

## *Nuestro Padre Celestial*

*Señor gracias te damos,  
por ser tú quien nos diste el don de la vida,  
por ser la luz que guía nuestro camino,  
por ser amigo incondicional y sincero,  
por brindarnos tu infinito amor y misericordia,  
por brindarnos conocimientos e  
iluminar nuestro pensamiento,  
por ser partícipe de nuestras tristezas y alegrías  
por darnos la fuerza y la luz para  
enfrentar y superar momentos difíciles,  
por darnos tus bendiciones,  
por escuchar nuestras oraciones,  
por fortalecer en nosotros  
la vocación de servir al prójimo y sentir el dolor  
ajeno como nuestro, brindando consuelo y  
esperanza a nuestros hermanos  
de modo que atendamos su dolor  
con humildad y sencillez.  
Gracias por la alegría que nos das  
al poder ver realizado  
uno de nuestros mas grande sueños ser:*

*Enfermeros.*

*Diana y Luis.*



***A mis Padres:***

***Fabiola y Gilmer***

*Por su amor incondicional, estímulo constante  
y sus sabios consejos, por cuidar de mi,  
por estar a mi lado en el momento justo y más anhelado  
Gracias por enseñarme desde pequeña  
a luchar para alcanzar mis metas.  
por brindarme su apoyo y confianza,  
por comprenderme  
y por ser los mejores padres de este mundo  
Gracias por todo eso y porque sin ustedes  
y sus enseñanzas no estaría aquí  
ni sería quien soy ahora,  
padres, que Dios los bendiga hoy mañana y siempre.*

***A mis queridas hermanitas:***

***Melina y Yesenia***

*Por el amor, cariño y amistad que me brindan,  
por compartir mis alegrías y mis tristezas,  
por brindarme su apoyo y confianza,  
por comprenderme.,  
Por ser la fuerza que me  
impulsa a superarme como persona y  
profesional.*

***Gracias por ayudarme a lograr mi objetivo... Diana.***

***A mis Padres:***

*Armida y Adelmo*

*por ser participes activos en mi formación y en mis valores,  
por su preocupación y sacrificio constante,  
por su apoyo incondicional,  
por ser ejemplo de superación y perseverancia,  
y la fuerza que me impulsa a salir adelante,  
por brindarme todo lo mejor,  
por cuidarme con esmero,  
por que a ellos les debo lo que soy,  
por que siempre están  
junto a mi aconsejándome,  
e inculcando valores para mi formación  
personal y profesional.  
Gracias por esforzarse cada día.  
Gracias por enseñarme desde pequeña  
a luchar para alcanzar mis metas.  
Gracias por ser mis padres.*

***A mis queridas hermanas:***

*Liz, Leslie y Analí*

*Por el amor y amistad incondicional que me brindan  
por compartir mis alegrías y mis tristezas,  
por brindarme su apoyo y confianza,  
por ser ejemplo de bondad e inspiración  
para culminar mis metas profesionales.*

*Gracias por su amistad y comprensión... Luis.*

*A nuestro querido asesor:*

*Dr. Carlos Alberto Tello Pompa*

*Con respeto, admiración  
y cariño sincero,  
por su valiosa asesoría, comprensión,  
por saber escucharnos, por corregir con esmero  
nuestros errores.  
A usted le debemos la realización de este escrito,  
gracias por brindarnos su tiempo,  
esfuerzo, junto con su increíble paciencia  
para que hoy cobre vida.  
Siempre lo llevaremos en nuestro corazón.*

*Mil Gracias.*

***Nuestro agradecimiento:***

*Al personal de la Institución Educativa  
"Ricardo Palma"- Trujillo y en especial a los  
alumnos  
que participaron en nuestra investigación.  
Gracias por su colaboración en la  
realización del presente trabajo de  
investigación.*

*Diana y Luis.*

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, el estudio se realizó en adolescentes de la Institución Educativa N° 80010 “Ricardo Palma”. Trujillo durante el mes de diciembre del 2006, con la finalidad de determinar la relación que existe entre el tipo de familia, el tamaño de la familia, ingreso familiar y la funcionalidad familiar y el nivel de conocimiento sobre VIH. La muestra estuvo constituida por 111 estudiantes de secundaria quienes cumplieron con los criterios de inclusión.

La información se obtuvo a través de una encuesta estructurada y el Apgar Familiar; válidos y confiables, el cual fue aplicado considerando los derechos de anonimato, libre participación y confidencialidad.

Los resultados fueron analizados estadísticamente aplicándose la prueba de Chi cuadrado, encontrándose que el tipo de familia, el tamaño de la familia, ingreso familiar y la funcionalidad familiar no se relacionan significativamente con el conocimiento sobre VIH/SIDA.

## **ABSTRACT**

The present work of investigation is of descriptive type correlational of transverse court(cut), the study was realized in teenagers of the Educational Institution N ° 80010 "Ricardo Palma". Trujillo during December, 2006, with the purpose of determining the relation that exists between the type of family, the size of the family, family revenue and the family functionality and the level of knowledge on VIH. The sample was constituted by 111 students of secondary who expired with the criteria of incorporation.

The information was obtained across a constructed survey and the Apgar Familiar; valid and reliable, who was applied considering the rights of anonymity, free participation and confidentiality.

The results were analyzed statistically the proof being applied of chi square, being that the type of family, the size of the family, family revenue and the family functionality are not related significantly to the knowledge on VIH/SIDA.

## SUMARIO

	<b>Pág.</b>
RESUMEN .....	i
ABSTRACT .....	ii
I.- INTRODUCCIÓN .....	1
II.- MATERIAL Y MÉTODOS .....	20
III.- RESULTADOS .....	30
IV.- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN .....	41
V.- CONCLUSIONES .....	50
VI.- RECOMENDACIONES .....	51
VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	52
VIII.- ANEXOS .....	59





## I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa de transición entre la niñez a la vida adulta. Comprende la década que va desde los 10 a los 19 años (Florez 2001, Saucedo 2000). La población adolescente ha ido en aumento y constituye, en los países desarrollados, el 15% de la población y en los países en vías de desarrollo, el 23% de ella (Arcos, 1994). Los adolescentes constituyen un grupo importante en todos los países de América Latina y particularmente en el Perú, en donde representan alrededor del 25% de toda la población (INEI 1997, IMP 1997).

La adolescencia fue considerada por largo tiempo sólo como un tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicarle mayor preocupación. En la actualidad, se considera como una etapa de la vida donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que necesitan atención. Las y los adolescentes son vulnerables a riesgos que amenazan su salud y desarrollo tales como los comportamientos sexuales sin protección, los cuales aumentan los riesgos del contagio de enfermedades de transmisión sexual como el SIDA y embarazos a temprana edad (Teixeria 1999, Bolívar 2000).

Las infecciones de transmisión sexual constituyen un problema de salud pública a nivel mundial, en las últimas décadas el número de personas infectadas tiende a incrementarse en especial en los países en

vías de desarrollo. Entre las infecciones de transmisión sexual mas frecuentes se encuentran la gonorrea, la sífilis, el Virus de Papiloma Humano y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, las cuales afectan al individuo, la pareja, la familia, produciendo en estos un conjunto de alteraciones, que afectan su salud y por ende su bienestar (Díaz, 2000).

La pandemia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se inicia con la diseminación silenciosa del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) en la década de los 70. Los primeros casos de SIDA fueron reconocidos en hombres homosexuales de Los Angeles en 1981; se trataba de varones con actividad sexual, que tenían Sarcoma de Kaposi, neumonía por *Pneumocystis carinii*; candidiasis bucal; así como, otras infecciones y neoplasias características de depresión grave de la inmunidad mediada por células (Bolívar, 2000).

La propagación mundial del VIH a gran escala comenzó posiblemente a finales de la década de los setenta o a principios de los ochenta. En América, Australia y Europa Occidental el virus apareció en áreas urbanas, principalmente en hombres que tenían relaciones sexuales con otros hombres y en personas adictas a las drogas inyectables, como la heroína (Delgado, 2000).

El virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) agente etiológico del Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA), está clasificado,

taxonómicamente, dentro del género Lentivirus de la familia Retrovirus. El VIH fue el primer Lentivirus con implicaciones en patología humana; aunque se conocen dos serotipos definidos, el VIH-1 y el VIH-2 y múltiples variantes; está relacionado genéticamente con el virus de la simiana y comparten todas las características del género. Por ser inmunotrópicos producen un deterioro cuantitativo, cualitativo y progresivo del sistema inmunológico del hospedero hasta causar el SIDA; es decir los virus de este género se caracterizan por fusionar y destruir las células hospederas y por producir infecciones lentas, en las cuales, la aparición de los síntomas está separada del momento de la infección por muchos años (Velásquez 1996)

Se ha comprobado que la persona infectada asintomática no está libre de la enfermedad: el deterioro lento, continuo y progresivo del sistema inmunitario y la inevitable progresión de un estado infectado asintomático al SIDA puede durar más de lo que se pensaba originalmente. Cada año, alrededor de 3% de las personas infectadas desarrollan el SIDA; solo entre 18 y 20% de las personas infectadas manifestarán la enfermedad al cabo de unos cinco años, y 48% lo harán dentro de un límite de 10 años. Se estima que la mediana del tiempo que transcurre entre el momento de la infección y la manifestación de la enfermedad puede ser de 14 años (OPS 2000).

En un período relativamente breve, el virus de la inmunodeficiencia humana se ha propagado mundialmente. Actualmente el VIH se

encuentra en los cinco continentes y se estima que hay 33 millones de adultos de 15 a 49 años, que viven con VIH/SIDA, de los cuales 48% son mujeres. De allí que la Organización de Naciones Unidas manifieste su preocupación ante el avance del SIDA, a tal punto que ha sido catalogada como la epidemia del siglo ya que en el año 2003 mató a 120 mil personas y 250 contrajeron el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), lo que eleva a un total de dos millones los afectados por la enfermedad, evidenciándose un marcado incremento en el contagio por vía de transmisión sexual en relaciones sexuales promiscuas y homosexuales, principalmente, cuyos índices se elevan para la América latina y el Caribe (Bolívar, 2000).

Un hecho destacado en los últimos años es el cambio de patrón epidemiológico de la infección, presentándose cada vez más niños, jóvenes y mujeres infectados en todos los países, especialmente en las regiones pobres del mundo (Velásquez, 1996)

Los estudios epidemiológicos realizados en Europa, las Américas y África han confirmado repetidamente que solo hay tres modos de transmisión del VIH: por contacto sexual (heterosexual u homosexual); contacto con sangre y de madre a hijo. No transmitiéndose el virus de VIH por contacto interpersonal íntimo no sexual, ni por alimentos, el agua, el aire o insectos vectores (OPS 2000).

