

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**



**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN A
PACIENTES CON VIH/SIDA EN ESTUDIANTES Y
DOCENTES DE LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGÍA,
UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRIGUEZ DE
MENDOZA DE AMAZONAS, CHACHAPOYAS – 2018**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE CIRUJANO
DENTISTA**

Autora : Bach. SHIRLEY NATALY CAMPOJÓ VÁSQUEZ

Asesor : Mg. CARLA MARIA ORDINOLA RAMIREZ

CHACHAPOYAS - PERU

2018

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**



**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN A
PACIENTES CON VIH/SIDA EN ESTUDIANTES Y
DOCENTES DE LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGÍA,
UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRIGUEZ DE
MENDOZA DE AMAZONAS, CHACHAPOYAS – 2018**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE CIRUJANO
DENTISTA**

Autora : Bach. SHIRLEY NATALY CAMPOJÓ VÁSQUEZ

Asesor : Mg. CARLA MARIA ORDINOLA RAMIREZ

CHACHAPOYAS - PERU

2018

DEDICATORIA

A mi madre y mi padre por el esfuerzo y apoyo incondicional brindado a lo largo de mi formación académica y personal.

AGRADECIMIENTO

A los estudiantes y docentes de la Escuela Profesional de Estomatología, facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, por permitirme realizar la recolección de datos para el presente estudio.

A la Mg. Carla María Ordinola Ramírez, por su apoyo continuo y su acertado asesoramiento durante todo el proceso de la elaboración y ejecución de la presente tesis.

A todas las personas que directa e indirectamente formaron parte y aportaron a la realización del presente estudio.

A todos gracias.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Dr. Policarpio Chauca Valqui

Rector

Dr. Miguel Ángel Barrena Gurbillón

Vicerrector Académico

Dra. Flor Teresa García Huamán

Vicerrectora de Investigación

Dr. Edwin Gonzáles Paco

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Mg. Oscar Pizarro Salazar

Director de la Escuela Profesional de Estomatología

VISTO BUENO DEL ASESOR

Yo, Mg. Carla María Ordinola Ramírez, identificado con DNI N° 18131989, con domicilio legal en el Jr. Cuarto Centenario N° 533, adscrito a la Escuela Profesional de Estomatología, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.

DOY VISTO BUENO, a la tesis titulada “Nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA en estudiantes y docentes de la Escuela De Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas – 2018”, presentado por la **Bach. Shirley Nataly Campojo Vásquez**. Para optar el título de Cirujano Dentista de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.

Por lo tanto

Firmo la presente para mayor constancia.

Mg. Carla María Ordinola Ramírez

DNI: 18131989

JURADO DE TESIS

(Resolución de Decanato N° 106-2018-UNTRM-VRAC/F.C.S)

Mg. Oscar Pizarro Salazar

Presidente

Mg. Franz Tito Coronel Zubiato

Secretario

Mg. Erwin Alberto Cabrera Soto

Vocal

ÍNDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
AUTORIDADES UNIVERSITARIAS	iii
VISTO BUENO DEL ASESOR	iv
JURADO DE TESIS	v
INDICE	vi
INDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE GRAFICOS	viii
ÍNDICE DE ANEXOS	ix
RESUMEN	x
ABSTRAC	xi
I. INTRODUCCION	1
II. OBJETIVOS	4
III. MARCO TEORICO	5
IV. MATERIAL Y METODOS	31
V. RESULTADOS	35
VI. DISCUSION	38
VII. CONCLUSIONES	40
VIII. RECOMENDACIONES	41
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
X. ANEXOS	45

ÍNDICE DE TABLAS

	Pag.
Tabla 01: Nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA en estudiantes de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas – 2018	35
Tabla 02: Nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA en docentes de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas - 2018	36
Tabla 03: Nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA según dimensión sobre la enfermedad, vías de transmisión, bioseguridad y atención a pacientes en estudiantes de estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, 2018.	37
Tabla 04: Nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA según dimensión sobre la enfermedad, vías de transmisión, bioseguridad y atención a pacientes en docentes de estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, 2018.	38

ÍNDICE DE GRAFICOS

	Pag.
Grafico 01: Nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA en estudiantes de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas – 2018	35
Grafico 02: Nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA en docentes de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas – 2018	36
Grafico 03 Nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA según dimensión sobre la enfermedad, vías de transmisión, bioseguridad y atención a pacientes en estudiantes de estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, 2018.	37
Grafico 04 Nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA según dimensión sobre la enfermedad, vías de transmisión, bioseguridad y atención a pacientes en docentes de estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, 2018.	39

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pag.
Anexo 1: Operacionalización de variables	50
Anexo 2: Cuestionario de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA	51
Anexo 3: Tabla y grafico sobre Nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA en estudiantes de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas – 2018, según edad	53
Anexo 4: Tabla y grafico sobre Nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA en estudiantes de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas – 2018, según sexo.	54
Anexo 5: Tabla y grafico sobre Nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA en estudiantes de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas – 2018, según ciclo académico	55

RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue de enfoque cuantitativo, descriptivo, observacional, prospectivo, transversal y análisis estadístico simple de frecuencias, se realizó con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA en estudiantes y docentes de la escuela de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez De Mendoza De Amazonas, Chachapoyas - 2018; la muestra fue de 128 estudiantes del I al IX ciclo y 7 docentes vinculados a los cursos de salud de la escuela de Estomatología. Para recolectar los datos se utilizó una prueba de conocimiento denominado "cuestionario de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA". Los datos fueron procesados en el software SPSS Versión 22. Los resultados evidencian que del 100% (128) de estudiantes de estomatología el 57.8% (74) tienen un nivel de conocimiento malo sobre atención a pacientes con VIH/SIDA y el 42,2% (54) un nivel de conocimiento bueno. Además se observa que del 100% (7) de los docentes de Estomatología encuestados, el 85.7% (6) tienen un nivel de conocimiento bueno sobre atención a pacientes con VIH/SIDA y solo el 14.3% (1) un nivel de conocimiento malo. Por lo tanto los docentes lograron las expectativas de conocimiento. Por otro lado se encontró que el nivel de conocimiento de los estudiantes según las dimensiones sobre la enfermedad y vías de transmisión, evidencian un nivel de conocimiento malo y en las dimensiones de bioseguridad y atención del paciente un nivel de conocimiento bueno con 60,9 y 56,3 respectivamente. Respecto al nivel de conocimientos de los docentes relacionado con las dimensiones sobre la enfermedad, vías de transmisión, bioseguridad y atención del paciente obtuvieron un nivel de conocimiento bueno. Conclusiones: los estudiantes de estomatología en mayor porcentaje tienen un nivel de conocimiento malo y los docentes conocimiento bueno sobre atención a pacientes con VIH/SIDA.

Palabras claves: Nivel De Conocimiento, Estudiantes, Docentes, VIH/SIDA

ABSTRAC

The present work of investigation was of quantitative approach, observational, prospective, transversely and statistical simple analysis of frequencies, it was realized by the aim to determine the level of knowledge on attention to patients with HIV / AIDS in students and teachers of Stomatology's school, National University Toribio Rodríguez Of Mendoza Of The Amazon, Chachapoyas - 2018; the sample belonged 128 students of the I - IX academic cycle and 7 teachers linked to the courses of health of the school of stomatology. To gather the information " questionnaire of knowledge was in use a test of knowledge called on attention to patients with HIV / AIDS ". The information was processed in the software SPSS Version 22. The results demonstrate that of 100 % (128) of students of stomatology 57.8 % (74) has a level of bad knowledge on attention to patients with HIV / AIDS and 42,2 % (54) a level of good knowledge. In addition is observed that of 100 % (7) of the teachers of polled Stomatology, 85.7 % (6) they have a level of good knowledge on attention to patients with HIV / AIDS and only 14.3 % (1) a level of bad knowledge. Therefore the teachers achieved the expectations of knowledge. On the other hand one found that the level of knowledge of the students according to the dimensions on the disease and routes of transmission, they demonstrate a level of bad knowledge and in the dimensions of biosecurity and attention of the patient a level of good knowledge with 60,9 and 56,3 respectively. With regard to the level of knowledge of the teachers related to the dimensions on the disease, routes of transmission, biosecurity and attention of the patient they obtained a level of good knowledge. Conclusions: the students of Stomatology in major percentage have a level of bad knowledge and the teachers good knowledge on attention to patients with HIV / AIDS.

Key words: Level of Knowledge, Students, Teachers, HIV / AIDS

I. - INTRODUCCION

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana, conocido por su siglas como VIH, pertenece a la familia de los retrovirus, afectando al sistema inmunológico, específicamente a los linfocitos T o células CD4, si la infección no se trata, evoluciona hacia lo que conocemos como sida (Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida) que se caracteriza por un daño inmunológico severo, infecciones oportunistas y el desarrollo de algunos tipos de cáncer.

Una persona se considera con VIH desde el momento en que el virus entra en su organismo por cualquiera de las vías ya conocidas, aunque no presente ninguna sintomatología. Actualmente no se recomienda el uso del término “persona infectada” por considerarse estigmatizante, sin embargo, desde el punto de vista clínico y medico es un término correcto.

La aparición de síntomas en una persona con VIH puede tardar varios años, desde el momento de la primoinfección, dependiendo de diferentes factores como las condiciones propias de la persona, tales como: la edad, condiciones higienico-dietéticas y estado de salud general previo.

Existen algunas condiciones que pueden acelerar el proceso de la infección y la aparición de síntomas, una de las más importantes es la reinfección, es decir, si una persona que ya tiene VIH, adquiere el virus de otra persona en un nuevo contacto, el organismo responderá como si se tratara de un virus diferente, haciendo que el sistema inmunológico se deteriore más rápidamente.

(CENSIDA, 2015)

De acuerdo al reporte del programa conjunto de las Naciones Unidas sobre infección por VIH/SIDA y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2017 el número estimado de infectados por VIH en el mundo alcanzó a 36,7 millones y se produjeron 1,8 millones de nuevas infecciones. En América Latina la epidemia ha seguido un curso estable, con 1,8 millones de personas infectadas en la actualidad, 97.000 casos nuevos y 36.000 fallecidos el año 2017. (ONUSIDA, 2017)

En el año 2016 en Perú se registró 2700 nuevas infecciones por VIH, 2200 muertes relacionadas con el SIDA y 70 000 personas que vivían con el VIH en el mismo año. Siendo las poblaciones clave más afectadas por el VIH las trabajadoras sexuales, con una prevalencia del 1.3%, Hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres el 15,2%, Personas transgénero el 13.8% y Reclusos con 0,8%. (ONUSIDA, 2017)

Se estima que el 90% de las personas con VIH/SIDA desarrollarán al menos un problema bucal relacionado con su patología. En muchos casos, éste puede ser el primer indicio relacionado con la infección por VIH. Estos pacientes requieren mayor atención odontológica que los no infectados: su sistema inmune está comprometido y, cuando ya reciben tratamiento, algunos medicamentos antirretrovirales disminuyen la salivación. Todo lo anterior aumenta el riesgo de caries, enfermedad periodontal y otro tipo de lesiones en la boca, como crecimientos celulares anormales, infecciones bacterianas e infecciones vírales o por hongos, haciendo necesario que consulten en más oportunidades y requieran de intervenciones tempranas para prevenir daños mayores. Teniendo en cuenta el concepto mundialmente aceptado de que la atención temprana produce beneficios importantes en el paciente infectado con VIH, alterando posiblemente de manera positiva el curso natural de la enfermedad, y debiendo ampliar el acceso del servicio odontológico para los que más lo necesitan, se hace indispensable conocer cuáles son las normas internacionalmente reconocidas de bioseguridad que garantizan una atención integral al paciente, dentro de altos estándares de calidad, sin omitir tres principios fundamentales de los derechos humanos, a saber: autonomía del paciente para tomar sus propias decisiones en materia de salud; beneficencia/no-maleficencia, en el sentido de que toda intervención en salud deberá estar orientada hacia el bienestar y no perjudicar al paciente, y justicia, en cuanto igualdad de oportunidades para acceder a tratamiento y al sistema de salud.

Atender a un paciente con VIH/SIDA genera una variedad de sentimientos, actitudes y conductas, los que se pueden evidenciar por los gestos de indiferencia y expresiones de rechazo y es más alarmante cuando se comprueba que estudiantes o docentes de odontología son las que poseen estas actitudes.

Es por ello necesario investigar el nivel conocimientos de los estudiantes y docentes de la escuela estomatológica hacia pacientes con VIH/SIDA siendo necesario incorporar en la formación de dichos estudiantes la parte afectiva, psicológica, ética y moral en todos los aspectos relacionados con dicha enfermedad. Investigaciones como estas no existen en la provincia de Chachapoyas por lo que ayudaría a concientizar a los profesionales potenciando su conocimiento en materia de prevención para el manejo de este tipo de pacientes.

