

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS**

**CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE SIDA EN
ESTUDIANTES DEL NIVEL BÁSICO DE LOS CENTROS
EDUCATIVOS DEL MUNICIPIO DE PALIN,
DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA.**

**Estudio observacional – descriptivo en 286 alumnos de
nivel básico de los Centros Educativos del casco urbano
del Municipio de Palín Escuintla, Mayo – Junio 2001.**

AMALIA MONTERROSO COTÒN

MEDICA Y CIRUJANA

Guatemala, julio de 2,001

INDICE

	Capítulo	Página
I.	INTRODUCCION	01
II.	DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	02
III.	JUSTIFICACION	04
IV.	OBJETIVOS	06
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	07
VI.	MATERIAL Y METODOS	23
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS	27
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	37
IX.	CONCLUSIONES	43
X.	RECOMENDACIONES	44
XI.	PROPUESTA DE COORDINACION	45
XII.	RESUMEN	47
	ANEXOS	48

I. INTRODUCCION

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

La elaboración de la presente investigación, tuvo como propósito principal, determinar los conocimientos y creencias sobre SIDA de los 286 alumnos de 1º a 3º básico de los centros educativos del casco urbano del Municipio de Palín, Escuintla, a través de visitas a los 7 centros educativos en donde se procedió a solicitar a los directores de dichos centros su colaboración, para que los alumnos llenaran el instrumento de recolección de datos en forma voluntaria, anónima y personal. Se debe resaltar la valiosa cooperación y anuencia de los directores, docentes y religiosos a quienes se les solicitó participación voluntaria en el instrumento no estructurado, quienes en su mayoría mencionan la necesidad de retomar el tema del SIDA con los alumnos y los grupos juveniles en las iglesias.

Se pudo comprobar que en general los alumnos tienen nivel de conocimientos buenos, aunque esto no implica que esten libres de infectarse ya que no cuentan con conocimientos excelentes y como lo menciona la literatura el grupo juvenil está en riesgo de contraer la enfermedad. También se estableció que las concepciones religiosas del grupo en estudio no tienen relación en cuanto al conocimiento. Así mismo se estableció que no existen diferencias en cuanto a las creencias sobre SIDA en los grupos de estudiantes tanto femenino como de sexo masculino.

Mientras haya mayor conocimiento respecto al problema, se podrán promover conductas que favorezcan no sólo el control del SIDA, sino de otras enfermedades.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social consciente de la trascendencia de la Salud Integral de los y las adolescentes, con la ayuda de otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales del país, han diseñado el Plan Nacional de Atención Integral de los y las Adolescentes, el cual tiene como objetivo fundamental promover, proteger y mantener la salud integral de los y las adolescentes a través de acciones de promoción, prevención, educación y atención en salud que favorezcan en ellos, estilos de vida saludables (14).

Entre los temas abarcados, dentro del Plan Nacional de Atención Integral de los y las Adolescentes, en el sector salud están contemplados: 1) crecimiento y desarrollo 2) salud sexual y reproductiva 3) salud mental 4) salud buco-dental 5) prevención de mortalidad prevalente 6) estilo de vida. Para lograrlo se realizan distintas estrategias tales como: a) atención integral b) participación social c) enfoque de género d) capacitación e) cooperación técnica f) información, educación y comunicación (14). Aunque este plan trata de abarcar la salud integral de todos los adolescentes, estas acciones llevan tiempo para lograr organizarlo en todos los departamentos del país, así para lograr difundir toda la información tanto a nivel departamental como municipal, actualmente se esta capacitando a líderes juveniles en los distintos departamentos para que estos sean multiplicadores del mismo en sus comunidades.

Al estudiar detalladamente el comportamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida vemos que el grupo juvenil se constituye en población en riesgo, ya que inicialmente esta enfermedad prevalecía en personas homosexuales (8,10,15,20,22,24), para luego afectar a la población heterosexual, incluyendo adolescentes comprendidos entre 15 - 19 años, siendo de transmisión sexual el principal mecanismo de su propagación (1,5,8,9,11,20,22,24). Ante tal situación, el trabajo preventivo

se puede considerar el punto de partida, para controlar la diseminación de esta mortal enfermedad (2,8,9,16,18,25).

Por lo tanto este estudio está encaminado a contribuir con el Plan Nacional de Atención Integral de los y las Adolescentes al describir el nivel de conocimientos y creencias sobre el tema de SIDA que tienen los estudiantes de primero a tercero básico de los establecimientos educativos del casco urbano del Municipio de Palín, Escuintla, tratando de establecer el grado de relación que sobre ello puedan tener algunos factores personales, tales como la edad, sexo, religión, fuentes de información, nivel académico de los mismos, y así poder dar a conocer estadísticas locales, a las instituciones responsables de la promoción, divulgación y prevención, tanto a nivel de Salud y Educación, así como llegar a una coordinación entre dichas instituciones con el objetivo de que éstas puedan llegar a implementar un programa de Educación sexual sobre SIDA u otras enfermedades relacionadas.

Es importante resaltar que los conocimientos y creencias sobre SIDA son diferentes en cada región, por lo que investigaciones en otros lugares del país no se pueden transpolar, por ejemplo en el Municipio de Palín, en donde la población es un 80% de la etnia poqoman, por lo que se planteó necesario conocer sí:

1. ¿Existe algún grado de relación entre los conocimientos y creencias de SIDA en estudiantes de sexo femenino y de sexo masculino?
2. ¿Existe algún grado de relación entre los conocimientos y creencias de SIDA con respecto a las concepciones religiosas de los adolescentes investigados?
3. ¿Cuáles han sido las fuentes de información que han contribuido a la divulgación del tema en los adolescentes investigados?
4. ¿Existe algún grado de relación entre los conocimientos y creencias de SIDA con respecto a la edad ?

III. JUSTIFICACION

La juventud de hoy en día se encuentra influenciada por una serie de medios de comunicación, que de una u otra forma diseminan el concepto de lo que es la sexualidad en sí (7). Con respecto a ésta en la actualidad las generaciones jóvenes afrontan problemas, entre ellas: abortos, violaciones, hijos no deseados, relaciones prematrimoniales, desintegración familiar, deserción escolar, casos de enfermedades venéreas, SIDA entre otras. Constituyendo este último un peligro para la totalidad de la especie humana, de lo que se desprende la urgencia de controlar la propagación del mismo.

En Guatemala las estadísticas muestran que desde 1,984 hasta diciembre 2,000 existen 3,930 personas notificadas con SIDA, de las cuales 2,929 son de sexo masculino y 1,001 son de sexo femenino, siendo la mayoría de casos 87.91% comprendidos entre las edades de 15 - 49 años de edad y dentro del cual el grupo etáreo comprendido entre las edades de 10 a 19 años ocupa el 4 % del total de casos. La vía de transmisión sexual ocupa el 93.46% (13). Aunado a esto existen datos obtenidos de la Asociación Guatemalteca de Educación sexual en dónde se determinó, que la edad media del primer coito fue de 14.8 años en los varones y de 16.7 años en las mujeres en la capital, pudiendo asumir que a nivel rural existe la posibilidad de tener su primera relación íntima a más temprana edad (20). Siendo en otros lugares, la edad media del primer coito alrededor de los 13 años (1,15,21).

El grupo juvenil como vemos, se ha constituido como población en riesgo ante el SIDA por lo que es importante describir cuales son los conocimientos y creencias en cuanto a éste ya que existen razones para seleccionar a los jóvenes y poder llegar a trabajar con ellos; primero: la vulnerabilidad especial de los jóvenes a la epidemia, de todas las personas infectadas después de la lactancia, por lo menos la mitad son jóvenes menores de 25 años de edad (8). Otra razón es el hecho de que los países en desarrollo, dónde se concentra la epidemia, hay centenares de millones de jóvenes (2,8,19), por

lo que si fracasa la prevención G en este enorme grupo de población joven, se deberán afrontar los astronómicos costos humanos y económicos resultantes de las altas cifras de casos de SIDA en adultos (8). La última razón y más importante, el colaborar con los jóvenes es acertado porque son una fuerza para el cambio, ya que todavía se encuentran en la fase de experimentación y pueden aprender más fácilmente que los adultos a adoptar un comportamiento o unas prácticas seguras desde el principio(8).

Así finalmente, conscientes de la realidad, de que el grupo juvenil como mínimo representa el 50% de la población en riesgo de infectarse de SIDA, que Escuintla es un departamento que actualmente se encuentra registrado en cuarto lugar con personas notificadas con SIDA desde 1984 al año 2000, existiendo en este departamento factores como la prostitución, venta excesiva de bebidas alcoholicas, entre otros, que de alguna manera influye en los adolescentes y 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 identificar el conocimiento y creencias sobre SIDA de los estudiantes de nivel básico de enseñanza del Municipio de Palín, para poder colaborar en la coordinación de instituciones a nivel local tanto del campo educativo como de salud responsables de la promoción, divulgación y prevención del tema.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL

1. Identificar los conocimientos y creencias sobre SIDA que tienen los estudiantes de 1º - 3º básico de los centros educativos del Casco Urbano del Municipio de Palín.

B. ESPECIFICOS

1. Describir el nivel de conocimientos sobre SIDA en los alumnos de sexo femenino y sexo masculino.
2. Describir el nivel de creencias sobre SIDA en los alumnos de sexo femenino y sexo masculino.
3. Describir el nivel de conocimientos sobre SIDA y la religión del grupo de alumnos en estudio.
4. Describir el nivel de creencias sobre SIDA y la religión del grupo de alumnos en estudio.
5. Describir de conocimientos sobre SIDA por grupos étnicos en el grupo de alumnos en estudio.
6. Identificar las fuentes de información sobre SIDA que utilizan los alumnos en estudio.

V. REVION BIBLIOGRAFICA

A. SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

1. Historia del origen y desarrollo del SIDA:

El SIDA fue descubierto por primera vez en los Estados Unidos de Norteamérica en 1,981(2,4,10,15,24), descubrimiento que puede y que debe ser considerado como un hecho fortuito y sin el cual estaríamos hoy frente a una epidemia de expansión silenciosa que cobraría la vida a un importante número de personas (15). Aunque es posible que con anterioridad haya habido muchos casos en Africa (10,15,20), ya que se ha señalado que los habitantes de esta zona solían comer carne de 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 inicuo a un virus invasivo y agresivo (20).