La transmisión sexual entre los varones continúa siendo el patrón predominante en la mayoría de los países. Mientras que la proporción de casos en los que está implicada la transmisión heterosexual del VIH sigue representando menos del 10% del total de casos en la mayoría de los países de América Latina. Por otro lado, en algunos países entre el 5 y 10% de todos los casos de SIDA se atribuyen a transfusiones de sangre. Mientras que la influencia de agujas y jeringas contaminadas en la transmisión del virus del SIDA en toxicómanos que se inyectan las drogas por vía intravenosa parece ser menor en América Latina que en los Estados Unidos (OPS 2000).

La transmisión del virus de una madre infectada a su hijo llamada también transmisión vertical puede producirse a tres niveles: Transmisión prenatal: El VIH es capaz de atravesar la placenta e infectar al feto. La transmisión perinatal: El recién nacido es capaz de infectarse al final de la gestación y en el parto reportándose que el durante éste último periodo, hasta un 50% de los casos de transmisión suele ocurrir en ese momento. La transmisión postnatal: Al igual que otros virus como el citomegalovirus, el VIH es capaz de excretarse a través de la leche de mujer e infectar al niño. Se calcula que la tasa de transmisión atribuible a lactancia materna es del 14% (Fundación anti SIDA 2001, Zacarías 1994).

El diagnóstico de la infección por VIH se realiza mediante un test de laboratorio. El test consiste en buscar anticuerpos frente al VIH en una

muestra de sangre procedente de la persona que estamos estudiando (Grupo MSD, 1998).

La diseminación de las infecciones de transmisión sexual como el SIDA puede estar asociada a la falta de conocimiento que les permita asumir conductas preventivas (Díaz, 2000). Según Rodríguez (1996) el conocimiento se podría definir como "proceso interno y continuo de reflexiones", en su libro del conocimiento, refiere que "conocimientos son experiencias sensibles o procesos psicológicos que se desarrollan en el individuo, cuya base es su naturaleza y sentimiento". El conocimiento según Nie y otros (1995) lo define como una idea, una información que se adquiere en el trato directo con los hombres y las cosas. A este respecto, Ausubel (1994), refiere que el conocimiento se clasifica en conocimiento vulgar y conocimiento científico. Entendiéndose por vulgar aquel que se adquiere en el trato directo con los individuos y las cosas, y nos proporciona un saber sin haberlo buscado o estudiado; y el conocimiento científico se obtiene mediante procedimientos metódicos, es la reflexión sistemática y razonamientos lógicos a una búsqueda intencionada. En cuanto al conocimiento científico, lo define como una de las formas que tiene el hombre para otorgarle un significado con sentido a la realidad. Por otra parte, existe un problema alrededor de lo que significa el conocer algo acerca de los objetos que rodean a la gente (Díaz, 2000).

Por consiguiente, los adolescentes pueden obtener las dos clases de conocimiento, el vulgar de la interacción social y el científico de la búsqueda intencionada de información producida por la ciencia. El poseer conocimiento permite al individuo asumir conductas de prevención para el cuidado de su salud.

La Organización Panamericana de la Salud concibe la promoción, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva; por esto, para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades, y de cambiar o adaptarse al medio ambiente, ejerciendo un mayor control sobre los determinantes de la salud (Guiber, 2002).

Hoy se sabe que para poder fomentar la salud, es necesario cambiar tanto las condiciones de vida como la forma de vivir, por esto la promoción de salud constituye una estrategia que vincula a la gente con sus entornos, y que con vistas a crear un futuro más saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social. Así pues, la promoción de la salud no se ocupa solo de promover el desarrollo de las habilidades personales y la capacidad de las personas para influir en los factores que determinan la salud, sino que también incluye la intervención sobre el

entorno, para reforzar aquellos factores que sostienen estilos de vida saludables, así como para modificar aquellos otros que impiden ponerlos en práctica. (Guiber, 2002)

Florez (2000); sostiene que Promocionar la salud significa evitar o disminuir factores de riesgo y crear o aumentar los factores protectores, cambiando estilos de vida, creando una cultura de la salud y haciendo de ésta un valor. A su vez señala que Promoción de la salud es un nuevo paradigma. Puede modificar e incluso crear nuevos modos de vida y entornos más favorables para el pleno desarrollo de las potencialidades humanas, para una vida más plena. Por ello es necesario que las personas puedan reflexionar en torno a estos aspectos, a la calidad de vida que aspiran para sí y para las generaciones futuras. Las motivaciones personales, creencias y mitos, son el motor fundamental que mueve nuestras conductas a favor o en contra de la salud.

Nola J. Pender, al plantear su Modelo de Promoción de la Salud, nos señala que las personas que otorgan gran importancia a su salud, tienen mayor tendencia a conservarla. Asimismo, cuando existe la convicción de que una conducta es posible de realizar, es más probable que se realice. Estos principios son fundamentales en el cambio de conducta de los individuos, toda vez que la capacidad de una persona para modificar su conducta depende de su propio concepto de salud (ausencia de enfermedad / alto grado de bienestar) y de la percepción



que tenga de sus capacidades de modificar su conducta. Cuando los sujetos perciben como beneficiosos los resultados de sus conductas de cuidado de su salud, es más probable que las realicen. En este modelo, la salud es considerada como un estado altamente positivo en que el individuo sigue una trayectoria orientada hacia ella (Florez, 2001).

Otro aspecto que debemos considerar es el conocimiento que los individuos van adquiriendo, en materia de salud, a lo largo de su vida. La educación en salud, evidentemente, nos acerca más a la salud que a la enfermedad; permite tomar mejores decisiones, pero en forma paralela la persona recibe de su entorno social y de generación en generación conocimientos, mitos y creencias.

Es difícil modificar hábitos en el adulto. En cambio, lograr que los niños tomen conciencia de lo beneficioso que es para su salud desarrollar determinadas conductas, es una inversión a largo plazo con beneficios no sólo para el individuo, sino también para la sociedad. Los escolares aún no han fijado completamente sus patrones de conducta y se trata de una población cautiva en la que resulta más fácil aplicar programas de intervención que resulten exitosos. Por ello la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que las acciones realizadas en este nivel son las de mayor costo - beneficio en países subdesarrollados (Florez, 2000).

La educación en salud, por sí sola, no logra un gran impacto en la promoción de la salud. Se necesita, además, de dos elementos importantes: la comunicación y la participación social. Dentro de ésta última se encuentra la familia. **(Anexo 1)**

La familia según Rodríguez (1996) es el conjunto de personas unidas por parentesco o por matrimonio, que conviven bajo el mismo techo sometido a la autoridad y dirección de un jefe, así como aquellos que se encuentran ligados a estas por un vínculo parental. En esta perspectiva, Rodríguez (1996) clasifica a la familia en:

- Familia Nuclear: familia formada por el padre, La madre y los hijos.
- Familia Matrifocal: Conformada por la madre sola y sus hijos.
- Familia Extensa: Familia de miembros numerosos de mas de dos generaciones.
- Familia Sana: Con ausencia de problemas biológicos, psicológicos y sociales.
- Familia en crisis se ve afectada por acontecimientos importantes.
- Familia Díada nuclear: Conformada por el esposo y la esposa sin hijos.
- Familia comunal o de ley natural: Pareja con hijos sin casarse.

Dentro de este orden de ideas, Tinkan (1981) clasifica a la familia de la siguiente manera:

## **1.-De acuerdo a su integración**

- Integrada: Es aquella en la cual los esposos viven juntos y cumplen las funciones de la familia conformada.
- Semi-integrada: Es la familia en la cual los esposos viven juntos, pero no cumplen adecuadamente las funciones de una familia conformada.
- Desintegrada: Familia donde faltan uno de los dos esposos, ya sea por divorcio, muerte, separación, abandono o que simplemente nunca existió.

## **2.- De acuerdo a su composición o estructura:**

- Nuclear: Conformada por padres e hijos.
- Extensa: Conformada por la familia nuclear mas otros miembros con lazos de consanguinidad, afinidad, adopción, etc., tales como abuelos, primos, tíos.
- Extensa-compuesta: Conformada por la familia extensa más otros miembros, sin ningún nexo de consanguinidad o afinidad, como amigo, compadres, etc.
- Familia tradicional: Es aquella en la que la unidad básica está conformada por la familia extendida. En esta familia el hombre es el principal proveedor del sustento familiar con su trabajo fuera del hogar. La mujer realiza sus actividades propias domesticas. Tiene poca movilidad geográfica y social. Se da especial importancia al deber y la tradición.

- Familia moderna: Es aquella en la que la unidad básica es la familia nuclear, el hogar y el trabajo están separados, por lo general, tanto el hombre como la mujer trabajan fuera del hogar. Las tasas de fertilidad son bajas y controladas, así como las tasas de mortalidad son bajas, especialmente durante la infancia. Las obligaciones con los parientes pierden importancia a favor del logro individual.

En si, la OPS afirmaba en 1990: "El concepto del cuidado de la salud ha evolucionado de tal forma, que la aceptación pasiva de las decisiones hechas por los médicos y agentes sanitarios debe ceder paso a una participación activa en esas decisiones. Empero, no basta con reconocer que son los individuos, familias y comunidades los que tienen el derecho y la responsabilidad de vigilar su propia salud. Es preciso también apoyar sus esfuerzos con los conocimientos que los ayuden a detectar y prevenir los problemas de salud más comunes y a determinar cuándo requieren atención profesional". (Guiber, 2000)

La única manera de combatir esta enfermedad es mediante estrategias de prevención adecuadas procurando proporcionar información actualizada a los jóvenes sobre las prácticas sexuales y sus riesgos. La preocupación por el riesgo de los adolescentes y adultos jóvenes ha aumentado considerablemente en los últimos años, motivado no sólo por una necesidad de anticiparse al riesgo que se exponen este tipo de

población, sino por casuísticas alarmantes. Por ello la importancia de las enseñanzas adquiridas para reducir el riesgo de infección frente al VIH/SIDA, suponen la capacitación de los estudiantes para tomar el control y responsabilidades necesarias, unida a un buen nivel de información y unas actitudes saludables, mediante el esfuerzo multifactorial y coordinado que aúne las fuerzas de las áreas educativa y de salud pública, incluyendo entidades y organismos de educación extraescolar.

Estudios al respecto se detallan a continuación:

- Navarro y cols en el 2005 con el objetivo de determinar los factores de riesgo, conocimientos, actitudes y prácticas para contraer VIH-SIDA, en adolescentes de bachillerato de Barranquilla, aplicaron un cuestionario tipo CAP a 751 adolescentes entre 14 y 19 años; encontrando que 42.8% del total de adolescentes no tienen conocimiento adecuado del tema. La mayoría de hombres (73.9%) y mujeres (67.1%) no usan siempre condón; 37.3% creen que no tienen riesgo de contraer VIH, y 34.6%.
  
