

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA

ESCUELA DE POST GRADO

MAESTRÍA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD



“COMPARACIÓN DE LAS COMPETENCIAS PERSONALES SOBRE SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN ADOLESCENTES ESCOLARES DE QUINTO AÑO DE SECUNDARIA DE LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD MANUEL PRADO – MINISTERIO DE SALUD, QUE HAN RECIBIDO EDUCACIÓN POR PARES Y POR PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL AÑO 2 005”.

**TESIS PRESENTADA POR:
NELSON CHÁVEZ CERPA**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAGÍSTER EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD.**

AREQUIPA – PERÚ

2 006

*A mi madre, en reconocimiento a
su amor y esfuerzo constante en
la búsqueda de la realización de
sus hijos.*

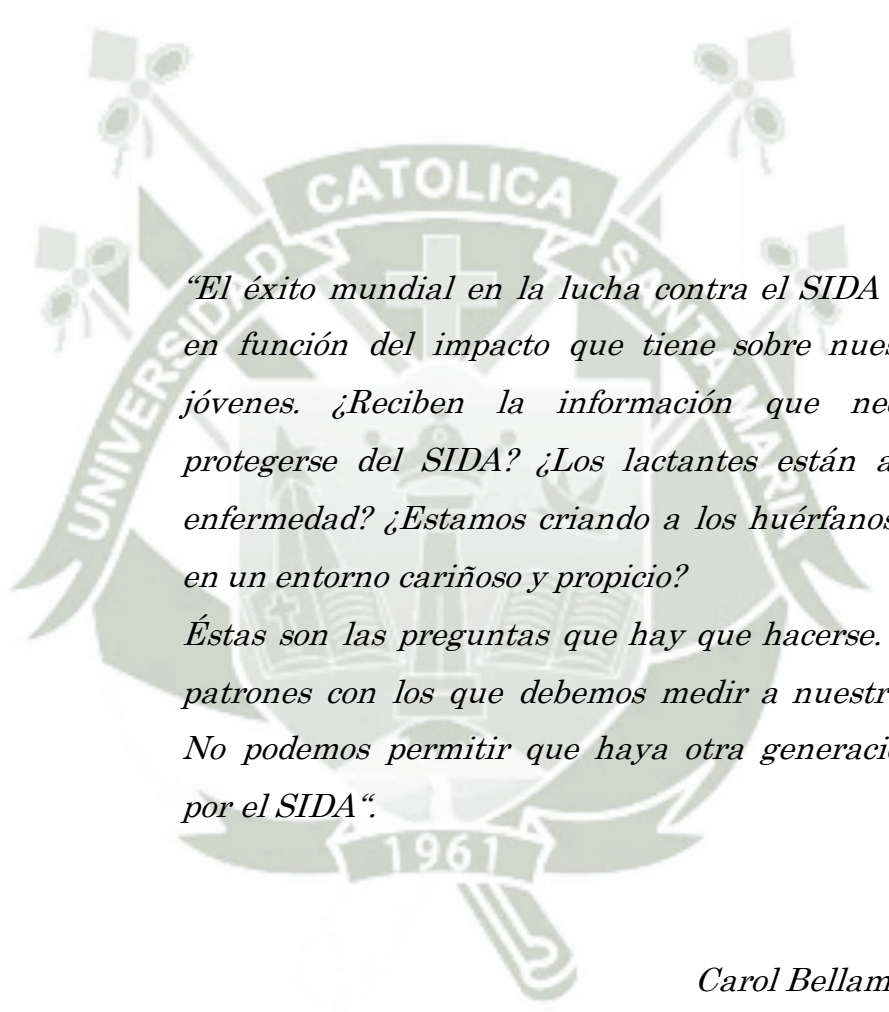


*A la memoria de Guillermo I.
Chávez Manrique, mi inolvidable
Padre.*

*A mi esposa Diana, en gratitud a
su amor y comprensión.*



*A mis hijos, Diana Daniela, Diego
Alonso y Nelson Manuel.*



“El éxito mundial en la lucha contra el SIDA debe medirse en función del impacto que tiene sobre nuestros niños y jóvenes. ¿Reciben la información que necesitan para protegerse del SIDA? ¿Los lactantes están a salvo de la enfermedad? ¿Estamos criando a los huérfanos por el SIDA en un entorno cariñoso y propicio?

Éstas son las preguntas que hay que hacerse. Éstos son los patrones con los que debemos medir a nuestros dirigentes. No podemos permitir que haya otra generación devastada por el SIDA“.

Carol Bellamy

Directora Ejecutiva del UNICEF

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN	
SUMMARY	
INTRODUCCIÓN	
RESULTADOS	
1. SISTEMATIZACIÓN Y ESTUDIO DE LOS CASOS.....	01
1.1. Primer Indicador.....	01
1.2. Segundo Indicador.....	10
1.3. Evaluación de la variable investigativa.....	18
2. DISCUSIÓN.....	19
3. CONCLUSIONES.....	38
4. PROPUESTAS Y SUGERENCIAS.....	39
5. BIBLIOGRAFÍA.....	40
ANEXOS	

RESUMEN

Los Adolescentes encuentran a menudo a los Educadores Pares más creíbles que los Educadores Adultos. Los educadores pares entrenados son una fuente de información más creíble para alguna juventud que los educadores adultos porque ellos comunican de maneras más entendibles y sirven como el papel positivo.

A través de un estudio transversal, descriptivo y comparativo se pretendía comparar la educación por pares y por profesionales de la salud para mejorar las competencias personales sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en escolares de 15 a 19 años de la jurisdicción del Centro de Salud Manuel Prado – Ministerio de Salud – en el 2 005, por lo que se explorarían los conocimientos y actitudes mostrados por ellos luego de la aplicación de ambas estrategias educativas por separado. Se utilizaría la técnica del cuestionario y una cédula de preguntas anónima, voluntaria y auto cumplimentada, en 40 escolares por cada tipo de educación, seleccionados por sus maestros, con determinado perfil. Los resultados obtenidos evidencian que hay diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = 3,93$ a un Nivel de significación del $0,05 = 3,84$) en las competencias personales respecto a VIH/SIDA entre ambas estrategias educativas. Se comprueba que el desempeño logrado por los Educadores Pares alcanzó un nivel “Adecuado” (60,90% 28/40) mientras que en el caso del grupo educado por Profesionales de la Salud este resultó “Inadecuado”. (48,07% 19,40). Se recomienda impulsar la implantación de la Educación por Pares, involucrar a las autoridades educativas en el intento y una mejora continua de los procesos de esta estrategia.

SUMMARY

Young people often find the most believable Peer Educators that Adult Educators. The trained peer educators are a more believable source of information for some youth than the adult educators, because they communicate in understandable more ways and they serve as the positive paper.

Through a cross sectional, descriptive and comparative study it was sought to compare the education for peers and for professionals of health to improve the personal competitions on the Syndrome of Acquired Immunodeficiency (AIDS) in school of 15 to 19 years of the jurisdiction of the Center of Health Manuel Prado, Ministry of Health in the 2005, for what the knowledge and attitudes shown by them would be explored after the application of both educational strategies for separate. It would be used the technique of the questionnaire and an anonymous, voluntary schedule of questions and self executed, in 40 scholars for each education type, selected by their teachers, with certain profile. The obtained results evidence that there are differences statistically significant ($X^2 = 3,93$ to a Level of significance of the $0,05 = 3,84$) in the personal competitions regarding VIH/SIDA among both educational strategies. It is proven that the performance achieved by the Even Educators reached a level "Appropriate" (60,90% 28/40) while in the case of the group educated by Professionals of the Health it was "Inadequate." 48,07% 19,40). It is recommended to impel the installation of the Education for Peers, to involve to the educational authorities in the intent and a continuous improvement of the processes of this strategy.

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se buscó determinar las ventajas en los resultados de la educación por Educadores Pares respecto de la educación por Profesionales de la Salud y para lo cual se conformaron dos grupos de pacientes.

A pesar de que sea evidentemente deseable que se facilite educación por profesionales de la salud sobre el SIDA a los estudiantes, existen diversos obstáculos en el camino, entre los que figuran los que se exponen a continuación: se da información pero no se imparten conocimientos prácticos, la cuestión se considera demasiado controvertida, el plan de estudios está saturado, la cobertura es incompleta, la educación sobre el SIDA se suele enseñar sólo en la escuela secundaria, los planes de estudios son de deficiente calidad, y no se imparte educación sobre los servicios de orientación.

Generalmente la educación inter pares conlleva el uso de miembros de un grupo determinado para producir cambios entre otros miembros del mismo grupo. A menudo la educación inter pares se utiliza para propiciar cambios al nivel individual, tratando de modificar los conocimientos, actitudes, creencias o comportamientos de una persona. Sin embargo, la educación inter pares también puede producir cambios al nivel social o de grupo, modificando normas y estimulando la acción colectiva conducente a cambios en los programas y las políticas.

En nuestra investigación se utilizó como criterio de comparación entre estas dos estrategias educativas a las competencias personales en relación al VIH/SIDA, las cuales incluyen a los conocimientos y a las actitudes exhibidas por estos escolares en ambas técnicas educativas, partiendo de la suposición que con la educación impartida por Educadores Pares se logra un mejor desempeño en los escolares que con la de los Profesionales de la Salud, por las razones arriba expuestas.

Conocer qué saben y cuáles son las actitudes de las y los jóvenes sobre VIH-SIDA, constituye una fuente valiosa de información para el diseño de estrategias de educación y comunicación, tendientes a promover en esta etapa de la vida comportamientos saludables, los cuales son marcadores para el futuro. Igualmente, es importante para la prevención de la epidemia en jóvenes determinar si en nuestros escolares pueden reproducirse las ventajas que se han hallado en otros lugares de la estrategia Educadores Pares en comparación con la de los Profesionales de la Salud.

En este estudio de naturaleza transversal, descriptiva y comparativa, previa autorización de las autoridades sanitarias y educativas de la localidad, se consideró a dos grupos de escolares de 40 integrantes, uno para cada tipo de educación, a los que se les impartió contenidos educativos orientados a mejorar las competencias personales en relación al VIH/SIDA. Posteriormente estos fueron evaluados con un instrumento, previa prueba piloto para su calibración y determinar los porcentajes de respuestas. La cédula de preguntas que sirvió para la exploración tuvo 45 reactivos, 20 para conocimientos y 25 para actitudes. En

todo momento se preservó el anonimato y la confidencialidad de los integrantes del estudio. La sistematización de datos para la información cruda se hizo en paquetes informáticos. Se aplicaron las medidas de resumen habituales que se hace en los análisis univariados de estudios descriptivos y comparativos. Para la clasificación de los puntajes obtenidos se estableció como umbral el percentil 60 para un nivel de conocimientos “Adecuado”. En el caso del inventario de actitudes este umbral también fue el mismo para actitudes “Adecuadas”. Se tuvo en consideración preceptos éticos en investigación como autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Las principales limitaciones y dificultades que hemos encontrado han sido la poca disponibilidad de tiempo de los integrantes del estudio debido a la sobrecarga curricular de los escolares. Otra ha sido la posibilidad de que muchos reactivos no hayan sido respondidos con honestidad, lo cual es común en este tipo de estudios. En algunos casos la falta de privacidad o la presunción de perder el anonimato pueden haber contribuido a que algunos reactivos queden sin respuesta, sumado esto al temor y vergüenza que despiertan estos temas en una juventud cargada de mitos y tabúes, que no está acostumbrada a este tipo de experiencias investigativas, tal vez para muchos ha sido la primera vez que han sido consultados sobre estos temas o nunca se vieron en la necesidad de reflexionar en torno a las interrogantes o premisas de los reactivos. También creemos que hubiera sido interesante contar con un mayor número de variables que permitan explorar las características sociodemográficas de la muestra y las dimensiones del comportamiento bajo el enfoque de riesgo en esta población, sin embargo,

también hubiera sobre cargado nuestro instrumento restándole concisión, concreción y funcionalidad; hecha esta salvedad, podemos afirmar que nuestros resultados pueden ser tomados como un estudio de línea de base para otras investigaciones que incorporen estos objetivos en su diseño. En el mismo sentido tenemos que reconocer que debido a nuestras limitaciones económicas este diseño tal vez no tenga la potencia investigativa necesaria para establecer relaciones de causalidad, no obstante consideramos que permite a la comunidad científica una primera aproximación al problema que no ha sido explorado en nuestro medio y que será necesariamente optimizada en futuros estudios.

Queremos agradecer de una manera muy especial a nuestros colaboradores así como a nuestros maestros y a los tutores sin cuyo aporte no hubiese sido posible la realización de este trabajo de investigación. Nuestro especial reconocimiento a las autoridades educativas y plana docente de las instituciones educativas del estudio por las facilidades otorgadas.

RESULTADOS

En este eje organizativo de nuestro trabajo de investigación se ha tomado en cuenta, en primer lugar, la presentación de los resultados de todos los ítems, como unidades de agregación de menor complejidad, en que se han descompuesto los sub indicadores correspondientes, por separado para cada sub indicador del indicador “Conocimientos” y “Actitudes”, para luego ser graficados todos ellos en conjunto con el objetivo de resaltar en una perspectiva que facilite la apreciación, cuales son los que más destacan y cuáles los que menos, además de mostrar con un mejor panorama los que son adecuados o inadecuados, tomando como referente un valor convencional del 60%. Finalmente se muestran los resultados de los indicadores con esta misma lógica de trabajo, así como de la variable investigativa.

1. SISTEMATIZACIÓN Y ESTUDIO DE LOS CASOS

1.1. PRIMER INDICADOR: CONOCIMIENTOS.

CUADRO N° 1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR CATEGORÍAS SEGÚN SUB INDICADORES E ÍTEMS EN EL INDICADOR CONOCIMIENTOS

SUB INDICADORES	ÍTEMS	CATEGORÍAS							
		POR PROFESIONALES DE LA SALUD				POR EDUCADORES PARES			
		ADECUADO		INADECUADO		ADECUADO		INADECUADO	
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Definición	1	28	70.00	12	30.00	37	92.50	3	7.50
	2	36	90.00	4	10.00	39	97.50	1	2.50
	PROMEDIO	32	80.00	8	20.00	38	95.00	2	5.00
Modo de transmisión	3	32	80.00	8	20.00	37	92.50	3	7.50
	4	15	37.50	25	62.50	27	67.50	13	32.50
	5	10	25.00	30	75.00	22	55.00	18	45.00
	6	18	45.00	22	55.00	23	57.50	17	42.50
	PROMEDIO	19	46.88	21	53.13	27	68.13	13	31.88
Percepción de riesgo	7	13	32.50	27	67.50	20	50.00	20	50.00
	8	39	97.50	1	2.50	39	97.50	1	2.50
	9	17	42.50	23	57.50	32	80.00	8	20.00
	10	6	15.00	34	85.00	11	27.50	29	72.50
	11	8	20.00	32	80.00	12	30.00	28	70.00
	12	32	80.00	8	20.00	31	77.50	9	22.50
	13	13	32.50	27	67.50	19	47.50	21	52.50
PROMEDIO	18	45.71	22	54.29	23	58.57	17	41.43	
Prevención	14	17	42.50	23	57.50	28	70.00	12	30.00
	15	15	37.50	25	62.50	26	65.00	14	35.00
	16	28	70.00	12	30.00	30	75.00	10	25.00
	17	17	42.50	23	57.50	22	55.00	18	45.00
	18	13	32.50	27	67.50	26	65.00	14	35.00
PROMEDIO	18	32.50	22	55.00	26	65.00	14	34.00	
Respeto al infectado	19	18	45.00	22	55.00	33	82.50	7	17.50
	20	20	50.00	20	50.00	33	82.50	7	17.50
	PROMEDIO	19	47.50	21	52.50	33	82.50	7	17.50
PROMEDIO TOTAL		21	53.02	19	46.98	30	74.04	10	25.96

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

El cuadro N 1 pretende mostrar la distribución de las frecuencias observadas en los diferentes ítems, así como en los sub indicadores e indicadores del estudio, en ambas estrategias educativas. Debido a que contiene gran cantidad de información sólo comentaremos en esta sección lo relativo a lo más destacado de los ítems para una mejor ilustración, sirviéndonos luego de otros cuadros y gráficos para comentar y contrastar los resultados de los sub indicadores e indicadores de ambos tipos de educación. Así podemos apreciar que en ambas

estrategias educativas hay buen conocimiento de los ítems del sub indicador definición sobrepasando ellos el 60%.

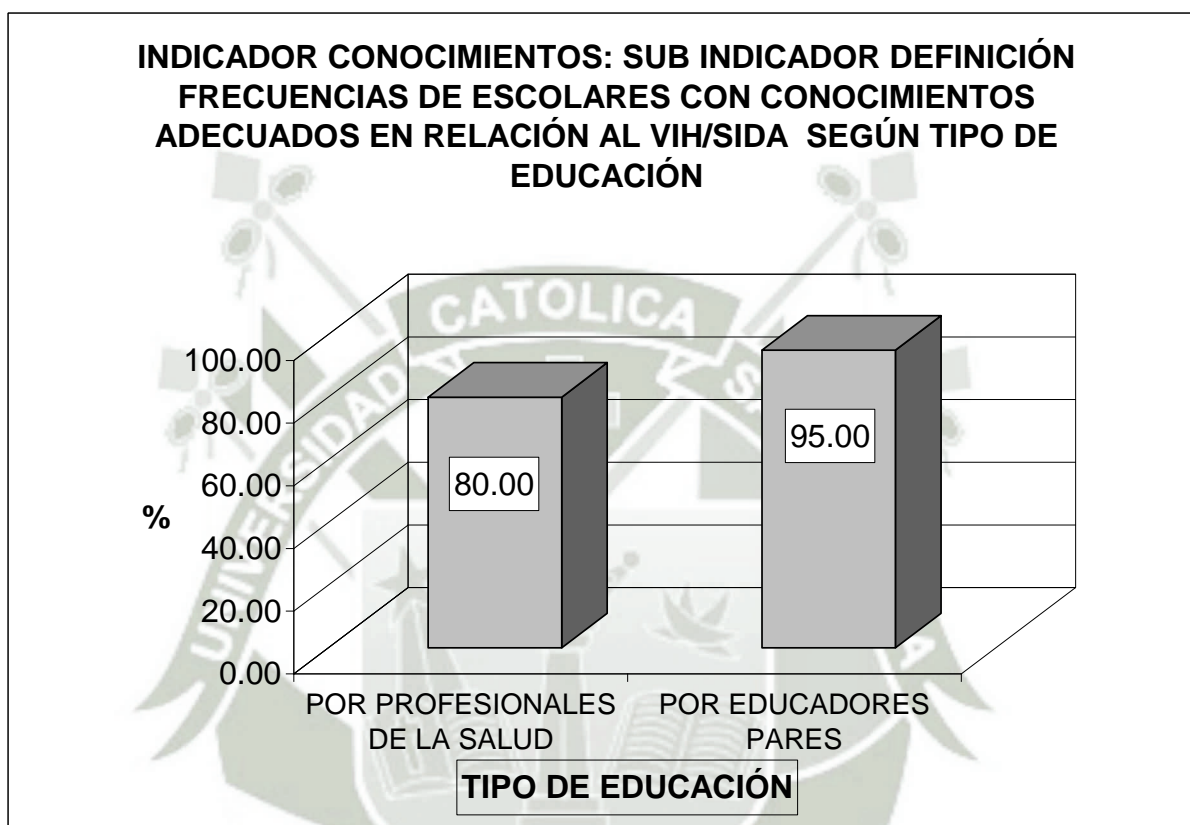
En el caso del sub indicador Modo de transmisión destaca el conocimiento, en ambas estrategias, de la transmisión de la enfermedad durante el embarazo (ítem 3), y en alguna medida durante el parto (ítem 4), pero esto último sólo en la de Educadores pares. Tanto en el grupo educado por profesionales de la salud como el de educadores pares el menor valor se encontró acerca de la transmisión durante la lactancia (ítem 5).

En el sub indicador percepción de riesgo es relevante, en ambas estrategias, el conocimiento que las trabajadoras sexuales tienen riesgo de contraer el VIH / SIDA (ítem 8). Coincidentemente, el valor más bajo, también en ambas, es el referido al ítem 10, donde se demuestra que pocos creen que sea falso que una persona que luce sana sea imposible que esté infectada por el virus del SIDA.

En el sub indicador prevención, en ambos tipos de educación la mayor frecuencia se observó en el ítem 16, referida a que el condón ayuda a prevenir la infección por el VIH/SIDA. En el grupo de la estrategia “Educadores Profesionales de las salud” el conocimiento más bajo se halló en la frecuencia de alumnos que saben que no hay vacuna disponible contra la infección. En el otro grupo el menor valor estuvo en el conocimiento de lo que es sexo seguro (ítem 17), sin embargo en este, casi todos los ítems estuvieron encima del 60%, todo lo contrario al primer grupo.

En el sub indicador Respeto al infectado en la estrategia “Por Profesionales de la Salud” los resultados de los ítems son semejantes y por debajo del 60%, todo lo contrario del segundo grupo.

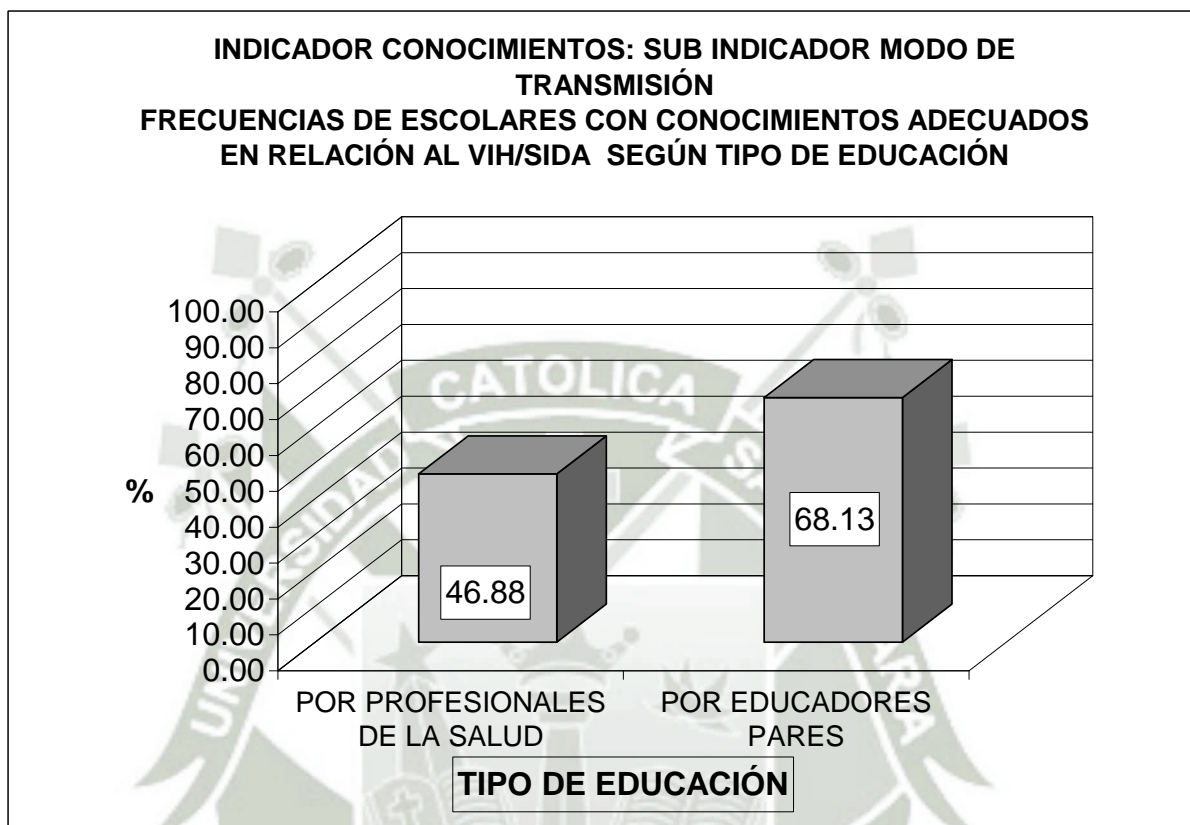
GRÁFICO N° 1



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

Se observa una mayor frecuencia de conocimientos adecuados respecto al Sub indicador Definición en el grupo educado por educadores pares, siendo esta estadísticamente significativa ($X^2 = 4.11$ a un Nivel de significación del $0.05 = 3.841$). También debe acotarse que en ambos casos los resultados son Adecuados en cuanto al nivel de conocimientos en este sub indicador.

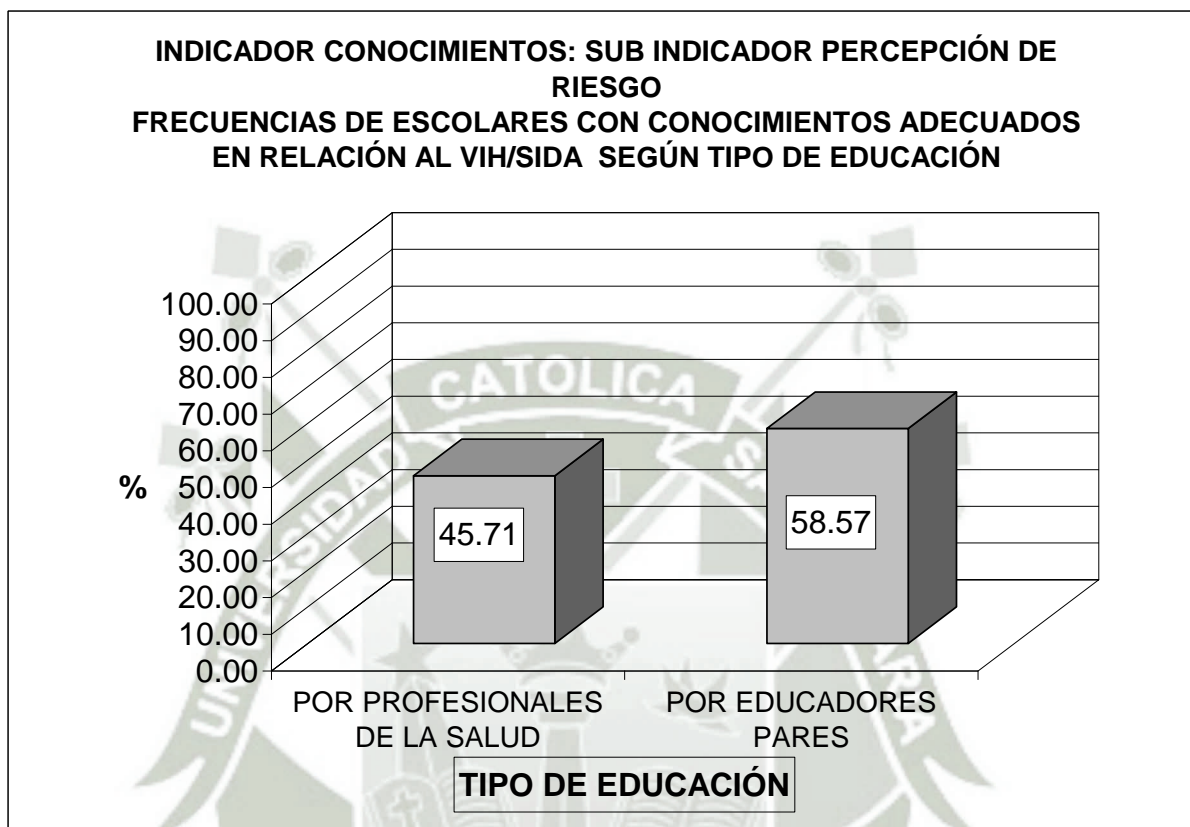
GRÁFICO N° 2



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

No se halla diferencia significativa entre ambos grupos educativos ($X^2 = 3.69$ a un Nivel de significación del $0.05 = 3.84$) en cuanto a conocimientos sobre Modo de Transmisión, sin embargo puede considerarse como Adecuado el nivel alcanzado en este sub indicador en lo que respecta al grupo educado por pares.

