, profesores y capacitadores y finalmente por Personal de Salud. Estos datos nos muestran que los medios de comunicación tienen muchísimo valor en el proceso educativo-formativo. Esto pareciera razonable, si analizamos que se trata de profesionales que constantemente debieran estar actualizándose para ofrecer calidad a los estudiantes, sustentando que una buena parte de los conocimientos que poseen han sido adquiridos en un proceso formal, lo cual asegura conocimientos de un mayor confiabilidad.

También se estableció la actitud que los maestros asumen frente a la problemática del SIDA (Cuadro no. 8), en donde vemos que 68% demostraron tener una actitud positiva frente al problema. En este punto, relacionamos dicha actitud y el nivel académico de los maestros (Cuadro No. 9) observando que 72% de los maestros de nivel Diversificado, 59% de los comprendidos en el nivel Profesional y 67% de los estudiantes universitarios, manifestaron una actitud positiva, lo cual pareciera contradictorio si vemos que a mayor nivel académico se estableció mayor nivel de conocimientos (ver Cuadro No. 6) y se esperaría una actitud más positiva por parte de ellos; sin embargo encontramos que el nivel de conocimientos en relación con la actitud (Cuadro No. 10), sí influye positivamente aunque no en forma proporcional, pues se observa una pequeña diferencia entre los de nivel "Excelente y Bueno" en relación con los de nivel "Regular". Finalmente al relacionarla con la edad de los docentes (Cuadro No.

11), es el grupo de menor edad, quienes manifestaron una actitud francamente positiva hacia el SIDA, mostrando cómo las nuevas generaciones están enfocando el problema, de mejor manera que los demás grupos etáreos en este caso.

De los maestros que sí han desarrollado el tema del SIDA con sus alumnos (Cuadro No. 12), el 73% lo hizo de manera espontánea durante el desarrollo de otro tema; 26% como una clase previamente planificada, 17% dentro del Programa de Salud Escolar (Ambiente Natural) pero sobre la base de otro tema y 11% refirieron que estuvo a cargo de una institución extra-escolar. Este panorama nos permite determinar que el tema, se desarrolla en mayor porcentaje en forma improvisada e informal, aunque valiosa, pues a pesar de no estar incluido en el programa de estudios, sí se ha desarrollado. De estas prácticas educativas, el 67% refirieron que el enfoque dado al tema fue principalmente sobre transmisión y 71% sobre prevención del SIDA (Cuadro No. 13), en donde también llama la atención que solamente el 41% de los maestros desarrolló el tema en relación al campo de la sexualidad, a pesar de ser la principal forma de propagación en nuestro país (11).

En último punto, al observar el Cuadro No. 14 (Gráfica respectiva) en donde los maestros refirieron sentirse capaces o no para desarrollar el tema en clase, resulta llamativo que ni siquiera el 64% de los maestros con nivel de conocimientos "Excelente" sobre el tema, se sintieron capaces, argumentando "no tener capacitación para desarrollarlo y resolver dudas" o la "falta de material para las prácticas", lo que deja entrever que quizá el problema no es de contenidos sino de metodología. Es así como únicamente 35% de los maestros admiten tener interés en reforzar sus conocimientos en general, de ellos el 30% sobre las formas de transmisión, 34% sobre prevención, 29% sobre evolución y desarrollo de la enfermedad, 13% sobre tratamiento médico, 8% sobre apoyo psicológico al enfermo de SIDA, 2% sobre nuevas investigaciones al respecto y 1.7% sobre instituciones que trabajan SIDA en nuestro país.