- Bittenecourt y cols en el 2005 al aplicar 151 cuestionarios a los alumnos de una Escuela Estatal que enseña primaria, secundaria) preparatoria (Niveles básicos de Educación), con edades entre 10 y 19 años, en Florianópolis en el Estado de Santa Catarina - Brasil. hallaron que el 90.06% escucharon sobre SIDA a través de la televisión, el 29.13% conocían el tema por el profesor. Se observó también que los padres

fueron citados 45.03% como fuente de referencia para complementar la información y los profesores 9.93%.

- Caballero y cols en el 2003 con el objetivo de describir conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes de distintos estratos socioeconómicos, aplicaron un Cuestionario a 758 adolescentes de Guadalajara, Jalisco, México. Se encontró que hubo altos grados de consenso en todos los estratos. La concordancia de conocimientos individuo / grupo fue mayor en estratos superiores. El patrón de respuestas correctas mostró: a) conocimientos similares sobre formas de transmisión casual, características del SIDA y alto riesgo en trabajadoras del sexo comercial, y b) diferencias basadas en dudas e incertidumbres sobre la protección del condón, la distinción VIH/SIDA y la transmisión en clínicas.

- Mosquera y cols en el 2003 con el fin de identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, ETS/VIH-SIDA y consumo de medios de comunicación entre adolescentes escolarizados de 12 a 18 años en Palmira, Colombia. Encontrando que existen vacíos de conocimiento sobre las maneras de infección y de las formas de evitar el contagio de las ETS/VIH-SIDA. Concluyendo que los jóvenes tienen conocimientos inapropiados acerca de los métodos de planificación familiar y esto se refleja en sus prácticas y sugiere que es necesario reforzar los procesos de educación y comunicación con los (as) jóvenes y sus padres.

- Baustista y cols en el 2002 con el objetivo de determinar el conocimiento y actitud de los adolescentes ante el VIH, entrevistaron a adolescentes de 12 a 16 años en San Cristóbal de instituciones públicas y privadas. Se encontró respecto al conocimiento del VIH afirmaron 80.5% en instituciones públicas y 92.9% privados, sobre el mecanismo de transmisión 62.8% de los públicos acertaron y 92.9% de los privados; sin embargo solo 13,4% de los públicos y 21.2% de los privados aseguraron utilizar protección contra VIH, la principal fuente de información para ambos fue las instituciones educativas, gran porcentaje de estos se excluyeron de la población riesgo, igualmente respondieron conocer el agente transmisor de VIH.

- Barros y cols en el 2001 con el objetivos de desarrollar, aplicar y evaluar un modelo educativo de prevención primaria de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) basado en los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sexuales de los adolescentes y en sus percepciones y conductas al respecto. Se aplico un modelo de prevención primaria de ETS y VIH/SIDA a escolares adolescentes (12 a 15 años) de Santo Domingo de los Colorados, Ecuador. Se formaron dos grupos con características similares: el grupo de intervención (grupo I, n = 358) y el grupo de control (grupo C, n =288). En el grupo I se implementó un programa educativo de prevención dirigido a estudiantes y docentes. Ocho meses más tarde se aplicó una segunda

encuesta CAP a los dos grupos. Se encontró que no existieron diferencias significativas entre los dos grupos antes de la intervención, pero después de ella las diferencias fueron estadísticamente significativas ( $P = 0,0012$ ) se verificó un aumento de conocimiento sobre sexualidad y ETS/SIDA en el grupo I, aunque todavía no se ha evaluado la modificación de conductas a largo plazo.

- Escobar y cols en el 2001 con el objetivo de evaluar la información que tiene sobre SIDA un grupo de adolescentes entrevistaron a 100 adolescentes entre 13 y 20 años. Encontrando que 93% de las adolescentes encuestadas dijeron saber qué es el SIDA, 94% conocían formas de transmisión, aunque ninguna reconoció la transmisión vertical: 55,59% mencionó las relaciones sexuales, 25%, 14,47% las inyecciones, agujas. Al 86% les preocupaba la enfermedad pero sólo el 68% usaría el condón para evitarlo y lo más impactante es que sólo el 15% lo utilizaba como método anticonceptivo.

- Teixeira y cols en 1999 al investigar el conocimiento de adolescentes de una escuela, se comprobó la importancia de trabajar el tema, puesto que la mayoría desconocía o poco oyó hablar sobre el asunto. Se propuso investigar el conocimiento sobre ETS es a partir del estudiante. Se realizó con estudiantes un seminario taller educativo analizando la percepción sobre el tema. Se aplicó el instrumento de "recolección de datos" que consta de preguntas abiertas sobre EST/SIDA. Antes de los talleres, se



observó en el primer momento de la pesquisa que los adolescentes conocían sobre el SIDA, sin embargo desconocían cómo prevenirse. Al término del taller y con la nueva aplicación del instrumento, se constató que los adolescentes demostraron conocimiento sobre la transmisión y cómo prevenirse del SIDA. La experiencia deberá ser repetida con otros grupos de estudiantes para contribuir a generar conocimiento y desarrollo entre adolescentes

- Rafael en 1996 con la finalidad de determinar conocimientos sobre la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana y las Características de la Conducta Sexual en Escolares Adolescentes del Centro Educativo Julio César Escobar, San Juan de Miraflores en 100 alumnos del 3º y 4º de Educación Secundaria. Los resultados hallados fueron los siguientes: que los conocimientos sobre el tema que se investigó fueron el 37% de los alumnos tuvieron nivel de conocimiento malo; 38% nivel regular

- Bernal y cols en 1994 en Lima - Perú aplicaron una encuesta a nivel nacional a 4.522 alumnos y a 334 profesores. Los resultados son extrapolables, a los jóvenes mayores de 15 años, que habitan en los grandes centros urbanos del país. La población que habita en zonas rurales tendría una tendencia más tradicional y conservadora en términos de actitudes y conductas. Existe un buen conocimiento teórico, que se invalida por creencias erróneas, como creer que el SIDA no se contagia si se mantienen relaciones dentro del mismo grupo social, que se evita con

un aseo genital postcoital o consultando por la conducta sexual previa de la pareja. El 44,2% de los alumnos encuestado se encuentra sexualmente activo. El 32,6% de los hombres y el 10,8% de las mujeres, sexualmente activo, mantiene relaciones sexuales al margen de su pareja estable. El 72,9% considera que no hay ninguna posibilidad que se contagie de SIDA o ésta es muy baja. Las creencias erróneas, el alto nivel de actividad sexual, la precocidad en el inicio de las relaciones sexuales, la actividad sexual con prostitutas y promiscuidad en los encuestados, junto con la generalizada y falsa percepción que no hay posibilidades que se contagien, confirma que nuestra juventud se encuentra en muy alto riesgo de contraer el virus del SIDA y se requiere de una toma de conciencia nacional y de una política gubernamental que dé solución global urgente a este problema.

El propósito del presente estudio es conocer las relaciones que existen entre los factores familiares y el nivel de conocimiento sobre VIH a fin de que sus resultados permitan planificar estrategias que sirvan para incrementar dicho conocimiento teniendo en cuenta el ambiente familiar.

**Problema**

¿Qué factores familiares se relacionan con el conocimiento sobre VIH/SIDA en estudiantes de secundaria de una Institución Educativa estatal de Trujillo?

**Hipótesis:**

El tipo de familia, el tamaño de la familia, ingreso familiar y la funcionalidad familiar se relacionan significativamente con el conocimiento sobre VIH/SIDA en estudiantes de secundaria.

## **II. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **A.-TIPO DE INVESTIGACIÓN Y ÁREA DE ESTUDIO:**

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal (Polit 1997). El estudio se realizó en adolescentes de la Institución Educativa N° 80010 “Ricardo Palma”. Trujillo durante el mes de diciembre del 2006.

### **B.- POBLACIÓN DE ESTUDIO**

#### **a) Universo:**

El universo muestral estuvo constituido por 161 estudiantes del quinto año de secundaria matriculados en la Institución Educativa N° 80010 “Ricardo Palma” de Trujillo en el año 2006. Los estudiantes cumplieron con los siguientes criterios:

#### **b) Criterios de Inclusión:**

- De ambos sexos
- Aceptación voluntaria a participar en la investigación
- Estudiante regular.

**c) Criterio de exclusión:**

- Con inasistencia el día que se aplicó la encuesta
- Con separación de matrícula

**d) Muestra:**

El tamaño de la muestra estuvo constituida por 111 estudiantes de secundaria determinado según fórmula para estudios de una sola población y en donde se emplean variables cualitativas, el cálculo se realizó de la siguiente manera teniendo en cuenta que el 37% de los escolares presenta nivel de conocimiento malo sobre SIDA (Rafael, 1996). **(Anexo 2)**

**e) Unidad de análisis:**

La unidad de análisis estuvo conformada por cada uno de los estudiantes de secundaria entrevistados.

**f) Tipo de muestreo:**

Para asegurar la representatividad, la selección de la muestra se utilizó el muestreo probabilístico, empleando la lista de números aleatorio generada por computadora, técnica de muestreo aleatorio simple.

## **C.- INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS:**

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se emplearon los siguientes instrumentos:

### **ENCUESTA ESTRUCTURADA (Anexo 3)**

Se utilizó la encuesta, instrumento elaborado por Bernal J; Bonacic H, en 1994 y modificado por los investigadores para el presente trabajo, teniendo en cuenta las variables en estudio. Las preguntas que contienen son sencillas y directas. La cual se encuentra distribuida en dos rubros. Uno referente a los factores familiares y el otro al nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA.

La primera parte está referida a los factores familiares como tipo de familia, tamaño de familia e ingreso familiar mensual cada uno con sus respectivos rangos establecidos.

La segunda parte hace referencia al nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA. La cual consta de 33 preguntas distribuidas en cinco áreas. Cada respuesta correcta se le otorgó la puntuación de uno y la respuesta incorrecta o en blanco la puntuación de cero. El puntaje total se obtuvo de la suma de cada respuesta pudiendo variar entre cero y 33, siendo registrada como:

Puntuación entre 21 – 33: Nivel de conocimiento bueno

Puntuación entre 11 – 20: Nivel de conocimiento regular

Puntuación entre 0 – 10: Nivel de conocimiento malo

### **TEST DE APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN (Anexo 4)**

Este instrumento se utilizó para tener un conocimiento del impacto familiar en el adolescente. Este test a través de una serie de preguntas mide tanto el ambiente emocional que rodea a una persona como la capacidad del grupo para hacer frente a las diferentes crisis. Se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida, y la percepción que un integrante tiene del propio funcionamiento familiar.