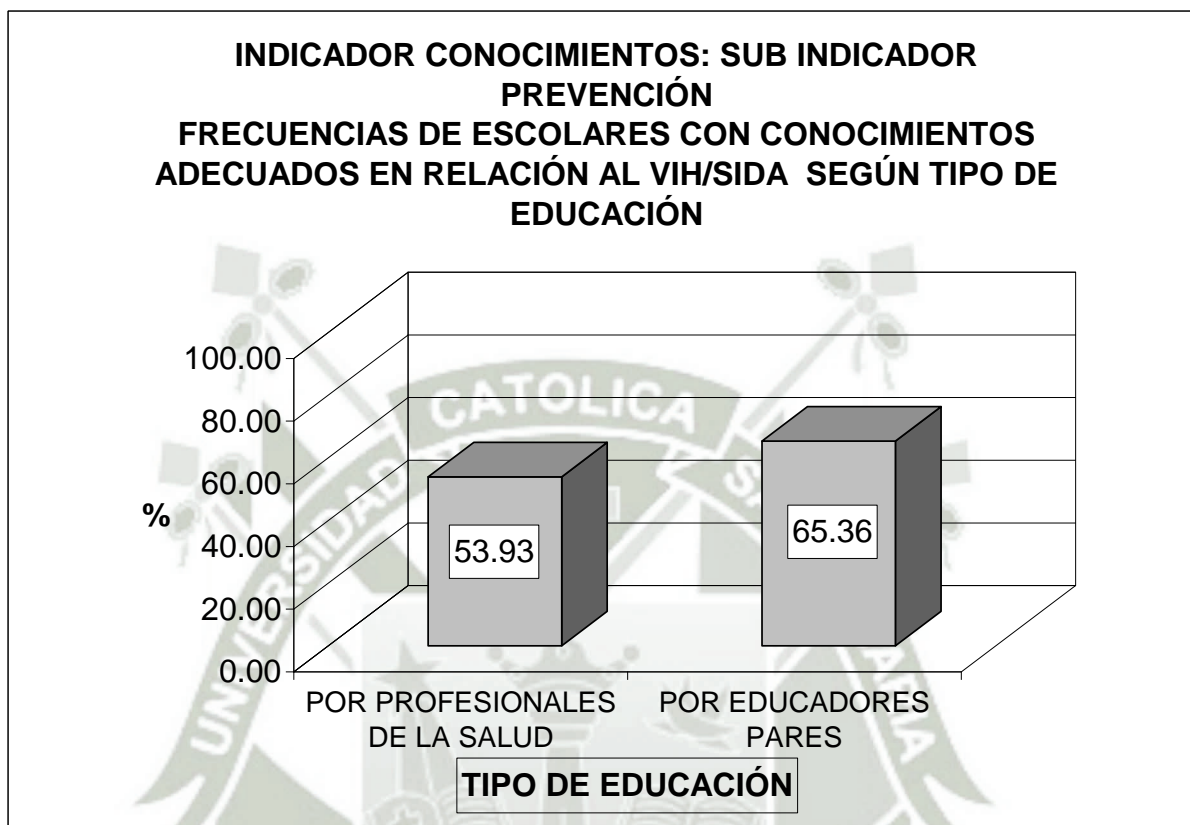
GRÁFICO N° 3



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

En el sub indicador Percepción de riesgo la comparación no arroja que haya diferencias significativas entre ambos grupos ($X^2 = 1,32$ a un Nivel de significación del $0.05 = 3,84$). Además estos resultados caen en la categoría “Inadecuado”.

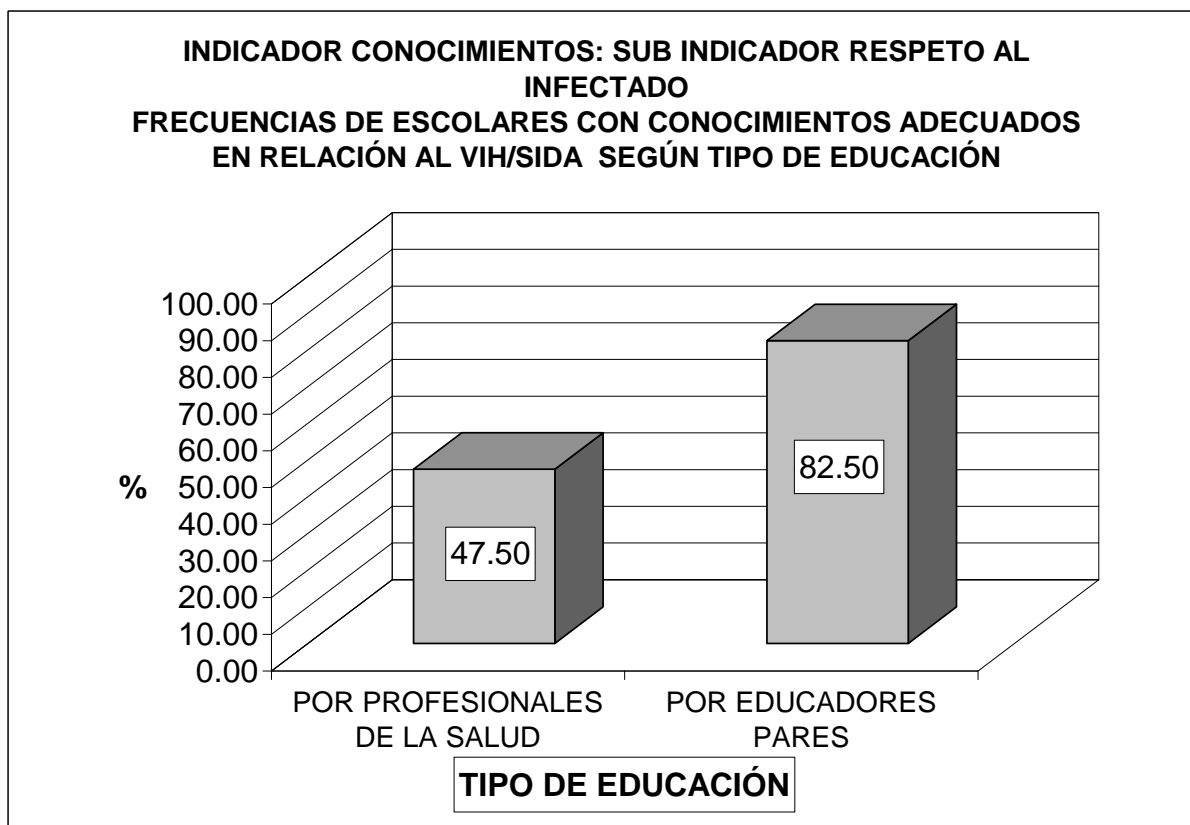
GRÁFICO N° 4



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

Con un X^2 de 3,57 y a un Nivel de significación del $0.05 = 3,84$, el sub indicador Prevención no muestra ser diferente en forma estadísticamente significativa, siendo el grupo de Educadores Pares “adecuado” respecto al nivel de conocimientos mientras que el otro grupo está en la categoría “Inadecuado”, tomando como punto de corte el 60%.

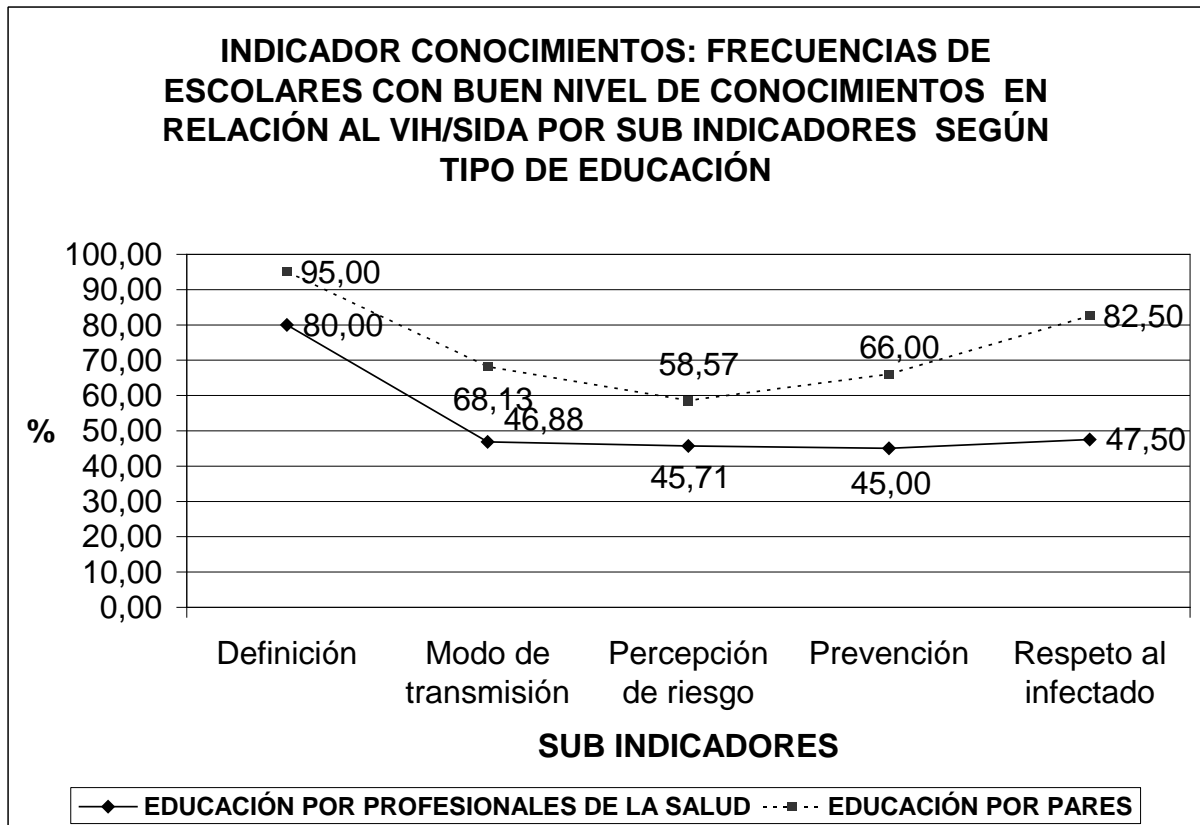
GRÁFICO N° 5



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

En el sub indicador Respeto al infectado, los conocimientos exhibidos por estos dos grupos difieren en forma estadísticamente significativa ($X^2 = 10,76$ a un Nivel de significación del $0.05 = 3,84$). Es mayor en Educadores Pares y además es “Adecuado” este resultado, lo contrario a Profesionales de la Salud.

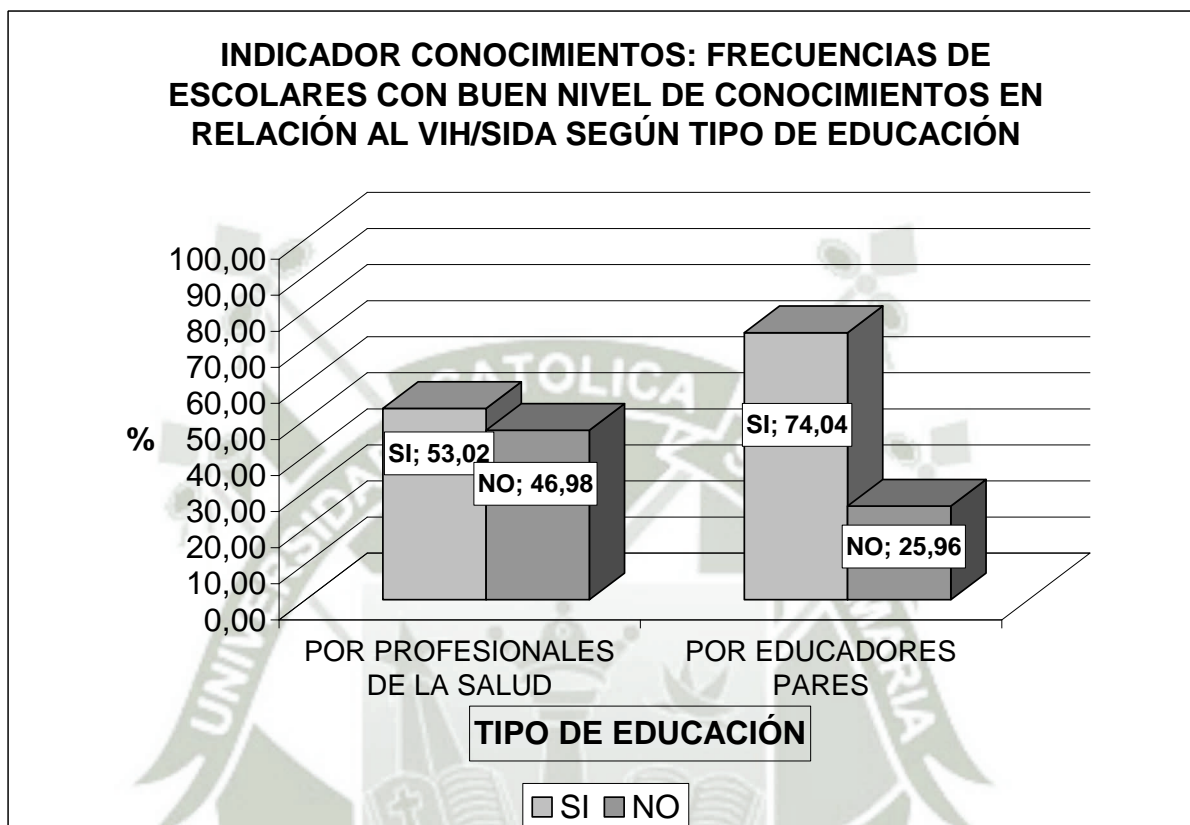
GRÁFICO N° 6



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

En este gráfico donde están agrupados todos los sub indicadores del indicador Conocimientos, a modo de resumen de los anteriores gráficos, tiene la finalidad de poder apreciar panorámicamente aquellos resultados que han superado el punto de corte del 60% y por lo tanto pueden ser considerados entre la categoría de Adecuados, al margen que si hubo o no diferencia significativa entre ambos sub indicadores de los dos grupos educativos, cuyo aspecto ya lo comentamos antes. En el grupo de Educadores Pares el único sub indicador “Inadecuado” es el referido a la Percepción de Riesgo, mientras que en el de Profesionales de la Salud lo son casi todos, excepción hecha en el sub indicador Definición.

GRÁFICO N° 7



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

Este gráfico nos permite concluir en forma estadísticamente significativa que, en el indicador Conocimientos, entre ambos grupos educativos no existe diferencia ($X^2 = 3,81$ a un Nivel de significación del $0,05 = 3,84$). Podemos concluir además que los conocimientos del grupo de Educadores Pares son “Adecuados”, en tanto los de Profesionales de la Salud son “Inadecuados”.

1.2. SEGUNDO INDICADOR: ACTITUDES.

CUADRO N° 2. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR CATEGORÍAS SEGÚN SUB INDICADORES E ÍTEMS EN EL INDICADOR ACTITUDES

SUB INDICADORES	ÍTEMS	CATEGORÍAS							
		POR PROFESIONALES DE LA SALUD				POR EDUCADORES PARES			
		ADECUADO		INADECUADO		ADECUADO		INADECUADO	
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Prevención	21	35	87.50	5	12.50	36	90.00	4	10.00
	22	30	75.00	10	25.00	30	75.00	10	25.00
	23	23	57.50	17	42.50	33	82.50	7	17.50
	24	4	10.00	36	90.00	6	15.00	34	85.00
	25	5	12.50	35	87.50	9	22.50	31	77.50
	26	29	72.50	11	27.50	32	80.00	8	20.00
	27	25	62.50	15	37.50	37	92.50	3	7.50
PROMEDIO	22	53.93	18	46.07	26	65.36	14	34.64	
Respeto al infectado	29	20	50.00	20	50.00	25	62.50	15	37.50
	30	7	17.50	33	82.50	15	37.50	25	62.50
	31	10	25.00	30	75.00	27	67.50	13	32.50
	32	9	22.50	31	77.50	32	80.00	8	20.00
	33	17	42.50	23	57.50	33	82.50	7	17.50
PROMEDIO	13	31.50	27	68.50	26	66.00	14	34.00	
Modo de transmisión	34	22	55.00	18	45.00	30	75.00	10	25.00
	PROMEDIO	22	55.00	18	45.00	30	75.00	10	25.00
Percepción de riesgo	28	16	40.00	24	60.00	28	70.00	12	30.00
	35	20	50.00	20	50.00	32	80.00	8	20.00
	36	22	55.00	18	45.00	34	85.00	6	15.00
	37	8	20.00	32	80.00	17	42.50	23	57.50
	38	6	15.00	34	85.00	15	37.50	25	62.50
	39	18	45.00	22	55.00	21	52.50	19	47.50
	40	11	27.50	29	72.50	33	82.50	7	17.50
	41	10	25.00	30	75.00	18	45.00	22	55.00
	42	2	5.00	38	95.00	7	17.50	33	82.50
	43	8	20.00	32	80.00	16	40.00	24	60.00
	44	16	40.00	24	60.00	32	80.00	8	20.00
45	17	42.50	23	57.50	19	47.50	21	52.50	
PROMEDIO	13	32.08	27	67.92	23	56.67	17	43.33	
PROMEDIO TOTAL		17	43.13	23	56.87	26	65.76	14	34.24

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

Al igual que en el anterior indicador, este cuadro sobre el Indicador Actitudes que concentra abundantes datos sistematizados, es presentado a propósito de tener una apreciación general de la distribución de los ítems de los diferentes sub indicadores de este indicador, y destacar los más y los menos frecuentes, así como los “Adecuados” desde la perspectiva de actitudes en relación al VIH / SIDA. Destaca en el grupo de Profesionales de la Salud, la actitud en el sub indicador Prevención, en alto porcentaje, de poder llevar condones por si decide tener

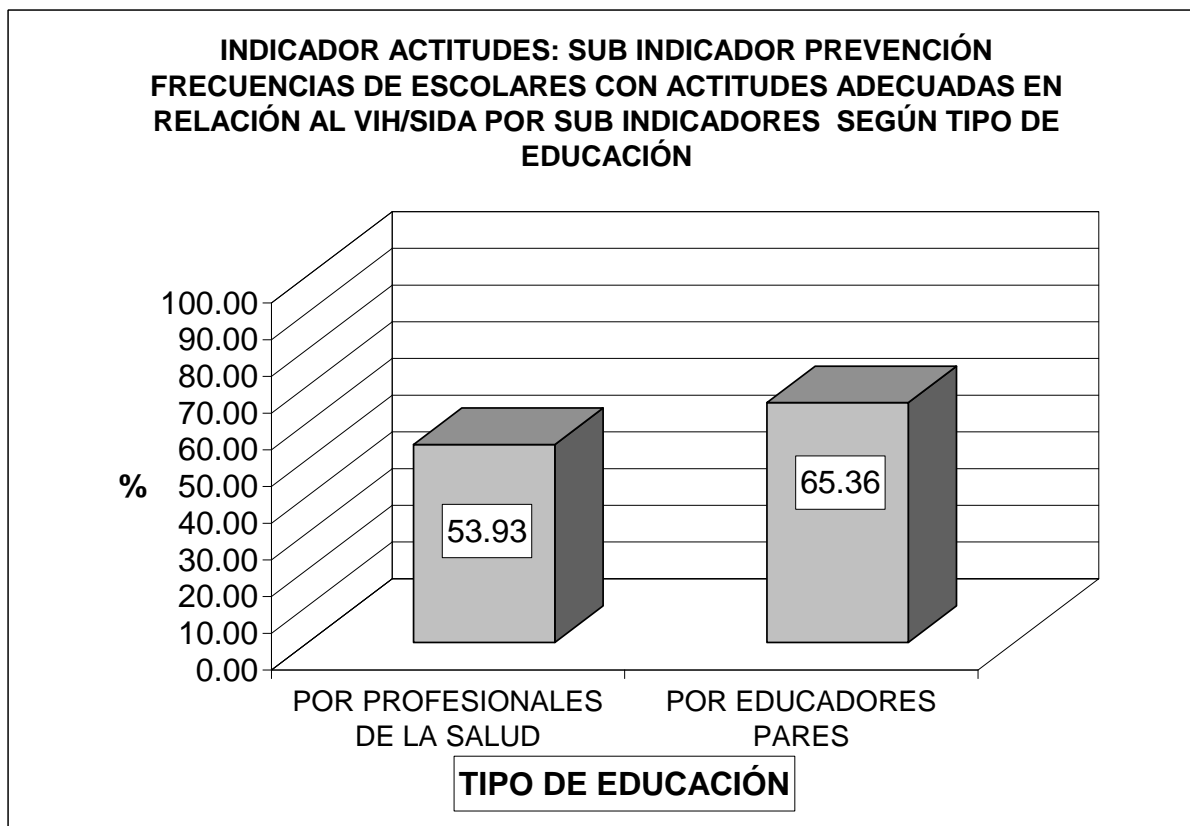
relaciones sexuales penetrativas. Junto con este reactivo también son “Adecuados” los restantes ítems, excepto los relativos a que la colocación del condón interrumpe el placer sexual y a que el uso de este no hace tan agradable el coito, con porcentajes menores al 12% y por lo tanto resultan “Inadecuados”. En el grupo de Educadores Pares se repiten los mismos resultados, aunque con valores más frecuentes.

En el sub indicador Respeto al infectado en los escolares de la estrategia educativa de Profesionales de la Salud el ítem más frecuente, y el único que es “Adecuado”, es el que trata sobre que a los estudiantes con SIDA se les debe permitir asistir a la escuela. En Educadores Pares el más frecuente es el reactivo que trata sobre permitir al infectado subir al autobús. Junto con este todos los otros ítems son “Adecuados”, excepto al que explora el acuerdo a usar el mismo asiento o sanitario que usa un infectado. En este último ítem la actitud es semejante en ambos grupos.

En el sub indicador modo de transmisión, los reactivos en ambos grupos educativos son “Adecuados”.

Por último, en el sub indicador Percepción de riesgo, en la estrategia educativa Profesionales de la Salud el valor más frecuente se da en poder preguntarle a la pareja con quien ha mantenido relaciones sexuales, mientras que el más bajo es el de los que están en desacuerdo que no hay mucho problema de contagio del SIDA mientras que con la pareja sexual se sea fiel, aunque la relación sea corta. Exactamente lo mismo sucede en el caso de Educadores Pares. En el primer grupo no hay ítems “Adecuados” y en el otro lo son menos de la mitad.

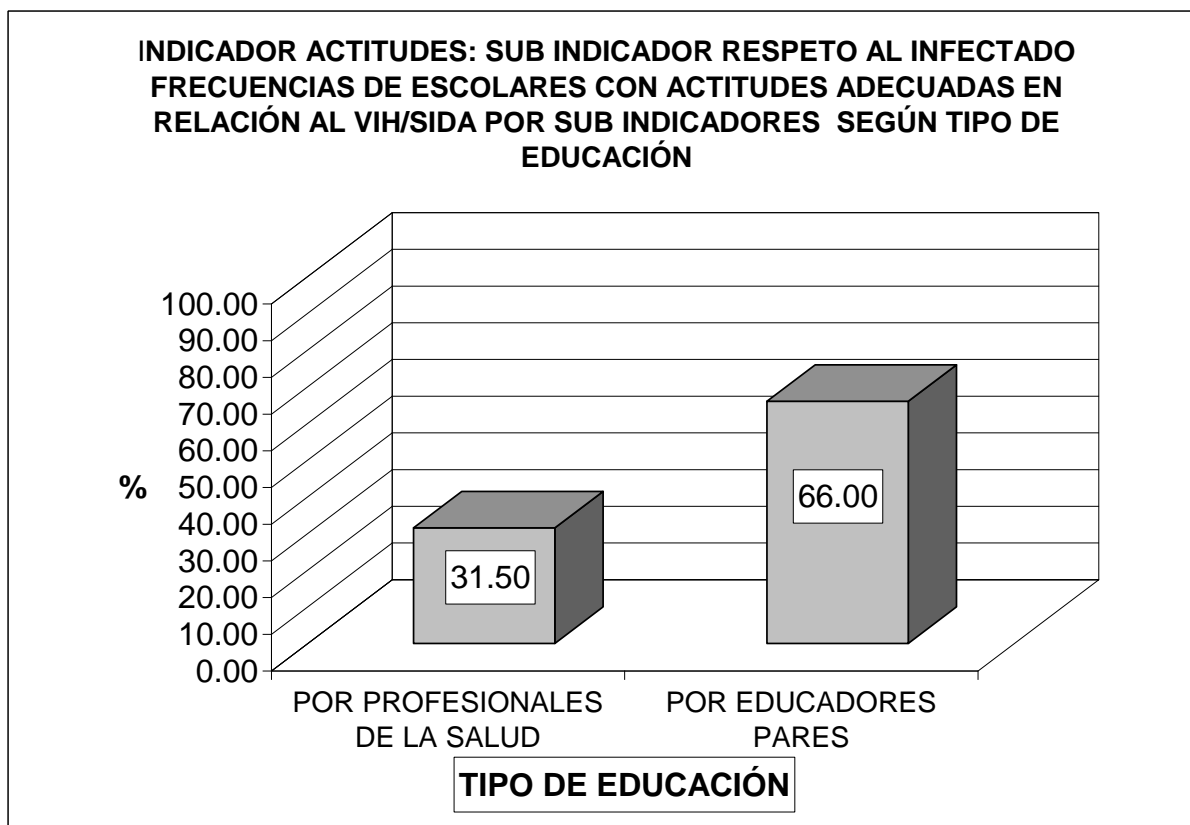
GRÁFICO N° 8



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

Como lo hicimos con el indicador Conocimientos, en Actitudes en los siguientes gráficos presentaremos cada sub indicador por separado para poder compara ambos tipos de educación y determinar la calificación del sub indicador en una de las dos categorías, según sea “Adecuado” o no. Aquí podemos apreciar que aunque hay un mayor porcentaje de estudiantes del grupo de Educadores Pares con una adecuada actitud en el sub indicador prevención, no existe diferencia significativa entre ambos valores ($X^2 = 1,08$ a un Nivel de significación del $0,05 = 3,84$). En el grupo de Profesionales de la Salud el sub indicador es “Inadecuado” mientras que en el otro grupo no lo es.

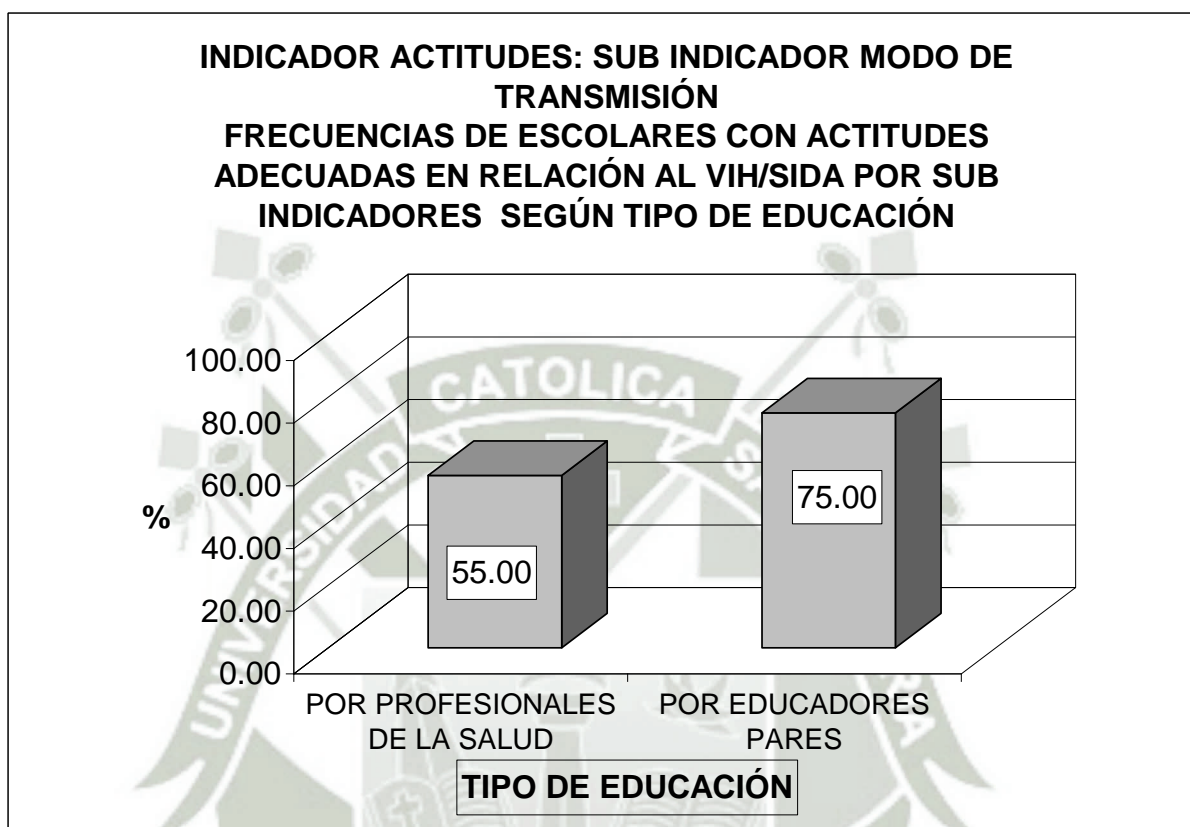
GRÁFICO N° 9



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

En el caso del sub indicador Respeto al infectado se puede apreciar que existe diferencia significativa entre ambos grupos de escolares ($X^2 = 9,52$ a un Nivel de significación del $0,05 = 3,84$), teniendo el grupo de Educadores Pares mayor frecuencia de actitudes favorables y dado el resultado mayor al 60% puede ser considerado como “Adecuado”, mientras que lo contrario sucede con el otro grupo.

