

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POST-GRADO

MAESTRÍA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD



**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL SÍNDROME DE INMUNO
DEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LA POBLACIÓN DE 20 A 45
AÑOS DE EDAD DEL PUEBLO LA TOMILLA DEL
DISTRITO DE CAYMA. AREQUIPA, 2009.**

Tesis presentada por la Bachiller:
GABY EULALIA QUIROZ RIVERA
Para optar el Grado Académico de:
Magíster en Educación para la Salud

AREQUIPA - PERU
2010



*“Se generoso de Espíritu
Halaga a las personas que están
cerca de ti, ofrécele ayuda a un
colega, a un amigo o a alguien
de tu comunidad”*

P. Calizaya

Agradecimientos

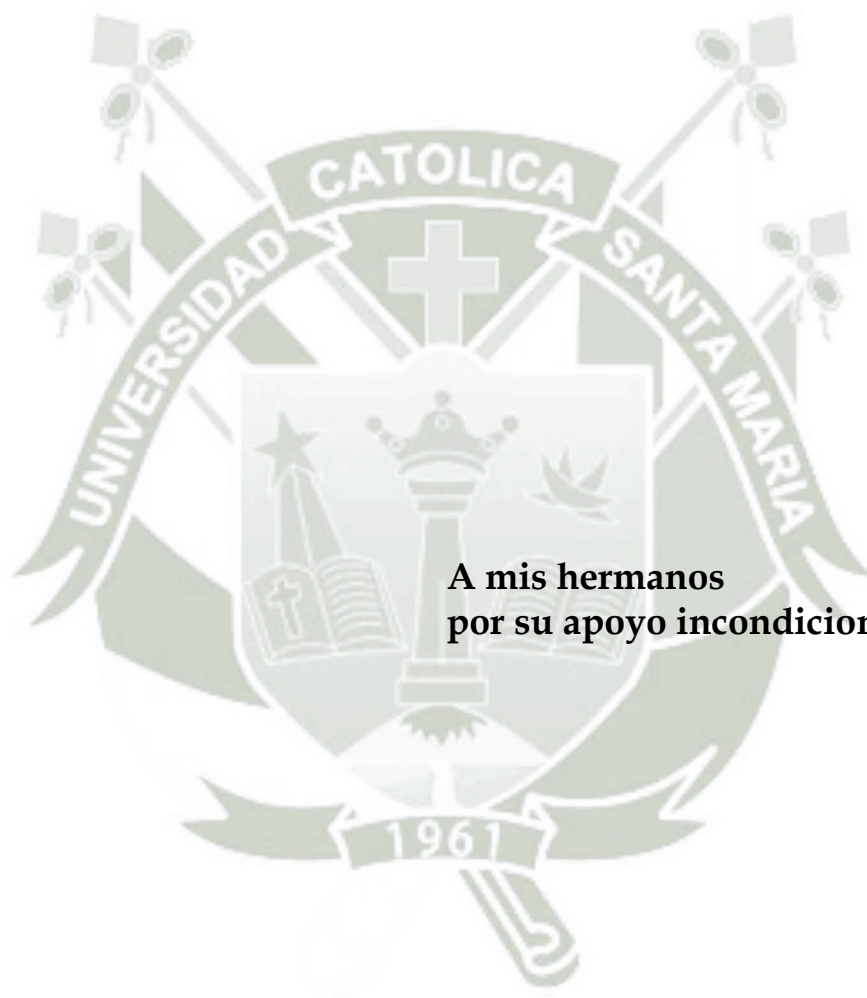
**A la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica de
Santa María,**

A los docentes de la Maestría de Educación para la Salud

**A los que colaboraron a lo largo del desarrollo del
presente estudio de investigación.**

Gracias por el apoyo brindado.

**A mis padres
por su apoyo y comprensión**



**A mis hermanos
por su apoyo incondicional**

Gaby

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN	05
ABSTRACT	06
INTRODUCCIÓN	07
CAPÍTULO UNICO	
RESULTADOS	09
1. Datos Generales	10
2. Nivel de Conocimientos	20
Conclusiones.....	33
Recomendaciones	34
Propuesta	35
BIBLIOGRAFÍA	38
ANEXOS	40
Anexo 1: Proyecto de Investigación.....	40
Anexo 2: Matriz de Sistematización de datos	77

RESUMEN

La comunidad en general debe tener un buen conocimiento sobre ciertas enfermedades, que son mortales en algunos casos, es por este motivo que se ha desarrollado el presente estudio de investigación, titulado: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LA POBLACIÓN DE 20 A 45 AÑOS DE EDAD DEL PUEBLO LA TOMILLA DEL DISTRITO DE CAYMA. AREQUIPA, 2009.

El tipo de problema a investigar es de campo y de nivel descriptivo, de corte transversal; se aplicó como instrumento la Cedula de Preguntas estructurado a 334 pobladores de Pueblo la Tomilla Cayma.

Se concluyo que la mayoría de la población, el nivel de conocimientos es "Muy Bueno", "Bueno" y "Sobresaliente". En la minoría de la población tiene un nivel de conocimientos regular y deficiente, respectivamente.

Se ha visto por conveniente recomendar al El Personal médico y de enfermería de las Instituciones Hospitalarias: MINSA, EsSalud y Fuerzas Armadas deben sostener una comunicación directa y abierta con la población a fin de identificar las necesidades educativas sobre su salud y así poder realizar campañas de sensibilización educativa, en este caso sobre el SIDA, a fin de promover en élla, el sentido de responsabilidad para la conservación de la salud, previniendo no solamente el SIDA sino todo tipo de enfermedades prevenibles.

ABSTRACT

The community at large should have a good knowledge about specific diseases that are fatal in some cases it is for this reason that has developed in this research study entitled: LEVEL OF KNOWLEDGE ON Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) IN POPULATION AGED 20 TO 45 YEARS OF AGE OF THE PEOPLE THE DISTRICT Thyme Cayman. AREQUIPA, 2009.

The type of problem to investigate is a level field and descriptive, cross sectional instrument was applied as the Letter of structured questions to 334 residents of the Village Tomilla Cayma.

It was concluded that the majority of the population, level of knowledge is "Very Good", "Good" or "Outstanding". In the minority of the population has a regular level of knowledge and poor, respectively.

It has seen fit to recommend to the medical and nursing staff of hospitals: MINSA, Essalud and armed forces must maintain a direct and open communication with the population to identify educational needs regarding their health and well able to carry out campaigns educational awareness in this case AIDS, to promote it, the sense of responsibility for the maintenance of health, preventing not only AIDS but all kinds of preventable diseases.

INTRODUCCIÓN

Desear realizar un estudio que tenga utilidad y sirva a los propósitos institucionales es una cosa y describirlo es otra, esto sucede con el presente trabajo. La mente alerta y dedicada de los futuros profesionales comprometidos con la salud de la población, sugiere el tema, pues los cuidados integrales de enfermería que requieren en este caso los pacientes con la enfermedad crónica irreversible del SIDA, se tornan imperativo, dado el grado de exigencia social en lo que a salud se refiere, ya que los pacientes suelen sufrir cambios psicológicos y sociales, en su estilo de vida y también en su vida espiritual, que no sólo le afectan a él, sino a toda la familia.

Algunos aceptan el hecho de tener dicha enfermedad y que necesitarán tratamiento para el resto de su vida; otros en cambio, pueden tener problemas para ajustarse a los desafíos que la enfermedad implica. Durante el curso de la enfermedad habitualmente afloran sentimientos de culpa, negación, rabia, depresión y frustración.

La atención de Salud, en lo concerniente a educación, juega un papel decisivo y determinante en el desarrollo de nuevas capacidades y habilidades en los pacientes con SIDA que les permitan una mejor calidad de vida y obtener ayuda para asumir con responsabilidad la enfermedad y su tratamiento y hacerle frente a los aspectos antes mencionados.

En la medida que la educación esté centrada en el paciente y no en la enfermedad, donde la persona participe de su tratamiento con conocimiento y responsabilidad, que el apoyo de la familia se haga siempre presente junto a la persona enferma con comprensión y amor, y que el equipo de enfermería realice su trabajo con dedicación y consideración de los aspectos técnicos basados en la Calidad de Vida de quien está padeciendo la enfermedad; sólo así, es posible lograr un trabajo integrado que no sólo se preocupe del cuerpo enfermo, sino que también integre los aspectos afectivo-emocionales, familiares, sociales y espirituales propios de nuestra condición de seres humanos.

El contenido del informe de la investigación está organizado en un sólo capítulo denominado único, que contiene los resultados, las conclusiones, recomendaciones, propuesta, bibliografía y los anexos.



CAPITULO ÚNICO
RESULTADOS

1. DATOS GENERALES

TABLA N° 1

POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN EDAD. PUEBLO LA TOMILLA DEL
DISTRITO DE CAYMA. AREQUIPA, 2009

EDAD	N°	%
20 - 24 años	119	35.6
25 - 29 años	51	15.2
30 - 34 años	100	29.9
35 - 39 años	49	14.6
40 - 44 años	15	4.7
TOTAL	334	100.0

Fuente: Datos obtenidos por la autora

En la tabla N° 1 se observa que la población investigada en mayor proporción y porcentaje tienen edades entre 20 y 24 años (35.6%) y 30 - 34 años (29.9%); menores porcentajes se encuentran distribuidos en los quinquenios de 25 - 29 años (15.2%), 35 - 39 años (14.6%) y 40 - 44 años de edad (4.7%).

Edades en que la población investigada al mantener una vida sexual activa necesita de educación, en este caso, para prevenir esta enfermedad, sobretodo el mayor porcentaje representado (65.4%) al considerarse en situación de riesgo.

GRÁFICO N° 1

POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN EDAD.

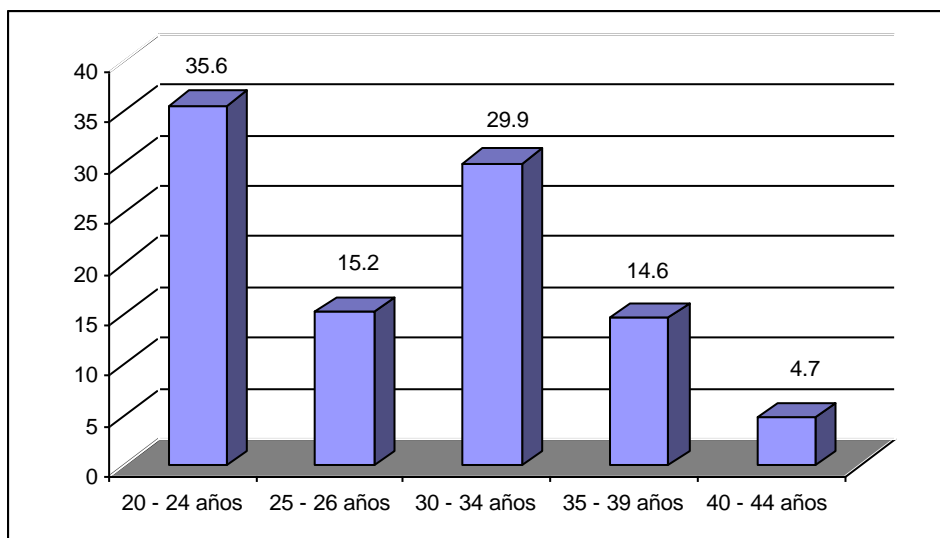


TABLA N° 2

POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN GÉNERO. PUEBLO LA TOMILLA DEL
DISTRITO DE CAYMA. AREQUIPA, 2009

SEXO	N°	%
Masculino	234	70.0
Femenino	100	30.0
TOTAL	334	100.0

Fuente: Datos obtenidos por la autora

En la tabla N° 2 se observa que la población investigada cerca de las dos terceras partes pertenecen al género masculino.