Este instrumento consta de cinco preguntas con cinco posibles respuestas (4, 3, 2, 1, 0). Así, al sumar los 5 parámetros, el puntaje oscila de 0 a 20, para indicar baja o alta satisfacción con el funcionamiento de la familia. Correspondiendo el valor de cero al equivalente de “nunca”, el uno al de “casi siempre”, el dos al de “algunas veces”, el tres al “casi siempre” y el cuatro al “siempre” **(Anexo 3)**.

#### **D.- PRUEBA PILOTO:**

La validación del instrumento (Encuesta Estructurada) se realizó mediante una prueba piloto ejecutada por los autores de la presente investigación, quienes aplicaron el instrumento a 10 adolescentes con características similares a la muestra en estudio.

Esto permitió hacer los reajustes necesarios mejorando la redacción de los ítem para obtener un mejor entendimiento de las preguntas por parte de los adolescentes, así como evaluar la confiabilidad y validez de los instrumentos. El propósito de la prueba piloto es conocer la comprensión, practicidad y el tiempo en la aplicación de los instrumentos, así como proporcionar las bases necesarias para la validez y confiabilidad.



## **E.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD:**

La estimación de la confiabilidad se encontró a través del Alpha de Cronbach, cuya fórmula de cálculo es la siguiente:

$$\alpha = \left( \frac{k}{k-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

**K : N° de items**

**S<sub>t</sub><sup>2</sup> : Varianza de los puntajes totales**

**S<sub>i</sub><sup>2</sup> : Varianza del ítem**

Dando como resultado: 0.81 para la Encuesta Estructurada, lo que equivale a decir que el instrumento se encuentra dentro de los criterios establecidos para ser catalogado como validado.

La validación inicial del APGAR familiar se efectuó para establecer correlaciones con un instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index), e igualmente con estimativos de función familiar hechos por diversos psicólogos. La validación mostró un índice de correlación de 0.80 entre el APGAR/ Pless-Satterwhite y de 0.64 entre APGAR/ estimación de psicólogos. Después de esta validación inicial, el APGAR familiar, se evaluó en múltiples investigaciones, que mostraron unos índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83.

## **F.- PROCEDIMIENTO:**

Para iniciar el estudio se realizó las coordinaciones con las autoridades de la Institución Educativa N° 80010 “Ricardo Palma”. Trujillo explicando los objetivos del presente estudio, luego de la aceptación se solicitó la relación de los alumnos de quinto año de secundaria matriculados en el año 2006. Previa información pertinente a los alumnos sobre el propósito de la investigación, se solicitó su participación voluntaria, asegurándoles respetar los principios de anonimidad, libre participación y confidencialidad. Con dicha aprobación se procedió a aplicar los instrumentos de recolección de datos “Encuesta Estructurada” y “APGAR Familiar”, en un tiempo de 20 minutos.

## **G.- TABULACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO:**

El procesamiento y análisis de datos se efectuó con el uso de la informática para lo cual se creó una base de datos en el programa EPIINFO Ver. 5.1. Se hizo uso de la estadística descriptiva para la representación en cuadros de doble entrada y estadísticos descriptivos.

Se empleó la prueba estadística de correlación (r) de Pearson para variables de intervalo o proporción, en caso de variables nominales se hizo uso de la prueba ETA, existente en el software estadístico SPSS ver 13. El nivel de significancia fue fijado en  $p < 0.05$  (Significativo).

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

### I. VARIABLE DEPENDIENTE:

#### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA

**Definición conceptual:** Conjunto de información que se adquiere en el trato directo con los hombres y las cosas. (Guiber, 2000).

**Definición operacional:** Se consideró según la puntuación obtenida de la aplicación de un cuestionario de 33 preguntas distribuidas en cinco áreas. Cada respuesta correcta se le otorgará la puntuación de uno y la respuesta incorrecta o en blanco la puntuación de cero. El puntaje total se obtendrá de la suma de cada respuesta pudiendo variar entre cero y 33, siendo registrada como:

Puntuación entre 21 – 33: Nivel de conocimiento bueno

Puntuación entre 11 – 20: Nivel de conocimiento regular

Puntuación entre 0 – 10: Nivel de conocimiento malo

## **2. VARIABLE INDEPENDIENTE:**

### **2.1 FACTORES FAMILIARES:**

**Definición operacional:** Se consideró según las siguientes subvariables:

#### **TIPO DE FAMILIA**

**Definición conceptual:** Forma con la unidad básica de la sociedad se encuentra según su composición o estructura (Guiber, 2002).

**Definición operacional:** Se consideró según con quien viva el adolescente entrevistado, registrándose como:

- Familia Nuclear: familia formada por el padre, la madre y los hijos.
- Familia Matrifocal: Conformada por la madre sola y sus hijos.

#### **TAMAÑO DE FAMILIA**

**Definición conceptual:** Cantidad de personas que forman la familia (Guiber, 2002).

**Definición operacional:** Se consideró según el número de integrantes de la familia registrándose como:

- Menos de cinco integrantes
- De cinco a más integrantes

## **INGRESO FAMILIAR MENSUAL**

**Definición conceptual:** Cantidad monetaria con que cuenta una familia durante un mes para subsistir (Dic Real Academia).

**Definición operacional:** Se consideró según el monto de dinero que percibe la familia. Se registró como:

- Menos de 500 nuevos soles
- 500 a 1000 nuevos soles
- Mas de 1000 nuevos soles

## **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

**Definición conceptual:** Es la percepción que tiene un miembro de la familia respecto a la calidad de dinámica, comunicación y/o armonía intrafamiliar y permite tener una idea global del grado de realización de las necesidades de su miembros en la vida familiar (Florenzano, 1996)

**Definición operacional:** Se consideró según la puntuación obtenida de la aplicación del test APGAR familiar aplicado a cada estudiante. Cada respuesta emitida tiene una calificación determinada (Ver anexo 4). Se registró como:

- Puntuación entre 18 – 20: Buena función familiar
- Puntuación entre 14 – 17: Disfunción familiar leve
- Puntuación entre 10 – 13: Disfunción familiar modera
- Puntuación menor o igual a 9: Disfunción familiar Severa.

### **III. RESULTADOS**

## CUADRO 1

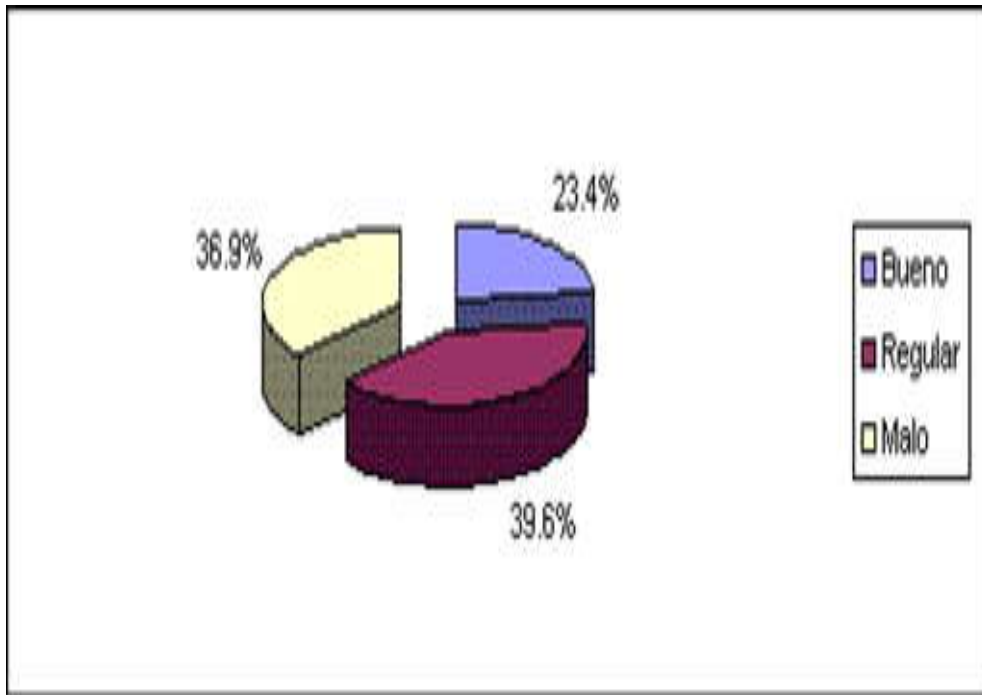
### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA ESTATAL DE TRUJILLO. 2006

<b>Nivel de conocimiento</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
Bueno	26	23.4
Regular	44	39.6
Malo	41	36.9
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta Estructurada

### GRAFICO 1

#### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA ESTATAL DE TRUJILLO. 2006



Fuente: Encuesta Estructurada



## CUADRO 2

RELACION ENTRE EL TIPO DE FAMILIA Y EL NIVEL DE  
CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA EN ESTUDIANTES DE  
SECUNDARIA DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA ESTATAL DE  
TRUJILLO 2006

TIPO DE FAMILIA	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA					
	BUENO		REGULAR		MALO	
	nº	%	nº	%	nº	%
Nuclear	15	57.7	31	70.5	21	51.2
No nuclear	11	42.3	13	29.5	20	48.8
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100.0</b>	<b>44</b>	<b>100.0</b>	<b>41</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta Estructurada

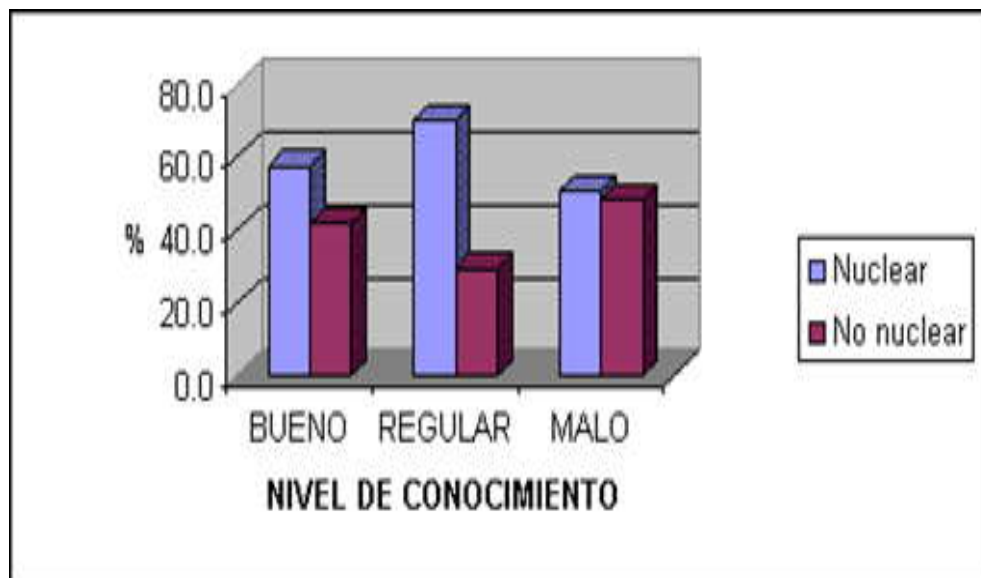
Chi cuadrado: 5.51

G.L: 4

Valor de P: 0.23 = P>0.05

## GRAFICO 2

### RELACION ENTRE EL TIPO DE FAMILIA Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA ESTATAL DE TRUJILLO. 2006



Fuente: Encuesta Estructurada

### CUADRO 3

**RELACION ENTRE EL TAMANO DE LA FAMILIA Y EL NIVEL DE  
CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA EN ESTUDIANTES DE  
SECUNDARIA DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA ESTATAL DE  
TRUJILLO 2006**

