

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

UNIDAD CENTRAL

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



Universidad de El Salvador

Hacia la libertad por la cultura

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LA POBLACIÓN
SEXUALMENTE ACTIVA DE 20 A 39 AÑOS SOBRE LAS INFECCIONES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL/VIH-SIDA, UCSF-I ZACATECOLUCA 2015”**

Informe final presentado por:

Salvador Antonio Barahona Rodríguez

Guillermo Ernesto Blandón González

José Alberto Carranza Coto

Para optar al título de:

DOCTORADO EN MEDICINA

Asesor:

Dra. Blanca Margarita Cruz de Miranda

San Salvador, Octubre 2015

AGRADECIMIENTOS

A Dios primeramente, por la oportunidad de alcanzar este punto de nuestras vidas, por los triunfos y momentos difíciles que nos enseñaron a valorar que en la vida no hay grandes recompensas sin grandes sacrificios.

Gracias a nuestros padres por su atención, esfuerzo y motivación a lo largo de nuestra carrera, y a quienes han velado por nosotros durante este arduo camino.

Gracias, a la Dra. Blanca Margarita Cruz de Miranda por su paciencia, dedicación, motivación y aliento que permitieron finalizar con éxito nuestra investigación para optar al grado de Doctorado en Medicina. Ha sido un privilegio poder contar con su ayuda y guía.

Gracias al director y al personal de salud de USCF- I Zacatecoluca en especial al Dr. Victorino Coto y Dr. Valencia por su sabiduría, la buena disposición mostrada, y el apoyo incondicional a lo largo de todo el proceso de investigación.

Gracias a las personas que, de una manera u otra han sido claves en nuestras vidas, en lo personal a nuestros hermanos y familiares, gracias a los que nos guiaron en esta larga aventura que hoy nos recompensa con el privilegio de convertirnos en médicos de El Salvador.

ÍNDICE

I-	Resumen.....	v
II-	Introducción.....	vi
III-	Objetivos.....	vii
IV-	Marco Teórico.....	8
V-	Relación conocimiento, las actitudes y las prácticas sexuales.....	12
VI-	Conocimiento de las infecciones de transmisión sexual.....	13
VII-	Actitudes sexuales ante las ITS.....	15
VIII-	Estudios de actitudes en mujeres frente a las ITS-VIH/SIDA.....	16
IX-	Estudios de actitudes en hombres frente a las ITS-VIH/SIDA.....	18
X-	Prácticas sexuales ante las ITS.....	19
XI-	Prevención de ITS.....	22
XII-	VIH/SIDA.....	23
XIII-	Sífilis.....	28
XIV-	Tricomoniasis.....	29
XV-	Herpes Genital.....	30
XVI-	Clamidiasis.....	31
XVII-	Gonorrea.....	32
XVIII-	Condilomatosis Genital.....	33
XIX-	Chancro Blando.....	33
XX-	Vaginosis Bacteriana.....	34
XXI-	Diseño Metodológico.....	36
	a. Tipo De Investigación.....	36
	b. Periodo de investigación.....	36
	c. Universo y muestra.....	36
	d. Variables.....	38
	e. Operacionalización de variables.....	39

f. Fuentes de información.....	45
g. Técnicas de obtención de la información.....	45
h. Cuestionario como herramienta para la obtención de información.....	45
i. Procesamiento y análisis de la información.....	46
j. Consideraciones Éticas.....	47
k. Control de sesgo.....	47
XXII- Resultados.....	48
XXIII- Discusión.....	89
XXIV- Conclusiones.....	101
XXV- Recomendaciones.....	103
XXVI- Referencias Bibliográficas.....	104
XXVII- Anexos.....	107
XXVIII- Glosario.....	123

I. RESUMEN

El presente trabajo de investigación se ha desarrollado con el fin de determinar los conocimientos, actitudes y prácticas del grupo etario de 20 a 39 años sexualmente activos, sobre las ITS-VIH/SIDA, así como caracterizar los aspectos socio demográficos de la población y establecer la relación porcentual que existe entre los conocimientos, actitudes y prácticas. Es un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, el cual se desarrolló en el período comprendido de junio a julio de 2015.

La información se recolectó mediante entrevistas a los pacientes que cumplían los criterios de inclusión del estudio, los sujetos fueron seleccionados mediante la técnica de muestreo aleatorio sistemático hasta completar la muestra de 297.

La investigación reflejó que la mayoría de la población de la UCSF-I de Zacatecoluca pertenece al sexo femenino (65.65%), siendo las edades de 25-29 años las que alcanzaron una mayor frecuencia (39.06%), mientras que los hombres representaron el 35.35% y la mayor frecuencia de edades se ubicó entre los 30-35 años (34.29%).

La percepción de riesgo para adquirir una ITS fue mayor en el sexo masculino (75.0%) en el área urbana y (54.55%) a nivel rural.

La ITS más conocida es el VIH/SIDA en el área urbana representando en ambos sexos el 100%, pero con una diferencia en el área rural donde el 81.82% de los hombres y 90.32% de las mujeres lograron identificarla.

Existe una relación directamente proporcional entre los conocimientos sobre ITS-VIH/SIDA con las actitudes y prácticas sexuales; ya que a mayor conocimiento sobre las formas de transmisión y prevención de las ITS, la población presentó actitudes y prácticas de menor riesgo. De la población que demostró conocimiento que el sexo oral es una práctica de riesgo el 54.17 % de los hombres y 64.86% de las mujeres no realizaron dicha práctica. Por otro lado los que respondieron que la fidelidad es una práctica que previene ITS el 96.15% de los hombres y 94.12% de las mujeres tenían una actitud adecuada.

II. INTRODUCCION

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) conforman una serie de patologías que se caracterizan debido a que la vía sexual-genital es su principal forma de transmisión, con manifestaciones en los órganos genitales externos e internos, a nivel extra genital y sistémicos. Por tanto su prevención, atención y control son fundamentales para contribuir a la salud sexual y reproductiva de la población, así como para prevenir y controlar la epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). En El Salvador el análisis de los datos generados por el Ministerio de Salud (MINSAL) sobre las ITS en el período 2007-2010(1) indica que cada año se realizan entre 9,500 y 12,500 atenciones por ITS, y la mayoría de estas atenciones se da entre las edades de 20-39 años.

La Encuesta Nacional de Salud Familiar, recopilo información sobre la salud sexual, y estimo que la ITS más conocida por la población fue el VIH/SIDA, seguida por la gonorrea y la sífilis; dicha encuesta hace notar que un 8% en el área urbana y un 13% en el área rural creen que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) tiene cura, además casi un 70% de los hombres y 60% de las mujeres no se consideran en riesgo de adquirir dicha enfermedad y refiere que solo un 20% utilizó el preservativo recientemente, lo cual implica un riesgo alto de transmisión en la población.(2)

La presente investigación determinó que los conocimientos, actitudes y prácticas de la población entre las edades de 20-39 años que consultaron en la UCSF-I Zacatecoluca (Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia), de manera que esta información posibilite la disminución de la vulnerabilidad en la propagación de las diferentes ITS y principalmente el VIH. Al investigar sobre los conocimientos, las actitudes y las prácticas se contribuye a la prevención y control del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, por medio de propuestas que puedan ser de utilidad en las intervenciones de los programas educativos.

III. OBJETIVOS GENERAL

- ✓ Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que tiene la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS-VIH/SIDA que consulta la UCSF-I Zacatecoluca, en el periodo de junio a julio 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar los aspectos sociodemográficos que tiene la población sexualmente activa de 20-39 años que consulta la UCSF-I Zacatecoluca, en el periodo de junio a julio 2015.
- ✓ Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tiene la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA.
- ✓ Establecer la relación porcentual del nivel de conocimientos sobre las ITS/VIH-SIDA en las actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años.

IV. MARCO TEÓRICO

Las infecciones de transmisión sexual están comprendidas dentro del grupo de afecciones contagiosas que se propagan principalmente por contacto sexual. En la actualidad han cobrado auge, debido al desconocimiento de los adultos sobre las mismas y por el inicio temprano de las relaciones sexuales. Por estas razones, los adultos constituyen un grupo ideal para la promoción de salud en ambos sexos. (22)

Las ITS-VIH/SIDA constituyen un grave problema de salud a nivel mundial, lo que resulta preocupante si se considera que los adolescentes y adultos jóvenes son los grupos más vulnerables para padecer estas infecciones.

Las ITS representan una epidemia actual del comportamiento humano, es por eso que la prevención y la promoción de salud en esta esfera rebasan los marcos de la salud para ser un problema y una responsabilidad de todos los sectores de la sociedad. Los adultos jóvenes pueden frenar la pandemia. Para que lo logren, es preciso que en todos los niveles y sectores de la sociedad se sumen a los compromisos y se realicen acciones para asegurar que ellos posean los conocimientos, actitudes y prácticas para prevenir las ITS-VIH/SIDA.

Cada día, más de 1 millón de personas a nivel mundial contraen una ITS. Se estima que, anualmente, unos 500 millones de personas contraen alguna de las cuatro infecciones de transmisión sexual siguientes: clamidiasis, gonorrea, sífilis o tricomoniasis. Más de 530 millones de personas son portadoras del virus que provoca el herpes genital tipo 2 (HSV2). Más de 290 millones de mujeres están infectadas con el virus del papiloma humano (VPH). (2) Algunas ITS pueden triplicar con creces el riesgo de infección con el VIH. Más allá del efecto inmediato de la infección en sí misma, las ITS pueden tener consecuencias graves, entre ellas la transmisión de infecciones y enfermedades crónicas de la madre al niño. La farmacorresistencia, especialmente en relación con la gonorrea, es un obstáculo importante que dificulta la reducción de las ITS en todo el mundo. (22)

Se calcula que cada año se tratan más de 340 millones de casos nuevos curables de ITS entre hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años; la mayor proporción se observa en Asia meridional y sudoriental, seguida por el África subsahariana y por América Latina y el Caribe. También se producen todos los años millones de infecciones de transmisión sexual atribuibles principalmente a VIH, herpes virus humanos, papilomavirus humanos y virus de la hepatitis B. A escala mundial, todas estas infecciones suponen una inmensa carga sanitaria y económica, especialmente para los países en desarrollo, en los que representan el 17% de las pérdidas económicas provocadas por la falta de salud. (22)

La infección por el virus del herpes simple de tipo 2 es la principal causa de úlceras genitales en los países en desarrollo. Los datos procedentes del África subsahariana muestran que el 30% al 80% de las mujeres y el 10% a 50% de los varones están infectados. Entre las mujeres de América Central y América del Sur, la prevalencia de este virus varía entre el 20% y el 40%. En los países asiáticos en desarrollo, la prevalencia en la población general se encuentra entre el 10% y el 30%.

En los Estados Unidos de América, la prevalencia de la infección viral entre personas de 14 a 49 años es del 19%, y en todo el mundo, las tasas de seropositividad son uniformemente mayores entre las mujeres que entre los hombres y aumentan con la edad. La infección por el virus del herpes simple de tipo 2 desempeña un papel importante en la transmisión del VIH. Un estudio realizado en Mwanza (República Unida de Tanzania) mostró que el 74% de las infecciones por VIH entre varones y el 22% entre mujeres podían atribuirse a la presencia del virus del herpes simple de tipo 2. (3)

A finales de 2010, se estima que 34 millones de personas estaban viviendo con el VIH a nivel mundial, incluyendo 3,4 millones de niños menores de 15 años. Hubo 2,7 millones nuevas infecciones por el VIH en 2010.

A nivel mundial, el número anual de nuevas infecciones por el VIH sigue disminuyendo, aunque hay una variación regional en África subsahariana, donde la mayoría de las nuevas infecciones por el VIH viven, se estima que 1,9 millones de personas se infectaron en 2010. Éste fue un 16% menor que el estimado de 2,2 millones de nuevas infecciones por el VIH en 2001 y un 27% menos que el número anual de personas nuevas infectadas entre 1996 y 1998, cuando la incidencia del VIH en África subsahariana alcanzó su punto máximo en general.

El número anual de personas que mueren por causas relacionadas con el VIH/SIDA en todo el mundo está disminuyendo de manera constante desde un máximo de 2,2 millones en 2005 a un estimado de 1,8 en 2010. El número de personas que mueren por causas relacionadas con el SIDA comenzó a declinar en el período 2005-2006 en el África subsahariana, sur y sureste Asia y el Caribe y ha continuado posteriormente.

Las epidemias de VIH en América Latina son en general estable. El número total de personas que vivían con el VIH en esta región continúa creciendo y alcanzó 1.5 millones en 2010, frente a los 1,3 millones en 2001. Este aumento se debe en parte al aumento en el número de personas que viven con VIH que reciben terapia antirretroviral, lo que ha ayudado a reducir el número anual de personas que mueren de SIDA de 67 000 en 2010, debajo de un máximo de 83,000 en 2001-2003. Más de un tercio (36%) de los adultos que vivían con el VIH en esta región en 2010 eran mujeres. (4)

Si se compara en términos mundiales, la epidemia del VIH en las Américas se encuentra relativamente controlada. Según estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las Naciones Unidas sobre SIDA (ONUSIDA), la infección por VIH afectaba a 1 de cada 200 adultos de 15 a 49 años de edad en América del Norte y América Latina a finales del Siglo XX. La tasa de prevalencia era de alrededor de 0,56%. En el Caribe, esa tasa es casi cuatro veces más alta, y se piensa que 1,96% de los adultos del grupo de edad sexualmente activos viven actualmente con el VIH. Mientras la subregión del Caribe ocupa el segundo lugar en cuanto a la magnitud de la infección por VIH, sus tasas aún se encuentran por debajo de

las de África al Sur del Sahara, donde 1 de cada 12 adultos está infectado por el virus que produce el SIDA.

Centroamérica tiene, en la actualidad, más de 25 mil personas contagiadas por SIDA y más de 200 mil portadores del VIH, según estadísticas de ONUSIDA. Honduras se sitúa a la cabeza de los países más afectados por esta enfermedad.

Más de 17 mil infectados y 25 mil portadores del VIH viven en Honduras. Una de las ciudades más afectadas en el país vecino, es San Pedro Sula. Guatemala se ubica en el segundo lugar con más de 3 mil 58 enfermos de SIDA; le sigue Panamá con 2 mil 800 casos de SIDA, Costa Rica presenta mil 727 casos y, en último lugar, Nicaragua con más de 500. El número de afectados por SIDA no deja de incrementarse cada día.

Según ONUSIDA, la prevalencia de VIH en El Salvador para el año 2008 en la población de 15 a 49 años fue de 0.8 por ciento. Sin embargo, en ese año cada día se detectaba entre 5 y 6 casos nuevos en El Salvador y durante el año se registraron 2,115 casos nuevos de personas con VIH y 340 defunciones asociadas al SIDA. (4)

En El Salvador, el análisis de los datos generados por el (MINSAL) sobre las ITS, en el período 2007-2010, indica que cada año se realizan entre 9,500 y 12,500 atenciones de primera vez por ITS, y entre 5,000 y 6,000 atenciones subsecuentes. Con relación a la distribución geográfica de las ITS, la misma fuente establece que un poco más de la tercera parte de las ITS, hasta 35.7% son diagnosticadas en San Salvador, seguido por La Libertad, San Miguel y Santa Ana, donde los porcentaje de ITS, respecto al total, son cercanos al 10% en cada departamento.(1)

El Sistema de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-SIDA (SUMEVE) estima que la situación actual de VIH e ITS en El Salvador, de la población de 20-35 años presenta la mayor cantidad de casos acumulados para el periodo de 2008-2013, San Salvador registra las tasas acumuladas combinadas (hombres y mujeres) más elevadas con 214, en segundo lugar Sonsonate con 188 casos y en tercer lugar La Paz con 149 casos. (23)

Según el VI censo de población 2007 (Ver anexo 1), el departamento de La Paz presenta 308,087 personas en total, de los cuales 5.4% del total de la población de El Salvador con una extensión territorial en Km de 21, 223.6 y una densidad de 252 personas por Km². El total de población masculina es de 111,096 personas, lo que representa 48.0% y la población total femenina del departamento de La Paz es 120,384 mujeres, lo que representa el 52.0%.(5)

En el municipio de Zacatecoluca se cuenta con una población 65,826 personas, dentro de los cuales 31,343 son hombres y 34,483 mujeres, donde un 64% del total de la población que equivale a 42,127 personas corresponde al área urbana. En el municipio de Zacatecoluca se observó que la mayor tasa de población se encuentra entre 18 a 59 años, con 31,784 personas. (5) (Ver anexo 2 y 3)

V. RELACIÓN CONOCIMIENTO, LAS ACTITUDES Y LAS PRÁCTICAS SEXUALES

En el ámbito de los estudios de salud sexual y reproductiva, las actitudes suelen estudiarse dentro del contexto de sus interrelaciones con el conocimiento y las prácticas de un individuo. Dentro de este esquema tridimensional, la actitud se concibe como algo que media e interviene entre los aspectos del ambiente externos (estímulos) y las reacciones de la persona, o sea, sus respuestas evaluativas manifiestas.

Sin embargo, con esto no se quiere decir que existe una asociación unidireccional entre el conocimiento, las actitudes y las prácticas, si no que la dinámica de cada uno de los elementos mencionados se encuentra determinada, y determina a su vez, a los otros dos componentes. Lógicamente estos procesos no operan en el vacío, sino que sus interacciones tienen lugar en el contexto de formaciones socio históricas concretas.

Siendo la actitud una disposición interna, su generación se encuentra asociada con procesos fisiológicos y psicológicos. Dentro de estos últimos, sobresale el proceso cognitivo de categorización, mediante el cual se atribuye al objeto actitudinal un

determinado significado evaluativo. Es este conocimiento del objeto lo que se denomina el componente cognoscitivo.

Conocimiento como conjunto de ideas que proviene de una construcción basada en aquello que nos interesa y que se compone de elementos que provienen en primer lugar de las ideas previas que se van juntando en nuestra percepción tanto consciente como inconsciente del mundo. (24)

VI. CONOCIMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

En Julio de 2003 se publicó la Encuesta de Salud Familiar (FESAL) donde se planteaban los siguientes resultados:(25)

Conocimiento de ITS

A través de encuestas realizadas a hombres de 15 a 59 años se indagaron los conocimientos sobre las ITS que estos poseían; se observó, con la excepción del VIH/SIDA donde un 98% lo ha escuchado, que los datos indican un alto desconocimiento de la mayoría de las ITS. Los que conocían otras infecciones, la más reconocida fue la gonorrea (79.9%), seguida por sífilis (77.9%), mientras que las menos reconocida fue clamidiasis con (9.4%). Se observó que los hombres de las áreas urbanas tienen mayores conocimientos sobre las ITS que los hombres del área rural. (Ver anexo 4)

En el caso de las mujeres de 15 a 49 años, la encuesta de FESAL 2008 demostró que casi la totalidad de las mujeres 99% ha oído hablar del VIH-SIDA, sin mayor variación por área de residencia. Entre las otras ITS, la más reconocida fue gonorrea 65%, seguida por la sífilis 59% y el herpes genital 50%, mientras que ITS menos reconocidas fueron, tricomoniasis 18% y clamidiasis con 15%. (6) (Ver anexo 5)

Conocimiento del VIH/SIDA

Se observó que a nivel nacional, el 98% de los hombres reconoce la existencia del VIH/SIDA, pero sólo el 71.6% de ellos lo mencionó en forma espontánea. El conocimiento espontáneo del VIH/SIDA es más alto entre los hombres que viven en las áreas urbanas que entre los que viven en el área rural.

Se observó que el 13.6% de los hombres de 15 a 59 años de edad cree que existe cura para el SIDA, cifra que asciende del 8.7% en el área metropolitana de San Salvador (AMSS), al 12.1% en las otras áreas urbanas, llegando al 16.4% en el área rural.

A todos los hombres de 15 a 59 años de edad que han oído hablar del VIH/SIDA se les preguntó si a su juicio el uso de los condones es seguro para evitar el VIH/SIDA. El 58% considera que es seguro, pero a diferencia de los indicadores anteriores, los hombres que viven en el AMSS son los que menos confían en la seguridad del uso de los condones para evitar la transmisión del VIH (49%). El porcentaje mayor que no logró responder a la pregunta corresponde al área rural (11.5%). A pesar de ello en el área rural es donde más confían en la seguridad del condón para evitar el VIH (61.3%).

Entre los indicadores que la ONUSIDA propone para investigar el conocimiento del VIH/SIDA, consiste en la identificación de las tres formas de prevención de su transmisión sexual: La abstinencia sexual, la fidelidad y el uso de condones en todas las relaciones sexuales. Sólo el 46.3% de los hombres conoce las tres formas en conjunto. La forma específica de evitar la transmisión del VIH más conocida por los hombres es “la fidelidad” (91.3%), cifra que baja al 73.5% para “la abstinencia sexual” y al 62% para el “uso de condones en todas las relaciones sexuales”. (Ver anexo 6)

Este patrón resulta similar independientemente del área de residencia de los hombres, sólo el 5.2% de los hombres mencionó espontáneamente “no usar jeringas usadas por personas infectadas con el VIH”, y sólo el 3.5% “no usar transfusiones inseguras”, en cuanto a conceptos erróneos el 26.2% de los hombres niega que la picada de un mosquito o zancudo sea un mecanismo de transmisión del VIH/SIDA, el 46.6% niega que puede infectarse al usar cubiertos utilizados por alguien que tiene el SIDA y el

83.7% está de acuerdo con la afirmación que “una persona puede estar infectada del virus del SIDA y no presentar síntomas”.

La proporción de mujeres de 15 a 49 años de edad que conoce las tres formas en conjunto (60.2%) es 14 puntos porcentuales mayor que la cifra encontrada para los hombres. Se observó que contrario a lo encontrado entre los hombres, el mayor conocimiento de las tres formas de prevención del VIH en conjunto se encuentra entre las mujeres del AMSS (69.1%) que en el área rural (54.3%).

En cuanto a los aspectos específicos que se incluyen en el indicador del conocimiento general del VIH, el mayor conocimiento corresponde a que la fidelidad mutua puede proteger contra el virus 97%, seguido por “el uso de condones en todas las relaciones sexuales” 80%. Los conocimientos sobre que una persona de aspecto sano puede portar el VIH resultó, muy similar al uso de condones 78%, pero resulta menor la negación de conceptos erróneos en cuanto a compartir utensilios, como cucharas, tenedores, platos o vasos 63% y sobre la transmisión a través de picadas de mosquitos o zancudos 40%. Datos específicos en La Paz, determinaron que el 85.8% negaron que el VIH se pudiera transmitir mediante un beso, el 91.1% por tomar de la mano a alguien con VIH. (6)

Los hallazgos indicaron que la ausencia de conocimiento erróneo sobre el VIH/SIDA resulta ser el doble entre los hombres con respecto a las mujeres.