La diferencia porcentual del 30% corresponde al sexo femenino.

GRÁFICO N° 2

POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN GÉNERO

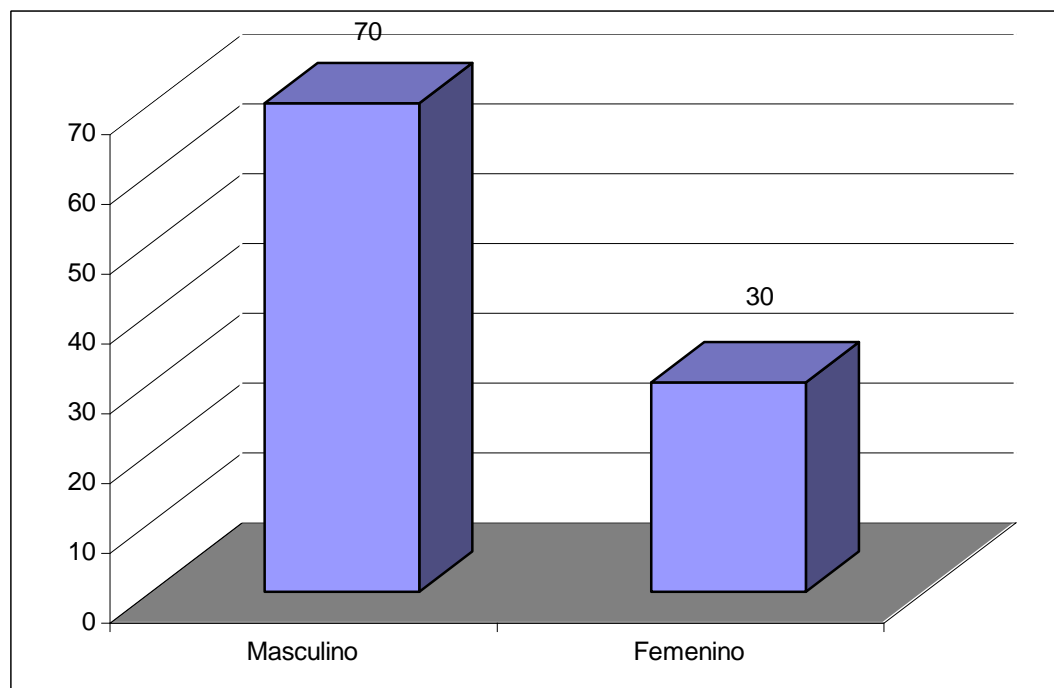


TABLA N° 3

POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN PROCEDENCIA. PUEBLO LA TOMILLA
DEL DISTRITO DE CAYMA. AREQUIPA, 2009

PROCEDENCIA	N°	%
Arequipa	201	60.1
Puno	59	17.6
Cuzco	39	11.7
Tacna	18	5.4
Piura	3	1.0
Moquegua	13	3.9
Puerto Maldonado	1	0.3
TOTAL	334	100.0

Fuente: Datos obtenidos por la autora

En la tabla N° 3 se observa que la población investigada en más de la mitad (60.1%) procede de Arequipa, un porcentaje considerable (29.3% acumulado) procede de la región de la Sierra del Sur (Puno y Cuzco). Menores porcentajes son mujeres provenientes de otras regiones del país. (Tacna, Piura, Moquegua y Puerto Maldonado).

GRÁFICO N° 3

POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN PROCEDENCIA

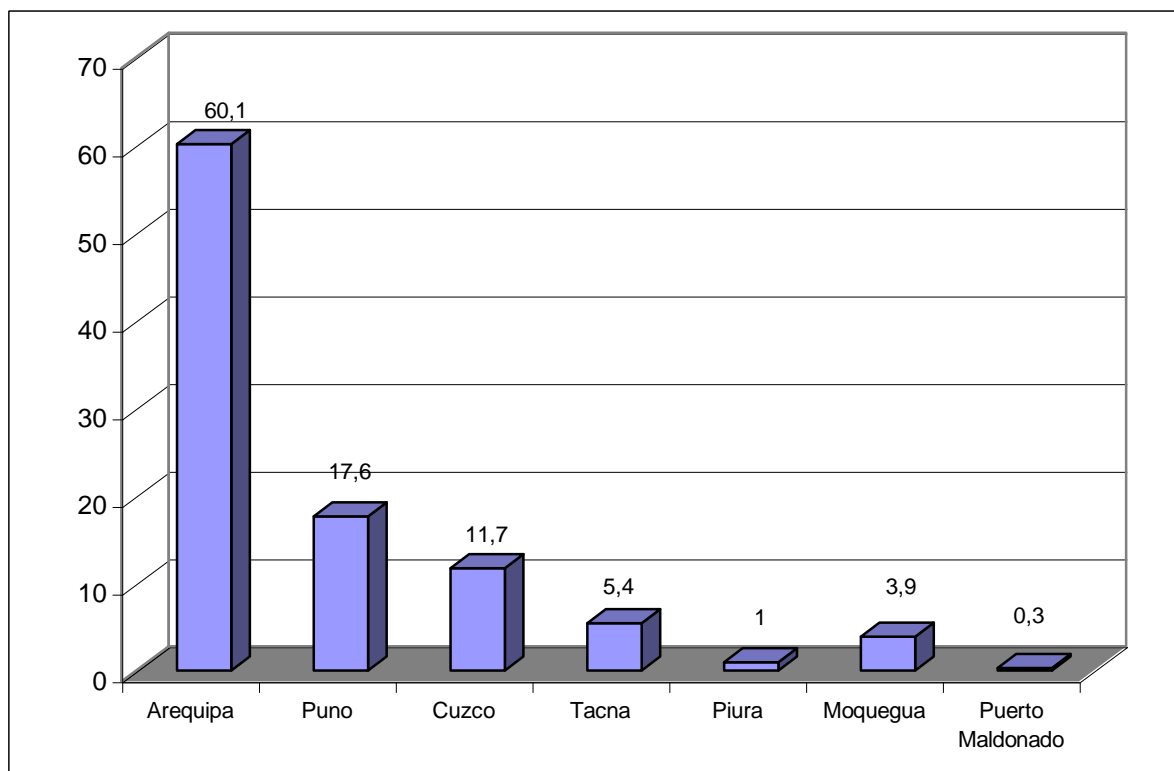


TABLA N° 4

POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. PUEBLO LA
TOMILLA DEL DISTRITO DE CAYMA. AREQUIPA, 2009

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Primaria	131	39.2
Secundaria	138	41.3
Superior	46	13.8
Sin instrucción	19	5.7
TOTAL	334	100.0

Fuente: Datos obtenidos por la autora

Según la tabla N° 4 se muestra que los mayores porcentajes de la población investigada se ubican en los niveles de secundaria (41.3%) y primaria (39.2%) respectivamente; se considera importante también el porcentaje del 13.8% que indica que un sector de dicha población cuenta con un nivel instructivo superior.

Considerando los resultados se deduce que la población investigada tiene un nivel de instrucción regular, debido a que la mayoría cuenta con nivel secundario completo; de gran importancia es el otro gran porcentaje que cuenta solamente con educación primaria, hecho que las coloca en una situación de riesgo de contraer la enfermedad debido a la escasa información o desconocimiento que poseen. Además es importante no minimizar el porcentaje que representa la población que no cuenta con instrucción, puesto que nos demuestra que su desconocimiento sobre la enfermedad es mayor.

GRÁFICO N° 4

POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN

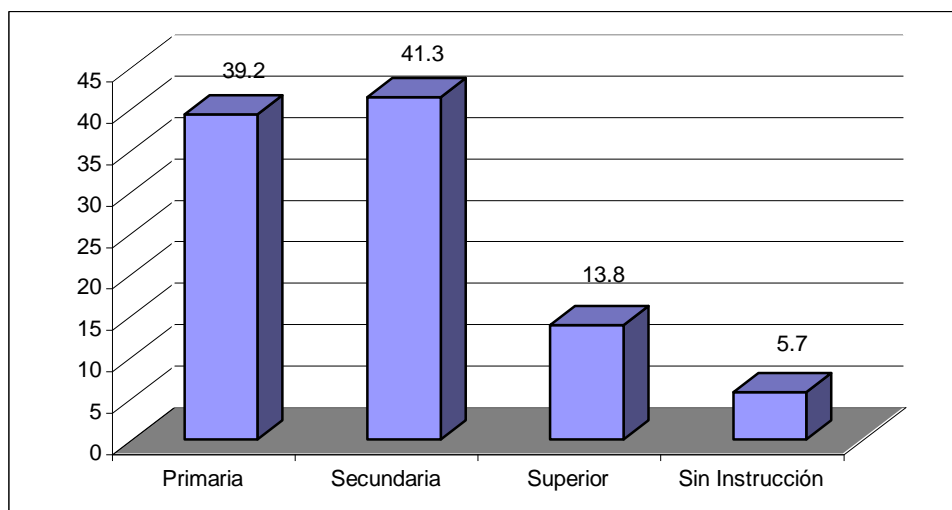


TABLA N° 5

POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN OCUPACIÓN. PUEBLO LA TOMILLA
DEL DISTRITO DE CAYMA. AREQUIPA, 2009

OCUPACIÓN	N°	%
Empleado	50	14.9
Obrero	76	22.8
Independiente	46	13.8
Ama de Casa	111	33.2
Estudiante	51	15.3
TOTAL	334	100.0

Fuente: Datos obtenidos por la autora

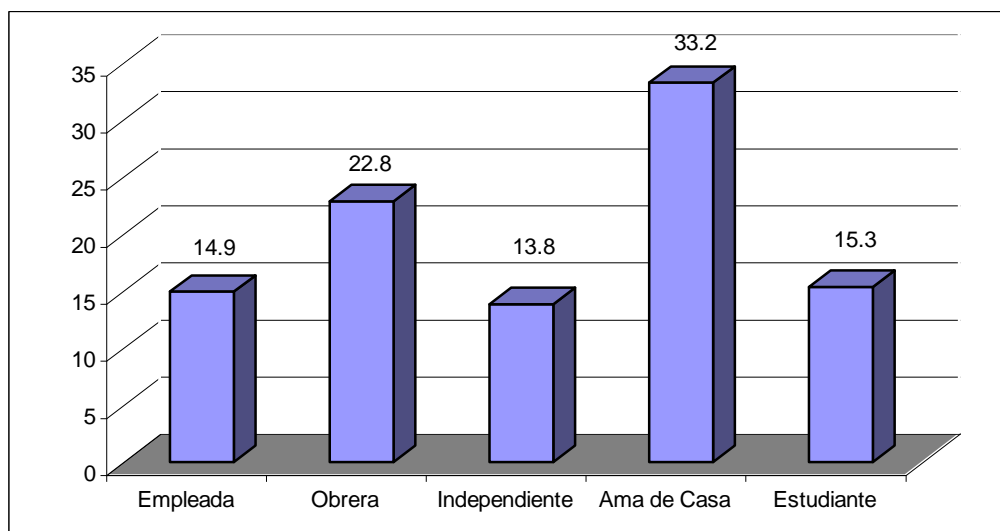
Considerando el indicador Ocupación en la Tabla N° 5 se muestra que la población investigada en mayor proporción y porcentaje acumulado (51.5%) trabaja como obreros, empleados y con trabajo independiente.