Tamaño de la familia	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA					
	BUENO		REGULAR		MALO	
	n°	%	n°	%	n°	%
Menos de cinco integrantes	8	30.8	14	31.8	12	29.3
De cinco a mas integrantes	18	69.2	30	68.2	29	70.7
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100.0</b>	<b>44</b>	<b>100.0</b>	<b>41</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta Estructurada

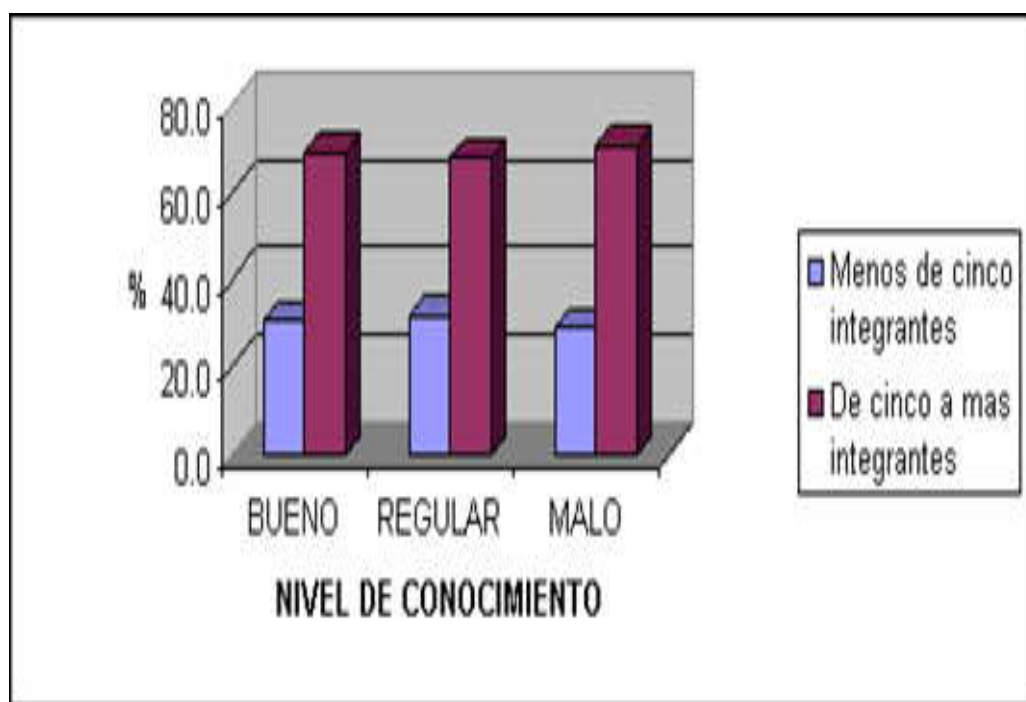
Chi cuadrado: 0.07

G.L: 2

Valor de P: 0.96 = P>0.05

### GRAFICO 3

**RELACION ENTRE EL TAMANO DE LA FAMILIA Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA ESTATAL DE TRUJILLO. 2006**



Fuente: Encuesta Estructurada

#### CUADRO 4

**RELACION ENTRE EL INGRESO MENSUAL FAMILIAR Y EL NIVEL DE  
CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA EN ESTUDIANTES DE  
SECUNDARIA DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA ESTATAL DE  
TRUJILLO 2006**

Ingreso mensual familiar (Nuevos soles)	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA					
	BUENO		REGULAR		MALO	
	n°	%	n°	%	n°	%
Menos de 500	15	57.7	23	52.3	26	63.4
500 - 1000	8	30.8	15	34.1	12	29.3
Mas de 1000	3	11.5	6	13.6	3	7.3
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100.0</b>	<b>44</b>	<b>100.0</b>	<b>41</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta Estructurada

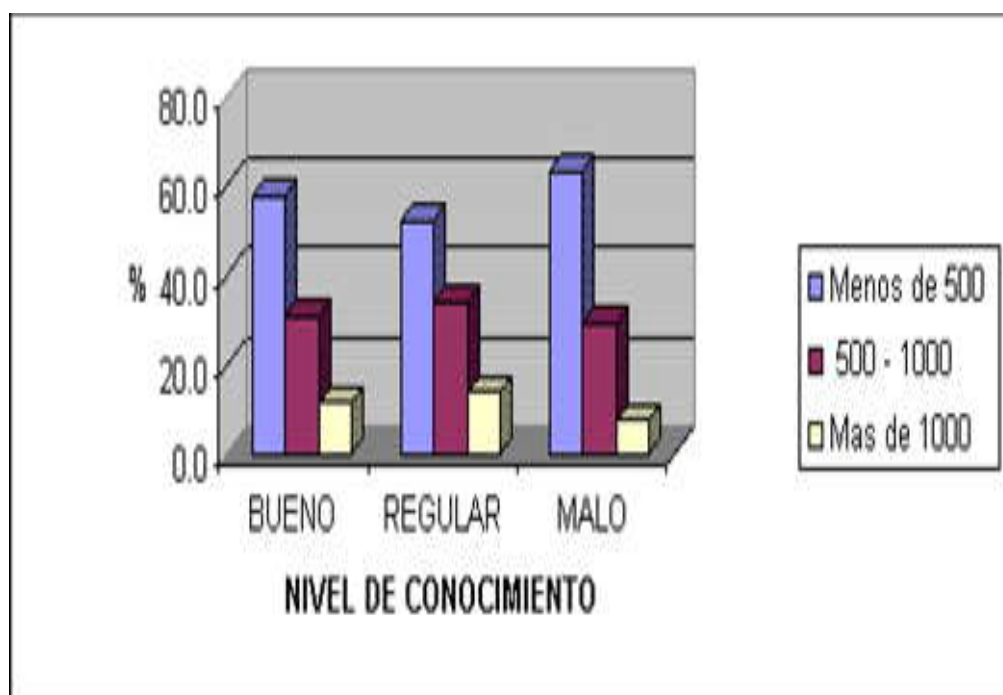
Chi cuadrado: 1.42

G.L: 4

Valor de P: 0.84 = P>0.05

#### GRAFICO 4

RELACION ENTRE EL INGRESO MENSUAL FAMILIAR Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA ESTATAL DE TRUJILLO. 2006



Fuente: Encuesta Estructurada

## CUADRO 5

### RELACION ENTRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA ESTATAL DE TRUJILLO 2006

Funcionamiento Familiar	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA					
	BUENO		REGULAR		MALO	
	n°	%	n°	%	n°	%
Buen funcionamiento familiar.	11	42.3	9	20.5	8	19.5
Disfunc. Fam. Leve	11	42.3	18	40.9	13	31.7
Disfunc. Fam. Moderada	3	11.5	13	29.5	13	31.7
Disfunc. Fam. Severa	1	3.8	4	9.1	7	17.1
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100.0</b>	<b>44</b>	<b>100.0</b>	<b>41</b>	<b>100.0</b>

Fuente: APGAR Familiar y Encuesta Estructurada

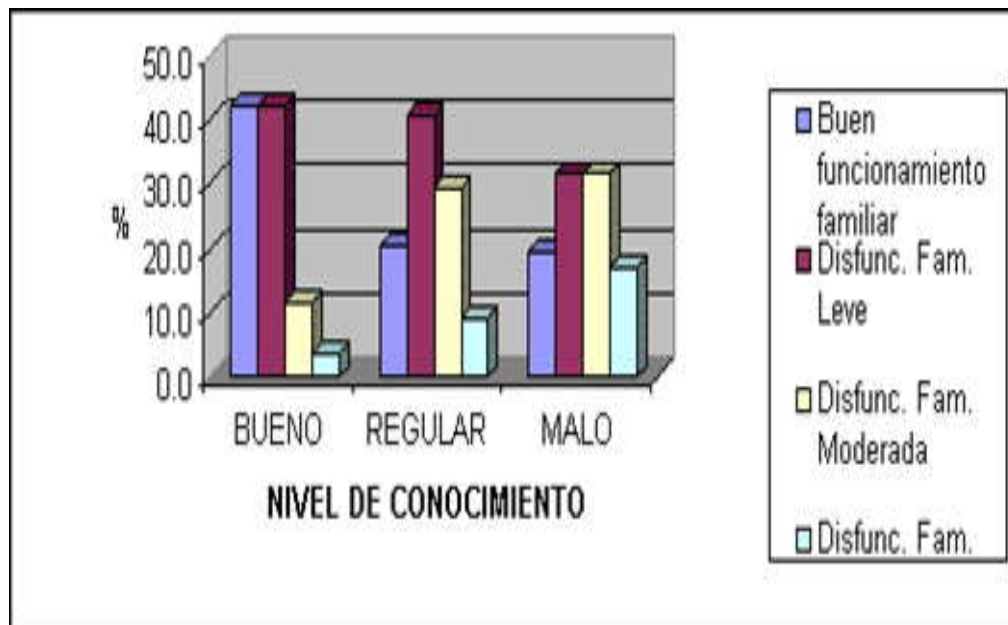
Chi cuadrado: 10.17

G.L: 6

Valor de P: 0.11 = P>0.05

### GRAFICO 5

## RELACION ENTRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA ESTATAL DE TRUJILLO. 2006



Fuente: APGAR Familiar y Encuesta Estructurada



#### IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

**CUADRO 1:** Se estudia el nivel de conocimiento sobre SIDA/VIH en adolescentes, se encontró que 39.6% presentaron nivel de conocimiento regular, 36.9% nivel de conocimiento malo y 23.4% nivel bueno.