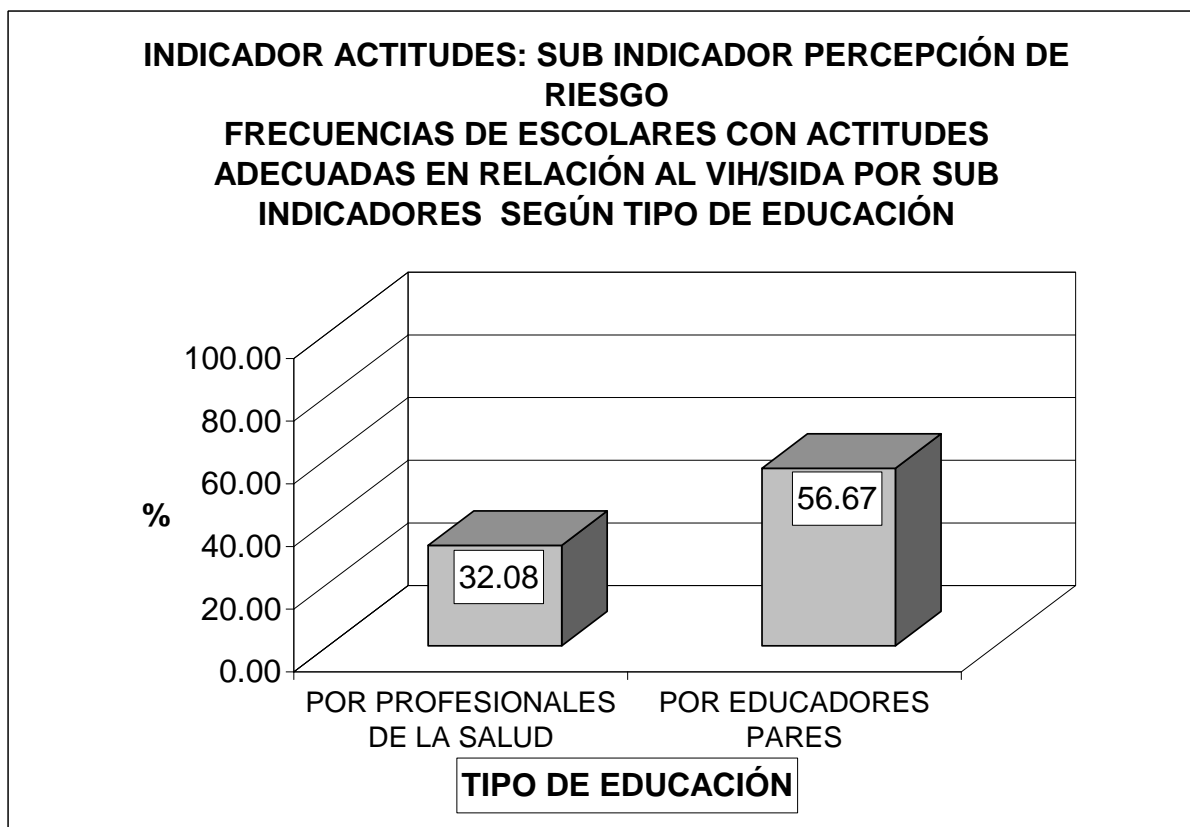
GRÁFICO N° 10



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

No se ha encontrado diferencia significativa entre ambas estrategias educativas ($X^2 = 3,51$ a un Nivel de significación del $0,05 = 3,84$). No obstante, este sub indicador Modo de transmisión es “Adecuado” sólo en el caso los adolescentes del grupo de Educadores Pares.

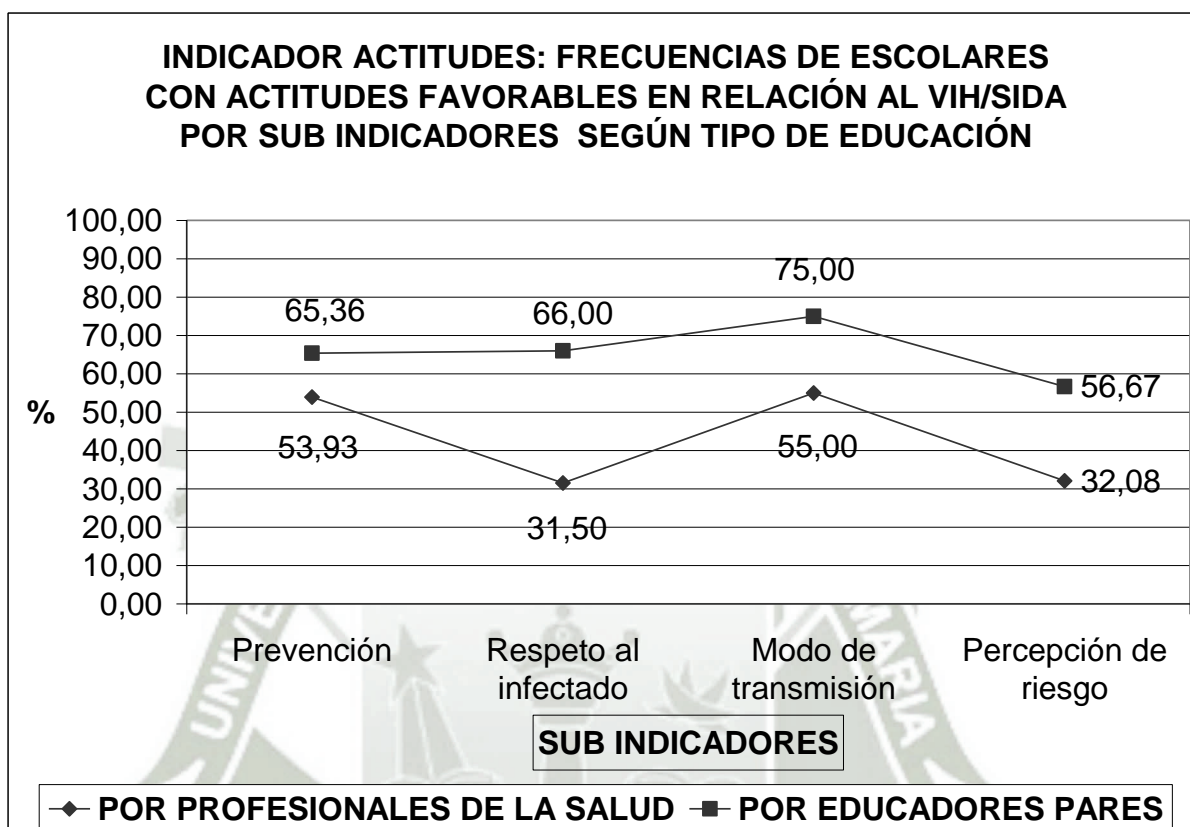
GRÁFICO N° 11



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

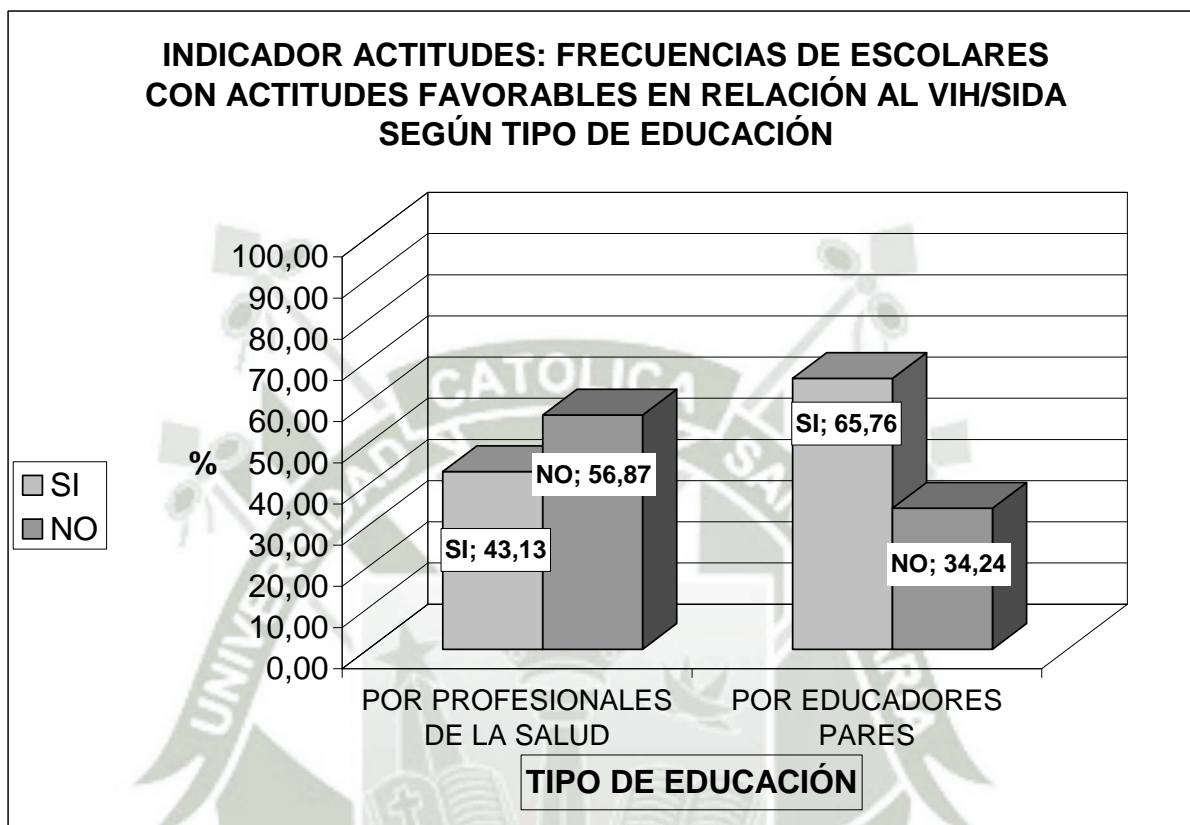
Se halló diferencia significativa ($X^2 = 4,89$ a un Nivel de significación del $0,05 = 3,84$) entre ambos tipos de educación en este sub indicador Percepción de riesgo, sin embargo este es “Inadecuado” en los dos casos.

GRÁFICO N° 12



Como en el caso del indicador Conocimientos, en este indicador Actitudes mostramos los sub indicadores uno a lado de otro para poder apreciar con mayor globalidad el comportamiento mostrado por los mismos. Así podemos ver que en el caso de la estrategia educativa Educadores Pares son “Adecuados” todos los sub indicadores excepto Percepción de Riesgo. En el grupo de Profesionales de la Salud todos los sub indicadores están por debajo del 60% por lo que son “Inadecuados”.

GRÁFICO N° 13

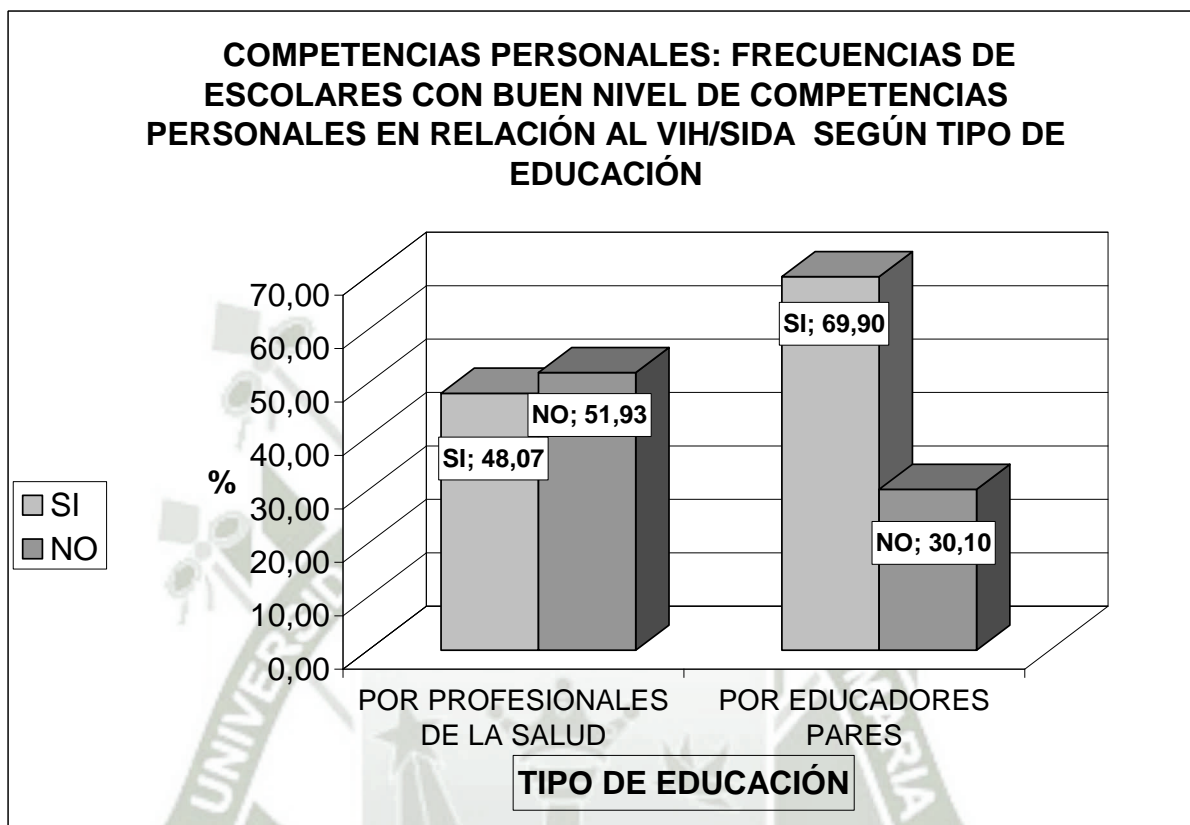


Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

Se ha encontrado diferencia significativa en este Indicador Actitudes ($X^2 = 4,12$ a un Nivel de significación del $0,05 = 3,84$), a diferencia del Indicador Conocimientos, y por el porcentaje obtenido es “Adecuado”.

1.3. EVALUACIÓN DE LA VARIABLE INVESTIGATIVA.

GRÁFICO N° 14



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

En la variable investigativa Competencias Personales se ha encontrado que hay diferencia significativa entre ambas estrategias educativas siendo mayor la frecuencia observada en el grupo de Educadores Pares ($X^2 = 3,93$ a un Nivel de significación del $0,05 = 3,84$).

Igualmente podemos afirmar que sólo este tipo de educación arroja resultados que permiten calificar esta variable como “Adecuada”.

2. DISCUSIÓN

En primer lugar discutiremos los hallazgos acerca de las competencias personales en el grupo de escolares educados por Profesionales de la Salud, presentándolos junto con los resultados del grupo de Educadores Pares; por una cuestión de orden discutiremos cada sub indicador por separado, resaltando lo más importante de sus reactivos. Por último la discusión se centrará en la comparación entre ambas estrategias educativas.

Teniendo en cuenta que el nivel de escolaridad de la población objeto de estudio es secundario, de acuerdo con la clasificación realizada se encontró una baja proporción de conocimientos adecuados en los adolescentes del grupo Profesionales de la Salud, menor del 60%, al contrario de lo que sucede en Educadores Pares, los que sí se ubican en un nivel “Adecuado”. A pesar de esto no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambas estrategias educativas.

DEFINICIÓN.

Los adolescentes en ambas estrategias educativas conocen que el SIDA es una enfermedad incurable que afecta las defensas del organismo.

MODO DE TRANSMISIÓN.

Este sub indicador resultó ser adecuado y en general de buen conocimiento por los participantes sólo de Educadores Pares. En forma desagregada, sobre transmisión vertical de madre a hijo a través del embarazo, una elevada proporción de estos adolescentes en ambas estrategias educativas conoce que

existe esta vía de transmisión, algo semejante a lo que Vera¹ encontró en su trabajo en el que un 87% dijo que se podía transmitir de una mujer embarazada a su hijo, no obstante el mayor grado de escolaridad en su estudio.

Este conocimiento fue “Inadecuado” en nuestro estudio respecto al parto y/o lactancia en los dos tipos de educación que revelan debilidades en la técnica educativa empleada.

Los estudiados no están familiarizados con el concepto básico que el virus del SIDA se halla en mayor cantidad en el semen y las secreciones vaginales. Vera² encontró en su investigación que el 87.3% sabe que estos son los fluidos que contienen mayor cantidad del virus. Nuestro porcentaje, que podría ser considerado como “Inadecuado”, revela en forma alarmante que alrededor de la mitad de esta población se halla más expuesta a situaciones de riesgo por transmisión sexual, ya que si supiese de la sobrecarga viral en estos fluidos pondría más atención en las formas de prevención para este tipo de contagio que, dicho sea de paso, es el más frecuente en el país, con más del 95% de todas las infecciones³.

PERCEPCIÓN DE RIESGO.

El resultado de la exploración de los conocimientos en este sub indicador fue “Inadecuado” en ambos tipos de educación.

En los componentes en los que se encontró una adecuada performance en ambos grupos fue en el mayor riesgo de contagio en trabajadoras sexuales y por la vía

¹ Vera ,2 004. p.16.

² Ibid. p.4

³ Ministerio de Salud OGE Perú, 2 002. p.3.

parenteral. Sólo en el grupo de Educadores Pares hubo el reconocimiento del rol facilitador de las enfermedades de transmisión sexual. Llama la atención los resultados tan pobres que se encontraron en ambos grupos acerca de la percepción errónea del riesgo de contraer la infección a través del inodoro y que “los adolescentes no pueden tener SIDA” así como que “todos los homosexuales tienen SIDA”. Estos reactivos revelan distorsión de la percepción de riesgo. La premisa que “Una persona que luce sana es imposible que esté infectada por el virus del SIDA” fue rechazada por un porcentaje muy bajo y probablemente está evidenciando predominantemente el impacto del contenido de la información provista por los medios de comunicación masiva que generalmente ofrecen un estereotipo del infectado en su fase terminal y no refuerza los contenidos educativos acerca del período asintomático.

PREVENCIÓN.

En relación a los conocimientos sobre este sub indicador hubo diferencias significativas a favor del grupo de Educadores Pares, solo en el cual este dio un nivel “Adecuado”.

En tres de cada cuatro escolares de ambas estrategias educativas se reconoce que el condón previene del contagio del VIH/SIDA. Actualmente la Estrategia Mundial de Lucha Contra el SIDA recomienda esta medida de protección como efectiva para reducir el riesgo de transmisión sexual. Al contrario, sólo la mitad conoce que el sexo seguro se basa en no dejar que el semen o las secreciones vaginales entren al organismo; este resultado está relacionado muy bien a los bajos valores similares encontrados sobre el conocimiento que el virus del SIDA

se halla en mayor cantidad en el semen y las secreciones vaginales. El hecho que los escolares del grupo de Profesionales de la Salud, al contrario de los de Educadores Pares, no conozcan que los condones se dañan y caducan, y que el VIH a veces pasa hule de condones, sugiere que estos asumen una falsa seguridad al usar condones sin tener en cuenta si estos han seguido una buena cadena de comercialización y distribución, así como las condiciones de almacenamiento y conservación lo que hace a estos jóvenes vulnerables al contagio. Igualmente, en el mismo grupo, más de las dos terceras partes cree que hay vacuna disponible contra SIDA, lo cual revela por un lado un reduccionismo y excesiva confianza en recursos tecnológicos aún no disponibles, y por otro lado, soslayar un enfoque preventivo de la enfermedad, en la esfera del comportamiento, y en su lugar adoptar uno biologicista. El grupo de Educadores Pares mostró un nivel “Adecuado” en estos últimos reactivos.

RESPECTO AL INFECTADO.

En este último sub indicador encontramos un mejor conocimiento respecto a factores asociados a la estigmatización del infectado en la Educación de Pares, marcando una diferencia significativa con el otro tipo de educación en la que se presenta un nivel “Inadecuado”, probablemente relacionado a un conocimiento parcial de las vías de transmisión.

Según estas evidencias podemos afirmar categóricamente que la información recibida por nuestros escolares es fragmentada y confusa, lo que debe ser tomado

en cuenta por los actores sociales que tienen que ver con el cuidado de la salud de nuestra juventud.

En esta parte, en lo referente al Indicador Actitudes, los resultados difieren a los observados en el caso del Indicador Conocimientos. Aquí si encontramos que las actitudes difieren significativamente entre los adolescentes de ambos grupos, siendo el grupo de Educadores Pares el que muestra una mayor presencia de actitudes adecuadas en relación al VIH/SIDA que los escolares del grupo de Profesionales de la Salud, en los que incluso el nivel alcanzado no sólo es menor sino también es inadecuado.

PREVENCIÓN.

En este sub indicador no existe diferencia significativa entre ambas estrategias educativas, sin embargo sólo en el grupo de Educadores Pares se alcanza un nivel “Adecuado”. La evaluación conjunta de sus componentes nos avisa que en ambos grupos hay un nivel “Adecuado” de actitudes favorables sobre la prevención en la mayor parte de ellos. Por ejemplo, en relación al uso del condón, en una proporción muy alta estaría dispuesta a llevar preservativos por si decide tener relaciones sexuales, al parecer el impacto de los mensajes educativos hace que nuestros escolares opinen que es muy importante usar el preservativo cada vez que ellos mantengan relaciones sexuales. Una cifra algo menor son los que pueden comprar preservativos y los piensan que no es difícil encontrar lugares donde comprar preservativos Estas dos últimas aseveraciones nos ilustran sobre

la actitudes que muestran, o mostrarían, los adolescentes en su itinerario para el acceso al condón.

En ambas estrategias educativas son pocos los que tienen una actitud de rechazo al hecho que tener que detener temporalmente el coito para colocar el preservativo interrumpe el placer sexual; probablemente esta población no tiene noción o no ha experimentado que la colocación del preservativo puede ser parte del preludio antes de la penetración. Mejor aún puede estar reflejando las circunstancias difíciles en las que la mayoría de los jóvenes tienen relaciones sexuales. Las circunstancias en que las y los adolescentes tienen sexo penetrativo se caracterizan porque generalmente no hay disponibilidad del condón y por la baja adherencia a este por la población.

Igualmente en ambos grupos son pocos los adolescentes que rechazaron la opinión que el coito o acto sexual no es tan agradable cuando se usa el preservativo, debe mencionarse que la mayoría mostró neutralidad y pocos opinaron lo contrario. Especulamos que tal vez refleja que muchos de ellos aún no han tenido relaciones sexuales penetrativas. También es una evidencia de la mitificación en el uso del condón que existe en nuestra población. De igual manera Cáceres¹ encontró 73,4% y 65,6% para varones y mujeres respectivamente en su estudio, lo cual no parecen diferir mucho del nuestro. Tal vez las semejanzas puedan explicarse por la similitud en el perfil del escolar. Se evidencia una posición asertiva acerca de la utilidad del uso consistente del condón. Igualmente, porcentajes un poco mayores aún se encuentran en ambos

¹ Cáceres, 1 998. p.78.

estudios sobre la posibilidad de convencer a la pareja sexual que se haga uso del preservativo, por lo que hacemos extensivos nuestros argumentos vertidos. En general, la distribución observada de la apertura exhibida al uso de condones sugiere que los adolescentes reportan una actitud más positiva hacia este. Aunque esto parezca estimulante, probablemente sólo refleja un discurso superficial sobre la necesidad del empleo de condones, ampliamente escuchado entre los varones. Las mujeres puede que se sientan menos presionadas para aparecer como interesadas en el condón, y también pueden estarlo viendo como una preocupación propia de los varones. La superficialidad de la adherencia al condón probablemente es bien ilustrada por el hallazgo de que la colocación del condón interrumpe el placer sexual y que el sexo no es tan agradable cuando se hace uso de este. La mayor parte de adolescentes puede aún inconscientemente ver la aceptación de los condones sólo relevante para el caso de sexo casual. Por ello, los programas educativos deberían partir de un mejor entendimiento de estos factores psicosociales y considerar la diversidad de significados posiblemente asociados al uso del condón¹ ya que se ha demostrado que el uso correcto y consistente del condón protege en un 90 a 95% de la transmisión de la infección por el VIH, al reducir en 10 000 veces la transferencia del fluido; por lo que es una de las estrategias recomendadas para la prevención del SIDA por la OMS. El preservativo debe usarse cada vez que uno tiene un contacto sexual genital, anal u oral si se sospecha cualquier infección².

¹ Cáceres. Ob. cit. 1 999. p.15.

²Sánchez. Ob. cit. 1 994. p.35

RESPECTO AL INFECTADO.

En este sub indicador sí encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de escolares a favor de los educados por pares. En ellos también se evidencia un nivel “Adecuado” mientras que en el grupo de Profesionales de la Salud el nivel de actitudes es “Inadecuado”. Las actitudes de discriminación al infectado se reflejan fielmente en los resultados de este último grupo en el que las respuestas en todos los reactivos son “Inadecuadas”. Según el grupo de Educadores Pares a los estudiantes con SIDA se les debe permitir asistir a la escuela, no se negarían a sentarse junto a una persona con SIDA, no aislaría a las personas con SIDA por seguridad para otras personas y a las personas con SIDA les permitirían subirse al autobús; sin embargo sólo la tercera parte no se sentiría mal usando el mismo sanitario y asiento que hayan sido utilizados por personas con SIDA. Podemos suponer que tal vez esta última situación significa una aproximación más estrecha y toca una esfera un tanto más personal. En otros casos puede traducir un prejuicio infundado y a la vez el desconocimiento de los mecanismos de transmisión.

MODO DE TRANSMISIÓN.

Los resultados de la evaluación de este sub indicador para estos dos grupos si bien no difieren estadísticamente al nivel de significación propuesto, si hay un nivel “Adecuado” en Educadores Pares e “Inadecuado” en Profesionales de la Salud.

PERCEPCIÓN DE RIESGO.

Aquí sí se hallan diferencias significativas entre ambas estrategias educativas siendo mayor la presencia de actitudes favorables en torno al VIH/SIDA en los que estuvieron a cargo de Educadores Pares. En ambos grupos, sin embargo, el nivel alcanzado es “Inadecuado”. En la población de adolescentes educados por Profesionales de la Salud ningún reactivo es “Adecuado”. En la de Educadores Pares el contraer el SIDA no debería preocuparle según más de las dos terceras partes y 4 de cada 5 adolescentes son los que no creen que únicamente los homosexuales deban preocuparse por el SIDA. En estos tiempos del SIDA pensar de otra manera puede ser mortal. Creemos que este es el resultado de la falta de información adecuada en el primer grupo.. Por otro lado, otros resultados de actitudes adecuadas en este mismo grupo están referidos a que poco más de 3 de cada 4 de estos adolescentes puede preguntarle a su pareja con quien ha mantenido relaciones sexuales, esto sugiere que el resto no sabe que hacer o por el contrario lo acepta. Los resultados muestran que hay un alto nivel de conocimientos básicos sobre prevención pero resaltan la falta de conciencia acerca de los riesgos del SIDA en cuanto a los riesgos personales asociadas con la actitud hacia prácticas sexuales específicas. El SIDA ya no es visto como una enfermedad de los homosexuales, pero al mismo tiempo no se le percibe como un riesgo personal¹ lo que resultó más evidente en el grupo de Profesionales de la Salud.

Los reactivos inadecuados referidos a que los adolescentes del estudio pueden aceptar que su pareja sexual haya tenido varias parejas sexuales antes y que

¹ Cáceres. Ob. cit. 1 999. p10

aunque la pareja sexual haya tenido muchas parejas sexuales antes, si le es fiel no hay mucho riesgo para contraer el SIDA, arrojan cifras considerables y representan un segmento importante de esta población. Cuando se trata de enfoque de riesgo frente al VIH/SIDA y ETS no sólo se mide el riesgo personal sino que se suma el que la o las pareja(s) sexual (es) aportan, y no sólo el presente sino también su pasado sexual. El tener más de una pareja sexual o trabajador sexual va haciendo crecer el riesgo. A mayor número de parejas sexuales existe mayor probabilidad de adquirir el virus¹.

La mayoría de la población sujeta de estudio no rechaza la premisa que es hermoso tener relaciones sexuales antes del matrimonio a cualquier edad si hay amor y respeto, lo mismo sucede con los que no descartan que las personas puedan tener relaciones sexuales antes del matrimonio si piensan casarse. Este resultado revela que hay por una parte una visión idealizada de pareja y matrimonio, y por otra una inclinación al inicio temprano de relaciones sexuales. Según el estudio de las conductas de riesgo en jóvenes elaborado por Kolbe en 1,990, se habla de inicio temprano cuando un sujeto mantiene su primera relación sexual antes de culminar su adolescencia y por ende antes de culminar su maduración. En términos prácticos se considera inicio temprano el tener relaciones sexuales antes de los 18 años, edad en la que están más expuestos a la infección por razones de comportamiento, factores sociales y características biológicas². También son pocos los que rechazan la idea que no hay mucho riesgo para contraer el SIDA aunque su pareja sexual haya tenido muchas parejas

¹ Sánchez. Ob. cit. 1 994. p.28

² Sánchez. Ibid. 1 994. p.12

sexuales antes si es fiel en la relación actual. Un resultado mucho más dramático aún se halló en el reactivo “no hay mucho problema de contagio del SIDA mientras que con su pareja sexual seamos fieles, aunque la relación sea corta”.