En resumen, tanto entre los hombres como entre las mujeres en edad fértil de El Salvador, existe un desconocimiento considerable sobre el VIH/SIDA. Las mujeres presentan mayor conocimiento que los hombres sobre las tres formas de prevención del VIH, pero los hombres presentan menos conocimiento erróneo sobre el VIH/SIDA que las mujeres. Ambas situaciones se traducen en necesidades insatisfechas de información, educación y comunicaciones para combatir la epidemia.

VII. ACTITUDES SEXUALES ANTE LAS ITS (7)

Definición de actitud

Una de las definiciones de actitud más aceptada es la de Allport:

“Actitud es un estado de disposición mental o neural, organizado a través de la experiencia y que ejerce una influencia directa o dinámica sobre la respuesta del sujeto”. En esta definición queda de manifiesto un triple componente en la actitud y en el que sí hay generalmente consenso.

Este triple componente sería:

1. **Componente cognitivo.** Se incluyen todas las informaciones que la persona tiene sobre el objeto de la actitud. La forma en que lo percibe y, además, el conjunto de creencias y conocimientos en torno al mismo. Al hablar de Sexualidad este componente alude a los conocimientos, en sentido amplio, que se tiene sobre la misma. A la percepción de la Sexualidad como tal, y al conjunto de creencias asociadas a ella.
2. **Componente afectivo - evaluativo.** Se refiere a la valoración positiva o negativa que la persona hace sobre el objeto de la Actitud. Si lo considera bueno o malo. En la actitud sexual incluye la valoración positiva o negativa de la Sexualidad. El agrado o desagrado. La aceptación o el rechazo. Este componente de la actitud es al que más atención se le ha prestado en Educación Sexual. Olvidando, en algunos casos, que este es sólo un componente de la actitud global, este componente se manifiesta en los sentimientos, estados de ánimo y emociones vinculadas con el objeto de la actitud.
3. **Componente conductual.** La intención de conducta de la persona ante el objeto. Aquello que probablemente haría ante él. En la actitud sexual sería la guía de conducta sexual del sujeto. El filtro que propone y predispone a efectuar determinadas conductas o, por el contrario, a no hacerlas.

VIII. Estudios de actitudes en mujeres frente a las ITS-VIH/SIDA (25)

La percepción del riesgo de adquirir el VIH/SIDA, puede ser determinante en el comportamiento sexual y las medidas que las mujeres y los hombres adopten para protegerse.

La encuesta realizada acerca de los conocimientos del VIH/SIDA entre mujeres de 15 a 49 años, resultó que 55.6 % de las mujeres considera que no tiene riesgo personal de adquirir el VIH/SIDA y el 26.3 % cree que tiene algún riesgo. Las mayores proporciones de mujeres que consideran que tienen riesgo, viven en el área urbana (31.1 %), tienen 10 o más años de escolaridad (35.7 %) o son del nivel socioeconómico alto (32.9 %). No se observan mayores variaciones según edad, y actividad sexual. Aproximadamente 1 de cada 5 mujeres no pudo dar una respuesta.

Las razones por las cuales las mujeres perciben que tienen riesgo de adquirir el VIH/SIDA. El 22.7 % declaró que “su pareja pasa mucho tiempo fuera” y el 9.4 % mencionó que “su pareja tiene más parejas”. Estas dos razones son más importantes para las mujeres del área rural, las mayores de 24 años de edad, las que tienen poca o ninguna educación formal, quienes pertenecen al nivel socioeconómico bajos.

En el caso particular de las mujeres casadas o unidas es conveniente mencionar que el 14.3% hizo alusión directa a la infidelidad al responder que “su pareja tiene más parejas sexuales” y que el 40.2 % lo hizo en forma indirecta al responder que “su pareja pasa mucho tiempo fuera” del hogar. Un 18.4 % dijo que “no tiene relaciones sexuales” y fue la razón reportada con mayor frecuencia por las solteras (47.9 %), y desde luego por las que no tienen experiencia sexual (57.1 %). Otro 16.2 % dijo que “no tiene pareja sexual” y fue la razón más mencionada por las mujeres separadas, viudas o divorciadas (46.9 %).

El 11.6 % relaciona VIH/SIDA a las transfusiones y contacto con sangre, como razón para pensar que tiene algún riesgo de infectarse, el 3.8 % declaró que “no sabe cómo protegerse” y otro 8.1 % piensa que tiene algún riesgo de adquirir el VIH/SIDA, pero no sabe identificar el factor o causa principal. Los factores asociados a la transmisión sanguínea (transfusiones o contacto con sangre, por su ocupación o contacto con instrumentos y el uso de jeringas ya utilizadas), fueron razones más mencionadas por las mujeres sin experiencia sexual (39 %) en comparación con las que no estuvieron activas sexualmente en el trimestre previo a la entrevista (25 %).

IX. Estudios de actitudes en hombres frente a las ITS-VIH/SIDA (25)

La encuesta sobre la percepción del riesgo personal, a todos los hombres de 15 a 59 años de edad que han escuchado del VIH/SIDA, la mayoría de ellos (67.7 %) considera que no tiene riesgo personal de adquirir el VIH/SIDA. El 27.2 % cree que tienen algún riesgo, mientras que el 5.1 % no supo dar una respuesta categórica. El porcentaje que percibe tener algún riesgo varía del 35.1 % en el área metropolitana, al 21.4 % en el área rural.

La proporción de mujeres que perciben algún riesgo personal de adquirir el VIH (26.3 %) resulta ser muy similar a la encontrada entre los hombres al nivel de país, pero la proporción que no lo percibe resulta ser 12 puntos porcentuales menor que entre los hombres (55.6 %).

Las razones por las cuales los hombres perciben que tienen riesgo de adquirir el VIH/SIDA. Al nivel nacional, el 51.2 % declaró que “uno no sabe con quién se junta”, y otro 2.7 %, dijo “porque todos estamos expuestos”, los hombres piensan que no tienen riesgo de adquirir el VIH/SIDA y que no percibe riesgo personal, el 39.2 % declaró que “tiene una sola pareja sexual” y el 3.1 % dijo que “conoce bien a su pareja” Prácticamente 1 de cada 10 declaró directamente la infidelidad.

Un 7.5 % mencionó como razón de riesgo algún medio no documentado para la transmisión (como usar cubiertos o algunas pertenencias personales utilizadas por alguien con el VIH/SIDA). El riesgo por transmisión sanguínea fue reportado por el 7.4 %.

El 3.1 % declaró que “no usa condones en todas las relaciones sexuales” y que sólo el 3.7% reportó que tiene relaciones sexuales con mujeres trabajadoras comerciales del sexo (MTS). 18.5 % que mencionó que “no tiene relaciones sexuales con desconocidas/os”, no necesariamente es fiel. El 16.1 % reportó no tener relaciones

sexuales o no tener pareja sexual y el 12.9 % declaró que “no tiene relaciones sexuales con MTS”

X. PRACTICAS SEXUALES ANTE LAS ITS (26)

En la actualidad los psicólogos en general creen que la socialización es el destino y que la mayor parte de las diferencias entre hombres y mujeres surgen primero de actitudes y prácticas sociales. Cualquiera que sea la razón o las razones, los sexos difieren en su lucha para definir la identidad.

Prácticas: Forma de actuar de la persona o de grupos sobre determinados tópicos de la vida social, que sirven de mecanismo sociales de rechazo o aceptación de algo determinado socialmente

Prácticas Sexuales

Las prácticas sexuales son patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles.

Conducta y Prácticas Sexuales de Riesgo

Al hablar de conducta sexual, definida ésta; como el conjunto de actitudes que tienden a estimular el erotismo personal y de la pareja, debe distinguirse de la conducta sexual de riesgo. Así, se considera la conducta sexual de riesgo como la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades de transmisión sexual, o generar una situación de embarazo no deseado (Espada, Quiles y Méndez, 2003). Según esta definición podemos establecer como prácticas sexuales de riesgo el sexo oral, el coito vaginal y el anal, la promiscuidad y el consumo de drogas (incluida alcohol) dado de forma concomitante a estas prácticas.

Práctica Sexual Sin Riesgo

La expresión “práctica sexual sin riesgo” se emplea para especificar las prácticas y comportamientos sexuales que reducen el riesgo de contraer y transferir ITS, en particular el VIH. El comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar. La persona que practica un comportamiento sexual responsable no pretende causar daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación.

Edad de inicio de las Relaciones Sexuales

La edad de inicio de la actividad coital guarda relación con el riesgo de exponerse a una ITS; iniciar las relaciones sexuales a temprana edad tiene un riesgo mayor de presentar una infección genital. En adolescentes que inician relaciones coitales de forma precoz, se observa un alto nivel de actividad sexual, poco uso de anticonceptivos, alta tasa de embarazos no planeados y de ITS, incluyendo la infección por VIH. Los adolescentes se vuelven sexualmente activos por muchas razones: ampliar la intimidad, buscar nuevas experiencias, probar su madurez, mantenerse al nivel de sus compañeros o hallar un alivio ante las presiones de su entorno.

Masturbación

La masturbación o auto estimulación sexual es la primera experiencia sexual para la mayoría de la gente. No es una práctica universal aunque, se ha investigado poco pero se ha observado que esta práctica ha ido en aumento.

Prácticas preventivas y conductas de riesgo.

El SIDA es una enfermedad incurable y mortal que afecta a hombres, mujeres y niños(as) de cualquier clase social en todos los países del mundo. La percepción del riesgo de adquirir el VIH, puede ser determinante en el comportamiento sexual y las medidas que las mujeres y los hombres adopten para protegerse, así como para la

reducción del nivel de estigma y discriminación que muchas personas le consideran más letal que el mismo virus.

Uso de la prueba del VIH

Una de las principales prácticas saludables para la prevención y control de la epidemia, es la prueba para determinar la seropositividad al VIH, la cual se brinda en forma gratuita en los establecimientos públicos de salud. En este contexto es importante mencionar el impacto de la campaña del “Día Nacional de la Prueba de VIH”. En la campaña del año 2007 se tomó 54,619 pruebas y 55,016 en el año 2008, encontrando 378 y 307 pruebas reactivas, respectivamente, lo que representa un promedio de 0.65 por ciento de seropositividad.

En la encuesta de Salud Familiar FESAL 2008 (6) del total de mujeres en edad fértil, el 39.1 % reportó que se había hecho la prueba del VIH en alguna oportunidad. Sin embargo, sólo el 28.6 % reportó que se la hizo en forma voluntaria y que recibió el resultado. El 72 % de las mujeres en estado de embarazo se hicieron la prueba del VIH durante el mismo y que el 64.7 % se lo hizo voluntariamente y recibió el resultado.

Del total de mujeres de 15 a 49 años de edad que tuvo su última relación sexual durante el año previo a la entrevista, el 8 % reportó que usó el condón en esa ocasión. Esta cifra descende del 11.6 % entre las mujeres de 15 a 24 años, al 8.7 % en el grupo de 25 a 34 y baja al 5.2 % al grupo de 35 a 49 años. Según región de salud varía del 5 % en la occidental al 12 % en la región Metropolitana.

Entre las mujeres que reportaron que su última relación fue con el cónyuge, el 5.2 % usó el condón en esa ocasión, pero entre quienes la tuvo con otra pareja sexual fue del 21.1 %. Cabe aclarar que en general, las mujeres que reportaron que su última relación fue con una persona que no cohabita o no es su cónyuge, son mujeres solteras, separadas, viudas o divorciadas.

Un indicador de riesgo potencial de transmisión del VIH, es la proporción que tiene relaciones sexuales sin estar en unión conyugal o con personas que no cohabitan. Del total de mujeres de 15 a 49 años, el 17.5 % reportó que su última relación sexual en el año previo a la entrevista, la tuvo con su pareja con la cual no cohabita. Esta cifra varía del 13.7 % en el área rural al 20.5 % en la urbana.

XI. Prevención de ITS (8)

Las siguientes indicaciones minimizan la posibilidad de adquirir infecciones de transmisión sexual y aumentan las oportunidades de lograr un buen tratamiento en caso de contagio con alguna de ellas:

- Chequeos médicos regulares. Todas las personas sexualmente activas requieren pruebas específicas dirigidas al diagnóstico de ITS.
- Conocer a su pareja. Entre más selectivo sea, menos probabilidades se tiene de estar expuesto a una ITS. Mientras mejor se conozca a la persona con quien se mantienen relaciones, mayor es la posibilidad de que le informe sobre los problemas médicos que pueda tener. La fidelidad es la mejor medida de prevención.
- Evitar relaciones sexuales con múltiples parejas, personas promiscuas y drogadictos.
- Practicar “sexo seguro” evitar la actividad que incluya intercambio de fluidos corporales. Utilizar condones de látex durante la relación sexual, sexo oral y sexo anal.
- Aprender los síntomas de las ITS: Flujo vaginal o peneano, inflamación; prurito o dolor en áreas genital o anal, dolor al orinar, dolor durante las relaciones sexuales, granos, ampollas, protuberancias, dolor en la parte baja del abdomen o en los testículos, fiebre y ganglios inflamados.
- Búsqueda de atención médica inmediata en caso de presentar alguno de los síntomas descritos.

- Evitar el contacto sexual si sospecha una ITS en su pareja. La abstinencia es la medida preventiva más confiable.
- La prevención por los especialistas se enfoca en la abstinencia, fidelidad y el uso del condón. Conocido como el ABC por sus siglas en inglés.

Uso del Condón: La vía sexual es la principal forma de transmisión de la infección por VIH. Se conoce que alrededor del 80% de las infecciones por VIH se dan por esta vía. Los métodos anticonceptivos de barrera modifican el riesgo de infección y, en consecuencia, el uso del condón reduce notablemente la posibilidad de transmisión y adquisición de la enfermedad. La práctica sexual sin preservativo es una situación que coloca a las personas en alto riesgo de infección por ITS.

XII. VIH/SIDA

El VIH fue descubierto en 1983 dos años después de que fueran descritos los primeros casos de SIDA. Este es un lentivirus (de la familia Retroviridae), causante del SIDA, el cual 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 y también se ha visto reducida su capacidad citotóxica hacia el virus. Este fenómeno coincide con el aumento en las tasas de replicación del virus, que merma la capacidad de reacción del anfitrión ante otros agentes causantes de enfermedades. De esta manera, el portador del virus es presa potencial de numerosas infecciones oportunistas que le pueden conducir a la muerte.

Se han identificado dos tipos de VIH: el VIH-1, que es el más predominante a nivel mundial; y el VIH-2, que se presenta más comúnmente en el África occidental. Ambos causan el SIDA y se transmiten de la misma manera, si bien el VIH-2 lo hace con mayor dificultad y con una progresión más lenta a SIDA.

El VIH para replicarse utiliza en su ciclo de vida tres enzimas: la transcriptasa reversa, la integrasa y la proteasa. La replicación induce la muerte de los linfocitos T CD4 lo que

causa la inmunodeficiencia celular. El VIH también afecta a los linfocitos B, responsables de la inmunidad humoral, lo que hace que la inmunodeficiencia por el VIH sea mixta: celular y humoral. (9)

Transmisión (9)

Las tres principales formas de transmisión son:

Sexual (contacto sexual sin protección). La transmisión se produce por el contacto de secreciones infectadas (semen, secreciones vaginales) con la mucosa genital, rectal u oral de la otra persona. Esta es la vía de transmisión más frecuente del VIH en El Salvador (86.3 %), con predominio de las relaciones heterosexuales.

Sanguínea. Es una forma de transmisión a través de jeringas contaminadas que se da por la utilización de drogas intravenosas o a través de los servicios salud, la infección puede ocurrir por un accidente de trabajo, así como en una herida que entra en contacto con sangre contaminada; también durante la realización de piercings, tatuajes y escarificaciones y transfusión.

Perinatal. En ausencia de tratamiento y lactancia, aproximadamente un 25% de niños nacidos de madres infectadas con VIH contraen la infección. Cuando este tipo de transmisión ocurre la transmisión intrauterina es responsable de 25-40% del total de la transmisión materno infantil, el parto es responsable de 60-75% de la transmisión y la lactancia materna tiene un riesgo de transmisión de VIH al producto de un 10-16%.

A nivel mundial, incluyendo El Salvador, la transmisión sexual es la principal forma de transmisión del VIH a través de las tres prácticas sexuales de riesgo:

- Coito anal
- Coito vaginal
- Felación (estimulación del pene con la boca).

Aunque no es posible cuantificar el riesgo para cada encuentro sexual particular, el riesgo de infección con el VIH estimado a través de modelos matemáticos y para cada prácticas sexual entendiendo como receptivo el hombre o mujer que pone la cavidad (recto, boca o vagina) e insertivo el hombre que pone el pene en la cavidad, es:

- Coito anal receptivo 1:30 a 1:100
- Coito anal insertivo: 1:1000
- Coito vaginal receptivo: 1:1000
- Felación receptiva con eyaculación 1:1000
- Coito vaginal insertivo: 1:10,000

Cuando teóricamente es posible la transmisión del VIH mediante el cunnilingus (estimulación de la vulva y clítoris con la boca), este acto sexual no se considera una práctica de riesgo por lo relativamente reducido de la exposición de la mucosa bucal a las secreciones vaginales infectadas en esta cavidad.

La mujer, al poder realizar el rol receptivo en las tres prácticas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH (coito anal, coito vaginal y felación), tiene por razones anatómico-biológicas más riesgo de adquirir sexualmente el VIH que el hombre.

Diagnóstico: La infección por VIH se diagnostica mediante pruebas específicas de detección de anticuerpos. El tiempo que pasa desde que una persona se infecta con el VIH hasta que una prueba de detección convencional se vuelve positiva o reactiva se llama período de ventana y dura de 6 semanas a 6 meses.

El SIDA es la etapa final de la infección por el VIH y su diagnóstico es por pruebas serológicas de detección del VIH y clínico. El tiempo que pasa desde la infección por el VIH hasta el apareamiento de los síntomas del SIDA es el período de incubación que puede durar de 6 a 10 años. (9)

El conteo de Linfocitos CD4 normal es de 600-1500 células/mm³. Teniendo en cuenta que en promedio una persona con infección por VIH sin afecciones oportunistas pierde 50 cel. /mm³ por año, aquellos que tengan conteos de CD4 mayores a 350 cel.

/mm³ podrían ser monitorizados con conteos de CD4 1 o 2 veces al año según sus niveles al momento del diagnóstico. (10)

Manifestaciones clínicas.

Cuando el VIH infecta a una persona, puede dar lugar a síntomas y signos que se presentan de una a seis semanas después de la infección y duran de dos a seis semanas. Cuando se presentan, estos síntomas iniciales son inespecíficos y similares a los de una infección vírica, como la gripe. (11)

Entre esas manifestaciones iniciales están:

- Fiebre.
- Adenopatías.
- Odinodisfagia.
- Lesiones cutáneas.

Con el progreso de la enfermedad se pueden presentar:

- Linfadenopatías generalizada persistente.
- Pérdida de peso moderada (menor al 10%) inexplicable.
- Infecciones de vías respiratorias altas recurrentes.
- Ulceras orales recurrentes.
- Erupciones papulares pruriginosas.
- Dermatitis seborreica.
- Onicomicosis.

Manifestaciones clínicas del SIDA (12)

- Pérdida de peso severa (mayor del 10%) inexplicable.
- Diarrea crónica inexplicable por más de 1 mes.
- Fiebre persistente inexplicable, constante o intermitente, por más de 1 mes.
- Estomatitis, gingivitis o periodontitis.

- Candidiasis oral persistente.
- Leucoplasia vellosa oral.
- Enfermedades oportunistas (Tuberculosis pulmonar, Neumonías atípicas o recurrentes, histoplasmosis, etc.).
- Sarcoma de Kaposi.

Prevención

Preservativos: El uso correcto y sistemático de preservativos masculinos y femeninos durante la penetración vaginal o anal puede proteger contra la propagación de enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la infección por el VIH. Los datos demuestran que los preservativos masculinos de látex poseen un efecto protector ya que no tienen poros y previenen la transmisión de VIH hasta en un 98%. Las roturas son menores al 2% y en la mayoría de los casos son por uso incorrecto del condón. (9)

Pruebas de detección y asesoramiento en relación con el VIH y las ITS: La realización de pruebas de detección del VIH y otras ITS está altamente recomendada para todas las personas expuestas a cualquiera de los factores de riesgo, de modo que puedan conocer su estado y, llegado el caso, acceder sin demora a los oportunos servicios de prevención y tratamiento.

Circuncisión masculina: se cree que reduce el riesgo de infección por VIH, por estudios realizados por la OMS. Esta diferencia puede ser consecuencia del incremento de la susceptibilidad a las ITS de tipo ulcerosas en hombres no circuncidados, así como a otros factores como micro traumatismos del prepucio y el glande. Además, el tejido de la cara interna del prepucio está muy vascularizada y tiene elevada densidad de células de Langerhans y grandes cantidades de células T CD4, macrófagos y otras células que pueden ser afectadas por VIH. (18)

XIII. SÍFILIS

La **sífilis** es una infección de transmisión sexual crónica producida por la bacteria espiroqueta *Treponema pallidum*, subespecie *pallidum*. (14)

Transmisión

Se transmite casi exclusivamente por vía sexual, aunque el contacto con exudados de lesiones tempranas, la hemotransfusión y el contacto casual con secreciones altamente infectivas también pueden transmitirlo. En los recién nacidos se transmite por vía transplacentaria. Alrededor del 30% de las personas que tienen actividad sexual sin protección con una persona con lesiones contrae sífilis. El periodo de incubación desde la exposición hasta la enfermedad inicial oscila entre 3 semanas y 3 meses.

Manifestaciones clínicas

Sífilis Primaria: Pueden observarse los complejos de inoculación (chancros) hasta un 70% de los infectados, su duración es breve. Manifestaciones clínicas cardinales son:

- Úlceras en genitales, periné, región anorrectales o cavidad oral.
- Adenopatía regional indolora sin periadenitis.
- Síndrome infeccioso inespecífico.

Sífilis Secundaria: Entre 1-5 semanas después de la curación de la lesión primaria.

- Exantema generalizado, maculopapular o pustular.
- Condilomas planos.
- Placas orales o cutáneas.
- Úlceras en mucosas.
- Alopecia en parches.
- Síndrome febril.
- Adenopatías generalizadas.
- Uveítis, sinovitis, osteítis.
- Meningitis, nefritis.