Debido al desconocimiento que había sobre esta enfermedad, se produjo una reacción de rechazo, responsabilizando y marginando a unas minorías de población como homosexuales y drogadictos quienes fueron los primeros afectados (8,10,20,22,24), pero más adelante se encontraron casos de la enfermedad en personas heterosexuales (8,10,20,22,24), determinándose entonces que la vía de transmisión del virus a través de homosexuales, bisexuales, drogadictos que mantienen relaciones sexuales y comparten agujas, jeringas y transfusiones sanguíneas son los mecanismos principales (1,3,8,9,10,15,20,22,24).

En nuestro país se registró en 1,984 el primer caso de SIDA (10,20), existiendo estadísticas oficiales que informan que desde el primer caso registrado a diciembre 2,000 hay un total de 3,930 casos de personas notificadas con SIDA, y que de estos la mayor concentración (87.91%) está comprendido entre los 15 - 49 años de edad. Así mismo la vía de transmisión como primer lugar la tienen las relaciones sexuales, en segundo lugar la forma vertical y en tercer lugar las transfusiones sanguíneas (13).

Según estimaciones establecidas por la OPS en la región de América Latina y el Caribe que tienen un 8% de la población mundial, el 4.9% de ésta esta infectada (22).

2. Definición de términos:

VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
Signo	Manifestación objetiva de una enfermedad
Síntoma	Manifestación subjetiva de una alteración que sólo La persona afectada puede percibir
Síndrome	Conjunto o serie de signos y síntomas que caracterizan una enfermedad
Inmuno	Se refiere a la capacidad de defensa que tiene o que desarrolla nuestro cuerpo contra 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
Persona seropositiva a anticuerpos VIH	Toda persona cuyo suero sanguíneo da reacción positiva a la presencia de anticuerpos
Portador sano asintomático	Persona que ha sido infectada por el VIH y que no presenta signos ni síntomas de enfermedad, pero tiene el riesgo de desarrollar SIDA.
Caso de SIDA	Persona que posee el VIH en su organismo y ha desarrollado algunos de los signos y síntomas que caracterizan la enfermedad.

3. Patología y evolución de la enfermedad:

El virus de la Inmunodeficiencia Humana es el agente etiológico del síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida. El virus está clasificado en la familia *retroviridae* que característicamente posee una enzima: la *transcriptasa inversa* que le permite insertar su material genético al genoma de su célula huésped y pertenece a la familia de los lentivirus (10,15). Se distinguen dos tipos de VIH, VIH-1 y VIH-2 siendo el VIH-1 más importante debido a su potencial patogénico mayor(12,15).

El virus ataca a ciertos elementos del sistema inmunitario, principalmente macrófagos, células T colaboradoras (CD4), y sistema nervioso, conduciendo a una profunda depresión de la inmunidad natural 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 (10,15,20).

Como se ha señalado es un Retrovirus, el cual no puede replicarse o completar su ciclo fuera del cuerpo, necesita de una célula (célula huésped) a partir de la cual pueda obtener los elementos (aminoácidos y nucleótidos) necesarios para su reproducción (15), al lograr penetrar éste 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 (15,20).

El virus se encuentra en los fluidos corporales ricos en linfocitos, como: sangre, semen, secreción vaginal y en menor concentración en lágrimas, sudor, saliva, leche materna, líquido cefalorraquídeo (10,15,20).

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 mucosas, llega al torrente sanguíneo y de ahí se distribuye en todo el cuerpo (15).

Al período en el que el virus está presente, pero la prueba de anticuerpos es negativa, se le llama período de ventana y dura de 6 semanas a 6 meses (10,15), sí 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, esta etapa puede tardar de 1 - 2 semanas (15,20). Luego continúa el período de latencia que va desde el momento del contagio hasta el comienzo de las manifestaciones de alguna enfermedad relacionada con el SIDA y puede extenderse desde algunos meses hasta un máximo de 10 años (15,20).

4. Transmisión de la enfermedad:

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.

a. Vía indirecta:

Cuando el contagio por el VIH es mediante el uso de utensilios infectados por el virus (1,10,15,20,22).

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

b. Vía directa:

Contagio producido por el contacto directo con algún fluido corporal infectado, sangre, relaciones sexuales, durante el embarazo, durante el parto, leche materna (1,10,15,20). Las formas de transmisión más importantes son:

- i. 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 penetran al torrente sanguíneo. Las formas pueden ser:
 - Genital-Genital
 - Genital-Rectal
 - Oral-Genital

ii. Transmisión sanguínea: Implica el contacto directo de sangre contaminada con el virus con una persona sana, puede ser:

-Transfusiones de sangre y/o derivados: tales como hemofílicos, leucémicos, desangrados, etc., que requieran sangre y ésta no haya sido pasado por análisis para VIH.

- Parenteral: A través de jeringas y agujas que hayan sido utilizadas por personas con VIH cuyo residuo sanguíneo, por pequeño que sea, a lo que se le llama masa crítica infectante o dosis mínima contagiante (15), es suficiente para contaminar a una persona sana, tales como drogadictos que utilizan vía intravenosa, personal hospitalario y de laboratorio.

iii. Transmisión perinatal (vertical): Esta transmisión puede producirse durante el embarazo a través de la placenta o bien durante el parto. Una mujer seropositiva tiene un 20-50% de dar a luz un niño que también será portador del virus (10,20).

5. Clasificación clínica de la enfermedad:

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

- a. Portador asintomático
- b. Complejo relacionado al SIDA
- c. SIDA clásico
- d. Enfermedad neurológica por el VIH

a. 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 (15,17,20,22).

b. 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 terminar en un SIDA clásico.

Se puede mencionar: (20,22)

- *Linfadenopatía generalizada*: Indicativo de un sistema inmunitario trabajando 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 libras o del 10% del peso total sin causa aparente, aunado a pérdida drástica del apetito.

- *Sudoraciones Nocturnas*: Muy copiosas y persistentes, lo cual ayuda a deteriorarse, dado a la deshidratación y pérdida de peso que causa.

- *Diarrea*: Esta puede ser crónica, severa y sanguinolenta.

- *Trastornos Sanguíneos*: Tendencia a formar moretones y sangrados espontáneos debido a la marcada disminución de plaquetas, anemia profunda y disminución 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. Pueden ser de origen neoplásico, virales, bacterianas, por hongos y lesiones idiopáticas.

- *Retardo de la curación*: Cualquier lesión será más difícil de curar.

- *Problemas genitales externos*: Herpes virus con duración mayor de un mes, hongos en mujeres.

c. *SIDA clásico*: Es el final del Sistema Inmune, el paciente presenta características del complejo relacionado con el SIDA y desarrolla infecciones oportunistas y neoplasias (10,12,15,20). Se define con una persona con VIH con por lo menos dos signos mayores más un signo menor, en ausencia conocida de inmunosupresión.

i. Signos Mayores:

Pérdida de peso mayor del 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.

ii. Signos Menores:

Tos persistente de más de 1 mes de evolución.
Dermatitis generalizada
Herpes Zoster recurrente
Candidiasis oro faríngea
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 con SIDA.
Linfoma No Hodgking agresivo e indiferenciado
Linfoma limitado al encéfalo
Linfoma Burkitt

Existen agentes causales de infecciones oportunistas, sugestivas de inmunodeficiencia celular sin causa subyacente de ésta, entre ellos:

- Virus:

Citomegalovirus: daña principalmente el sistema nervioso central, pulmones, hígado, intestinos, vías urinarias.
Epstein-Barr virus: produce infección y ciertas clases de neoplasias.
Varicela Zoster

- Bacterias:

Micobacterium Avium Intracelulare
Micobacterium Tuberculosis; se presenta principalmente como una tuberculosis extrapulmonar.

- *Hongos:*

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

- *Parásitos:*

Pneumocystis Carini; específicamente a nivel pulmonar.

Toxoplasma Gondii

Giardia Lamblia

Entamoeba Hystolítica

d. Enfermedad neurológica por VIH: 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 (10,12,15,20).

6. Tratamiento:

Hasta el momento no existe ningún tratamiento para erradicar el SIDA, pero al mejorar los niveles de defensa del organismo, disminuyen la frecuencia e intensidad de las infecciones oportunistas (3,10,15,17,20,22). Se puede mencionar.

a. Drogas:

i. **DIDESOXINUCLEOSIDOS:** Estos son análogos especiales de los nucleósidos que tienen un azúcar y una base púrica o pirimídica. Actúan como inhibidores a nivel de la DNA Polimerasa de VIH (transcriptasa Inversa). Entre ellos encontramos:

- **Zidovudina (AZT)** : Fue la primera droga en ingresar a las pruebas clínicas. Este medicamento se recomienda casi siempre como el de primera línea para individuos con infección avanzada por el virus de inmunodeficiencia humana. A pesar que se ha demostrado con claridad que la AZT beneficia a los pacientes con infección por VIH, su uso prolongado se relaciona con numerosos efectos tóxicos. La toxicidad más común es la supresión de la médula ósea.

EL AZT EN EL EMBARAZO: El uso del AZT puede

disminuir la transmisión del VIH de una madre infectada a su lactante.

La administración de este medicamento en la gestante a partir de la 14 semana de gestación y hasta el momento del parto y durante seis semanas en el neonato ha logrado reducir la transmisión.

ii. Didanosina: Fue el segundo fármaco aprobado para el tratamiento de la infección por VIH. Se utiliza en pacientes con infección avanzada que habían recibido previamente tratamiento prolongado con AZT, que no toleran este fármaco o que presentan avance de la enfermedad durante el régimen terapéutico. Su principal efecto tóxico es la capacidad de producir pancreatitis grave o letal.

iii. Zalcitabina: El tercer medicamento aprobado para el tratamiento y constituye el más potente de los nucleósidos antirretrovirales disponibles. Se utiliza en la infección avanzada que tienen intolerancia a la AZT o que presentaron avance de la enfermedad mientras recibían AZT. Su principal efecto tóxico es la Neuropatía periférica dolorosa.

iv. Estavudina: Aprobada para pacientes con intolerancia a otros medicamentos o que presentan progresión de la enfermedad mientras lo reciben. Sus principales efectos tóxicos lo son: la neuropatía periférica dolorosa, anemia y hepatitis.

v. Lamivudina: Este medicamento induce muy pocos efectos tóxicos, pero el desarrollo de un alto grado de resistencia constituye el problema para su empleo como agente único, pues produce efectos relativamente prolongados en los marcadores subrogados (carga viral y cuenta de CD4), cuando se administra en combinación con zidovudina.

b. Inhibidores de la proteasa:

Saquinavir, Ritonavir, Indinavir: Son inhibidores

competitivos de la proteasa del VIH.

c. Inhibidores del ensamblaje y germinación viral:

Interferón alfa: Presenta actividad antihumoral contra Sarcoma de Kaposi, por lo que se utiliza en éstos pacientes.