Claramente se observa que los adolescentes entrevistados mostraron mayormente nivel de conocimiento deficiente, lo cual sin duda es preocupante puesto que una persona con inadecuado conocimiento sobre el SIDA se encuentra en mayor riesgo de adquirir esta enfermedad ya que desconoce las medidas preventivas y los factores de riesgo asociada a esta infección. Frente a ello se hace necesario educar a todo individuo desde temprana edad y no esperar que llegue el periodo de la adolescencia para recién impartirles información sobre el SIDA, ello debido a que cuando mas edad se tiene suele ser mas difícil corregir ciertas conductas de riesgo.

Los hallazgos encontrados se asemejan con los de Navarro y col quienes en el 2005 con el objetivo de determinar los factores de riesgo, conocimientos, actitudes y prácticas para contraer VIH-SIDA, en adolescentes de bachillerato de Barranquilla, aplicaron un cuestionario tipo CAP a 751 adolescentes entre 14 y 19 años; encontrando que 42.8% del total de adolescentes no tienen conocimiento adecuado del tema. La mayoría de hombres (73.9%) y mujeres (67.1%) no usan siempre condón; 37.3% creen que no tienen riesgo de contraer VIH, y 34.6%. A su vez,

Mosquera y col en el 2003 con el fin de identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, ETS/VIH-SIDA y consumo de medios de comunicación entre adolescentes escolarizados de 12 a 18 años en Palmira, Colombia. Encontrando que existen vacíos de conocimiento sobre las maneras de infección y de las formas de evitar el contagio de las ETS/VIH-SIDA.

A su vez, Baustista y col en el 2002 con el objetivo de determinar el conocimiento y actitud de los adolescentes ante el VIH, entrevistaron a adolescentes de 12 a 16 años en San Cristobal de instituciones públicas y privadas. Se encontró respecto al conocimiento del VIH afirmaron 80.5% en instituciones públicos y 92.9% privados, sobre el mecanismo de transmisión 62.8% de los públicos acertaron y 92.9% de los privados; sin embargo solo 13,4% de los públicos y 21.2% de los privados aseguraron utilizar protección contra VIH. Así mismo, Rafael en 1996 con la finalidad de determinar conocimientos sobre la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana y las Características de la Conducta Sexual en Escolares Adolescentes del Centro Educativo Julio César Escobar, San Juan de Miraflores en 100 alumnos del 3º y 4º de Educación Secundaria. Los resultados hallados fueron los siguientes: que los conocimientos sobre el tema que se investigó fueron el 37% de los alumnos tuvieron nivel de conocimiento malo; 38% nivel regular

**CUADRO 2:** Se analiza la relación entre el nivel de conocimiento y el tipo de familia, se encontró que 42.3% de los adolescentes con nivel de conocimiento bueno pertenecían a familia no nuclear al igual que el 29.5% de aquellos con nivel de conocimiento regular y del 48.8% con nivel de conocimiento malo, no existiendo diferencias estadísticamente significativas, sin embargo al analizar una familia nuclear el nivel de conocimiento sobre VIH – SIDA la tendencia de los resultados es de regular a bueno, mientras que al tener una familia no nuclear el resultado tiende a ser malo en el nivel de conocimiento sobre VIH – SIDA.

Al aplicarse la prueba estadística se puede observar que el nivel de conocimiento no se encontró relacionada al tipo de familia, es decir el vivir con ambos padres o simplemente con uno de ellos no ejerció influencia para que el adolescente presenta mejor o peor nivel de conocimiento sobre SIDA, esto posiblemente se deba a que los padres son en sí los que menor brindan información sobre este tema así como sobre sexo y sexualidad a sus hijos, dejando este gran vacío en el joven, quien se ve obligado a informarse por otros medios, los cuales no siempre confiables. Desde hace atrás es en el colegio donde se viene impartiendo conocimiento sobre SIDA, por lo que se supone éste no va depender exclusivamente del tipo de familia.

Es preciso señalar que son muy escasas las investigaciones que consideran que el nivel de conocimiento puede estar influenciado por

aspectos familiares, de allí la poco número de investigaciones que se utilizan para contrastar los resultados encontrados.

Al respecto, Cordero y cols en 1997 con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y la enfermedad del síndrome inmune deficiencia adquirida (SIDA) y evaluar la efectividad de un Programa Educativo, en adolescentes del último año de educación secundaria del Colegio Nacional Mixto "César Vallejo" durante el mes de mayo de 1997. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario tipo test que incluyeron características personales, características familiares, conducta de riesgo sexual, y el nivel de conocimiento de sobre ETS/SIDA. Se encontró que el nivel de conocimiento no se relacionó con los factores familiares ni socio-económicos, perteneciendo la mayoría de los alumnos a un nivel socio-económico bajo. A su vez, Escobar y cols en el 2001 al evaluar la información que tiene sobre SIDA un grupo de 100 adolescentes entre 13 y 20 años; hallaron que 93% de las adolescentes encuestadas dijeron saber qué es el SIDA, 94% conocían formas de transmisión, aunque ninguna reconoció la transmisión vertical: 55,59% mencionó las relaciones sexuales, 25% la sangre, 14,47% las inyecciones. Sin embargo el convivir con o sin los padres no constituyó un factor de influencia para este conocimiento

**CUADRO 3:** Se estudia la relación entre el nivel de conocimiento y el tamaño de familia, se halló que el 69.2%, 68.2% y 70.7% de los adolescentes con nivel de conocimiento bueno, regular y malo respectivamente contaban con de cinco a mas integrantes en su familia, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas; pero la tendencia nos muestra que al tener una familia constituida con menos de cinco integrantes el nivel de conocimientos sobre VIH –SIDA es de regular a bueno, y una familia con cinco integrantes a mas el resultado obtenido tiene una tendencia de malo.

De igual forma que el cuadro anterior los resultados de este cuadro muestran que el nivel de conocimiento sobre SIDA/VIH tampoco se encontró relacionado al tamaño de la familia, esto posiblemente debido a que la pandemia del SIDA es un tema difundido ampliamente en los colegios y dentro de la comunidad a través de diversos medios de comunicación por lo que sin importar el tamaño de la familia todos los integrantes de ellas de una u otra manera han recibido información sobre esta enfermedad.

No se encontraron investigaciones en donde se evalúe la relación entre el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y el tamaño de la familia. Por lo que los resultados encontrados no pudieron ser comparados con los de otros investigadores.

Sin embargo, cabe señalar que Aomreore A y cols., en el 2004 al estudiar el conocimiento sobre el SIDA en 1800 estudiantes de tercer año de la preparatoria, hallaron que los estudiantes de la clase social alta demostraron más conocimiento que aquellos del medio y la clase social baja; por lo que se puede traducir que los estudiantes de mayor clase social son aquellos con menor probabilidad de hacinamiento. Por otro lado, Di Clemente R y cols., en 1993 al estudiar el nivel de conocimiento sobre SIDA en estudiantes de secundaria; hallaron que los adolescentes con residencia rural presentan peor nivel de conocimiento así como altas tasas de conductas de riesgo para esta enfermedad. Estos resultados pueden servir para comentar que las familias de zona rural cuentan con un número mucho mas grande de integrantes de la familia que aquellas de zona urbana.

**CUADRO 4:** Se evalúa la relación entre el nivel de conocimiento y el ingreso mensual familiar, se encontró que el 57.7% de los adolescentes con nivel de conocimiento bueno, 52.3% con nivel regular y 63.4% con nivel malo contaban con ingreso mensual familiar menor de 500 nuevos soles, no hallándose diferencias estadísticamente significativas. La tendencia que muestran los resultados es que a un ingreso económico menor el nivel de conocimiento es malo, mientras que al tener un ingreso económico mayor de 500 soles la tendencia de los resultados es de

regular a bueno con respecto al nivel de conocimientos sobre VIH – SIDA.

Los hallazgos encontrados nos muestran que el ingreso mensual familiar no guardo asociación con el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA, esto posiblemente debido a que los padres en el hogar independientemente de lo que gana muy poco informan o refuerzan los conocimientos que tiene sus hijos sobre las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA, dejando esta labor a los docentes o profesionales de la salud, por lo que el nivel de conocimiento no se encuentra relacionado al ingreso económico de la familia.

Los resultados encontrados difieren de los de Caballero y cols quienes en el 2003 al describir conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes de distintos estratos socioeconómicos, mediante un análisis de consenso cultural; hallaron que hubo altos grados de consenso en todos los estratos. La concordancia de conocimientos individuo/grupo fue mayor en estratos superiores. El patrón de respuestas correctas mostró: a) conocimientos similares sobre formas de transmisión casual, características del SIDA y alto riesgo en trabajadoras del sexo comercial, y b) diferencias basadas en dudas e incertidumbres sobre la protección del condón, la distinción VIH/SIDA y la transmisión en clínicas. Concluyendo que los conocimientos son homogéneos en todos los estratos. A su vez, Millan y cols., en el 2000. al aplicar una encuesta destinada a orientar la promoción de un estilo de vida saludable, frente al

síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en 636 adolescentes escolares, seleccionando al azar, en 3 grupos de colegios: subvencionados (S), municipalizados (M) y particulares (P); hallaron que el nivel de conocimiento fue similar en los tres grupos, lo que deja entrever que tipo colegio lo que reflejaría en algunos casos el nivel económico de la familia no influyó en el nivel de conocimiento. .

**CUADRO 5:** Se estudia la relación entre el nivel de conocimiento y el funcionamiento familiar, se halló que el 3.8% de los adolescentes con nivel de conocimiento bueno presentaban disfunción familiar severa al igual que el 9.1% de los adolescentes con nivel de conocimiento regular y del 17.1% con nivel de conocimiento malo, no existiendo diferencias estadísticamente significativas; sin embargo la tendencia que encontramos cuando existe una familia con buen funcionamiento familiar el nivel de conocimiento sobre VIH – SIDA es bueno.

Como se puede observar existe una tendencia de incrementarse el nivel de conocimiento malo sobre SIDA a medida que la disfunción familiar aumenta, sin embargo la prueba estadística aplicada no permite afirmar dicha asociación. Al parecer las familias con disfunción familiar corren mayor riesgo que sus miembros se enfermen o adopten conductas riesgosas, por lo que se hace necesario trabajar siempre con la familia a fin de que los padres orientan adecuadamente a su hijos.



Al respecto, González de Pernaleté en el 2002 finalidad de analizar la relación entre la funcionalidad familiar y la presencia o no de infección por VIH/SIDA en los adolescentes, estudiaron 42 adolescentes de los cuales 21 eran positivos para el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o tenían diagnóstico de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Entre los adolescentes seropositivos hubo predominio de familias incompletas (57,15%) mientras que en los seronegativos hubo predominio de familias completas (61,90%). Se encontró que 61,90% de las familias eran disfuncionales entre los adolescentes seropositivos, mientras que entre los adolescentes seronegativos predominaron las familias funcionales (85,71%). En ambos grupos de adolescentes predominó la presencia de autoridad de los padres y las familias con ligamiento afectivo. La mayoría de los adolescentes seropositivos (71,43%) manifestaron baja participación en la solución de los problemas familiares. La comunicación entre padres e hijos fue inadecuada en 61,9% de los adolescentes seropositivos y adecuados en 57,14% de los seronegativos.