Sífilis latente: Si la enfermedad no se diagnostica ni se trata puede permanecer asintomática en forma indefinida, dicha etapa se divide en: temprana, que se extiende hasta 2 años después de la infección primaria, y la sífilis latente tardía, que se manifiesta luego de 24 meses.

Sífilis terciaria: cerca del 30% de los pacientes no tratados al cabo de 2 a 3 años del contagio desarrollan esta etapa.

- Lesiones destructivas focales de cualquier tejido u órgano.
- Aneurisma aórtico.
- Insuficiencia aórtica.
- Meningitis.

XIV. TRICOMONIASIS (15)

Infección de transmisión sexual caracterizada por la infección del aparato urogenital causada por protozoos de la especie *Trichomonas vaginalis*.

Mecanismo de transmisión

El protozoo *Trichomonas vaginalis* se suele transmitir a través de las relaciones sexuales. Su incidencia es mayor en mujeres con múltiples parejas sexuales. Puede ser transmitida a los neonatos en su pasaje por el canal del parto en un porcentaje del 2 a 17%.

Manifestaciones clínicas

Periodo de incubación varía de 5 a 28 días, los síntomas se comienzan o se empeoran durante el período menstrual. Los hombres normalmente infectados son asintomáticos. Sin embargo, puede aislarse de la uretra en el 5-15% de los casos.

- Leucorrea de color amarilla de aspecto “espumoso”, fétida.
- Disuria.
- Dispareunia.
- Prurito vulvar.

- Eritema vulvar.

Al examen de genitales:

- Paredes vaginales inflamadas, cuello congestionado.
- Colpitis macular “cuello en fresa”.
- Epididimitis.
- Ulceración superficial en el pene.

XV. HERPES GENITAL

Enfermedad infecciosa inflamatoria de tipo vírico, causada por el virus herpes simple, o virus herpes hominis, de tipo I (VHS-1) que afecta orofaringe y la piel de la cara. El de tipo II (VHS-2) que se presenta más frecuentemente en zona genitourinaria y anal. Actualmente no existe cura definitiva para el herpes. (16)

Mecanismo de transmisión

El virus se transmite vía oral por la saliva, vía sexual mediante secreciones vaginales y por contacto con el líquido de la lesión.

Manifestaciones clínicas

El herpes genital suele estar provocado por el VHS-2, aunque también puede deberse a la infección por el VHS-1 en el 10% de los casos. En los hombres las lesiones suelen localizarse en el glande o en el cuerpo del pene y ocasionalmente en la uretra. El cuadro clásico, es una lesión (vesícula) transparente situada sobre una base eritematosa, que posteriormente progresa para dar lugar a lesiones pustulosas, úlceras y lesiones costrosas. En las mujeres las lesiones pueden aparecer en la vulva, la vagina, el cuello uterino, la zona perianal o el interior de los muslos, y a menudo van acompañadas de prurito y secreción vaginal mucoide. Las lesiones en ambos casos suelen ser dolorosas y la infección primaria puede ir acompañada de fiebre, malestar general, mialgias y adenitis inguinal, que son síntomas de la viremia transitoria. (17)

XVI. CLAMIDIASIS (18)

ITS de origen bacteriano causada por la colonización, al nivel de los órganos genitales de varones y mujeres, de la bacteria intracelular Gram-negativa *Chlamydia trachomatis*.

Mecanismo de transmisión

El reservorio es exclusivamente humano; la transmisión es directa, por vía sexual. La transmisión puede ser a través del canal del parto. La clamidiasis es asintomática en la mayoría de casos; sin embargo, son dos los cuadros clínicos más frecuentes asociados a la infección por esta bacteria: uretritis no gonocócica y la cérvico-vaginitis.

Manifestaciones clínicas

Uretritis no gonocócica. Es el proceso inflamatorio de origen infeccioso localizado en la uretra masculina, denominada no gonocócica por tener signos y síntomas similares a la uretritis por gonococo, pero en ausencia del mismo. Presenta los siguientes signos y síntomas:

- Presencia de secreción de característica mucinoide, o mucopurulento.
- Disuria.
- Prurito uretral.
- Eritema del meato.

Cervico-vaginitis. Es un proceso inflamatorio de origen infeccioso del cérvix principalmente, pero que también suele comprometer la cavidad vaginal, es reconocido también como mucocervicitis purulenta. Puede presentarse de forma asintomático, y por ello permanecer latente en la mujer por periodos de meses y hasta años, los signos y síntomas más frecuentes de este cuadro son:

- Secreción muco-purulenta que proviene del cuello uterino, de color amarillento.
- Dispareunia.
- Disuria.
- Sangrado intermenstrual.

El examen con un espéculo vaginal permitirá apreciar edema del cuello uterino, la presencia del exudado mucopurulento a través del orificio cervical, la ectopia cervical y la tendencia al sangrado frente al menor trauma.

XVII. GONORREA

Es provocada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* o gonococo, cuyo huésped específico es el ser humano. Afecta principalmente las mucosas del aparato genital y urinario, pero también puede afectar la conjuntiva ocular, la faringe y el recto. (19)

Mecanismo de transmisión

El reservorio es humano exclusivamente. La transmisión es directa por vía sexual. La transmisión vertical puede ser prenatal por vía ascendente (rotura de membranas) o congénita. Los factores de riesgo son relaciones sexuales sin protección, múltiples parejas sexuales, antecedentes gonocócicos, otras ITS y uso de drogas.

Manifestaciones clínicas

Los síntomas en el varón suelen aparecer entre los 2 y los 5 días después de haber contraído la enfermedad. Entre los más habituales se encuentra:

- Secreción uretral de carácter mucoso y tono blanquecino, claro, purulento, grueso y amarillento.
- Disuria.
- Dolor e inflamación testicular.

La gonorrea puede causar otras complicaciones secundarias como la uretritis y la prostatitis. Muy rara vez se manifiesta esta infección bacteriana de forma asintomática en el varón.

En las mujeres, la infección suele provocar:

- Dolor de forma sintomática.

- Secreción vaginal.
- Polaquiuria.
- Disuria.
- La expansión hacia las trompas de Falopio puede producir dolor en la zona baja del abdomen, fiebre, náusea, etc.

XVIII. CONDILOMATOSIS GENITAL

Causada por el virus del papiloma humano (VPH). Los papilomavirus infectan y se replican en el epitelio escamoso de la piel (verrugas) y membranas mucosas (papiloma genital oral y conjuntival). Las verrugas genitales (condilomas acuminados) aparecen casi exclusivamente en el epitelio escamoso de los genitales externos y la región perianal. Alrededor de un 90% de los casos se debe a una infección por VPH-6 y VPH-11. Estas lesiones raramente se tornan neoplásicas. (20)

Mecanismo de transmisión

Se transmite al mantener relaciones sexuales por vía oral, genital o anal.

Manifestaciones clínicas

Las lesiones usualmente, presencia de verrugas en la vulva, región perianal y en el tracto vaginal. Ocasionalmente pueden sangrar por el roce o llegar a infectarse localmente.

Evolución natural de la infección: El 50% de las infecciones nunca se hacen aparentes y se dice que las lesiones desaparecen solas en periodos variables de tiempo

XIX. CHANCRO BLANDO

También chancroide, es causada por una bacteria Gram negativa llamada *Haemophilus ducreyi*. El período de incubación oscila entre 1 día y 2 semanas. (21)

Mecanismo de transmisión

El chancro se transmite de dos maneras:

- La transmisión sexual a través del contacto piel a piel con una herida abierta.
- La transmisión por medio de auto inoculación cuando se hace contacto con el líquido purulento de la úlcera.

Manifestaciones clínicas

Se presenta una lesión papular a nivel genital que luego forma una úlcera dolorosa en menos de 24 horas, de bordes irregulares, tiene una base cubierta con material gris amarillento y puede sangrar fácilmente con el roce. Conjuntamente con las lesiones a nivel genital aparecen adenopatías inguinales. La mayoría de los hombres afectados presentan sólo una úlcera, en tanto las mujeres tienen con frecuencia varias. Las partes más afectadas en los hombres son el prepucio, el surco balanoprepucial, el cuerpo del pene, mucosa del glande, meato uretral y el escroto. En las mujeres se localiza habitualmente en los labios mayores, en ocasiones en espejo, y con menor frecuencia los labios menores, perineo y la parte interna de los muslos.

XX. VAGINOSIS BACTERIANA

Definida como la infección de los tejidos vaginales con una gran variedad de bacterias se ha considerado un síndrome con etiología polimicrobiana, dentro de los que destacan *Gardnerella vaginalis*.

Dentro de los factores de riesgo que predisponen al paciente a padecer vaginosis se encuentran que la incidencia es mayor en las mujeres que en los hombres, principalmente de edad reproductiva de todos los grupos raciales, otros factores son el uso de estrógenos, anticonceptivos orales, antibióticos sistémicos, tener múltiples parejas sexuales, además de una nueva relación sexual monógama; aunque la vaginosis es considerada una enfermedad de transmisión sexual no se encuentra del todo sustentada debido a que puede existir en mujeres vírgenes o por colonización rectal.

Los signos característicos encontrados son una secreción blanca o blanca-grisácea que se percibe generalmente después de la relación sexual, descarga vaginal excesiva, el olor fétido aminado (pescado) a causa de la producción de aminas por las múltiples bacterias

de la vagina que puede ser más marcado después de la relación sexual sin protección debido a que el flujo seminal alcalino favorece más el olor. Las pacientes presentan ocasionalmente prurito vulvar (58%), molestias vaginales o una dispareunia.

XXI. DISEÑO METODOLÓGICO

A) TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El diseño que se utilizó en el estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal, que tuvo como objetivo determinar los conocimientos, actitudes y prácticas del grupo etario de 20 a 39 años sexualmente activo, sobre las ITS-VIH-SIDA en la UCSF-I de ZACATECOLUCA.

B) PERIODO DE INVESTIGACION

Durante el periodo de junio a julio de 2015.

C) UNIVERSO Y MUESTRA

El municipio de Zacatecoluca cuenta con una población 65,826 personas, dentro de los cuales 31,343 son hombres y 34,483 mujeres, donde un 64% del total de la población que equivale a 42,127 personas corresponde al área urbana. En el municipio de Zacatecoluca se observó que la mayor tasa de población se encuentra entre 18 a 59 años, con 31,784 personas. En la UCSF-I Zacatecoluca entre las semanas epidemiológicas 15-18 de 2015, se brindaron 1,868 consultas, con un promedio de 467 consultas semanal; el 35% que equivale a 163 consultas, se atribuyen a pacientes entre las edades de 20 a 39 años. Por lo que se estimó, que la población de estudio en los 2 meses de investigación (163X8), fue 1,304 personas, por tal razón se procedió a calcular una muestra con la siguiente formula.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

N = 1304

Z = 1,96 desviación típica estándar

$e = 0.05$ error esperado

$p=0.5$ probabilidad de éxito

$n=$ se desconoce

Sustituyendo valores

$$n = (1304) (1.96)^2 (0.5) (1-0.5)$$

$$(1304 - 1) (0.05)^2 + (1.96)^2(0.5) (1-0.5)$$

$$n = 296.9 = \mathbf{297}$$

La muestra fue de 297 personas entrevistadas, durante dos meses de investigación, con un promedio de 8 encuestas diarias. Para seleccionar los pacientes de estudio se utilizó la técnica de muestreo aleatorio sistemático, el en cual se seleccionó un individuo al azar y a partir de él, se seleccionaron a intervalos constantes, hasta completar la muestra. El intervalo de selección fue igual a la división entre la población ($N= 1304$) y la muestra que se obtuvo ($n=297$) $k=N/n$, el cual equivalió a 4. Se seleccionó aleatoriamente como intervalo de arranque el número 2 y a partir de este se fue sumando el intervalo calculado, para obtener el paciente a entrevistar. Los pacientes que fueron seleccionados cumplieron los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSION FUERON:

- Pacientes entre las edades de 20 a 39 años.
- Pacientes que residieran en Zacatecoluca y que consultaran la UCSF-I de ZACATECOLUCA.
- Pacientes sexualmente activos.
- Pacientes que consultaron entre los meses de junio a julio de 2015.
- Aceptación de los/as pacientes a colaborar en el estudio.

- Pacientes que fueran a ser sometidos al cuestionario por primera vez.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes fuera del rango de edades de estudio: 20 a 39 años.
- Pacientes que consultaron la UCSF ZACATECOLUCA pero no residían en Zacatecoluca.
- Pacientes sin inicio de actividad sexual.
- Pacientes que consultaran fuera del periodo de investigación de junio a julio de 2015.
- No aceptación de los/as pacientes a colaborar en el estudio.
- Pacientes que hubieran sido sometidos al cuestionario previamente.

D) VARIABLES

- Conocimientos sobre las ITS-VIH/SIDA de los pacientes sexualmente activos de 20-39 años que consultaron en la UCSF Zacatecoluca.
- Actitudes de los pacientes sexualmente activos de 20-39 años que consultaron en la UCSF Zacatecoluca.
- Prácticas de los pacientes sexualmente activos de 20-39 años que consultaron en la UCSF Zacatecoluca.

E) OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Sub dimensiones	Indicadores
Conocimientos sobre las enfermedades de transmisión sexual	Las ITS son un conjunto de entidades clínicas infectocontagiosas que se transmiten de persona a persona solamente por medio de contacto íntimo que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales, incluyendo el sexo vaginal, el sexo anal y el sexo oral.	Entidades clínicas que se caracterizan porque la vía sexual-genital es su principal forma de transmisión, con manifestaciones en los órganos genitales externos e internos, a nivel extra genital y sistémico.	Entidad clínica	Tipos de ITS.	Sífilis
					Gonorrea
					VIH/SIDA
					Vaginosis bacteriana
					Condiloma
					Tricomoniasis
					Clamidiasis
					Chancro
				VIH/SIDA	Prueba de VIH
					Síntomas

			Vía sexual-genital.	Formas de transmisión	Vertical
					Sexual
					Transfusiones
					Contacto directo
				Otros.	
				Medidas de Prevención	Abstinencia
					Fidelidad
					Uso de Preservativo
			Otros.		
			Órganos genitales externos e internos	Síntomas de ITS	Fiebre
					Secreción Vaginal o Uretral
					Ulceras en genitales
Dolor y ardor					

					Otros
				Obtención de los conocimientos sobre la ITS	Medios de Comunicación
					Boletines
					Clínica VICITS
					UCSF
					Charlas
					Otros.
				Sexo	Masculino
					Femenino
				Área	Rural
					Urbana
				Estado civil	Soltero
					Casado

					Divorciado
					Unión libre
					Viudo
				Nivel académico	Básica
					Secundaria
					Universitaria
					Ninguna
Prácticas de los pacientes activos sexualmente de 20-39 años que utilizan la UCSF de Zacatecoluca.	Patrones de actividad sexual individuales o grupales que expresan la conducta de la sexualidad.	Patrones de actividad sexual de individuos o grupos de personas que expresan la sexualidad sobre determinados tópicos de la vida	Patrones de actividad sexual	Edad de inicio de las relaciones sexuales	<10 años
					11-15 años
					16-20 años
					21-25 años
					26-30 años
					>30 años

				Número de parejas sexuales	Única
					Múltiples
			Individuos	Tipo de relación sexual	Única
					Múltiple
			Tópicos de vida social	Tipos de relaciones	Coitales
					No coitales
			Prácticas y conductas Sexuales		Penetración Vaginal
					Penetración Anal
					Felación
					Cunnilingus
			Circunstancia de Inicio de relaciones		Novio/a o Esposo/a
					Familiares
					Amigos/as
					Otros

Actitudes de los pacientes activos sexualmente de 20-39 años que utilizan la UCSF-I de Zacatecoluca.	Son una organización, relativamente estable, de creencias acerca de un objeto o situación que predispone al sujeto para responder preferentemente en un determinado sentido	Creencia o situaciones sexuales que predispone al sujeto a responder a un determinado sentido.	Sexualidad	Orientación Sexual	Homosexual
					Heterosexual
					Bisexual
				Identidad sexual	Gay
					Transexual
					HSH
			Actitudes sexuales	Conductas sexuales de riesgo	Promiscuidad
					No usar preservativo
				Conductas sexuales sin riesgos	Fidelidad
					Uso preservativo
			Abstinencia		

F) FUENTES DE INFORMACION

Primaria: Información vertida por las personas en estudio.

Secundaria: Expediente clínico.

G) TECNICAS DE OBTENCION DE LA INFORMACION

Entrevista: fue ejecutada por los investigadores o médicos voluntarios que desearon participar en la ejecución de la misma, los resultados de la presente investigación se obtuvieron a través del uso de una encuesta (ver anexo 7). Las preguntas fueron compuestas de tal forma que las respuestas ofrecieran dos condiciones imprescindibles, el ser excluyentes y exhaustivas para que de esta forma en el instrumento, no existiera confusión. Las preguntas del instrumento fueron estructuradas de la siguiente forma:

1. Datos generales.
2. Conocimientos de los pacientes sobre las ITS-VIH/SIDA.
3. Actitudes de la población en estudio.
4. Prácticas de la población en estudio.

PRUEBA PILOTO

Con el propósito de validar la funcionalidad del instrumento utilizado en la investigación, se realizó una prueba piloto, la cual se ejecutó en 8 pacientes de la UCSF-I de Zacatecoluca que cumplieran con los criterios de inclusión. Los sujetos de la prueba fueron elegidos con forme a los criterios de selección de la muestra. A estos individuos se les aplicó el mismo instrumento, logrando los objetivos propuestos.

H) ENCUESTA COMO HERRAMIENTA PARA LA OBTENCION DE INFORMACIÓN

Recursos Humanos: Investigadores del presente documento y otras personas que colaboraron de forma indirecta en el documento.

Recursos Materiales: Se utilizó como material didáctico, papel bond, lapiceros, con el cual se realizó el instrumento de investigación, así como material educativo e investigaciones previas.

D) PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION

Se realizó la tabulación de los resultados por medio del programa Microsoft Excel, utilizando las herramientas de fórmulas para la facilitación del procesamiento de los datos. Una vez tabulado los datos, se precedieron al análisis de estos y se realizó las representaciones gráficas respectivas.

Al definir actitudes hacia la actividad sexual, se realizaron un total de 6 preguntas a las cuales se les aplicó la escala Likert la cual consiste en una escala psicométrica comúnmente utilizada en cuestionarios y es la escala de uso más amplio en encuestas para la investigación, principalmente en ciencias sociales. Planteando las siguientes alternativas para cada pregunta:

- ✓ Totalmente en desacuerdo.
- ✓ En desacuerdo.
- ✓ No estoy seguro.
- ✓ De acuerdo.
- ✓ Totalmente de acuerdo.

Valor	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy seguro	Desacuerdo	Totalmente de acuerdo
Puntaje	1	2	3	4	5
Intervalo de interpretación	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30

El intervalo de interpretación es la suma de todos los puntos obtenidos por cada encuestado y graficado en el intervalo que corresponda. Posteriormente se utilizaron gráficas para comparar las actitudes de los entrevistados en cada respuesta. Además se realizó un promedio del total de los encuestados en base a las actitudes para determinar la tendencia de los mismos.

J) Consideraciones éticas

En la presente investigación, las personas accedieron teniendo claro que su participación era voluntaria y en pleno conocimiento de los riesgos y beneficios, era una decisión libre y autónoma. Por esta razón, las relaciones entre el investigador y los participantes fue mediada por un consentimiento informado y fueron estos mismos, quienes de forma voluntaria y consciente, accedieron a entregar dicha información. Por tal razón, a cada paciente seleccionado se le dio la oportunidad de aceptación o rechazo participar en el llenado del instrumento. (Ver anexo 8).

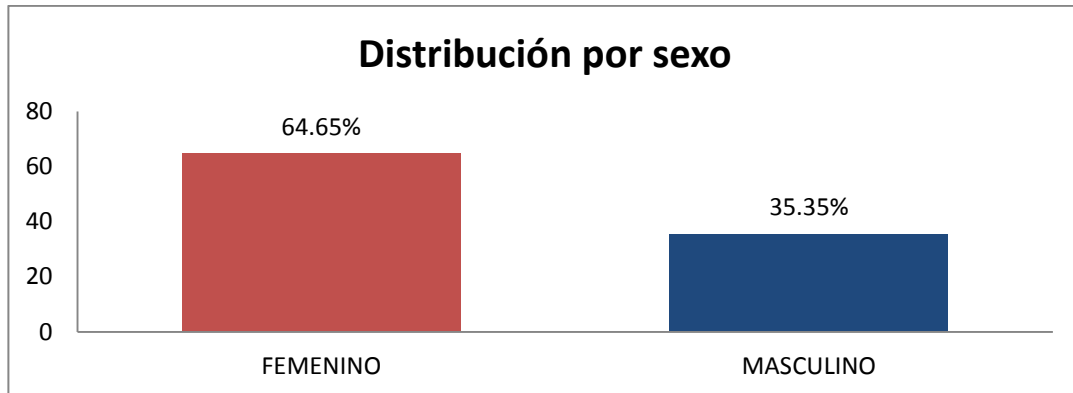
K) Control de sesgo

En la investigación se planteó el siguiente sesgo:

- ❖ Sesgo de información, el cual puede ocurrir por parte del entrevistador o el entrevistado. El entrevistador puede incurrir en un sesgo, al tratar de influenciar o indagar más a fondo sobre un dato relevante del paciente. El entrevistado a su vez puede presentar un sesgo, si este ha estado expuesto anteriormente a una entrevista de este tipo. Por tal motivo, para controlar este tipo de sesgo se realizarán preguntas cerradas para evitar la sugestión del entrevistado o entrevistador hacia las respuestas de cada pregunta.