El 33.2% son amas de casa y el menor porcentaje son estudiantes con un 15.3%.

Se puede deducir entonces que las diversas ocupaciones los coloca en situaciones diferentes a las de su hogar y por lo tanto, en situaciones de riesgo por el hecho de que entren en contacto con otras personas y otras actitudes, poniéndose en riesgo de contraer la enfermedad en estas posibles situaciones.

GRÁFICO N° 5

POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN OCUPACIÓN



2. NIVEL DE CONOCIMIENTOS

TABLA N° 6

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE
FACTORES DE RIESGO DEL SIDA. PUEBLO LA TOMILLA DEL
DISTRITO DE CAYMA. AREQUIPA, 2009

Factores de Riesgo	Nivel de Conocimientos											
	Deficiente		Regular		Bueno		Muy Bueno		Sobre saliente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1. Biológicos	20	5.9	25	7.4	26	7.9	15	4.5	7	2.3	93	28.0
2. Sociales	11	3.2	14	4.1	18	5.3	58	17.4	16	4.6	117	34.6
3. Culturales	19	5.8	24	7.3	28	8.3	46	13.7	7	2.3	124	37.4
Total	50	14.9	63	18.8	72	21.5	119	35.6	30	9.2	334	100.0

Fuente: Datos obtenidos por la autora

En cuanto al conocimiento sobre los factores de riesgo del SIDA, en la tabla N° 6 se observa que los mayores porcentajes de la población investigada (35.6%, 21.5%) se ubican en los niveles de "muy bueno" y "bueno". Los menores porcentajes del 9.2% y 14.9% corresponden a los niveles de sobresaliente y deficiente, respectivamente.

TABLA N° 7

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE
FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL SIDA. PUEBLO LA TOMILLA DEL
DISTRITO DE CAYMA. AREQUIPA, 2009

Formas de Transmisión	Nivel de Conocimientos											
	Deficiente		Regular		Bueno		Muy Bueno		Sobre saliente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1. Sexual	38	11.4	50	15.0	52	15.4	91	27.3	29	8.9	26.0	78.6
2. Sanguínea	9	2.5	11	3.2	18	5.6	18	5.3	1	0.3	57	16.9
3. Transplantes	3	1.0	2	0.6	2	0.5	10	3.0	0	0.0	17	4.5
Total	50	14.9	63	18.8	72	21.5	119	35.6	30	9.2	334	100.0

Fuente: Datos obtenidos por la autora

En la tabla N° 7 se aprecia que el 14.9% de la población en estudio tienen conocimientos deficientes en cuanto a las formas de transmisión sexual del SIDA, siendo la forma más conocida, la sexual (11.4%). El 18.8% tiene regular nivel de conocimientos al respecto, de dicho porcentaje el 15.0% refiere ser la forma sexual. El 21.5% tiene buen nivel de conocimientos, predominando el de la forma de transmisión sexual.

El 35.6% tiene conocimientos muy buenos y el mínimo 9.2% corresponde al nivel de sobresaliente.

TABLA N° 8

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE
COMPORTAMIENTOS DE RIESGO. PUEBLO LA TOMILLA DEL
DISTRITO DE CAYMA. AREQUIPA, 2009

Comportamiento de Riesgo	Nivel de Conocimientos											
	Deficiente		Regular		Bueno		Muy Bueno		Sobre saliente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1. Actividad sexual sin protección.	21	6.4	25	7.6	26	7.9	40	11.9	7	2.7	119	35.6
2. Relaciones sexuales con personas sin saber su estado respecto al VIH.	6	1.4	5	1.4	15	4.5	20	5.9	5	1.4	51	15.2
3. Tener más de una pareja sexual.	10	2.9	28	8.5	15	4.5	35	10.5	12	3.5	100	29.9
4. Tener relaciones con personas que tienen más de una pareja sexual.	11	3.2	3	0.8	10	2.9	20	5.9	5	1.4	49	14.6
5. Compartir agujas y/o jeringas que contienen pequeñas cantidades de sangre infectada.	2	0.5	2	0.5	6	1.7	4	1.4	1	0.2	15	4.7
Total	50	14.9	63	18.8	72	21.5	119	35.6	30	9.2	334	100.0

Fuente: Datos obtenidos por la autora

En la presente tabla se observa que del total de la población investigada, los mayores porcentajes (11.9%) tienen muy buenos conocimientos sobre el comportamiento de riesgo: actividad sexual sin protección; 5.9% sobre el comportamiento de riesgo: relaciones sexuales con personas sin saber su estado respecto al VIH; 10.5% sobre tener más de una pareja sexual, 5.9% sobre el comportamiento de relaciones sexuales con personas que tienen más de una pareja sexual. Menores porcentajes se ubican en los niveles de sobresaliente, bueno, regular y deficiente.

TABLA N° 9

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE
PREVENCIÓN. PUEBLO LA TOMILLA DEL DISTRITO DE CAYMA.
AREQUIPA, 2009

Comportamiento de Riesgo	Nivel de Conocimientos											
	Deficiente		Regular		Bueno		Muy Bueno		Sobre saliente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1. Uso de jeringas y agujas estériles y descartables.	23	6.9	27	8.1	32	9.6	44	13.3	8	2.9	134	40.3
2. Uso de preservativos	6	1.4	5	1.4	15	4.5	20	5.9	5	1.4	51	15.2
3. Uso personal de hojas de afeitar	10	2.9	28	8.5	15	4.5	35	10.5	12	3.5	100	29.9
4. Contar con una pareja sexual	11	3.2	3	0.8	10	2.9	20	5.9	5	1.4	49	14.6
Total	50	14.9	63	18.8	72	21.5	119	35.6	30	9.2	334	100.0

Fuente: Datos obtenidos por la autora

En la presente tabla se observa que del total de la población investigada, los mayores porcentajes (13.3%) tienen muy buenos conocimientos sobre el comportamiento de riesgo: actividad sexual sin protección; 5.9% sobre el comportamiento de riesgo: relaciones sexuales con personas sin saber su estado respecto al VIH; 10.5% sobre tener más de una pareja sexual, 5.9% sobre el comportamiento de relaciones sexuales con personas que tienen más de una pareja sexual. Menores porcentajes se ubican en los niveles de sobresaliente, bueno, regular y deficiente.

TABLA N° 10

POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO DE
SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA. PUEBLO
LA TOMILLA DEL DISTRITO DE CAYMA. AREQUIPA, 2009

CATEGORÍA	N°	%
Deficiente	50	14.9
Regular	63	18.8
Bueno	72	21.5
Muy Bueno	119	35.6
Sobresaliente	30	9.2
TOTAL	334	100.0

Fuente: Datos obtenidos por la autora

En la Tabla N° 10 se puede observar que en cuanto al Nivel de Conocimientos que tiene la población investigada sobre el Síndrome de Inmuno Deficiente Adquirida, el mayor porcentaje acumulativo (66.3%) se ubica en las categorías "Muy Bueno", "Bueno" y "Sobresaliente" respectivamente. La diferencia porcentual de 33.7%, la población tiene un nivel de conocimientos regulas y deficiente, respectivamente.

GRÁFICO N° 6

POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO

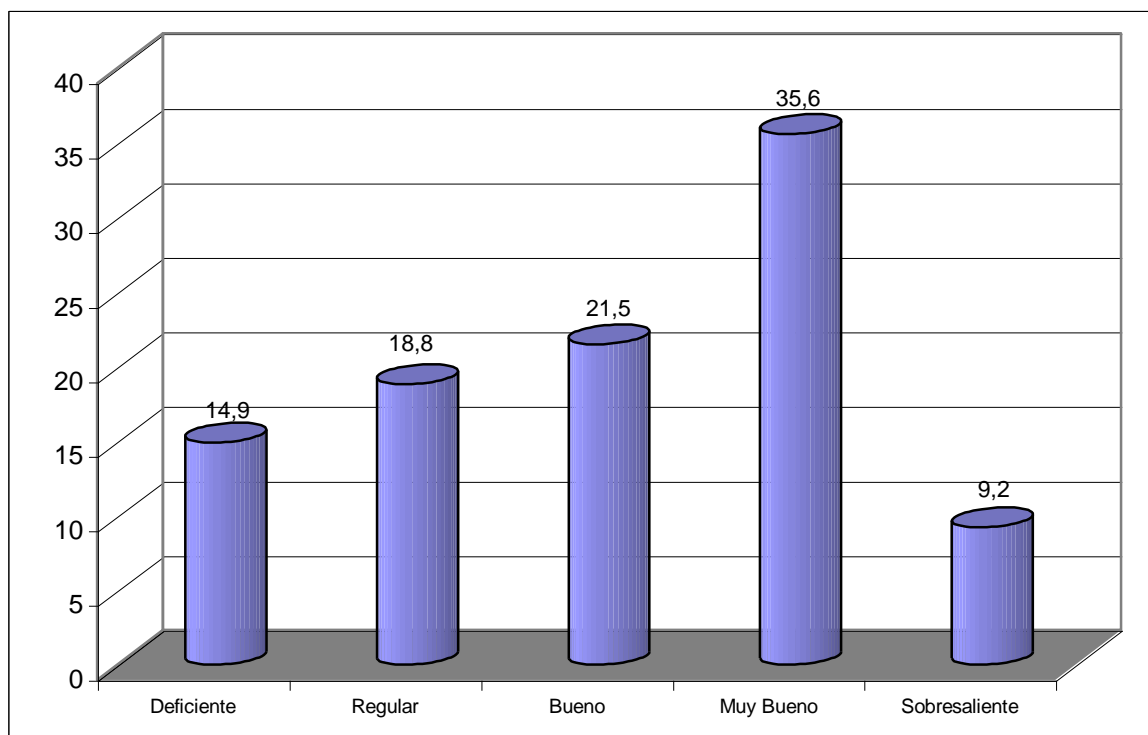


TABLA N° 11

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE
SÍNDROME DE INUMNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA POR EDAD.
PUEBLO LA TOMILLA DEL DISTRITO DE CAYMA.
AREQUIPA 2009**

Edad (años)	Niveles de Conocimientos											
	Deficiente		Regular		Bueno		Muy Bueno		Sobre-saliente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
20 – 24	21	6.4	25	7.6	26	7.9	40	11.9	7	2.7	119	35.6
25 – 29	6	1.7	5	1.4	15	4.5	20	5.9	5	1.4	51	15.2
30 – 34	10	2.9	28	8.5	15	4.5	35	10.5	12	3.5	100	29.9
35 – 39	11	3.2	3	0.8	10	2.9	20	5.9	5	1.4	49	14.6
40 – 44	2	0.5	2	0.5	6	1.7	4	1.4	1	0.2	15	4.7
Total	50	14.9	63	18.8	72	21.5	119	35.6	30	9.2	334	100.0

$\chi^2 = 24.43$ NS (χ^2 5% = 26.30, GL = 16)

En la Tabla N° 11 se observa que del 35.6% de la población investigada que tienen 20 á 24 años de edad, el mayor porcentaje del 11.9% alcanzó el nivel de conocimientos de muy bueno; el 7.9% el de Bueno y el 7.6% el de Regular.