Los estudiantes del grupo Educadores Pares tienen una actitud de rechazo a la idea que se puede averiguar si una persona está infectada con el virus del SIDA sólo con mirarla. Lo contrario se ve en el grupo de Profesionales de la Salud. Este resultado coincide mucho con los resultados sobre conocimientos y apunta a que casi la mitad de esta población escolar se lleva mucho de la apariencia del infectado en la fase terminal y desestimando que puede interactuar con un infectado sin reconocerlo, lo que le atribuye un factor de riesgo adicional que lo hace altamente vulnerable.

Es normal que un hombre busque tener relaciones sexuales con prostitutas es rechazado por mucho menos de la mitad de los escolares en ambas estrategias educativas, lo que significa que la otra mitad lo acepta o está indecisa. Predomina una posición relativamente “liberal” acerca de los roles de género y la libre opción del varón. El contacto con trabajador(a) sexual siempre es una posible fuente de infecciones¹. Estas respuestas representan, en caso de ser afirmativas, la confirmación del gregarismo percibido de una actitud propia. En caso de ser negativas, sin embargo, sugieren la percepción de una posición más conservadora o la de una actitud más liberal por parte del grupo de referencia (“los otros”). Puede aventurarse a suponer, sin embargo, que usualmente se da lo primero (i.e.

¹ MINSA-Perú- 2 000. p.15.

la asunción de que el grupo toma una actitud más conservadora, cuando se piensa que la propia es una postura “de avanzada”¹ Este comentario puede ser común y legítimo en muchos de nuestros reactivos sobre actitudes. Por ejemplo en el siguiente: sólo menos de la mitad muestran actitudes de no aceptación sobre que una persona de su edad puede tomar bebidas alcohólicas si es que sabe comportarse.

Según Vera² en su investigación en estudiantes halló que el 35.9% ha mantenido relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol. El consumir sustancias sicotrópicas es un factor de riesgo debido a que disminuyen la percepción de riesgo del individuo y lo exponen a situaciones de alta vulnerabilidad según su entorno social y sus estilos de vida. El consumo de alcohol predice una iniciación más temprana de las relaciones sexuales³. Sin embargo, probablemente sea también un buen marcador de la adscripción a los mandatos de la masculinidad tradicional y sus presiones sociales hacia el iniciarse temprano, más que un marcador de actividad sexual que ocurra como resultado de la alteración de la conciencia producida por la intoxicación alcohólica⁴.

En general podemos señalar que el SIDA toca tres tabú fundamentales en nuestra cultura: el tabú de la enfermedad, el tabú de la muerte y el tabú de la sexualidad. Esto está impidiendo el desarrollo de intervenciones preventivas realmente eficaces que frenen el avance de esta epidemia. Hoy por hoy, está más que demostrado que sólo con intervenciones informativas no se consigue

¹ Cáceres. Ob. cit. 2 000. p.25.

² Vera. Ob. cit. 2 004. p.7.

³ Sánchez. Ob. cit. 1 994. p.61.

⁴ Cáceres. Ob. cit. 2 000. p.75

modificar las actitudes ni los comportamientos de riesgo. Existen factores que están impidiendo y bloqueando en las personas la asunción de las sugerencias del Sexo Seguro, fundamentalmente derivadas del tratamiento inadecuado de la información y de la aparición de actitudes irracionales al respecto. Para comprenderlo se exponen las cuatro etapas de la "construcción social" del SIDA y sus repercusiones en las actitudes sexuales de las personas¹:

La Tabuización de la enfermedad, la Construcción y Manipulación de la enfermedad, la Rentabilización de la enfermedad y la Generalización de la enfermedad.

Con una llamada importante hacia la necesidad de intervenciones que incidan realmente en las actitudes de las personas como la manera eficaz de parar esta epidemia.

Las campañas de información a través de los medios de comunicación de masas, aparte de ser insuficientes, chocan con otro importante obstáculo que no hay que olvidar ya que fueron estos mismos medios los responsables, en gran medida, de su existencia: muchas personas mantienen actitudes irracionales con respecto del fenómeno SIDA. Actitudes de recelo e indiferencia del tipo "El SIDA no va conmigo" que tienen mucho que ver con la manipulación que se hizo en un principio (y todavía se pretende, aunque en menor medida) de relacionar el SIDA con determinados colectivos sociales a los que se denominaba "Grupos de Riesgo". Actitudes no solidarias y discriminatorias generadas de estas primeras de indiferencia, recelo, aislamiento y desprecio. Como si el SIDA no fuera una

¹ López, 2 000. p.23.

cuestión que nos afectara a todos/as sino a grupos marginales y marginados de la población. Actitudes de miedo y pánico desproporcionadas, respuesta directa y lógica a campañas basadas en el miedo y la advertencia de los peligros que conlleva esta enfermedad mortal. Por lo general, existe todavía una idea errónea entre la "Población General" acerca del SIDA en el sentido de que sólo afecta a determinados colectivos (adictos/as a drogas por vía parenteral, prostitutas/os, hombres con prácticas homosexuales, presos), por lo cual, "si no me relaciono con personas pertenecientes a estas poblaciones, no tengo ningún riesgo de ser infectado por el virus del SIDA". Este error prejuiciado, fruto directo del tratamiento interesado e inadecuado que se le ha dado a la información en estos últimos años, es la causa principal por la que otro gran grupo de personas se están viendo afectadas en progresión geométrica con respecto a la transmisión del VIH-SIDA: hombres y mujeres jóvenes, de hasta treinta años, y con prácticas heterosexuales. Y la vía de transmisión es la vía sexual, las prácticas sexuales que se conocen como inseguras o que conllevan un riesgo o posibilidad de transmisión del VIH en caso de ser realizadas. Podemos plantear que se está reaccionando institucionalmente con muchos años de retraso sobre la fecha deseable para evitar la extensión de la epidemia a las poblaciones donde está incidiendo de una manera más clara. Entiendo que deberíamos de actuar ya, y no esperar a que nos alcancen los próximos años y recontar y recoger entonces las víctimas de entre la población joven heterosexual sobre la cual hacía ya casi diez años en el pasado se había advertido que se estaba convirtiendo en el próximo "grupo de riesgo" social afectado directamente por la epidemia. Debe asegurarse

que se consiga una incidencia adecuada tanto en las actitudes como en los comportamientos susceptibles de riesgo de transmisión del VIH-SIDA en el marco de las relaciones sexuales.

Mientras no se hable claro y no se dé una información sexual completa; mientras no se establezcan programas preventivos donde realmente se incida en las actitudes y en el nivel emocional-motivacional de la gente joven, éste se convertirá en el siguiente colectivo ampliamente afectado, puesto que los y las adolescentes y los y las jóvenes forman, hoy por hoy, el grupo de población más desprotegido dentro del colectivo más amplio de la población heterosexual. Reconsiderando lo anterior: La información sola no cambia los hábitos. Las campañas que aluden al miedo o a la represión no son eficaces. Hay que prevenir desde la incidencia en las Actitudes Personales.

Tal como se mencionó al inicio de la discusión, tocaremos ahora el desempeño en cuanto a competencias personales en relación al VIH/SIDA alcanzado por los escolares que participaron en ambas estrategias educativas. La estrategia de Profesionales de la Salud no ha alcanzado un nivel satisfactorio mientras que en la de Educadores Pares si se ha observado un nivel “Adecuado”; en torno a estos resultados se puede discutir la posibilidad de la presencia de diversas debilidades que caracterizan a este tipo de educación tradicional en salud, como la impartida por Profesionales de la Salud. Ensayaremos a continuación algunas posibles explicaciones:

Se da información, pero no se imparten conocimientos prácticos. Puede ser que la educación sobre el VIH se imparta en la escuela, pero posiblemente sólo se

examinen los hechos médicos y biológicos, y no las situaciones de la vida real con que se encuentran los jóvenes. Solamente enseñándoles las aptitudes para la vida, y discutiendo cuestiones como las relaciones, la sexualidad y los riesgos del consumo de drogas, los jóvenes serán capaces de hacer frente a situaciones en que pueden correr el riesgo de infectarse por el VIH.

La cuestión acerca del VIH/SIDA se considera demasiado controvertida. En muchas sociedades, los adultos responsables de los niños o de su educación escolar a menudo se sienten incómodos de informarles sobre el SIDA y sobre los comportamientos sexuales de riesgo. Es posible que piensen que haciéndolo estimulan a los jóvenes a experimentar prematuramente, aun cuando en diversos estudios se ha puesto de manifiesto que la educación sobre el sexo y el VIH/ SIDA no conduce a un aumento en la actividad sexual (véase Impacto de la educación en materia de salud sexual y VIH sobre el comportamiento de los jóvenes, 1997). Los formuladores de políticas, los profesores y los padres que comparten esa opinión pueden mostrarse contrarios a la introducción de programas de prevención del VIH en la escuela, basándose en el hecho de que esa cuestión es demasiado delicada para los muchachos o demasiado controvertida para la sociedad.

El plan de estudios está saturado. Con frecuencia es difícil encontrar un hueco para la educación sobre el SIDA en un plan de estudios que ya está saturado, especialmente cuando hay muchos temas compitiendo por un lugar. En teoría, se da por sentado que la educación sanitaria, que podría incluir la educación sobre

el SIDA, se enseña en las escuelas, pero en la práctica a menudo eso no se cumple.

La cobertura es incompleta. En muchas escuelas no se imparte educación sobre el SIDA. Hay diversos motivos para ello: puede ser que el país carezca de política en materia de educación sobre el SIDA, o que tenga una política específicamente contra dicha educación, o aún, que ésta se muestre favorable a la educación sobre el SIDA pero sea vaga o no se haga cumplir adecuadamente. En algunos casos la formulación de políticas sobre educación está descentralizada, de manera que las autoridades educativas de algunos distritos incluyen la educación sobre el SIDA en sus planes de estudios mientras que otras no lo hacen.

La educación sobre el SIDA. Donde existe siquiera un poco se suele enseñar sólo en la escuela secundaria. No obstante, considerando las elevadas tasas de abandono escolar en muchas escuelas, los muchachos y especialmente las muchachas con frecuencia dejan de asistir a la escuela antes de la edad correspondiente a la secundaria, con lo cual no reciben educación sobre el SIDA.

Los planes de estudios son de deficiente calidad. Esta deficiencia puede deberse a diferentes razones, entre las que figuran las siguientes: se omiten importantes áreas de la educación sobre el SIDA, como la no discriminación y el apoyo. El material de aprendizaje quizá es inadecuado; por ejemplo, destaca la información biomédica en lugar de las aptitudes sociales y los sistemas de prevención, o no está preparado para una edad específica, o bien guarda poco parecido con la vida cotidiana. Es posible que no haya material para los docentes. Los profesores quizá no están bien adiestrados para organizar actividades sobre temas delicados

en las aulas. Sólo se ofrece una alternativa por lo que se refiere al comportamiento sexual (por ejemplo, la abstinencia), sea cual sea la edad de los estudiantes. Los objetivos del curso no están definidos claramente, o sólo se refieren a los conocimientos, actitudes y valores, y no al comportamiento. No se ha previsto evaluar el aprendizaje de los estudiantes. La educación sobre el SIDA no está integrada satisfactoriamente en el programa de estudios y no se destacan sus vinculaciones con otros temas sanitarios y sociales. No se imparte educación sobre los servicios de orientación, como una información más amplia y la enseñanza de conocimientos prácticos, el apoyo psicológico y los servicios de asistencia de las ETS accesibles a los jóvenes.¹

Los educadores inter pares tienen acceso físico y sociocultural al público beneficiario en su entorno natural sin llamar la atención. Eso es particularmente cierto cuando trabajan con poblaciones difíciles de acceder, como es el caso de los profesionales del sexo, los consumidores de drogas intravenosas y los reclusos, porque el acceso físico a esas poblaciones puede ser difícil. Los pares tienen acceso a poblaciones que han sido tradicionalmente estigmatizadas, como los varones que tienen relaciones sexuales con varones. La educación inter pares es una estrategia de prevención del VIH que se utiliza ampliamente y que es aceptada y apreciada tanto por el público beneficiario del programa como por sus miembros. Los educadores inter pares son comunicadores eficaces y creíbles, que tienen un conocimiento profundo del público beneficiario y usan un

¹ Educación sobre el SIDA en la escuela: Actualización técnica del ONUSIDA Octubre de 1 997. p.6.

lenguaje/terminología apropiado y gestos no verbales que hacen posible que sus compañeros se sientan cómodos cuando hablan de la sexualidad y el VIH/SIDA.

La educación inter pares es eficaz en el fomento de la adopción de comportamientos preventivos con respecto al VIH/SIDA. Asimismo, es una estrategia de intervención rentable porque emplea voluntarios, de modo que su aplicación y/o ampliación resultan poco costosas.

Los educadores inter pares y los beneficiarios del programa pueden identificarse mutuamente entre ellos como individuos y como miembros de una realidad sociocultural concreta. Debido a esa identificación, los educadores inter pares son unos ejemplos de conducta importantes para fomentar la adopción de un comportamiento preventivo del VIH. La educación inter pares facilita la participación del público beneficiario en la planificación, ejecución y evaluación del programa. Es una estrategia capacitadora tanto para el educador como para el beneficiario por su enfoque de aprendizaje horizontal y participativo.

La educación inter pares se basa en la teoría del comportamiento que postula que las personas hacen cambios no por hechos observados científicamente o por testimonio, sino por su juicio subjetivo de los compañeros o pares cercanos y en quienes confían, que han adoptado cambios y actúan como ejemplos de conducta convincentes.

Los resultados de la evaluación de las necesidades se asemejaron en gran medida a los hallazgos de las investigaciones anteriores realizadas para identificar las dificultades y las prácticas óptimas de los programas de educación inter pares sobre el VIH/SIDA. Por ejemplo, tanto en la evaluación de las necesidades como

en la investigación previa llevada a cabo por AIDSCAP se puso de manifiesto que los educadores inter pares eran considerados como enseñantes y facilitadores que inspiran confianza y que tienen un acceso singular y crucial a su público destinatario. También se identificaron algunas dificultades en la elaboración y ejecución de los programas de educación inter pares, tales como la selección, capacitación, supervisión y motivación de los educadores inter pares, así como la participación en el programa de las partes interesadas y la comunidad, y su aceptación del mismo^{1 2 3}. La evaluación actual de las necesidades también ha destacado la necesidad de financiación y asistencia técnica para la evaluación de la eficacia/impacto y para la sostenibilidad del programa.

3. CONCLUSIONES

1. Un 60,90% (28/40) de los adolescentes escolares del Quinto Año de Secundaria en el grupo de educación por pares en la jurisdicción del Centro de Salud Manuel Prado -Ministerio de Salud-, Arequipa-Perú, en el 2005, mostraron poseer competencias personales en relación a VIH/SIDA lo que puede ser considerado como adecuado.
2. Las competencias personales sobre VIH/SIDA que exhibieron dichos adolescentes del grupo de educación por profesionales de la salud fueron en un 48,07% (19,40) lo que resulta ser inadecuado.

¹ Flanagan D et al. 1996. p.43.

² AIDSCAP/FHI. 1997a. p7.

³ AIDSCAP/FHI .. 1997b. p.10.

3. Se concluye que hay diferencia estadísticamente significativa en las competencias personales respecto a VIH/SIDA entre los escolares del grupo de educación por pares, en los que es más frecuente, comparado con el grupo educado por profesionales de salud en esta población estudiada.
4. Se comprueba la hipótesis que hay ventajas en la estrategia de Promotores Educadores Pares en comparación con el grupo de escolares del grupo de los profesionales de salud en relación a competencias personales acerca del VIH/SIDA en las instituciones educativas del estudio y en el período correspondiente.

4. PROPUESTAS Y SUGERENCIAS

1. Las autoridades de salud y educación de la jurisdicción podrían coordinar esfuerzos conjuntamente para la implantación de la Educación por Pares.
2. Debe sensibilizarse e integrar a la comunidad educativa en la promoción e implementación de esta estrategia educativa para la prevención del VIH/SIDA.
3. Debe mantenerse la capacitación inicial y de refuerzo; seguimiento, apoyo y supervisión continuados; expectativas claras respecto a la función de los educadores inter pares; e incentivo y técnicas de motivación continuada.
4. Se da a entender la necesidad de que los educadores inter pares sobre el VIH/SIDA amplíen su base a otras áreas de salud relacionadas, como la planificación familiar, la sexualidad y la asistencia a las personas que viven con el VIH/SIDA.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. CÁCERES, C. Salud Sexual en una Ciudad Joven: "Un Programa Comunitario en Salud Sexual con y para los Jóvenes". Universidad Peruana Cayetano Herrera y REDESS. Jóvenes. Lima-Perú. 1 998.
2. CONN'S CURRENT THERAPY. Latest approved methohs of treatment for practicing physician. Editors H. F. Conn and others. Edited 1 999.
3. DAWSON, B. TRAPO, R. "Bioestadística Médica". 3ra. Edición. Editorial El Manual Moderno México DF. Santa Fé de Bogotá. 2 002.
4. FARRERAS y ROZMAN: Medicina Interna. Decimotercera Edición. Madrid España. Editorial Mosbi/Doyma. Libros. 1 995.
5. HARRISON: Principios de Medicina Interna. Decimocuarta Edición. España Editorial Mc Grae. Hill 1 996.
6. MORMONTOY, W. Elaboración del Protocolo de Investigación en Ciencias de la Salud, de la Conducta y Areas Afines. 2da. Edición., Lima-Perú. 1 994.
7. ROSADO, L. "Investigación en Salud Materna". Universidad Católica de Santa María. 2 004.
8. RUGEIRO Y ET AL. "Conocimiento y actitudes sobre sexualidad y SIDA". Santiago de Chile. 1 996.
9. TAMAYO Y TAMAYO, M. "El Proceso de la Investigación Científica". 3ra Edición. Editorial Limusa. México DF, 1 994.

10. TAMAYO, J. "Estrategias para diseñar y desarrollar Proyectos de Investigación en Ciencias de la Salud 1". 1ra. Edición. Edi. Al cuidado del autor. Lima, 2 002.
11. TAMAYO, J. "Estrategias para diseñar y desarrollar Proyectos de Investigación en Ciencias de la Salud 1". 2da. Edición. Edic. Mundo Científico en Salud E.I.R.L. Lima, 2 003.

HEMEROGRAFÍA

1. AIDSCAP/FHI . BCC experiences from the field in Zimbabwe. 1997b.
2. AIDSCAP/FHI. BCC experiences from the field in Jamaica. 1997a.
3. CABALLERO HOYOS, R. VILLASEÑOR SIERRA, A. Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. Salud Pública Mex 2 003;45 supl 1:S108-S114.
4. CDC NCHTSTP. "Ciencia Ligada a Programas de Prevención,-Necesidad de estrategias integradas". División of HIV / AIDS Prevention.-Julio 1 998.
5. CENTER FOR POPULATION OPTIONS. "Focus group research results: adolescent HIV knowledge, attitudes, behavior. Spring, 1 988". Washington, DC: Advocates for Youth. 1 988.
6. CROSBY, R. DI CLEMENTE, R. WINGOOD, G. SALAZAR, L. HARRINGTON, K. DAVIES, S. et al. "Identification of strategies for

promoting condom use: a prospective analysis of high-risk African American female teens". *Prev Sci* 2 003; 4(4):263-70.

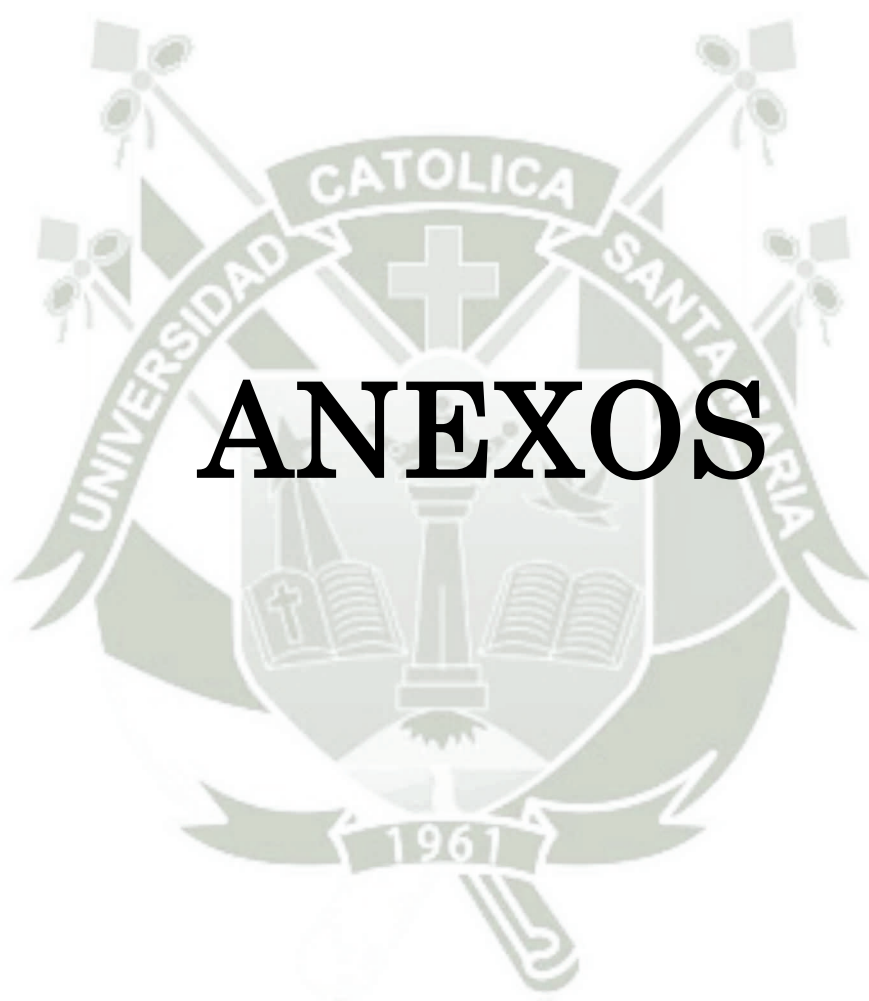
7. CROSBY, R. DI CLEMENTE, R. WINGOOD, G. SIONEAN, C. HARRINGTON, K. DAVIES, SL et al. "Psychosocial correlatos of adolescents' worry about STD versus HIV infection: similarities and differences". *Sex Transm Dis* 2 001; 28(4):208-13.
8. DI CLEMENTE, RJ. "Confronting the challenge of AIDS among adolescents: directions for future research". *Journal of Adolescent Research* 1 993; 8:156-166.
9. DIVISION OF STD PREVENTION. "Sexually transmitted disease surveillance, 1 996". Atlanta: Center for Disease Control & Prevention; 1 997.
10. Flanagan D et al. Peer education in projects supported by AIDCSAP: a study of twentyone projects in Africa, Asia and Latin America. AIDSCAP/FHI, 1996.
11. FOTHERGILL, K. HAUSER, D. JACKSON, K. KLINDERA, K. HINCKS-REYNOLDS, J. "The Need for HIV/STI Prevention Peer Education. En: Alford S, Feijoo AN, editors. Guide to implementing TAP (Teens for AIDS Prevention) A Peer Education Program to Prevent HIV and STI". 2nd ed. Washington, DC: Advocates for Youth; 2 002. p. 1-5.

12. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. ENDES IV. "Arequipa: Informe Departamental de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar". Lima, Perú. Setiembre, 2 001. Págs. 169-170.
13. JAY, MS. DURANT, RH. SHOFFITT, T. LINDER, CW. LITT, IF. "Effect of peer counselors on adolescent compliance in use of oral contraceptives. Pediatrics 1 984; 73(2):126-31.
14. JEMMONTT, JB. JEMMOTT, LS. "Behavior intentions with heterosexual adolescents. In: NIH Consensus Development Conference on Interventions to Prevent HIV Risk Behaviors". Bethesda, MD: National Institutes of Health, 1 997.
15. KATHURIA R et al. Peer education to reduce STI/HIV transmission in Lusaka, Zambia. XII. Conferencia Internacional sobre el SIDA, Ginebra, 1998.
16. LÓPEZ, V. "Talleres de sexo seguro: se acabó el miedo al SIDA". Sociedad de Sexología AL-GARAIA. España, 2 000.
17. MINISTERIO DE SALUD. "Análisis de la situación de salud del Perú 2 001 / Perú". Oficina General de Epidemiología.-Lima 2 002 (OPS/PER/02.02).
18. MINISTERIO DE SALUD. "Guía Nacional de Atención Integral del Paciente con Infección VIH/SIDA/Perú". Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS). Perú, 1 999.

19. MINISTERIO DE SALUD. "Manual de Procedimientos para la Atención Médica Periódica 2 000". -Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA.
20. MINISTERIO DE SALUD. Boletín Informativo Mayo 2 005. Coordinación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA. Perú, 2 005.
21. MINISTERIO DE SALUD. Boletín Informativo PROCETSS. 1 997; (3):2. Perú, 1 997.
22. MOSQUERA, J. MATEUS, J ET AL. "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes". Rev. Colombia Médica Vol 34(4). 2 003.
23. NATIONAL HEMOPHILIA FOUNDATION. "Peer-to-Peer Health Education Programs for Youth: Their Impact on Comprehensive Health Education". New York: The Foundation, 1 994.
24. ONUSIDA. "Estado de Situación: el SIDA en el Perú al año 2 000-Lima". Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS). Perú 2 001.
25. ONUSIDA. "Los jóvenes y el VIH/SIDA una oportunidad en un momento crucial". Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA: Reporte de junio 2 002.

26. ONUSIDA. "Los niños y los jóvenes en un mundo con SIDA". Ginebra: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). 2001.
27. ONUSIDA. Campaña Mundial Contra el SIDA 2001. Hoja Informativa.
28. ONUSIDA: "Anatomía de la epidemia. El SIDA no da tregua". Hoja informativa.
29. OPS / OMS: "Vigilancia Epidemiológica del SIDA en las Américas". Informe Trimestral, 10 de Septiembre de 1996. Programa Regional de SIDA / ETS.
30. OPS. "El avance del SIDA en América Latina y el Caribe". Acción en SIDA. 1997; 29: 10-12.
31. PELAEZ, J. RODRÍGUEZ, O. BERMÚDEZ, R. "Adolescente varón y anticoncepción". Rev Cuba Obstet Ginecol 1998; 24(1):5-12.
32. RICKERT, VI et al. "Effects of a peer-counseled AIDS education program on knowledge, attitudes, and satisfaction of adolescents". Journal of Adolescent Health 1991; 12:38-43.
33. RIETMEIJER CA et al. Increasing the use of bleach and condoms among injecting drug users in Denver: outcomes of a targeted community-level HIV prevention program. AIDS, 1996, 10(3):291-298.
34. SCHAPINK D et al. Development of a district peer health educator programme in primary schools in Tanzania. XII Conferencia Internacional sobre el SIDA, Ginebra, 1998.

35. STEVENS, J. "Peer education: promoting health behaviors. [The Facts]". Washington, DC: Advocates for Youth, 1 997.
36. STROUSE, J. FABES, R. "Formal versus informal sources of sex education: competing forces in the sexual socialization of adolescents". *Adolescence* 1 985; 20:269-70.
37. UNAIDS et al. "Young People and HIV/AIDS: Opportunity in Crisis". Geneva, Switzerland: UNAIDS, 2 002.
38. UNFPA. "El estado de la población mundial 2003: el VIH/SIDA y los adolescentes". [en línea] [Fecha de acceso noviembre 15 de 2 003]. URL disponible en: <http://www.unfpa.org/swp/2003/espanol/ch3/>.
39. VERA, LINA. LÓPEZ, NAHYR ET AL. "Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander". *Rev. Colombia Médica* Vol 35(2). 2 004.
40. VILLASEÑOR, A. CABALLERO, R. "Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes". *Salud Pública Mex* 2 003;45 supl 1:S73-S80.



ANEXOS

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA

ESCUELA DE POST GRADO

MAESTRÍA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA LA TESIS DE MAESTRÍA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

“COMPARACIÓN DE LAS COMPETENCIAS PERSONALES SOBRE SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN ADOLESCENTES ESCOLARES DE QUINTO AÑO DE SECUNDARIA DE LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD MANUEL PRADO – MINISTERIO DE SALUD, QUE HAN RECIBIDO EDUCACIÓN POR PARES Y POR PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL AÑO 2 005”.