XXII. RESULTADOS

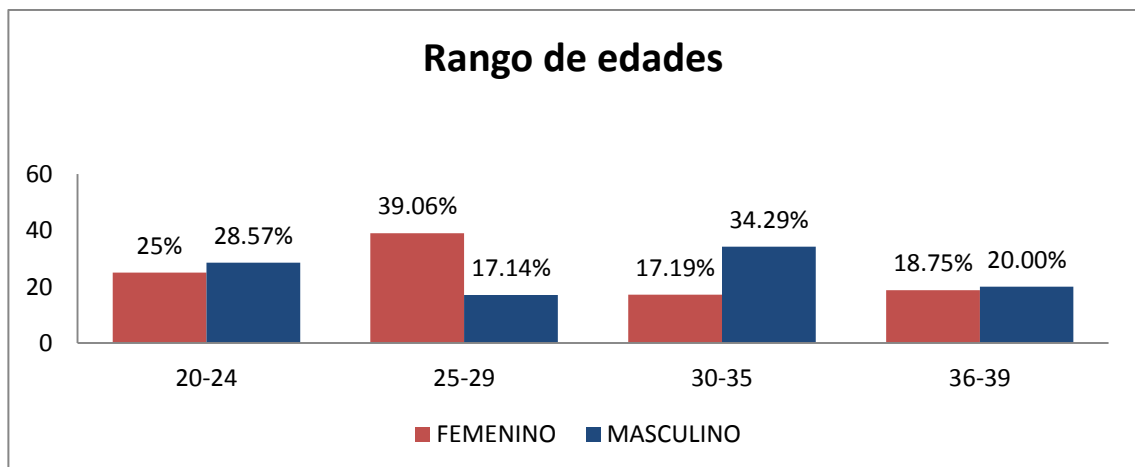
Gráfico #1. Sexo de la población.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

El 64.65% de la población estudiada corresponde al sexo femenino y el 35.35% al sexo masculino.

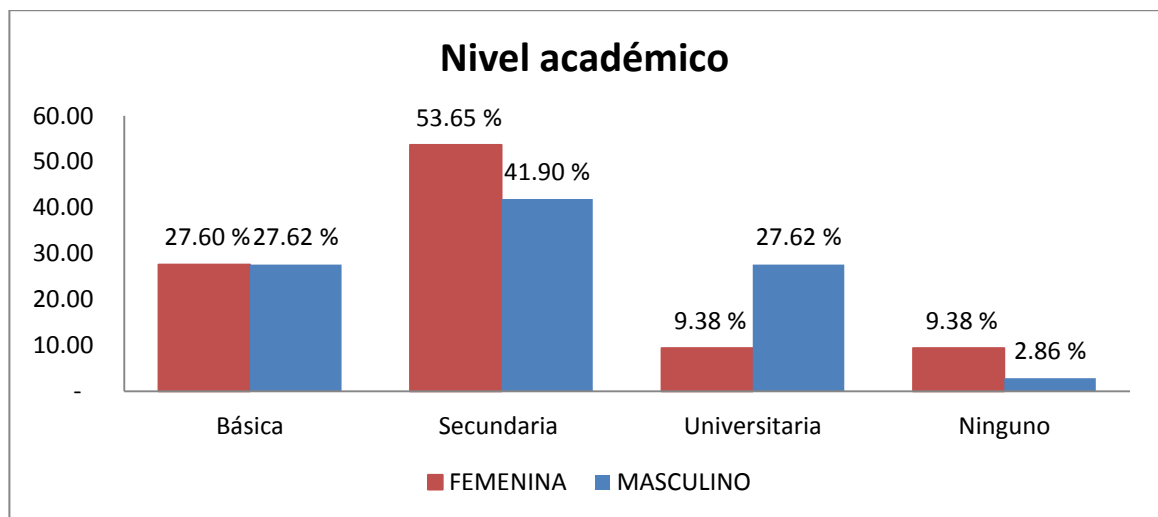
Gráfico #2. Edad de la población.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

De la población que se estudió la mayor parte de las mujeres entrevistadas se encontraron en el rango de 25-29 años con un 39.06%, le sigue el rango de 20-24 años con un 25%, 36-39 años con un 18.75% y la menor proporción concentro en el rango de 30-35 años con un 17.19%. En contraste la mayor parte de los hombres entrevistados se ubicó en el rango de 30-35 años con un 35.29%, le sigue el rango de 20-24 años con un 28.75%, 36-39 años con 20%, siendo el rango de 25-29 el más bajo con 17.14%.

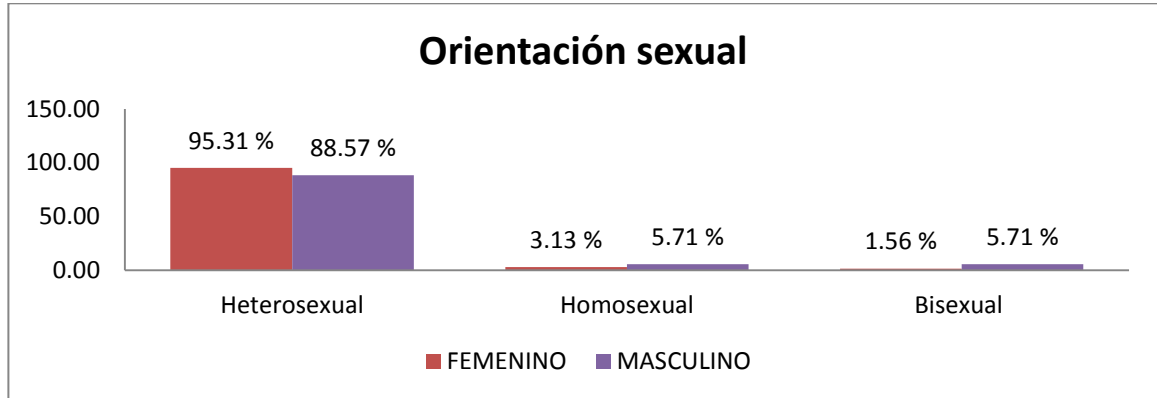
Gráfico #3. Nivel académico de la población.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

Con respecto al grado académico de la población, el mayor porcentaje de las mujeres estudio hasta secundaria con un 53.65%, seguido de básica con 27.60% y en menor proporción alcanzaron grado universitario con 9.38% mientras las que no lograron ningún grado académico represento el 9.38%. En la población masculina también se observó que la mayoría estudio hasta secundaria con un 41.90%, seguido de básica con 27.62%, de igual manera se encuentra el nivel universitario con un porcentaje de 27.62% y por último los que no lograron ningún grado académico con un 2.86%.

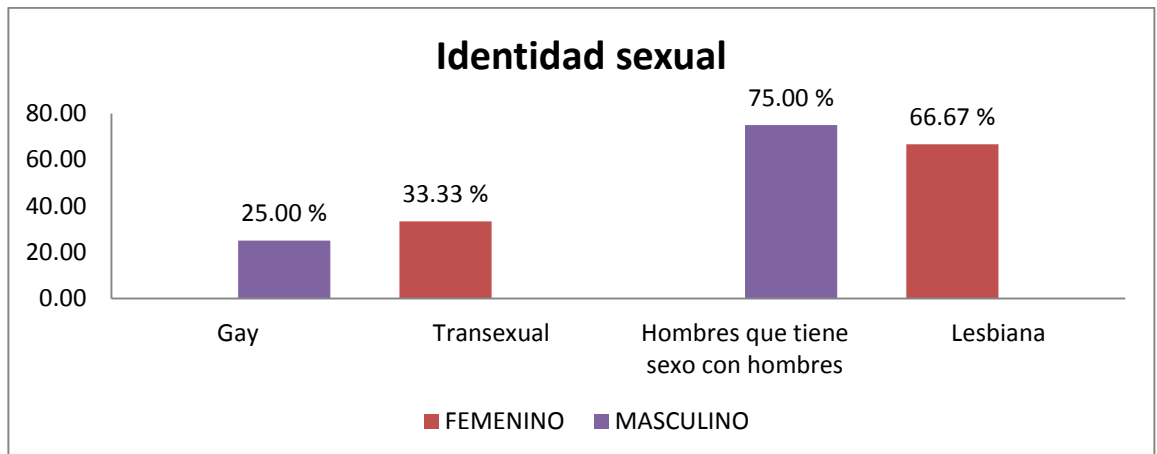
Gráfico #4. Orientación sexual de la población.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

La orientación sexual de la población estudiada con respecto al sexo femenino en su mayor parte respondió ser heterosexual con un 95.31%, homosexual un 3.13% y bisexual con 1.56%. La población masculina en mayor proporción respondió ser heterosexual con un 88.57%, seguido de homosexual y bisexual con el 5.71% cada uno.

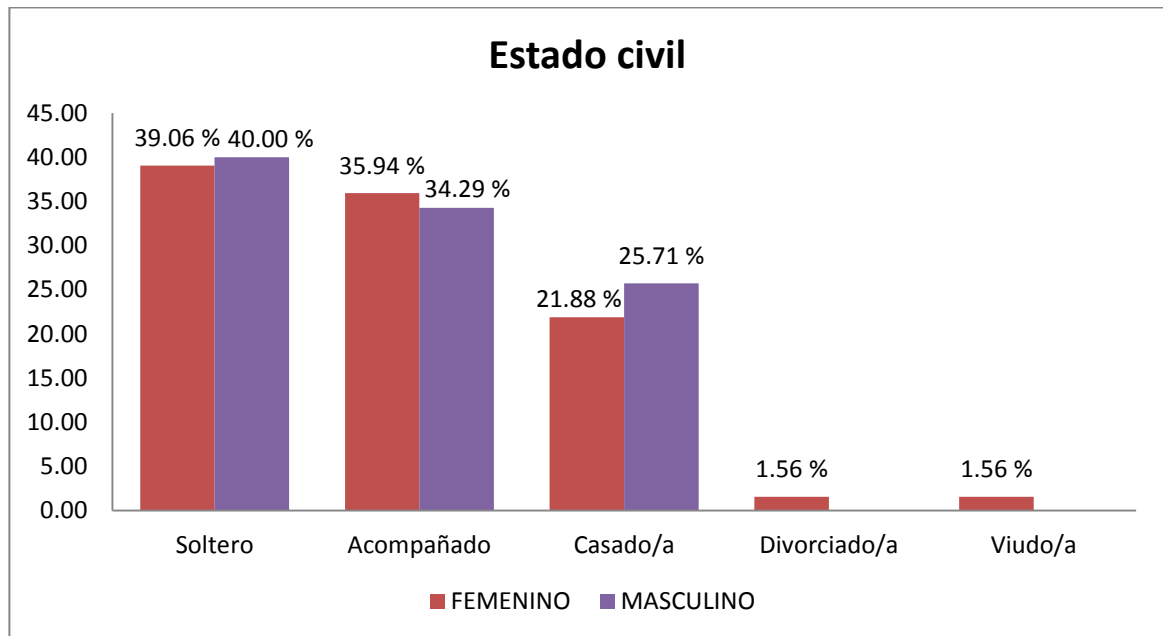
Gráfico #5. Identidad sexual de la población.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

De las mujeres que respondieron ser homosexual el 66.67% afirmó ser lesbiana y el 33.33% ser transexual. En comparación los hombres homosexuales el 75% posee una identidad sexual “hombre que tiene sexo con hombres” y el 25% posee una identidad gay.

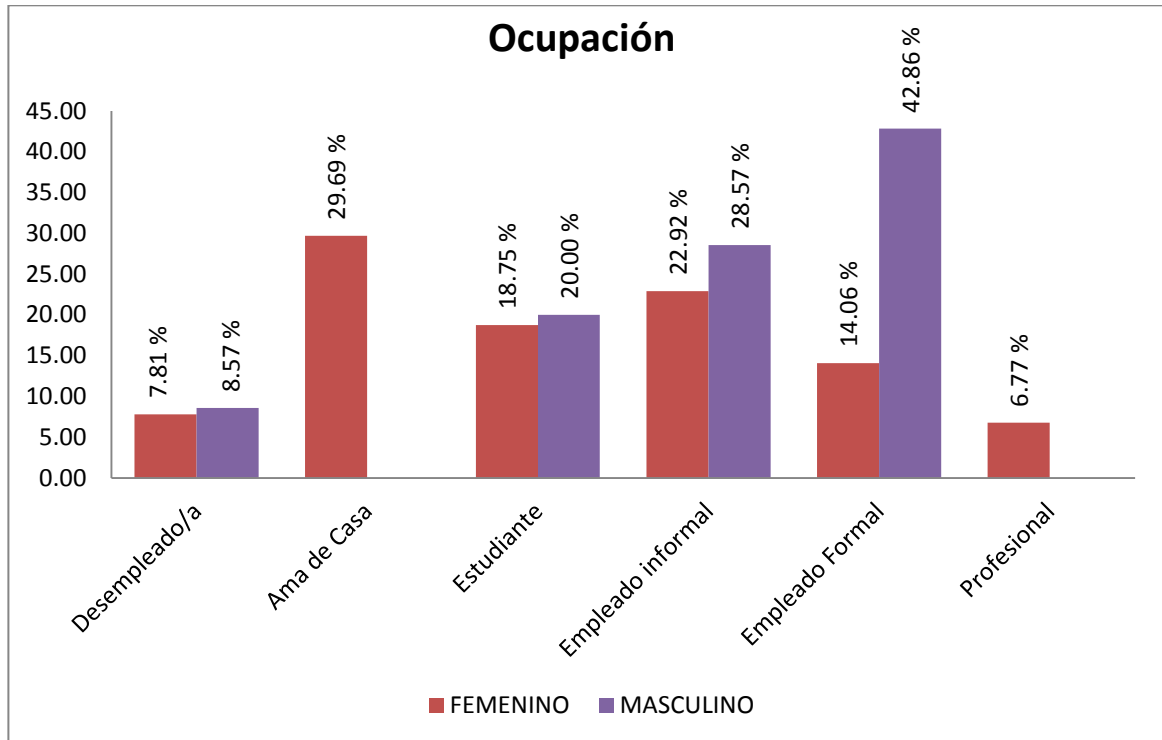
Gráfico #6. Estado civil de la población.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

El estado civil de la población femenina en su mayor parte fue soltera con un 39.06%, seguido de acompañada con un 35.94%, casada con un 21.88%, divorciada con 1.56% y viuda con 1.56%. Con respecto a la población masculina la mayor proporción su estado civil fue soltero con 40%, seguido de acompañado con un 34.29%, casado 25.71%, y ninguno respondió ser divorciado o viudo.

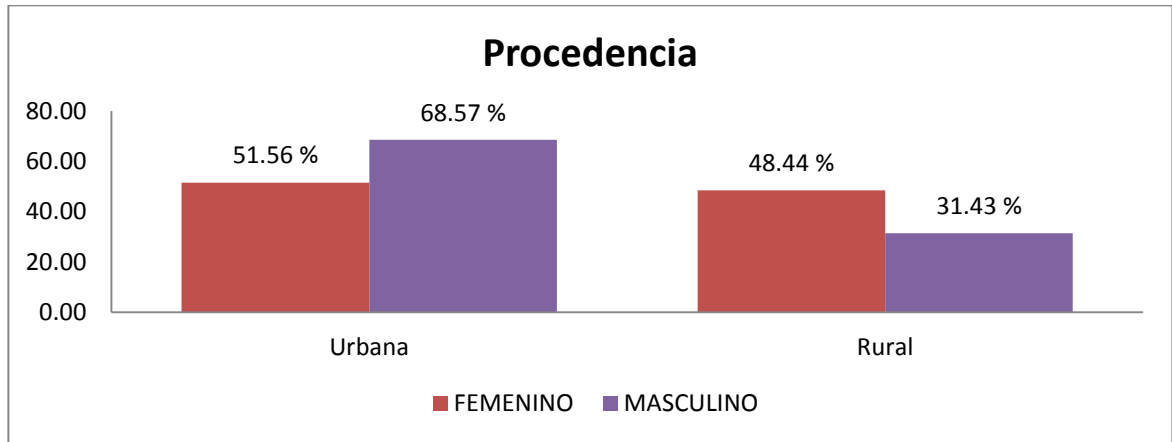
Gráfico #7. Ocupación de la población.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

Con respecto a la ocupación de la población femenina el mayor porcentaje fue ama de casa con el 29.69%, seguido de empleada informal con el 22.92%, estudiante con el 18.75%, empleada formal con el 14.06%, desempleada con el 7.81 y por ultimo profesional con el 6.77%. La población masculina la mayor proporción tiene un empleado formal con un 42.86%, seguido de empleado informal con 28.57%, estudiante con el 20%, desempleado 8.57% y 6.77% respondió ser profesional.

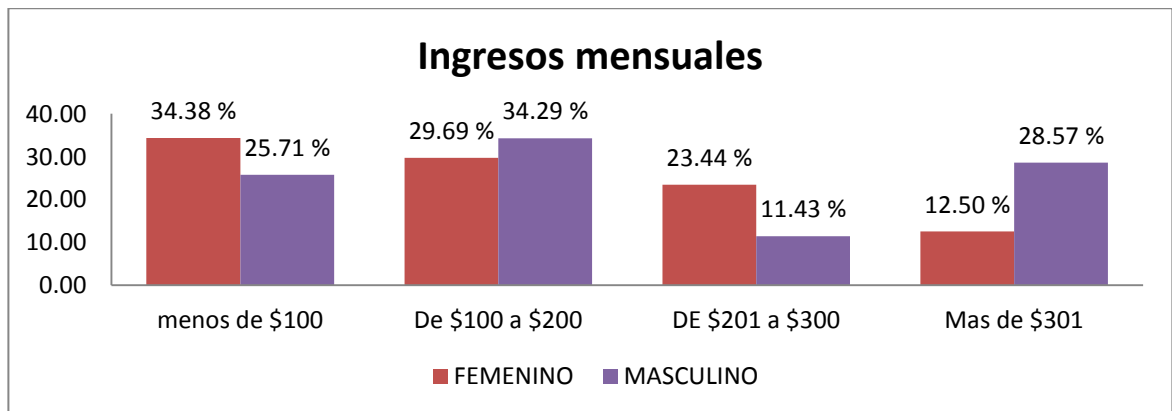
Gráfico# 8. Área geográfica de procedencia.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

De la población femenina estudiada el 51.56% corresponde al área urbana y el 48.44% al área rural. A diferencia de la población masculina es más alta la que provenía del área urbana con un 68.57% mientras que el área rural es de 31.43%.

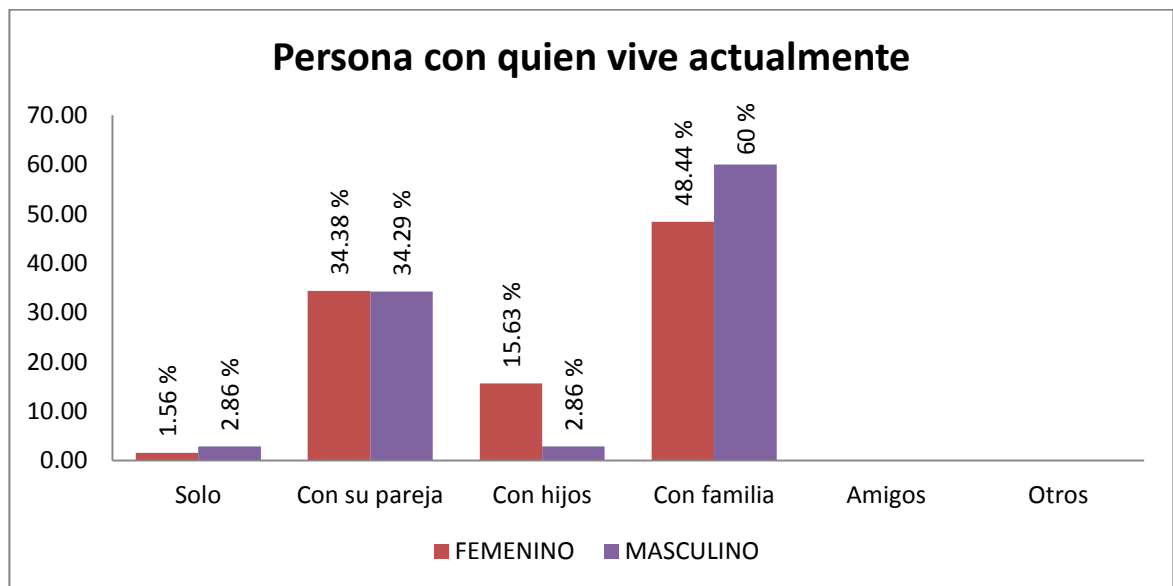
Gráfico #9. Ingresos mensuales.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

Los ingresos económicos mensuales de la población femenina la mayoría respondió que eran menos de \$100 con un porcentaje de 34.38%, seguido de entre \$100 y \$200 con 29.69%, de \$201 al \$300 con el 23.44%, más de \$301 con el 12.50%. Los ingresos mensuales los hombres en su mayoría fue de \$100 a \$200 con el 34.29%, seguido de mayor de \$301 con 28.57%, menos de \$100 con el 25.71%, de \$201 a \$300 con 11.43%.

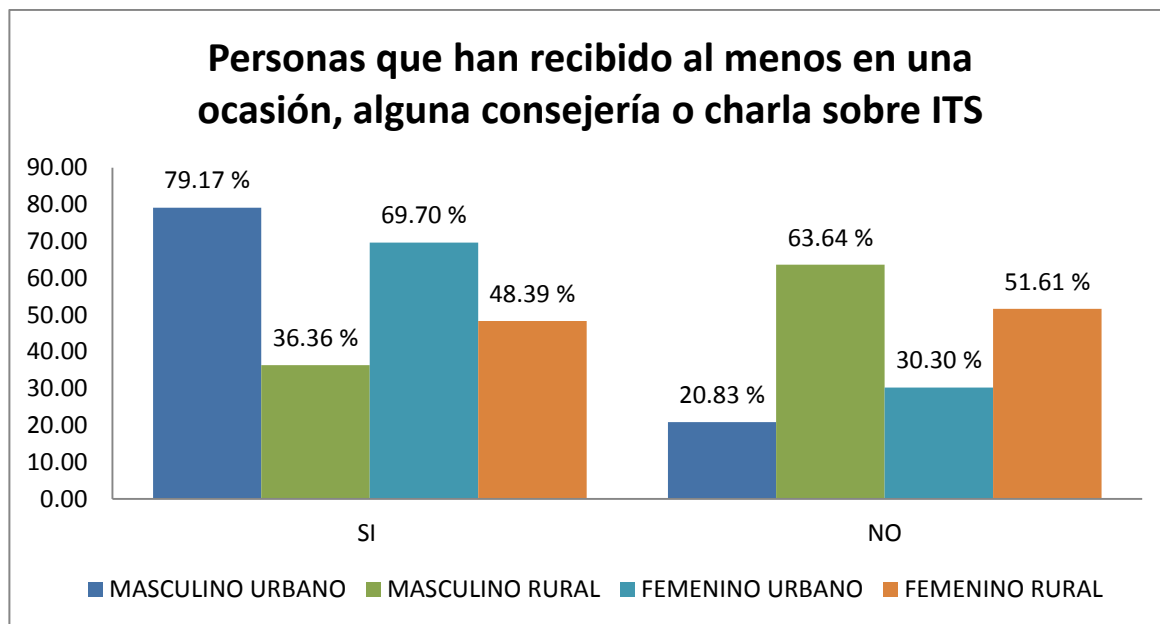
Gráfico #10. Persona o personas con quien vive actualmente.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

De la población femenina que se estudió, la mayoría respondieron que actualmente viven con su familia con 48.44%, seguido de su pareja con 34.38%, sus hijos 15.63%, y únicamente el 1.56% afirmó vivir sola, ninguna respondió vivir con amigos ni otro tipo de personas. De la población masculina en su mayoría vive con su familia 60%, seguido de su pareja 34.29%, con sus hijos y aquellos que viven solos con 2.86% cada uno. De igual forma ninguno respondió vivir con amigos ni otras personas.