Del 15.2% de la población que tiene 25 á 29 años, los mayores porcentajes del 5.9% y 4.5% ubican en el nivel de Muy Bueno y Bueno, respectivamente.

Del 29.9% de la población investigada que tiene de 30 a 34 años, los mayores porcentajes del 10.5%, 8.5% y 4.5% se ubican en los niveles de Muy Bueno, Regular y Bueno, respectivamente.

Del 14.6% de la población investigada que tienen 35 a 39 años, los mayores porcentajes del 5.9%, 3.2% y 2.9%

corresponde a los niveles de Muy Bueno, Deficiente y Bueno, respectivamente.

Aplicando la prueba del chi-cuadrado, se encontró que no existen diferencias significativas.

A nivel general, considerando el rango de 20 á 44 años de edad, el nivel de conocimientos sobre el SIDA que tiene la población investigada es del "Muy Bueno".



TABLA N° 12

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE
SÍNDROME DE INUMNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA POR SEXO.
PUEBLO LA TOMILLA DEL DISTRITO DE CAYMA.
AREQUIPA 2009**

Sexo	Niveles de Conocimientos											
	Deficiente		Regular		Bueno		Muy Bueno		Sobresaliente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	30	8.9	47	14.0	50	14.9	83	24.8	24	7.4	234	70.0
Femenino	20	6.0	16	4.8	22	6.6	36	10.8	6	1.8	100	30.0
Total	50	14.9	63	18.8	72	21.5	119	35.6	30	9.2	334	100.0

$x^2 = 4.45$ NS (x^2 5% = 9.49, GL = 4)

En la Tabla N° 12 se observa que del 70.0% de la población investigada y que son del sexo masculino, los mayores porcentajes del 24.8%, 14.9% y 14.0% corresponden a los niveles de conocimientos de Muy Bueno, Bueno y Regular, respectivamente. Merece atención el 7.4% que corresponde al nivel de Sobresaliente.

En el sexo femenino, el mayor porcentaje del 10.8% se ubica en el nivel de muy Bueno.

Según la prueba estadística del chi-cuadrado, el valor calculado es ligeramente menor al valor tabulado; por lo tanto se concluye que existe diferencia significativa.

Como se puede apreciar, el sexo masculino, en las categorías de Muy Bueno, bueno, regular y sobresaliente, consiguió los mayores puntajes; y el sexo femenino, en las categorías de Muy Bueno, bueno, deficiente y regular.

TABLA N° 13

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE
SÍNDROME DE INUMNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA POR LUGAR
DE PROCEDENCIA. PUEBLO LA TOMILLA DEL
DISTRITO DE CAYMA. AREQUIPA 2009**

Procedencia	Niveles de Conocimientos											
	Deficiente		Regular		Bueno		Muy Bueno		Sobresaliente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Arequipa	30	8.9	35	10.5	40	11.9	71	21.4	25	7.7	201	60.1
Puno	8	2.5	15	4.5	12	3.5	20	5.9	4	1.2	59	17.6
Cuzco	6	1.7	5	1.5	14	4.4	13	3.8	1	0.3	39	11.7
Tacna	3	0.8	6	1.7	4	1.2	5	1.5	0	0.0	18	5.4
Piura	0	0.0	1	0.3	0	0.0	2	0.5	0	0.0	3	1.0
Moquegua	2	0.5	1	0.3	2	0.5	8	2.5	0	0.0	13	3.9
Puerto Maldonado	1	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.3
Total	50	14.9	63	18.8	72	21.5	119	35.6	30	9.2	334	100.0

$$x^2 = 27.03 \quad \text{NS} \quad (x^2 \ 5\% = 36.42, \text{ GL} = 24)$$

Según la Tabla N° 13 se tiene que del 60.0% de la población investigada que procede de Arequipa, el mayor porcentajes (21.4%) se ubica en la categoría Muy Buena, porcentajes casi iguales (11.9% y 10.5%) corresponden a las categorías de Bueno y Regular respectivamente. Menores porcentajes (8.9% y 7.7%) se ubican en las categorías de deficiente y sobresaliente, respectivamente.

En la población que procede de Puno, los mayores porcentajes del 5.9%, 4.5% y 3.5% corresponden a las categorías de Muy Bueno, Regular y Buena, respectivamente. En Cuzco, los porcentajes mayores pertenecen a las

categorías de Buena y Muy Buena, respectivamente.

Aplicando la prueba del chi-cuadrado, se encontró que no existen diferencias significativas.

A nivel general, en cuanto al nivel de conocimientos de la población investigada según el lugar de procedencia; la tabla contiene resultados que demuestran que los que proceden de Arequipa y Puno en altos porcentajes su nivel es bueno regular y muy bueno.



TABLA N° 14

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE
SÍNDROME DE INUMNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA POR NIVEL
DE INSTRUCCIÓN. PUEBLO LA TOMILLA DEL
DISTRITO DE CAYMA. AREQUIPA 2009

Nivel de Instrucción	Niveles de Conocimientos											
	Deficiente		Regular		Bueno		Muy Bueno		Sobresaliente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	19	5.8	24	7.3	26	7.9	46	13.7	16	4.6	131	39.2
Secundaria	20	5.9	25	7.4	28	8.3	58	17.4	7	2.3	138	41.3
Superior	6	1.7	8	2.4	10	2.9	15	4.5	7	2.3	46	13.8
Sin instrucción	5	1.5	6	1.7	8	2.4	0	0.0	0	0.0	19	5.7
Total	50	14.9	63	18.8	72	21.5	119	35.6	30	9.2	334	100.0

$$x^2 = 23.58 \quad NS \quad (x^2 \ 5\% = 21.03, \quad GL = 12)$$

La población investigada que tiene el nivel de instrucción Primaria, en un 13.7% tiene nivel de conocimientos Muy Bueno y en un 7.9% Bueno.

La población que tienen como nivel de instrucción Secundaria en un 17.4% tiene un nivel de conocimientos de Muy Bueno y Bueno en el 8.3%. Al 4.5% de la población que tiene instrucción superior, le corresponde la categoría de Muy Buena.

Según la prueba estadística del chi-cuadrado, no se encuentran diferencias significativas.

En atención al nivel de instrucción la población investigada con estudios de nivel secundario, de primaria y

superior consiguieron los mayores porcentajes en la categoría de muy buena.

Aplicando la prueba estadística del chi-cuadrado, se encontró que existe diferencia significativa ($P = 0.05$), lo que indica que el nivel sobresaliente en el nivel de instrucción superior es diferente a los otros niveles educativos.



CONCLUSIONES

- PRIMERA** : El nivel significativo de conocimientos en la mayoría de la población, es "Muy Bueno", y "Bueno" global. Tanto a nivel de factores de riesgo del SIDA como de formas de transmisión, comportamientos y prevención. La minoría tiene un nivel de conocimientos regular y deficiente, respectivamente.
- SEGUNDA** : La población investigada de 30 a 34 años tienen un nivel de conocimientos muy bueno (3.5% y 10.5% respectivamente), los 25 a 29 años, en un 5.9% tienen nivel muy bueno, así como los de 35 y 39 años, que tienen un nivel muy bueno en el 5.9%.
- TERCERA** : La población investigada de sexo masculino consiguió los mayores porcentajes en las categorías de muy bueno, bueno y sobresaliente; la población de sexo femenino alcanzó las categorías de muy bueno, bueno, deficiente y regular, no existiendo diferencias significativas.
- CUARTA** : Según el lugar de procedencia el nivel de conocimiento de los procedentes de Arequipa, Puno y Cuzco es bueno, regular y muy bueno, no existe diferencias significativas.
- QUINTA** : En atención al nivel de instrucción, la población investigada con estudios de nivel secundario, de primaria y superior, consiguieron los mayores porcentajes en la categoría de muy buena; por lo que se afirma que el nivel de conocimientos es muy bueno.

RECOMENDACIONES

Considerando la naturaleza del tema a investigar y los resultados encontrados, se sugiere:

1. Los profesionales de las Ciencias de la Salud deben tener una comunicación directa con la población, en el sentido de llegar a ellos y darles una consejería total para el Cuidado de su Salud.
2. El Personal Médico y de Enfermería de las Instituciones Hospitalarias: MINSA, EsSalud y Fuerzas Armadas deben sostener una comunicación directa y abierta con la población a fin de identificar las necesidades educativas sobre su salud y así poder realizar campañas de sensibilización educativa, en este caso sobre el SIDA, a fin de promover en ella, el sentido de responsabilidad para la conservación de la salud, previniendo no solamente el SIDA sino todo tipo de enfermedades prevenibles.
3. Los Niveles directivos de las Instituciones de Salud del MINSA, EsSalud, Fuerzas Armadas y privadas en coordinación con la Universidad deben programar ciclos educativos preventivo promocionales dirigidos a las poblaciones más vulnerables a las enfermedades de transmisión sexual.
4. Las Unidades Académicas de Ciencias de la Salud y las Unidades de Capacitación de las Instituciones deben realizar investigaciones multidisciplinarias en esta línea de estudio.

PROPUESTA

PROGRAMA DE CAMPAÑA DE SENSIBILIZACIÓN EDUCATIVA SOBRE EL SINDROME DE INMUNO DEFICIENTE ADQUIRIDA (SIDA)

I. DATOS INFORMATIVOS

1. Organización: Universidad Católica de Santa María
2. Escuela de Postgrado de la UCSM
3. Beneficiarios: Población Adulta Pueblo La Tomilla - Cayma
4. Duración: 1 meses cada 6 meses.
5. Ubicación: Puesto de Salud de la Tomilla.
6. Responsables:
Médicos y Enfermeras del Puesto de Salud
Dra. Gaby Eulalia Quiroz Rivera

II. JUSTIFICACIÓN

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una seria emergencia sanitaria mundial, que afecta a todas las regiones del mundo y causa millones de defunciones, y sufrimiento a muchos millones de personas más.¹ En este sentido, en relación al tiempo se señala que el número de personas que viven con el VIH sigue aumentando, así como el de defunciones causadas por el SIDA.