7. Diagnóstico, manejo y consideraciones éticas:

El diagnóstico de infección por VIH se logra a través de los siguientes criterios (17,20):

a. Criterio Epidemiológico:

persona que se identifique con actividades riesgosas.

b. Criterio Clínico:

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

c. Criterio Serológico:

Se basa en la demostración del virus, sus productos o los anticuerpos que el infectado produce contra las distintas proteínas virales, se puede 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, éstos pueden dividirse en:

i. Detección del virus completo o sus proteínas:

cultivo (Retrocell, Westen Blot) y detección de AG P24.

ii. Detección de anticuerpos contra el VIH :

Elisa, aglutinación, Inmunofluorescencia, Western Blot.

iii. Detección del Genoma viral:

hibridación, sondas genéticas.

Interpretación de las pruebas:

En nuestro medio, se utilizan las pruebas de Primera Generación para 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, ante dos resultados positivos debe recurrirse a una prueba confirmatoria antes de dar el resultado al paciente (10,15,20). Las pruebas aceptadas como

Confirmatorias son el Western Blot y la Inmunofluorescencia (10,15,20), siendo el Western Blot el que se utiliza en nuestro medio (10,20) .

8. Impacto económico del VIH/SIDA:

PERSPECTIVA GLOBAL: La epidemia del VIH/SIDA en el continente americano está relativamente concentrada. Según las estimaciones del Programa conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y de la Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), la prevalencia en adultos de 15-49 años de edad en Norteamérica y América Latina es de alrededor de 0.56% y en el Caribe de 1.96% (19,22).

En 1,999, en América Latina y el Caribe hubo más del doble de nuevos casos de infección (unos 567 diarios) que de muertes por SIDA. Desde 1,995, cuando se empezó a disponer de tratamientos antirretrovíricos combinados con gran actividad, muchos países de la región han luchado por incrementar el acceso de los pacientes con VIH/SIDA a estos fármacos y a pesar de que algunos en países la ley obliga a proporcionar los tratamientos más avanzados a todos los que necesiten, todavía hay otros incapaces de proporcionar tratamiento incluso para las infecciones oportunistas más comunes, también es preocupante la posible sobre valoración del tratamiento a expensas de la continuidad de los esfuerzos preventivos (22).

Para la mayoría de los países que consideran proporcionar tratamiento para el VIH/SIDA, el principal problema radica en los costos; los antirretrovíricos son caros (US\$ 1,500-10,000 al año dependiendo de la combinación de fármacos) y a ello hay que añadir costosas pruebas diagnósticas y de monitorización del tratamiento y de la progresión de la infección (15,22). No obstante, los precios de los fármacos están disminuyendo a medida que aumentan el volumen de producción y la producción local. Además hay que tener en cuenta que el tratamiento eficaz también produce ahorros derivados de la disminución del número de hospitalizaciones, menos enfermos críticos también significan menos pérdidas por muerte, abstinencia laboral y reducción de

ingresos económicos (22).

La ayuda internacional para provisión de ARV en los países en desarrollo, tomando en cuenta los recursos tan modestos con los que actualmente cuenta, seguramente se dirigirá a tratamientos para prevenir la transmisión vertical en los países de menor desarrollo económico, principalmente del África Subshariana³). En América Latina se debe hacer un esfuerzo para que Honduras, Nicaragua, República Dominicana, Bolivia, Guatemala y El Salvador puedan acceder a mayores recursos de este tipo, ya que sus frágiles economías y sus presupuestos de salud se podrían ver seriamente afectados si sus gobiernos intentaran suministrar estos tratamientos con recursos propios (3).

Ya sea con préstamos o donativos, el reto inmediato es que los programas preventivos sean realmente eficaces y esto sólo se podrá lograr tomando en cuenta que la epidemia en la región es básicamente de transmisión sexual y que para realizar cambios de conducta en materia de sexualidad se requiere dejar a un lado percepciones morales y religiosas que impidan que las personas que están en mayor riesgo accedan al conocimiento e información que les permita evitar prácticas que pongan en peligro su salud y la de los demás (3).

9. Prevención de la enfermedad:

Al inicio se habló de tener en cuenta a los grupos de riesgo, sin embargo esto perdió validez al evidenciarse que prácticamente cualquier persona puede adquirir el virus (15) y que por lo tanto las medidas preventivas deberán ser adoptadas por hombres y mujeres en general (6,20).

Los jóvenes tienen derecho a la información y a la educación (4,8), que afectan a su salud.

En una evaluación de programa de todo el mundo efectuada por la OMS y que el ONUSIDA actualizó recientemente, se puso de manifiesto que la educación sexual no conduce a una actividad sexual más temprana o mayor, contrariamente a lo que muchos padres temían, concluyendo así: **a)** que las aptitudes para la vida necesarias para un comportamiento responsable y seguro se pueden aprender. **b)**

que los programas educativos de buena calidad contribuyen a aplazar el inicio de las relaciones sexuales y a proteger a los jóvenes sexualmente activos contra el VIH, las ETS y el embarazo (8).

La prevención en la juventud es necesaria ya que en conjunto, los jóvenes constituyen como mínimo el 50% de todas las personas que se infectan después de la lactancia (8). Existen razones concretas por las que los jóvenes están especialmente expuestos a la infección por el virus que principalmente se transmite por vía sexual (1,5,6,8,9,10,20,22,24). Una de ellas es el hecho de que la adolescencia y la juventud son períodos de descubrimiento, de sentimientos incipientes y de exploración de nuevos comportamientos y relaciones (8).

La actividad sexual, una parte importante de estos períodos, pueden conllevar riesgos y lo mismo puede decirse para la experimentación con las drogas lícitas e ilícitas. Al mismo tiempo, los jóvenes reciben mensajes contradictorios, se ven confrontados con modelos que fomentan por un lado la virginidad en las jovencitas y por otro lado un comportamiento sexual precoz en los muchachos (8).

Con respecto a las creencias y mitos comunes, se puede decir que las personas aprenden sobre sexo a través de una diversidad de fuentes tales como: la familia, los amigos, la iglesia, la escuela, la clínica, libros, películas, medios de comunicación (8,9). Por lo tanto obtienen una mezcla de información precisa e imprecisa. Para agravar el problema, a menudo se les niega a los jóvenes en nombre de la moralidad, la cultura o religión, el derecho a la educación sobre los riesgos que tienen para la salud y el comportamiento sexual y otros comportamientos de riesgo, así como al acceso a importantes medios y servicios para protegerse (8,9,16).

Lo expuesto nos alerta acerca de la gran responsabilidad de la sociedad, la escuela y la familia en la preparación de los niños, adolescentes y jóvenes (2,16,18,25). La función educativa de la familia como célula básica de la sociedad debe ser cumplida ante todo, a través del ejemplo positivo de los padres, cuya participación en la sociedad significa el mejor comportamiento para los hijos ante la vida (8,18). La escuela puede contribuir a la orientación a través de: **a)** sistematizar

en la formación del personal docente la modelación y ejecución de actividades de orientación a la familia. **b)** superar al personal docente en temas de orientación pedagógica a la familia a través de actividades que conlleven a la reflexión. **c)** incluir en las escuelas de educación aspectos referentes al amor, relaciones de parejas y responsabilidad en la constitución de la familia (18).

Con respecto a las pautas preventivas planteadas están las siguientes:

- a. Información sobre VIH/SIDA
- b. Tener prácticas sexuales que no impliquen riesgo de contagio, es decir sin intercambio de secreciones corporales (sexo seguro), entre ellos:
 - i. no compartir o rehusar juguetes sexuales sin tomar precauciones de contacto con secreciones.
 - ii. Mantener relaciones sexuales sólo con su pareja (fidelidad).
 - iii. No tener relaciones sexuales casuales de cualquier tipo (homosexual, heterosexual, bisexuales) sin protección.
 - iv. No tener relaciones heterosexuales sin protección, principalmente con mujeres menstruando.
 - v. No hacer sexo oral a una mujer que pueda tener trazas de sangre provenientes de la mucosa vulvar o vaginal o bien de menstruación.
- c. No ejercer prostitución sin protección.
- d. 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.
- e. Usar correctamente el preservativo.
- f. No compartir ni rehusar sin esterilizar equipos usados para elaborar tatuajes, agujeros para usar aretes,

acupuntura, trabajos y/o cirugías dentales o cualquier otro que puncione la piel.

g. No recibir transfusiones sanguíneas no analizadas para contaminación de VIH.

h. Apegarse a las medidas y normas universales para la prevención del VIH/SIDA si se trabaja en el campo de la salud, salud oral, laboratorios y bancos de sangre.

i. Informar a las personas infectadas con el virus sobre el riesgo de infectar a los hijos que deseen procrear.

En síntesis se puede enmarcar una campaña de prevención en los siguientes pasos (1,8,9,12,15,20,23):

INFORMACIÓN: Es deseo de la gente y necesidad del salubrista informar sobre la enfermedad y hacer comprender que éste es un problema de todos y todas las personas.

CAMBIO DE ACTITUD: Pretendiendo hacer que las personas comprendan que la *única* manera de combatir la enfermedad es una actitud diferente al problema, con una participación, promoviendo una mayor responsabilidad individual.

CAMBIO DE PRACTICAS: Proceso que requiere tiempo y mucho esfuerzo en conjunto, para lograr cambios en las prácticas sexuales, para ello se necesita de valor y conocimientos para hablar del comportamiento sexual abiertamente, del ejercicio responsable de la sexualidad y prácticas de sexo seguro, sin olvidar el contexto social, cultural y religioso en el que nos movemos.

10. Importancia de los derechos humanos en la era del SIDA:

Como los adultos mayores de 25 años, todos los jóvenes del mundo independientemente de su religión, raza, orientación sexual o capacidad mental y física, tienen derecho a la información, a las aptitudes para la vida, derechos como seres humanos sexuales (8,11,14):

a. El derecho a ser uno mismo: Libre de tomar sus propias decisiones de expresarse, de disfrutar del sexo, de ser seguro (a), de decidir casarse o no casarse y de planificar una familia.

b. El derecho a saber: sobre el sexo, sobre los anticonceptivos, sobre las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el SIDA y sobre sus derechos.

c. El derecho a protegerse de si mismo (a) y a ser protegido (a): de un embarazo no deseado, de las ETS del SIDA y del abuso sexual.

d. El derecho a recibir: asistencia sanitaria, que sea confidencial, de buena calidad, accesible para todos, ser tratado con respeto.

e. El derecho a ser responsable: de sus propias acciones y de las que afectan a los demás.

f. El derecho a participar: en la planificación de programas con y para jóvenes, asistir a reuniones, seminarios, etc.,

g. El derecho a crecer: en un entorno propicio, con el sólido respaldo de la atención que reciben de los adultos en la familia, la escuela, la comunidad.

h. El derecho a la educación: de los conocimientos prácticos, al empleo, a la salud, a la confidencialidad y a la protección contra la discriminación, incluida la discriminación por razón del estado serológico con respecto al VIH, de las prácticas sexuales, del sexo y de la edad.