AUTOR:
NELSON CHÁVEZ CERPA
MÉDICO CIRUJANO

AREQUIPA – PERÚ

2 006

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
I. PREÁMBULO	01
II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO	03
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	03
2. MARCO TEÓRICO.....	10
3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	38
4. OBJETIVOS.....	48
5. HIPÓTESIS	49
III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	50
IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO.....	74
V. BIBLIOGRAFÍA	75
VI. ANEXOS.....	82

I. PREÁMBULO

La génesis del problema de investigación que nos convoca ha cursado un proceso de determinación iniciado en una actitud exploratoria permanente de la realidad, en nuestro interés natural sobre los niveles de conocimiento y capacidad de autodeterminación como elementos claves para reducir los riesgos de contagio de VIH-SIDA en la población joven. Esta primera experiencia personal de nuestro acercamiento al problema, aunado a la lectura crítica y cuestionante de proposiciones fundamentales y antecedentes investigativos recientes relacionados a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, sugieren un escenario donde confluyen áreas problemáticas, que han podido delimitarse con la percepción selectiva.

La contrastación entre teoría, doctrina y realidad nos arroja una contradicción que se evidencia en un informe de ONUSIDA que muestra que a pesar de los esfuerzos por informar y educar a jóvenes acerca de las formas del contagio por VIH, estos aún continúan desinformados y asumen conductas de riesgo.

Desde el principio de la epidemia del SIDA los diseñadores de proyectos de prevención supusieron que una de las mejores formas de llegar a la gente con información acerca del VIH/SIDA, e influir en su conducta, sería a través de sus pares (los amigos, colegas y vecinos que respetan).

La primera caracterización de esta situación problemática resulta en una percepción inicial del problema como una carencia, como una necesidad de contar

con una estrategia de educación eficiente para la prevención de la infección por el VIH/SIDA en jóvenes, y que tal vez pueda ser posible a través de la estrategia de educación por pares generacionales, la cual se basa en la receptividad de las actividades informativas que realizan los pares y cuyos esfuerzos puedan ser evaluados en forma suficiente.



II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

“Comparación de las competencias personales sobre Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en adolescentes escolares de Quinto Año de Secundaria de la jurisdicción del Centro de Salud Manuel Prado – Ministerio de Salud, que han recibido Educación por pares y por profesionales de la salud en el año 2 005”.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

➤ **Área de conocimientos al que pertenece:** Ciencias de la Salud. Campo: Investigación en Salud Pública (nivel poblacional) –Sistemas de Salud. Categoría: Investigación en Organización de Sistemas de Salud (nivel micro). Sub categoría: Investigación en Servicios de Salud.¹ Área: Usuario de los Servicios de Salud, Componente: Afectivo. Línea de investigación: Conocimientos y Actitudes.

➤ **Análisis u operacionalización de variables:**

La variable investigativa *Competencias personales* se desagregará en los indicadores *Conocimientos y Actitudes*, como sub dimensiones de mayor especificidad, para observación y medición de las mismas. Estos a su vez, por ser justificable y además que el grado de complejidad de la variable lo permite, se desagregan en unidades analíticas de mayor concreción, que

¹Se ocupa de analizar los productos primarios del sistema que son, precisamente, los servicios (Tomado de La Nueva Salud Pública, Julio Frenk).

son los sub indicadores de primer orden: Definición, Modo de transmisión, Percepción de riesgo, Prevención y Respeto al infectado, representados en los diferentes ítems del instrumento. Los sub indicadores que se repiten en ambas variables son los mismos porque en la primera se miden los conocimientos y en la segunda las actitudes, estos últimos pueden no coincidir con los primeros en una misma persona, además, está ampliamente demostrado que la información por sí sola no modifica las actitudes. De esto resulta un esquema compuesto de operacionalización que mostramos a continuación:

Variable	Indicadores	Escala de medición	Sub Indicadores	Categorías	Escala de medición
Competencias personales	Conocimientos	Nominal	Definición	Adecuado	Nominal
				Inadecuado	Nominal
			Modo de transmisión.	Adecuado	Nominal
				Inadecuado	Nominal
			Percepción de riesgo.	Adecuado	Nominal
				Inadecuado	Nominal
	Prevención.	Adecuado	Nominal		
		Inadecuado	Nominal		
	Respeto al infectado.	Adecuado	Nominal		
		Inadecuado	Nominal		
	Actitudes	Nominal	Modo de transmisión.	Adecuado	Nominal
				Inadecuado	Nominal
			Percepción de riesgo.	Adecuado	Nominal
				Inadecuado	Nominal
Prevención.			Adecuado	Nominal	
			Inadecuado	Nominal	
Respeto al infectado	Adecuado	Nominal			
	Inadecuado	Nominal			

Competencias personales: Pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en asuntos relacionados a Conocimientos y Actitudes sobre VIH / SIDA.

Conocimientos: Conciencia de la realidad que se adquiere por medio del aprendizaje en relación al VIH / SIDA.

Actitudes: Tendencia o predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable a alguien o ante un objeto o clase de objetos relacionados al VIH / SIDA, las cuales incluyen declaraciones de creencias y sentimientos acerca del objeto y acciones de aproximación-evitación con respecto a él, y que estén orientadas al VIH / SIDA.

La principal variable no investigativa es “*estrategia educativa*” en la que se ubican las unidades de análisis de acuerdo a su realidad educativa. En nuestro estudio se considera a las estrategias de educación *por pares* y *por profesionales de la salud*. Ampliaremos estos conceptos para mejor apreciación.

Educación: “desarrollo”, “formación” o “persuasión” de una persona o cosa determinada, o “conocimientos” resultantes del proceso educativo.

Educación por pares: concepto popular que implica un enfoque, un canal de comunicación, una metodología, unos principios y una estrategia. La educación inter pares conlleva el uso de miembros de un grupo determinado para producir cambios entre otros miembros del mismo grupo.

Educación por Profesionales de la Salud: La mayoría de las personas que educan en salud, que gozan del respeto de los jóvenes, constituyen "figuras de autoridad" en el sentido tradicional, como puede serlo el personal profesional de salud.

"Par": persona de la misma posición social que otra, que pertenece al mismo grupo social, en particular respecto a la edad, el nivel de estudios o la situación social.

➤ ***Interrogantes de Investigación:***

Por su naturaleza descriptiva y comparativa univariable, se plantean las siguientes interrogantes que tienen su origen en la operacionalización de variables:

¿Cómo son las competencias personales en relación a VIH/SIDA que muestran los adolescentes escolares del Quinto Año de Secundaria en el grupo de educación por pares en la jurisdicción del Centro de Salud Manuel Prado -Ministerio de Salud-, Arequipa-Perú, en el 2005?

¿Qué competencias personales sobre VIH/SIDA exhiben dichos adolescentes del grupo de educación por profesionales de la salud?

¿Existen diferencias en las competencias personales respecto a VIH/SIDA entre los escolares del grupo de educación por pares comparado con el grupo educado por profesionales de salud en esta población estudiada?

➤ ***Tipo de Investigación:*** Investigación de campo.

Es una Investigación de campo porque sus unidades de estudio son adolescentes que pertenecen a la población objetivo según el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), y tiene a la realidad comunal como ámbito de recolección.

➤ ***Nivel del Problema de Investigación:*** Problema Descriptivo, Comparativo.

- a) Es un diseño OSERVACIONAL DESCRIPTIVO porque no investigamos manipulando el fenómeno, sólo observamos, describimos, medimos y explicamos cómo se manifiesta el fenómeno y sus componentes.
- b) Es un estudio TRANSVERSAL o de corte transversal porque las variables se miden en un solo momento.
- c) Es un estudio COMPARATIVO UNIVARIANTE porque existen dos grupos que se comparan (escolares adolescentes que han recibido educación unos *educación por pares* y otros *educación por profesionales de salud*) con el fin de determinar las diferencias y similitudes usando la misma variable (*competencias personales*) en cada situación (*estrategia educativa*) y contrastándola entre las diferentes situaciones.

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

El problema en cuestión es justificable por su **relevancia práctica** al ser abordado por una investigación aplicada de producción operativa, cuya tecnología educativa podría ser usada para solucionar problemas educativos análogos. Esta relevancia alude a la importancia pragmática por su aplicación funcional en la exigencia real, el conocer como más adecuada y con ventajas comparativas una de estas dos estrategias orientará a los agentes de salud locales en el desarrollo de sus actividades educativas.

Su **relevancia social** radica en que nos proveerá información valiosa sobre cómo educar este grupo etéreo altamente vulnerable, sabiendo que respecto al VIH/SIDA nuestros adolescentes escolares conocen poco y tienen actitudes desfavorables, lo que en tiempos del SIDA puede ser mortal. Esta investigación también ayuda a solucionar problemas prácticos y concretos al evitar el desperdicio de los recursos escasos que podrían reorientarse para emplearlos eficientemente en una propuesta educativa que sí obtenga los resultados esperados.

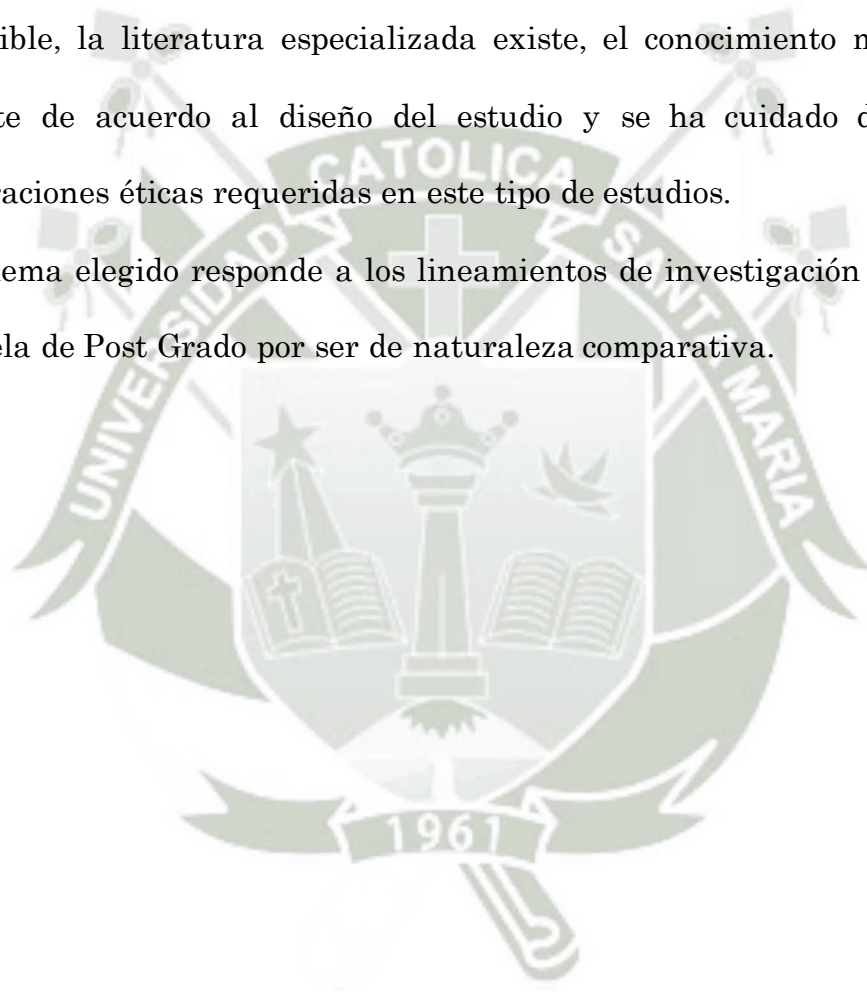
Nuestro estudio es **parcialmente original** por ser una investigación complementaria que insiste sobre lo ya investigado, en el ámbito nacional e internacional, pero con óptica disímil y con variables análogas pero en posición funcional diferente.

Tiene **relevancia contemporánea** por ser una investigación de coyuntura o del presente, cuya importancia e impacto actual del estudio puede anidarse en la

discusión sobre la eficacia de los procesos educativos vigentes dirigidos a escolares adolescentes.

El presente estudio pasa por la prueba de factibilidad. El análisis de viabilidad de la investigación nos arroja que existe disponibilidad de las unidades de estudio, el tiempo que se empleará se ajusta a las necesidades de la investigación, se utilizarán los recursos disponibles y en uso, el presupuesto requerido es limitado y asequible, la literatura especializada existe, el conocimiento metodológico es suficiente de acuerdo al diseño del estudio y se ha cuidado de guardar las consideraciones éticas requeridas en este tipo de estudios.

El problema elegido responde a los lineamientos de investigación propuestos por la Escuela de Post Grado por ser de naturaleza comparativa.



2. MARCO CONCEPTUAL.

A continuación se presentarán los conceptos básicos en relación a las variables e indicadores que interesan en el estudio:

2.1. Proceso de construcción del Marco Teórico.

A) Identificación de los elementos teóricos necesarios para fundamentar el problema.

Entre estos tenemos:

A₁ Sobre Conocimientos en relación a VIH / SIDA.

A₂ Acerca de Actitudes respecto al VIH / SIDA.

A₃ En relación a Educación por Pares.

A₄ Respecto a Educación por Profesionales de Salud.

B) Selección de la variable principal o elementos más importantes para el establecimiento del problema: Competencias personales sobre VIH / SIDA en adolescentes escolares.

C) Identificación de las relaciones entre variables y enunciar la hipótesis:

➤ Sólo se trabajará una variable, la cual será caracterizada y comparada.

➤ Enunciación de la Hipótesis: Hipótesis general y estadísticas.

2.2. Descripción del Marco Teórico:

A₁ **Sobre Conocimientos en relación a VIH / SIDA.**

Conocimiento es la Acción y efecto de conocer, entendimiento, inteligencia. Captar la realidad de las cosas mediante el entendimiento. Pero es bueno que precisemos de qué tipo de conocimiento deviene la información. Para tal efecto

nos parece oportuno recurrir a la añeja, pero práctica dicotomía de Willian James (1986), en la cual distingue dos formas fundamentales de conocimiento: Primero, el que procede de “estar familiarizado con” y segundo, el que se origina en “saber acerca de”. Según el autor, hay dos tipos de conocimiento que se pueden distinguir en forma práctica y general: Conocimiento de “familiaridad” y conocimiento “acerca de”. Los dos tipos son, por lo tanto, en cuanto a la forma práctica en que la mente humana los ejercita, términos relativos. Esto es, el mismo pensamiento acerca de una cosa, puede ser llamado conocimiento, en comparación con otro conocimiento más simple; o puede ser considerado como familiaridad si se le compara con un pensamiento más articulado y explícito todavía.

Estas formas de conocimiento, de esta forma concebidas, nos sirven para caracterizar el conocimiento en que se sustenta la opinión. La familiaridad con una cosa, con un suceso y observación recurrente, es el conocimiento que una persona adquiere como resultado del encaramiento con el mundo que le rodea y su experiencia personal; este conocimiento es el fundamento de las opiniones.

En tanto que el conocimiento “acerca de”, es racional y formal, sistemático; está basado en la observación y los hechos, como datos extraídos de la realidad, que al ser sometidos a experimentación, pueden ser demostrados.

Este conocimiento, no es otro que el científico, basado en evidencias; en tanto que el que procede de “estar familiarizado con”, es el conocimiento personal, individual que hace que cada uno de nosotros estemos a gusto en el mundo en que vivimos. Si el conocimiento científico se comunica, a través de fórmulas, recetas,

elaboraciones teóricas; el conocimiento que llamamos fruto del sentido común, se comunica a través de la sabiduría popular y sus productos: máximas, proverbios, juicios no reales y opiniones.

Trasladando estos antecedentes a nuestros días, debemos convenir, que, en materia de información, las opiniones necesariamente se sustentan en el conocimiento que el opinante tiene acerca del tema o asunto, sobre el cual opina; o más técnicamente hablando, no puede expresarse una opinión, referida a un asunto, sobre el cual el opinante no tenga información.

En cuanto al conocimiento científico, Tamayo (1994), lo define como una de las formas que tiene el hombre para otorgarle un significado con sentido a la realidad¹

Conocimientos sobre VIH/SIDA.

Los estudios indican que el grupo etéreo más afectado por el SIDA es el de 15 a 49 años de edad; poseen la gran mayoría de factores de riesgo como relaciones sexuales sin preservativo, promiscuidad, mayor consumo de alcohol y drogas alucinógenas, realización de tatuajes y/o perforaciones, préstamo de agujas para estos fines, mayor probabilidad de ser transfundidos o transplantados y conocimientos inadecuados o deficientes². Se considera que cada año aumentan las infecciones por VIH en casi 5 millones de casos nuevos, de los cuales la mitad

¹ Tamayo y Tamayo M. (1994). "EL PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA".3ra Edición. Editorial Limusa. México. DF.

² ONUSIDA. Los niños y los jóvenes en un mundo con sida. Ginebra: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA); 2001.

está constituida por jóvenes adultos entre 15 y 24 años de edad, razón por la cual el VIH/SIDA ha pasado a ser reconocida como una enfermedad de los jóvenes.¹

En un inicio la población más afectada era la de homosexuales, hoy en día los nuevos casos ocurren en heterosexuales y en drogadictos que usan inyección intravenosa.^{2 3 4 5}

Una décima parte de las personas recién infectadas tenía menos de 15 años de edad. Se cree que la mayor parte de ellos han contraído la infección a través de sus madres, antes del nacimiento, durante el parto, o a través de la lactancia materna.^{6 7 8 9}

Desde el comienzo de la epidemia, el SIDA ha cobrado más de 9 millones de vidas entre los varones. En todo el mundo, los varones suelen tener más parejas extramatrimoniales, con lo que aumenta su propio riesgo de contraer el VIH y de su pareja principal. Más del 70% de las infecciones por el VIH que se producen en el mundo entero ocurren a través de las relaciones sexuales entre varones y mujeres. Entre el 5% y el 10% de las infecciones por el VIH que se producen en el mundo entero ocurren a través de las relaciones sexuales entre varones. El 5% o más de las infecciones por el VIH que se producen en el mundo entero ocurren

¹ UNFPA. El estado de la población mundial 2003: el VIH/SIDA y los adolescentes.

² OPS. El avance del SIDA

³ OPS / OMS: Vigilancia Epidemiológica del SIDA

⁴ ONU/SIDA :El SIDA a Diciembre de 1999 (2).

⁵ ONUSIDA. Campaña Mundial Contra el SIDA 2001.

⁶ HARRISON: Principios de Medicina Interna.

⁷ OPS. El avance del SIDA.

⁸ OPS / OMS: Vigilancia Epidemiológica

⁹ Conn's Current Therapy.1 999.

entre personas que se inyectan drogas, las cuatro quintas partes de las cuales son varones.¹

A₂ Acerca de Actitudes respecto al VIH / SIDA.

Con un criterio, aún no riguroso, podemos decir que ACTITUD es una tendencia o predisposición arraigada, adquirida o aprendida, que se orienta a una acción o reacción, en pro o en contra de algo o de alguien. Esta predisposición, puede manifestarse mediante un comportamiento, una reacción expresiva o simplemente a través de una abstención o de una omisión.

En la concepción psicologista que nos ocupa, una de estas reacciones verbalizadas, es la opinión.

Amaro La Rosa, (1983, p.89), nos respalda en esta argumentación, expresando que, la actitud, es un patrón relativamente constante de evaluación de objetos sociales, que implica, su conocimiento y una dirección hacia la acción; así como una carga afectiva orientada a los mismos.

Maletzke (1970, p.245), también nos trae una noción de actitud compatible con nuestro punto de vista: “Actitud es la predisposición de un individuo, para evaluar algún símbolo de su mundo, de una manera favorable o desfavorable”.

Maletzke parece destacar el carácter interno de la actitud, caracterizándola como una fuerza motivadora de la acción o de la reacción expresiva. En cambio estaría dejando para la opinión, una característica externa, verbalizable y menos estable que la actitud.

¹ CDC - NCHTSTP - División of HIV / AIDS Prevention.

Distinción entre Actitud y Opinión: Interpretando a Maletzke, Luis Anibal Gómez expresa: “Si consultamos a Maletzke, encontramos la dificultad de la diferenciación, de las nociones de actitud y opinión, serían los aspectos parciales y distintos de un mismo proceso unitario, de la toma de posición, respecto a cosas, personas, relaciones y procesos”. Raúl Rivadeneira (1984), también es partidario de esta diferenciación entre actitud y opinión, considerando a la primera como una disposición para reaccionar ante una motivación y a la opinión como una imagen que se forma el hombre en un proceso de cognición del mundo exterior; imagen que equivale a un juicio de valor, que corresponde a algo en relación con lo que suponemos correcto (fundamento ético) y verdadero (fundamento lógico).

Del análisis de las citas precedentes, llegamos a la comprensión de que las actitudes, tienen carácter latente y potencial, no son perceptibles, ni evaluables por si mismas; por el contrario la opinión, es una expresión a través de la cual, se exteriorizan las actitudes, e incluso, se les puede medir cuantitativamente. Las encuestas de opinión, en realidad, lo que permiten evaluar, son las actitudes que se manifiestan verbalizadamente a través de las opiniones.

Relación entre Actitud y Opinión: Las proposiciones que seguidamente transcribimos permiten afirmar, concluyentemente, que las actitudes, son el sustento de las opiniones; su caldo de cultivo; por lo tanto, cuando la jerarquía de actitudes en el sujeto, es estable, podemos esperar un conjunto de opiniones, con una dirección, intensidad y organización previsibles; pero cuando los cambios en el entorno y realidad social, condicionan una nueva jerarquización de las actitudes; también puede esperarse similares cambios en las opiniones.

Otto Klineberg sostiene: “La actitud, es un estado de ánimo del individuo hacia un valor. Sería conveniente reservar la palabra actitud para indicar lo que estamos preparados a hacer y la palabra opinión, para representar lo que creemos, o lo que consideramos que es cierto”

Daniel Katz corrobora: “Actitud es la predisposición del individuo, para evaluar algún símbolo o aspecto de su mundo, de una manera favorable o desfavorable.

La opinión es la expresión verbal de una actitud: Las actitudes pueden también ser expresadas por una conducta no verbalizada; las actitudes incluyen a la vez el núcleo afectivo o sentimental de inclinación o rechazo, como también los elementos cognoscitivos o de creencias que describen el objeto de la actitud, sus características y sus relaciones con otros objetos. Todas las actitudes por tanto, incluyen creencias, más no todas las creencias son actitudes

Proceso de la Formación de la Actitud.

La socialización comienza en el núcleo familiar y se continúa durante toda la vida. Las personas durante su desarrollo y crecimiento se relacionan con distintas personas, situaciones y/o objetos. Esta interacción conlleva experiencias gratificantes o frustrantes, como producto de la satisfacción de necesidades. Durante este proceso la persona adquiere ideas (elementos cognoscitivos), sentimientos (elementos afectivos), y condiciona una predisposición a actuar (elementos reactivos) positiva o negativamente frente al objeto.

Las actitudes se adquieren por Socialización Primaria, (las primeras actitudes en la niñez dentro de su núcleo familiar y se continúa en la escuela). Por

Socialización Secundaria cuando resulta de la interacción con otras personas, quienes ya poseen determinadas actitudes.

Características de la Actitud

Las actitudes precisan de varias características:

Son aprendidas: No son innatas son resultado de las necesidades, percepciones y experiencias y del aprendizaje de creencias, valores y sentimientos.

Son relativamente estables: Las actitudes se fijan y persisten, por tanto son duraderas, pero están sujetas a los efectos de nuevas experiencias, por eso se habla de cambio de actitud pero este cambio no se da con facilidad.

Son inobservables: La actitud es una construcción hipotética: se refiere a algo que no es observable en forma directa, puede deducirse indirectamente a partir de sus efectos sobre las acciones conductuales (como los juicios y elecciones) las cuales son directamente observables.

Tiene tendencia afectiva: Las actitudes están vinculadas a sentimientos, emociones o afectos.

Tienen intensidad: Por el grado de su acercamiento o alejamiento, por el grado de fuerza positiva o negativa hacia el objeto.

Son dirigidas: Las actitudes están orientadas a favor o en contra, agrado o desagrado, positivas o negativas, aceptación o rechazo.

Son reactivas: Las actitudes suponen una predisposición a determinada forma de conducta. Esta relación sólo es de tipo probable, es decir la existencia de una actitud no significa necesariamente la emisión de una conducta.

Son selectivas: Ya que conlleva a una lección o discriminación determinada.

Tienen relación sujeto – objeto: Las actitudes están vinculadas con un objeto, el cual incluye símbolos, personas, grupos, instituciones, hechos o situaciones concretas.

Tipos de Actitudes

Las actitudes pueden clasificarse de acuerdo:

Al objeto al que se dirige: Las actitudes pueden estar orientadas a Dios, a la Nación, al hombre etc.

Al sector al que se dirige: La orientación puede ser más específica como la familia, lo sexual, la política, lo económico, lo cultural, etc.

A la situación a la que se refiere: Las actitudes se pueden referir a situaciones íntimas (personales), situaciones públicas (generales).

A la situación existencial o vivencial: La persona con su entorno: sentirse bien, sentirse positivamente o al contrario.

e. A la dirección: Hay actitudes favorables: positivas de aceptación y actitudes desfavorables, negativas o de rechazo.

Importancia de la actitud: La actitud constituye un enlace entre la conciencia individual (sujeto) y el mundo de interrelaciones (sociedad), determinando una actitud real o posible por parte del sujeto en el mundo social. Permitiendo conocer con criterios de probabilidad lo que va a ocurrir y prevenirse para el cambio. Por lo dicho las actitudes forman parte de la personalidad definiéndose ante situaciones concretas: está presente y es constante en toda interrelación personal, facilitando la adaptación con el medio y permiten una visión global de la realidad, creando identidad y autorrealización.

Métodos para medir actitudes: Pueden utilizarse diferentes métodos para obtener información sobre la actitud de una persona hacia algo, incluyendo la observación directa de la forma en que se comporta la persona en relación con ciertas cosas. Es decir, ¡Que hace o dice la persona en situaciones en la que está presente el objeto o suceso! La voluntad de hacer un favor, firmar una petición y hacer una donación a alguna causa, son ejemplos de medidas conductuales de las actitudes. La observación directa del comportamiento es informativa, sobre todo con ciertos individuos o cuando otros métodos se consideran impertinentes. Sin embargo, la obtención de una muestra representativa del comportamiento a través del tiempo y las situaciones, consume mucho tiempo y es costosa. Además las medidas conductuales de las actitudes frecuentemente producen resultados diferentes según el método utilizado. Dado que actitudes es un concepto tan útil y amplio en psicología se ha invertido considerable esfuerzo en perfeccionar métodos para medir actitudes con tanta precisión que sea posible. Entre estos métodos se encuentran las técnicas proyectivas y los cuestionarios o escalas de actitudes. El método para medir las actitudes consiste en aplicar una escala de actitudes que consta de un conjunto de afirmaciones positivas y negativas respecto a un sujeto de interés (un grupo de personas, una institución, un concepto), puede elaborarse por medio de varios procedimientos. Una de las primeras escalas de medición de actitudes fue la de la Escala de Distancia Social de Bogardos, trabajos como el de Luis Thurstone, Rensis Likert, Luis Guttman y otros expertos en psicometría hicieron posible medidas de actitudes más precisas.

Modelo de Creencias en Salud.

El modelo de creencias en salud es un marco conceptual popular, en especial para estudios que se enfocan en la participación de pacientes y en prácticas preventivas para el cuidado de la salud.

En el modelo de creencias se integran teorías psicológicas de formulación de objetivos, toma de decisiones y aprendizaje social. Se postula que el comportamiento que promueve la salud depende de las percepciones de las personas con respecto a las diversas amenazas para la salud y el valor de las acciones que reducen dichas amenazas,

Los principales componentes de este modelo incluyen:

- a. Percepción de lo susceptible: Se refiere a la relevancia personal que se da a un problema de salud o a la precisión del diagnóstico de la enfermedad.
- b. Gravedad que se intuye: Aun cuando la persona reconozca la susceptibilidad personal, esto nos dará como resultado acciones, a menos que el individuo considere que enfermarse le acarreará implicaciones orgánicas o sociales graves.
- c. Beneficios posibles: Los beneficios que se perciben se refieren a si el paciente considera que un tratamiento determinado cura la enfermedad o ayuda a prevenirlo.
- d. Costos posibles: Se refiere a la complejidad, duración y accesibilidad al tratamiento.
- e. Motivación: Es el deseo de cumplir dicho tratamiento, las creencias de que las personas deben acatar lo prescrito por el personal al cuidado de la salud, la

preocupación general acerca de la salud, el deseo de obtener y aceptar cuidados para la salud y la participación en actividades positivas para la salud.

Entre los factores modificantes se identifican:

- Variables personales
- Relaciones entre el paciente y la persona al cuidado de la salud.
- Satisfacción del paciente
- Factores sociodemográficos.

Actitudes en relación al SIDA.