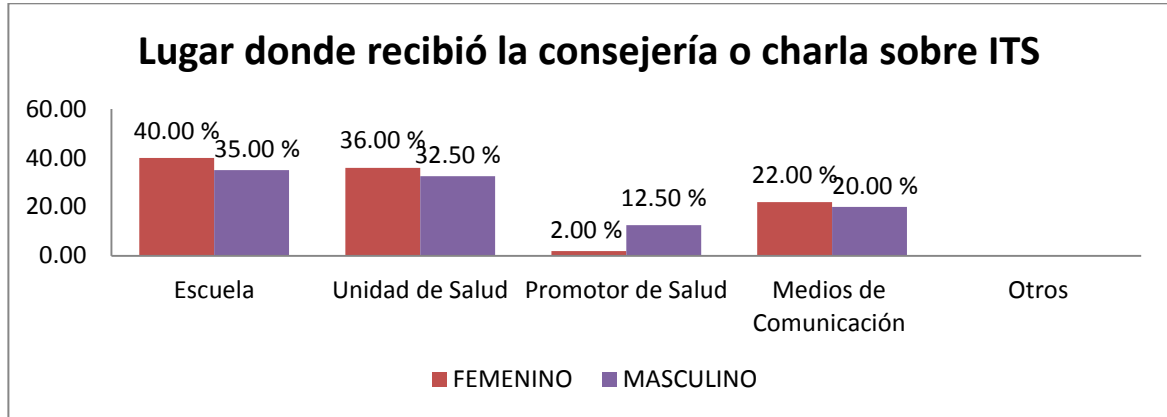
Gráfico #11. Población que recibió en al menos una ocasión alguna consejería o charla sobre ITS.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

De la población que se estudió el 79% de los hombres del área urbana respondieron haber recibido en al menos una ocasión alguna consejería o charla sobre ITS mientras que el 20.83% no. Por otro lado los hombres del área rural solo en un 36.36% respondió que sí y el 63.64% que no. Por su parte las mujeres del área urbano en un 69.70% respondió que sí y el 30.30% no, en comparación que la mayoría del área rural no recibió charla o consejería con 51.61% y solo el 48.39% lo hizo.

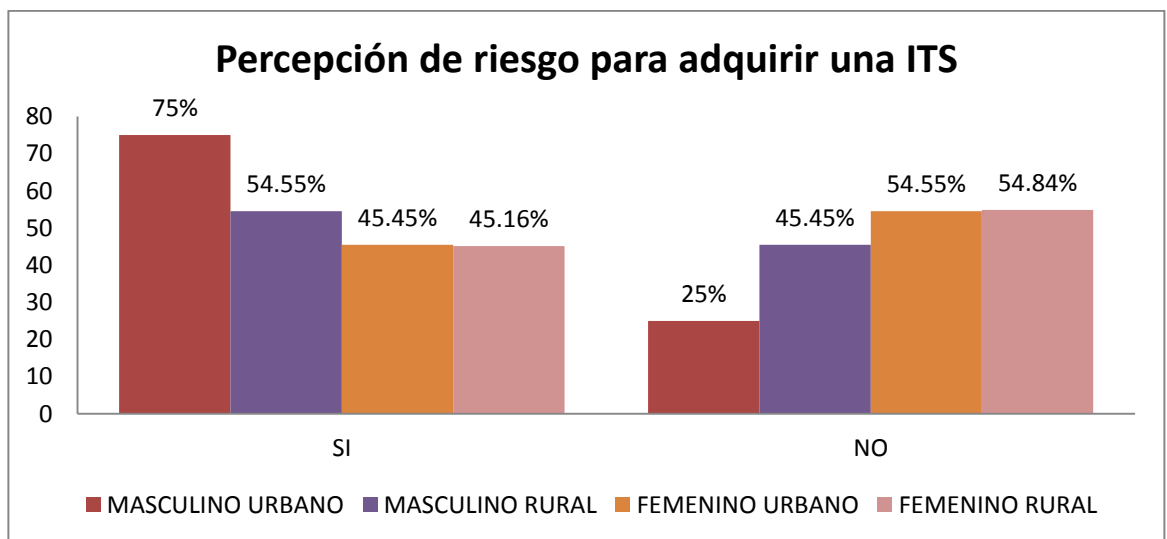
Gráfico #12. Lugar donde recibió la consejería o charla sobre las ITS.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

De la población femenina que si recibió la consejería un 40% fue en la escuela, el 36% en unidad de salud, 22% en los medios de comunicación, 2% por el promotor. Con respecto a la población masculina que si recibió la consejería el 35% fue en la escuela, el 32.50% en la unidad de salud, el 20% en los medios de comunicación, el 12.50% con el promotor de salud.

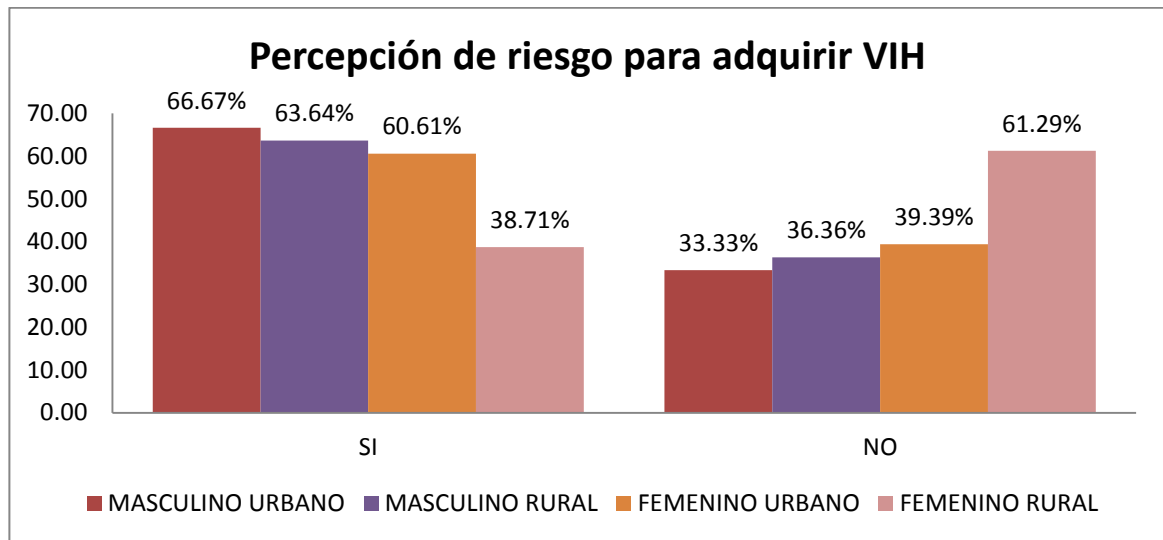
Gráfico #13. Percepción de riesgo para adquirir una ITS.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

De los sujetos de estudio el 75% de la población masculina del área urbana respondió considerarse en riesgo de adquirir una ITS, mientras que el 25% respondió que no. En comparación con los hombres del área rural la mayoría contestó que sí 54.55%, y el 45.45% que no. Por su parte las mujeres del área urbana en un 45.45% respondieron que sí y el 54.55% no, dato similar presentó el área rural con 45.16% que respondieron sí y 54.84% no.

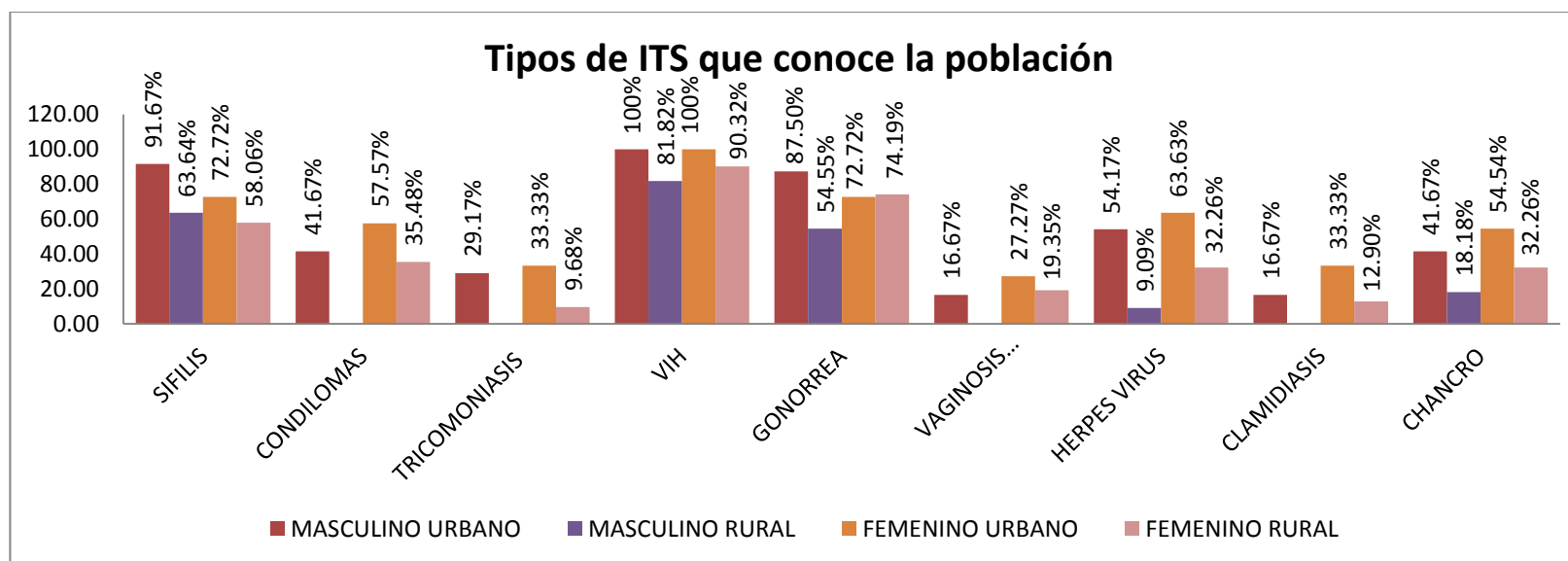
Gráfico #14. Percepción de riesgo para adquirir VIH.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

De los sujetos de estudio el 66.67% de la población masculina del área urbana se considera de riesgo de adquirir el VIH, mientras que el 33.33% respondió que no, al compararse con el área rural el 63.64% respondió que sí, mientras que el 36.36% no se considera de riesgo. Por otro lado las mujeres del área urbana con un 60.61% contestó si, mientras que solo el 39.39% contestó que no. Al compararse con el área rural el 61.29% no se considera en riesgo y solo el 38.71% respondió que sí.

Gráfico #15. Tipos de ITS que conoce la población.

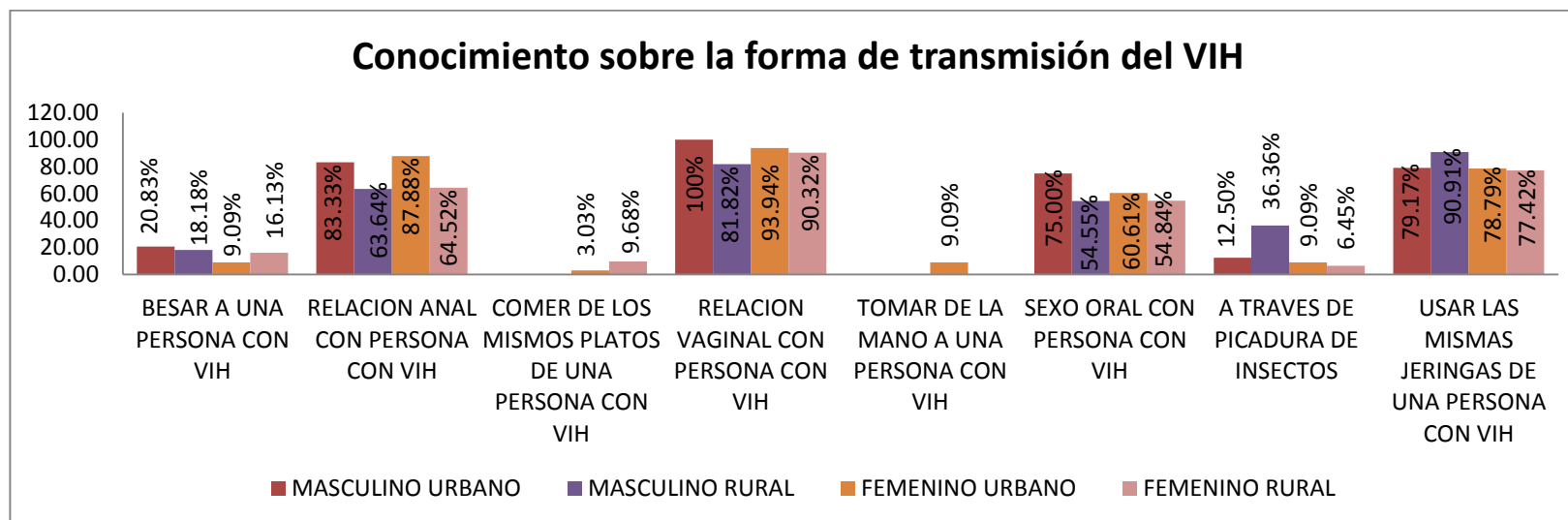


Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

De las ITS que reconoció la población masculina del área urbana en un 100% menciono el VIH, seguido de sífilis con 91.67%, gonorrea 87.50%, herpes 54.17%, condilomas 41.67% al igual que chancro con 41.67%, tricomoniasis con 29.17%, vaginosis con 16.67% y clamidiasis con 16.67%. La población masculina del área rural respondió VIH con 81.82%, sífilis 63.64%, gonorrea con 54.55%, chancro con 18.18%, herpes con 9.09%, condilomas un 0% al igual que tricomoniasis con 0%, vaginosis con 0% y clamidiasis con 0%.

Con respecto a la población femenina del área urbana, menciono el VIH en un 100%, sífilis 72.72%, gonorrea 72.72%, herpes 63.63%, condilomas 57.57%, chancro 54.54%, tricomoniasis 33.33%, clamidiasis 33.33% y vaginosis 27.27%. La población femenina del área rural menciono el VIH en un 90.32%, gonorrea 74.19%, sífilis 58.06%, condilomas un 35.48%, herpes 32.26% al igual que chancro con 32.26%, vaginosis 19.35%, clamidiasis 12.90% y tricomoniasis 9.68%.

Gráfico# 16. Conocimiento sobre las formas de transmisión del VIH.



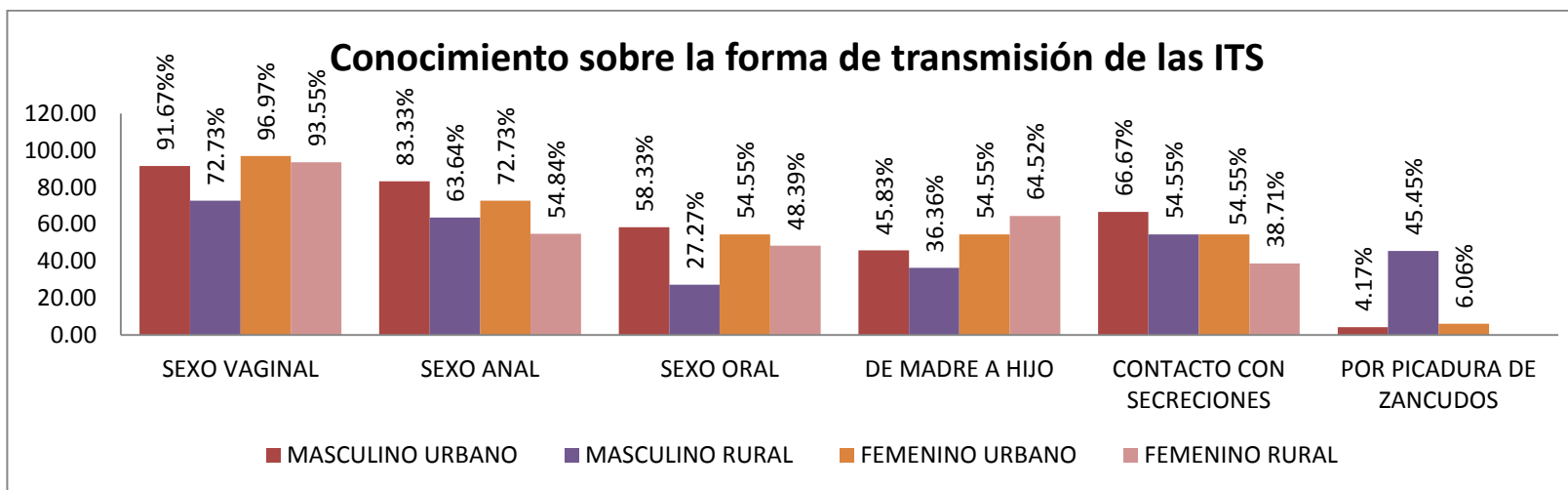
Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

De las situación en las que se podría adquirir una infección por VIH la población masculina urbana identifico la relación sexual vaginal con persona infectada con VIH en un 100%, seguido de una relación de tipo anal con 83.33%, usar las mismas jeringas de una persona con VIH con el 79.17%, sexo oral con 75%, besar a una persona con VIH 20.83%, por medio de la picadura de insectos 12.50%, al

comer de los mismos platos de una persona con VIH y tomar de la mano a una personas con VIH fue del 0% cada una. La población masculina rural menciona con el 90.91% usar las mismas jeringas de una persona con VIH, seguida de una relación sexual vaginal en un 81.82%, relación sexual de tipo anal con 63.64%, por medio de sexo oral en un 54.55%, por medio de la picadura de insectos 36.36%, besar a una persona con VIH 18.18%, Ningún hombre reconoció el comer de los mismos platos, tomar de la mano a una personas con VIH.

Con respecto a la población femenina urbana identificaron la relación sexual vaginal con una persona con VIH en un 93.94%, seguido de relación de tipo anal con 87.88%, usar las mismas jeringas de una persona con VIH con el 78.79%, por medio de sexo oral con 60.61%, besar a una persona con VIH, por la picadura de insecto y tomar de la mano a una persona con VIH con un 9.09% cada uno, comer de los mismos platos de persona con VIH 3.03%. La población femenina identifico la relación sexual vaginal con una persona con VIH en un 90.32%, usar las mismas jeringas de una persona con VIH con 77.42%, relación sexual de tipo anal con 64.52%, por medio de sexo oral en un 54.84%, besar a una persona con VIH con 16.13%, comer de los mismos platos con personas con VIH es del 9.68%, por medio de la picadura de insecto 6.45% y el tomar la mano a una con personas con VIH el 0%.

Gráfico #17. Conocimiento sobre las formas de transmisión de las ITS.



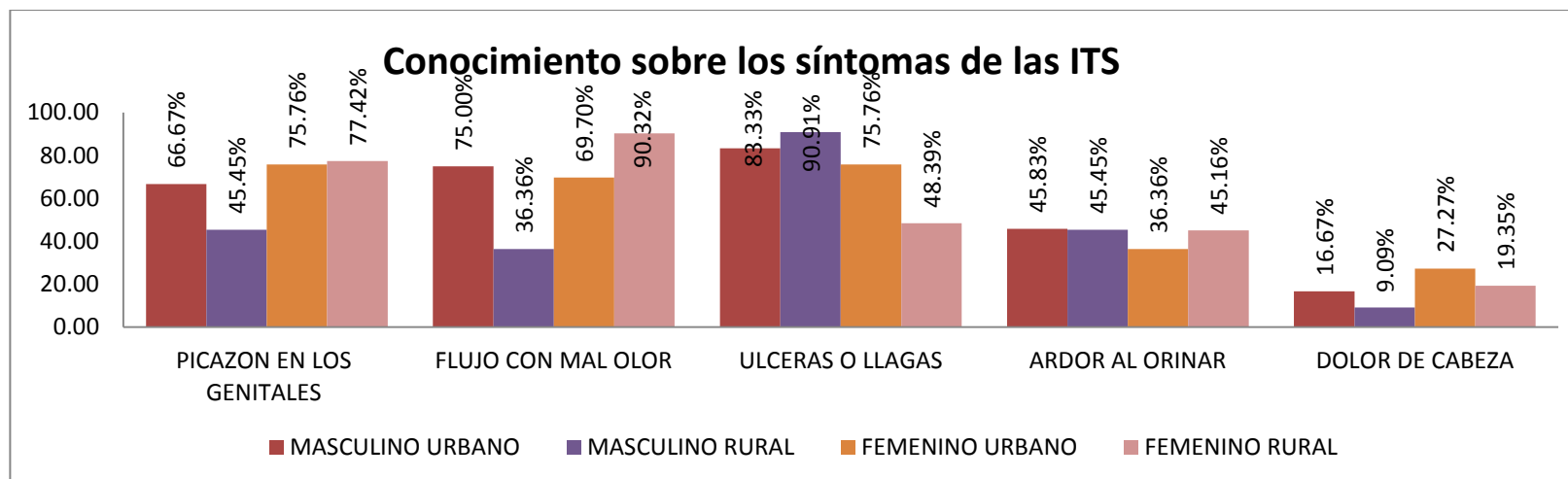
Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

De la población sometida al estudio se evidenció, que la población de sexo masculino del área urbana reconocen que la formas más frecuente de adquirir una ITS es con 91.67% el sexo vaginal y el 83.33% el sexo anal, y en menor medida el contacto con secreciones 66.67%, sexo oral 58.33% y el 45.83% de madre a hijo, pero se evidenció que solo el 4.17% respondió por picadura de zancudos. Por otra parte el sexo masculino del área rural identifico como la forma más frecuente es el sexo vaginal con 72.73%, el sexo anal con 63.64% y el contacto de secreciones con 54.55%, pero se evidencio que el 45.45% admite que se adquiere por picadura de zancudos y en menor medida el 36.36% de madre a hijo y el sexo oral con el 27.27%.