II.- OBJETIVOS

General

- Determinar el nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA en estudiantes y docentes de la escuela de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez De Mendoza De Amazonas, Chachapoyas - 2018.

Específicos

- Identificar el nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA en estudiantes de la escuela de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez De Mendoza De Amazonas, Chachapoyas - 2018. según las dimensiones sobre la enfermedad, vías de transmisión, bioseguridad y atención del paciente
- Identificar el nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA en docentes de la escuela de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez De Mendoza De Amazonas, Chachapoyas - 2018. según las dimensiones sobre la enfermedad, vías de transmisión, bioseguridad y atención del paciente
- Caracterizar a la población objeto de estudio

III.- MARCO TEORICO

3.1.- Antecedentes de la investigación

A nivel internacional

Santana, Navas y Morón (2008) Venezuela, en su estudio transversal titulado “Condiciones de salud-enfermedad bucal en pacientes Adultos VIH/SIDA” caracterizó las condiciones de salud-enfermedad bucal de los pacientes adultos con el VIH/SIDA pertenecientes al Programa de infecciones de transmisión sexual, en donde determinó que estos poseían deficientes condiciones de salud bucal, lo que propicia la aparición de infecciones oportunistas que pueden complicar y comprometer aún más su salud general, además que evidenció la necesidad de profundizar en las respuestas que se ofrecen en lo preventivo y curativo por parte del Estado Venezolano respecto a la atención bucal.

Acosta B, Pérez E, Mueses, et al. (2011) Colombia. En su Estudio observacional descriptivo da conocer la actitud de estudiantes de odontología de Cali respecto del manejo de personas con diagnóstico de VIH/SIDA. La encuesta aplicada en 1.173 estudiantes de tres facultades de odontología de Cali, clasificados en tres grupos (preclínica, clínica inicial y clínica final). Resultados: Se encontró actitud positiva entre 86% y 92%, la disposición de atender pacientes fue más favorable en preclínica. Aunque 88,7% mostró disposición de atender pacientes VIH. Cuando se interrogó sobre conocimientos acerca del VIH/SIDA, 66,7% (clínica final) y 82,2% (preclínica) percibían que no habían recibido entrenamiento previo. Conclusiones: Se evidenció que la intención de atender pacientes VIH+ era similar a lo reportado en otros países americanos e Irlanda. Los estudiantes necesitan recibir un mejor entrenamiento con el fin de disminuir sus temores y mejorar su actitud para atenderlos.

Dávila, María E; Gil. (2007) Venezuela. En su investigación sobre conocimiento y actitud de los odontólogos hacia las personas portadoras de VIH/SIDA participaron 48 profesionales que laboran en el sector público, quienes respondieron un instrumento de 50 ítems, en el cual se encontró que 60,4% presentan un NC bueno, 43,8% tienen una actitud negativa hacia el portador VIH/SIDA. 85,8% afirma que las personas con SIDA deben ser aisladas y 60,4% reportaron incorrectamente la medida de esterilización indicada a ser usada en el consultorio dental. Con respecto a la actitud, 45,8% tuvo una actitud negativa para tratar

al portador VIH/SIDA. Se encontró además, una actitud desfavorable entre los profesionales con mayor tiempo de ejercicio a pesar de su nivel de conocimiento bueno. Conclusión: Los resultados sugieren que deben incorporarse estrategias de educación y sensibilización para los odontólogos con la finalidad de mejorar la práctica profesional en el tratamiento odontológico a personas portadoras de VIH/SIDA.

Gómez R, Grimaldi A, Lara R (2001) México. En su estudio sobre Conocimiento y actitudes de los odontólogos frente al SIDA realizado en odontólogos, estudiantes y académicos de la Universidad Nacional Autónoma de México, explora la actitud que asumirían los entrevistados en caso que algún paciente le informara haber sido diagnosticado como VIH+, se encontró que el 52.3% continuaría su atención como lo venía haciendo, 17.7% le solicitaría un certificado médico, el 15.6% lo remitiría a un hospital o con algún colega (11.9%) mejor preparado para su atención y el 2.5% se negaría a atenderlo.

Esquivel L, Fernández L, Pedrosa L, et al (2005) México. Estudio transversal, desarrollado por CENSIDA (enero de 1999-marzo del 2005). Se realizaron encuestas autoaplicables a dentistas de la SSA, durante tres cursos sobre actualización en VIH/SIDA. Se incluyeron 84 dentistas, 56 (69.5%) refirieron que atenderían pacientes con SIDA; sin embargo, 74 (88.1%) describieron razones para negarse. Elevado porcentaje de dentistas describieron motivos para evitar atender sujetos con SIDA, predominando la inseguridad en las medidas de control de infecciones dentro del consultorio dental e ignorancia en el manejo de estos pacientes.

A Nivel Nacional

Rojas I, (2004) Perú. Al realizar un estudio sobre actitud de los Cirujanos Dentistas en la atención de pacientes con VIH/SIDA, que laboran en el ministerio de salud y seguro social de salud de la provincia de Trujillo. Fue positiva regular en un 84.8%, positiva buena en un 15.2% y según género fue para el masculino 13% muy positivo o bueno y 30.4% positivo regular mientras que el género femenino 2.2% muy positiva o bueno y 54.4% fue positiva regular.

Quilcate A (2015) Perú. El presente estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional tuvo como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento sobre la

atención estomatológica en pacientes con VIH/SIDA de los estudiantes de Estomatología 2015-II de la Universidad Privada Antenor Orrego en los diferentes ciclos académicos. El instrumento se aplicó a 109 estudiantes de estomatología entre los ciclos de octavo, noveno y décimo. El resultado mostró un nivel de conocimiento de 14.96 (3.45). Observándose un nivel de conocimiento bueno de 30% y malo de 11%; pero predominó un nivel de conocimiento regular de un 59%, sobre la atención del paciente con VIH/SIDA. Concluyendo que el nivel de conocimiento de los estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego 2015-II tiene un nivel de conocimiento regular sobre la atención estomatológica en pacientes con VIH/SIDA

A Nivel Local.

No se encontró antecedentes para el presente estudio

3.2.- Bases teóricas

A.- CONOCIMIENTO

A.1.- Definiciones

Mario Bunge define el conocimiento “como el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto”; considera que “el conocimiento vulgar es vago e inexacto limitado por la observación y el conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia” (Bunge, 2004. p. 54).

El diccionario de la Real Academia Española (DRAE) define conocimiento como: “El producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas sobre las que se sabe o que están contenidas en la ciencia”. El diccionario acepta que la existencia de conocimiento es muy difícil de observar y reduce su presencia a la detección de sus efectos posteriores. Los conocimientos se almacenan en la persona (o en otro tipo de agentes), esto hace que sea casi imposible observarlos.

Según Eyssautier conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizajes del sujeto.

El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo, que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte, originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades de quien aprende (Eyssautier, M. 2006. Pag. 100)

Desde el punto de vista filosófico Salazar Bondy, lo definió como acto y contenido. Dijo que el “conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer; este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico” (Salazar, 2008, p 18).

Conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizajes del sujeto. El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo, que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte, originando, cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades de quien aprende (Salazar, 1953.p.38)

Proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actividad práctica. El fin del conocimiento estriba en alcanzar la verdad objetiva. En el proceso del conocimiento, el hombre adquiere saber, se asimila conceptos acerca de los fenómenos reales, va comprendiendo el mundo circundante. Dicho saber se utiliza en la actividad práctica para transformar el mundo, para subordinar la naturaleza a las necesidades del ser humano. (Carrasco, 2011.p.57)

De la manera más sencilla y general, el conocimiento puede ser considerado como el pensamiento resultante de la relación que se establece entre un sujeto que conoce y el objeto por conocer.¹ El conocimiento es, entonces, una parte de la actividad pensante de los individuos que implica tener presente en la mente cierto objeto ideal o real, bajo el supuesto de que el mismo es considerado como conocido y se distingue formalmente del sujeto cognoscente. (Lara, 2014, p. 32)

A.2.- Origen del Conocimiento

- A.2.1.- El Racionalismo: es la postura epistemológica que sostiene que es el pensamiento, la razón, la fuente principal del conocimiento humano. Sus planteamientos más antiguos los encontramos en Platón, posteriormente en Plotino y San Agustín, también en Malebranche, Descartes y Leibnitz.
- A.2.2.- El Empirismo: sostiene que el conocimiento procede de la experiencia, del contacto directo con la realidad. Se desarrolla en la Edad Moderna con Locke y Hume, Condillac y John Stuart Mill.
- A.2.3.- El Intelectualismo: es una postura que trata de mediar entre el racionalismo y el empirismo. Aristóteles inicia este trabajo de síntesis y en la Edad Media se desarrolla con Santo Tomás de Aquino. Concibe el elemento racional como derivado del empírico.
- A.2.4.- El Apriorismo: Es un segundo intento de mediación entre racionalismo y empirismo, se considera a Kant como su fundador. Considera que el elemento a priori no deviene de la experiencia, sino del pensamiento.

A.3. Proceso del conocimiento

En la construcción del conocimiento científico se dio:

El primer momento se inicia en los sentidos que están en contacto con el medio interior, dando resultado el conocimiento común o empírico espontáneo que se obtiene por intermedio a la práctica que el hombre realiza diariamente.

Un segundo momento en este proceso es aquel en el que según la conceptualización apoyados por el material empírico a fin de elaborar ideas y conceptos y ver las interrelaciones sobre los procesos y objetos que estudian.

En el tercer nivel de conocimiento el pensamiento adquiere su mayor expresión y autonomía de la realidad inmediata. (Barraza, 2014, p. 34).

En esta relación surge la idea de abstracción de la realidad, formándose un concepto en el cerebro que luego responde a una expresión de la realidad observada a través del lenguaje, originándose de esta manera una definición (Hartmann, 1921, p.13)

Con esto queda iluminado el fenómeno del conocimiento humano en sus rasgos principales. A la vez hemos puesto en claro que este fenómeno linda con tres esferas distintas. Como hemos visto, el conocimiento presenta tres elementos principales: el "sujeto", la "imagen" y el "objeto". Por el sujeto, el fenómeno del conocimiento toca con la esfera psicológica; por la "imagen", con la lógica; por el objeto, con la ontológica. (Hartmann, 1921, p.13)

A.4. Elementos del conocimiento: (Hessen, 1993, p.69)

- a. Sujeto:** El sujeto del conocimiento es el individuo conocedor. En él se encuentran los estados del espíritu en el que se envuelven o entran la ignorancia, duda, opinión y certeza. Este se presenta como el punto de que prende por decirlo así, la verdad del conocimiento humano. Su función consiste en aprehender el objeto, esta aprehensión se presenta como una salida del sujeto fuera de su propia esfera, una invasión en la esfera del objeto y una captura de las propiedades de éste.
- b. Objeto:** Es aquello a lo que se dirige la conciencia, ya sea de una manera cognoscitiva a volitiva. Es lo que se percibe, imagina, concibe o piensa. Su función es ser aprehensible y aprehendido por el sujeto. Los objetos pueden ser reales o irreales; llamamos real todo lo que nos es dado en la experiencia externa o interna o se infiere algo de ella. Los objetos irreales se presentan, por el contrario, como meramente pensados.
- c. Medio:** Generalmente hay ausencia de medios especiales, los instrumentos de trabajo son a la vez medios, del conocimiento de la realidad. Los medios del conocimiento son:
- **La experiencia interna:** Consiste en darnos cuenta en darnos cuenta lo que existe en nuestra interioridad. Esta experiencia constituye una certeza primaria: en nuestro interior ocurre realmente lo que experimentamos.
 - **La experiencia externa:** Es todo conocimiento o experiencia que obtenemos por nuestros sentidos.
 - **La razón:** Esta se sirve de los sentidos, elabora los datos recibidos por ellos los generaliza y los abstrae, transformando la experiencia sensible y singular en conocimientos que valen en cualquier lugar y tiempo.

- **La autoridad:** Muchísimos conocimientos que poseemos nos llegan a través de la comunicación de personas que saben mucho sobre el tema, estas personas tienen autoridad científica y lo que divulgan o enseñan merece toda nuestra adhesión.
- **Imagen:** Constituye el instrumento mediante el cual la conciencia cognoscente aprehende su objeto. También es la interpretación que le damos al conocimiento consecuente de la realidad.

A.5. Teorías del conocimiento: Según, (Barraza, 2014, p. 54).

a) El dogmatismo.

Para él, resulta comprensible el que el sujeto, la conciencia cognoscente, aprehenda su objeto, esta actitud se fundamenta en una confianza total en la razón humana, confianza que aún no es debilitada por la duda. El dogmatismo supone absolutamente la posibilidad y realidad del contacto entre el sujeto y el objeto. Para Kant el dogmatismo es la actitud de quien estudia la metafísica sin haber determinado con anterioridad cuál es la capacidad de la razón humana para tal estudio.

b) El escepticismo.