VI. MATERIAL Y METODOS

A. METODOLOGIA

1. Tipo de estudio:

Observacional - Descriptivo.

2. Selección del Sujeto de Estudio:

Alumnos de 1º- 3º básico de los Centros Educativos del Casco Urbano del Municipio de Palín, Escuintla.

3. Tamaño de la Muestra:

Se realizó un muestreo estratificado en los diferentes centros educativos del Municipio de Palín (Colegio Evangélico Bethania, Colegio San Carlos, Instituto por Cooperativa INPAL, Colegio Bilingüe Qawinaqel, Colegio Panamericano, Liceo Inglés San José, Colegio católico de la Parroquia), luego se aplicó la fórmula del Muestreo Aleatorio Simple a los alumnos de nivel básico de los Centros Educativos del Municipio de Palín, Escuintla. Tal muestra consta de 286 alumnos de nivel básico, correspondiendo a 27% del universo, siendo 50% de sexo femenino y 50% de sexo masculino de un universo de 1,023 alumnos.

Fórmula del Muestreo Aleatorio Simple:

$$n = \frac{N \cdot P \cdot Q}{(N-1) \cdot \frac{LE}{4} + PQ}$$

N= población (1,023)

n= muestra

P= frecuencia del fenómeno (0.55)

Q= 1-P (0.45)

LE= límite de error de estimación (0.05)

4. Criterios de Inclusión y Exclusión de la Muestra:

a. Inclusión:

Alumnos inscritos de 1º - 3º básico en los Centros Educativos del Casco Urbano del Municipio de Palín, Escuintla.

b. Exclusión:

Alumnos inscritos de 1º- 3º básico en los Centros Educativos del Area Rural del Municipio de Palín.

5. Variables:

variable	Definición	Definición Operacional	Escala de Medición	Unidad de medida	Procedimiento
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento, hasta la fecha actual.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha del estudio de SIDA de los estudiantes.	Intervalo	10 – 13 años 14 – 16 años 17 – 19 años	Seleccionarlo en el cuestionario
Sexo	Conjunto de características anatómicas y fisiológicas que distinguen a los individuos en masculino y femeninos.	Diferencia anatómica y fisiológica que distingue a los adolescentes en femenino y masculino que estudian en el casco urbano de Palín	Nominal	Hombre y mujer	Seleccionarlo en el cuestionario
Fuente de información	Ente que proporciona datos y conocimientos en forma sistemática y educativa	Ente que proporciona información sobre SIDA a estudiantes adolescentes del casco urbano de Palín	Nominal	a. Medios de comunicación. b. Amigos, familiares, padres. c. líderes religiosos/educativos.	Seleccionarla del cuestionario.
Religión	Conjunto de creencias, dogmas o mitos acerca de la divinidad y las prácticas virtuales para darle culto	Conjunto de creencias y mitos sobre la divinidad para rendirle culto y que influya sobre los conocimientos y creencias sobre el SIDA que tienen los estudiantes adolescentes del casco urbano de Palín	Nominal	Católico, Evangélico, mormón Otras	Seleccionarla del cuestionario
Conocimiento	Aquello que se dice con seguridad, que corresponde a la realidad	Noción, información sobre SIDA que tienen los estudiantes adolescentes del casco urbano de Palín	Nominal	Excelente: 76 - 100 pts. Bueno: 51 - 75 pts. Regular: 26 - 50 pts. Deficiente: 00 - 25 pts.	Seleccionarlos en el cuestionario. Entrevista no estructurada a los catedráticos de los alumnos en estudio
Creencia	Conformidad asentamiento firme con alguna cosa	Conocimiento culturalmente adquirido por los estudiantes adolescentes del casco urbano de Palín través de sus antepasados	Nominal	Positiva y negativa	Seleccionarlas en el cuestionario. Entrevista no estructurada a líderes religiosos

6. Ejecución de la investigación:

- a. Selección del tema
- b. Elección de Asesor y Revisor
- c. Recopilación de material bibliográfico
- d. Aprobación del proyecto por la Coordinación de Tesis
- e. Elaboración del protocolo de investigación con apoyo del asesor y revisor
- f. Aprobación del protocolo por la Supervisión Educativa correspondiente
- g. Ejecución del trabajo de campo: (Luego de aprobado el cuestionario, se reprodujo 286 copias del mismo, luego se visitó los establecimientos, se habló con el director de cada establecimiento para realizarles la prueba a los estudiantes tomados al azar.
- h. Procesamiento de datos, elaboración de cuadros y gráficas respectivas
- i. Análisis y discusión de resultados
- j. Elaboración de conclusiones y recomendaciones
- k. Corrección a informe final
- l. Aprobación del informe final por Unidad de Tesis
- m. Trámites administrativos e impresión de tesis
- n. Examen público

7. Forma de presentación y análisis estadístico:

Se realizó una descripción, en base a los datos obtenidos del cuestionario.

Los conocimientos se evaluaron como; excelentes, buenos regulares o deficientes, según la siguiente tabla:

76 – 100	puntos	Excelentes
51 -- 75	puntos	Buenos
26 -- 50	puntos	Regulares
00 -- 25	puntos	Deficientes

De la pregunta # 1 – 10 con un valor de 10 puntos cada una.

Las creencias se evaluaron como positivas o negativas.

Comprendidas de la pregunta # 11 – 17.

La fuente de información se evaluó en la pregunta # 18

8. Consideraciones éticas del estudio:

Se le informó a cada uno de los estudiantes sobre el tipo de investigación que se realiza y sobre la forma en que ellos pueden colaborar, brindando los datos fidedignos libremente, asegurándoles que toda la información que ellos proporcionen será profesional y confidencial, utilizada dentro del estudio autorizado.

B. RECURSOS:

1. Materiales:

a. Económicos

Transporte público
Reproducción del instrumento de recolección de datos
Material y equipo de oficina
Imprevistos

b. Físicos

Medio de transporte
Carta de autorización y presentación a los Centros Educativos del Municipio de Palín
Instrumento de recolección de datos
Material de escritorio
Computadora
Impresora
Biblioteca Facultad de Ciencias Médicas
Biblioteca Central USAC
OPS/OMS
USAID - GUATEMALA
Programa Nacional de Control y Prevención del SIDA
Dirección General de Servicios de Salud

2. Humanos:

Alumnos de nivel básico de los Centros Educativos del casco urbano del Municipio de Palín, Escuintla.
Directores de los Centros Educativos del Nivel Básico del Municipio de Palín.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE SIDA

CUADRO 1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO DE LA MUESTRA DE ESTUDIANTES ENCUESTADOS CENTROS EDUCATIVOS DEL CASCO URBANO, MUNICIPIO DE PALIN, ESCUINTLA. MAYO-JUNIO 2001

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	143	50%
Femenino	143	50%
Total	286	100%

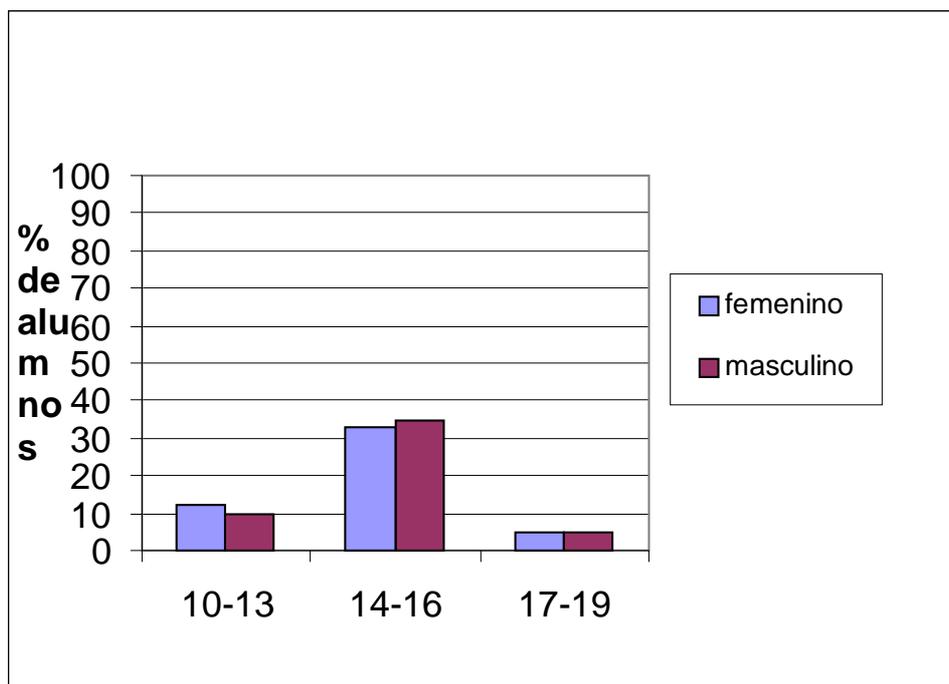
Fuente: Elaboración personal con base en resultados de aplicación del cuestionario de recolección de datos.

Este cuadro muestra la población estudiantil investigada, distribuida por sexos, la decisión de incluir un 50% de alumnos de cada sexo es con el objetivo de analizar los conocimientos y creencias sobre SIDA según la perspectiva de cada sexo.

CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE SIDA

GRAFICA 1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO ETAREO DE LA MUESTRA DE ESTUDIANTES ENCUESTADOS. CENTROS EDUCATIVOS DEL CASCO URBANO, MUNICIPIO DE PALIN, ESCUINTLA. MAYO-JUNIO 2001



Fuente: Elaboración personal con base en resultados de aplicación del cuestionario de recolección de datos.