Por otro lado el sexo femenino del área urbana admiten que el sexo vaginal con el 96.97%, el sexo anal 72.73% y con igual porcentaje el 54.55% sexo oral, madre a hijo y el contacto de secreciones son las formas más frecuentes de adquisición de ITS y la menor forma de

transmisión es la picadura de zancudos con el 6.06%. En comparación con el sexo femenino del área rural demuestras que las formas más frecuentes son el sexo vaginal con 93.55%, de madre a hijo con 64.52% y el sexo anal con el 54.84%. Y en menor medida con el 48.39% el sexo oral y el contacto de secreciones con 38.71%, pero ninguno selecciono las picaduras de zancudo como forma de adquisición.

Gráfico #18. Conocimiento sobre los síntomas de las ITS.

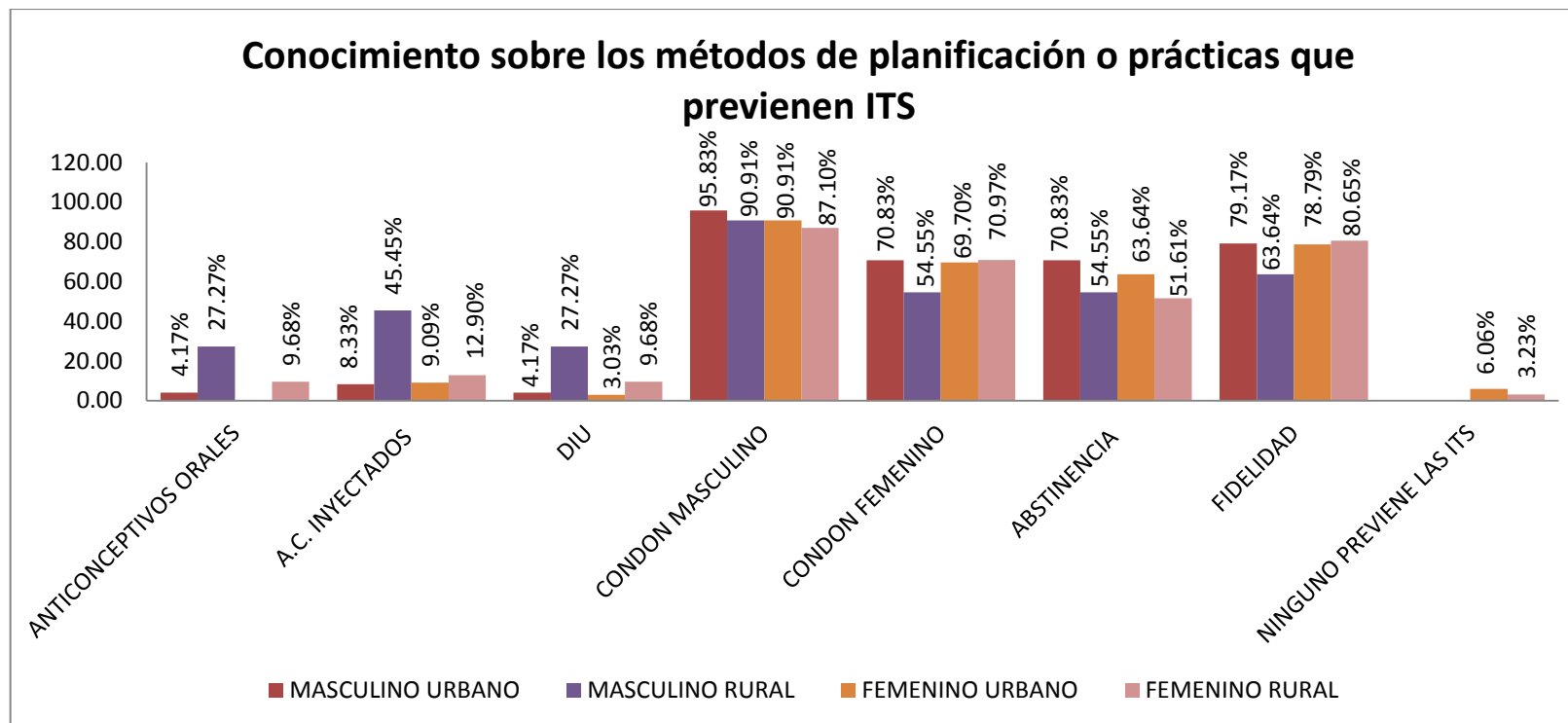


Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

De los síntomas que podrían presentarse en una ITS la población masculina del área urbana consideró como principal síntoma las úlceras o llagas con 83.33%, flujo con mal olor en un 75%, seguido de picazón en los genitales con el 66.67%, ardor al orinar con 45.83% y dolor de cabeza con 16.67%. La población masculina rural consideró las úlceras o llagas con como síntoma principal con 90.91%, seguido de picazón en los genitales con el 45.45%, ardor al orinar con 45.45%, de flujo con mal olor con un 36.36% y dolor de cabeza con 9.09%. Respecto a la población femenina urbana manifiesta que la picazón en los genitales con el 75.76% de igual manera con

ulceras o llagas con 75.76%, seguido de flujo con mal olor con un 69.70%, ardor al orinar con 36.36% y dolor de cabeza con 27.27%. Y la población femenina rural respondió flujo con mal olor con un 90.32%, picazón en los genitales con el 77.42%, ulceras o llagas con 48.39%, ardor al orinar con 45.16% y dolor de cabeza con 19.35%.

Gráfico #19. Conocimiento sobre los métodos de planificación o prácticas que la población considera que previenen ITS.

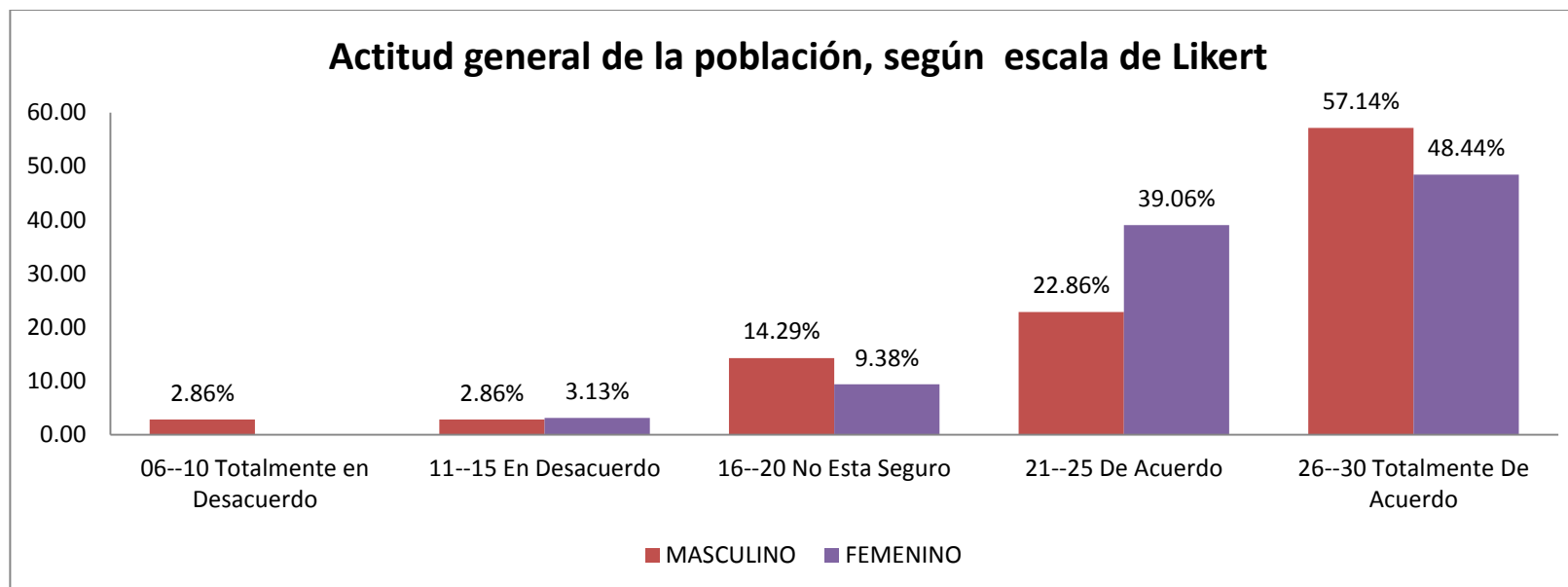


Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

Los métodos de planificación o prácticas que previenen las ITS que reconoció la población masculina urbana en su mayoría fue el condón masculino con un 95.83%, seguido de fidelidad con 79.17%, condón femenino y la abstinencia con el 70.83% cada uno, los anticonceptivos inyectados con el 8.33%, anticonceptivos orales y el DIU con 4.17% cada uno. La población masculina rural identificó el condón masculino con un 90.91%, seguido de fidelidad con 63.64%, condón femenino y abstinencia con 55.54% cada uno, los anticonceptivos inyectados con el 45.45%, anticonceptivos orales y el DIU con 27.27% cada uno.

Con respecto a la población femenina urbana consideró el condón masculino con un 90.91%, seguido de fidelidad con 78.79%, condón femenino con 69.70%, la abstinencia con el 63.64%, anticonceptivos inyectados con el 9.09%, mientras que el 6.06% menciona que ninguno previene las ITS, DIU, con 3.03% y anticonceptivos orales 0%. La población femenina rural identificó el condón masculino con un 87.10%, seguido de fidelidad con 80.65%, condón femenino con 70.97%, la abstinencia con el 51.61%, anticonceptivos inyectados con el 12.90%, anticonceptivos orales y el DIU con 9.68% cada uno y el 3.23% respondió que ninguno previene las ITS.

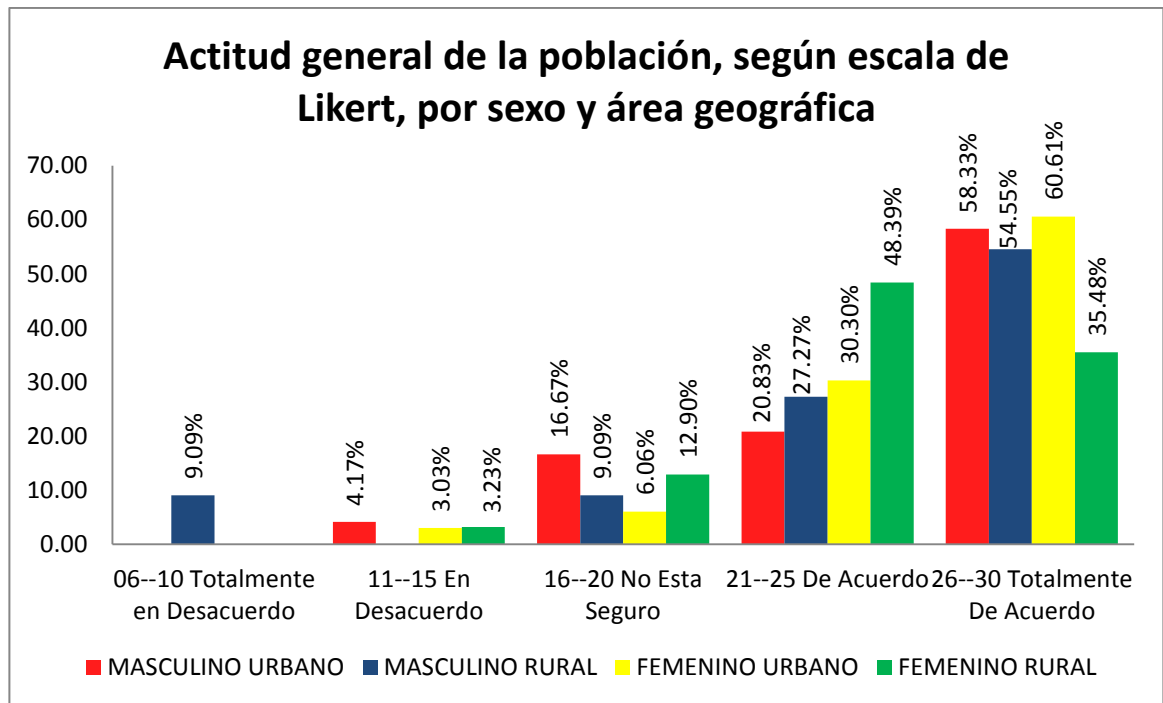
Gráfico# 20. Actitud general de la población, según la escala de Likert.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

Al medir de forma global la actitud según la escala de Likert, la actitud de la población femenina que está totalmente de acuerdo es de 48.44%, seguido del 39.06% de acuerdo, 9.38% no está seguro, 3.13% en desacuerdo y ninguna se encuentra en la categoría de totalmente en desacuerdo. En comparación la población masculina el 57.14% está totalmente de acuerdo, seguido del 22.86% de acuerdo, 14.29% no está seguro y 2.86% en desacuerdo o totalmente en desacuerdo cada uno.

Gráfico# 21. Actitud general de la población, según la escala de Likert. Por sexo y área geográfica.

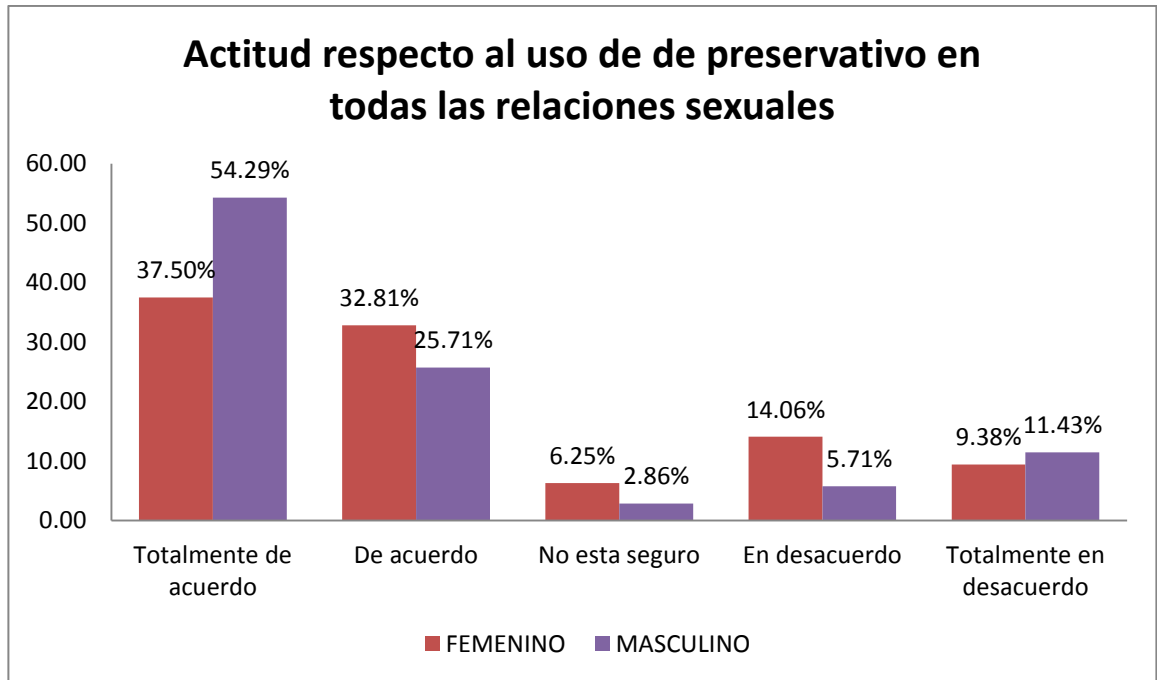


Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

Al comparar por área geográfica la actitud según la escala de Likert, la población femenina del área urbana que está totalmente de acuerdo corresponde al 60.61%, seguido del 30.30% de acuerdo, el 6.06% no está seguro, 3.03% en desacuerdo y ninguna dentro de la categoría en desacuerdo ni totalmente en desacuerdo.

Con respecto al población femenina del área rural la mayoría está de acuerdo con un 48.39%, seguido del 35.48% que está totalmente de acuerdo, 12.90% no está seguro, 3.23% en desacuerdo y ninguna en totalmente en desacuerdo. Por otro lado la población masculina del área urbana que está totalmente de acuerdo es el 58.33%, seguido del 20.83% que está de acuerdo, 16.67% no está seguro y 4.17% en desacuerdo y ninguno en totalmente en desacuerdo. La población masculina del área rural tiene un 54.55% que está totalmente de acuerdo, seguido de 27.27% de acuerdo, 9.09% no está seguro, 9.09% que está totalmente en desacuerdo.

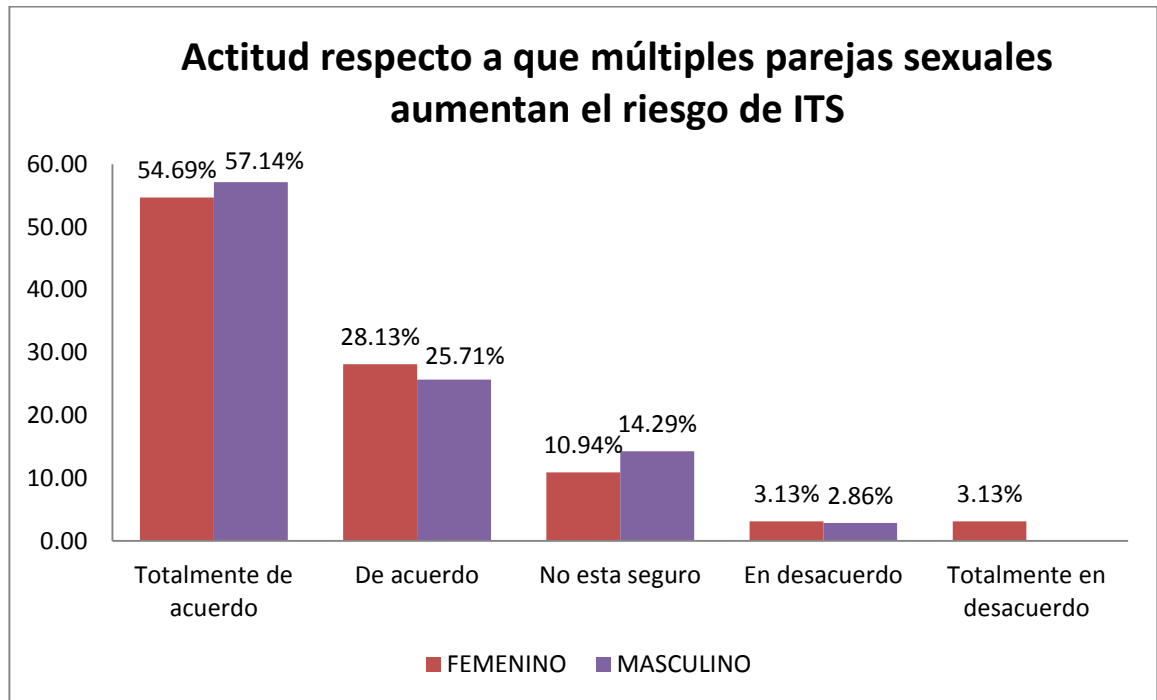
Gráfico #22. Actitud de la población respecto al uso de preservativo en todas sus relaciones sexuales.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

Al preguntar a la población femenina si es necesario el uso de preservativo en todas las relaciones sexuales, el 37.50% está totalmente de acuerdo, seguido de acuerdo con 32.81%, en desacuerdo 14.06%, totalmente en desacuerdo con 9.38% y 6.25% no está segura. En comparación la población masculina el 54.29% está totalmente de acuerdo, 25.71% de acuerdo, 11.43% totalmente en desacuerdo, 5.71% en desacuerdo y 2.86% no está seguro.

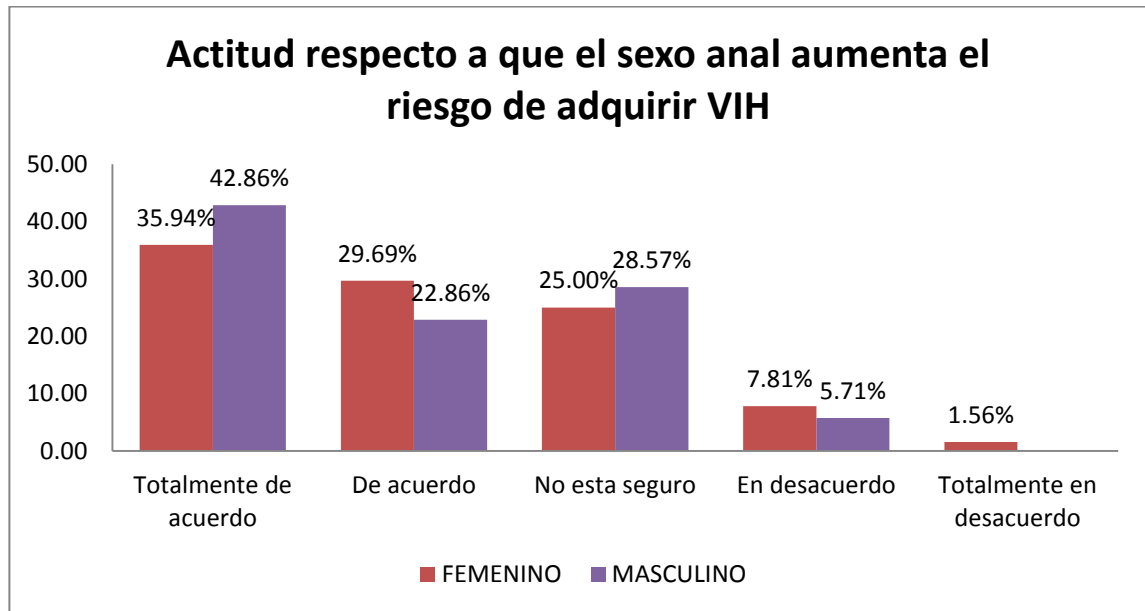
Gráfico #23. Actitud de la población respecto a que múltiples parejas sexuales aumenta el riesgo de adquirir una ITS.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

De la población femenina en estudio el 54.69% está totalmente de acuerdo que múltiples parejas sexuales aumenta el riesgo de ITS, seguido de un 28.13% que está de acuerdo, 10.94% no está seguro y solo el 3.13% está en desacuerdo o totalmente en desacuerdo cada uno. En comparación la población masculina el 57.14% está totalmente de acuerdo, el 25.71% está de acuerdo, 14.29% no está seguro y 2.86% está en desacuerdo. Ningún hombre respondió estar totalmente en desacuerdo.