El sujeto no puede aprehender al objeto, afirma el escepticismo. Por tanto, el conocimiento, considerado como la aprehensión real de un objeto, es imposible. Según esto, no podemos externar ningún juicio, y debemos abstenernos totalmente de juzgar. Mientras que el dogmatismo en cierta forma ignora al sujeto, el escepticismo desconoce al objeto. El escepticismo se puede hallar, principalmente, en la antigüedad. Su fundador fue Pirrón de Elis (360 a 270). Él afirma que no puede lograrse un contacto entre el sujeto y el objeto. La conciencia y cognoscente está imposibilitada para aprehender su objeto.

c) El subjetivismo y el relativismo.

El escepticismo sostiene que no hay verdad alguna. El subjetivismo y el relativismo no son tan radicales. Con ellos se afirmó que sí existe una verdad; sin embargo, tal verdad tiene una validez limitada. El subjetivismo, como su nombre lo indica, limita la validez de la verdad al sujeto que conoce y juzga. El relativismo afirma que no existe alguna verdad, alguna verdad absolutamente universal. El subjetivismo y el relativismo son análogos, en su

contenido, al escepticismo. En efecto, ambos niegan la verdad; no en forma directa como el escepticismo, pero sí en forma indirecta al dudar de su validez universal.

d) El pragmatismo.

El escepticismo presenta una actitud esencialmente negativa. Formula la negación de la posibilidad del conocimiento. El escepticismo adquiere un cariz positivo en el pragmatismo moderno. El pragmatismo, al igual que el escepticismo, desecha el concepto de la verdad considerado como concordancia.

El pragmatismo cambia el concepto de la verdad en cuanto que es originado por una peculiar concepción de lo que es el ser humano. Dentro de tal concepción el hombre no es primordialmente un ser especulativo y pensante, sino un ser práctico, un ser volitivo.

e) El criticismo.

Existe una tercera postura que resolvería la antítesis en una síntesis. Esta postura intermedia entre el dogmatismo y el escepticismo recibe el nombre de criticismo. Al igual que el dogmatismo, el criticismo admite una confianza fundamental en la razón humana. El criticismo está convencido de que es posible el conocimiento de que existe la verdad. Pero mientras que tal confianza conduce al dogmatismo, a la aceptación candorosa, para decirlo en alguna forma, de todas las aseveraciones de la razón humana y al no fijar límites al poder del conocimiento humano, el criticismo pone, junto a la confianza general en el conocimiento humano, una desconfianza hacia cada conocimiento particular, acercándose al escepticismo por esto. El criticismo examina todas y cada una de las aseveraciones de la razón humana y nada acepta con indiferencia. (Barraza, 2014, p. 34).

A.6. Tipos de conocimiento

Se distinguen 5 tipos de conocimientos: intuitivo, empírico, científico, religioso y filosófico. (Lara, 2014, p. 32)

a) Conocimiento Intuitivo

El conocimiento intuitivo es una amplia banda semántica que va desde la intuición entendida como “corazonada” o “presentimiento” hasta el conocimiento inmediato.

Características del Conocimiento Intuitivo

- Lo utilizaremos en nuestra vida cotidiana y que permite acceder al mundo que nos rodea a través de la experiencia.
- No requiere comprobación.
- Permite desenvolvernos y resolver problemas.

b) Conocimiento Empírico

El conocimiento empírico es aquel lo que hacemos todos los días, en observación, olfateando, escuchando, tocando, descubriendo nuevos retos, a través de nuestro diario vivir, ya sea en casa, en el campo laboral, en el parque, en la escuela, en el aula, en alguna fiesta, en un día de campo, o en las famosas vacaciones, en alguna enfermedad psicosomática, u otra enfermedad, si estamos en la lectura ,en la escritura, y si nos ponemos a pensar, a jugar, u otra diversión, si elaboramos algún mapa mental o un acróstico, etcétera, etc., esto y más es conocimiento empírico. (Hartmann 1921, p 27- 28)

Cuando estamos en el vientre de nuestra madre, en el embarazo, ahí el producto está aprendiendo conocimiento empírico, cuando nacemos, seguimos aprendiendo, si gateamos retomamos el aprendizaje del conocimiento empírico, cuando vamos al pre-escolar, ya llevamos conocimiento empírico, cuando nos toca ir a la escuela primaria, ya llevamos mucho material del conocimiento empírico, y luego nos toca ir a la secundaria, pues más conocimiento empírico, y nos toca la preparatoria, y después la universidad, ya para ese nivel tenemos suficiente material del conocimiento empírico. (Barraza, 2014, p. 34).

Características del Conocimiento Empírico

- Lo utilizaremos para movernos diariamente, hacer la comida, ir a la escuela, medir el tiempo, etc.
- Es un conocimiento que obtendríamos al realizar una acción por repetición o percibir un mismo objeto varias veces.
- Se puede demostrar ya que se basa en la experiencia.

c) Conocimiento Científico

El conocimiento es un saber crítico (fundamentado), metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, comunicable (por medio del lenguaje científico), racional, provisorio y que explica y predice hechos por medio de leyes. (Nieto, 2010, p. 23).

Características del conocimiento científico

- Observa la naturaleza y la realidad social, la analiza, la conceptualiza y experimenta con ella para tratar de modificarla
- Produce tecnología, desarrolla modelos y experimentos aplicados que permiten el desarrollo social y el incremento de la cultura
- Crea modelos, interpreta y explica.
- Intenta predecir los fenómenos que ocurrirán en el futuro, con el fin de evitar riesgos sociales

d) Conocimiento Religioso

Es un conocimiento revelado, implica siempre una actitud de fe y ocurre sobre algo oculto o un misterio, hay alguien que lo manifiesta y alguien pretende conocerlo. El misterio, aquello oculto va provocar curiosidad y lleva a la búsqueda, puede estar ligado o datos de la naturaleza, de la vida futura, de la existencia de lo absoluto, etc. Aquel que manifiesta lo oculto es el revelador. Podrá ser el propio hombre o Dios. Aquel que recibe la manifestación tendrá fe humana si el revelador es algún hombre; tendrá fe teológica si es Dios el revelador. El conocimiento revelado relativo a Dios, aceptado por fe teológica constituye el conocimiento teológico. A ese conjunto de verdades el hombre llegara, no con el auxilio de su inteligencia sino por aceptación de los datos de la revelación divina. Se vale del argumento de autoridad. Son los conocimientos adquiridos a través de los libros sagrados y aceptados racionalmente después de haber pasado por la crítica histórica más exigente. (Hartmann, 1921, p.30).

Características del Conocimiento Religioso

- Posee un acumulo de saberes que son sagrados e incuestionables.
- Produce creencias y confianza, puesto que no requiere ser demostrado.
- Se genera a través de rituales y de acciones que hacen referencia a un ser sagrado.

- Se basa en la tradición escrita u oral y es normativo: produce reglas, normas y valores que no se cuestionan.

e) Conocimiento Filosófico

Conocimiento filosófico es aquel que procura comprender la realidad en su contexto más universal. No da soluciones definitivas para un gran número de interrogantes, pero habilita al hombre en el uso de sus facultades para ver mejor el sentido de la vida concreta. En el campo del conocimiento filosófico siempre estarán en juego las categorías de esencia, universalidad, necesidad, fundamental, etc. (Mouriño, 1991, p.34).

Características del conocimiento filosófico

- Generará tradición y se basa en ella para construir saberes pertinentes.
- Es reflexivo y crítico
- Se basó en la formulación de problemas y preguntas socialmente relevantes.
- Busco el sentido profundo de las cosas y lo hace a través de interpretaciones de Otras corrientes, tradiciones o pensamientos.

A.7. Categorías del conocimiento: (Lara, 2014, p. 23).

a) Conocimiento tácito

Aquel de naturaleza personal y de difícil formalización, explicación y representación, con lo que su transmisión solo puede efectuarse mediante interacción social y directa entre los individuos.

b) Conocimiento explícito

Aquel que se puede representar y codificar con facilidad, así que permitirá el desarrollo de sistemas de auto aprendizaje en los que el contacto directo puede reducirse significativamente y facilita el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones.

c) Conocimiento semi explícito

Fue basado en la experiencia práctica no formalizada, pero que es habitualmente utilizado en las actuaciones que requieren una posición frente a una situación de incertidumbre media.

A.8. Medición del conocimiento: (Ramón, F. 2012.p.56).

1. Nivel conocimiento alto: denominado bueno, porque hay adecuada distribución cognitiva, las intervenciones son positivas, la conceptualización y el pensamiento son coherentes, la expresión es acertada y fundamentada además hay una corrección profunda con las ideas básicas del tema o materia.

2. Nivel conocimiento medio: llamado también regular logrado, hay una integración parcial de ideas manifestaciones, conceptos básicos y emite otros, eventualmente propone modificaciones para un mejor logro de objetivos y la corrección es esporádica con las ideas de un tema material.

3. Conocimiento bajo: considerado como pésimo, porque hay ideas desorganizadas, adecuada distribución cognitiva en la expresión de conceptos básicos, los términos no son precisos ni adecuados, cerca del fundamento lógico

B.- VIH

B.1. Definición

Es un lentivirus de la familia Retroviridae, causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Su característica principal consiste en un periodo de incubación prolongado que desemboca en enfermedad después de varios años. Existen dos tipos del VIH, VIH-1 y VIH-2. El VIH-1 es más virulento e infeccioso que el VIH-2 y es el causante de la mayoría de infecciones por VIH en el mundo. El VIH-2, menos contagioso, se encuentra confinado casi exclusivamente a los países de África occidental.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS). “El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) infecta las células del sistema inmunitario y las destruye o altera su funcionamiento, lo que acarrea el deterioro progresivo de dicho sistema y acaba produciendo una deficiencia inmunitaria.

Se habla de inmunodeficiencia cuando el sistema inmunitario ya no puede cumplir su función de combatir las infecciones y otras enfermedades. (OMS, 2014)

B.2. Evolución clínica y fases del VIH

- a) Infección aguda: Se presenta a dos o tres semanas después de la infección y se acompaña de una disminución transitoria de los CD4 y una elevada viremia plasmática, las personas con infección aguda pueden tener síntomas que se caracterizan por; fiebre, faringitis, dolor de cabeza, diarrea, cansancio; la duración de los síntomas es en promedio de 14 días hasta puede llegar a 2 meses y la mayor duración puede ser por causa de progresión rápida del Sida.
- b) Seroconversión: Este término se refiere al momento en que el sistema inmunológico de una persona VIH positiva responde a la infección mediante la producción de anticuerpos contra el virus. La mayoría de las personas desarrollan anticuerpos dentro de los tres meses de haberse infectado y en algunos casos dentro de los seis meses.
- c) Infección crónica asintomática: Después de la etapa aguda de infección con el VIH, las personas infectadas se siguen viendo y sintiendo bien por mucho tiempo, generalmente años. Durante esta etapa, lo único que indica que está infectado con el VIH son los resultados que serán positivos para la prueba de anticuerpos y la presencia de ganglios linfáticos inflamados. En esta etapa final de la infección asintomática también se pueden presentar patologías de la piel y mucosas como: dermatitis seborreica, psoriasis, leucoplasia vellosa.
- d) Fase SIDA: A medida que la infección progresa, la carga viral aumenta, así como la heterogeneidad de las cepas, (mayor virulencia y número de especies mutantes) relacionándose con el desarrollo de enfermedades causadas por gérmenes oportunistas, complicaciones neoplásicas y enfermedades devastadoras. **(VELEZ, H. 2004)**

B.3. Epidemiología de VIH

La infección por VIH/SIDA se considera uno de los mayores problemas de salud que azota la humanidad. La pandemia se convirtió en la enfermedad transmisible más temible del siglo pasado y aún en este no hay respuesta científica adecuada de un tratamiento eficaz, sea preventivo (vacunas) o terapéutico, solo se han producido drogas que detienen la réplica del

virus en diferentes estadios de la misma a un inapreciable costo de la calidad de vida de los infectados.

Desde el año 1983, que registra el primer caso de VIH en Perú hasta la fecha actual la epidemiología de la enfermedad ha cambiado notoriamente. Las terapias antirretrovirales de gran efectividad han modificado la morbi - mortalidad y actualmente el VIH, es considerado una condición crónica. A partir del año 2009, los casos de VIH presentan una tendencia decreciente, y desde el año 2005, los casos de SIDA presentan una tendencia similar. Posterior a la implementación de TARGA, la proporción de los casos notificados de VIH y SIDA cuya vía de transmisión es sexual ha presentado un leve incremento. Para el año 2012, el 95.3% de los casos de VIH y el 99.6% de los casos de SIDA notificados reportaron que la transmisión fue por vía sexual, concluyendo que las relaciones sexuales no protegidas son la forma de exposición al VIH más importante.