¹ <http://www.who.int/whr/2003/chapter3/es/>

En el Perú, las estadísticas señalan que los índices de morbilidad por SIDA, alcanzó el 27.2% en el año 2007 y el 28.2% en el año 2008.

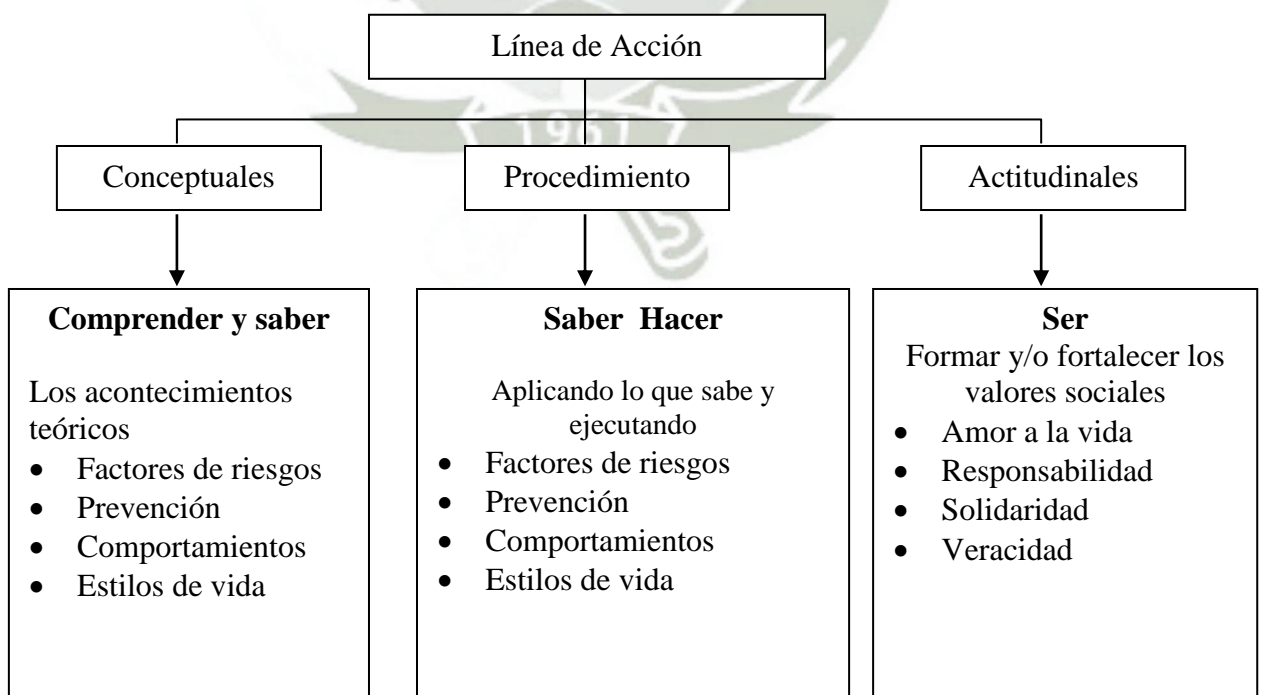
Por otro lado, se tiene que todavía existe en ciertos grupos poblacionales ignorancia sobre el modo de transmisión del VIH y sobre como evitar el contagio, de ahí que se elabora la presente propuesta.

III. OBJETIVOS

- Lograr que las personas adultas del Pueblo la Tomilla internalicen conocimientos acerca de la Prevención del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.
- Incentivar su aplicabilidad en forma sostenida.

IV. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

A. LÍNEA DE ACCIÓN



B. ESTRATEGIAS

- Coordinación con el personal del Puesto de Salud de la Tomilla, Cayma - Arequipa.
- Organización de los escenarios, grupos, horarios, materiales, equipos y otros.
- Difusión y motivación para la participación de todos los adultos.

Considerando los objetivos propuestos seguiremos el procedimiento siguiente:

- Propiciar, el ambiente y el espacio temporal para la aplicación del programa educativa.
- Las sesiones se realizarán tres veces a la semana por espacio de 3 meses, cada una con una duración de 1 hora.
- Las sesiones serán predominantemente participativa
- Discusiones dirigidas
- Testimonios vivenciales
- Demostraciones

La dinámica de cada sesión será:

- Recepción personalizada
- Orientación y presentación de las actividades a realizar
- Dinámica motivacional
- Desarrollo del contenido programado con uso de la metodología y materiales pertinentes.
- Socialización
- Despedida personalizada

C. EVALUACIÓN

La evaluación de los conocimientos adquiridos y actitudes sobre cuidados de la salud.

D. COSTO

S/.1500.00

BIBLIOGRAFÍA

1. ANAMELI MONROY DE VELASCO. "Salud y Sexualidad en la Adolescencia y Juventud: Guía práctica para Padres y Educadores" Primera Edición. Editorial Pax México, México, D. F 2002.
2. BIBLIOTECA DE CONSULTA MICROSOFT ENCARTA, "El Sida" 2004 Microsoft Corporation.
3. BRUNNER Y SUDDARTH, "Tratado de Enfermería Medico Quirúrgico" Editorial Interamericana, México 2004.
4. CARDENAS BRAVO L., Ballesteros Silva B. "SIDA". Lo que todos debemos saber" 2da Ed. Editorial Trilla Mx. Abril 1999.
5. D. DURHAM. J. COHEN F. "Pacientes con SIDA Cuidados de Enfermería" 2da Ed. Editorial El Manual Moderno, Mx. DF Santiago de Bogotá 1998.
6. GATELL, J.M; Clotet, B. "Guía de Práctica del SIDA", Clínica, Diagnóstico y Tratamiento. 6ta Ed. España, Masson 2000.
7. MERLE A. SANDE. M.D.; PAUL A. VOLBERDING, MD. "Manejo Médico del Sida". Segunda Edición. Editorial Interamericana Mc. Graw Hill. Mexico 1999.
8. ONUSIDA, "Educación del SIDA en la Escuela", Colección ONUSIDA de prácticas óptimas, 1999.
9. SARTROCK, JHON W. "Adolescencia", Novena Edición. Editorial Interamericana Mc. Graw Hill. Mexico 2004.
10. SILVA R MONICA. "Sexualidad y Adolescencia", 2da edición. Ediciones Universidad Católica de Chile. Chile 1996

DOCUMENTOS INFORMÁTICOS:

1. <http://www.respyn.uanl.mx/iv/4/ensayos/vih-adole.htm>
2. <http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/KeyPopulations/YoungPeople/default.asp> "ONU y gente joven luchando contra el SIDA"
3. <http://www.who.int/research/es/> "Organización mundial de la Salud"
4. http://www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/2006_SIDA_es.pdf "Situación del SIDA"
5. <http://www.per.ops-oms.org/> "SIDA en el Perú según la OPS"
6. <http://www.aids2008.org/es/> "SIDA 2008"
7. http://bvs.minsa.gob.pe/archivos/dgsp/148_ATR2,3,4.pdf
8. "La implementación del TARGA en el Perú"
9. <http://www.navarro.cl/articulos/EISIDAYlosJovenes.htm>
10. <http://www.enplenitud.com/nota.asp?articuloid=994>
11. http://www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/informacion_para_la_familia/los_niños_los_adolescentes_y_el_vih/sida_no_30
12. <http://www.monografias.com/trabajos5/sida/sida.shtml#intro>

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POST-GRADO

MAESTRÍA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD



**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL SÍNDROME DE INMUNO
DEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LA
POBLACIÓN DE 20 A 45 AÑOS DE EDAD DEL
PUEBLO LA TOMILLA DEL DISTRITO DE
CAYMA. AREQUIPA, 2009.**

Proyecto de Tesis presentado por la
Bachiller:

GABY EULALIA QUIROZ RIVERA

Para optar el Grado Académico de:
Magíster en Educación para la Salud

AREQUIPA - PERU
2009

PREÁMBULO

El tema de SIDA es un tema que debe ser analizado, investigado y discutido en razón a que la incidencia de casos (portadores y enfermos), va en aumento cada vez mayor; es por esta razón y por otras, como la de observar durante mi trayectoria como estudiante, a pacientes que portan la enfermedad, la que les produce trastornos somáticos, psicológicos con proyección al desmedro social de su entorno. Por otro lado se tiene, que las estadísticas acerca de la mortalidad también va en aumento, no solamente a nivel local sino fundamentalmente a nivel mundial. Situación que preocupa al sector salud en el contexto de ver la forma como podemos contrarrestar la drasticidad de la enfermedad en la persona que la sufre, en su familia y en su entorno social, tomando como eje central la educación individual y a grupos sociales. Esta situación, ha motivado a la autora a seleccionar el tema de SIDA para investigar sobre los conocimientos que tiene un sector de la población, cuyo nivel instruccional y cultural hace que ignoren algunos aspectos acerca de este problema, que indudablemente es de salud pública.

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LA POBLACIÓN DE 20 A 45 AÑOS DE EDAD DEL PUEBLO LA TOMILLA DEL DISTRITO DE CAYMA. AREQUIPA, 2009.

1.2. Descripción

a. Área del conocimiento

Campo : Ciencias de la salud.
Área : Educación para la Salud.
Línea : Prevención.

b. Variables

El estudio tiene una variable: Conocimiento sobre el Síndrome de Inmuno Deficiencia (SIDA)

VARIABLE	INDICADORES	SUBINDICADORES
Nivel de Conocimientos sobre el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimientos sobre factores de riesgo del SIDA. 2. Formas de Transmisión del SIDA 	<ol style="list-style-type: none"> a. Biológicos <ol style="list-style-type: none"> 1. Grupo étnico 2. Sexo b. Sociales <ol style="list-style-type: none"> a. Trabajo b. Escolaridad c. Culturales <ol style="list-style-type: none"> a. Conocimientos de la enfermedad b. Higiene sexual <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Vía Sexual 2.2. Vía Sanguínea 2.3. Vía Transplacentaria

<p>3. Comportamientos de riesgo</p>	<p>3.1. Actividad sexual sin protección</p> <p>3.2. Relaciones sexuales con personas sin saber su estado respecto a VIH</p> <p>3.3. Tener más de una pareja sexual.</p> <p>3.4. Tener relaciones con personas que tienen más de una pareja sexual.</p> <p>3.5. Compartir agujas y/o jeringas que contienen pequeña cantidad de sangre infectada.</p>
<p>4. Prevención</p>	<p>4.1. Uso de jeringas y agujas estériles y descartables.</p> <p>4.2. Uso de preservativos.</p> <p>4.3. Uso personal de hojas de afeitas.</p> <p>4.4. Contar con una pareja sexual.</p>

c. Interrogantes básicas

- ¿Cuál es el nivel de conocimientos que tiene la población de 20 a 45 años de edad sobre el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) por edad?
- ¿Cuál es el nivel de conocimientos que tiene la población de 20 a 45 años de edad sobre el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) por género?
- ¿Cuál es el nivel de conocimientos que tiene la población de 20 a 45 años de edad sobre el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) por lugar de procedencia?