El SIDA toca tres tabú fundamentales en nuestra cultura: el tabú de la enfermedad, el tabú de la muerte y el tabú de la sexualidad. Esto está impidiendo el desarrollo de intervenciones preventivas realmente eficaces que frenen el avance de esta epidemia. Hoy por hoy, está más que demostrado que sólo con intervenciones informativas no se consigue modificar las actitudes ni los comportamientos de riesgo. En esta Comunicación se analizan los factores que están impidiendo y bloqueando en las personas la asunción de las sugerencias del Sexo Seguro, fundamentalmente derivadas del tratamiento inadecuado de la información y de la aparición de actitudes irracionales al respecto. Para comprenderlo se exponen las cuatro etapas de la "construcción social" del SIDA y sus repercusiones en las actitudes sexuales de las personas: (López, 2 000).

La Tabuización de la enfermedad.

La Construcción y Manipulación de la enfermedad.

La Rentabilización de la enfermedad.

La Generalización de la enfermedad.

Con una llamada importante hacia la necesidad de intervenciones que incidan realmente en las **actitudes** de las personas como la manera eficaz de parar esta epidemia.

Las campañas de información a través de los medios de comunicación de masas, aparte de ser insuficientes, chocan con otro importante obstáculo que no hay que olvidar ya que fueron estos mismos medios los responsables, en gran medida, de su existencia: muchas personas mantienen **actitudes** irracionales con respecto del fenómeno SIDA. **Actitudes** de recelo e indiferencia del tipo "El SIDA no va conmigo" que tienen mucho que ver con la manipulación que se hizo en un principio (y todavía se pretende, aunque en menor medida) de relacionar el SIDA con determinados colectivos sociales a los que se denominaba "Grupos de Riesgo". **Actitudes** insolidarias y discriminatorias generadas de estas primeras de indiferencia, recelo, aislamiento y desprecio. Como si el SIDA no fuera una cuestión que nos afectara a todos/as sino a grupos marginales y marginados de la población. Actitudes de miedo y pánico desproporcionadas, respuesta directa y lógica a campañas basadas en el miedo y la advertencia de los peligros que conlleva esta enfermedad mortal. Por lo general, existe todavía una idea errónea entre la "Población General" acerca del SIDA en el sentido de que sólo afecta a determinados colectivos (adictos/as a drogas por vía parenteral, prostitutas/os, hombres con prácticas homosexuales, presos), por lo cual, "si no me relaciono con personas pertenecientes a estas poblaciones, no tengo ningún riesgo de ser infectado por el virus del SIDA". Este error prejuiciado, fruto directo del

tratamiento interesado e inadecuado que se le ha dado a la información en estos últimos años, es la causa principal por la que otro gran grupo de personas se están viendo afectadas en progresión geométrica con respecto a la transmisión del VIH-SIDA: hombres y mujeres jóvenes, de hasta treinta años, y con prácticas heterosexuales. Y la vía de transmisión es la vía sexual, las prácticas sexuales que se conocen como inseguras o que conllevan un riesgo o posibilidad de transmisión del VIH en caso de ser realizadas. Podemos plantear que se está reaccionando institucionalmente con muchos años de retraso sobre la fecha deseable para evitar la extensión de la epidemia a las poblaciones donde está incidiendo de una manera más clara. Entiendo que deberíamos de actuar ya, y no esperar a que nos alcancen los próximos años y recontar y recoger entonces las víctimas de entre la población joven heterosexual sobre la cual hacía ya casi diez años en el pasado se había advertido que se estaba convirtiendo en el próximo "grupo de riesgo" social afectado directamente por la epidemia. Debe asegurarse que se consiga una incidencia adecuada tanto en las actitudes como en los comportamientos susceptibles de riesgo de transmisión del VIH-SIDA en el marco de las relaciones sexuales.

Mientras no se hable claro y no se dé una información sexual completa; mientras no se establezcan programas preventivos donde realmente se incida en las actitudes y en el nivel emocional-motivacional de la gente joven, éste se convertirá en el siguiente colectivo ampliamente afectado, puesto que los y las adolescentes y los y las jóvenes forman, hoy por hoy, el grupo de población más desprotegido dentro del colectivo más amplio de la población heterosexual.

Reconsiderando lo anterior: La información sola no cambia los hábitos. Las campañas que aluden al miedo o a la represión no son eficaces. Hay que prevenir desde la incidencia en las **Actitudes** Personales.

A₃ En relación a Educación por Pares.

Los Adolescentes encuentran a menudo a los Educadores Pares más creíbles que los Educadores Adultos. Los educadores pares entrenados son una fuente de información más creíble para alguna juventud que los educadores adultos porque ellos comunican de maneras más entendibles y sirven como el papel positivo.

Muchos estudios sobre programas de educación dirigidos por adultos-comparados con la de consejeros pares revelan que hay una actitud de cambio en la percepción de los adolescentes del riesgo personal de infección de VIH. La educación par-también mejoró la inclinación de los adolescentes para tomar los pasos para prevenir la transmisión. (Diclemente 1 993; USAID 2 002, Rickert, 1 991)

Definición de educación inter pares:

La educación inter pares es un concepto popular que implica un enfoque, un canal de comunicación, una metodología, unos principios y una estrategia. El término “par” se refiere a “una persona de la misma posición social que otra; que pertenece al mismo grupo social, en particular respecto a la edad, el nivel de estudios o la situación social”. El término “educación”, o educar, se refiere al “desarrollo”, “formación” o “persuasión” de una persona o cosa determinada, o a los “conocimientos” resultantes del proceso educativo. En la práctica, la educación inter pares ha adoptado múltiples definiciones e interpretaciones relativas a quién es par y qué es la educación (por ej., sensibilización, asesoramiento,

discusiones facilitadoras, sesiones de lectura y representaciones dramáticas, distribución de materiales, referencias a los servicios, suministro de apoyo, etc.) (Shoemaker et al., 1998; Flanagan et al., 1996). Generalmente la educación inter pares conlleva el uso de miembros de un grupo determinado para producir cambios entre otros miembros del mismo grupo. A menudo la educación inter pares se utiliza para propiciar cambios al nivel individual, tratando de modificar los conocimientos, actitudes, creencias o comportamientos de una persona. Sin embargo, la educación inter pares también puede producir cambios al nivel social o de grupo, modificando normas y estimulando la acción colectiva conducente a cambios en los programas y las políticas.

Teoría del comportamiento y educación inter pares.

La educación inter pares como estrategia para el cambio del comportamiento se funda en diversas teorías bien conocidas. Por ejemplo, la *Teoría del aprendizaje social* afirma que las personas sirven de modelo del comportamiento humano y que algunas de ellas (afectivamente próximas) son capaces de producir el cambio de comportamiento en determinados individuos, basándose en los valores y el sistema de interpretación individuales (Bandura, 1986). La *Teoría de la acción razonada* apunta que uno de los elementos influyentes para el cambio de comportamiento es una percepción del individuo de las normas o creencias sociales sobre lo que hacen o piensan con respecto a un comportamiento particular las personas que son importantes para él (Fishbein & Ajzen, 1975). La *Teoría de la difusión de la innovación* señala que algunas personas influyentes de una población determinada actúan como agentes del cambio de comportamiento

divulgando información e influyendo en las normas de grupo en su comunidad (Rogers, 1983). La educación inter pares se sustenta en elementos de cada una de esas teorías del comportamiento, ya que afirma implícitamente que algunos miembros de un grupo determinado (educadores inter pares) pueden influir en el cambio de comportamiento entre sus pares.

La *Teoría de la educación participativa* también ha sido importante en el desarrollo de la educación inter pares (Freire, 1970). “Los modelos de la educación participativa o facultadora postulan que la falta de poder efectivo a nivel comunitario o de grupo y las condiciones económicas y sociales inherentes a la misma son importantes factores de riesgo para una salud deficiente” (Amaro, 1995). En el sentido propugnado por Freire, facultar o dar poder efectivo es el resultado de la plena participación de las personas afectadas por un problema o una situación sanitaria determinados; a través de este diálogo la comunidad afectada planifica y ejecuta colectivamente una respuesta al problema o situación sanitaria en cuestión. Muchos defensores de la educación inter pares insisten en que este proceso horizontal en que los pares (iguales) hablan entre ellos y determinan el curso de la acción es fundamental para la influencia de la educación inter pares en el cambio de comportamiento.

Resultados de iniciativas anteriores para comprender y mejorar la educación inter pares sobre el VIH/SIDA.

La educación inter pares se ha aplicado en muchas áreas de la salud pública, incluidas la educación sobre nutrición, la planificación familiar, el abuso de sustancias y la prevención de la violencia. No obstante, la educación inter pares

sobre el VIH/SIDA se destaca por su número de ejemplos de aplicación en la documentación internacional reciente sobre salud pública. Como resultado de su popularidad, los esfuerzos generales para comprender más y mejorar el proceso y el efecto de la educación inter pares en la prevención, atención y apoyo en materia de VIH/SIDA también han aumentado. A continuación se presentan algunos ejemplos de esos esfuerzos.

Durante la ejecución del Programa de Prevención y Control del SIDA (AIDSCAP), de Family Health International/USAID, 116 de los 195 proyectos de Comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) aplicaron la educación inter pares. Como consecuencia de esa amplia aplicación, AIDSCAP patrocinó un estudio de 21 proyectos de educación inter pares y prevención y atención del VIH/SIDA en 10 países de África, Asia, América Latina y el Caribe. Se entrevistó a 223 directores de proyecto, educadores inter pares y beneficiarios de los programas que atendían a diversos grupos de población, como obreros industriales, estudiantes universitarios, profesionales del sexo, varones que tienen relaciones sexuales con varones, y campesinos. Los objetivos del estudio eran “examinar estrategias de educación inter pares en los proyectos apoyados por AIDSCAP y esclarecer su definición y alcance para identificar y describir factores esenciales de una educación inter pares sostenida, y para establecer un conjunto de directrices y pautas destinadas a preparar los futuros programas utilizando la educación inter pares”. Los resultados del estudio ilustraron la necesidad de: capacitación inicial y de refuerzo; seguimiento, apoyo y supervisión

continuados; expectativas claras respecto a la función de los educadores inter pares; e incentivo y técnicas de motivación continuados.

Asimismo, los resultados dieron a entender la necesidad de que los educadores inter pares sobre el VIH/SIDA amplíen su base a otras áreas de salud relacionadas, como la planificación familiar y la asistencia a las personas que viven con el VIH/SIDA. El resultado final del estudio fue un manual de directrices para elaborar los futuros programas de educación inter pares, cuyo título es *How to Create an Effective Peer Education Project* (Flanagan & Mahler, 1996).

El objetivo del documento del Programa Mundial sobre el SIDA, de la Organización Mundial de la Salud, titulado *Young People, AIDS and STD Prevention: Experiences of Peer Approaches in Developing Countries*, es “ayudar a las personas implicadas o interesadas en el trabajo de prevención del SIDA con los jóvenes (incluidas las organizaciones juveniles no gubernamentales y los programas nacionales sobre el SIDA) a comprender los fundamentos y las experiencias de los enfoques basados en los pares”. Dicho documento revisa los principios teóricos y prácticos de la utilización de esos enfoques, examina las investigaciones y experiencias sobre el terreno de los programas inter pares, e identifica las enseñanzas clave y las cuestiones pendientes en el terreno. Entre las recomendaciones para la acción futura que se incluyen en el documento figuran la necesidad de: 1) examinar, documentar y evaluar los enfoques inter pares en los países en desarrollo para identificar prácticas de programas eficaces; 2) proporcionar apoyo técnico a las organizaciones juveniles para la preparación y

diseño de proyectos; 3) aumentar la cobertura e intensidad de los proyectos de educación inter pares ampliando y reproduciendo los proyectos existentes, así como combinando la educación inter pares con otros criterios tales como la utilización de los medios de comunicación tradicionales y otros medios informativos de menor alcance; y 4) velar por que los jóvenes participen activamente en el proceso de ejecución, gestión y evaluación de la planificación de los proyectos (Fee & Youssef, 1993).

En Europa se ha creado un plan de acción conjunta de educación inter pares sobre el SIDA, denominado “Europeer”, para establecer contacto con los jóvenes tanto dentro como fuera del sistema escolar. El proyecto Europeer ha realizado una revisión de la documentación en materia de educación inter pares sobre el VIH/SIDA, así como entrevistas cualitativas sobre 24 proyectos de educación inter pares sobre el SIDA en 11 Estados miembros de la Unión Europea que representaban distintas culturas, lenguas y público destinatario. Se entrevistó a educadores inter pares, coordinadores de proyecto, capacitadores, formuladores de políticas y evaluadores.

En una reunión de expertos, los responsables de adoptar políticas en materia de educación inter pares, investigadores y jóvenes de 14 países de la Unión Europea redactaron una versión final de las “Directrices europeas para la educación inter pares”. Esas directrices se basan en la revisión de la documentación existente y en las entrevistas mencionadas, y están destinadas a ayudar a los planificadores de programas a “establecer, dirigir y evaluar los proyectos de educación inter pares sobre el SIDA para los jóvenes”. Las directrices se centran en cuatro áreas

principales: adopción de políticas y planificación; preparación y establecimiento de proyectos; capacitación y ejecución; y vigilancia y evaluación. Además de las directrices en ocho lenguas, se cuenta con una bibliografía descriptiva y con un sitio web interactivo en <http://www.europeer.lu.se> (Svenson, 1998).

Recientemente se llevó a cabo una evaluación exhaustiva y participativa de los programas de educación inter pares sobre el VIH/SIDA en distintas agrupaciones en Tanzania (redes regionales de ONG sobre el VIH/SIDA). Los resultados de esa evaluación apuntaron una serie de recomendaciones programáticas, entre las que figuran las siguientes: 1) intensificación de la participación de la comunidad, y de su sentido de identificación con el programa, con objeto de facilitar la continuidad y sostenibilidad del mismo; 2) mejoramiento continuo de la capacidad, tal como la supervisión y el seguimiento constantes con educadores inter pares para asegurar la calidad del programa; 3) aprovechamiento y utilización de los conocimientos, la creatividad y la energía de los educadores inter pares en la planificación del programa; 4) ampliación del alcance de la educación inter pares por medio de la formación de instructores y la capacitación en educación inter pares en otras zonas geográficas; 5) asignación de incentivos no monetarios (por ej., bicicletas, camisetas, materiales) y financieros (por ej., acceso al crédito y compensaciones por gastos) con el objetivo de motivar a los educadores inter pares; y 6) integración de la salud reproductiva y de otras áreas temáticas, identificadas por las comunidades, en el campo de acción de los educadores inter pares (Hooks et al., 1998).

Cada uno de esos ejemplos ha contribuido a identificar los temas de discusión capitales y las lagunas en los conocimientos en el campo de la educación inter pares sobre el VIH/SIDA en distintas zonas geográficas y entre grupos de población específicos. La Reunión Consultiva Internacional sobre Educación Inter Pares y VIH/SIDA trató de aprovechar esos esfuerzos para fortalecer y ofrecer orientación a los programas de educación inter pares sobre el VIH/SIDA que trabajan con diversos grupos de población en todo el mundo.

Son particularmente de interés los métodos participativos para comunicar información sobre prevención y atención del VIH/SIDA al público destinatario y como método para propiciar un análisis crítico de las normas socioculturales y en función del género que influyen sobre los riesgos sexuales.

Si bien muchos programas prueban documentalmente el empleo de “enfoques participativos”, los elementos específicos de esos enfoques no suelen describirse claramente en la bibliografía publicada. Los proyectos que han proporcionado ejemplos concretos de tales enfoques describen técnicas como el levantamiento de mapas de la comunidad, el establecimiento de códigos gráficos, la escenificación de situaciones y los ejercicios interactivos (Kathuria et al., 1998; Schapink et al., 1998; Rietmeijer et al., 1996).

CARACTERÍSTICAS DEL MÉTODO PARTICIPATIVO

El lema	Aprender a aprender y Aprender haciendo.
El objetivo de aprendizaje	Se busca que el alumno desarrolle habilidades y forme actitudes que le permitan buscar la información que necesite.
La relación alumno docente en el aprendizaje	El que enseña está para facilitar que las ideas salgan de los alumnos. La relación es horizontal, porque el docente tiene algo que aprender de sus alumnos y viceversa
Momentos claves del aprendizaje	Es la motivación. El alumno debe sentir que lo que aprende responde a sus intereses y necesidades.
Diseño de la actividad educativa	Toma en cuenta los contenidos, las habilidades y las actitudes que se van a trabajar. Se buscan actividades que permitan la participación de los alumnos: opinando, experimentando y evaluando.
La evaluación	Sirve para que el alumno y el docente se den cuenta de lo que han aprendido y se planteen nuevos retos de aprendizaje.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL MÉTODO PARTICIPATIVO

VENTAJAS	DESVENTAJAS
Rol activo del alumno.	El manejo grupal es más difícil.
Permite y promueve flexibilidad en el proceso de aprendizaje.	Requiere de mayor tiempo y esfuerzo para el docente.
Refuerza la asertividad, pues se parte de sus intereses, se valora su opinión y sus deseos.	Es un proceso constante. Es difícil observar logros inmediatos evidentes.
Genera criterios propios.	Necesita flexibilidad y creatividad.
Favorece la comunicación.	Es más difícil guardar la autoridad y mantener una relación horizontal con los alumnos
Trabaja los aprendizajes como procesos.	
Favorece la relación docente alumno.	

A4 **Respecto a Educación por Profesionales de Salud.¹**

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

Se da información, pero no se imparten conocimientos prácticos. Puede ser que la educación sobre el VIH se imparta en la escuela, pero posiblemente sólo se

¹ Educación sobre el SIDA en la escuela: Actualización técnica del ONUSIDA Octubre de 1997

examinen los hechos médicos y biológicos, y no las situaciones de la vida real con que se encuentran los jóvenes. Solamente enseñándoles las aptitudes para la vida, y discutiendo cuestiones como las relaciones, la sexualidad y los riesgos del consumo de drogas, los jóvenes serán capaces de hacer frente a situaciones en que pueden correr el riesgo de infectarse por el VIH.

La cuestión se considera demasiado controvertida. En muchas sociedades, los adultos responsables de los niños o de su educación escolar a menudo se sienten incómodos de informarles sobre el SIDA y sobre los comportamientos sexuales de riesgo. Es posible que piensen que haciéndolo estimulan a los jóvenes a experimentar prematuramente, aun cuando en diversos estudios se ha puesto de manifiesto que la educación sobre el sexo y el VIH/ SIDA no conduce a un aumento en la actividad sexual (véase Impacto de la educación en materia de salud sexual y VIH sobre el comportamiento de los jóvenes, 1997). Los formuladores de políticas, los profesores y los padres que comparten esa opinión pueden mostrarse contrarios a la introducción de programas de prevención del VIH en la escuela, basándose en el hecho de que esa cuestión es demasiado delicada para los muchachos o demasiado controvertida para la sociedad.

El plan de estudios está saturado. Con frecuencia es difícil encontrar un hueco para la educación sobre el SIDA en un plan de estudios que ya está saturado, especialmente cuando hay muchos temas compitiendo por un lugar. En teoría, se da por sentado que la educación sanitaria, que podría incluir la educación sobre el SIDA, se enseña en las escuelas, pero en la práctica a menudo eso no se cumple.

La cobertura es incompleta. En muchas escuelas no se imparte educación sobre el SIDA. Hay diversos motivos para ello: puede ser que el país carezca de política en materia de educación sobre el SIDA, o que tenga una política específicamente contra dicha educación, o aún, que ésta se muestre favorable a la educación sobre el SIDA pero sea vaga o no se haga cumplir adecuadamente. En algunos casos la formulación de políticas sobre educación está descentralizada, de manera que las autoridades educativas de algunos distritos incluyen la educación sobre el SIDA en sus planes de estudios mientras que otras no lo hacen.

La educación sobre el SIDA. Donde existe siquiera un poco se suele enseñar sólo en la escuela secundaria. No obstante, considerando las elevadas tasas de abandono escolar en muchas escuelas, los muchachos y especialmente las muchachas con frecuencia dejan de asistir a la escuela antes de la edad correspondiente a la secundaria, con lo cual no reciben educación sobre el SIDA.

Los planes de estudios son de deficiente calidad. Esta deficiencia puede deberse a diferentes razones, entre las que figuran las siguientes: se omiten importantes áreas de la educación sobre el SIDA, como la no discriminación y el apoyo. El material de aprendizaje quizá es inadecuado; por ejemplo, destaca la información biomédica en lugar de las aptitudes sociales y los sistemas de prevención, o no está preparado para una edad específica, o bien guarda poco parecido con la vida cotidiana. Es posible que no haya material para los docentes. Los profesores quizá no están bien adiestrados para organizar actividades sobre temas delicados en las aulas. Sólo se ofrece una alternativa por lo que se refiere al comportamiento sexual (por ejemplo, la abstinencia), sea cual sea la edad de los

estudiantes. Los objetivos del curso no están definidos claramente, o sólo se refieren a los conocimientos, actitudes y valores, y no al comportamiento. No se ha previsto evaluar el aprendizaje de los estudiantes. La educación sobre el SIDA no está integrada satisfactoriamente en el programa de estudios y no se destacan sus vinculaciones con otros temas sanitarios y sociales. No se imparte educación sobre los servicios de orientación, como una información más amplia y la enseñanza de conocimientos prácticos, el apoyo psicológico y los servicios de asistencia de las ETS accesibles a los jóvenes.

Se plantea el siguiente esquema resumen en la educación por profesionales de la salud, el cual generalmente adopta la metodología tradicional:



METODOLOGÍA TRADICIONAL

El lema	Aprender escuchando con atención.
El objetivo de aprendizaje	Se busca que el alumno adquiriera información que le será útil en un futuro.
La relación alumno docente en el aprendizaje	El que enseña está para facilitar que las ideas entren en los alumnos. La relación es vertical, pues el alumno es quien no sabe y el que enseña es el que sabe.
Momentos claves del aprendizaje	Es la presentación de la información. Esta debe darse en forma clara para que el alumno pueda incorporarla.
Diseño de la actividad educativa	Se basa en la selección de contenidos adecuados a la edad de los alumnos. La técnica principal es la exposición de contenidos.
La evaluación	Sirve, principalmente, para que el que enseña mida la información adquirida por los alumnos.

VENTAJAS	DESVENTAJAS
Es útil para transmitir información masivamente.	Promueve relaciones rígidas
	No promueve la asertividad.
Promueve habilidades de atención, concentración y memoria.	No favorece el desarrollo de habilidades de reflexión y pensamiento crítico.
La figura de autoridad es clara	

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

Se han encontrado antecedentes investigativos en cuanto al enfoque y a los resultados que puedan ser comparables con nuestro estudio.

1. Nombre del trabajo: Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander.

Autor: Lina María Vera, Nahyr López, et al.

Año: 2 004.

Resumen: Con el objetivo de determinar la asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos respecto a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes, se hizo un estudio analítico de corte transversal con muestreo estratificado. El análisis estadístico aplicó regresión logística. La mayoría conoce las vías de transmisión del VIH, 19% no considera que tener relaciones sexuales bajo efecto del alcohol sea práctica riesgosa para adquirirlo; 96% sabe que el condón se debe usar durante toda la relación sexual; 79.8% había tenido relaciones sexuales; sólo 26.4% de ellos dijo usar siempre condón. Los estudiantes de salud obtuvieron el mayor promedio de respuestas correctas con diferencias estadísticamente significativas con respecto a los promedios de los estudiantes de las otras áreas. La asociación entre comportamientos y área de estudio informó, que comparados con los de salud, los estudiantes de humanidades tuvieron un riesgo significativamente mayor de tener comportamientos inadecuados con respecto a la transmisión del VIH.

Conclusiones: aunque esta población tiene adecuados conocimientos sobre la enfermedad, presenta comportamientos riesgosos para infectarse con el VIH. Los estudiantes del área de humanidades deben ser objeto de un programa de prevención de infección por VIH orientado a sus características particulares.¹

2. Nombre del trabajo: Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres.

Autor: Caballero-Hoyos R, Villaseñor-Sierra A.

Año: 2 003.

Resumen: con el objetivo de describir conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes de distintos estratos socioeconómicos, mediante un análisis de consenso cultural se realizó un estudio transversal muestral descriptivo y correlacional. Se usó un cuestionario aplicado a 758 adolescentes de Guadalajara, Jalisco, México, entre julio de 1995 y marzo de 1996. Se obtuvieron los siguientes resultados: 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.

¹ Lina María Vera, Nahyr López, et al. "Asociación entre....."

Conclusiones: los conocimientos son homogéneos en todos los estratos y se orientan hacia un modelo biomédico. Sin embargo, contienen elementos de duda e incertidumbre que precisan de intervenciones informativas segmentadas.¹

3. Nombre del trabajo: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes.

Autor: Mosquera J, Mateus J et al.

Año: 2 003.

Resumen: Se planteó como objetivo 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, se realizó una investigación que tuvo dos componentes. En el componente cuantitativo se realizó un estudio de prevalencia a través de un muestreo aleatorio sistemático. En el componente cualitativo, la información se recogió a través de grupos focales y entrevistas. Existen vacíos de conocimiento sobre las maneras de infección y de las formas de evitar el contagio de las ETS/VIH-SIDA. Se discute que a pesar de los esfuerzos por informar a los jóvenes acerca de los medios para prevenir las ETS/VIH-SIDA, estos continúan desinformados y asumen conductas de riesgo.

¹ Caballero-Hoyos R, Villaseñor-Sierra A. Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos

Conclusiones: el estudio mostró que los jóvenes tienen conocimientos inapropiados y sugiere que es necesario reforzar los procesos de educación y comunicación con los (as) jóvenes y sus padres.¹

4. Nombre del trabajo: Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes.

Autor: Villaseñor A, Caballero R.

Año: 2 003.

Resumen: Se llevó a cabo un trabajo de investigación con el objetivo de evaluar la asociación de conocimientos objetivo y subjetivo sobre VIH/SIDA con el uso del condón. Se realizó una encuesta aleatoria, anónima y autoaplicada en 1 410 adolescentes de cuatro estratos socioeconómicos. El conocimiento objetivo se evaluó mediante 24 preguntas sobre VIH/SIDA y el “subjetivo” con la pregunta: “¿qué tanto crees conocer sobre el SIDA?” Las variables predictoras del uso del condón se identificaron mediante regresión logística y cálculo de la razón de momios con IC 95. Los varones dijeron usar más el condón (35.4%) que las mujeres (15.3%) ($p < 0.001$), y los de estratos superiores ($p < 0.005$). Aunque conocimiento objetivo y subjetivo se correlacionaron ($r = 0.37$, $p < 0.001$), un mayor conocimiento subjetivo se asoció con el uso del condón ($p < 0.001$).

Conclusiones: El conocimiento subjetivo, pertenecer al estrato alto o medio y ser varón, predijeron el uso constante del condón. Su uso fue diferencial por género y estrato socioeconómico.²

¹ Mosquera J, Mateus J et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH-.....

² Villaseñor A, Caballero R. Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA

5. Nombre del trabajo: Comparación de la educación por pares y por profesionales de la salud para mejorar el conocimiento, percepción y la conducta sexual de riesgo en adolescentes.

Autor: Sánchez et al.

Año: 2 003.

Resumen: Con el objetivo de comparar la educación por pares frente a la educación por profesionales de a consultorios de planificación familiar de dos hospitales de Lima, Perú, se realizó un estudio experimental simple ciego realizado en 1998 en los consultorios de planificación familiar del Hospital Dos de Mayo y el Instituto Materno Perinatal de Lima, Perú. Después del consentimiento, se asignó aleatoriamente a 206 adolescentes consideradas de riesgo a una de las dos intervenciones educativas y luego fueron invitadas a regresar al final del tercer mes para reevaluar sus conocimientos, actitudes y conducta sexual de riesgo. Se usó la prueba de los signos, Mann Whitney y análisis de Covarianza para comparar los puntajes de los cuestionarios de conocimiento, percepción de riesgo y conducta sexual de riesgo después de la intervención educativa. Resultados: 89 (84%) de 106 adolescentes asignadas al grupo de educación por pares y 70 (70%) de las 100 asignadas al grupo de educación por profesionales de la salud ($p = 0,02$) regresaron a la evaluación post intervención. El mejoramiento del nivel de conocimiento fue significativamente mayor ($p = 0,047$) en el grupo de educación por pares que en el grupo capacitado por profesionales de la salud; sin embargo, esta significancia disminuyó ($p = 0,07$) cuando se usó análisis de covarianza para controlar el puntaje obtenido antes de

la intervención. El mejoramiento de la percepción y conductas de riesgo fue mayor en el grupo de pares pero esta diferencia no fue significativa. Conclusiones: La educación por pares demostró ser más efectiva en mejorar los conocimientos en las adolescentes y el seguimiento fue mejor en este grupo por lo que debe ser promovida como una estrategia para disminuir la prevalencia de infecciones de transmisión sexual en esta población.

Resultados de las evaluaciones que usaron grupos testigo o de comparación.

6. Profesionales del sexo (PS):

Autores: Morisky et al., 1998.

Lugar: Filipinas.

Tamaño de la muestra del estudio: $n = 1\,394$.