A pesar de todos los intentos, el VIH/SIDA continúa siendo un importante problema de salud pública a nivel mundial, con una epidemiología actual compleja y dinámica. Se estima que 36,7 millones [30,8 millones–42,9 millones] de personas vivían con el VIH en 2016 en todo el mundo, de los cuales 34,5 millones [28,8 millones–40,2 millones] eran adultos, 17,8 millones eran mujeres y 2,1 millones eran menores de 15 años.. Lima y Callao son las regiones que reportan el mayor número de casos (70%). Le siguen las regiones Loreto y Arequipa. Las poblaciones en mayor riesgo son los hombres que tienen sexo con hombres, las trabajadoras sexuales y la población transexual. La epidemia del VIH en el país mantiene las características de una epidemia concentrada, por tener una prevalencia en población general menor al 1% y una prevalencia mayor del 5% en poblaciones de elevada prevalencia (en personas transgénero y HSH).

Uno de los determinantes relacionados con el VIH, sería el nivel socioeconómico, ya que es uno de los factores que influye en el desarrollo de los jóvenes (15-29 años de edad). Perú ha visto la mayor reducción de muertes relacionadas con el SIDA en América Latina (62% entre 2000 y 2016). Desde 2006, Perú ha cubierto los costos de su respuesta al sida. En los próximos años, las prioridades de la respuesta nacional al VIH incluyen cerrar las brechas en la continuidad del cuidado del VIH (especialmente el acceso a pruebas y retención en la atención), construir la sostenibilidad de la prevención del VIH y eliminar el estigma y la discriminación.

Se estima que el 24.4% de la población adolescente y joven presentan escasos recursos y, en consecuencia, cuenta con menores condiciones para su desarrollo personal. En el área urbana, del total de adolescentes y jóvenes, el 16.5% presenta escasos recursos; mientras que en el área rural, el 51.3% presenta dicha condición. El nivel educativo incide sobre la dinámica de la salud en la población, en el desarrollo económico y social, ya que el desarrollo educativo ofrece a las personas, medios para su realización propia. (ONUSIDA-PERU)

C.- SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

El SIDA constituye la etapa crítica de la infección por VIH. En esta fase de la infección, el portador del VIH posee un sistema inmunológico que probablemente sea incapaz de reponer los linfocitos T CD4+ que pierde bajo el ataque del VIH. De esta manera, el portador del virus es presa potencial de numerosas infecciones oportunistas que le pueden conducir a la muerte. La neumonía por *P. jiroveci*, el sarcoma de Kaposi, la tuberculosis, la candidiasis y la infección por citomegalovirus son algunas de las infecciones más frecuentes que atacan a los seropositivos que han desarrollado SIDA. La mayoría de los pacientes que han desarrollado SIDA no sobreviven más de tres años sin recibir tratamiento antirretroviral. Sin embargo, incluso en esta fase crítica pueden ser controlados mediante la terapia antirretroviral. Los antirretrovirales pueden brindar una mejor calidad de vida a un portador del VIH y aumentan sus posibilidades de supervivencia.

C.1. Vías de transmisión: (Femández, 2012, p. 23).

Las vías de transmisión están perfectamente definidas y localizadas, esto ha permitido que los mecanismos de intervención sanitaria puedan incidir precisamente en esas tres formas básicas de transmisión.

- a) Transmisión parenteral: Se transmite por contacto de la sangre y los productos sanguíneos, de órganos donados y del semen. La transmisión por la sangre ocurre principalmente por la utilización de agujas, jeringas u otros instrumentos insuficientemente esterilizados que atraviesan la piel y por la transfusión de sangre infectada. Se produce a través de la drogadicción, transfusión de sangre o derivados, la recepción de tejidos o trasplantes y el contacto fortuito con sangre o secreciones contaminadas a personas relacionadas con enfermos del SIDA como personal sanitario o personas íntimamente relacionadas con los afectados.

b) Transmisión por vía sexual: A través de cualquier tipo de relaciones sexuales sin protección, bien sea homo o heterosexuales, con una persona infectada. No hay casos documentados de transmisión entre mujeres del mismo sexo.

c) Transmisión madre a hijo o vertical: Por vía intrauterina, durante el parto o durante la lactancia. Una madre infectada puede transmitir el virus al feto o al lactante durante el embarazo, el parto o la lactancia. Esta vía de transmisión se llama de madre a hijo, o vertical.

El VIH no se transmite a través de los mosquitos, ni otros insectos. Tampoco se transmite por el contacto casual como las conversaciones, caricias, besos, estornudos, compartir platos, compartir baños, teléfonos o computadoras, ni a través del agua. No se transmite a través de la saliva, las lágrimas ni el sudor.

C.2. Medidas de prevención.

✓ Por vía Sexual:

- El uso del condón, es el único método que previene las ITS incluido el VIH/SIDA.
- Teniendo abstinencia sexual (no teniendo relaciones sexuales).
- Mediante la práctica del sexo seguro, es decir, sin penetración (besos, caricias, abrazos autoerotismo o masturbación y/o eyaculación sobre la piel sana).

✓ Por vía Sanguínea.

- Utilizando sangre y derivados que hayan sido previamente analizados y estén libres del virus. Sangre segura.
- Utilizando guantes de látex o poliuretano siempre que se maneje sangre o secreciones corporal.

✓ Por Vía vertical (Madre-hijo)

- Una mujer embarazada con VIH puede transmitir el virus al bebé en cualquier momento del embarazo.
- Durante el parto, a través del canal vaginal por el contacto del bebé con las secreciones vaginales potencialmente infectadas.

- Por medio de la leche materna (lactancia). El obstáculo más difícil para detener el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, es que las personas a pesar de conocer las medidas preventivas, no las aplican.

Pese a los esfuerzos de la investigación biomédica, aún no existe una cura para erradicar la enfermedad, todavía no existe vacuna para prevenir el SIDA. Cada día, más de 6,800 personas contraen infección por el VIH y más de 5,700 fallecen a causa del SIDA, 75 además, cerca de una tercera parte de ellos tiene entre 15 y 24 años, lo cual coloca a la población juvenil en una situación de riesgo potencial a la enfermedad. (Best, 2007, p. 88).

C.3. Manifestaciones clínicas

Cuando una persona adquiere el virus del VIH, en su etapa inicial no presenta ningún tipo de síntomas que adviertan la presencia de una enfermedad o infección. Solo después de varios años se manifiestan un conjunto de sintomatología que advierten la presencia de una anomalía orgánica. Dichos síntomas son:

- Fiebre de 38°C o más durante un periodo no inferior a 10 días.
- Dolor de cabeza y/o garganta.
- Pérdida del 10% de su peso corporal en menos de un mes.
- Ganglios Inflamados.
- Fatiga permanente.
- Diarrea por más de un mes.
- Dolores musculares.
- Dificultad para pensar con claridad.
- Perdida de equilibrio.
- Depresión profunda.
- Sudoración y escalofrió nocturno.

C.4. Manifestaciones orales

La inmunosupresión del VIH/SIDA se asocia con una variedad de infecciones oportunistas que se presentan sobre todo en piel y mucosas. En la cavidad bucal se han identificado siete manifestaciones orales asociadas con la enfermedad:

- ✓ candidiasis oral.
- ✓ leucoplasia vellosa.
- ✓ sarcoma de Kaposi.
- ✓ eritema lineal gingival.
- ✓ gingivitis ulcerativa necrotizante.
- ✓ periodontitis ulcerativa necrotizante.
- ✓ linfoma no Hodgkin.

Estas manifestaciones orales son un componente fundamental en el estudio de esta enfermedad, porque pueden ser indicadores de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), ser predictores de progresión de VIH a SIDA e indicadores de falla al tratamiento.

Las enfermedades bucales como consecuencia de la infección por VIH aparecen tempranamente en la PVVS, por lo cual, las patologías bucales son un indicador importante en la progresión de la enfermedad. Es por ello que el odontólogo juega un papel importante en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades oportunistas más comunes en estos pacientes. Algunos autores consideran que entre 30- 80% de las personas sufren de infecciones por hongos, leucoplasias y otras alteraciones bucales propias de la infección por el VIH; es por ello, que la identificación temprana, el mantenimiento de una adecuada higiene bucal y la visita periódica al odontólogo son algunos de los aspectos más importantes en la prevención.

Las manifestaciones orales se pueden encontrar en un 50% de los pacientes con VIH y en un 80% en los pacientes con SIDA, por ello el monitoreo de los linfocitos CD4+ y de la carga viral de VIH es importante en la evaluación de la progresión de la enfermedad, y en un estudio se encontró que en pacientes con carga menor de 200 cel. CD4+ presentaban en mayor porcentaje periodontitis severa, candidiasis pseudomembranosa, y leucoplasia vellosa sin distinción de sexo; y las lesiones más comunes en mujeres fueron verruga vulgaris, lengua fisurada y queilitis angular. Uno de los problemas orales más comunes fue caries dental (41.8%) y también se encontró mayor prevalencia de algunas lesiones orales en pacientes coinfectados con hepatitis C y VIH. (Femández, 2012, p. 26).

C.5. Diagnostico

Las pruebas de Diagnóstico del VIH/SIDA son:

a) ELISA

Es una técnica de inmuno ensayo en la cual un antígeno inmovilizado se detecta mediante un anticuerpo enlazado a una enzima capaz de generar un producto detectable, Se usa en muchos laboratorios para determinar si un anticuerpo particular está presente en la muestra de sangre de un paciente. Esta prueba utiliza sangre, saliva u orina para detectar anticuerpo contra el VIH. Los resultados de estas pruebas pueden tardar hasta 2 semanas. Esta prueba debe realizarse 3 semanas después de la práctica de riesgo y permite, en muchas ocasiones, la detección precoz del VIH. En el caso de obtener un resultado positivo con la prueba del ELISA, este debe confirmarse mediante una prueba más específica denominada Western Blot.

b) PRUEBAS RÁPIDAS DE ANTICUERPOS DEL VIH

También utilizan sangre, saliva u orina para detectar anticuerpo contra el VIH. Los resultados de estas pruebas pueden tardar hasta 10 a 20 minutos. Si se obtiene un resultado positivo se debe realizar otra prueba llamada Western Blot para confirmar.

c) WESTERN BLOT

Es una técnica analítica usada para detectar proteínas específicas en una muestra determinada. Mediante una electroforesis en gel se separan las proteínas atendiendo al criterio que se desee: peso molecular, estructura, hidrofobicidad, etc. Hay casi tantas posibilidades como tipos de electroforesis existen. Luego son transferidas a una membrana adsorbente (típicamente de nitrocelulosa o de PVDF) para poder buscar la proteína de interés con anticuerpos específicos contra ella. Finalmente, se detecta la unión antígeno-anticuerpo por actividad enzimática, fluorescencia entre otros métodos. De esta forma se puede estudiar la presencia de la proteína en el extracto y analizar su cantidad relativa respecto a otras proteínas. Se utiliza para confirmar la presencia del virus de VIH; La confiabilidad de la prueba con el Western Blot da una confiabilidad del 99.999%. (24) Se han presentado casos de personas que a pesar de dar como resultado "negativo" en la prueba de ELISA, resultan ser seropositivos después de 2 años de su última relación de alto riesgo y sin protección. Es por ello que la persona que está completamente seguro que tuvo comportamiento sexual de alto riesgo y sin protección se

debe realizar la prueba cada 3 meses, durante mínimo 2 años y en dicho periodo debe utilizar barrea de protección como el condón. (Robles,T, 2013)

C.6. Evolución de la enfermedad

A medida que el virus se reproduce, el organismo se hace cada vez más vulnerable ante enfermedades contra las cuales, en tiempos normales puede defenderse. A estas enfermedades se las denomina enfermedades oportunistas. La caída de las defensas no es masiva y uniforme sino que permite con mayor probabilidad la aparición de ciertas enfermedades: infecciones (las más frecuentes son las pulmonares, y también otras producidas por diversos virus, bacterias, hongos y parásitos), y distintos tipos de cáncer (los más comunes son lo que afectan la piel y los ganglios linfáticos). Uno de los indicadores más evidentes del avance de la infección y del desarrollo del SIDA, es la aparición de estas "enfermedades oportunistas". Cuando el portador del VIH desarrolla este conjunto de afecciones se lo considera un enfermo de SIDA. Puede suceder que el VIH, una vez ingresado al organismo permanezca "en reposo" dentro de los linfocitos invadidos; en esta situación, el paciente no tiene síntomas, por eso se lo conoce como portador asintomático. Sin bien no presenta síntomas el portador asintomático puede contagiar a otras personas sin saberlo.