En esta gráfica observamos que el grupo etáreo predominante es el de 14-16 años que corresponde a 69% del total, esto es importante porque es el grupo etáreo de mayor riesgo por lo que deben tener un excelente nivel de conocimientos sobre el tema, ya que según la bibliografía revisada la edad de inicio de la actividad sexual en Guatemala esta alrededor de los 14 años para los hombres y 16 en las mujeres. Seguido por el grupo de 10 – 13 años con un 23% del total y con 8% del total, está el grupo de 17 – 19 años de edad.

CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE SIDA

CUADRO 2

DISTRIBUCIÓN SEGÚN RELIGIÓN Y SEXO DE LA MUESTRA DE ESTUDIANTES ENCUESTADOS CENTROS EDUCATIVOS DEL CASCO URBANO, MUNICIPIO DE PALIN, ESCUINTLA. MAYO-JUNIO 2001

religión	femenino	masculino	total	%
católica	102	105	207	72
evangélica	36	31	67	23
mormona	3	1	4	1.65
otras	0	1	1	0.35
no respondió	2	5	7	3
Total	143	143	286	100

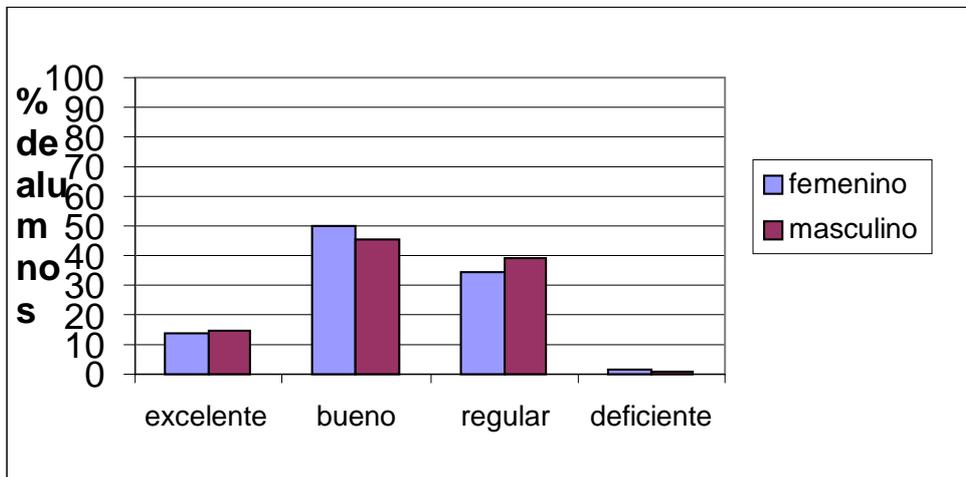
Fuente: Elaboración personal con base en resultados de aplicación del cuestionario de recolección de datos.

En este cuadro se muestra la distribución de alumnos por religión, encontrando que los católicos representan un 72 % del total y los evangélicos un 23 %, estando casi el total que corresponde al 95% entre estas dos religiones, lo cual se correlaciona con los resultados estadísticos a nivel nacional. En menor porcentaje se encuentra la religión mormona, se encontró en otras religiones un estudiante adventista, y 3% de la población estudiada no respondió.

CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE SIDA

GRAFICA 2

DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO Y CONOCIMIENTOS SOBRE SIDA DE LA MUESTRA DE ESTUDIANTES ENCUESTADOS CENTROS EDUCATIVOS DEL CASCO URBANO, MUNICIPIO DE PALIN, ESCUINTLA. MAYO-JUNIO 2001



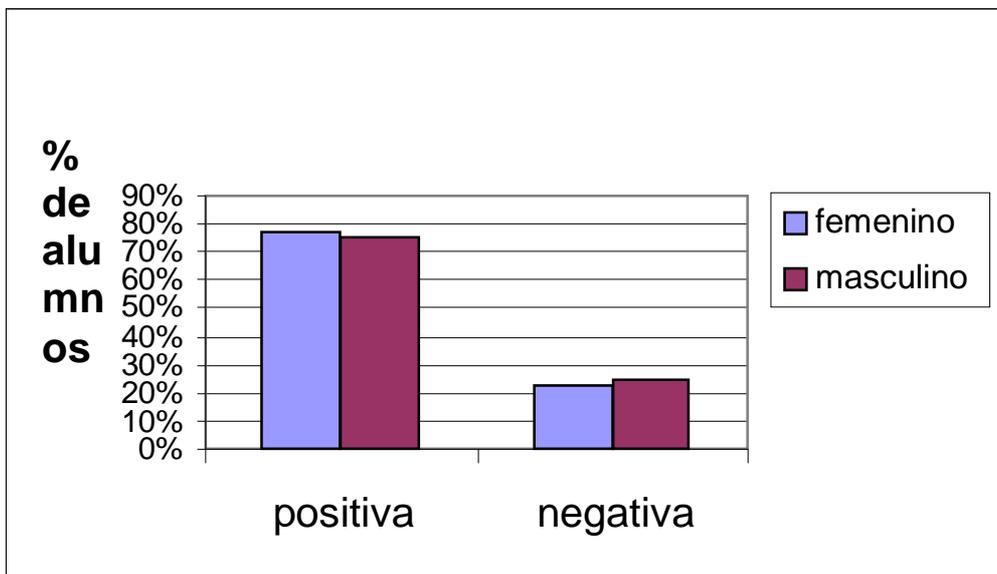
Fuente: Elaboración personal con base en resultados de aplicación del cuestionario de recolección de datos.

Esta constituye la gráfica más importante de la presente investigación porque nos muestra el nivel de conocimientos de los estudiantes sobre el SIDA. Los hallazgos fueron: el 1% de resultados deficientes, 37 % de regulares, 48 % de buenos y 14 % de excelentes, de lo anterior se desprende el hecho de que el 62 % de todos los estudiantes tienen una base de conocimientos adecuados para poder implementar actitudes en prevención del SIDA.

CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE SIDA

GRAFICA 3

DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO Y CREENCIAS SOBRE SIDA DE LA MUESTRA DE ESTUDIANTES ENCUESTADOS CENTROS EDUCATIVOS DEL CASCO URBANO, MUNICIPIO DE PALIN, ESCUINTLA. MAYO-JUNIO 2001



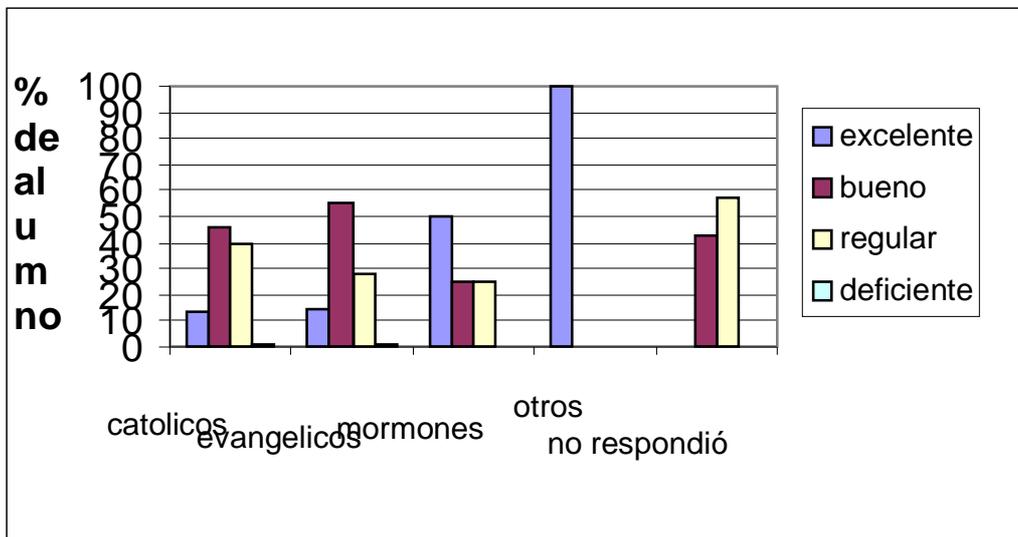
Fuente: Elaboración personal con base en resultados de aplicación del cuestionario de recolección de datos.

En esta gráfica podemos observar las respuestas positivas y negativas a cada una de las preguntas realizadas (preguntas de la 11 a la 17 del cuestionario). Las creencias positivas y negativas NO difieren en ambos sexos teniendo los dos un 77 y 75 % de creencias positivas frente a la enfermedad lo cual se considera satisfactorio. Entre las creencias positivas ambos sexos creen que existe el contagio de la enfermedad, sin señal de la misma, que el utilizar preservativo en todas las relaciones sexuales ayuda a prevenir el SIDA, que es una necesidad real informar sobre SIDA a los alumnos de primaria entre otras.

CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE SIDA

GRAFICA 4

DISTRIBUCIÓN SEGÚN RELIGIÓN Y CONOCIMIENTOS SOBRE SIDA DE LA MUESTRA DE ESTUDIANTES ENCUESTADOS CENTROS EDUCATIVOS DEL CASCO URBANO, MUNICIPIO DE PALIN, ESCUINTLA. MAYO-JUNIO 2001



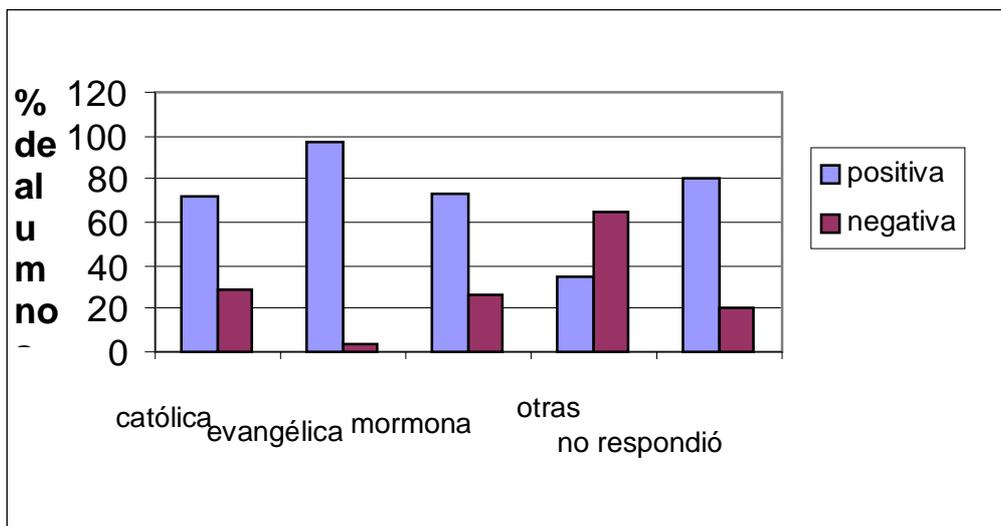
Fuente: Elaboración personal con base en resultados de aplicación del cuestionario de recolección de datos.