- ¿Cuál es el nivel de conocimientos que tiene la población de 20 a 40 años de edad sobre el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) por Nivel de Instrucción?
- ¿Cuál es el nivel de conocimientos que tiene la población de 20 a 40 años de edad sobre el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) por Nivel de Ocupación?

d. Tipo y nivel de investigación.

Tipo : De campo
Nivel : Descriptivo, de corte transversal

1.3. JUSTIFICACIÓN

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una seria emergencia sanitaria mundial, que afecta a todas las regiones del mundo y causa millones de defunciones. Un total de 29,5 millones de personas vivían con el VIH en el 2007, 2,6 millones más que en 2006. Esa cifra incluye los 3,4 millones de adultos y niños infectados por el VIH estimados en 2007, alrededor de 400 000 más que en el 2006.

En muchas regiones del mundo, las nuevas infecciones por el VIH se concentran sobre todo entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad. Entre los adultos de 25 años a más, las jóvenes representaron el 40% de las nuevas infecciones contraídas en el 2007.²

² http://www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/2006_SIDA_es.pdf

Se tiene también que en muchas partes del mundo, un gran número de jóvenes son sexualmente activos a una edad muy temprana, no son monógamos y no usan preservativos habitualmente. La ignorancia generalizada sobre el modo de transmisión del VIH y sobre cómo impedir el contagio explica la vulnerabilidad de este sector de la población.³

En el Perú, las estadísticas señalan que los índices de morbilidad por SIDA, alcanzó el 28.2% en el año 2007.⁴

El presente trabajo de investigación posee relevancia social, ya que las mujeres de 20 á 45 años son sexualmente activas, por lo que están en riesgo de contraer el SIDA u otra enfermedad de transmisión sexual por desconocimiento de las medidas de prevención, constituyendo esta situación un problema social.

Asimismo, el estudio es de relevancia científica, ya que para la sociedad sirve como referencia los conocimientos sobre el SIDA y la prevención de esta enfermedad y para las profesiones de la Salud sirve como una información valiosa, por la cual se pueden tomar decisiones y acciones profesionales tendientes a proteger a este grupo de personas y poder así programar talleres y otras actividades educativas, etc. tendientes a disminuir la incidencia del VIH SIDA.

El estudio no es original, ya que existen investigaciones afines al presente, estudios que

³ <http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/KeyPopulations/YoungPeople/default.asp>

⁴ MINSA. Oficina de Epidemiología. Arequipa 2007.

servirán de referencia al presente; y es factible de realizarlo, ya que el estudio no presenta limitación alguna.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. CONOCIMIENTO

El conocimiento, ha sido históricamente tratado por filósofos y psicólogos ya que es la piedra angular en la que descansa la ciencia y la tecnología, su acertada comprensión depende de la concepción que se tenga del mundo. Al respecto Rossental define al conocimiento como un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y se reproduce en el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se halla indisolublemente unido a la actividad práctica.⁵

También el conocimiento implica una relación de dualidad el sujeto que conoce (sujeto cognoscente) y el objeto conocido, en éste proceso el sujeto se empodera en cierta forma del objeto conocido, como lo hizo desde los inicios de la existencia para garantizar los medios de su vida, tuvo que conocer las características, los nexos y las relaciones entre los objetos, definiendo entonces el

⁵ Cárdenas Bravo L., Ballesteros Silva B. "SIDA". Lo que todos debemos saber. 2da Ed. Editorial Trillas Mx. Abril 1999.

conocimiento como: "acción de conocer y ello implica tener la idea o la noción de una persona o cosa.

Por otro lado conocimiento es un proceso mental que refleja la realidad objetiva en la conciencia del hombre, tiene carácter histórico y social porque está ligado a la experiencia.

AFANASTEV define conocimiento como "la asimilación espiritual de la realidad, indispensable para la actividad práctica, en el proceso del cual se crean los conceptos y teorías. Esta asimilación refleja de manera curadora, racional y activa los fenómenos, las propiedades y las leyes del mundo objetivo y tiene una existencia real en forma de sistema lingüístico".

Mario Bunge los define como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser raros y precisos, ordenados, vagos e inexactos, calificándolos en conocimiento científico, ordinario o vulgar.

Desde el punto de vista fisiológico Salazar Bondy, define el conocimiento primero como un acto (conocer el producto) y segundo como un contenido, que lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto, éste conocimiento se puede adquirir,

acumular, transmitir y derivar unos de otros. No son puramente subjetivos, puede independizarse del sujeto gracias al lenguaje.

Entonces se podría concluir que conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y aprendizaje del sujeto, el que se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte, originándose cambios en el pensamiento, acciones, o actividades de quien aprende.⁶

2.1.1. Clases de Conocimiento:

A. Conocimiento Cotidiano o Vulgar: Satisface las necesidades prácticas de la vida cotidiana de forma individual o de pequeños grupos. Se caracteriza por ser ametódico, asistemático, el conocimiento se adquiere en la vida diaria: en el simple contacto con las cosas y con los demás hombres. No explica el "cómo", ni el "porqué" de los fenómenos.

B. Conocimiento Científico: Es fruto del esfuerzo, consciente, es metódico, crítico, problemático, racional, claro, objetivo y distinto. Cuando el conocimiento ordinario deja de resolver problemas empieza el conocimiento

⁶ SALAZAR B. Conocimiento Humano. Editorial Kapeluz. Colombia 2001.

científico, actividad social de carácter crítico y teórico que indaga y explica la realidad desde una forma objetiva, mediante la investigación científica, pues trata de captar la esencia de los objetos y fenómenos, conservando principios, hipótesis y leyes científicas. Expresan la verdadera relación y las conexiones internas de los fenómenos, es decir dan soluciones para resolver los problemas que afronta la sociedad.

C. **Conocimiento Filosófico.** Es un conocimiento altamente reflexivo trata sobre los problemas y las leyes más generales, no perceptibles por los sentidos, trata de explicar la realidad en su dimensión universal.

D. **Conocimiento Teológico:** Conocimiento revelado relativo a Dios, aceptado por la fe teológica.

2.1.2. Fuente del Conocimiento

Lo constituyen la realidad exterior que circunda al hombre que actúa sobre él y a su vez el hombre no sólo percibe los objetos y fenómenos del mundo, sino influye activamente sobre ellos transformándolas.⁷

⁷ SALAZAR B. Conocimiento Humano. Editorial Kapeluz. Colombia 2001.

A. **"Teoría del Conocimiento"** Lenin, postuló lo siguiente. "Existen cosas que no dependen de nuestra conciencia, de nuestras percepciones. No existe absolutamente ninguna diferencia entre el fenómeno y la cosa en sí, lo que realmente existe son las diferencias entre lo que es conocido y lo que se desconoce... hay que razonar dialécticamente, es decir, no considerar que nuestro conocimiento es acabado e inmutable, sino que está en constante movimiento: de la ignorancia al saber, de lo incompleto a lo completo, de lo inexacto a lo exacto"

B. **Formas de adquirir el Conocimiento.** Las actividades irán cambiando a medida que aumente los conocimientos, estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y actitudes frente a situaciones de la vida diaria, está unido a la importancia que se dé a lo aprendido, se lleva a cabo básicamente a través de 2 formas:

- Lo Informal: Mediante las actividades ordinarias de la vida, es por éste sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud - enfermedad y se completa el conocimiento con otros medios de información.

- Lo Formal: Es aquello que se imparte en las escuelas e instituciones formadoras donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.⁸

2.2. SIDA

2.2.1. GENERALIDADES

La infección por VIH inicia un proceso de destrucción gradual y acelerada del sistema inmune del organismo. Este proceso puede describirse en cinco fases. *La transmisión del virus es posible durante las cinco fases.* La **primera** fase de la infección no es detectable mediante la tecnología de laboratorio actual. Esta fase puede durar de 4 semanas a 6 meses y algunas veces se la denomina **período ventana**.⁹

La **segunda fase** consiste en un período corto y sintomático al principio de la infección. Los síntomas son parecidos a los de la gripe, con fiebre, linfadenopatía, erupción cutánea y malestar. Se cree que los síntomas coinciden con la producción por parte del organismo de suficientes anticuerpos detectables. En una situación ideal, el individuo afectado con el VIH debería ser identificado durante esta fase para poder tomar precauciones destinadas a prevenir futuras transmisiones. Esta fase de

⁸ SALAZAR B. Conocimiento Humano. Editorial Kapeluz. Colombia 2001.

⁹ CARDENAS BRAVO L., Ballesteros Silva B. "SIDA" lo que todos debemos saber" 2da Ed. Editorial Trilla Mx. Abril 1999.

infección puede denominarse **infección por VIH primaria aguda**.

La **tercera fase** de la enfermedad es un período prolongado asintomático que sigue al breve período de síntomas de tipo gripal. El individuo infectado continúa presentando anticuerpos séricos contra el VIH. Estos anticuerpos, no obstante, no son protectores. Esta fase de la enfermedad puede acabar en un período que oscila entre un año y un lapso mucho mayor, que llega a ser de hasta 15-20 años, dependiendo del estado del sistema inmune en el momento de la infección, de los comportamientos de mantenimiento de la salud y de las intervenciones terapéuticas. Durante este período, el individuo infectado experimenta un declive en la función inmune, que puede demostrarse mediante análisis de laboratorio. No obstante, debido a la naturaleza asintomática de esta fase, se evalúa el estado inmune de muy pocas personas infectadas. Se ha demostrado que esta fase se extiende mediante los recientes adelantos experimentados por la terapia antivírica. Por tanto, se considera extremadamente importante identificar a las personas infectadas por el VIH durante este período asintomático si aún no han sido diagnosticadas. Esta tercera fase se denomina **infección por VIH asintomática**.

La **cuarta fase** de la infección comienza cuando el individuo infectado comienza a tener síntomas de supresión inmune, pero no presenta uno de los

estados determinantes del SIDA, descritos más adelante. Los síntomas son el resultado de dos procesos patológicos: a) la insuficiencia del sistema inmune para defenderse contra los patógenos y b) el ataque directo a las células nerviosas por parte del virus. Los síntomas varían, pero pueden incluir febrícula persistente, sudaciones nocturnas, diarrea continua o intermitente, linfadenopatía, pérdida de peso no intencionada, lesiones bucales, fatiga, erupciones cutáneas, disminución de los procesos cognitivos y neuropatía periférica. Cualquiera de estos síntomas es indicativo de que la enfermedad puede progresar hasta convertirse en un SIDA diagnosticable en un plazo de 2-3 años.