C.7. Tratamiento

Los retrovirales que se utilizan para tratar y prevenir la infección por el VIH. Actúan deteniendo o alterando la reproducción del virus en el organismo, lo que disminuye la carga vírica. A finales de 2011, más de 8 millones de personas en los países de ingresos bajos y medianos recibían tratamiento con retrovirales. No hay cura para la infección por el VIH, pero un buen tratamiento con retrovirales seguido al pie de la letra, aminora la evolución de la infección hasta casi detenerla. Cada vez más personas infectadas por el VIH, incluso en países pobres, pueden permanecer en buenas condiciones y ser productivas por periodos prolongados. Además de los medicamentos, estos pacientes requieren a menudo orientación y apoyo psicosocial. Tener una nutrición adecuada y acceso a agua salubre e higiene básica también pueden ayudarlos a mantenerse en buen estado.

D.- ATENCION

D.1. Atención en salud

La atención de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (DECLARACION DE ALMA-ATA)

D.2. Modelo de atención

La atención integral es un conjunto de procesos psicobiológicos y socioculturales brindada como servicio al ser humano, de forma tal que aplica las acciones de salud tomando como eje central las necesidades de salud de las personas en el contexto de familia y comunidad, contribuyendo al bienestar social e individual. La atención integral permite el mejoramiento de la calidad de los servicios, la adecuada optimización de los recursos y la satisfacción de los usuarios.

El modelo de atención en el que se basa EMED, ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE, se fundamenta en los atributos de calidad que orientan la planeación y el proceso de toma de decisiones al interior de la empresa, con el fin de mejorar la prestación del servicio de traslado asistencial básico, medicalizado, atención pre hospitalaria, atención médica y de enfermería domiciliaria. Es fundamental que este proceso se desarrolle en un ambiente de excelente comunicación y participación, para así alcanzar las metas planteadas desde el modelo de atención y los objetivos institucionales.

El Modelo de Atención se dirige al logro de una mejor calidad de vida para las personas, las familias y las comunidades, con un énfasis en la atención integral y oportuna del servicio.

D.3 La atención integral al paciente

Implica tres elementos fundamentales, mira al individuo como un ser biológico, psicológico, social y espiritual, el segundo elemento es que la atención integral es un proceso que tiene interrelación entre el individuo y su entorno, el tercer y último elemento identifica los componentes del entorno que son los aspectos sociales, económicos, culturales.

Este modelo de atención integral del paciente está fundamentado en tres atributos del SOGC, con el fin de mejorar la calidad de la atención en salud; estos son:

Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Eficiencia: Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles, para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.

El modelo de atención integral al paciente tiene como resultado mejorar la calidad de vida y alta satisfacción de los usuarios y su familia con el menor riesgo en la prestación del servicio, el usuario se encuentra satisfecho cuando se cubren sus necesidades en relación con el servicio requerido.

Características del modelo

- Atención integral, oportuna
- Atención humanizada.

Metas

- Mejorar la satisfacción del paciente y su familia.
- Mejorar la calidad del servicio prestado.
- Implementar un plan de fortalecimiento en el recurso humano.
- Disminuir los riesgos y eventos adversos que se puede presentar durante la atención prehospitalaria, traslado y atención domiciliaria.

D.4. Procesos de atención

El proceso de atención es un conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se realizan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del usuario al que va dirigido. Un proceso de atención se visualiza normalmente en forma de flujograma o esquema, que describe en forma gráfica el modo en que las personas desempeñan su trabajo, las actividades, intervenciones a seguir en diferentes situaciones. Es importante que la atención integral se preste en cada uno de los procesos que desempeña el personal de salud, ya que esto contribuye al mejoramiento continuo de la atención.

D.5. La atención odontológica integral

La Atención Odontológica Integral puede definirse como los cuidados en cuanto a materia odontológica se refiere, que se realiza tomando en cuenta al individuo de manera general. Esta tiene varias características que deben cumplirse para lograr de esta manera su premisa principal, ver y atender al individuo como un todo. estas características son:

Accesible: es la capacidad de los servicios de estar a la disposición del paciente cuando este lo necesite.

Oportuna: La atención en materia debe hacerse lo antes posible, de manera que puedan evitarse consecuencias secundarias de la enfermedad y que por consiguiente desmejore la calidad de vida.

Adecuada: Involucra el uso de normas de bioseguridad, las cuales tienen como objetivo reducir el peligro de transmisión de enfermedades debido a la exposición a sangre y fluidos corporales. Además de un protocolo de actuación adaptado a las características particulares de cada persona. (Rodríguez y Núñez 2006)

D.6. Tipo de atención odontológica integral

Se refiere al tipo de atención que responde a los niveles de prevención aceptados mundialmente y que se describen a continuación:

1. Prevención Primaria: Es llevada a cabo durante antes de la instauración de la patología, a fin de evitar la aparición de la enfermedad, mediante el mantenimiento y promoción de la salud Incluye así, la promoción de la salud y la protección específica como tal.

2. Prevención Secundaria: una vez que la enfermedad se presenta se puede aplicar lo siguiente:

- Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.
- Limitación de la incapacidad:
- Prevención Terciaria: consiste en la rehabilitación e incluye:
 - Provisión de facilidades hospitalarias y comunitarias para adiestrar y educar.
 - Educación del público y la industria para emplear al rehabilitado.
 - Proporcionar terapia en los hospitales.
 - Ubicación selectiva.

Enfoques:

1. Preventiva: Debido a las características inmunológicas particulares, la atención odontológica debe enfocarse principalmente en la prevención.

2. Curativa: a fin de evitar los daños o consecuencias originadas en la cavidad bucal, es necesario la curación de estas.

3. Rehabilitación: recuperar la salud y/o obtener un nivel óptimo de salud es un componente necesario pues le permite al paciente volver a sus funciones habituales y una consecuente mejora en su esfera psicosocial. (Higashida ,2000).

D.7 Atención integral en el VIH/ SIDA

La atención integral en VIH/SIDA consta de cuatro elementos interrelacionados, a saber:

1. Manejo Clínico (diagnostico precoz y acertado, que incluye pruebas, tratamiento racional y seguimiento).

2. Cuidados de enfermería (promoción de prácticas de higiene y de nutrición adecuadas, cuidados paliativos, atención domiciliaria y educación a los proveedores de atención en el hogar y a la familia, promoción de las medidas de precaución universal).

3. Consejo y apoyo emocional (apoyo psicosocial y espiritual, en especial reducción del estrés y la ansiedad, planificación de la reducción del riesgo y suscitar la capacidad de sobrellevar la enfermedad, de aceptar su estado serológico⁴ en cuanto al VIH y su comunicación a otras personas, vivir siendo VIH positivo y planificación para el futuro de la familia).

4. Apoyo social (información, provisión de apoyo por otros miembros de la comunidad, servicios de beneficencia, apoyo espiritual y asesoramiento legal). (Praag y Tarantola, 1999)

D.8. Principios de la atención a personas que viven con vih/ sida

Para satisfacer las necesidades físicas, emocionales, sociales y económicas de las personas que viven con VIH/SIDA, la atención debería regirse por los siguientes principios:

- **Respeto:** por los derechos humanos y la dignidad individual.
- **Accesibilidad y disponibilidad:** se preste atención apropiada y con vocación.
- **Equidad:** se presten servicios de atención de salud a todas las personas con VIH/SIDA, independientemente de su sexo, edad, raza, etnia, orientación sexual, nivel de ingresos y lugar de residencia.
- **Coordinación e integración:** velar porque haya una gama continua de atención de salud procedente de todos los proveedores y a todos los niveles del sistema de cuidados.
- **Eficiencia y eficacia:** se preste atención que cumpla con los objetivos a costos razonables para la sociedad. (Praag y Tarantola, 1999)

2.4.3. Definición De Términos Básicos

CONOCIMIENTO: Es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizajes del sujeto

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana, infecta las células del sistema inmunitario y las destruye o altera su funcionamiento, lo que acarrea el deterioro progresivo de dicho sistema y acaba produciendo una deficiencia inmunitaria

SIDA: constituye la etapa crítica de la infección por VIH. En esta fase de la infección, el portador del VIH posee un sistema inmunológico que probablemente sea incapaz de reponer los linfocitos T CD4+ que pierde bajo el ataque del VIH. De esta manera, el portador del

virus es presa potencial de numerosas infecciones oportunistas que le pueden conducir a la muerte

ATENCIÓN: La atención de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación

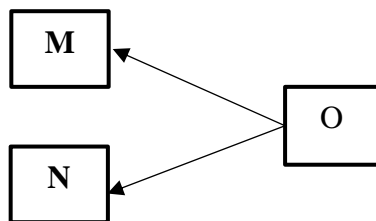
IV. MATERIAL Y METODOS

4.1 Tipo y diseño de investigación

La presente investigación fue de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo; de tipo: Según la intervención del investigador será observacional; según la planificación de la toma de datos será prospectivo; según el número de ocasiones en que se medirá la variable de estudio será transversal y según el número de variables de interés será de análisis estadístico simple de frecuencias. (Supo, José. 2014).

De enfoque cuantitativo porque permitirá cuantificar los datos mediante el uso de la estadística. De nivel descriptivo porque describirá los hechos tan igual como sucede en la naturaleza. Tipo de investigación: Observacional porque no se manipularán las variables ya que los datos reflejarán la evolución natural de los eventos; Prospectivo porque los datos se recolectarán de fuentes primarias o sea directamente de la muestra objeto de estudio. Transversal por que las variables se medirán en una sola ocasión.

Diseño de investigación: fue el siguiente



Dónde:

M: Estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología

N : Docentes de la Escuela Profesional de Estomatología

O : Nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA

4.2 Población, muestra y muestreo

Universo / Muestral

El Universo muestral estuvo constituida por estudiantes matriculados en el ciclo académico 2018-I los cuales sumaron un total de 128 alumnos y 7 docentes de la Escuela Profesional de Estomatología de la UNTRM

Criterio de Inclusión:

- ✓ Estudiantes matriculados en el semestre académico 2018-I de la Escuela de Estomatología
- ✓ Docentes de la escuela profesional de estomatología
- ✓ Todos aquellos estudiantes que estén de acuerdo en formar parte de la investigación.

Criterio de Exclusión:

- ✓ Todas aquellas estudiantes que no estarán de acuerdo de formar parte de la investigación
- ✓ Estudiantes que cursen el X ciclo de la escuela de estomatología.
- ✓ Docentes que dicten cursos no relacionados con el área de salud.
- ✓ Los jurados y asesor no estarán dentro del estudio realizado

Muestreo:

Se utilizará el muestreo no probabilístico por conveniencia, el mismo que permitirá seleccionar a las unidades de estudio por criterios del investigador.

Métodos

Durante el proceso de investigación, se emplearon los siguientes métodos científicos:

Hipotético – Deductivo: Que nos permitió explicar desde la realidad concreta hasta la teoría.

4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Técnica de recolección de datos:

Se hará uso de la técnica de documentación (supo 2014, p.450).

El instrumento:

Se utilizó el cuestionario de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA el cual consta de 4 dimensiones: sobre la enfermedad, vías de transmisión, bioseguridad y atención al paciente.

Datos Generales:

- Edad
- Sexo
- Ciclo académico

Validez del Instrumento.

El cuestionario fue elaborado en base a las referencias bibliográficas consultadas y fue sometido a juicio de expertos (Docentes de la escuela de Estomatología Universidad Antenor Orrego). De esta manera obtuvimos para el instrumento la validez del contenido.

Para la categorización de la calificación se propuso la siguiente segmentación:

- Nivel de conocimiento bueno: 11-20
- Nivel de conocimiento malo: 1-10

Para la confiabilidad y validez del instrumento se utilizó el Coeficiente de Kuder-Richardson para la variable conocimientos, en la cual estuvo constituido por 20 ítems para marcar SI o No, en el cual su valoración para SI era (1) y para NO (0). (Mantilla P, 2017) (ANEXO 2)

4.4 Procedimiento de recolección de datos

En este trabajo de investigación la técnica para recopilar la información necesaria se hizo a través de los siguientes pasos:

- Se solicitó autorización al decano de la Facultad de Ciencias de la Salud para la realización del presente trabajo de investigación.
- Una vez obtenido el permiso, se procedió a fijar fecha, día y hora en que se realizó la encuesta.
- Se aplicó la encuesta a la muestra objeto de estudio
- Recolectamos los datos de acuerdo al instrumento y en la cantidad requerida para la muestra.

- Una vez recogidos los datos se revisaron, se introdujo a un sistema de cómputo y fueron tabulados en la computadora a través de la aplicación de métodos estadísticos computarizados en los formatos respectivos.
- Los datos obtenidos se tabularon con el apoyo de paquetes estadísticos
- Finalmente se realizó un análisis de los resultados encontrados.

Análisis de datos

La información final fue procesada en el Microsoft Word, Excel, y el software SPSS versión 22, se utilizó la estadística descriptiva de frecuencias y se elaborará tablas de contingencia y tablas simples para los resultados.

La presentación se realizó a través de tablas de entrada simple y distribución de frecuencias mostradas en gráficos de barra.