IX. CONCLUSIONES

1. El tema del VIH/SIDA, declarado como problema social de urgencia nacional, según Decreto Número 54-95, no está incluido en los programas de estudios a nivel primario.
2. Con el instrumento empleado en el presente estudio, se logró determinar que el 93% de los maestros del Sector Educativo 91-19 y 91-20, poseen un nivel de conocimientos entre Excelente y Bueno.
3. En cuanto a la relación entre el nivel de conocimientos sobre SIDA y las diferentes variables establecidas, no encontramos diferencia significativa entre maestros de sexo masculino y femenino; sin embargo, se estableció que los maestros de menor edad (de 15 a 25 años) junto a los de mayor edad del grupo (de 56 a 65 años) tienen un nivel de conocimientos mayor que el de los maestros de edades intermedias.
4. Con la relación establecida entre el nivel de conocimientos sobre SIDA y la religión de los maestros, se encontró una pequeña diferencia (8%) del nivel de conocimientos de los evangélicos sobre el nivel de los católicos; diferencia mucho mayor al relacionarlo con el nivel académico, en donde se observó que a mayor preparación académica, mayor el nivel de conocimientos sobre SIDA.
5. El presente estudio demostró que el 83% de los maestros sí desarrollaron el tema del SIDA con los estudiantes, a pesar de que dicho tema no está incluido en los programas de estudio a nivel primario.
6. Según los datos recabados con el presente instrumento, el principal enfoque dado a las prácticas educativas sobre SIDA, fue en los aspectos de transmisión y prevención, bases fundamentales para el trabajo preventivo.
7. La actitud hacia la problemática del SIDA en los maestros en estudio, es aceptablemente positiva, estableciendo objetivas diferencias al relacionarla con el nivel académico, en donde a mayor preparación, menor porcentaje de maestros con actitud positiva; no así al relacionarla con las demás variables establecidas.
8. Concluimos en que la radio y la televisión, así como los medios escritos formales, constituyen la principal fuente informativa de los maestros en estudio.
9. Únicamente el 55% de los maestros se "sienten capaces" para desarrollar el tema del SIDA con los estudiantes, a pesar de tener en general, un buen nivel de conocimientos sobre el tema.

X. RECOMENDACIONES

1. Promover procesos de reflexión crítica con el grupo magisterial, para determinar el papel y las acciones pertinentes con respecto a la problemática del SIDA en el país.
2. Considerar el establecimiento de un programa de Capacitación en Salud, que incluya el VIH/SIDA, con el grupo de maestros de escuelas primarias públicas, ejecutado en el área de práctica del estudiante de Medicina, a nivel urbano y rural.
3. Fortalecer y orientar a las entidades gubernamentales y no gubernamentales existentes, dedicadas al trabajo del SIDA, promoviendo la capacitación actualizada y sistemática a potenciales agentes multiplicadores, incluyendo al gremio magisterial, considerando no únicamente el acumulo de conocimientos, sino también las técnicas pedagógicas para desarrollar este tema con los estudiantes.
4. Incluir en las guías curriculares del sector educativo, el tema del SIDA, considerando la urgencia nacional e impacto del problema en nuestra población.
5. Fortalecer la coordinación inter-institucional existente entre ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Universidades, Iglesia e instituciones afines, locales e internacionales, para la integración y operacionalización sincrónica del Programa de Prevención y Control del SIDA en nuestro país, tomando en consideración los medios informativos de mayor impacto.

XI. RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo principal, determinar los conocimientos, actitudes y prácticas docentes sobre VIH/SIDA en un grupo de 118 maestros de Educación primaria Urbana, que laboran en las escuelas oficiales de educación primaria urbana, jornadas matutina y vespertina, localizadas en el área de la zona seis de la ciudad capital, previo conocimiento de las autoridades educativas respectivas.

Los datos necesarios fueron recabados a través de una Boleta sobre conocimientos, actitudes y prácticas docentes sobre SIDA, que se incluye en la sección de Anexos. Dicha muestra estuvo constituida por un 83% de mujeres y 17% de hombres; 60% de los maestros incluidos son casados, 83% de ellos son católicos y comprendidos en el grupo de adultos jóvenes.