## **V.-CONCLUSIONES**

Se descarta la hipótesis que afirma que el tipo de familia, tamaño de la familia, ingreso familiar y la funcionalidad familiar se relacionan significativamente con el conocimiento sobre VIH/SIDA en estudiantes de secundaria debido a que nuestros hallazgos no encontraron relación en dichos variables. Sin embargo, la tendencia muestra que a mayor número de familias nucleares es probable que se encuentre mayores porcentajes de nivel de conocimiento de regular a bueno; a mayor tamaño de la familia es probable encontrar nivel de conocimiento sobre VIH – SIDA de regular a bueno; a mayor ingreso mensual familiar es probable encontrar nivel de conocimiento de regular a bueno; y a buen funcionamiento familiar es probable encontrar buen nivel de conocimiento sobre VIH – SIDA.

## **VI.-RECOMENDACIONES**

De los resultados del presente trabajo de investigación se plantea las siguientes recomendaciones:

1. Implementar en los centros educativos consultorios destinados a atender las preguntas y dudas de los adolescentes a cargo de profesionales de salud capacitados.
2. Reforzar todo nivel de conocimiento sobre SIDA en los colegios sobre todo desde etapas tempranas.
3. Informar a todo los padres de familia sobre la importancia que tiene la pandemia del SIDA a fin de que constantemente orienten adecuadamente a sus hijos.
4. Investigar que otros posibles factores familiares pueden ejercer influencia en el nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA
5. Capacitar a los docentes con la finalidad de que éstos orienten adecuadamente a los jóvenes.

## VII.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aomreore A, Alikor E, Nkanginieme K. 2004 Survey of knowledge of HIV infection among senior secondary school 3 (SSS3) students in Port Harcourt. Niger J Med;13(4):398-404.

Arcos E, Cortés J, Olivo A, Romero J, Saldivia J. 1994. Características psicosociales de la embarazada adolescente en Valdivia. Cuad. med.-soc. (Santiago de Chile); 35(2):31-7

Barros T, Barreto D, Perez F, Santander R, Yopez E, Abad-Franch F y cols. 2001. Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA en adolescentes. Rev. panam. salud pública; 10(2):86-94

Bautista M, Sánchez L, Valero R, Sánchez R. 2002. Conocimiento y actitud sobre el VIH en una población de educación media en San Cristóbal Estado Táchira 2002. Col. med. estado Táchira;11(2):21-25

Bernal J, Bonacic H, Edwards V, Méndez R, Guler J. 1994. Conocimientos y actitudes acerca del SIDA y conducta sexual de escolares y universitarios de las principales ciudades urbanas del país. Rev. Chil. obstetric. ginecol; 59(2):135-45

Bittencourt M, Boell C, Salema E, Caetano J, Norma de Souza A. 2005. Educando para la salud - Conocimiento y fuente de información sobre

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o SIDA. Disponible en URL:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-1691996000200005&lng=e&nrm=iso&tlng=e](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1691996000200005&lng=e&nrm=iso&tlng=e). Fecha de acceso:  
Noviembre 2006

Bolívar A, Lovera C, Navarro D. 2000. Nivel de información sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA De los usuarios entre 18 a 35 años que acuden a consulta en el ambulatorio La Morena de San Carlos, Estado Cojedes. Disponible en URL:  
<http://www.monografias.com/trabajos16/nivel-informacion-sida/nivel-informacion-sida.shtml> -->. Fecha de acceso: Noviembre 2006

Caballero R, Villaseñor A. 2003. Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. Salud Publica Mex;45 supl 1:S108-S114

Cordero U, Cuellar de la Cruz K, Manuel G. Impacto de un programa educativo y factores personales y socioeconómicos que influyen sobre el conocimiento de ETS/SIDA en escolares de quinto año de educación secundaria CNM "César Vallejo" 1997. Lima; s.n; 1997. 63 p. tab.

Delgado A. 2000. Conocimientos y actitudes sobre el SIDA entre adolescentes de control educativo, del Distrito de la Banda de Shilcayo. Disponible en URL:

<http://www.fao.org/ag/aGL/agll/rla128/unsm/unsm52/unsm52.htm>. Fecha de acceso: Noviembre 2006

Di Clemente R, Brown L, Beausoleil N, Lodico M 1993. Comparison of AIDS knowledge and HIV-related sexual risk behaviors among adolescents in low and high AIDS prevalence communities. *J Adolesc Health*;14(3):231-6.

Díaz C, Heredia R. 2000. Actitud de la familia ante las infecciones de transmisión sexual basado en la teoría de Nola Pender. Disponible en URL:<http://www.monografias.com/trabajos15/infecciones-sexuales/infecciones-sexuales.shtml> -->. Fecha de acceso: Noviembre 2006

Escobar M, Riopedre P, Katabian L, López C, Trumper E. 2001. ¿Qué conocen las adolescentes sobre HIV/SIDA?: significación y conceptualización que sobre ésta enfermedad tiene un grupo de adolescentes. *Rev. Soc. Argent. Ginecol. Infanto Juvenil*;8(3):160-164

Florenzano R. 1996. La medición del funcionamiento familiar: aproximaciones clásicas y el modelo de olson. En Instituto de Terapia Familiar. *De familias y Terapias*. pp. 43-45.

Florez M. 2000. Un desafío para el profesional de enfermería. Disponible en URL:

[http://64.233.161.104/search?q=cache:YnnlgKDy3\\_YJ:www.colegiodeenferreras.cl/pdf/escprom.pdf+modelo+promoci%C3%B3n+de+la+salud+de+nola+pender&hl=es&gl=pe&ct=clnk&cd=4](http://64.233.161.104/search?q=cache:YnnlgKDy3_YJ:www.colegiodeenferreras.cl/pdf/escprom.pdf+modelo+promoci%C3%B3n+de+la+salud+de+nola+pender&hl=es&gl=pe&ct=clnk&cd=4). Fecha de acceso: Noviembre 2006

Florez O, Lugo A, Lugo D, Moya E. 2001. Conocimientos generales sobre sexualidad en adolescentes del área urbana de la ciudad de Punto Fijo. Rev. Venezol; 45-59.

Fundación anti - SIDA. 2001. VIH y SIDA en niños. Disponible en URL: <http://www.fase.es/vih07.htm>. Fecha de acceso: Noviembre 2006

González de Pernalet H. Estudio comparativo de la disfunción familiar en adolescentes con infección del VIH - SIDA en relación con adolescentes seronegativos. Barquisimeto, Estado Lara, Abril 2002

Grupo MSD. 1998. Pruebas del SIDA. Disponible en URL: [http://www.msd.es/enfermedades/sida/sida\\_6\\_1.html](http://www.msd.es/enfermedades/sida/sida_6_1.html). Fecha de acceso: Noviembre 2005.

Guiber W, Grau J, Romero T, Prendez M, Chacon P. 2000. Procesos psicosociales en la educación en salud y en la prevención del cáncer. Rev. Cubana Med Gen Integr;16(2):186-93

Guiber W. 2002. La promoción de salud ante el suicidio. Rev Cubana Med Gen Integr;18(1):33-45

[http://64.233.161.104/search?q=cache:YnnlgKDy3\\_YJ:www.colegiodeenferreras.cl/pdf/escprom.pdf+modelo+promoci%C3%B3n+de+la+salud+de+nola+pender&hl=es&gl=pe&ct=clnk&cd=4](http://64.233.161.104/search?q=cache:YnnlgKDy3_YJ:www.colegiodeenferreras.cl/pdf/escprom.pdf+modelo+promoci%C3%B3n+de+la+salud+de+nola+pender&hl=es&gl=pe&ct=clnk&cd=4). Fecha de acceso: Noviembre 2006

<http://www.fao.org/ag/aGL/agll/rla128/unsm/unsm52/unsm52.htm>. Fecha de acceso: Noviembre 2006

<http://www.monografias.com/trabajos16/nivel-informacion-sida/nivel-informacion-sida.shtml> -->. Fecha de acceso: Noviembre 2006

Instituto Materno Perinatal. 1999. Adolescencia y Salud reproductiva. Lima - Perú. p. 35 - 36

Instituto Nacional De Estadística E Informática. 1997. Encuesta demográfica y de salud Familiar. Lima Perú. p. 33-34.

Millán T, Ávila P, Godoy K, Lu C, Álvarez M, Martínez M, Gálvez G. y cols. Conocimientos sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida en adolescentes tempranos, escolares de ciclo básico de colegios del área sur-poniente de Santiago de Chile, 1998. Bol. Hosp. San Juan de Dios 2000; 47(2):89-94



Mosquera J, Mateus J. 2003. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes Colomb. med; 34(4):206-212

Navarro E, Vargas R. 2005. Factores de riesgo para adquirir VIH/SIDA en adolescentes escolarizados de Barranquilla, 2003. Invest. educ. enferm; 23(1):44-53.

Polit, D. y Hungler, G. (1997). Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 5º ed. Ed. Mc Graw – Hill Interamericana. México. pp. 166-167.

Organización Panamericana de la Salud. 1989. SIDA: Perfil de una epidemia. Oficina Regional de la OMS. Publicación científica N° 514. p. 71-75, 217- 220, 285-295

Rafael H. 1996. Conocimientos sobre infección por el virus de inmunodeficiencia humana y características de la conducta sexual en escolares adolescentes: Centro Educativo Julio César Escobar San Juan de Miraflores ; Lima; s.n; 1996. 46 p.

Saucedo P. 2000. Los adolescentes y sus problemas. Disponible en URL: [http://www.geocities.com/psaucedo\\_2000/](http://www.geocities.com/psaucedo_2000/). Fecha de acceso Abril 2005.