Al tratar de establecer la relación que pudiera existir entre el nivel de conocimientos y las concepciones religiosas de los estudiantes, se puede observar que no hay factores religiosos determinantes en el nivel de conocimientos sobre el tema. A pesar de que la iglesia hace reflexión sobre el valor de la abstinencia sexual antes del matrimonio y la fidelidad durante el mismo.

CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE SIDA

GRAFICA 5

DISTRIBUCIÓN SEGÚN RELIGIÓN Y CREENCIAS SOBRE SIDA DE LA MUESTRA DE ESTUDIANTES ENCUESTADOS CENTROS EDUCATIVOS DEL CASCO URBANO, MUNICIPIO DE PALIN, ESCUINTLA. MAYO – JUNIO 2001



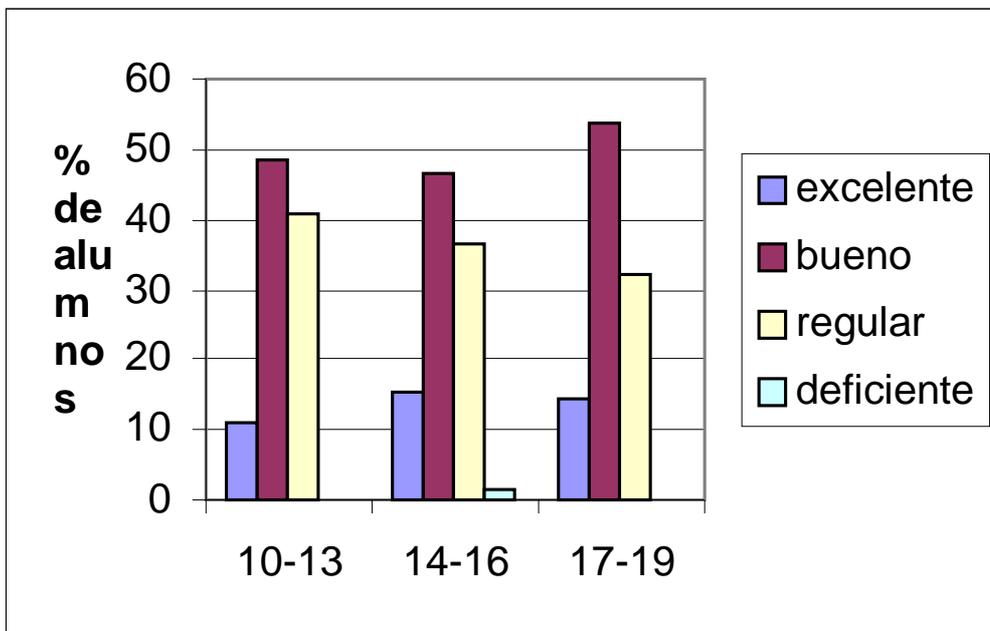
Fuente: Elaboración personal con base en resultados de aplicación del cuestionario de recolección de datos.

En esta gráfica se trata de establecer el nivel de creencias positivas y negativas con respecto a las concepciones religiosas del grupo en estudio. Se observa que el grupo evangélico tiene un mayor porcentaje de creencias positivas y un menor porcentaje de creencias negativas en cuanto al SIDA, con respecto a los alumnos católicos, por lo que podemos inferir que la concepción religiosa influye como factor determinante en las creencias que estos alumnos tienen en cuanto a la enfermedad. Entre las creencias positivas se puede mencionar que este grupo cree que es una necesidad real informar sobre SIDA a los alumnos de primaria, que no corre riesgo de infectarse al recibir clases de un maestro infectado de SIDA, que es suficiente una sola relación sexual para infectarse, entre otras.

CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE SIDA

GRAFICA 6

DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO ETÁREO Y CONOCIMIENTOS SOBRE SIDA DE LA MUESTRA DE ESTUDIANTES ENCUESTADOS CENTROS EDUCATIVOS DEL CASCO URBANO, MUNICIPIO DE PALIN, ESCUINTLA. MAYO-JUNIO 2001



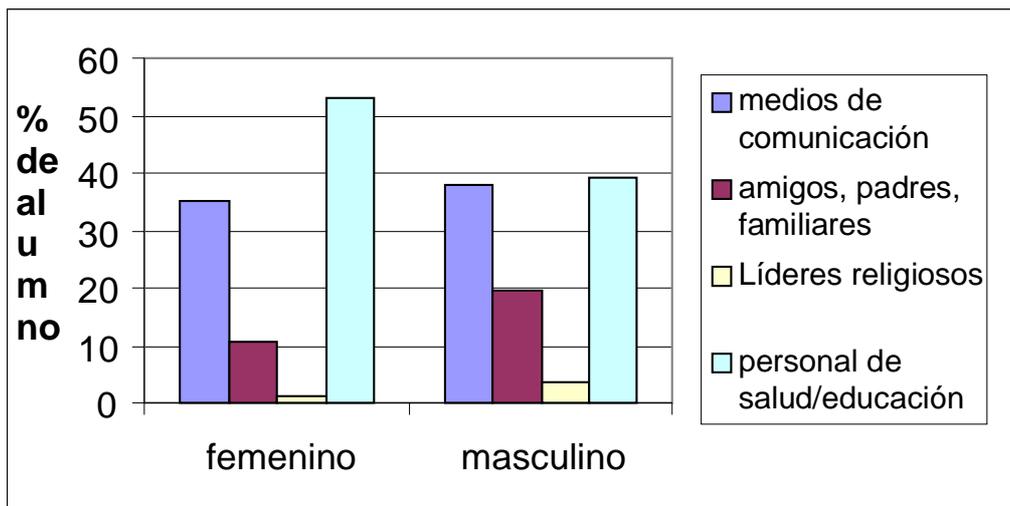
Fuente: Elaboración personal con base en resultados de aplicación del cuestionario de recolección de datos.

Al relacionar el nivel de conocimientos y la edad de los alumnos notamos que la mayor población está comprendida en el grupo de los 14 – 16 años, sin embargo en los 3 grupos etáreos seleccionados los estudiantes tienen conocimientos similares en cada uno de los parámetros evaluados, por lo que se evidencia que no existe relación entre la edad y el nivel de conocimientos sobre SIDA.

CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE SIDA

GRAFICA 7

DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO Y FUENTE DE INFORMACIÓN DE LA MUESTRA DE ESTUDIANTES ENCUESTADOS CENTROS EDUCATIVOS DEL CASCO URBANO, MUNICIPIO DE PALIN, ESCUINTLA. MAYO-JUNIO 2001



Fuente: Elaboración personal con base en resultados de aplicación del cuestionario de recolección de datos.

En cuanto a la fuente de información de la cual los alumnos obtuvieron los conocimientos evaluados, se pudo observar que: El personal de Salud y de Educación constituyen el 46% del total de la fuente de información, el segundo lugar lo ocupan los medios de comunicación con un 37%, seguido por los padres y familiares con un 15% , así también se menciona que los líderes religiosos han contribuido con información en un 2%

VIII. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH), causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se disemina rápidamente infectando a millones de seres humanos que probablemente tendrán una muerte prematura. Para prevenir su trasmisión explosiva, los programas de educación que explican las formas de trasmisión son un arma fundamental en esta lucha. Los líderes de toda índole (padres de familia, líderes religiosos, maestros) juegan un papel importante, ante el grupo juvenil que es la población que tiene un mayor riesgo, de ahí que el acumulo de conocimientos y creencias sobre SIDA es determinante ya que con una buena información, ellos comprenderán que es un problema de todos y todas las personas y esto llevará a un cambio de actitud, que la única manera de combatir la enfermedad es una responsabilidad individual y ello conllevará en un proceso que requiera tiempo, esfuerzo en conjunto para lograr cambios en las prácticas sexuales, por lo que se necesita de valor y conocimientos para hablar del comportamiento sexual abiertamente, del ejercicio responsable de la sexualidad y prácticas de sexo seguro, sin olvidar el contexto social, cultural y religioso en el que nos movemos (1,8,9,12,15, 20,23).

Así se puede mencionar que:

a) SIDA Y RELIGIÓN EN LOS ESTUDIANTES INVESTIGADOS:

Al inicio de la investigación se planteó si existe algún grado de relación entre los Conocimientos y Creencias sobre SIDA con respecto a la religión, obteniendo en los resultados que entre el nivel de Conocimientos sobre SIDA y las concepciones religiosas de los estudiantes no hay factores religiosos determinantes en cuanto a esta relación, a pesar que la iglesia hace reflexión sobre el valor de la abstinencia sexual antes del matrimonio y la fidelidad durante el mismo, ¿que está pasando con el grupo estudiado?, ¿la religión no influye porque los jóvenes no asisten a la

iglesia a menudo? o es otra opción que según la literatura, el grupo juvenil y la población en general con respecto a creencias y mitos comunes aprende sobre sexo a través de diversas fuentes y a menudo se les niega en nombre de la moralidad, cultura o religión el derecho a la educación sobre los riesgos que tienen para la salud y el comportamiento sexual, así como el acceso a importantes medios y servicios para protegerse (8,9,16). Por lo que es importante estudiar en un futuro este factor en cuanto a religión y conocimientos sobre SIDA .

Pero al relacionar las concepciones religiosas y el nivel de Creencias sobre SIDA, se observó que el grupo evangélico tiene un mayor porcentaje de creencias positivas en cuanto al grupo católico, por lo que se puede inferir que la concepción religiosa influye como factor determinante en las creencias que estos alumnos tienen con respecto a la enfermedad. Esto es preocupante ya que de toda la población estudiantil estudiada el 72% es de religión católica. De lo anterior es importante mencionar que a nivel Nacional al tratar de implementar en un tiempo anterior el Plan de Salud Reproductiva, la iglesia católica se oponía a tal proyecto por distintas razones, que en este momento no se pretende estudiar, por lo que el hablar de sexualidad en distintas comunidades repercute por la misma conducta de la iglesia, aunque en el caso de Palín, se cree que este tema tomará otro rumbo ya que actualmente la iglesia católica cuenta con un colegio en el cual el sacerdote permite que los alumnos reciban pláticas sobre distintos temas de sexualidad, mientras que la iglesia evangélica ha tomado la conducta de enseñar a sus grupos juveniles temas sobre sexualidad desde hace algún tiempo atrás, influyendo de esta manera en este estudio las concepciones religiosas.

b) SIDA Y FUENTE DE INFORMACIÓN EN LOS ESTUDIANTES INVESTIGADOS:

En el planteamiento del problema, se hace la

pregunta ¿cuales han sido las fuentes de información que han contribuido a la divulgación del tema?. De la educación y la información sobre SIDA : las acciones de promoción, educación, e información para la salud en la prevención de ITS/VIH/SIDA, a la población guatemalteca, estarán bajo la coordinación y supervisión del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través del Programa Nacional del SIDA (PNS) y del Ministerio de Educación (11). Así también el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por medio del PNS, realizará con la Oficina de Radio y Comunicación Nacional del Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda, programas orientados a la difusión de información seleccionada para prevenir las infecciones de transmisión Sexual ITS/VIH/SIDA, coordinando con los medios escritos, radiales y televisados a que tenga acceso oficialmente, de acuerdo a los diferentes idiomas predominantes de cada región (11).