Se determinó que el grupo en estudio posee un nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA entre Bueno y Excelente, pero mejorable, sin encontrar diferencias significativas entre sexo y sexo masculino y femenino, pero sí entre los maestros con diferente nivel académico y en forma mínima entre evangélicos y católicos; se confirmó una actitud positiva hacia el problema en el 68% de los maestros, además de establecer que el tema sí fue desarrollado con los alumnos, aunque en su mayoría en forma improvisada e informal, prevaleciendo el enfoque preventivo y sobre transmisión de la enfermedad, aunque el 55% de los maestros no se consideran capaces para desarrollar el tema, manifestando poco interés en fortalecer los conocimientos sobre el mismo.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asociación Argentina de planificación Familiar. Educación y SIDA. **CONTRIBUCIÓN ARGENTINA**. Argentina 1,990. Pp. 16-19.
2. Asociación Argentina de planificación Familiar. El fenómeno SIDA en Rosario, entre jóvenes de 14-24 años y la dificultad de modificar conductas. **CONTRIBUCIÓN ARGENTINA**. Argentina 1,990. Pp. 65-67.
3. Benson, R. Et al. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. **GINECOLOGÍA**. 3era. Edición, Manual Moderno; México 1,994. Pp. 124-128.
4. Bolt, Mary. Et al. Prevención Primaria del SIDA. **CLOSET**. REVISTA DE LA FUNDACION XOCHIQUETZAL, CEM, Nicaragua; No. 4 junio 1,994. Pp. 10-15.
5. Connor, Steve. Investigación muestra cómo el HIV agota al organismo. **BRITISH MEDICAL JOURNAL**. 1,995, Vol. III, No. 1. Pp. 11-12.
6. Craske, John. Boletín médico 1ppf/ippf. **LA INFECCIÓN HIL-3 Y EL SIDA: PELIGRO DE PROPAGACIÓN POR CONTACTO SEXUAL**. Febrero 1,986, Vol. 20, no. 1. Pp. 1-4.
7. Fish, E. Et al. The efficacy of AZT in the Treatment of patients with AIDS, Relate Complex. **NEW ENGLAND JOURNAL**. Med. 1,987, 317(4). Pp. 185-191.
8. Gordon, C. Et al. Negociando el Sexo Seguro. **ALERTA**. Nicaragua, noviembre 1,990. Pp. 4-5:10.
- ④ 9. Guatemala, Dirección General de Servicios de salud. **MANUAL DE CAPACITACIÓN: SIDA**. Octubre 1,989. 54p.
- ② 10. Guatemala, Dirección General de Servicios de Salud. **PROGRAMA NACIONAL DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA**. Octubre 1,987. pp.
- ③ 11. Guatemala, Dirección General de Servicios de Salud, programa nacional contra el SIDA. **EPIDEMIA DEL VIH/SIDA EN GUATEMALA**. Noviembre 1,995. pp.

12. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias médicas, Fase I. **POBREZA Y MARGINALIDAD**. (Mimeografiado) 1,989, pp.
13. Guatemala, universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias médicas, Fase II. **SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**. (Mimeografiado) 1,990, pp.
14. Gularte, Mireya. Et al. Atención Psicológica a personas con VIH/SIDA. **DE SIDA**. Revista de la Fundación Nimehuatzín, UCA, Nicaragua; Año 2, No. 2, noviembre-diciembre 1,992. Pp. 12-23.
15. Herrera García, Lucio. **SUB-REGISTRO DE CASOS POSITIVOS PARA ANTICUERPOS HIV Y CASOS DE SIDA EN GUATEMALA**. Tesis (Médico y Cirujano), universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias médicas. Guatemala 1,990, 65p.
16. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Sección Epidemiológica. **EL MEDICO FRENTE AL SIDA**. 1,990.
17. Maviasy, J. Et al. Nuevos Dilemas para la mujer. **ALERTA**. Nicaragua, abril 1,989. Pp. 52-23.
18. Macher, Abe. Et al. The Patology of AIDS. **REPORTTS**. May-june 1,89. 103(3). Pp. 230-236.
19. Médicos Sin Fronteras, Suiza. **SIDA & MSF Guatemala** 1,994. Pp.
20. Organización Mundial de la Salud. **DIRECTRICES PARA LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA A LAS PERSONAS INFECTADAS POR EL VIH**. Serie OMS sobre el SIDA. No. 3, Guatemala 1,988, 44p.
21. Organización Panamericana de la Salud. **TRANSMISIÓN HETEROSEXUAL DEL SIDA**. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Enero 1,988, 104(1) 63p.
22. Organización Panamericana de la Salud. **III CONFERENCIA INTERNACIONAL DEL SIDA**. Washington 1,987. Vol. 140.
23. Organización Panamericana de la Salud. Comunicación para la salud No. 2: **SIDA, EPIDEMIA DE LOS TIEMPOS MODERNOS**. Washington, 1,993. 125p.