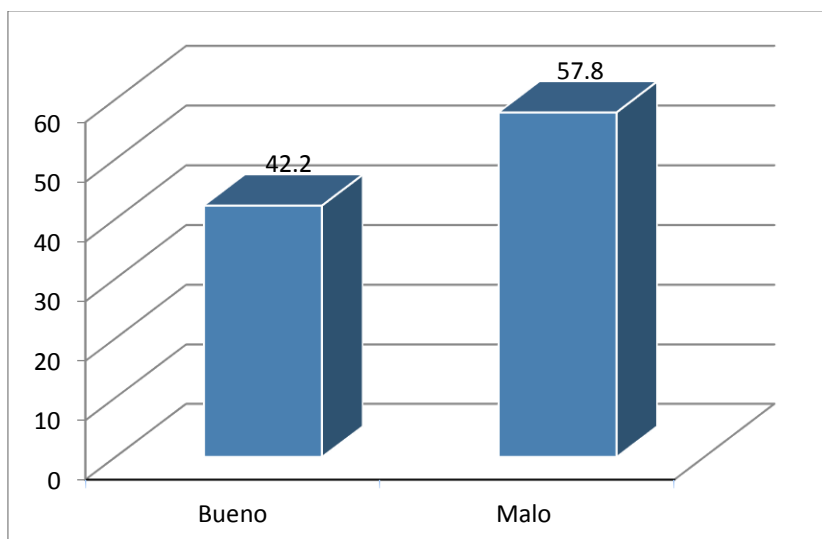
V. RESULTADOS

Tabla 01: Nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA en estudiantes de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas – 2018

Nivel De Conocimiento		
Del Estudiante	fi	%
Bueno	54	42,2
Malo	74	57,8
TOTAL	128	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA, 2018

Figura 01: Nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA en estudiantes de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas - 2018



Fuente: Tabla 1

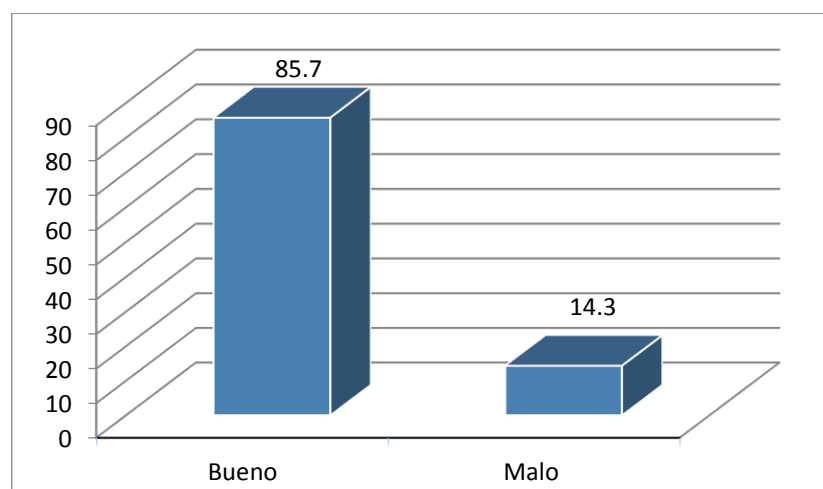
En la tabla y figura 1, se observa que del 100% (128) de los estudiantes de Estomatología encuestados, el 57.8% (74) tienen un nivel de conocimiento malo sobre atención a pacientes con VIH/SIDA y el 42,2% (54) un nivel de conocimiento bueno.

Tabla 02: Nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA en docentes de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas – 2018

Nivel De Conocimiento		
Del Docente	fi	%
Bueno	6	85,7
Malo	1	14,3
TOTAL	7	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA, 2018

Figura 02: Nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA en docentes de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas - 2018



Fuente: Tabla 2

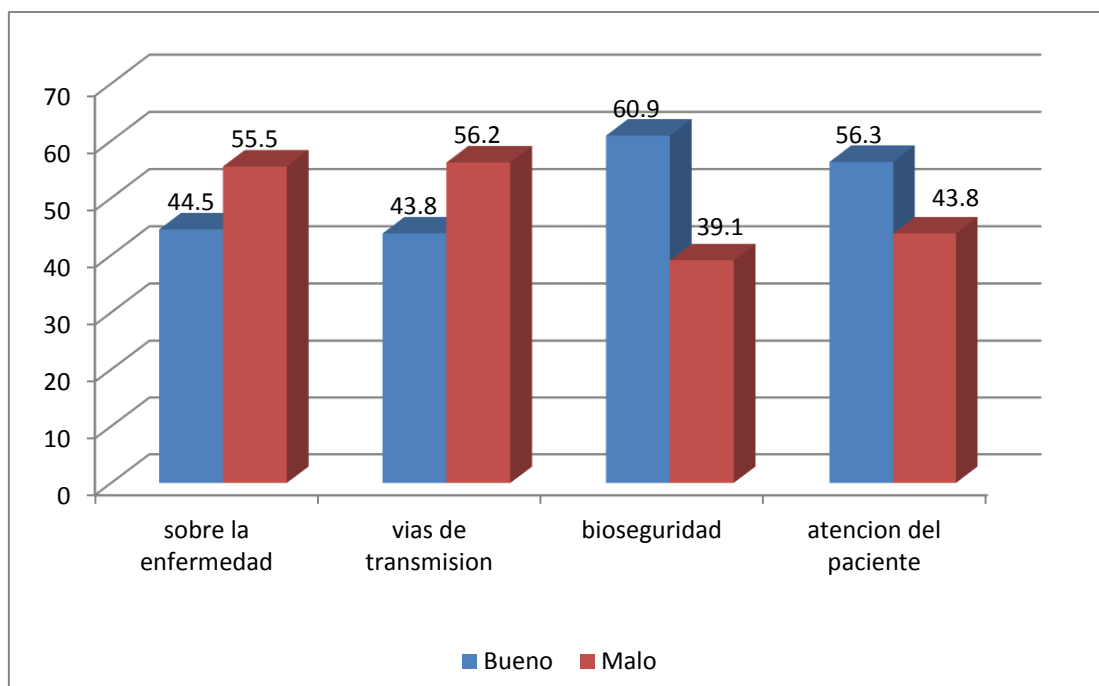
En la tabla y figura 2, se observa que del 100% (7) de los docentes de Estomatología encuestados, el 85.7% (6) tienen un nivel de conocimiento bueno sobre atención a pacientes con VIH/SIDA y el 14.3% (1) un nivel de conocimiento malo. Por lo tanto los docentes lograron las expectativas de conocimiento.

Tabla 03: Nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA según dimensión sobre la enfermedad, vías de transmisión, bioseguridad y atención a pacientes en estudiantes de estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, 2018.

Dimensiones	Bueno		Malo		Total
	fi	%	fi	%	
Sobre la enfermedad	57	44,5	71	55,5	128
Vías de transmisión	56	43,8	72	56,2	128
bioseguridad	78	60,9	50	39,1	128
Atención al paciente	72	56,3	56	43,8	128

Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA, 2018

Figura 03: Nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA según dimensión sobre la enfermedad, vías de transmisión, bioseguridad y atención a pacientes en estudiantes de estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, 2018.



Fuente: tabla 03

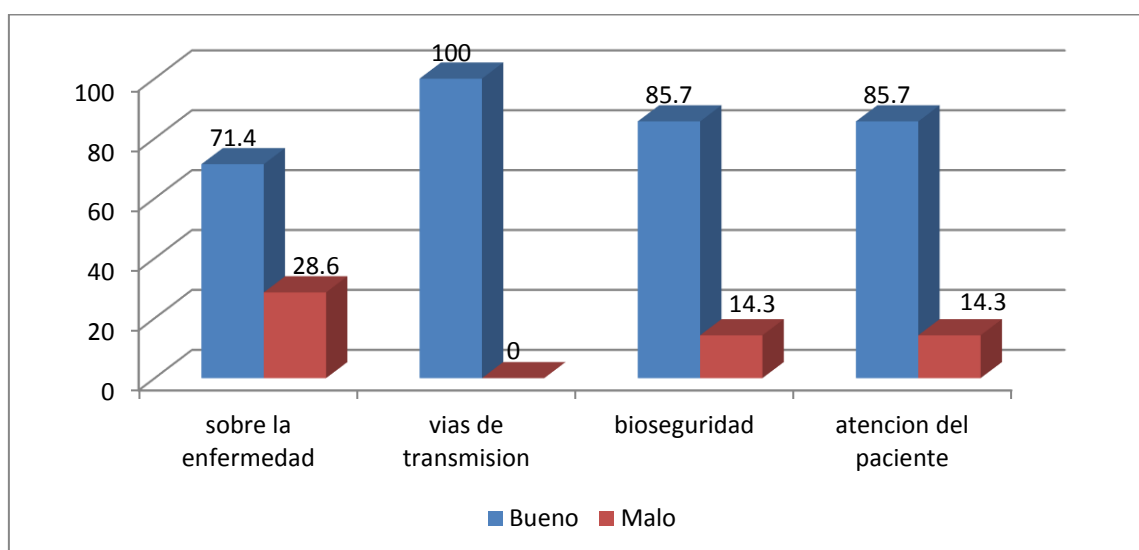
En la tabla y figura 3, según la dimensión sobre la enfermedad, se observa que del 100% (128) de los estudiantes de estomatología encuestados el 44,5% (57) tienen un nivel de conocimiento bueno sobre atención a pacientes con VIH/SIDA, el 55,5% (71) un nivel de conocimiento malo. Por otro lado según la dimensión vías de transmisión se observa que del 100 % (128) de los estudiantes de estomatología encuestados el 43.8% (56) tienen un nivel de conocimiento bueno sobre atención a pacientes con VIH/SIDA, el 56,2% (72) un nivel de conocimiento malo. Así mismo según la dimensión bioseguridad, se observa que del 100 % (128) de los estudiantes de estomatología encuestados el 60,9% (78) tienen un nivel de conocimiento bueno sobre atención a pacientes con VIH/SIDA, el 39,1% (50) un nivel de conocimiento malo y por último en la dimensión atención del paciente, se observa que del 100% (128) de los estudiantes de estomatología encuestados el 56,3% (72) tienen un nivel de conocimiento bueno sobre atención a pacientes con VIH/SIDA y el 43,8% (56) un nivel de conocimiento malo.

Tabla 04: Nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA según dimensión sobre la enfermedad, vías de transmisión, bioseguridad y atención a pacientes en docentes de estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, 2018.

Dimensiones	Bueno		Malo		Total
	fi	%	fi	%	
Sobre la enfermedad	5	71,4	2	28,6	7
Vías de transmisión	7	100	0	0	7
bioseguridad	6	85,7	1	14,3	7
Atención al paciente	6	85,7	1	14,3	7

Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA, 2018

Figura 04: Nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA según dimensión sobre la enfermedad, vías de transmisión, bioseguridad y atención a pacientes en docentes de estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, 2018.



Fuente: tabla 04

En la tabla y figura 4, según la dimensión sobre la enfermedad, se observa que del 100% (7) de los docentes de estomatología encuestados el 71.4% (5) tienen un nivel de conocimiento bueno sobre atención a pacientes con VIH/SIDA, el 28,6% (2) un nivel de conocimiento malo. Por otro lado según la dimensión vías de transmisión se observa que del 100 % (7) de los docentes de estomatología encuestados el 100% (7) tienen un nivel de conocimiento bueno sobre atención a pacientes con VIH/SIDA. Así mismo según la dimensión bioseguridad, se observa que del 100 % (7) de los docentes de estomatología encuestados el 85,7% (6) tienen un nivel de conocimiento bueno sobre atención a pacientes con VIH/SIDA, el 14,3% (1) un nivel de conocimiento malo y por último en la dimensión atención del paciente, se observa que del 100% (7) de los docentes de estomatología encuestados el 85,7% (6) tienen un nivel de conocimiento bueno sobre atención a pacientes con VIH/SIDA, el 14,3% (1) un nivel de conocimiento malo.