En cuanto a la fuente de información de la cual los estudiantes obtuvieron los conocimientos evaluados se pudo observar que: tanto el personal de salud como el personal de educación constituyen el 46% de la fuente de información que más ha contribuido a la obtención de conocimientos en el grupo de alumnos en estudio, en este dato hay que hacer una pausa, ¿será que en el momento de la investigación habrá influido que la misma se realizó dentro de establecimientos?. El segundo lugar lo ocupan los medios de comunicación con un 37%, pero que tipo de información han recibido y porque medios, ya que actualmente en nuestro medio están muy de moda las películas y videos pornográficos, en las cuales en ningún momento se enseña sobre el sexo seguro, la música que insta al sexo.

Así también, con los líderes religiosos se observa que han contribuido poco en la educación sobre el SIDA ya que sólo el 2% de los alumnos los menciona como fuente de información, y como se mencionó anteriormente existen diversas ocasiones en las cuales se les niega a los jóvenes el derecho a la educación

sobre riesgos que tienen para la salud y el comportamiento sexual, así como a servicios para protegerse (8,9,16). Se puede mencionar que los líderes evangélicos no han influido con respecto a los conocimientos sobre SIDA pero sí en cuanto a las creencias positivas.

Observamos que sólo el 15% de la población estudiada menciona que la fuente de información que más ha contribuido a sus conocimientos son sus padres y familiares, reflejando este dato que aún existe en nuestro medio el tabú de hablar sobre sexualidad en el seno familiar y muchas veces cuando se habla, se fomenta un comportamiento sexual precoz, sin seguridad en los adolescentes y jóvenes, exponiendo así a sus propios hijos al riesgo de infectarse de una enfermedad mortal, ya que hasta el día de hoy no existe tratamiento curativo.

En una evaluación de programa de todo el mundo efectuada por la OMS y que ONUSIDA actualizó recientemente, se puso de manifiesto que la educación sexual NO conduce a una actividad más temprana o mayor, contrariamente a lo que muchos padres temían, concluyendo así: **1)** que las aptitudes para la vida necesarias para un comportamiento responsable y seguro se pueden aprender. **2)** que los programas educativos de buena calidad contribuyen a aplazar el inicio de las relaciones sexuales y a proteger a los jóvenes sexualmente activos contra VIH, ETS, y el embarazo (8).

Es necesario estar actualizando y reforzando temas sobre sexualidad, ETS, SIDA ya que como se menciona anteriormente existe diversidad de fuentes de información tales como: la familia, amigos, iglesia, escuela, clínica, libros, películas, medios de comunicación, obteniendo la población una mezcla de información precisa e imprecisa (8,9).

c) CONOCIMIENTOS SOBRE SIDA Y EDAD EN LOS ESTUDIANTES INVESTIGADOS:

En el planteamiento del problema se pregunta si existe relación en cuanto a conocimientos sobre SIDA y

la edad de los alumnos evaluados, sin embargo en los resultados se observa que los 3 grupos etáreos estudiados tienen conocimientos similares en cada uno de los parámetros evaluados, por lo que es positivo constatar que los alumnos del grupo de 10 a 13 años tengan un buen nivel de conocimientos porque están en una edad en la cual cada día van a ir adquiriendo nuevos conocimientos sobre el tema, pero se hace necesario informarles y reforzarles sobre SIDA ya que también entran en el período de diversos descubrimientos y aquí en Guatemala en la edad del primer coito, colocando su vida en riesgo de infectarse (20).

Pero también es importante que se realicen otros estudios a nivel primaria, ya que en el nivel básico es poca la población estudiantil comprendida en esta edad, la literatura menciona que es gran responsabilidad de la sociedad, la escuela y la familia la preparación de los niños, adolescentes y jóvenes (2,16,18,25).

Sólo el 14% de los alumnos tiene conocimientos excelentes, pero ¿que hay del resto del grupo estudiado?, es un grupo que esta en riesgo, ya que según la literatura la infección por el virus se trasmite principalmente por vía sexual (1,5,6,8,9,10,20,22), la adolescencia y la juventud son períodos de descubrimiento, de sentimientos incipientes y de exploración, de nuevos comportamientos, la actividad sexual una parte importante de estos períodos pueden conllevar a riesgos de infectarse ya que aquí en Guatemala se estima que el inicio de la primera relación sexual en los varones es alrededor de los 14 años y a los 16 años en las mujeres en la capital, especulando que es a menor edad en el área rural (20), siendo en otros lugares del mundo la edad media a los 13 años (1,15,21) y lo mismo se puede decir por la experimentación con las drogas lícitas e ilícitas (8).

Es importante mencionar que el 97% de los alumnos sabe cual es la vía de transmisión del SIDA, lo cual puede ayudarlos a evitar tomar actitudes y conductas en las cuales puedan contraer la enfermedad.

Solo el 9% reconoce como población

potencialmente susceptible a contraer SIDA a cualquier persona, lo que muestra la necesidad de actualizar y concientizar sobre el comportamiento de la enfermedad, al no poder hablar de grupos en riesgo, sino de “conductas de riesgo”, que abarcan a toda la población, principalmente a los adolescentes por ser un grupo potencialmente en riesgo .

En cuanto al tratamiento es importante saber que el 81% de la población estudiada sabe que no existe tratamiento curativo hasta el día de hoy, mientras que existe 2% que respondió que es completamente curable, 4% respondió que se puede prevenir con vacuna y el 1% refiere que las medicinas vegetales son efectivas, aunado a esto, el 12% refiere no saber sobre el tratamiento. El hecho que el 81 % de los estudiantes conozcan que el SIDA es incurable hasta el momento es de suma importancia, ya que esto ejerce un efecto disuasivo sobre la práctica de relaciones sexuales riesgosas. Pero existe un 19% de la población juvenil que no sabe del tratamiento incurable del SIDA por lo que se hace necesario difundir y reforzar la información a los adolescentes.

La escuela puede contribuir a la orientación a través de: a) sistematizar en la formación del personal docente la modelación y ejecución de orientación a la familia. b) superar al personal docente en temas de orientación pedagógica a la familia a través de actividades que conlleven a la reflexión. c) incluir en las escuelas de educación aspectos referentes al amor, relaciones de parejas y responsabilidad en la constitución de la familia (18).

IX. CONCLUSIONES

1. No existe diferencia en cuanto al nivel de conocimientos sobre SIDA entre estudiantes de sexo masculino y femenino.
2. No existe diferencia sobre las creencias positivas y negativas entre el sexo masculino y femenino.
3. Las concepciones religiosas no constituyen un factor determinante en cuanto al nivel de conocimientos sobre SIDA en la población estudiada.
4. La concepción religiosa influye en cuanto a las creencias positivas y negativas en relación al SIDA, teniendo el grupo evangélico creencias más adecuadas que los otros grupos.
5. La edad no constituye una ventaja en relación al nivel de conocimientos sobre SIDA.
6. Se identificó que el personal de Salud y de Educación son mencionados en primer lugar como fuente de información en los alumnos encuestados, seguido por los medios de comunicación, familiares, líderes religiosos.

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 nuestro país.
2. Fortalecer y orientar sobre SIDA, promoviendo la capacitación actualizada y sistemática a potenciales multiplicadores, incluyendo al gremio magisterial, líderes religiosos, considerando no únicamente el acumulo de conocimientos, sino también las técnicas pedagógicas para desarrollar este tema con los estudiantes, con la ayuda de las entidades dedicadas al trabajo del SIDA, como lo es el Plan Nacional de Prevención del SIDA el cual brinda la ayuda de capacitación a quien la solicita.
3. Fortalecer la coordinación inter-institucional existente entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud, Iglesia, instituciones afines, locales, internacionales, para la integración y operacionalización sincrónica del programa de prevención y control del SIDA.

XI. PROPUESTA DE COORDINACIÓN

DEFINICION:

Este instrumento está encaminado a proponer un enlace entre la Coordinación Técnica administrativa de todos los niveles de Educación del Municipio de Palín y el Ministerio de Salud local (Centro de Salud, IGSS), para promover la información sobre salud integral en los adolescentes, sin olvidar el contexto social, cultural y religioso en el que nos movemos.

OBJETIVOS:

1. Promover en los adolescentes conocimientos, actitudes adecuados, a través de acciones formales, con el fin de favorecer en ellos estilos de vida saludables.
2. Promover un proceso de capacitación y educación continua de los adolescentes mismos como multiplicadores y promotores de salud.
3. Promover la participación activa de los adolescentes en la identificación de prioridades y necesidades de los problemas que afectan, mediante el establecimiento de redes comunales con participación de organizaciones de diversa naturaleza.

JUSTIFICACION:

En Guatemala, no han existido políticas específicas para la atención de la adolescencia que permitan un tratamiento integral de salud y conduzcan a aunar esfuerzos de todos los involucrados para darle el verdadero carácter inte-sectorial y multidisciplinario que se requiere para obtener acciones exitosas.

La propuesta se justifica en que la población adolescente constituye casi el 30% de los habitantes de Guatemala. Por sus características su situación de salud es de alto riesgo y tradicionalmente han estado desprotegidos por los servicios públicos. Se debe buscar unificación de criterios y coordinación para aprovechar los escasos recursos disponibles para atender un a población adolescente numerosa, dispersa y con muy distintas características socioeconómicas, étnicas y culturales.