24. Palomo, Edna. **EVALUACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS HIV**. Tesis (Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala 1,989. 70p.
25. Pape, J. Et al. Transmisión Perinatal del Virus de la Inmunodeficiencia Humana. **SIDA: PERFIL DE UNA EPIDEMIA**. Washington, OMS. 1,85, Pp. 71-82.
26. Peña Samayoa, Irma. **CONOCIMIENTOS, PRACTICAS Y ACTITUDES QUE SOBRE SIDA POSEEN LOS CIRUJANOS DENTALES Y MECÁNICOS DENTALES**. Tesis (Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1,991. Pp. 30-39
27. Pezzarosi, H. Et al. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: Conceptos Actuales. **MEDICINA INTERNA**. México 1,990. Pp. 30-39.
28. Piot, P. Et al. Epidemiological and Sociological Aspects of HIV Infection in Developing Countries. **BRITISH MEDICAL BUILDING**. Aug. 4, 319(5), 1,989. Pp. 274-278.
29. Revista de Médicos y Cirujanos. **PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA EN GUATEMALA**. Mayo-agosto 1,993, Vol. 3. 30p.
30. Reyes Morales, Conchita. **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL EN MAESTROS DE EDUCACIÓN PRIMARIA**. Tesis (Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala 1,993. 70p.
31. Toledo Lorenzana, José. **SIDA: ACTUALIZACIÓN DE UN PROBLEMA CONTEMPORÁNEO**. AGAYC, Guatemala 1,992. 102p.
32. UNICEF/OMS/UNESCO. **PARA LA VIDA: SIDA**. Estados Unidos 1,989. Pp. 73-78.
33. UNICEF. **LA INFANCIA Y EL MEDIO AMBIENTE: SIDA**. Poluma, Estados Unidos 1,992. Pp. 21.
34. Wignia, A. Et al. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en Lactantes y niños. **ANALES NESTLE**. Estados Unidos 1,988. Pp. 175-199.
35. World Health Organization. **GUIDLINES FOR THE DEVELOPMENT A NATIONAL AIDS**. Prevention and Control Programe. Genere, 1,988(1). Pp. 22.

ANEXO No. 1

NOMINA DE ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS OFICIALES , ZONA 6.

Esc. No.	Nombre	Jornada
124	Juan José Orozco Posadas	matutina
21	Rafael Landívar	matutina
37	Francisco de Fuentes y Guzmán	matutina
24	Fray Bartolomé De las Casas	matutina
23	España	Vespertina
4	Justo Rufino Barrios	matutina
22	República de México	matutina
40	Miguel de Cervantes y Saavedra	vespertina
3	Alejandro Marure	matutina
39	Simón Bergaño y Villegas	vespertina
29	República Dominicana	matutina
48	Miguel Morazán	vespertina
57	Ernestina Mena Viuda de Reitz	matutina
59	Rafael Arévalo Martínez	vespertina
150	Asentamiento Roosevelt	matutina
150	Asentamiento Roosevelt	vespertina
274	Martinico	vespertina
80	Angelina Acuña	matutina
56	Dr. Rodolfo Robles	matutina
62	Hermógenes Gonzáles	vespertina
95	república de Austria	matutina
72	Reino de Bélgica	vespertina
40	María Cristina Benet de Rolz	matutina
117	María Cristina Benet de Rolz	vespertina
82	Rubén Villagrán Paúl	matutina
68	Dr. Luis Martínez Mont	vespertina

ANEXO No. 2

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

El presente instrumento tiene como objetivo recabar la información sobre conocimientos, actitudes y prácticas docentes sobre SIDA, en maestros de 4to., 5to. Y 6to. Grados de Primaria del Sector 91-19 y 91-20. Los datos serán confidenciales y anónimos y la participación será voluntaria.