La **quinta fase** de la infección es el SIDA. Esto significa que el paciente ha adquirido un estado que cumple los criterios diagnósticos del SIDA, como ha sido especificado por los Centers for Disease Control (CDC). Estos criterios para el diagnóstico del SIDA se establecieron con el fin de asegurar la uniformidad de los casos de SIDA comunicados. Por consiguiente, el diagnóstico de SIDA debe considerarse una situación diagnóstica de ayuda para determinar la extensión de la enfermedad relacionada con el VIH, en lugar de constituir un diagnóstico para el tratamiento clínico de los pacientes.

Si bien es un término incompleto para el tratamiento clínico, un diagnóstico de SIDA tiene un valor pronóstico importante. El 80-90% de las personas con

diagnóstico definitivo de SIDA mueren en un plazo de 3 años a partir de la realización de dicho diagnóstico.¹⁰

2.2.2. FACTORES DE RIESGO

Los principales factores de riesgo para contraer el VIH-SIDA, están principalmente en las prácticas sexuales, en las que existe una alta posibilidad de que se intercambien o compartan fluidos potencialmente infectantes, entre ellas las relaciones con múltiples parejas independientemente de las preferencias sexuales, relaciones esporádicas o casuales con personas desconocidas en las que existe penetración pene-vagina, pene-ano, pene boca, o boca-vagina, sin utilizar alguna barrera, como el condón de látex o poliuretano.

Una de las prácticas más peligrosas es la penetración pene-ano, dado que esta parte del cuerpo es muy sensible a las fisuras, lo que aumenta el riesgo de penetración del virus al torrente sanguíneo. También la práctica de relaciones sexuales durante la menstruación, ya que si existe alguna fisura o lesión en el pene, de igual forma el virus puede penetrar más fácilmente.

La práctica sexual con personas que tienen otras enfermedades de transmisión sexual como: sífilis, gonorrea, candidiasis, herpes, condilomas, etc, ya

¹⁰ BIBLIOTECA DE CONSULTA MICROSOFT ENCARTA, "El Sida" 2004 Microsoft Corporation.

que además del riesgo de contagio de estas enfermedades, se favorece la transmisión del VIH en caso de que alguna de las personas sea portadora.

Otros factores de riesgo son:

- Utilizar el mismo condón varias veces o con varias personas, ya que en cada relación pierden su efectividad y calidad.
- El uso compartido de jeringas o agujas con fines de adicción intravenosa.
- Tener relaciones coitales con personas con VIH-SIDA, aunque utilicen medidas de protección.
- Tener relaciones coitales con personas que tienen varios compañeros sexuales.
- Ser usuarios de drogas intravenosas.
- Tener relaciones coitales con personas hemofílicas que han recibido varias transfusiones de sangre.
- El haber recibido una transfusión de sangre entre 1980 y 1987, fechas en que no había control de calidad de la sangre y en que la enfermedad se empezó a propagar por todo el mundo.
- Ser hijos nacidos de mujeres portadoras de VIH o enfermas de SIDA.

Otros factores de riesgo, menores pero que hay que tomar en cuenta son:

- Ser personal de salud o personas que atienden pacientes con lesiones sangrantes, para lo que existen normas de seguridad que se deben aplicar siempre y con todo cuidado.
- La punción con agujas con fines de acupuntura, tatuajes o perforación para la colocación de arillos y/o aretes. En estos casos deben exigirse siempre agujas desechables.¹¹

2.2.3. FORMAS DE TRANSMISIÓN

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

A. Contagio por vía sexual

El virus presente en los flujos sexuales de hombres y mujeres infectados puede pasar a la corriente sanguínea de una persona sana a través de pequeñas heridas o abrasiones que pueden originarse en el transcurso de las relaciones

¹¹ MERLE A. SANDE. M.D.; PAUL A. VOLBERDING, MD. "Manejo Médico del Sida". Segunda Edición. Editorial Interamericana Mc. Graw Hill. Mexico 1999.

homo o heterosexuales sin protección (preservativo) de tipo vaginal, anal u oral.

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

B. Contagio por vía sanguínea

El contacto directo con sangre infectada a varios sectores de la población. La incidencia es muy elevada en los consumidores de drogas inyectadas por vía intravenosa que comparten agujas o jeringuillas contaminadas; en España es la principal vía de transmisión (52%). El riesgo de contagio del personal sanitario en los accidentes laborales por punción con una aguja o instrumento cortante contaminado con sangre infectada es del 0.3%. La transmisión del VIH a personas que reciben transfusiones de sangre o hemoderivados es muy improbable gracias a las pruebas que se han desarrollado para la detección del virus en la sangre. Su incidencia es casi nula para la

administración de gammaglobulina y/o factores de coagulación.

C. Contagio Madre a Hijo

Finalmente, la madre puede infectar a su hijo a través de la placenta en el útero, durante el nacimiento o en el periodo de la lactancia. Aunque solo un 25-35% de los niños que nacen de madres con SIDA presentan infección por VIH, esta forma de contagio es responsable del 90% de todos los casos de SIDA infantil. Este tipo de transmisión tiene una incidencia muy elevada en el continente africano.¹²

2.3. COMPORTAMIENTOS DE RIESGO

Los comportamientos de riesgo incluyen:

A. Actividad Sexual sin Protección

La mayoría de las personas se infectan con VIH a través de la actividad sexual. Usted puede contraer SIDA al no usar un condón cuando tiene relaciones sexuales con una persona infectada con el VIH. El no utilizar los condones de forma adecuada también puede ponerlo en un riesgo incrementado de adquirir SIDA. Durante la relación sexual, la vagina, la vulva, el pene, el recto, y la boca pueden proveer puntos de entrada para el virus.

¹² <http://www.aidsinfo.nih.gov/aprs/release.aspx?an=A00214§ion=SearchTopic>

Otras conductas arriesgadas incluyen:

- Tener relaciones sexuales con alguien sin saber su estado respecto al VIH.
- Tener más de una pareja sexual.
- Tener relaciones con alguien que tiene mas de una pareja sexual.
- Coito anal.

B. Compartir Agujas o Jeringas

El utilizar una aguja o una jeringa que contenga diminutas cantidades de sangre infectada puede transmitir la infección de VIH.

El haber tenido una transfusión sanguínea o haber recibido productos sanguíneos incrementa el riesgo de infección por VIH y SIDA. Antes de que los bancos de sangre comenzaran a analizar la sangre donada para el VIH en 1985, no había forma de saber si la sangre estaba contaminada con VIH, y los receptores podrían haberse infectado a través de las transfusiones.

El recibir productos sanguíneos, tejidos o trasplantes de órganos, o la inseminación artificial incrementan el riesgo de infecciones por VIH y SIDA. Aunque los productos sanguíneos ahora son analizados para el VIH, todavía hay algún grado de riesgo debido a que las pruebas no

pueden detectar el VIH inmediatamente después de la transmisión.

La exposición a la sangre y a agujas contaminadas pone a los trabajadores de la salud en riesgo de una infección de VIH.¹³

2.4. PREVENCIÓN

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

La gente debe abstenerse de tener relaciones sexuales o el hombre debe usar condones de látex y las mujeres condones de poliuretano, los cuales ofrecen protección parcial durante el sexo oral, anal o vaginal. Los condones de látex para hombres solo deben ser usados con lubricantes a base de agua.

¹³ <http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=5344349d-8fbc-446e-8ae5-03a924025f8c&chunkiid=122635>

Aunque ciertas evidencias de laboratorio han demostrado que hay espermaticidas que pueden matar el VIH, los científicos no han encontrado que este producto prevenga las personas de ser infectadas con el virus.

El riesgo de que una madre transmita el VIH a su bebe se reduce significativamente cuando la madre recibe AZT durante el embarazo, parto, alumbramiento y cuando se le administra al bebe en las primeras seis semanas de vida.¹⁴

2.5. ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y HALLAZGOS

A. Pruebas para diagnosticar la infección por VIH

- ELISA
- Western blot
- Prueba del antígeno P24 Cultivo de VIH

B. Pruebas destinadas a detectar el deterioro del sistema inmune: los cambios en sus resultados en la dirección indicada constituyen un signo de empeoramiento en el estado inmune. En estas pruebas resultan menos importantes los valores absolutos Hematocrito

- Velocidad de sedimentación globular Linfocitos CD4
- Proporción de linfocitos CD4/CD8
Microglobulina sérica B2 Neopterin sérica
- Hemoglobulina

¹⁴ <http://www.aids2008.org/es/>”SIDA2008”

C. Pruebas para determinar el estado sanitario general de la persona infectada por el VIH: poco después de descubrir que el paciente es VIH positivo, se solicitará la analítica siguiente. Estas pruebas se repetirán periódicamente para vigilar la salud en general y se repetirán en respuesta a los síntomas. Aunque los resultados de las pruebas individuales pueden indicar que existe una patología, su finalidad es establecer una base con la que puedan compararse los hallazgos futuros.

- Recuento y fórmula leucocitaria, recuento de plaquetas
- SMA-12 o un panel de detección hemática similar
- Pruebas serológicas para sífilis, criptococosis y hepatitis
- Análisis de orina; radiografía de tórax
- Extensión de Papanicolaou y/o prueba de embarazo
- Prueba cutánea de la tuberculina¹⁵

2.6. TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR VIH

El propósito del tratamiento médico de la infección por el VIH es conservar el estado corporal inmune en

¹⁵ BIBLIOTECA DE CONSULTA MICROSOFT ENCARTA, "El Sida" 2004 Microsoft Corporation.

el nivel más elevado posible a fin de evitar las enfermedades oportunistas. Esto se realiza de tres maneras. La primera consiste en promocionar la mejora del estado general de salud (promoción de la salud) y en mejorar o mantener la función inmune mediante el tratamiento de la enfermedad preexistente y la educación del paciente para dirigirlo a adoptar conductas que mejoren la resistencia a enfermedades oportunistas. La segunda es prevenir las infecciones que pueden accionar la activación de las células cooperadoras T4 y, en consecuencia, la replicación del VIH. Esto se logra por medio de la inmunización y las terapias profilácticas. El tercer modo de hacer frente a la situación es suprimir la acción del VIH en el organismo.

A. Terapia Farmacológica

Prevención de infecciones: inmunizaciones: triple vírica viva antisarampión, antirubéola, antiparotiditis (SPR); vacuna antipoliomielítica inactivada (VPI); vacuna antineumocócica y vacuna anual antigripal. Los individuos que se hallan en riesgo de contraer la hepatitis B deben recibir la vacuna antihepatitis B.

La **terapia antiinfecciosa** se emplea para suprimir el crecimiento de los patógenos. Debido a que los agentes antiinfecciosos probablemente no erradican los microorganismos en los

inmunodeprimidos, se mantiene a muchos pacientes en tratamiento con estos agentes incluso después de la desaparición de los síntomas de la infección.

Profilaxis de la neumonía por P. carinii: isotionato de pentamida en aerosol.

Profilaxis de todas las infecciones por P. carinii: trimetoprim-sulfametoxazol.

Los **protocolos profilácticos para otras infecciones oportunistas** se hallan en fase de investigación.