Diseño del estudio: Ensayo semi experimental con cuatro grupos:

- (1) educación inter pares con PS.
- (2) apoyo/políticas de los gestores y supervisores para el uso del preservativo (sin educación inter pares).
- (3) combinación de 1) y 2).
- (4) grupo testigo usual de asistencia.

Indicadores de los resultados: Conocimientos y actitudes relacionados con el VIH, auto eficacia, comportamiento de riesgo sexual, incidencia de las ITS y el VIH.

Los resultados indican cambios significativos en los conocimientos, las actitudes y la auto eficacia de los PS y los gestores. En los lugares de la intervención se observó un importante aumento en la asistencia a los dispensarios de atención de las ITS y una reducción en los casos de esas infecciones en comparación con el

lugar testigo. Los resultados de las pruebas del VIH señalaron la ausencia de infecciones en los lugares de la intervención y cuatro casos seropositivos en el lugar testigo.

*La intervención/análisis está en curso; todavía no se dispone de resultados respecto a la eficacia relativa de los distintos grupos de la intervención.

7. Comunidades:

Autores: Kathuria et al., 1 998.

Lugar: Zambia.

Diseño del estudio: Ensayo controlado semi experimental con dos grupos:

(1) educación inter pares, distribución de preservativos, y atención de las ITS en tres comunidades (intervención).

(2) ausencia de intervención en dos comunidades (testigo).

Indicadores de los resultados: Tasas de ITS (sífilis).

Resultados: En las tres intervenciones, las tasas de sífilis halladas en los dispensarios de atención de las ITS se redujeron del 47% en 1993 al 77% en 1997, a pesar de un crecimiento del 40% en la población urbana. Solamente se observaron descensos en las tasas de sífilis en los lugares de la intervención, lo que parece indicar una tendencia secular atribuible a la intervención.

8. Obreros industriales:

Autores: Katzenstein et al., 1 998.

Lugar: Zimbabwe.

Tamaño de la muestra del estudio: n = 2 000.

Diseño del estudio: Ensayo controlado aleatorio con dos grupos:

(1) asesoramiento y pruebas del VIH (testigo).

(2) asesoramiento y pruebas del VIH más educación inter pares (intervención).

Se facilitó el acceso a los preservativos y al tratamiento de las ITS a ambos grupos.

Indicadores de los resultados: Comportamiento de riesgo sexual de contraer el VIH, incidencia de las ITS y el VIH.

Resultados: La incidencia del VIH en el grupo de la intervención fue un 34% inferior que en los trabajadores del grupo testigo (2,21 frente a 3,20 por 100 personas-años, $P = 36$).

*Se trata del único ensayo controlado aleatorio en la bibliografía actual que prueba una intervención de fomento de la salud que incluye la educación inter pares y utiliza la incidencia del VIH como una medida del resultado.

9. Consumidores de drogas intravenosas

Autores: Rietmeijer et al., 1 996.

Lugar: EE.UU.

Tamaño de la muestra del estudio: $n = 1\ 997$.

Diseño del estudio: Ensayo controlado con dos grupos:

(1) voluntarios pares que presentan y distribuyen conjuntos de materiales de intervención compuestos por preservativos, botellas de desinfectante y ejemplos de conducta ilustrativos (intervención).

(2) ausencia de intervención (testigo).

Medidas del resultado: Utilización sistemática de desinfectante y del preservativo

Resultados: En contraste con las personas del grupo testigo, los participantes en el lugar de la intervención comunicaron aumentos importantes en la utilización sistemática de desinfectante (OR 2,6; $P < 0,001$) y del preservativo con parejas ocasionales (OR 13,6; $P < 0,001$).

10. Varones que tienen relaciones sexuales con varones

Autores: Kelly et al., 1993.

Lugar: EE. UU.

Tamaño de la muestra del estudio: $n = 2\,000$ por encuesta.

Ensayo controlado con dos grupos:

- (1) educación inter pares por personas influyentes (intervención) en ocho ciudades.
- (2) ausencia de intervención (testigo) en ocho ciudades.

Indicadores de los resultados: Comportamiento de riesgo sexual de contraer el VIH (coito anal sin protección).

En las ocho ciudades en que hubo intervención, los miembros de la población al parecer redujeron en un 50% su frecuencia de coito anal sin protección con respecto a los niveles de referencia.

11 Personas que viven con el VIH/SIDA

Autores: Gifford et al., 1998.

Lugar: EE.UU.

Tamaño de la muestra del estudio: $n = 71$.

Diseño del estudio: Ensayo aleatorio controlado con dos grupos:

(1) sesiones de grupo conducidas por pares para mejorar la autogestión de la enfermedad en pacientes con VIH/SIDA sintomático.

(2) grupo usual de asistencia (testigo).

Indicadores de los resultados: Estado sintomático relacionado con el VIH/SIDA.

Resultados: El índice de gravedad de los síntomas disminuyó entre los miembros del grupo de la intervención y aumentó entre los del grupo testigo ($P < 0,03$).

12. Jóvenes

Autores: Kirby et al., 1998.

Lugar: EE.UU.

Tamaño de la muestra del estudio: $n = 1\ 657$.

Diseño del estudio: Ensayo aleatorio controlado con dos grupos:

(1) programa interactivo de prevención del VIH/SIDA y del embarazo conducido por pares, con énfasis en el desarrollo de conocimientos prácticos y en el fortalecimiento de los planes de estudios sobre salud sexual existentes en la escuela secundaria. (intervención).

(2) planes de estudios sobre salud sexual existentes en la escuela secundaria (testigo).

Indicadores de los resultados: Inicio de las relaciones sexuales y de la utilización del preservativo.

Resultados: El programa de intervención aumentó de forma significativa los conocimientos relacionados con el VIH/SIDA y con la salud reproductiva en las aulas de intervención frente a las aulas testigo. Sin embargo, la intervención mejoró sustancialmente tan sólo dos de las 21 actitudes y creencias relacionadas

con la prevención del VIH y del embarazo y no cambió de forma significativa los comportamientos sexuales o anticonceptivos.

13. Educación Inter Pares y VIH/SIDA.

En la actualidad, en la zona rural de Tanzania se está realizando un ensayo aleatorio comunitario de cinco años de duración sobre prevención del VIH y salud reproductiva en una cohorte de 8 000 adolescentes de 15 a 19 años de edad reclutados en las escuelas. Ese ensayo incluirá la educación inter pares como uno de sus componentes de intervención y será el primer ensayo aleatorio controlado en adolescentes que evaluará el impacto de una evaluación de esta índole utilizando la incidencia de las ITS y del VIH como medida del resultado (Mabey et al., 1 998).

4. OBJETIVOS.

5. Determinar las competencias personales en relación a VIH/SIDA que muestran los adolescentes escolares del Quinto Año de Secundaria en el grupo de educación por pares en la jurisdicción del Centro de Salud Manuel Prado - Ministerio de Salud-, Arequipa-Perú, en el 2 005.
6. Identificar las competencias personales sobre VIH/SIDA que exhiben dichos adolescentes del grupo de educación por profesionales de la salud.
7. Establecer las diferencias en las competencias personales respecto a VIH/SIDA entre los escolares del grupo de educación por pares comparado con el grupo educado por profesionales de salud en esta población estudiada.

5. HIPÓTESIS:

Dado que hay indicios suficientes para considerar que esta población adolescente tiene escasos conocimientos y actitudes desfavorables en relación al VIH/SIDA y considerando que es una ventaja la educación recibida por los adolescentes a partir de otras personas como ellos.

Es probable que los adolescentes escolares de Quinto Año de Secundaria del grupo de la estrategia de Promotores Educadores Pares muestren adecuadas competencias personales acerca del VIH/SIDA en comparación con el grupo de escolares del grupo de los profesionales de salud en las instituciones educativas de la jurisdicción del Centro de Salud Manuel Prado – Ministerio de Salud – en el 2005.



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

Las técnicas que se usarán según los atributos de las unidades de observación y en consideración a la naturaleza de las variables e indicadores de los cuales se recogerá información, se muestran en el siguiente cuadro:

Variable	Indicadores	Sub Indicadores	Ítems	Técnica de verificación	Instrumento
Competencias personales	Conocimientos	Definición.	1,2	Observación clínica	Ficha de Observación clínica
		Modo de transmisión.	3,4,5,6, 12		
		Percepción de riesgo.	7,8,9,10,1 1,13		
		Prevención.	14,15,16,1 7,18,		
		Respeto al infectado.	19,20		
	Actitudes	Modo de transmisión.	34	Observación clínica	Ficha de Observación clínica
		Percepción de riesgo.	28,35,36,3 7,38,39,40 ,41,42,43, 44,45		
		Prevención.	21,22,23,2 4,25,26,27		
		Respeto al infectado	29,30,31,3 2,33.		

1.2. INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

La técnica que se va a usar tendrá como medios auxiliares y operativos a una *Ficha de Observación Clínica*, que es un *instrumento documental*, el cual es *elaborado* y que es pertinente a la técnica seleccionada de observación clínica, para lograr y registrar la información proveniente de las participantes en el estudio.

El instrumento consta de 45 reactivos divididos en Parte I, para la medición del indicador *conocimientos* básicos sobre el VIH/SIDA, y Parte II, correspondiente al indicador *actitudes* para la ejecución de un inventario de actitudes en relación al VIH/SIDA. En la parte I las 20 preguntas son cerradas y de múltiple alternativa con categorización, en la parte II, se utiliza la medición de escalas tipo Lickert, con 25 preguntas cerradas, de múltiple alternativa categorizada.

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA JÓVENES ADOLESCENTES

Amigo (a) participante, somos profesionales de salud de la Microrred Ampliación Paucarpata, que estamos realizando un estudio sobre el VIH/SIDA. El presente cuestionario lo puedes llenar en forma libre, anónima y voluntaria, te pedimos por favor no señalar tu nombre. Pertenece a un estudio que tiene como uno de sus objetivos que los resultados contribuyan a la identificación de necesidades de educación en salud. Te ruego leas con atención las preguntas que te hacemos y las contestes con toda sinceridad. Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas, todas son válidas siempre que reflejen lo que tú consideras. Te agradecemos anticipadamente por tu gentil colaboración y por el llenado responsable del cuestionario.

1. Edad	15	16	17	18	19	Otro	2. Sexo	1. Masculino
								2. Femenino

PARTE I. Instrucciones: Lee cada ítem y marca con un aspa la alternativa que elijas según sea el caso.

	Definitiva mente cierto	Probable mente cierto	No estoy seguro	Probable mente falso	Definitiva mente falso
1. El SIDA disminuye defensas organismo	X	X			
2. El SIDA causa la muerte	X	X			
3. Durante el embarazo se puede transmitir la enfermedad de madre a hijo	X	X			
4. Al momento del parto se puede pasar la enfermedad de madre a hijo	X	X			
5. A través de la lactancia materna es posible que se transmita la enfermedad de madre a hijo	X	X			
6. El virus del SIDA se halla en mayor cantidad en el semen y las secreciones vaginales	X	X			
7. Se puede adquirir el virus del SIDA por el contacto con el borde del inodoro o taza del baño				X	X
8. Las prostitutas tienen riesgo de contraer el virus del SIDA	X	X			
9. Otras infecciones de transmisión sexual aumentan el riesgo de infectarse con el virus del VIH/SIDA	X	X			
10. Una persona que luce sana es imposible que esté infectada por el virus del SIDA				X	X
11. Todos los homosexuales tienen SIDA				X	X
12. Hay riesgo de infectarse con el virus del SIDA al hacerse tatuajes o usando jeringas y agujas sin garantía.	X	X			
13. Los adolescentes no tienen SIDA				X	X
14. Los condones se dañan y caducan	X	X			
15. VIH a veces pasa hule de condones	X	X			
16. Condón previene VIH	X	X			
17. El sexo seguro se basa en no dejar que el semen o las secreciones vaginales entren al organismo	X	X			
18. Hay vacuna disponible contra SIDA				X	X
19. Hay riesgo de contagio del SIDA al tomar manos, tocar o besar a un infectado.				X	X
20. Existe riesgo de contraer el SIDA AL jugar con niño infectado				X	X

PARTE II. Instrucciones: A través de los siguientes ítems podrás expresar tus opiniones sobre los diferentes aspectos del VIH/SIDA. Lea cada ítem detenidamente pero sin dedicarle mucho tiempo y marca con una X en cada pregunta en el casillero en blanco que refleje tu opinión:

	Fuertemente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Fuertemente en desacuerdo
21. Puedo llevar preservativos por si decido tener relaciones sexuales	X	X			
22. Tú puedes pedirle a tu pareja sexual que se haga uso del preservativo si así lo quieres	X	X			
23. Puedo comprar preservativos	X	X			
24. Tener que detener temporalmente el coito para colocar el preservativo interrumpe el placer sexual				X	X
25. El coito o acto sexual no es tan agradable cuando se usa el preservativo				X	X
26. Creo que es muy importante usar el preservativo cada vez que mantenga relaciones sexuales	X	X			
27. Es difícil encontrar lugares donde comprar preservativos				X	X
28. El contraer el SIDA no debería preocuparme				X	X
29. A los estudiantes con SIDA se les debe permitir asistir a la escuela	X	X			
30. Me sentiré mal usando el mismo sanitario y asiento que hayan sido utilizados por personas con SIDA				X	X
31. Me negaría a sentarme junto a una persona con SIDA				X	X
32. Las personas con SIDA deben ser aisladas por seguridad para otras personas				X	X
33. A las personas con SIDA se les debe permitir subir al autobús	X	X			
34. Creo que cualquier persona que se inyecte drogas debe hacerse la prueba del SIDA	X	X			
35. Creo que únicamente son los homosexuales los que deben preocuparse por el SIDA				X	X

	Fuerte- mente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desa- cuerdo	Fuerteme nte en desa- cuerdo
36. Puedo preguntarle a mi pareja con quien ha mantenido relaciones sexuales	X	X			
37. Es hermoso tener relaciones sexuales antes del matrimonio a cualquier edad si hay amor y respeto				X	X
38. Las personas pueden tener relaciones sexuales antes del matrimonio si piensan casarse				X	X
39. Puedo aceptar que mi pareja sexual haya tenido varias parejas sexuales antes que yo				X	X
40. Tú puedes averiguar si una persona está infectada con el virus del SIDA sólo con mirarla				X	X
41. Aunque mi pareja sexual haya tenido muchas parejas sexuales antes, si conmigo es fiel no hay mucho riesgo para contraer el SIDA				X	X
42. No hay mucho problema de contagio del SIDA mientras que con mi pareja sexual seamos fieles, aunque nuestra relación sea corta.				X	X
43. Es normal que un hombre busque tener relaciones sexuales con prostitutas.				X	X
44. Todas las personas que tienen el SIDA son homosexuales				X	X
45. Una persona de mi edad puede tomar bebidas alcohólicas si es que sabe comportarse				X	X

BAREMO: De escala de clasificación.

Variable	Indicadores	Escala cualitativa	Escala cuantitativa
Competencias personales	Conocimiento	Adecuado	> 60%
		Inadecuado	60% o menos
	Actitud	Adecuada	> 60%
		Inadecuada	60% o menos

CALIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO.

Se calificará de acuerdo a la respuesta dada por las participantes, y como se trata de variables dicotómicas, la respuesta correcta o incorrecta se traducirá en *adecuado* o *inadecuado* respectivamente, para los dos grupos de adolescentes (según estrategia educativa que se haya usado), que permitan las comparaciones.

Para nuestros intereses investigativos es clave explicar la forma cómo se clasificarán los ítems, sub indicadores, indicadores y la variable investigativa:

Los *ítems* se calificarán según correspondan a una de sus dos opciones posibles (Adecuado / Inadecuado). Cada reactivo o ítem de la Parte I es Adecuado si la o el participante posee en ese ítem el conocimiento acerca del VIH / SIDA, pudiendo tratarse de ítems positivos o negativos que pasamos a explicar.

Ítem positivo es aquel en el que la *Certeza* indica que el conocimiento sobre el VIH/SIDA es Adecuado y según la alternativa elegida puede ser considerado:

- Definitivamente cierto y probablemente cierto: Adecuado.
- Inseguro: Inadecuado.
- Probablemente falso y definitivamente falso: Inadecuado.

Ítem negativo es aquel en el que la *Falsedad* indica que el conocimiento sobre el VIH/SIDA es Adecuado y según la alternativa elegida puede ser considerado:

- Definitivamente cierto y probablemente cierto: Inadecuado.
- Inseguro: Inadecuado.
- Probablemente falso y definitivamente falso: Adecuado.

Al final, si más del 60% del total de participantes acertaron en el ítem, este se considerará Adecuado, sino, Inadecuado.

Los *sub indicadores* serán calificados de la misma manera, o sea, siempre considerando si los conocimientos sobre el VIH / SIDA son Adecuados o Inadecuados, igualmente así como en el caso de los ítems, para lograr la calificación del sub indicador se tomará como punto de corte el 60% del total de participantes. Si un sub indicador tiene más de un ítem, cada uno de estos últimos aportará una frecuencia relativa, que resultará de dividir la frecuencia de clase entre el total de frecuencias, en las dos clases (Adecuado / Inadecuado) y que será expresado como porcentaje. Ahora bien, estos porcentajes resultantes de los ítems del sub indicador que hemos promediado llegarán a ser mayores al 60% en la categoría Adecuado entonces se calificará como Adecuado al sub indicador. Considerando que algunos sub indicadores sólo tienen un ítem, este último entra con los valores de sus frecuencias de clase en las dos categorías (Adecuado / Inadecuado) y de manera análoga, si el porcentaje de respuestas en la categoría Adecuado es mayor al percentil 60 entonces es un sub indicador Adecuado.

Para el caso de los *indicadores* la estrategia de calificación es igual. Como cada uno de los dos indicadores tiene más de un sub indicador entonces el

procedimiento es el mismo, debiendo establecerse un promedio de las frecuencias de clase de las categorías o clases Adecuado / Inadecuado de los sub indicadores para cada indicador. Por ejemplo de los cinco sub indicadores del indicador *Conocimientos* se tomarán los cinco valores de la categoría Adecuado, se suman y se divide el total entre cinco. Esta cifra resultante, y su porcentaje correspondiente, es el valor para este indicador que tendremos que contrastar con la valla establecida del 60%. Si es que la supera entonces el indicador *Conocimientos* sería calificado como Adecuado. Resumidamente podemos señalar que para cada indicador habrá una distribución de frecuencias de *datos agrupados* conformado por el promedio de frecuencias de clase de las categorías Adecuado / Inadecuado de los sub indicadores.

Finalmente, para nuestra variable investigativa “*Competencias personales*” se aplicará el mecanismo de calificación. En este caso, los valores de cada una de las categorías Adecuado / Inadecuado de sus indicadores serán promediados para obtener un valor y porcentaje finales para esta variable investigativa. Por ejemplo, se sumarán los valores alcanzados en la categoría *Adecuado* de ambos indicadores y se dividirá entre dos, obteniéndose así el resultado final de la variable de interés “*Competencias personales*” de nuestro estudio, en la categoría *Adecuado* que deberá ser confrontado con el 60%. Se repetirá el procedimiento para la categoría *Inadecuado*.

Los materiales y suministros necesarios para la recolección, tabulación y análisis de los datos son: Hojas de papel periódico, hojas de papel bond, sobres de papel,

papel carbón, cinta impresora, medios magnéticos portátiles, lapiceros, gasolina, lápices, lapiceros, borradores. En equipos y materiales un equipo de cómputo con impresora y paquetes estadísticos EXCEL2000 V. 9.0.2812 de WINDOWS 98 y SPSS V. 11.0 para WINDOWS 98.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

Se trata de un *ámbito institucional*. Las instituciones educativas de la jurisdicción del CS Manuel Prado conforman el lugar o *ámbito específico* al que corresponde la investigación, constituyéndose así los límites espaciales en los que se encuentran las unidades de análisis (escolares) del presente estudio, localizado en Arequipa – Perú, que es el *ámbito general*.

Según los Registros de la UGEL SUR de la Dirección de Educación de Arequipa, en la jurisdicción de este establecimiento de salud existen tres Instituciones Educativas de nivel Secundario, las cuales participaron en el estudio.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

En nuestro trabajo el *tiempo histórico o cronología del estudio* es el 2005, ya que es este año al que corresponden los hechos motivo de investigación y es esta la oportunidad en la que se encontrarán las unidades de estudio.

Esta investigación tiene una *visión temporal coyuntural* porque *el tiempo de ocurrencia de los hechos*, o sea de la variable de interés (competencias personales), se estará dando en el *presente*.

En relación al *tiempo de estudio de la variable*, se caracteriza por ser de *tipo transversal* porque acopiará información de la variable investigativa “Competencias Personales” en un solo momento, en un *período investigativo o corte temporal*; lo que pone en evidencia el carácter seccional de esta investigación *actual*.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO.

Para el manejo programático de las unidades de estudio se ha determinado recurrir al recurso de trabajar con la alternativa de *grupos* que puede ser usada en diseños comparativos. La aleatorización no ha sido posible.

Las razones que han conducido a tal decisión son las siguientes:

- a) La disponibilidad de los sujetos investigativos: No es fácil conseguir grupos numerosos de unidades de análisis que lleguen a acompañar durante todo el proceso.
- b) El aparato técnico requerido: Según las posibilidades y preparación del equipo investigador esta alternativa puede ser manejada satisfactoriamente.
- c) Los recursos disponibles: Siempre el punto más álgido en cualquier trabajo de investigación, por su escasez; esto ha influido de modo importante en la elección de la alternativa.
- d) La naturaleza de la investigación: Tratándose de una investigación de campo donde las unidades de investigación son los escolares que serán explorados a través de la observación clínica considerar otra alternativa para el

encaramiento metodológico hubiera estado lejos de nuestras posibilidades por ser muy ambicioso, aunque no menos interesante.

e) El nivel de la investigación: Se trata de un problema descriptivo y comparativo que permite tal elección.

El tratamiento metodológico de los grupos implica:

a) Identificación de los grupos: El *número de grupos* a usarse son *dos* y su *connotación* en atención estricta a la naturaleza de diseño comparativo convoca un *grupo de estudio* y un *grupo comparativo* (Escolares que reciben Educación por Pares y los que son educados por Profesionales de la Salud respectivamente).

b) Igualación de los grupos: Control de los grupos.

b.1. Igualación cualitativa.

b.1.1. Criterios incluyentes:

- Ser alumno regular del quinto año de secundaria.
- Tener 15 años de edad o más.
- Haber recibido educación por pares o educación por profesionales de la salud sobre VIH / SIDA.

b.1.2. Criterios excluyentes:

- Estar en condiciones que no permitan la aplicación del instrumento como falta de privacidad, tener algún tipo de vínculo con el investigador de campo o estar bajo la influencia de alcohol, drogas y o condiciones precarias de salud.
- Ser casado o conviviente en la actualidad.

➤ Negarse a participar en el estudio.

b.2. Igualación cuantitativa: Asignación de sujetos a cada grupo. Se ha optado por un procedimiento no probabilístico accidental.

c) Tamaño de los grupos: En cada grupo hay 40 unidades de estudio. La igualación numérica de los grupos se logró luego de una asignación adecuada de sujetos a cada grupo. Los grupos vienen naturalmente conformados por lo que no es necesario ningún cálculo matemático para la determinación del tamaño de cada grupo.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. ORGANIZACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se han desarrollado las siguientes actividades previas a la administración del instrumento.

a) Permiso para acceder a las unidades de estudio: Se hicieron las coordinaciones con los directores de las instituciones educativas involucradas así como con las autoridades de salud de la jurisdicción para el apoyo correspondiente.

b) La capacitación de los instrumentadores, la supervisión y control no ha sido necesaria para una investigación pequeña como la nuestra que aunque pueden requerir algún nivel de coordinación, el investigador principal ha asumido el rol de planificador e instrumentador absoluto.

La capacitación ha sido necesaria pero no para la calibración de instrumentadores en el uso y aplicación de los criterios de evaluación, sino

para tutores y jóvenes seleccionados como educadores pares en el grupo que se trabajó esta estrategia. En el caso de educación por profesionales de la salud, estos han sido previamente capacitados en la institución de origen para educación de jóvenes en aspectos relacionados al VIH/SIDA. Esta actividad constituye parte de su labor habitual.

- c) Preparación de los sujetos de investigación: se cumplió con este aspecto para lograr su colaboración y consentimiento expreso, a fin de satisfacer con el requerimiento ético básico del caso. En relación a las implicancias éticas, de acuerdo al tipo de estudio en mención, no se encuentran problemas desde el punto de vista de la ética en investigación. Se pide consentimiento a las unidades de estudio y a sus tutores. Los métodos utilizados no entrañan molestias ni riesgos; además, no se comete una falta de respeto.
- d) Formalización física de las unidades de estudio: Se tomaron presiones pertinentes para la conformación *grupal* de las unidades de estudio con el fin de posibilitar su instrumentación ulterior, ordenada y sistemática.
- e) Prueba Piloto: Se aplicaron los instrumentos en una prueba piloto para garantizar la validez y confiabilidad del instrumento y de los datos que se recogerán.

3.2.- RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

3.2.1. Recursos Humanos.

El potencial humano requerible para garantizar las acciones de compilación está dado por los siguientes integrantes del equipo:

- a) El investigador: Es un profesional de la salud, en formación para el grado académico de magíster en Educación en Salud.
- b) El asesor de la ejecución del estudio: Es un profesional de la salud, con formación académica y experiencia en el campo de educación en salud, y que ha trabajado en investigación a nivel poblacional, que incluye técnicas de aplicación de cuestionarios. Se encargará de proporcionar asesoramiento y apoyo técnico administrativo.
- c) Los colaboradores directos: Para el grupo que recibirá educación por pares se necesitarán dos tipos de colaboradores, uno los educadores pares que ejecutarán la estrategia, y otro, los facilitadores para la capacitación de estos educadores inter pares, quienes son profesionales de la salud con preparación y experiencia de trabajo con jóvenes, en temas relacionados al VIH/SIDA. El perfil de los facilitadores en el grupo de capacitación por profesionales de salud corresponde a profesionales de la salud que han sido capacitados en estos mismos temas por la institución previamente para cumplir su función de Información, Educación y Capacitación. Serán responsables de las reuniones de capacitación con este segundo grupo.
- d) El personal recolector: el mismo investigador.

3.2.2. **Recursos físicos:** El apoyo logístico de la investigación está conformado por los materiales, instrumentos y recursos físicos. La especificación de los dos primeros correspondió al tratamiento del primer eje organizativo del planteamiento operacional (técnicas, instrumentos y materiales de verificación). Los recursos físicos que han sido necesarios han estado dados

por las disponibilidades *infraestructurales* como las instituciones educativas en mención y las *ambientales* como las aulas y entorno académico en el que se ha dado la interacción con los sujetos de estudio, en ambas estrategias.

3.2.3. Implicaciones presupuestarias: Este estudio es autofinanciado.

3.2.4. Recursos institucionales:

La investigación contará con apoyo de organismos públicos como el establecimiento de salud de la jurisdicción (C.S. Manuel Prado) y las Instituciones Educativas de donde provienen los participantes. Los primeros nos aportarán los profesionales de la salud para la educación de los escolares con esta estrategia, así como el material didáctico que ellos usan en sus intervenciones. Los segundos nos proporcionarán los profesores o tutores de aula designados por ellos, así como asegurarán la presencia de los educadores inter pares.

3.3. VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.

Se hará una prueba de los instrumentos en una Recolección Piloto orientada a la Corrección de Instrumentos y así puedan aplicarse en la Recolección Extensiva. Se realizará este estudio piloto como una prueba mediante la cual todo el proceso de captación de la información se ensayará en un grupo pequeño de unidades (veinte unidades piloto en este caso), con el fin de determinar la validez, fallas y eficacia de dicho proceso.

4. ESTRATEGIA PARA EL MANEJO DE RESULTADOS.

La estrategia para manejar los resultados o plan de tabulación y análisis considera los siguientes aspectos:

4.1 A NIVEL DE SISTEMATIZACIÓN O PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.

4.1.1. Tipo de procesamiento. La información recolectada será procesada estrictamente de modo electrónico (computarizado)

4.1.2. Operaciones de sistematización.

4.1.2.1. Plan de Clasificación.

El tipo de matriz de ordenamiento que se usará será de sistematización. En la página siguiente se presenta la plantilla esquemática de dicha matriz.