VI. DISCUSIÓN

En la tabla y figura 1, se observa que del 100% (128) de los estudiantes de Estomatología encuestados, el 57.8% (74) tienen un nivel de conocimiento malo sobre atención a pacientes con VIH/SIDA y el 42,2% (54) un nivel de conocimiento bueno. Aun así este conocimiento permite compararlo con el estudio realizado por Quilcate A. el cual en su investigación denominada "Nivel de conocimiento de los estudiantes de estomatología de la universidad privada Antenor Orrego sobre la atención estomatológica en pacientes con VIH/SIDA. Trujillo – 2015" obtuvo un nivel de conocimiento regular. esta diferencia se debe a muchos factores como la falta de orientación específica sobre el tema tratado en los cursos donde se debe, la cantidad de alumnos que se encuentran en algunos cursos no permitiendo esto que la información sea recepcionada de manera correcta en todos por igual, también en el estudio de Quilcate especifica que a pesar de no poseer mucha orientación obtuvieron un nivel de conocimiento regular, por lo cual se puede suponer que el nivel de conocimiento malo de este estudio se debe a que también es a gran parte por el mismo estudiante que en diferente manera no tiene el ímpetu de estudiar e investigar por propia cuenta sobre temas de gran importancia no solo refiriéndose a este

En la tabla y figura 2, se observa que del 100% (7) de los docentes de Estomatología encuestados, el 85.7% (6) tienen un nivel de conocimiento bueno sobre atención a pacientes con VIH/SIDA y el 14.3% (1) un nivel de conocimiento malo. Este resultado coincide al compararlo con el estudio realizado por Dávila M, Gil M, denominado "nivel de conocimiento y actitud de los odontólogos hacia portadores de VIH/SIDA" donde el 60.4% reporto un nivel de conocimiento bueno y 29.2% un conocimiento regular

Los resultados obtenidos en la tabla y figura 3, según la dimensión sobre la enfermedad, se observa que del 100% (128) de los estudiantes de estomatología encuestados el 44,5% (57) tienen un nivel de conocimiento bueno sobre atención a pacientes con VIH/SIDA, el 55,5% (71) un nivel de conocimiento malo. Por otro lado según la dimensión vías de transmisión se observa que el 43.8% (56) tienen un nivel de conocimiento bueno sobre atención a pacientes con VIH/SIDA, el 56,2% (72) un nivel de conocimiento malo. Así mismo según la dimensión bioseguridad, el 60,9% (78) tienen un nivel de conocimiento bueno, el 39,1% (50) un nivel de conocimiento malo y por último en la dimensión atención del paciente, se observa que del 100% (128) de los estudiantes de estomatología encuestados el 56,3% (72)

tienen un nivel de conocimiento bueno sobre atención a pacientes con VIH/SIDA y el 43,8% (56) un nivel de conocimiento malo. Respecto a las dimensiones sobre la enfermedad y vías de transmisión difieren de lo encontrado por Rodríguez R. el cual en su tesis "nivel de conocimiento sobre la atención de personas con el VIH/SIDA en estudiantes del quinto año de la facultad de odontología de la universidad de Carabobo" demostró que los estudiantes tuvieron un nivel de conocimiento bueno, pero coincide en las dimensiones bioseguridad y atención del paciente, donde, al igual que esta investigación se encontró un nivel de conocimiento bueno.

Se puede dar una explicación a esta diferencia ya que en dicho estudio especifica los cursos correspondientes que se dictan en esta universidad, dándonos cuenta que se centran en cursos relacionados con el tema de esta problemática. Es por ello que los estudiantes tienen un conocimiento más completo del tema.

Con respecto a la tabla y figura 4, según la dimensión sobre la enfermedad, se observa que del 100% (7) de los docentes de estomatología encuestados el 71,4% (5) tienen un nivel de conocimiento bueno sobre atención a pacientes con VIH/SIDA, el 28,6% (2) un nivel de conocimiento malo. Por otro lado según la dimensión vías de transmisión se observa que 100% (7) tienen un nivel de conocimiento bueno sobre atención a pacientes con VIH/SIDA. Así mismo según la dimensión bioseguridad, se observa que del 100 % (7) el 85,7% (6) tienen un nivel de conocimiento bueno, el 14,3% (1) un nivel de conocimiento malo y por último en la dimensión atención del paciente, se observa que del 100% (7) de los docentes de estomatología encuestados el 85,7% (6) tienen un nivel de conocimiento bueno, el 14,3% (1) un nivel de conocimiento malo sobre atención a pacientes con VIH/SIDA. Estos resultados coinciden con el estudio de Rodríguez R., donde obtuvo un nivel de conocimiento adecuado (67,41%) en las diferentes dimensiones. Esta diferencia se debe a que en dicho estudio especifican que los docentes refieren que la información contenida en las asignaturas, talleres y prácticas respecto al VIH/SIDA es insuficiente, por lo cual se puede decir que los docentes del presente estudio logran cumplir con las expectativas necesarias para el mejor desarrollo de las actividades que imparten.

VII. CONCLUSIONES

- ✓ Los estudiantes de estomatología de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza 2018-I obtuvieron un nivel de conocimiento malo sobre la atención a pacientes con VIH/SIDA.
- ✓ Los docentes de estomatología de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza obtuvieron un nivel de conocimiento bueno sobre la atención a pacientes con VIH/SIDA.
- ✓ Los estudiantes de estomatología de la universidad nacional Toribio Rodríguez de Mendoza tienen un nivel de conocimiento malo sobre atención al paciente portador de VIH/SIDA según la dimensión sobre la enfermedad y vías de transmisión.
- ✓ Los estudiantes de estomatología de la universidad nacional Toribio Rodríguez de Mendoza tienen un nivel de conocimiento bueno con respecto a la atención del paciente con VIH/SIDA según la dimensión bioseguridad y atención del paciente.
- ✓ Los docentes de estomatología de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza obtuvieron un nivel de conocimiento bueno sobre la atención a pacientes con VIH/SIDA. Según las dimensiones sobre la enfermedad, vías de transmisión bioseguridad y atención del paciente.

VIII. RECOMENDACIONES

- ✓ Los docentes de la Escuela profesional de estomatología deben invertir más horas de clase en los cursos de microbiología, patología y medicina estomatológica y sus relacionados para el afianzamiento de los conocimientos sobre el diagnóstico, tratamiento, manifestaciones orales y protocolos de atención a pacientes con VIH/SIDA en los alumnos para reforzar sus conocimientos previos.
- ✓ Sugiero la creación de talleres y/o cursos en la escuela de estomatología de UNTRM de acuerdo a la investigación realizada, con el fin de obtener mayores conocimientos en esta problemática mundial y no tener deficiencia alguna al momento de la atención de pacientes con VIH/SIDA.
- ✓ Se sugiere la creación de una unidad de atención estomatológica específica para la atención de pacientes con esta condición de salud, lo que contribuiría con una mejor formación de los próximos egresados y mejora las condiciones de salud bucal de estos pacientes, además de contribuir a disminuir el fenómeno de discriminación hacia estos pacientes.
- ✓ Finalmente, recomiendo realizar estudios similares en esta y otras universidades de manera más profunda, con finalidad de contribuir con la formación académica.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta B, Pérez E, Mueses H, Pinzón E, Shor G. (2011). Actitud de los estudiantes en tres facultades de Odontología en Santiago de Cali, Colombia, frente a pacientes con VIH. *Acta Bioethica*. 2011 noviembre: pg. 20
- Amanqui, J. Avance de la infección por VIH. [En línea] 2009. (Citado el: 19 de Enero de 2015) Disponible en URL: <http://www.com/trabajos89/manual-prevencion-vih-sida-ets/manual-prevencion-vih-sida-ets.shtml>.
- Barraza, A. (2014). La ciencia y la filosofía del conocimiento. Aorxaca.org. Recuperado el 10 de Agosto de 2015, de http://www.aorxaca.org/investig/c_bibl_126.htm.
- Best, K. (2007). Información de la situación actual del adolescente. Recuperado de: <http://www.informacion-adolesc-situacion-/.com/>. Acceso 20/12/17
- Bunge, M. (1988). La ciencia y su método y filosofía. Buenos Aires: Siglo XX.
- Bunge, M. (2004). La investigación científica y su estrategia y su filosofía. 3era edic. Barcelona- España.
- Cáceres, R. Pruebas de diagnóstico del VIH. Disponible en URL: https://es.wikipedia.org/wiki/Western_blot.
- Carrasco, C. (2011). El cuidado humano reflexiones interdisciplinarias Uruguay: Helvencia Pérez
- Dávila, M. y Gil, M. (2007). Nivel de conocimiento y actitud de los odontólogos hacia portadores de VIH/sida. *Acta odontológica venezolana*, vol.45, no.2, p.234-239.
- Esquivel L, Fernández L, Magis C, (2008) Rechazo al paciente infectado por el VIH en la práctica odontológica. *ADM Mex* 2008; 65(4): 183 - 188.
- Eyssautier, M. (2006). Desarrollo de la inteligencia. Metodología de la investigación, México: Panamenia
- Femández, G. (2012). Prevención de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Recuperado de: [http://www.medwave.cllink.cgi/Med wave/Puesta, Dial APS/1919](http://www.medwave.cllink.cgi/Med_wave/Puesta_Dial_APS/1919) Acceso 20/12/17.
- Gómez R, Grimaldi A, Lara R, (2001). Conocimiento y actitudes de los odontólogos frente al SIDA. *Rev ADM*. México. 2001; 58(3): 85-89
- Gutierrez, S. (1999). Introducción a la filosofía" novena edición. Editorial esfinge

- Hartmann, N. (1921). "fundamentos de una metafísica del conocimiento". Manual moderno, Berlín
- Hernandez, S. (2008). "METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION" 3ERA EDICION. EDITORIA Mc. Graw Hill interamericana. México
- Hessen, J. (1926). "teoría del conocimiento" universidad de colonia, Alemania. Editorial EMU
- Higashida, B. (2002). Odontología Preventiva. Editorial Mc Graw Hill. 1era Edición. México.
- Lara, R. (2014). Intuición y conocimiento. Edit. Umbral. Buenos Aires. Argentina
- Mantilla, S. (2017). nivel de conocimiento y actitudes del cirujano dentista en el manejo del paciente portador de VIH/SIDA en la ciudad de Trujillo, 2017. Tesis para optar por el Título de Cirujano Dentista. Trujillo- Perú
- Martínez M, Rodríguez-Morales A.(2011) Conocimiento, actitudes y percepciones sobre VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual en estudiantes ingresados a odontología y medicina de una universidad venezolana. Rev Médica de Risalda. Venezuela
- Nieto, G. (2011). Estudio titulado "Nivel de conocimiento de los padres de familia acerca del crecimiento y desarrollo de sus hijos preescolares en el CEI Niño Jesús de Atoche - 2011".
- ONUSIDA (2017). Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. Disponible en. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
Acceso el 20 de diciembre del 2017
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Preguntas y respuestas sobre el VIH/SIDA. [En línea] Noviembre de 2014. (Citado el: 15 de 01 de 2015) Disponible en URL:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es>
- Praag E. y Tarantola D. (2001). Care Programs for People Living with HIV/AIDS. A Handbook for Program Managers and Decision-Makers. Arlington, VA: Family Health International.
- Prieto S. (1999). Actitud de los profesionales de la salud hacia los pacientes con SIDA. Med-ULA. Universidad de Los Andes. Disponible en <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/21745/1/articulo6.pdf> Consultado: 15 octubre del 2017.

- Quilcate A (2015). Nivel de conocimiento de los estudiantes de estomatología de la universidad privada Antenor Orrego sobre la atención estomatológica en pacientes con vih/sida. Trujillo - 2015. Tesis para optar por el Título de Cirujano Dentista. Trujillo-Perú
- RAE. Diccionario de la Real Academia Española. Recuperado de: <http://www.RAE.com.pe>
Acceso el 22/02/ 2014.
- RAE. Definición de Edad. Disponible en <http://drae2.es/?origen=RAE&LEMA=edad&IDLEMA=78323&NEDIC=Si> acceso el 28 mayo 2018
- Robles,T. Prueba de ELISA. Disponible en URL: <https://es.wikipedia.org/wiki/ELISA>
- Rodríguez, M. y Núñez, M. (2006). Propuesta para la creación de un servicio de atención odontológica integral para personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/ síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.
- Rojas I. (2011). Nivel de conocimiento y actitud de los Cirujanos Dentistas en la atención de pacientes con VIH/SIDA que laboran en el ministerio de salud y seguro social de salud de la provincia de Trujillo. Tesis Bachiller. Trujillo – Perú: Universidad Nacional de Trujillo; 2014.
- Ruiz P, Rodríguez A, Luengas E. (2015). Guia para la Atención Estomatológica en Personas con VIH. Censida, México. Disponible en: www.salud.gob.mx/censida.
- Salazar, A. (2008). El punto de vista filosofico. El conocimiento científico. Edit. Alce. Lima Perú.
- Santana, Y., Navas, R. y Morón, A, (2008). Condiciones de salud-enfermedad bucal en pacientes Adultos VIH/SIDA. Acta odontológica venezolana, jun. 2008, vol.46, no.2, pg.135-138.
- Supo, J. (2014). Seminarios de Investigación Científica. Sinopsis. Recuperado de: <http://seminariosdeinvestigacion.com/sinopsis>. Acceso el 03 /12/2014
- The Pan American Health Organization (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma-Ata. Disponible en. http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

Urrea, M. Monografias.com. [En línea] 3 de Noviembre de 2011. (Citado el: 23 de enero de 2015) Disponible en: <http://www.com/trabajos89/manual-prevencion-vih-sida-ets/manual-prevencion-vih-sida-ets.shtml>.