Por favor llene los espacios en blanco con los datos que solicitamos. A continuación, encierre en un círculo la respuesta correcta (puede ser más de una). Muchas gracias.

Grado que imparte _____
Edad _____ Sexo _____
Estado Civil _____ Religión _____
Nivel Académico (además de Magisterio) _____

CONOCIMIENTOS

1.) El SIDA es:

- a) Un problema infeccioso.
- b) Un problema de transmisión sexual.
- c) Un problema inmunológico.

2.) Se puede transmitir el SIDA?

- a) Sí
- b) No:

3.) Son formas de transmisión del VIH/SIDA las siguientes:

- e) Relaciones sexuales,
- f) Transfusiones de sangre.
- g) Compartimiento de ropas.
- h) Saludo de manos, plática con una persona infectada.
- i) Bañarse en el mismo baño o piscina del enfermo
- j) Piquetes de insectos.
- k) Durante el embarazo y en el parto.
- l) Por la lactancia materna.

4.) El SIDA se puede diagnosticar por medio de un examen de:

- a) Orina
- b) Heces
- c) Sangre

5.) Qué grupos poblacionales pueden ser afectados por el VIH/SIDA?

- a) Homosexuales
- b) Heterosexuales
- c) Bisexuales
- d) Drogadictos
- e) Prostitutas
- f) Cualquier persona

6.) Los siguientes son mecanismos para prevenir la transmisión del VIH/SIDA:

- a) Por medio de una vacuna especial
- b) utilizando preservativo en toda relación sexual casual
- c) No teniendo relaciones sexuales con prostitutas ni con homosexuales
- d) Relaciones sexuales mutuamente exclusivas
- e) Aislamiento de las personas infectadas con el VIH
- f) Abstinencia total de vida sexual

7.) Hay personas que están contagiadas del virus del SIDA que no tienen señales de la enfermedad pero pueden contagiar a otros.

- a) Falso
- b) Verdadero

8.) El período entre la adquisición del virus y las primeras manifestaciones del SIDA puede ser:

- a) De 5 a 10 días
- b) De 2 a 3 semanas
- c) De 2 a 5 meses
- d) De 5 a 10 años

9.) Entre las primeras manifestaciones (signos y síntomas) de una persona enferma de SIDA están:

- a) Pérdida de peso involuntaria.
- b) Diarrea que no cede
- c) Fuego persistente en la boca
- d) Mucho apetito
- e) Manchas poco comunes en la piel
- f) Infecciones respiratorias persistentes.

10.) Conductas que nos pueden llevar a contagiarnos de SIDA son:

- a) Tener relaciones sexuales con una única persona
- b) Tener relaciones sexuales con múltiples personas conocidas
- c) Tener relaciones sexuales con prostitutas
- d) Recibir inyecciones con agujas y jeringas no esterilizadas
- e) Tener relaciones sexuales con múltiples parejas desconocidas, aunque no sean prostitutas ni homosexuales
- f) Recibir transfusiones sanguíneas no analizadas

11.) Los medicamentos que actualmente se utilizan en enfermos de SIDA curan la enfermedad.

- a) Verdadero
- b) Falso

12.) Qué personal debiera involucrarse en el trabajo de prevención del SIDA?

- a) Líderes comunitarios
- b) Autoridades de Salud
- c) Maestros
- d) Líderes religiosos
- e) Médicos y personal de salud
- f) Padres de familia
- g) Otros

13.) Qué tipo de fuente informativa ha contribuido más a sus conocimientos sobre VIH/SIDA?

- a) Libros, revistas y folletos
- b) Periódico
- c) Radio y televisión
- d) Teléfono
- e) Amigos, compañeros y familiares
- f) Profesores, capacitadores
- g) Líderes religiosos
- h) Personal de salud (médico, enfermera, promotor de salud)

14.) Qué instituciones conoce Usted que trabajen VIH/SIDA a cualquier nivel (informativo, educativo, curativo, preventivo) en nuestro país?