4.1.2.2. Plan de Codificación.

La codificación que se empleará es muy elemental y tiene como objetivo someter la información a sistemas computarizados de procesamiento. Se usarán códigos numéricos dígitos y romanos. El tipo de procedimiento es de codificación de respuestas cerradas (datos preclasificados). Las variables serán codificadas de la siguiente manera:

Variable	Indicadores	Sub Indicadores	Ítems	Instrumento	
Competen- cias perso- nales	I Conocimien- tos	1. Definición.	1,2	1. Adecuado 0. Inadecuado	
		2. Modo de transmisión.	3,4,5,6,12	1. Adecuado 0. Inadecuado	
		3. Percepción de riesgo.	7,8,9,10,11,13	1. Adecuado 0. Inadecuado	
		4. Prevención.	14,15,16,17,18,	1. Adecuado 0. Inadecuado	
		5. Respeto al infectado.	19,20	1. Adecuado 0. Inadecuado	
		II. Actitudes	1. Modo de transmisión.	34	1. Adecuado 0. Inadecuado
			2. Percepción de riesgo.	28,35,36,37,38,39,40, 41,42,43,44,45	1. Adecuado 0. Inadecuado
			3. Prevención.	21,22,23,24,25,26,27	1. Adecuado 0. Inadecuado
			4. Respeto al infectado	29,30,31,32,33.	1. Adecuado 0. Inadecuado

4.1.2.3. Plan de recuento: El *tipo de recuento* será computarizado y se contará con *matrices de conteo cuyo prototipo mostramos a continuación.*

4.1.2.4. Plan de Tabulación. La información será condensada en cuadros los que servirán de esquemas organizativos. El *tipo de cuadro a utilizarse* es *numérico* en consideración a la clase de análisis empleado que es cuantitativo, *de doble entrada* en concordancia a la necesidad de cruzar

variables. La *nómina de posibles cuadros* en demanda a la operacionalización de variables, objetivos, instrumentos y matriz de ordenamiento es la siguiente:

Cuadro 1. Distribución de la población estudiada de acuerdo al Conocimiento mostrado sobre la definición del VIH/SIDA, según estrategia educativa.

Cuadro 2. Distribución de la población estudiada de acuerdo al Conocimiento mostrado sobre el modo de transmisión del VIH/SIDA, según estrategia educativa.

Cuadro 3. Distribución de la población estudiada de acuerdo al Conocimiento mostrado sobre la percepción de riesgo del VIH/SIDA, según estrategia educativa.

Cuadro 4. Distribución de la población estudiada de acuerdo al Conocimiento mostrado sobre la prevención del VIH/SIDA, según estrategia educativa.

Cuadro 5. Distribución de la población estudiada de acuerdo al Respeto al infectado de VIH/SIDA, según estrategia educativa.

Cuadro 6. Distribución de la población estudiada de acuerdo a la presencia de Conocimientos adecuados sobre VIH/SIDA, según estrategia educativa.

Cuadro 7. Distribución de la población estudiada de acuerdo a las actitudes exhibidas acerca del modo de transmisión del VIH/SIDA, según estrategia educativa.

Cuadro 8. Distribución de la población estudiada de acuerdo a las actitudes exhibidas acerca del modo de transmisión del VIH/SIDA, según estrategia educativa.

Cuadro 9. Distribución de la población estudiada de acuerdo a las actitudes exhibidas acerca de la percepción de riesgo del VIH/SIDA, según estrategia educativa.

Cuadro 10. Distribución de la población estudiada de acuerdo a las actitudes exhibidas acerca del respeto al infectado con el VIH/SIDA, según estrategia educativa.

Cuadro 11. Distribución de la población estudiada de acuerdo a la presencia de actitudes adecuadas frente al VIH/SIDA, según estrategia educativa.

Cuadro 12. Distribución de la población estudiada de acuerdo a la presencia de competencias personales adecuadas en relación al VIH/SIDA, según estrategia educativa.

El esquema básico tipo de cuadro se presenta a continuación.

“Comparación de la educación por pares y por profesionales de la salud para mejorar las competencias personales sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en adolescentes escolares de Quinto Año de Secundaria de la jurisdicción del Centro de Salud Manuel Prado – Ministerio de Salud – en el 2005.

VARIABLE: Competencias	ESTRATEGIA EDUCATIVA				TOTAL		Significancia
	EDUCACIÓN POR PARES		EDUCACIÓN POR PROFESIONALES DE LA SALUD				
	(n=40)		(n=40)		n= 80		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
SI							$\chi^2 =$ $p=0,05^*$
NO							
TOTAL	0	0.00	0	0	0	0.00	

* Prueba de chi cuadrada para independencia (Tabla de contingencia 2x2)

4.1.2.5. Plan de Graficación. Para variable e indicadores podemos optar por hacer uso de la clase de gráfica que hemos considerado la más conveniente y se trata de una gráfica de barras compuestas, tridimensionales y verticales. En el caso de sub indicadores podría usarse una gráfica de líneas con marcadores en cada valor de datos.

4.2. Plan de Análisis de los Datos.

El Tipo de Análisis requerido es univariable porque la investigación sólo maneja la variable “Competencias Personales” y es *Cuantitativo estadístico* cuyo *tratamiento estadístico pertinente* se hará con estadística descriptiva que se centrará en la variable y los indicadores tomados individualmente, expresadas en frecuencias (absolutas y porcentuales), razones y proporciones.

Para concluir si existe dependencia entre las Competencias Personales y la Estrategia Educativa empleada se aplicará la prueba Chi Cuadrado para comparar frecuencias o proporciones en dos o más grupos (Prueba de la Independencia). El valor crítico que separa 5 % (error alfa) superior de la

distribución X^2 de 95% restante es 3.841. La prueba de chi cuadrada para independencia es casi siempre una prueba de una sola cola, para ver si las frecuencias observadas difieren de las esperadas por más de una cifra esperada de manera fortuita. Por tanto, se decidirá rechazar la hipótesis de nulidad de independencia si el valor observado de X^2 es mayor de 3.841. Si este fuera el caso se podrá concluir que existe dependencia entre las Competencias Personales y la Estrategia Educativa empleada.

El análisis será realizado por medio de computador con paquetes estadísticos EXCEL2000 V. 9.0.2812 de WINDOWS 98 y SPSS V. 11.0 para WINDOWS 98.



CUADRO DE TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

VARIABLE O INDICADOR	CARÁCTER ESTADÍSTICO	ESCALA DE MEDICIÓN	TÉCNICAS DE ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	TÉCNICAS DE ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA
Competencias personales	Cuantitativo discreto	Nominal	Distribución de frecuencias Razones Proporciones	Prueba X^2 (Prueba de la Independencia). No Paramétrica.
Conocimientos o Actitudes	Cuantitativo discreto	Nominal	Distribución de frecuencias Razones Proporciones	Prueba X^2 (Prueba de la Independencia). No Paramétrica.
Sub indicadores	Cuantitativo discreto	Nominal	Distribución de frecuencias Razones Proporciones	Prueba X^2 (Prueba de la Independencia). No Paramétrica.
Ítems	Cuantitativo discreto	Nominal	Distribución de frecuencias Razones Proporciones	Prueba X^2 (Prueba de la Independencia). No Paramétrica.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO.

TIEMPO FASES	NOVIEMBRE 05				DICIEMBRE 05				ENERO 06			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Diseño	X	X	X	X								
Coordinación/Supervisión			X		X	X	X	X				
Selección del equipo				X								
Adiestramiento				X								
Recolección piloto				X								
Corrección de instrumentos				X								
Diseño de base de datos				X								
Recolección extensiva				X	X	X						
Crítica y codificación					X	X						
Digitación					X	X						
Análisis						X						
Informe preliminar								X				
Informe final										X		

V. BIBLIOGRAFÍA

1. CÁCERES, C. Salud Sexual en una Ciudad Joven: "Un Programa Comunitario en Salud Sexual con y para los Jóvenes". Universidad Peruana Cayetano Herrera y REDESS. Jóvenes. Lima-Perú. 1 998.
2. CONN'S CURRENT THERAPY. Latest approved methohs of treatment for practiciing physician. Editors H. F. Conn and others.Edited 1 999.
3. DAWSON, B. TRAPO, R. "Bioestadística Médica". 3ra. Edición. Editorial El Manual Moderno México DF. Santa Fé de Bogotá. 2 002.
4. FARRERAS y ROZMAN: Medicina Interna. Decimotercera Edición. Madrid España. Editorial Mosbi/Doyma. Libros. 1 995.
5. HARRISON: Principios de Medicina Interna.Decimocuarta Edición.España Editorial Mc Grae. Hill 1 996.
6. MORMONTOY, W. Elaboración del Protocolo de Investigación en Ciencias de la Salud, de la Conducta y Areas Afines. 2da. Edición., Lima-Perú. 1 994.
7. ROSADO, L. "Investigación en Salud Materna". Universidad Católica de Santa María. 2 004.
8. RUGEIRO Y ET AL. "Conocimiento y actitudes sobre sexualidad y SIDA". Santiago de Chile. 1 996.
9. TAMAYO Y TAMAYO, M. "El Proceso de la Investigación Científica".3ra Edición. Editorial Limusa. México DF, 1 994.

10. TAMAYO, J. "Estrategias para diseñar y desarrollar Proyectos de Investigación en Ciencias de la Salud 1". 1ra. Edición. Edi. Al cuidado del autor. Lima, 2 002.
11. TAMAYO, J. "Estrategias para diseñar y desarrollar Proyectos de Investigación en Ciencias de la Salud 1". 2da. Edición. Edic. Mundo Científico en Salud E.I.R.L. Lima, 2 003.



HEMEROGRAFÍA

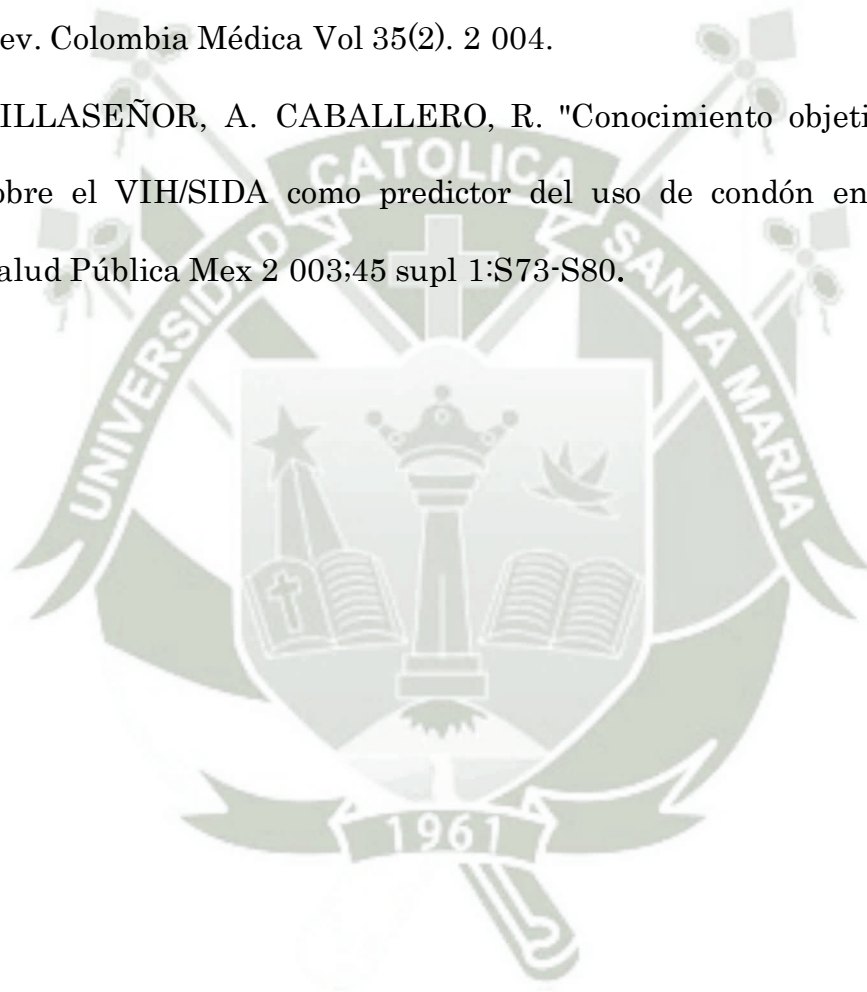
1. CABALLERO HOYOS, R. VILLASEÑOR SIERRA, A. Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. *Salud Pública Mex* 2 003;45 supl 1:S108-S114.
2. CDC NCHTSTP. "Ciencia Ligada a Programas de Prevención,-Necesidad de estrategias integradas". División of HIV / AIDS Prevention.-Julio 1 998.
3. CENTER FOR POPULATION OPTIONS. "Focus group research results: adolescent HIV knowledge, attitudes, behavior. Spring, 1 988". Washington, DC: Advocates for Youth. 1 988.
4. CROSBY, R. DI CLEMENTE, R. WINGOOD, G. SALAZAR, L. HARRINGTON, K. DAVIES, S. et al. "Identification of strategies for promoting condom use: a prospective analysis of high-risk African American female teens". *Prev Sci* 2 003; 4(4):263-70.
5. CROSBY, R. DI CLEMENTE, R. WINGOOD, G. SIONEAN, C. HARRINGTON, K. DAVIES, SL et al. "Psychosocial correlatos of adolescents' worry about STD versus HIV infection: similarities and differences". *Sex Transm Dis* 2 001; 28(4):208-13.
6. DI CLEMENTE, RJ. "Confronting the challenge of AIDS among adolescents: directions for future research". *Journal of Adolescent Research* 1 993; 8:156-166.

7. DIVISION OF STD PREVENTION. "Sexually transmitted disease surveillance, 1 996". Atlanta: Center for Disease Control & Prevention; 1 997.
8. FOTHERGILL, K. HAUSER, D. JACKSON, K. KLINDERA, K. HINCKS-REYNOLDS, J. "The Need for HIV/STI Prevention Peer Education. En: Alford S, Feijoo AN, editors. Guide to implementing TAP (Teens for AIDS Prevention) A Peer Education Program to Prevent HIV and STI". 2nd ed. Washington, DC: Advocates for Youth; 2 002. p. 1-5.
9. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. ENDES IV. "Arequipa: Informe Departamental de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar". Lima, Perú. Setiembre, 2 001. Págs. 169-170.
10. JAY, MS. DURANT, RH. SHOFFITT, T. LINDER, CW. LITT, IF. "Effect of peer counselors on adolescent compliance in use of oral contraceptives. Pediatrics 1 984; 73(2):126-31.
11. JEMMONTT, JB. JEMMOTT, LS. "Behavior intentions with heterosexual adolescents. In: NIH Consensus Development Conference on Interventions to Prevent HIV Risk Behaviors". Bethesda, MD: National Institutes of Health, 1 997.
12. LÓPEZ, V. "Talleres de sexo seguro: se acabó el miedo al SIDA". Sociedad de Sexología AL-GARAIA. España, 2 000.
13. MINISTERIO DE SALUD. "Análisis de la situación de salud del Perú 2 001 / Perú". Oficina General de Epidemiología.-Lima 2 002 (OPS/PER/02.02).

14. MINISTERIO DE SALUD. "Guía Nacional de Atención Integral del Paciente con Infección VIH/SIDA/Perú". Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS). Perú, 1 999.
15. MINISTERIO DE SALUD. "Manual de Procedimientos para la Atención Médica Periódica 2 000". -Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA.
16. MINISTERIO DE SALUD. Boletín Informativo Mayo 2 005. Coordinación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA. Perú, 2 005.
17. MINISTERIO DE SALUD. Boletín Informativo PROCETSS. 1 997; (3):2. Perú, 1 997.
18. MOSQUERA, J. MATEUS, J ET AL. "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes". Rev. Colombia Médica Vol 34(4). 2 003.
19. NATIONAL HEMOPHILIA FOUNDATION. "Peer-to-Peer Health Education Programs for Youth: Their Impact on Comprehensive Health Education". New York: The Foundation, 1 994.
20. ONUSIDA. "Estado de Situación: el SIDA en el Perú al año 2 000-Lima". Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS). Perú 2 001.
21. ONUSIDA. "Los jóvenes y el VIH/SIDA una oportunidad en un momento crucial". Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA: Reporte de junio 2 002.

22. ONUSIDA. "Los niños y los jóvenes en un mundo con SIDA". Ginebra: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). 2 001.
23. ONUSIDA. Campaña Mundial Contra el SIDA 2001. Hoja Informativa.
24. ONUSIDA: "Anatomía de la epidemia. El SIDA no da tregua". Hoja informativa.
25. OPS / OMS: "Vigilancia Epidemiológica del SIDA en las Américas". Informe Trimestral, 10 de Septiembre de 1 996. Programa Regional de SIDA / ETS.
26. OPS. "El avance del SIDA en América Latina y el Caribe". Acción en SIDA. 1 997; 29: 10-12.
27. PELAEZ, J. RODRÍGUEZ, O. BERMÚDEZ, R. "Adolescente varón y anticoncepción". Rev Cuba Obstet Ginecol 1 998; 24(1):5-12.
28. RICKERT, VI et al. "Effects of a peer-counseled AIDS education program on knowledge, attitudes, and satisfaction of adolescents". Journal of Adolescent Health 1 991; 12:38-43.
29. STEVENS, J. "Peer education: promoting health behaviors. [The Facts]". Washington, DC: Advocates for Youth, 1 997.
30. STROUSE, J. FABES, R. "Formal versus informal sources of sex education: competing forces in the sexual socialization of adolescents". Adolescence 1 985; 20:269-70.
31. UNAIDS et al. "Young People and HIV/AIDS: Opportunity in Crisis". Geneva, Switzerland: UNAIDS, 2 002.

32. UNFPA. "El estado de la población mundial 2003: el VIH/SIDA y los adolescentes". [en línea] [Fecha de acceso noviembre 15 de 2 003]. URL disponible en: <http://www.unfpa.org/swp/2003/espanol/ch3/>.
33. VERA, LINA. LÓPEZ, NAHYR ET AL. "Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander". Rev. Colombia Médica Vol 35(2). 2 004.
34. VILLASEÑOR, A. CABALLERO, R. "Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes". Salud Pública Mex 2 003;45 supl 1:S73-S80.



ANEXO I

EDUCACIÓN POR EDUCADORES PARES.

En nuestra investigación, la educación por pares tiene dos fases. En una primera fase se trabaja con los educadores pares, y en una segunda fase, estos lo hacen con sus compañeros, buscando un efecto multiplicador o de cascada.

Para desarrollar un programa de prevención escolar es importante la capacitación de educadores pares. Recoger con empatía su experiencia y sus necesidades, valorar sus capacidades, reconocer sus limitaciones y respetar sus opiniones. Ello permitirá al educador par apropiarse de una nueva metodología de trabajo que podrá recrear con sus pares.

En este proceso se tendrá especial cuidado en la forma de introducir a los educadores pares en el uso de la metodología participativa. Igualmente, la relación facilitador – educador par será definitivamente modeladora de la relación educador par – pares, explicándoles este proceso en la capacitación. De este modo se permitirá a los educadores pares pasar de la experiencia a la comprensión y análisis de su propio proceso de aprendizaje y apropiarse de la metodología experimentada en la capacitación.

I FASE. CAPACITACIÓN INTEGRAL DE LOS EDUCADORES INTER PARES SOBRE EL VIH/SIDA

Descripción.

El trabajo de educador inter pares es una forma eficaz de participación de los jóvenes en los esfuerzos de prevención y atención del VIH. Para muchos jóvenes, sus pares son una fuente de información fundamental sobre cuestiones sexuales. Esta capacitación de dos semanas está diseñada para fortalecer y estandarizar en los participantes conocimientos, actitudes y habilidades relacionados al VIH/SIDA, incorporando una metodología de capacitación integral de los educadores inter pares sobre este tema.

Luego de seleccionar educadores inter pares se evaluará la experiencia y los conocimientos en materia de educación sobre el VIH/SIDA de los participantes antes de decidirse el contenido de la formación. Pasos previos también son una reunión preparatoria para que los educadores se conozcan entre sí y empiecen a trabajar con el personal del proyecto; por último, un curso de formación sobre los conocimientos oficiales acerca de cuestiones relacionadas con las ITS y con el VIH/SIDA; con foco de atención en el desarrollo personal y en cuestiones y tendencias culturales; formación en conocimientos prácticos, y apoyo sostenido, capacitación complementaria y asistencia.

Objetivo general:

Al término de estas actividades de capacitación los participantes habrán estandarizado sus habilidades en la labor de educadores inter pares.

Objetivos específicos Una vez finalizada la capacitación, los participantes estarán en capacidad de:

- Lograr una definición de su(s) papel(es) previsto(s) como educadores pares.
- Dar información y desarrollar conocimientos prácticos sobre el VIH/SIDA en especial en su: Definición, Modo de transmisión, Percepción de riesgo, Prevención y Respeto al infectado.
- Poder acabar con los conceptos erróneos, echar por tierra los mitos y ofrecer información sobre la prevención del VIH de una forma que los otros jóvenes perciban como pertinente.
- Educar en prevención del VIH / SIDA centrándose en el desarrollo de la persona y sus potencialidades y no en la enfermedad en sí misma.

Habilidades a desarrollar

- Poder trabajar en la calle, escuelas y en cualquier parte en la que se reúnan los jóvenes y se sientan cómodos.
- Ofrecerán la información apropiada sobre los riesgos a los que expone el abuso de sustancias, el VIH/SIDA y las ITS.
- Los jóvenes asesores aprenderán a evaluar las necesidades individuales.
- Derivarán casos cuando es necesario.

Métodos para el aprendizaje

- Exposición - diálogo ilustrado.
- Discusiones de grupos.
- Juego de roles.
- Estudio de casos.

Materiales de aprendizaje

➤ Manuales de referencia:

a) Hablando de VIH – SIDA en la escuela. Instituto de Educación y Salud (IES). Octubre, 1996.

b) Educación sobre el SIDA en la escuela: Actualización técnica del ONUSIDA. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Octubre de 1997

➤ Video sobre prevención.

➤ Materiales de escritorio y utilería.

➤ Tiras cómicas e historietas. (“Los patos y las patas”, “Alegría, música y pasión”, etc.)

Criterios para la selección de participantes

Los participantes son designados por los profesores teniendo en cuenta un perfil adecuado para la capacitación y para el trabajo que harán.

➤ Ser escolar de 15 años o más.

➤ Ser estudiante en una institución educativa considerada en el estudio.

➤ Preferentemente vigía escolar.

➤ Que tenga capacidad de liderazgo en su grupo de compañeros.

➤ Que tenga el apoyo de sus profesores.

➤ Ser aceptable para el grupo destinatario

Métodos para la evaluación

➤ Guías de aprendizaje de las habilidades.

➤ Lista de verificación.

Duración.

La capacitación tendrá una duración de dos semanas.

Composición de los grupos

Cada grupo de trabajo estará constituido por un máximo de 5 participantes. Cada grupo contará con un facilitador-tutor profesional de la salud.

**II FASE. CAPACITACIÓN INTEGRAL DE ADOLESCENTES SOBRE EL
VIH/SIDA A PARTIR DE EDUCADORES INTER PARES.****Descripción.**

Esta fase es una extensión de la anterior, que como comentamos, los educadores pares formados, luego de apropiarse de la metodología experimentada en la capacitación recibida, ahora, en un proceso horizontal, hablan con sus pares (iguales), hablan entre ellos y determinan el curso de la acción que es fundamental como influencia de la educación inter pares en el cambio de comportamiento.

Para que los jóvenes adopten pautas de comportamiento saludable y responsable, y eviten la infección, no basta con que aprendan los aspectos biomédicos de la salud sexual y reproductiva. Igualmente importante es que aprendan a hacer frente a las demandas cada vez más complejas de las relaciones, en particular a los contactos con personas de otro sexo y a las situaciones de conflicto; a adoptar prácticas sin riesgo y a relacionarse con el creciente número de personas que viven con el VIH o el SIDA. Este es un objetivo que se halla más cerca de alcanzar con la educación brindada por sus educadores pares.

Objetivo general:

Mejorar las competencias personales de los participantes en relación al VIH / SIDA.

Objetivos específicos

Al término de la capacitación los escolares habrán mejorado sus conocimientos y actitudes sobre el VIH/SIDA en especial en su: Definición, Modo de transmisión, Percepción de riesgo, Prevención y Respeto al infectado.

Habilidades a desarrollar

- cómo tomar decisiones acertadas sobre las relaciones personales y sexuales, y cómo defenderlas.
- cómo identificar las propias razones personales para resistir a las presiones para una relación sexual o el consumo de drogas no deseados.
- cómo reconocer y evitar o abandonar una situación que puede volverse arriesgada o violenta.
- cuando se está dispuesto a tener relaciones sexuales, cómo negociar una relación con penetración protegida u otras formas de relación sexual más seguras.
- cómo mostrar compasión y apoyo hacia las personas con el VIH y el SIDA.
- cómo cuidar a las personas con SIDA en la familia y en la comunidad.

Métodos para el aprendizaje

- Discusiones de grupos.
- Juego de roles.
- Estudio de casos.

Materiales de aprendizaje

- Tiras cómicas e historietas.
- Video sobre prevención de infecciones.

Criterios para la selección de participantes

Los participantes son designados por los profesores teniendo en cuenta el siguiente perfil

- Ser escolar de 15 años o más.
- Ser estudiante en una institución educativa considerada en el estudio.

Métodos para la evaluación del participante

- Lista de verificación
- Pre test y post test.

Duración.

Tendrá una duración de dos semanas.

Composición de los grupos

Cada grupo de trabajo estará constituido por los integrantes del salón de clase y contará con un educador par así como un facilitador-tutor profesional de la salud.

ANEXO II

EDUCACIÓN POR PROFESIONALES DE LA SALUD

Descripción.

Se trata de exposiciones formales en las que sólo se utiliza de paso, la narración o descripción para exponer la estructura básica del tema del VIH/SIDA, aclarar o explicar hechos, principios o relaciones que los alumnos necesitan comprender y aprehender. Es una técnica expositiva por excelencia tiene muchas variantes siendo menos formal que la conferencia utilizada en públicos numerosos pero un poco más formal que las charlas. Se eligió profesionales de la salud encargadas de hacer consejería de salud reproductiva en los establecimientos de salud, quienes están capacitados en la técnica de consejería recomendada por el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA del Ministerio de Salud del Perú.

Objetivo general:

Orientar a los alumnos en los contenidos del VIH/SIDA

Objetivos específicos:

- Resumir o poner al alcance de los participantes un tema tan basto o complicado como el VIH/SIDA.
- Dar información y desarrollar conocimientos prácticos sobre el VIH/SIDA en especial en su: Definición, Modo de transmisión, Percepción de riesgo, Prevención y Respeto al infectado.
- Ilustrar o aclarar aspectos difíciles del tema.
- Presentar datos sustentatorios del tema.

- Establecer enlaces entre situaciones aparentemente inconexas.

Habilidades a desarrollar

- Desarrollar de conocimientos básicos e inclinación hacia la adopción de actitudes relacionadas al VIH/SIDA.
- Autonomía y destrezas como la capacidad de comunicarse.
- Toma de decisiones.
- Negociación.

Métodos para el aprendizaje

- Exposición diálogo ilustrados.
- Presentación de videos.
- Distribución de material educativo.

Materiales de aprendizaje

- Manuales de referencia: Guía Nacional de Consejería recomendada por el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA del Ministerio de Salud del Perú.
- Video sobre prevención.
- Materiales de escritorio y utilería (rotafolios, papelógrafos, cinta maskin tape, plumones y otros materiales educativos).
- Tiras cómicas e historietas. (“Los patos y las patas”, “Alegría, música y pasión”, etc.).

Criterios para la selección de participantes

Los participantes son designados por los profesores.

- Ser escolar de 15 años o más.

- Ser estudiante en una institución educativa considerada en el estudio.

Métodos para la evaluación

- Pre test y post test.

Duración.

La capacitación tendrá una duración de dos semanas.

Composición de los grupos

Cada grupo de trabajo estará constituido por los integrantes del salón de clases.

Cada grupo contará con un expositor profesional de la salud.



CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA:

TABLA N° 1.
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN EDAD.

EDAD EN AÑOS	NÚMERO	PORCENTAJE
15	35	43.75
16	26	32.50
17	19	23.75
18	0	0
19	0	0
TOTAL	80	100.00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

En la categoría de edad de 15 años se agrupa el mayor porcentaje de observaciones con un 43,75% (35/80), ocupando el último lugar la frecuencia de edades de 18 y 19 años con 0,00% (0/80). En este grupo de escolares se evidencia que no existe mucho retraso escolar ya que cursan el quinto año de secundaria, lo que se halla dentro de lo esperado. Se obtuvo la siguiente estadística descriptiva en relación a la edad: Media 15.80, Error típico 0.09, Mediana 16, Moda 15, Desviación estándar 0.80, Varianza de la muestra 0.64, Rango 2, Mínimo 15, Máximo 17, a un Nivel de confianza del 95.0%.

TABLA N° 2.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESCOLAR ESTUDIADA SEGÚN SEXO

SEXO	NÚMERO	PORCENTAJE
MASCULINO	42	52,50
FEMENINO	38	47,50
TOTAL	80	100,00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización).

Esta población escolar se halla distribuida casi a partes iguales. Se encontró que el 52,50% (42/80) son varones y el 47,50% (38/80) mujeres. Esta es una distribución poblacional según sexo similar a la observada a nivel nacional. Indirectamente nos estaría advirtiendo que no se observan desigualdades en el componente género en esta población.