Supresión del VIH: ésta es un área de rápido desarrollo farmacológico y pruebas experimentales realizadas con distintos fármacos. Los agentes que se ponen a prueba poseen principalmente una acción antivírica. Éstos inhiben la replicación del VIH o bien interfieren en la capacidad del virus para atacar a los receptores CD4, eliminan los reservorios de VIH en las células o bien activan las defensas antivíricas.

La **zidovidina, también denominada AZT**, es un fármaco aprobado para la supresión del VIH. El AZT interfiere la síntesis del ADN, inhibiendo de este modo la replicación del VIH. Están cambiando las decisiones relativas a las dosis o a las horas de administración durante la infección. El AZT se empleó originalmente en dosis elevadas

cuando la infección ya estaba avanzada. Las investigaciones llevadas a cabo recientemente apoyan su utilización al principio de la infección en dosis menores y menos tóxicas.

Existen otros dos fármacos, que son **análogos de la zidovidina**, aún no aprobados, pero que se emplean ampliamente en las pruebas farmacológicas. Son la didesoxictidina (DDC) y la didesoxiinosina (DDI). La **eritropoyetina humana recombinante (r-HuEPO)** estimula la producción de hematíes y se emplea en el tratamiento de la anemia inducida por el AZT.

B. Tratamiento General para la Promoción de la Salud

Tratamiento de los problemas de salud existentes: además de su estado de portadores del VIH, las personas infectadas se hallan en riesgo de contraer todas las alteraciones de la salud que pueden experimentar los individuos no infectados pertenecientes a su grupo de edad y sexo. Éstas incluyen el embarazo y las complicaciones provocadas por él, las enfermedades crónicas, como la diabetes o las úlceras gástricas, las anomalías psiquiátricas y el consumo de alcohol y drogas.

Cuidado de la salud mental: se cree que la depresión clínica tiene efectos negativos sobre la función del sistema inmune, ya sea

directamente o a través de su influencia sobre el estilo de vida y la capacidad del individuo deprimido para cumplir con el tratamiento. En consecuencia, a menudo se emplean la psicoterapia y la terapia antidepresiva.

C. Tratamiento médico de las enfermedades relacionadas con el SIDA

Su finalidad es restaurar el equilibrio tan pronto como sea posible una vez ocurrida la enfermedad oportunista. Es probable que esta enfermedad afecte uno o varios sistemas corporales, con uno o varios procesos patológicos concurrentes. Esto requiere un tratamiento rápido con fármacos antiinfecciosos, además del tratamiento general, para dar soporte a los sistemas corporales afectados por la enfermedad. El tratamiento médico que se indica es por sistema corporal.¹⁶

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. Portocarrero, Arce. Doris. **ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES DE LA U.C.S.M. FRENTE A LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA, AREQUIPA 2008.** la autora concluye: Que las actitudes por área académica de los estudiantes de la UCSM frente a la prevención del VIH/SIDA fueron desfavorables. Las actitudes en forma global

¹⁶ CARDENAS BRAVO L., Op. Cit. Pág. 341

de las actitudes de estudiantes de la UCSM frente a la prevención del VIH/SIDA fueron desfavorables.

3.2. Rivera Luque, Beatriz A. y Rodríguez Lozano, Milena.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE PREVENCIÓN DEL SIDA EN ESTUDIANTES DEL 5TO AÑO DE SEC. DEL C.E.P. NUESTRA SEÑORA DEL PILAR Y C.E.N. ROMERO LUNA VICTORIA N° 40055. AREQUIPA 1999. Las autoras

concluyeron: Que, los estudiantes investigados de ambos centros educativos muestran relación sobre sus conocimientos y actitudes frente a la prevención del SIDA presentándose un mejor conocimiento y actitudes positivas en los estudiantes del C.E.P. Nuestra Señora del Pilar no así en los alumnos del C.E.N. Romero Luna Victoria N° 40055 situándolos en un grupo de riesgo para adquirir la infección por VIH.

3.3. Manrique Torres, Nely Maria y Salas Fuentes, Emilia Sabina.

CONOCIMIENTOS SOBRE EL SIDA E INFLUENCIA EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL EN OS ALUMNOS DEL 5TO Y 6TO GRADO DE PRIMARIA DE LA ESCUELA NOCTURNA REPÚBLICA DE FRANCIA N° 41029. AREQUIPA 2000. Concluyen: Que el comportamiento sexual de los alumnos de 5to y 6to grado de primaria de la Escuela Nocturna Republica de Francia es equivocado debido al deficiente conocimiento que tienen sobre el SIDA por la falta de información y la falta de un programa educativo permanente.

4. OBJETIVOS

- 4.1. Determinar el nivel de conocimientos que tiene la población de 20 a 45 años del Distrito de Cayma del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) por edad.
- 4.2. Determinar el nivel de conocimientos que tiene la población de 20 a 45 años del Distrito de Cayma del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) por Género.
- 4.3. Determinar el nivel de conocimientos que tiene la población de 20 a 45 años del Distrito de Cayma del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) por Lugar de Procedencia.
- 4.4. Determinar el nivel de conocimientos que tiene la población de 20 a 45 años del Distrito de Cayma del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) por Nivel de Instrucción.

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

1.1. Técnica

La técnica que se utilizará fue el Cuestionario

1.2. Instrumento

Para obtener la información necesaria se aplicará una Cédula de Preguntas estructurada, a base de preguntas con alternativas de respuestas múltiples en los aspectos:

- Factores de Riesgo: 16 preguntas
- Conocimientos sobre Comportamientos de riesgo: 5 preguntas
- Conocimiento sobre formas de transmisión: 7 preguntas
- Conocimiento sobre prevención: 7 preguntas

CEDULA DE PREGUNTAS

A continuación se presentan una serie de preguntas relacionadas con el SIDA las que debe marcar con un aspa (X) o llenar los espacios en blanco según crea conveniente, solo una de ellas es la respuesta. Recuerda que el cuestionario es individual y anónimo.

Te agradecemos anticipadamente tu valiosa colaboración, la cual contribuirá al éxito de la presente investigación.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad de la Población de la Tomilla: 20 á 45 años
20 á 25 años ()
26 á 29 años ()
30 á 34 años ()
35 a 39 años ()
40 a 45 años ()

2. Sexo
 - Masculino ()
 - Femenino ()

3. Estado Civil
 - Casado/a ()
 - Soltero/a ()
 - Viudo/a ()
 - Divorciado/a ()
 - Separado/a ()

4. Instrucción
 - Sin instrucción ()
 - Primaria ()
 - Secundaria ()
 - Superior ()

5. Procedencia
 - Arequipa ()
 - Tacna ()
 - Moquegua ()
 - Cusco ()
 - Puno ()
 - Otros Dptos ()
 - (norte y centro)

II. CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO

1.1. Biológicos

1. En que grupo etáreo se puede presentar el SIDA
 - Adolescentes ()
 - Adultos ()
 - En todos ()

2. ¿En qué Sexo se presenta preferentemente el SIDA?
 - Masculino ()
 - Femenino ()
 - En ambos ()

1.2. Factores Sociales

3. Las ocupaciones y/o trabajo como factor de riesgo del SIDA se puede dar prioritariamente en personas con ocupación – trabajo:
 - Prostitutas ()
 - Homosexuales ()
 - Personal de Salud ()

4. El SIDA se presenta mayormente en personas:
 - Sin instrucción ()
 - Con instrucción ()
 - Primaria ()
 - Secundaria ()
 - Superior ()
 - En cualquier grupo ()

15. Al entrar en contacto una herida de una persona sana con sangre contaminada de SIDA se transmiten la enfermedad
- a. Si
 - b. No
 - c. No se

III. COMPORTAMIENTOS

16. La vida sexual promiscua tener sexo con mas de una pareja es un comportamiento de riesgo?
- a. Si
 - b. No
 - c. No se
17. Al tener relaciones sexuales con uso del condón existe riesgo de contraer el SIDA
- a. Si
 - b. No
 - c. No se
18. El recibir tratamiento odontológico sin aplicaciones de medidas de bioseguridad es un comportamiento de riesgo
- a. Si
 - b. No
 - c. No se

IV. MEDIDAS DE PREVENCIÓN

19. Existe alguna forma de diagnosticar SIDA?
- a. Si
 - b. No
 - c. No se
20. Conoce Ud. las medidas de prevención del SIDA
- a. Si
 - b. No
 - c. No se

Si su respuesta es afirmativa, mencione las que conoce	Si	No
a. Uso de agujas / jeringas descartables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tener relaciones sexuales con protección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Abstenerse de relaciones sexuales con personas de alto riesgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mejorando los conocimientos acerca del SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Evitar el cambio de parejas sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Todas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

El siguiente trabajo de investigación se llevará a cabo en el Pueblo La Tomilla del Distrito de Cayma de la ciudad de Arequipa, el que se encuentra en el Cono Norte de la ciudad.

La población del Distrito de Cayma para el año 2007 está formado por el 50.66% de Mujeres y el 49.34% de Hombres. Su población es relativamente joven, unas dos terceras partes de la población entre hombres y mujeres, es equivalente a 43,517 habitantes comprendidos entre las edades de 15-64 años y que están en capacidad de desarrollar alguna actividad económico productiva. Además, el 3.87% corresponde a la llamada tercera edad que son 2,793 habitantes. Los menores de 15 años asciende a un 35.76% que corresponde a 25,779 habitantes.

Su población está constituida por

Mujeres: 2887

Hombres: 5867

2.2. Ubicación Temporal

La investigación tendrá una duración de nueve meses, del mes de marzo a diciembre del 2009.

2.3. Unidades de estudio

Las unidades de estudio es la población de 20 á 40 años del Pueblo La Tomilla del distrito de Cayma. Arequipa - 2009.

a. Universo:

El universo lo conforman 2980^{17*} pobladores de 20 á 45 años de edad, del Pueblo La Tomilla de Cayma.

b. Muestra

Para obtener la muestra de estudio se aplicará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N(400)}{N + 399}$$

$$n = \frac{2980 \times 400}{2980 + 399}$$

$$n = \frac{1192000}{3379}$$

$$n = 353.1$$

La muestra la conformaron 334 pobladores entre 20 a 45 años de edad del Pueblo La Tomilla del Distrito de Cayma, seleccionadas al azar.

¹⁷ XI Censo de Población y V de Vivienda. INEI, 2007

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Para la realización del estudio se harán los trámites administrativos a nivel de la Escuela de Postgrado.
- Se aplicará el instrumento a las unidades de investigación, de lunes a sábado, en el horario de 8 á 12 m.
- Se realizará el vaciado de los datos, se procesarán y se presentarán en tablas respectivamente.
- De la Calificación
 - N° de ítems: 20 pts
 - Valor individual: 1 pts
 - Valor total: 20 pts

Categoría	Puntaje
Deficiente	0 - 9 ptos
Regular	10 - 12 ptos
Bueno	13 - 15 ptos
Muy Bueno	16 - 18 ptos
Sobresaliente	19 - 20 ptos



ANEXO N° 2

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