VELEZ, H. et al. “El VIH Fundamentos de medicina, Enfermedades infecciosas”, sexta edición 2004, Editorial corporación para investigaciones biológica, Francia, Pág.; 642

Wikipedia. Definición de Género.. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/G%C3%A9nero%28humano%29> acceso el 28 de mayo 2018

ANEXOS

ANEXO - 01

Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEM	CATEGORÍA		ESCALA	TIPO DE VARIABLE
					DIMENSION	VARIABLE		
Nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA	<p>Def. Conceptual: El conocimiento es una mezcla de experiencias, valores, información y “saber hacer” que sirve como marco para la incorporación de nuevas experiencias e información.</p> <p>Def. Operacional: Conocimientos de los alumnos de la EAP de estomatología sobre atención a pacientes con VIH/SIDA de acuerdo a la orientación recibida en dicha escuela Se medirá mediante un cuestionario de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA</p>	sobre la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostico - Tratamiento 	5	Bueno= 4-5 malo= 1-3	<p>Nivel de conocimiento bueno 11-20</p> <p>Nivel de conocimiento malo 1-10</p>	<p>Para Variable: Se utilizará la escala Ordinal</p> <p>Para los ítems: Se utilizará la escala dicotómica.</p> <p>Si = 1 No= 0</p>	Es una variable cualitativa
		Vías de transmisión	<ul style="list-style-type: none"> - Parenteral - Sexual - Vertical 	4	Bueno= 3-4 malo= 1-2			
		bioseguridad	<ul style="list-style-type: none"> - Precauciones universales - Uso de Barreras - Manejo de residuos 	5	Bueno= 4-5 malo= 1-3			
		atención del paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo del paciente 	6	Bueno= 4-6 malo= 1-3			

ANEXOS – 02

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN A PACIENTES CON VIH/SIDA

I. PRESENTACION: La presente cuestionario tiene por finalidad recabar información de las medidas del nivel de conocimiento de los estudiantes de Estomatología sobre atención a pacientes con VIH/SIDA. Lea cuidadosamente cada pregunta y responda con la mayor sinceridad y honestidad posible, la información que nos proporcione, nos dará valiosa información que beneficiara al presente estudio.

II. INSTRUCCIONES: A Continuación se presentan una serie de preguntas relacionadas con el tema, las mismas que se observarán detalladamente, y para lo cual marcará con un aspa (x) la respuesta que usted considere correcta. Marcar solo una respuesta por pregunta.

III. DATOS GENERALES:

- Edad: Sexo: M= () F = ()
- Ciclo académico:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD.			
1.	Todo paciente debe ser considerado como portador potencial de VIH.	SI	NO
2.	En actividades cotidianas hay riesgo de transmisión del virus del sida.	SI	NO
3.	Ser portador del VIH es sinónimo de estar enfermo.	SI	NO
4.	La candidiasis oral es una de las infecciones más frecuentes en los portadores del VIH y enfermos del sida.	SI	NO
5.	El tratamiento adecuado para la candidiasis oral en enfermos de SIDA y portador del VIH es la NISTATINA.	SI	NO
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE FORMAS DE TRANSMISIÓN.			
6.	Las relaciones sexuales y transfusiones son las únicas maneras de contraer o infectarse con el virus del SIDA.	SI	NO
7.	El VIH puede ser transmitido de la madre al niño durante el embarazo y/o lactancia.	SI	NO
8.	El VIH, a diferencia de otros agentes infecciosos, solo se transmite de una persona a otra por contacto directo con sangre o secreciones infectadas.	SI	NO
9.	Se puede contraer VIH por salpicadura de saliva en el ojo o en una herida expuesta.	SI	NO
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE BIOSEGURIDAD			

10.	Utiliza medidas de barrera (guantes, mascarilla, gafas) durante su atención odontológica.	SI	NO
11.	Se cambia los guantes entre paciente y paciente.	SI	NO
12.	Coloca los desechos en un recipiente adecuado.	SI	NO
13.	La solución clorada es una medida suficiente para la esterilización de materiales y equipos después de la atención odontológica a una persona portadora de VIH/SIDA.	SI	NO
14.	Es correcto esterilizar los instrumentos, dentro de una caja metálica cerrada en autoclave.	SI	NO
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE.			
15.	Ha recibido algún tipo de entrenamiento para el manejo de pacientes con VIH.	SI	NO
16.	Brindar atención odontológica continua a pacientes portadores del virus del SIDA es sinónimo de contagio.	SI	NO
17.	El motivo de consulta odontológica de portadores del VIH y enfermos con SIDA es la caries.	SI	NO
18.	Las enfermedades de la cavidad bucal de los portadores de VIH y enfermos de SIDA deben ser tratadas por el odontólogo en su consulta.	SI	NO
19.	Al sufrir heridas o punciones accidentales se debe recibir tratamiento profiláctico para el SIDA aun desconociendo el estado serológico del paciente.	SI	NO
20.	La conducta a seguir al sufrir una punción o cortadura accidental con un objeto utilizado con un enfermo de SIDA o portador de VIH, es el lavado cuidadoso con agua y jabón y buscar atención especializada.	SI	NO

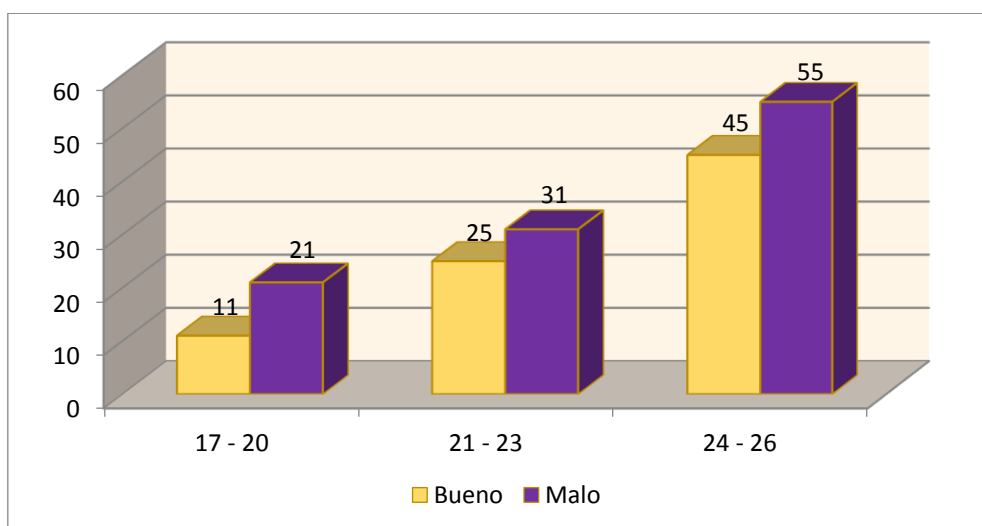
ANEXOS - 03

Tabla 05: Nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA en estudiantes de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas – 2018, según edad

Edad Del Estudiante	Bueno		Malo		Total
	fi	%	fi	%	
17 - 20	11	34,4	21	65,6	32
21 - 23	25	44,6	31	55,4	56
24 – 26	18	45	22	55	40
Total	54	42,2	74	57,8	128

Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA, 2018

Figura 05: Nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA en estudiantes de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas – 2018, según edad



Fuente: Tabla 5

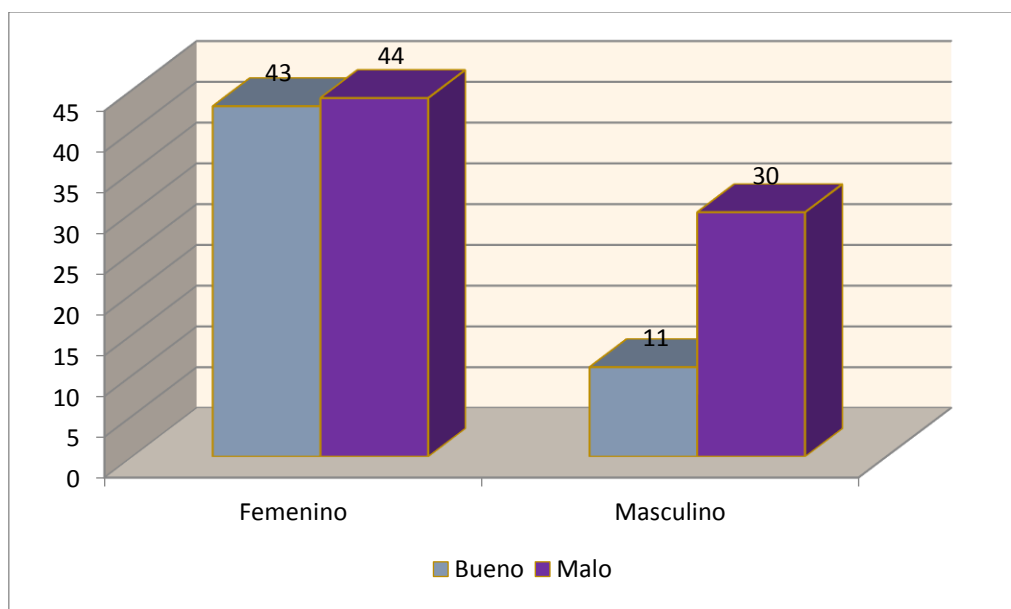
ANEXOS - 04

Tabla 06: Nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA en estudiantes de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas – 2018, según sexo

Edad Del Estudiante	Bueno		Malo		Total
	fi	%	fi	%	
Femenino	43	49,4	44	50,6	87
Masculino	11	26,8	30	73,2	41
Total	54	42,2	74	57,8	128

Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA, 2018

Figura 06: Nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA en estudiantes de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas – 2018, según sexo



Fuente: Tabla 6

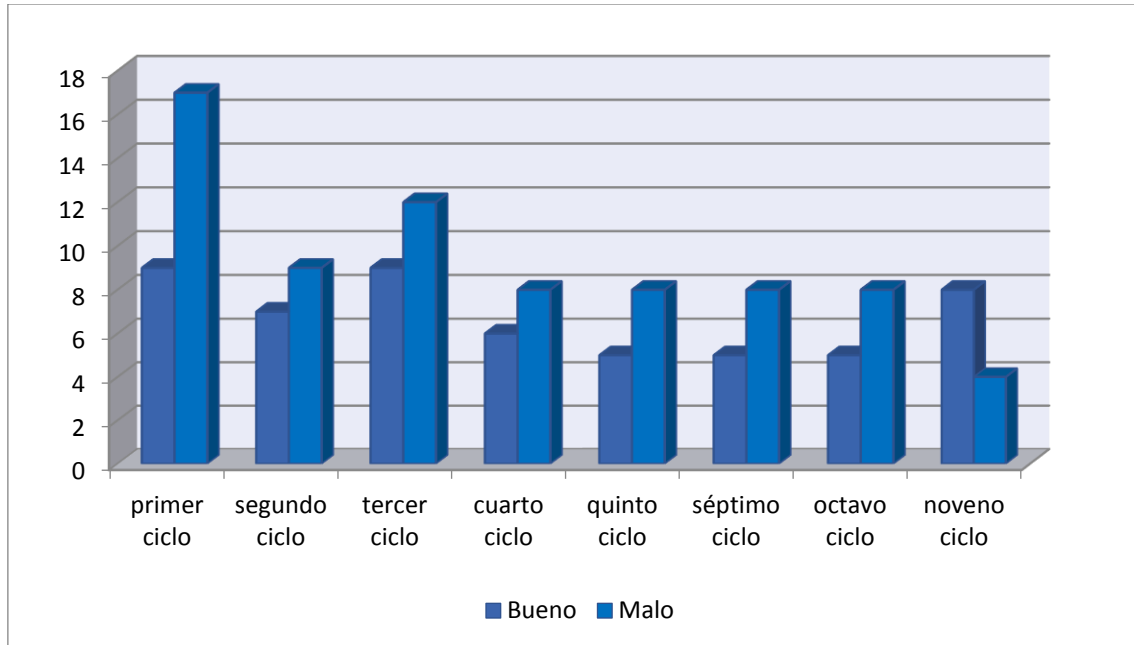
ANEXOS – 05

Tabla 07: Nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA en estudiantes de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas – 2018, según ciclo de estudios.

Ciclo Académico Del Estudiante	Bueno		Malo		Total
	fi	%	fi	%	
primer ciclo	9	34,6	17	65,4	26
segundo ciclo	7	43,8	9	56,2	16
tercer ciclo	9	42,9	12	57,1	21
cuarto ciclo	6	42,9	8	57,1	14
quinto ciclo	5	38,5	8	61,5	13
séptimo ciclo	5	38,5	8	61,5	13
octavo ciclo	5	38,5	8	61,5	13
noveno ciclo	8	66,7	4	33,3	12
Total	54	42,2	74	57,8	128

Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA, 2018

Figura 07: Nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con VIH/SIDA en estudiantes de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas – 2018, según ciclo de estudios



Fuente: Tabla 7