- a) Los conocimientos que usted posee sobre VIH/SIDA:
- b) Los ha adquirido por propio interés (autoformación)
- c) Los ha adquirido dentro del marco de su trabajo
- d) Los ha adquirido informalmente (medios de comunicación, conversaciones casuales)
- e) Los ha adquirido dentro de su pensum de estudios

ACTITUDES

15.) Trabajaría con personas que tengan el Virus de Inmunodeficiencia Humana o que tengan SIDA?

Si

- a) Porque no tiene opción
- b) Porque no tiene prejuicio
- c) Por lástima

No

- a) Porque se contagiaría
- b) Por fobia a homosexuales
- c) Por precaución

16.) Si le indicaran que su Chequeo Médico lo realizaría un médico con VIH positivo, cuál sería su decisión?

- a) Lo rechazaría rotundamente
- b) Lo permitiría
- c) Solicitaría la asistencia de otro médico
- d) Iría a otra clínica o entidad de salud

17.) Qué actitud adoptaría frente a una persona homosexual con VIH positivo o con SIDA?

- a) Me alejaría de ella
- b) Le evidenciaría que es su culpa por su comportamiento homosexual
- c) Respetaría su situación y le daría apoyo si es necesario
- d) Lo ignoraría

18.) Qué actitud adoptaría si se le informa que uno de sus alumnos es VIH positivo o tiene SIDA?

- a) Pediría que lo retiren por seguridad de él
- b) Pediría que lo retiren por seguridad de los demás
- c) Trabajaría con él en clase en forma aislada

d) Respetaría su situación y lo apoyaría en lo que pudiera

19.) Qué opina sobre la factibilidad de informar sobre VIH/SIDA a los alumnos de nivel primario?

- a) Es una necesidad real
- b) Es innecesario por el momento
- c) Asustaría a los alumnos
- d) Se debe esperar a que crezcan más

PRACTICAS DOCENTES

20.) Alguna vez ha hablado con sus alumnos sobre VIH/SIDA?

- a) Nunca
- b) Si

21.) La(s) ocasión(es) en la(s) que se habló de VIH/SIDA:

- a) Se dio en forma espontánea, durante otro tema de clase
- b) Fue una clase planificada por usted, como contenido de una materia específica
- c) Estuvo a cargo de una institución
- d) Fue a petición de un(os) alumno(s)
- e) Fue realizada dentro del Programa de Salud Escolar

22.) Cuando se desarrolló el tema sobre VIH/SIDA el enfoque fue:

- a) Con énfasis en el desarrollo de la enfermedad
- b) Con énfasis en las formas de transmisión
- c) Con énfasis en las formas de prevención
- d) Con énfasis en el uso del Condón
- e) Con énfasis en el campo de la sexualidad

23.) Considera usted que está capacitado para educar a sus alumnos sobre el tema de VIH/SIDA?

- a) Si
 - b) No
- Por qué?

24.) Sobre qué temas o aspectos del VIH/SIDA le interesaría que le dieran explicación más detallada?

ANEXO No. 3

GUÍA DE INTERPRETACIÓN DE LA ENCUESTA

La encuesta consta de 25 preguntas distribuidas en tres grandes grupos, así:

- Sobre conocimientos:
De la pregunta No. 1 a la No. 15
- Sobre Actitudes:
De la pregunta No. 16 a la No. 20
- Sobre prácticas educativas:
De la pregunta No. 21 a la No. 25

De la pregunta No. 1 a la No. 12 tienen un valor de 8.3 puntos cada una, la cual fue subdividida de acuerdo a los incisos catalogados como "correctos" para cada pregunta. Por cada inciso "incorrecto" se restó el equivalente a un inciso "correcto". Luego de la sumatoria total se establecen los niveles de conocimientos (Excelente, Bueno, Regular y Deficiente) que se describen en el Plan para la Recolección de Datos.

Para la tabulación de las preguntas sobre Actitud, se determinó el número de maestros con respuesta positiva por pregunta, según sexo, nivel académico y nivel de conocimientos, procediendo a obtener el promedio de maestros con actitud positiva, actitud negativa y con actitud no establecida.

Las preguntas sobre Prácticas Educativas fueron tabuladas en forma individual.