Smilkstein G. 1978. The Family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract; 6: 1231-1239

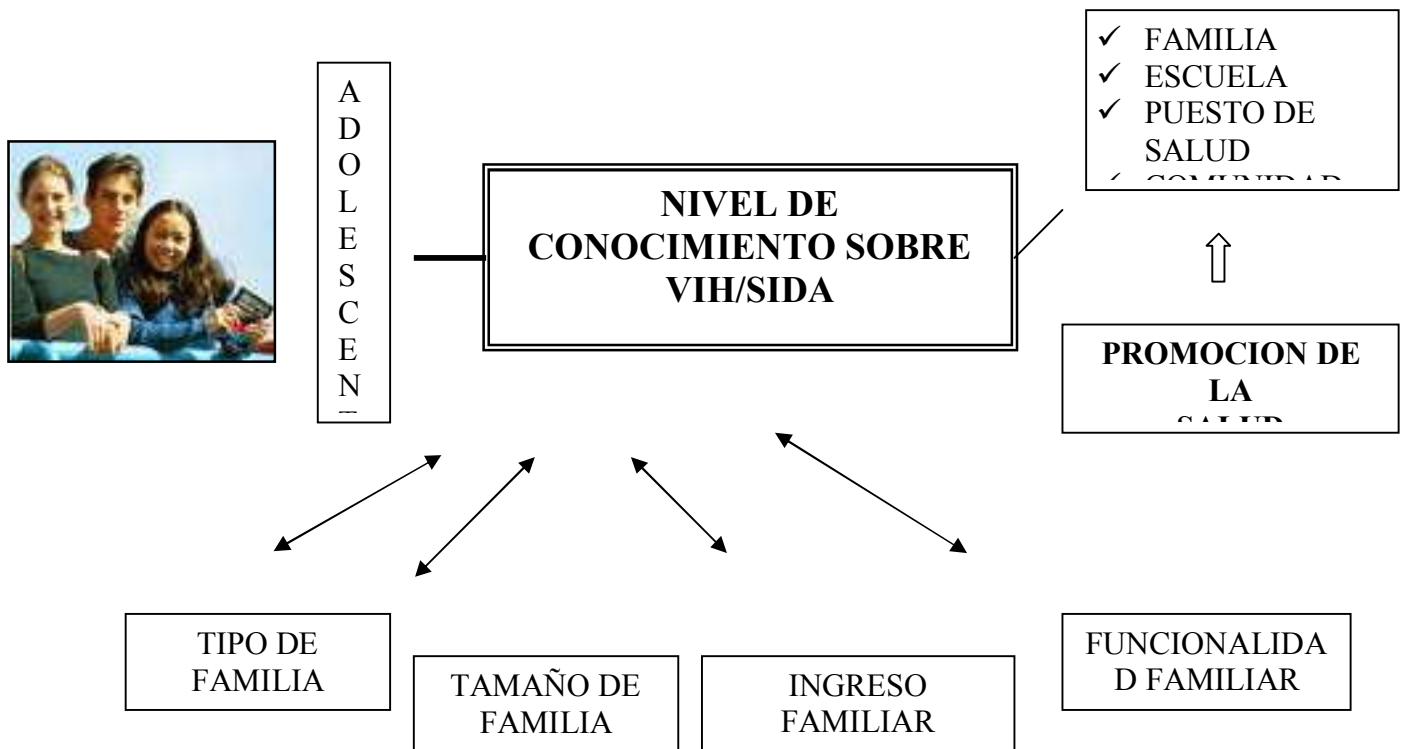
Teixeria M, Cardoso M. Pinho N, Neyva P. 1999. Adolescentes y enfermedades sexualmente transmisibles (EST'S/SIDA). Rev Cubana Enfermer; 15(1)

Velásquez G, Gómez R. 1996. Fundamentos de medicina. SIDA enfoque integral. Corporación para investigaciones biológicas. Medellín p. 3-12.

Zacarias F, Gonzalez R, Betts C. 1994. Epidemiología del SIDA en las Américas. En: Sánchez J, Mazzotti G, Cuellar L, Campos P, Gotuzzo E. SIDA: Epidemiología, diagnóstico, tratamiento y control de la infección. Organización Mundial de la salud - Ministerio de Salud del Perú. p. 13-17, 80 - 85.

## **VIII. ANEXOS**

## ANEXO 1



**Figura 1:** Modelo de Promoción de la Salud Según Nola Pender aplicado al presente proyecto.

## ANEXO 2

### FORMULA PARA CALCULAR TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2(pe \cdot qe)}{E^2}$$

- n : tamaño de la muestra  
Z $\alpha$  : coeficiente de confiabilidad  
pe : frecuencia de aparición del fenómeno  
qe : 100 - pe  
E : error tolerado  
N : población muestral  
nf : tamaño final de la muestra

#### Reemplazando valores

- Z $\alpha$  : 1.96 (para un nivel de precisión del 95%)  
pe : 0.37 (para una frecuencia del factor estudiado 37% )  
qe : 0.63  
E : 5%

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 0.37 \cdot 0.63}{(0.05)^2}$$

$$n = 358.19$$

$$nf = \frac{n}{1 + n/N}$$

$$nf = \frac{358.19}{1 + 358.19/161}$$
$$nf = 111$$



## DATOS SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA

### 1. ¿Qué es para ti el SIDA?

	SI	NO	NO SE
a) Una enfermedad de transmisión sexual.	( )	( )	( )
b) Cáncer	( )	( )	( )
c) Una enfermedad que se contagia y se cura.	( )	( )	( )
d) Es producido por virus.	( )	( )	( )
e) Una enfermedad que causa disminución de la defensa del cuerpo.	( )	( )	( )

### 2. El agente causal del SIDA se encuentra en:

a) Saliva y lágrimas.	( )	( )	( )
b) Sangre.	( )	( )	( )
c) Secreciones vaginales y semen.	( )	( )	( )
d) Leche de madre infectada.	( )	( )	( )
e) Orina y sudor.	( )	( )	( )

### 3. ¿Cómo se adquiere el VIH/SIDA?

a) Por dar la mano o saludar a la persona infectada.	( )	( )	( )
b) Picadura de mosquitos y zancudos.	( )	( )	( )
c) Por compartir viviendas o servicios higiénicos.	( )	( )	( )
d) A través del beso.	( )	( )	( )

- e) Por usar la máquina de afeitar y/o cepillo de dientes usados. ( ) ( ) ( )
- f) Por conversar con una persona que tiene SIDA. ( ) ( ) ( )
- g) Por tener relaciones sexuales en forma casual. ( ) ( ) ( )  
( ) ( ) ( )
- h) Al hincarse con agujas o jeringas usadas.
- i) Tener prácticas sexuales de alto riesgo como relación contranatura o anal, sin protección. ( ) ( ) ( )  
( ) ( ) ( )
- j) Por donar sangre a personas con VIH/SIDA

#### 4. ¿Cómo se previene el VIH/SIDA?

- a) El uso del condón disminuye el riesgo de infección, de hombre a mujer. ( ) ( ) ( )
- b) Abstinencia sexual hasta el matrimonio. ( ) ( ) ( )
- c) Tener relaciones sexuales con pareja estable. ( ) ( ) ( )
- d) Gestante infectada con tratamiento antirretroviral. ( ) ( ) ( )
- e) Teniendo relaciones sexuales con homosexuales y/o prostitutas. ( ) ( ) ( )
- f) Tener muchas parejas sexuales. ( ) ( ) ( )



g) Todo donante debe realizarse el examen de ( ) ( ) ( )  
laboratorio de descarte del VIH/SIDA.

**5. A quiénes considerar en riesgo de contraer VIH/SIDA**

- a) Homosexuales y Prostitutas. ( ) ( ) ( )
- b) Bisexuales (relaciones sexuales con ambos sexos). ( ) ( ) ( )
- c) Heterosexuales promiscuos (relaciones sexuales con más de una pareja). ( ) ( ) ( )
- d) Los que reciben transfusiones de sangre infectada. ( ) ( ) ( )
- e) Drogadictos. ( ) ( ) ( )
- f) Niños nacidos de madres infectadas. ( ) ( ) ( )

**ANEXO 4**  
**APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN**

**Instrucciones:** A continuación se le formula algunas preguntas referentes a su familia, se le pide que responda con la mayor sinceridad, ya que este es un cuestionario que no llevará escrito su nombre.

**Autor:** Dr. Gabriel Smilkstein

	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Me satisface el apoyo que recibo de mi familia					
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como tristeza, rabia, amor					
Me satisface como compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa y el dinero,					

**ANEXO 5**  
**HOJA DE CALIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE**  
**CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA**

**PREGUNTAS**

**RPTA CORRECTA**

**El SIDA es :**

Una enfermedad de transmisión sexual.	SI
Cáncer	NO
Una enfermedad que se contagia y se cura.	NO
Es producido por virus.	SI
Una enfermedad que causa disminución de la defensa del cuerpo.	SI

**El agente causal del SIDA se encuentra en:**

Saliva y lágrimas.	NO
Sangre.	SI
Secreciones vaginales y semen.	SI
Leche de madre infectada.	SI
Orina y sudor.	NO

**¿Cómo se adquiere el VIH/SIDA?**

Por dar la mano o saludar a la persona infectada.	NO
Picadura de mosquitos y zancudos.	NO
Por compartir viviendas o servicios higiénicos.	NO
A través del beso.	NO
Por usar la máquina de afeitar y/o cepillo de dientes usados.	NO

Por conversar con una persona que tiene SIDA.	NO
Por tener relaciones sexuales en forma casual.	SI
Al hincarse con agujas o jeringas usadas.	SI
Tener prácticas sexuales de alto riesgo como relación contranatura o anal, sin protección.	SI
Por donar sangre a personas con VIH/SIDA	NO

### **¿Cómo se previene el VIH/SIDA?**

El uso del condón disminuye el riesgo de infección, de hombre a mujer.	SI
Abstinencia sexual hasta el matrimonio.	SI
Tener relaciones sexuales con pareja estable.	SI
Gestante infectada con tratamiento antirretroviral.	SI
Teniendo relaciones sexuales con homosexuales y/o prostitutas.	NO
Tener muchas parejas sexuales.	NO
Todo donante debe realizarse el examen de laboratorio de descarte del VIH/SIDA..	SI

### **A quiénes considerar en riesgo de contraer VIH/SIDA**

Homosexuales y Prostitutas.	SI
Bisexuales (relaciones sexuales con ambos sexos).	SI
Heterosexuales promiscuos (relaciones sexuales con más de una pareja).	SI

Los que reciben transfusiones de sangre infectada.	SI
Drogadictos.	SI
Niños nacidos de madres infectadas.	SI

**PUNTAJE TOTAL**

**BUENO** 21 – 33

**REGULAR** 11 – 20

**MALO** 0 - 10

## ANEXO 6

### HOJA DE CALIFICACIÓN DEL TEST DEL APGAR FAMILIAR

	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Me satisface el apoyo que recibo de mi familia.	0	1	2	3	4
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.	0	1	2	3	4
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.	0	1	2	3	4
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como tristeza, rabia, amor.	0	1	2	3	4
Me satisface como compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa y el dinero.	0	1	2	3	4

- Buena función familiar: 18 – 20
- Disfunción familiar leve: 14 - 17
- Disfunción familiar modera: 10 – 13
- Disfunción familiar Severa: menor o igual a 9