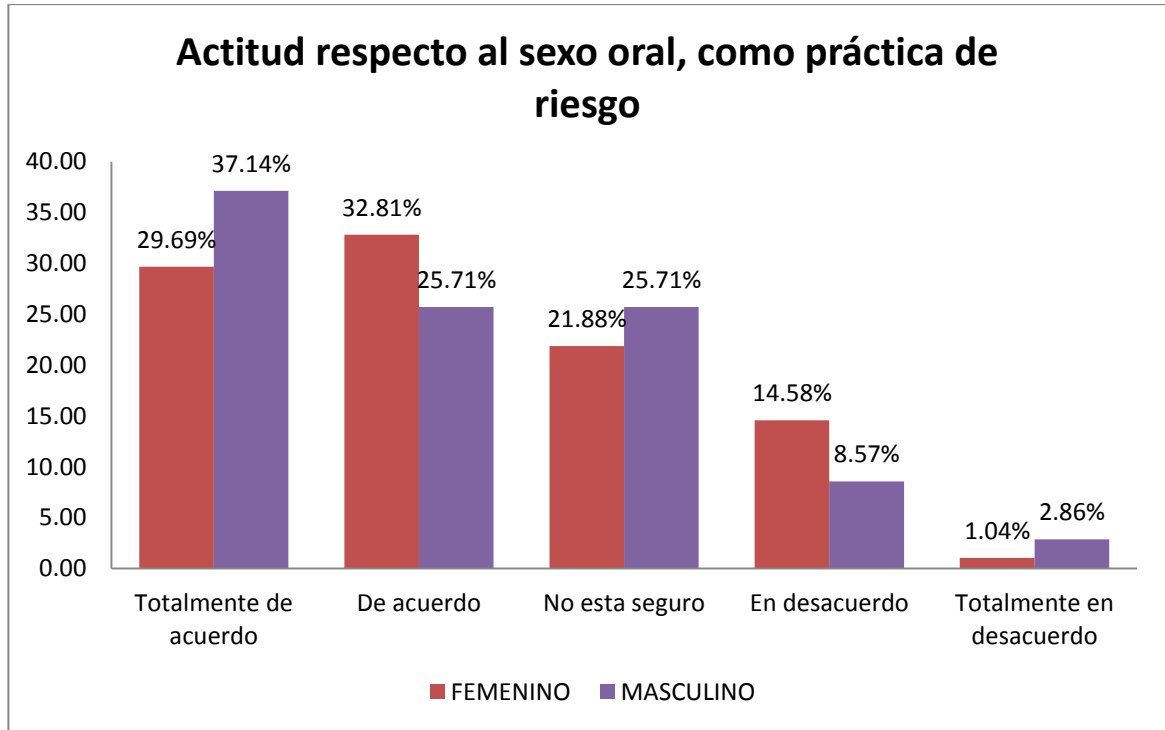
Gráfico #24. Actitud de la población respecto a que el sexo anal aumenta el riesgo de adquirir VIH.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

De la población femenina en estudio el 35.94% está totalmente de acuerdo que el sexo anal aumenta el riesgo de VIH, seguido del 29.69% que está de acuerdo, 25% no está seguro, 7.81% está en desacuerdo y solo el 1.56% totalmente en desacuerdo. En comparación con la población masculina el 42.86% está totalmente de acuerdo seguido del 28.57% que no está seguro, 22.86% está de acuerdo, 5.71% en desacuerdo y ninguno respondió estar totalmente en desacuerdo.

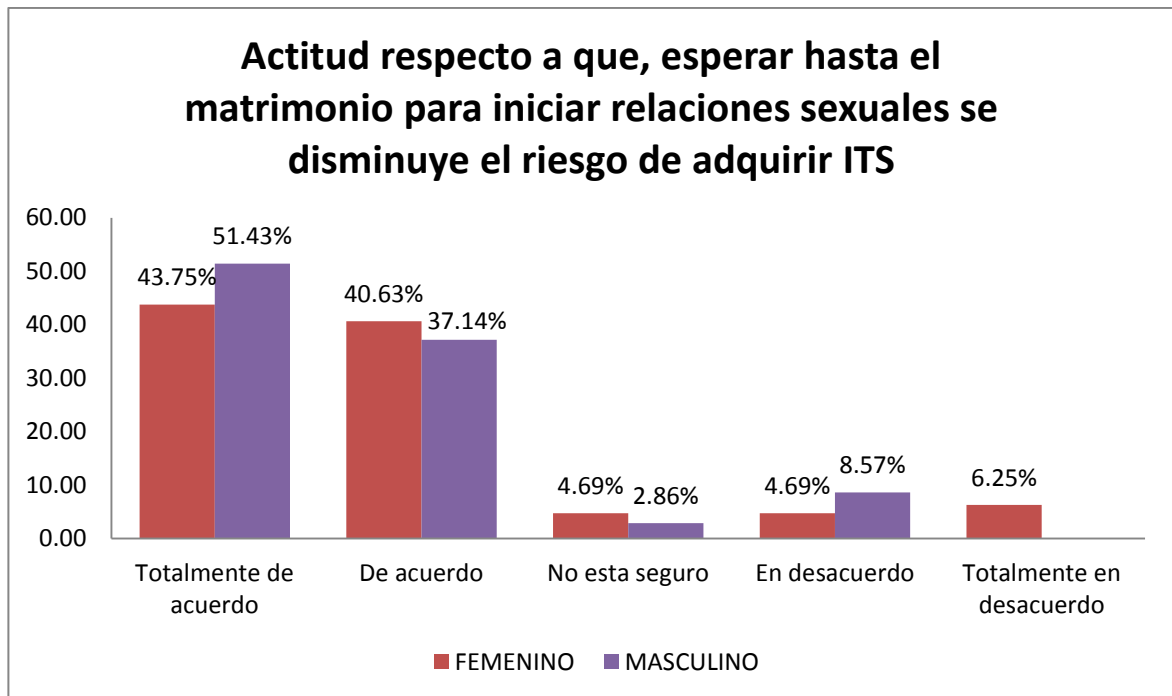
Gráfico #25. Actitud de la población respecto a que el sexo oral es una práctica de riesgo.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

De la población femenina en su mayoría con 32.81% está de acuerdo que el sexo oral es una práctica de riesgo, seguido del 29.69% que está totalmente de acuerdo, el 21.88% no está segura, el 14.58% está en desacuerdo y solo el 1.04% totalmente en desacuerdo. En comparación los hombres el 37.14% está totalmente de acuerdo, le siguen aquellos que están de acuerdo o no están seguro con 25.71% cada uno y solo el 2.86% respondió totalmente en desacuerdo.

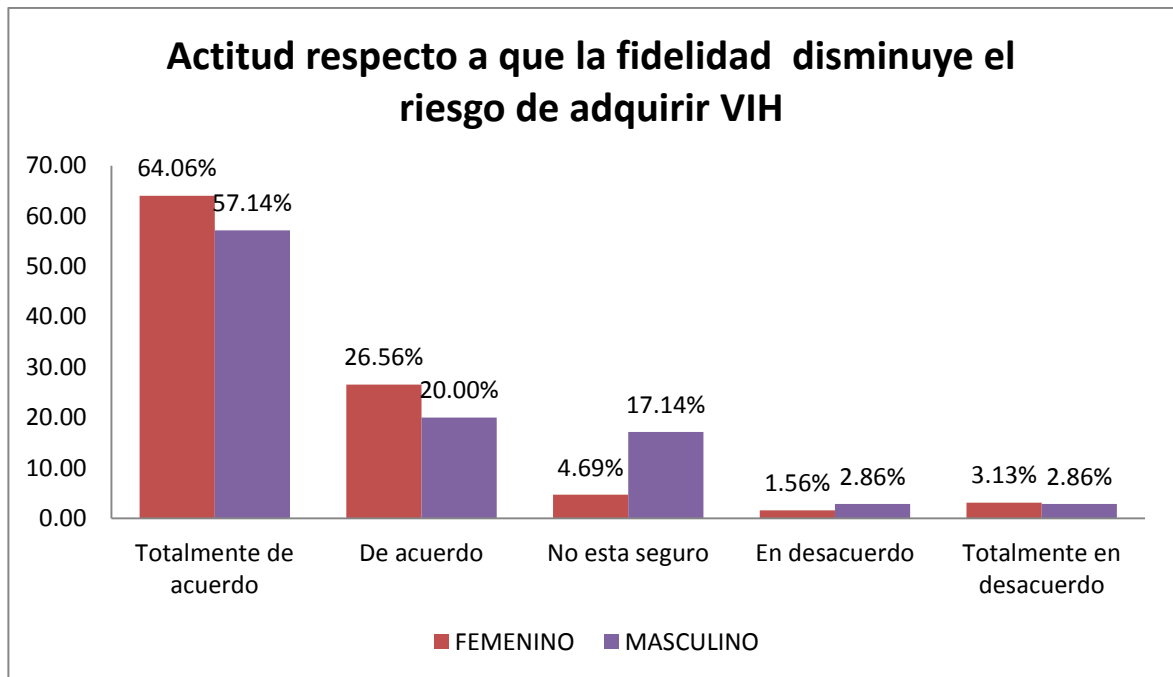
Gráfico #26. Actitud de la población respecto a que, esperar hasta el matrimonio para iniciar relaciones sexuales se disminuye el riesgo de adquirir ITS.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

De la población femenina en estudio el 43.75% está totalmente de acuerdo que esperar hasta el matrimonio para iniciar relaciones sexuales es una forma de prevenir ITS, mientras que el 40.63% está de acuerdo, 4.69% no está seguro o está en desacuerdo cada uno y 6.25% está totalmente en desacuerdo. En comparación los hombres están totalmente de acuerdo en un 51.43%, seguido de un 37.14% de acuerdo, el 2.86% no está seguro y 8.57% está en desacuerdo. Ninguno respondió estar totalmente en desacuerdo.

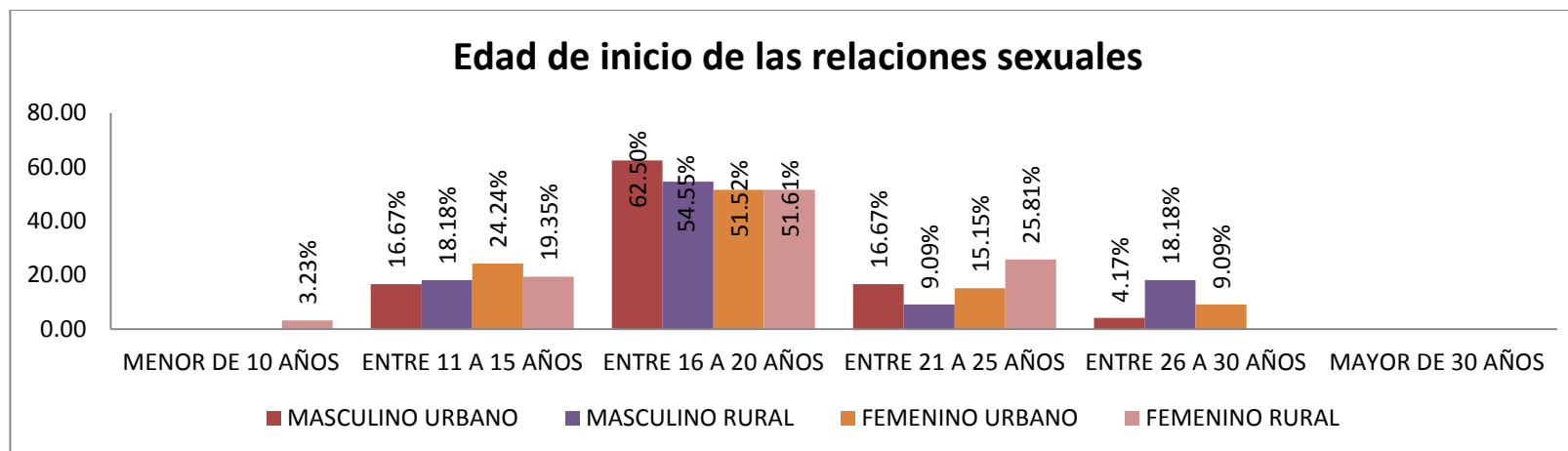
Gráfico #27. Actitud de la población respecto a que, la fidelidad disminuye el riesgo de adquirir VIH.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

Al preguntar si ¿ser fiel a la pareja sexual se previene el VIH? Las mujeres en un 64.06% respondieron totalmente de acuerdo, seguido de 26.56% de acuerdo, 4.69% no está seguro, 3.13% totalmente en desacuerdo y solo el 1.56% en desacuerdo. Con respecto a los hombres de igual forma la mayoría con un 57.14% está totalmente de acuerdo, seguido con un 20% de acuerdo, 17.14% no está seguro y 2.86% en desacuerdo y totalmente en desacuerdo cada uno.

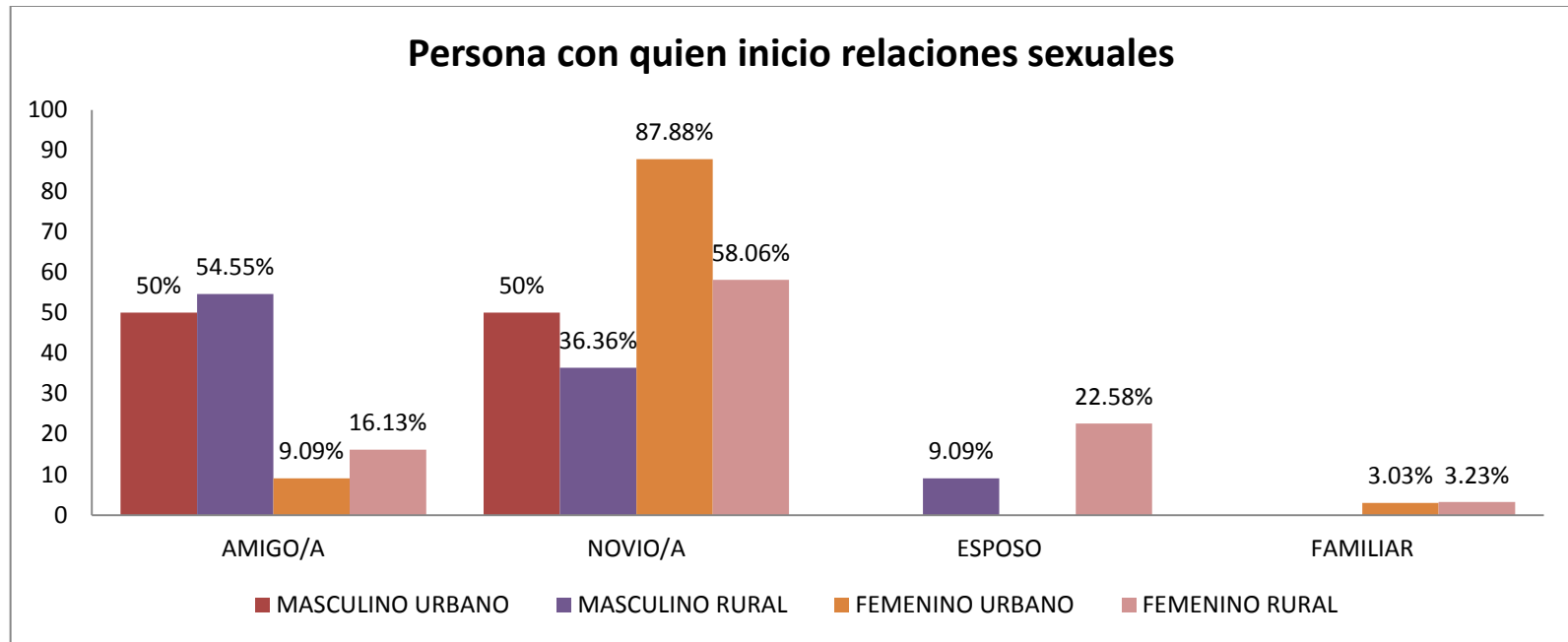
Gráfico #28. Edad de inicio de las relaciones sexuales.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

De los sujetos de estudio el 62.5% de la población masculina del área urbana refiere que la edad de inicio de sus relaciones sexuales fue entre 16 a 20 años, seguido de 11-15 años y 21-25 años con el 16.7% cada uno, y solo el 4.17% manifiesta que inicio relaciones sexuales entre los 26 a 30 años, pero ninguno manifestó iniciar antes de los 10 años. En comparación la población del sexo masculino del área rural (54.55%) quienes iniciaron relaciones sexuales entre 16 a 20 años, seguido de entre los 11-15 años y 21 a 25 años con 18.18% cada uno, solo el 9.09% manifestó haber iniciado entre los 21 a 25 años, pero ninguno manifestó iniciar antes de los 10 años. Por otro lado la población femenina del área urbana evidencia que el 51.52% inicio relaciones sexuales entre 16 a 20 años, el 24.24% inicio a los 11 a 15 años, el 15.15% inicio entre 21 a 25 años y ninguna inicio antes de los 10 años. Mientras que la población del área rural la edad de inicio fue entre 16 a 20 años con 51.61%, el 25.81% inicio entre los 21 a 25 años y solo el 19.35% a inicio entre 11 a 15 años, y el 3.23% inicio relaciones sexuales debajo de los 10 años.

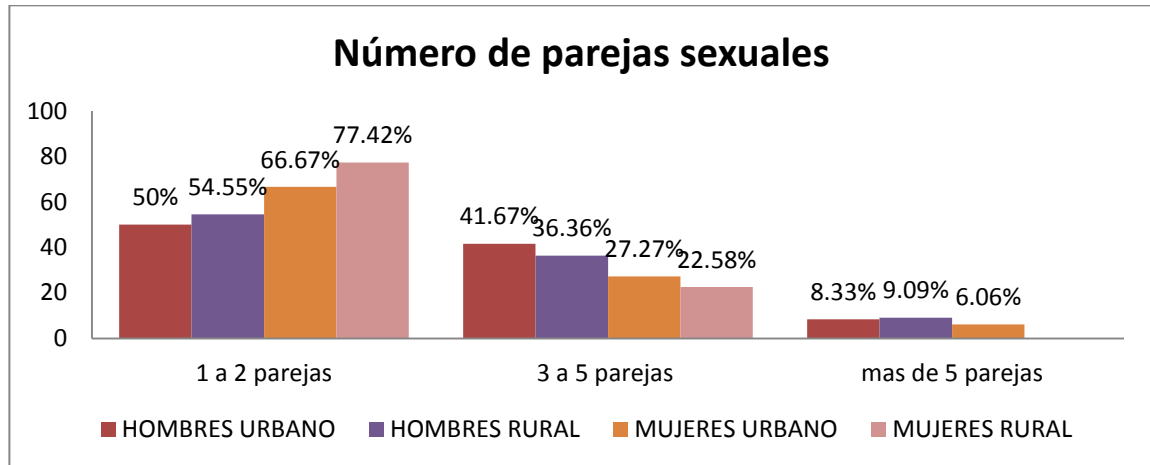
Gráfico #29. Persona con quien inicio relaciones sexuales.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

Al iniciar relaciones sexuales, la población masculina del área urbana respondió que fue con una amiga en el 50% y con su novia en un 50%. La población masculina rural respondió con su amiga en un 54.55%, seguido de novia en un 36.36%, esposa con un 9.09%. En contraste con la población femenina del área urbana iniciaron relaciones sexuales con su novio en un 87.88%, seguido de amiga con un 9.09%, familiar 3.03% y el esposo con un 0%. La población femenina del área rural respondió con novio en un 58.06%, seguido del esposo con un 22.58%, amiga con un 16.13% y con un familiar 3.23%.

Gráfico #30. Número de parejas sexuales.

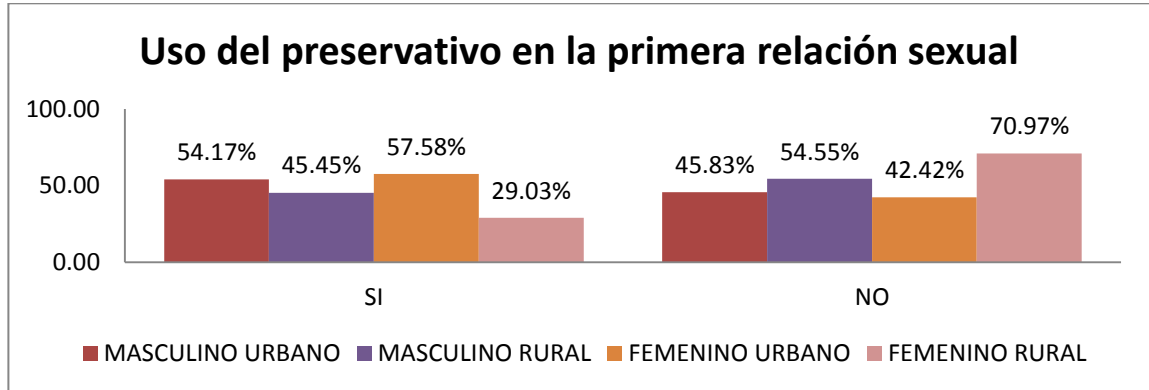


Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

De la población masculina del área urbana se evidencia que el 50% a presentado de 1 a 2 parejas sexuales, pero no se evidencia que presente más de 3 parejas, en comparación con la población masculina del área rural donde se evidencio que el 54.55% a presentado entre 1 a 2 parejas y 36.36% presento entre 3 a 5 parejas y solo 9.09% presento más 5 parejas.

Por otro lado la población femenina del área urbana ha presentado el 66.67% entre 1 a 2 parejas y el 27.27% ha tenido entre 3 a 5 parejas y solo el 6.06% ha tenido más 5 parejas. En comparación con la población femenina del área rural el 77.42% ha tenido entre 1 a 2 parejas y solo 22.58% ha tenido entre 3 a 5 parejas, pero ninguna mujer del área rural ha tenido más 5 parejas.