ESTRATEGIAS:

- a) Que la Coordinación Técnica Administrativa de todos los niveles de Educación del Municipio de Palín, con el Ministerio de Salud local (Centro de Salud, IGGS) se coordinen para impartir capacitación actualizada a los maestros, adolescentes, padres de familia, líderes religiosos.
- b) Que la Coordinación Técnica Administrativa de Todos los niveles de Educación del Municipio de Palín, con las instituciones dedicadas a la prevención y control del SIDA , impartan charlas a los adolescentes
- c) Que las iglesias locales (líderes religiosos) en coordinación con instituciones dedicadas a la prevención y control del SIDA impartan y promuevan la orientación y capacitación sobre SIDA a grupos juveniles.

XII. RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo principal, identificar los conocimientos y creencias sobre SIDA en un grupo de 286 estudiantes de 1º - 3º básico de los centros educativos del casco urbano del Municipio de Palín, Escuintla, previo conocimiento a las autoridades educativas respectivas.

Los datos necesarios fueron recabados a través de un cuestionario sobre conocimientos y creencias sobre SIDA , que se incluye en la sección de Anexos. La muestra estuvo constituida por 50% de sexo femenino y 50% de sexo masculino, siendo 72% de los estudiantes de religión católica, el 69% de los estudiantes están comprendidos entre las edades de 14 – 16 años.

Se determinó que el 62 % de estudiantes posee conocimientos sobre SIDA entre un nivel Bueno y Excelente, sin encontrar diferencias entre sexo femenino y sexo masculino.

Se encontró que la concepción religiosa influye en cuanto a la relación de la religión del grupo estudiado y el nivel de creencias positivas, siendo el grupo evangélico el que mayor creencias positivas tiene.

También se determinó que en total el 76% de los alumnos tienen creencias positivas sobre el SIDA.

Se determinó que la fuente que más ha contribuido a los conocimientos en los alumnos es el personal de salud y el personal de educación, seguida por los medios de comunicación, familiares, líderes religiosos respectivamente.

ANEXOS

BIBLIOGRAFIA

1. Alvarez , Mónica et-al. Un enfoque preventivo – enfermedades de transmisión sexual. Sexología y Sociedad. 1,996 Agosto (5) 40 pp.
2. Ampliación de la Respuesta Mundial al VIH/SIDA a través de una acción orientada. Reducción del Riesgo y de la Vulnerabilidad: definiciones, principios y vías. ONUSIDA, 1,998 3 - 18 pp.
3. Asociación de Medicinas Complementarias. Impacto económico del VIH/SIDA. <http://www.sidalac.org.mx/indices/ginebra/saavedra.htm>
4. Barat, María Fernanda. Evolución del SIDA. <http://www.civila.com/argentina/SIDA/sida3.htm>.
5. Bharat, Shalani. Adolescent Sexuality and Vulnerability to HIV infection in Mumbai, India. 12th World AIDS Conference, Geneva, June 28 - July 3, 1,998.
6. Brito, Alejandro. Letra S en Internert. http://www.jornada.unam.mx/1997/nov_97/971109/letra S-cara.html.
7. Cano Morales, Edson. Conocimientos sobre educación sexual en estudiantes del nivel medio de enseñanza. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1,996, 62 pp.
8. Documento de Información del ONUSIDA. Los jóvenes bajo la amenaza del SIDA. 1,999 Abril 4 - 12 pp.
9. Emsden, Ingrid/AHRTAG. Acción en SIDA. Boletín Internacional sobre prevención y atención del SIDA. 1,997 - 1,998, Oct - Mar (35/36) 22 pp.

10. Guatemala, Dirección General de Servicios de Salud. Folleto de información para la prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. 1,998 27 pp.
11. Guatemala, Dirección General de Servicios de Salud. Ley General para el combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA y de la promoción, protección y defensas de los Derechos Humanos. Julio 2,000 13 pp.
12. Guatemala, Dirección General de Servicios de Salud. Normas, Principios y Recomendaciones para la prevención y Control de la infección VIH/SIDA. 1,996 30 pp.
13. Guatemala, Dirección General de Servicios de Salud. Reporte Nacional de la Notificación de personas con SIDA. 2,001 Enero 8 pp.
14. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional Materno Infantil, Area de Atención Integral a los y las Adolescentes. Plan Nacional de Atención Integral a los y las Adolescentes. 2^a edición. Septiembre 1,999. 64 pp.
15. Hodkinson, Neville. Nuevas dudas sobre la infección del SIDA al declararse los test al VIH no válidos. <http://www.free-news.org/nhoodki01.htm>.
16. López, Felix . Historia de la Sexología. Sexología y Sociedad. 1,996, Agosto(5) 40 pp.
17. Mansilla, Mónica et-al. AIDS treatment quidelines.SIDA tratamiento.<http://www.infecto.edu.uy/español/guátrat/guía1/antirretrovirales>
18. Moreno, Leticia et-al. Función educativa de la familia. Sexología y Sociedad. 1,996, Agosto (5) 40 pp

19. Organización Panamericana de la Salud. Hacer frente al SIDA. Publicación científica . 1,998 (570).
20. Payes Osorio, Olga. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre SIDA en Maestros de Educación Primaria. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1,996 50 pp.
21. Pierre, Simón et-al Adolescent's health reproduction in Cameroon The Case of Bafia. 12th World AIDS Conference, Geneva. June 28 - July 3 1,998.
22. Revista Panamericana de Salud Pública. El VIH y el SIDA en las Américas: una epidemia con muchas caras. 2,000 Diciembre 8 (6), 422 - 431 pp.
23. Sambasivankrishnakumar, Harikumar. et-al. Factors promoting safe sex in men - A Karala study. 12th World AIDS Conference Geneva. June 28 - July 3 1,998.
24. Sánchez, Jorge et-al. Doctrinas, Normas y Procedimientos para el control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y el SIDA en el Perú. 1,996 53 pp.
25. Santos, Chedy. et-al. Young Children need to know about sexuality , STD, AIDS and drug abuse. 12th World AIDS Conference Geneva. June 28 – July 3 1,998.

CUESTIONARIO

El presente cuestionario tiene como objetivo recabar la información sobre Conocimientos y Creencias sobre SIDA de estudiantes de 1º - 3º básico de los Centros Educativos del Casco Urbano del Municipio de Palín, Escuintla.

Los datos serán confidenciales y anónimos.

Instrucciones:

- a. Por favor llene los espacios en blanco con los datos que le solicitamos.
- b. Encierre en un círculo la respuesta correcta
- c. Gracias por su colaboración.

Edad:

Sexo:

Religión:

Escolaridad:

1. Para usted que significa la palabra SIDA :
 - a. Síndrome de Inanición Del Adolescente
 - b. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
 - c. Síndrome Integral Del Adolescente
 - d. Síndrome Diarreico Agudo
 - e. No se
2. Las siguientes son formas de transmisión del SIDA:
 - a. Besos profundos, saludo de manos y compartir cubiertos
 - b. piquetes de mosquitos y zancudos
 - c. Relaciones sexuales y transfusiones de sangre
 - d. Asistir a balnearios públicos
 - e. No se
3. Se puede saber que una persona tiene SIDA por medio de:
 - a. Su apariencia física
 - b. Examen de heces y orina
 - c. Examen de sangre
 - d. Una radiografía
 - e. No se
4. El tiempo transcurrido entre la infección y las primeras manifestaciones del SIDA puede ser:
 - a. de 2 - 3 semanas
 - b. de 5 - 10 días
 - c. de 2 - 5 meses
 - d. de 5 - 10 años
 - e. No se
5. Entre las personas que tienen MAS riesgo para contraer SIDA están:
 - a. Drogadictos y prostitutas
 - b. Cualquier persona
 - c. Homosexuales
 - d. Heterosexuales
 - e. No se
6. Las conductas que nos pueden ayudar EVITAR contagiarnos de SIDA son:
 - a. Tener relaciones sexuales con varias personas
 - b. Recibir inyecciones con agujas y jeringas estériles
 - c. No ir a piscinas
 - d. Usar drogas
 - e. No se
7. Entre las primeras manifestaciones de una persona enferma de SIDA están:
 - a. Aumento de peso
 - b. Pérdida de peso
 - c. Problemas psicológicos
 - d. Pérdida de la memoria
 - e. No se

8. Sobre el tratamiento del SIDA usted puede decir:
 - a. Es completamente curable
 - b. Hasta el día de hoy no hay tratamiento curativo
 - c. Se puede prevenir con una vacuna
 - d. Las medicinas vegetales son muy efectivas
 - e. No se

9. De acuerdo a la información que usted posee, cual es la definición de sexualidad:
 - a. Es únicamente información sobre la relación sexogenital
 - b. Son los órganos del aparato reproductor
 - c. Es la posibilidad de tener o no tener hijos.
 - d. Conjunto de normas sociales, valores, costumbres y experiencias que nos rigen como hombres y mujeres
 - e. No se

10. Si su mejor amigo se enferma de SIDA usted haría lo siguiente:
 - a. Rompería inmediatamente la amistad por miedo a infectarse
 - b. Sospecharía inmediatamente que es homosexual
 - c. Continuaría siendo su amigo(a) como antes ya que no corre ningún riesgo
 - d. Jamás le volvería a dar la mano o compartir su comida por riesgo de infectarse

11. Cree que hay personas que están contagiadas del virus del SIDA, que no tienen señales de enfermedad, pero pueden contagiar a otros:
 - a. falso
 - b. verdadero

12. Cree que los medicamentos que actualmente se utilizan en enfermos con SIDA curan la enfermedad:
 - a. falso
 - b. verdadero

13. Cree que utilizar preservativo en todas las relaciones sexuales ayuda a prevenir el SIDA :
 - i. falso
 - j. verdadero

14. Cree que la factibilidad de informar sobre SIDA a los alumnos de nivel primario es:
 - a. una necesidad real
 - b. innecesario por el momento
 - c. asustaría a los alumnos
 - d. se debe esperar a que crezcan más

15. Cree que con estas formas usted puede contraer el SIDA:
 - a. asistir a una piscina
 - b. usar baños públicos
 - c. por la ropa de cama
 - d. ninguna de las anteriores es correcta

16. Cree que si su maestro resultara con SIDA usted haría lo siguiente:
 - a. pediría que lo cambien de grado
 - b. exigiría que le quiten el trabajo
 - c. dejaría de asistir a la escuela
 - d. no le importaría porque no corre ningún riesgo

17. Cree que para enfermar de SIDA es suficiente con UNA SOLA relación sexual con una persona infectada:
 - a. falso
 - b. verdadero

18. La fuente informativa que ha contribuido MAS a sus conocimientos es:
 - a. Radio, televisión y periódico (medios de comunicación)
 - b. Amigos, familiares y padres
 - c. Líderes religiosos
 - d. Personal de Salud y/o del ministerio de educación.