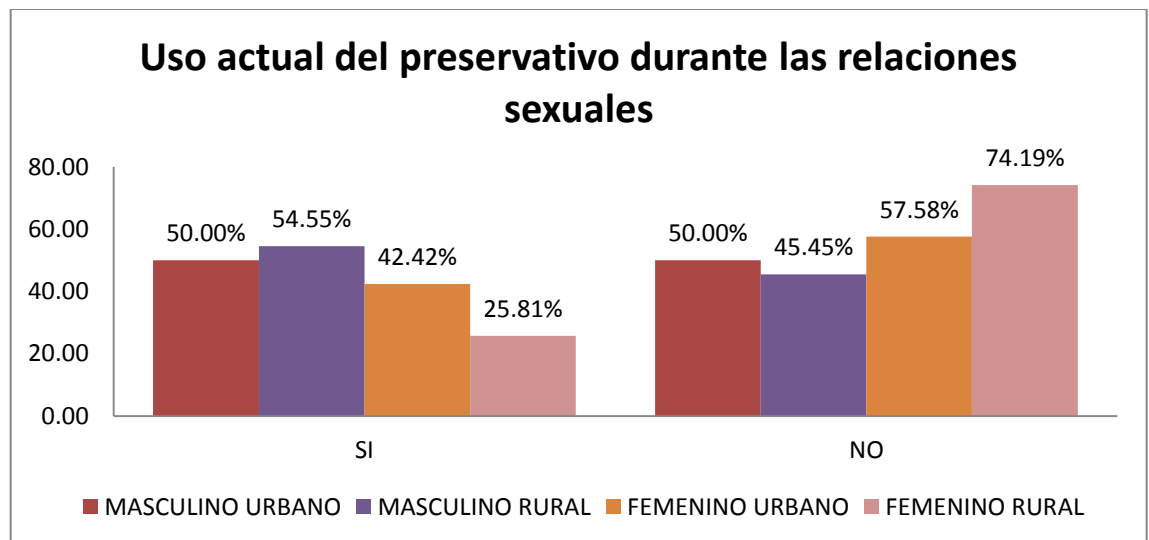
Gráfico #31. Uso del preservativo durante la primera relación sexual.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

Con respecto al uso de preservativo en la primera relación sexual la población masculina urbana respondió que sí lo utilizo con un 54.17% y el 45.83% respondió que no. La población masculina rural respondió que no lo utilizo con un 54.55%, mientras que el 45.45% si lo utilizo. En contraste la población femenina urbana dijo que si lo utilizo en un 57.58% y en un 42.42% que no. Y la población femenina rural respondió que no lo utilizo en un 70.97% y que si uso preservativo con un 29.03%

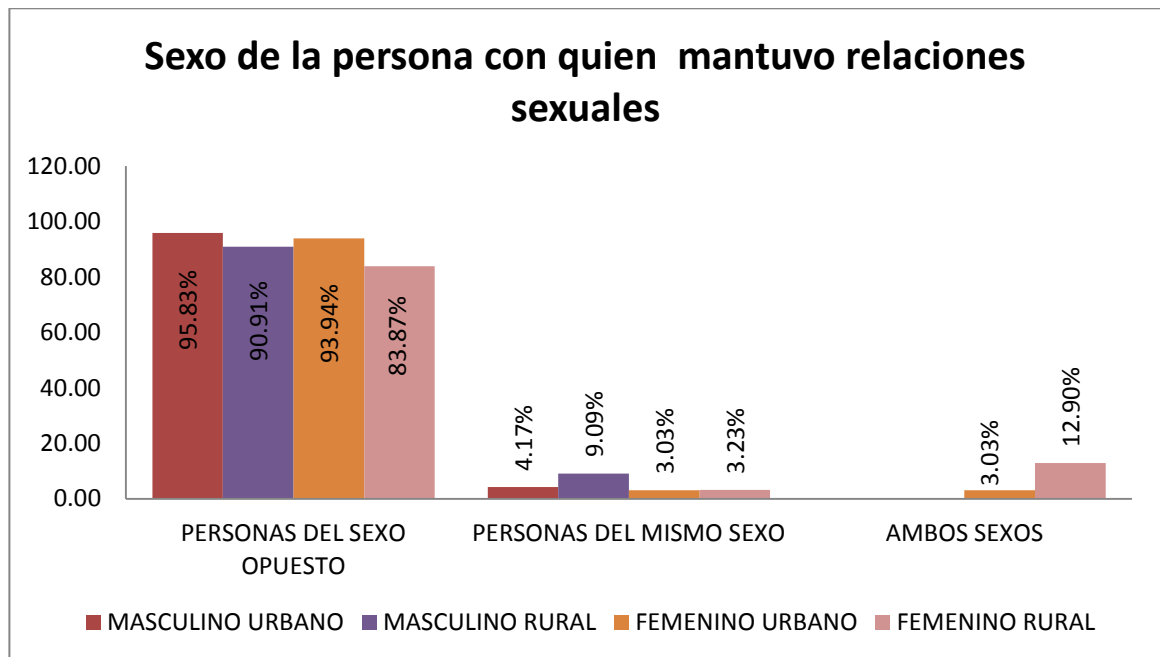
Gráfico # 32. Uso actual del preservativo durante sus relaciones sexuales.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

De los sujetos de estudio el 50% de la población masculina del área urbana actualmente utilizan preservativos en sus relaciones sexuales y el otro 50.00% refiere no utilizar, en comparación con la población masculina del área rural que utilizan el preservativo en el 54.55% y el 45.45% no utiliza preservativos. La población femenina del área urbana evidencia que el 42.42% utiliza preservativo actualmente y el 57.58% no lo utiliza, en comparación con la población del área rural solo el 25.81% utiliza preservativo y el 74.19% no utiliza preservativo en sus relaciones sexuales.

Gráfico #33. Sexo de la persona con quien mantuvo relaciones sexuales.

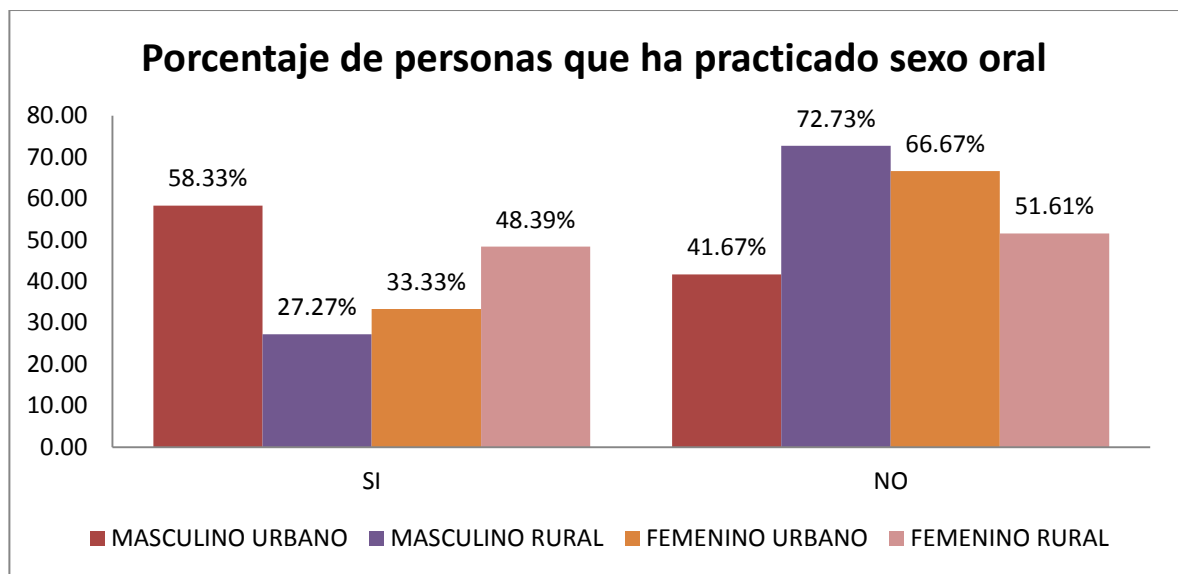


Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

Las relaciones sexuales de la población masculina urbana en su mayor proporción han sido con personas del sexo opuesto con el 95.83%, mientras que con personas del mismo sexo representa

solo el 4.17%. Luego la población masculina rural respondió que sus relaciones sexuales han sido con personas del sexo opuesto con el 90.91% y con personas del mismo sexo con el 9.09%. En comparación con la población femenina urbana menciona que sus relaciones sexuales han sido con personas del sexo opuesto con el 93.94%, personas del mismo sexo con el 3.03%, y con ambos sexos 3.03%. La población femenina rural respondió que han sido con personas del sexo opuesto en el 83.87%, con ambos sexos 12.90% y con personas del mismo sexo con el 3.23%.

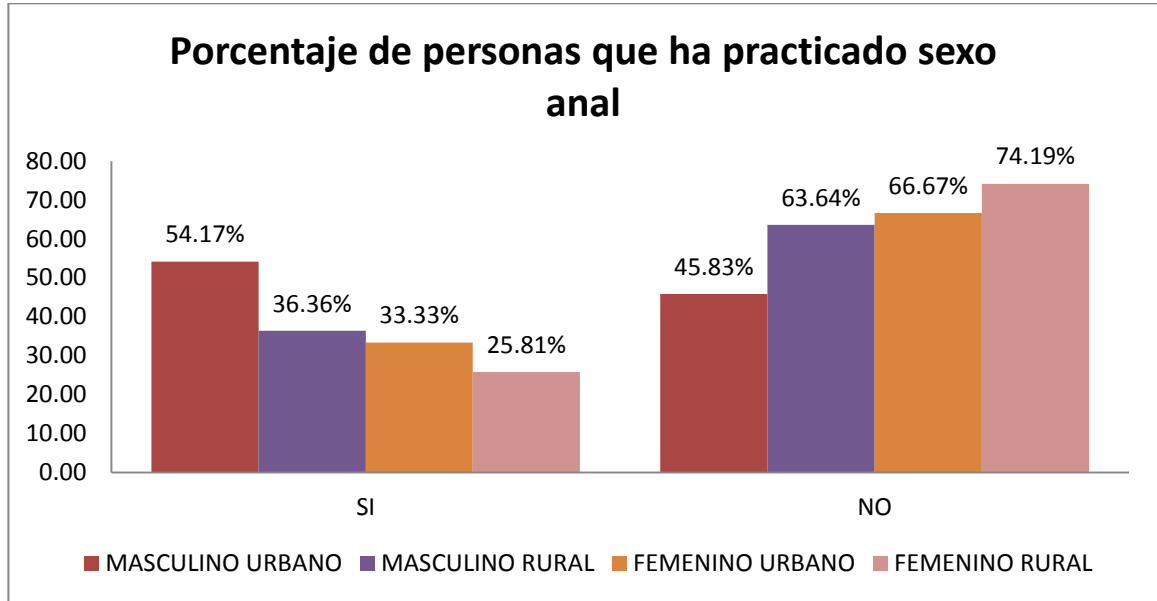
Gráfico #34. Porcentaje de personas que practicaron sexo oral.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

De la población masculina del área urbana el 58.33% ha practicado el sexo oral, mientras que el 41.67% respondió que no. En comparación con el área rural donde la mayoría no ha tenido esta práctica con el 72.73% y solo el 27.27 respondió que sí. Por su parte la población femenina del área urbana el 66.67% no ha practicado sexo oral y solo el 33.33 afirmó dicha práctica. Mientras que en el área rural el 51.61% no ha practicado sexo oral y el 48.39 respondió que sí.

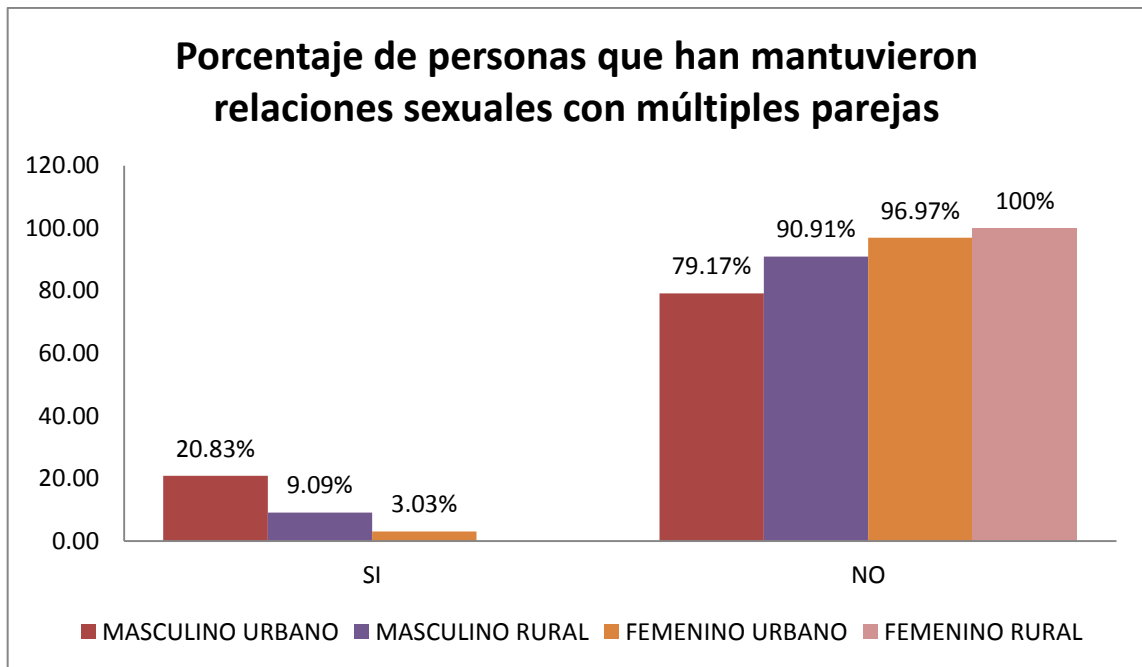
Gráfico #35. Porcentaje de personas que practicaron sexo anal.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

Con respecto a la práctica del sexo anal la población masculina urbana respondió que sí lo ha realizado con 54.17% y un 45.83% que no. La población masculina rural no ha practicado el sexo anal en un 63.64%, mientras que el 36.36% si han tenido esta práctica. En contraste a la práctica del sexo anal en la población femenina urbana fue del 33.33%, mientras que el 66.67% respondió que no. La población femenina rural respondió no haber tenido esta práctica con un 74.19% y el 25.81%. Respondieron que sí.

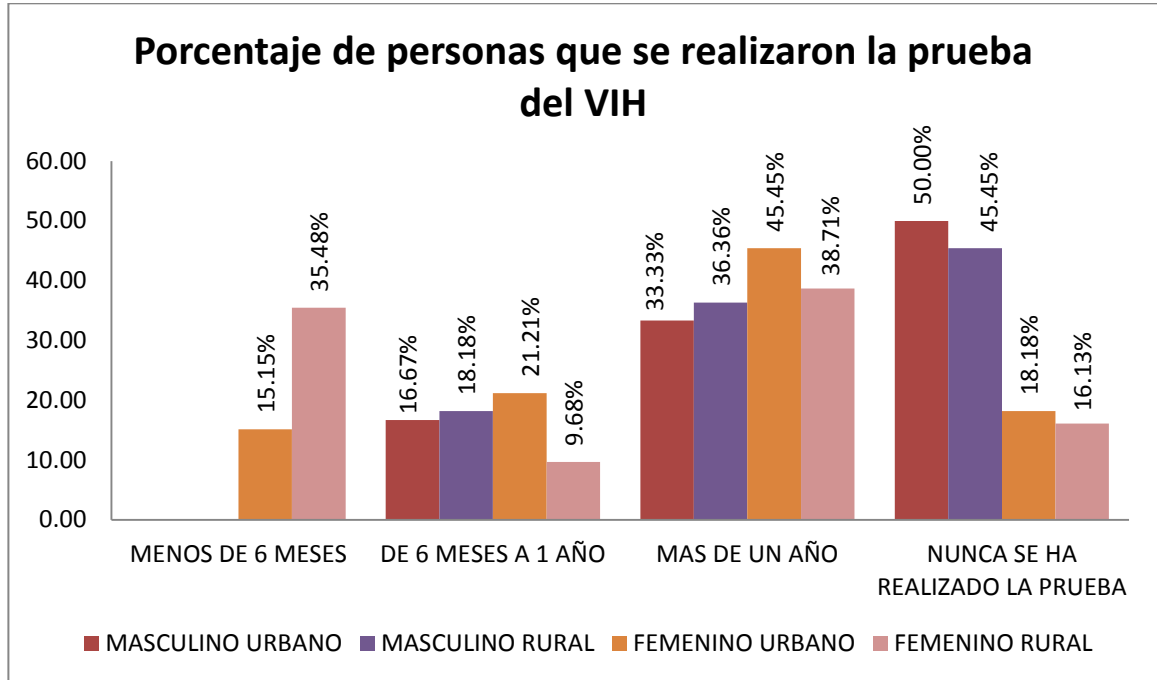
Gráfico # 36. Porcentaje de personas que mantuvieron relaciones sexuales con múltiples parejas.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

De la población masculina urbana en estudio la mayoría con 79.17% no ha mantenido relaciones sexuales con múltiples parejas y el 20.83% respondieron haber tenido múltiples parejas. La población masculina rural afirmó que no han mantenido relaciones sexuales con múltiples parejas en un 90.91% y solo el 9.09% respondió que sí. Las mujeres del área urbana en 96.97% no han tenido relaciones sexuales con múltiples parejas y el 3.03% respondió que sí. Y la población rural en un 100% no ha mantenido relaciones sexuales con múltiples parejas.

Gráfico #37. Porcentaje de personas que se realizaron la prueba del VIH.

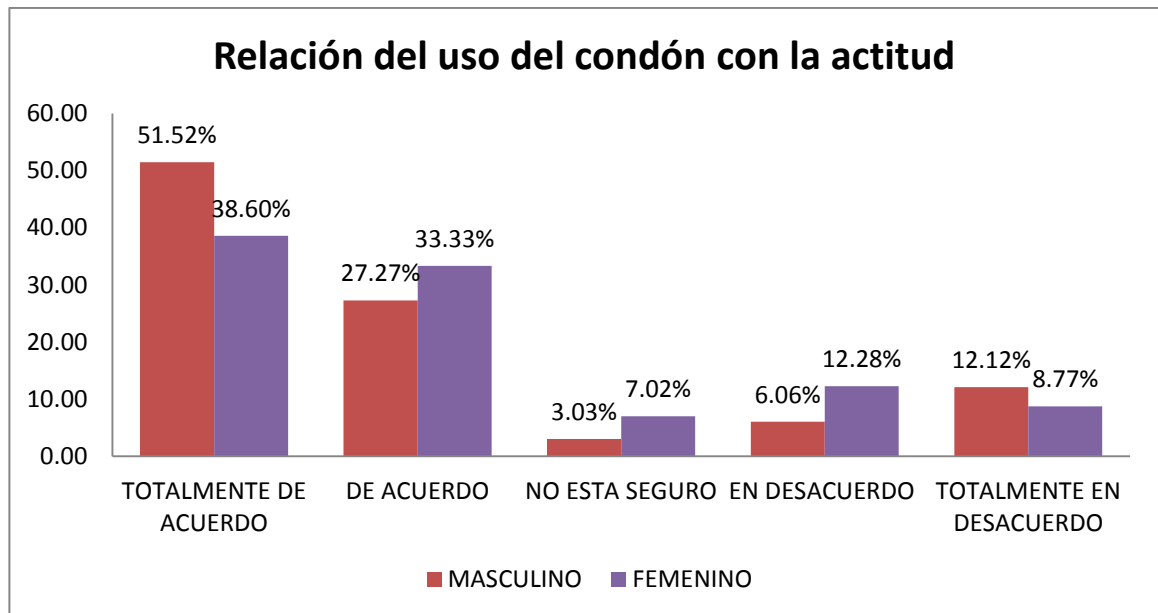


Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

Al determinar hace cuanto la población se realizó la prueba de VIH, los hombres del área urbana en un 50% nunca se la han realizado, el 33% se la realizó hace más de un año, el 16.67% entre 6 meses a 1 año. Mientras que los hombres del área rural el 45.45% nunca se ha realizado la prueba, el 36.36% fue hace más de un año, el 18.18% entre 6 meses a 1 año.

En comparación las mujeres del área urbana el 45.45% se ha realizado la prueba hace más de un año, el 21.21% de 6 meses a 1 año, el 18.18% nunca se han realizado la prueba y el 15.15% menos de 6 meses. Por su parte en el área rural el 38.71% se ha realizado la prueba hace más de un año, el 35.48% hace menos de 6 meses, el 16.13% nunca se ha realizado la prueba y el 9.68% fue de 6 meses a 1 año.

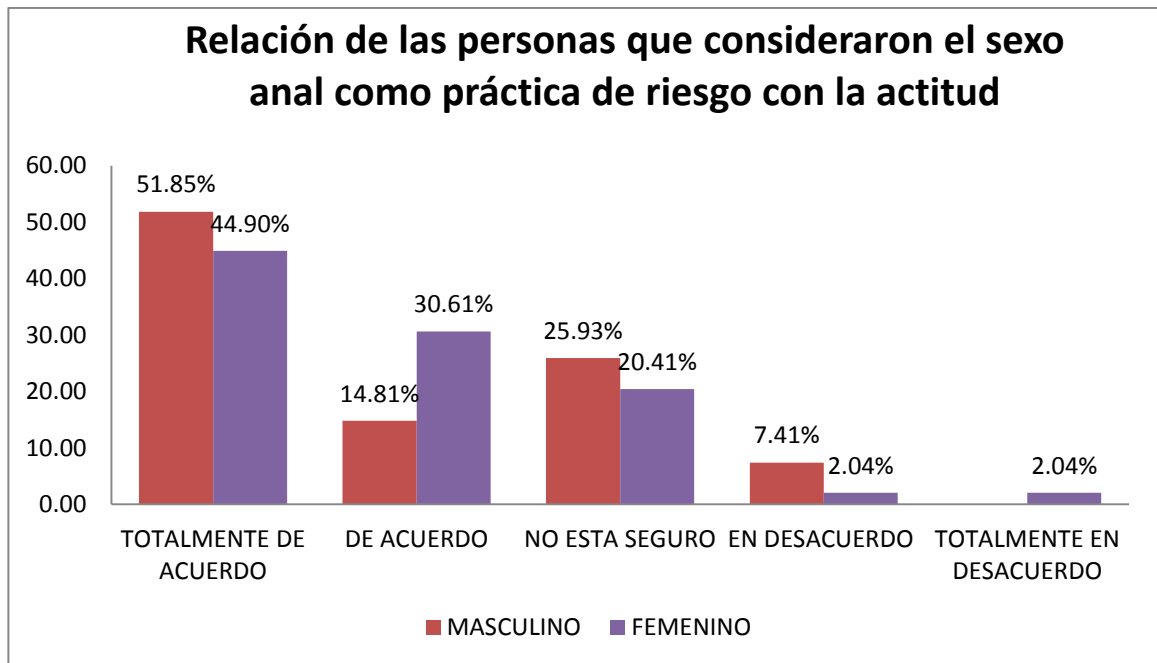
Gráfico #38. Relación de las personas que respondieron usar el condón durante sus relaciones sexuales con la actitud hacia el mismo.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

De la población que respondió que usa actualmente el preservativo en sus relaciones coitales, los hombres en un 51.52 % refiere estar “totalmente de acuerdo” que el uso del condón previene la transmisión de ITS-VIH/SIDA, el 27.27% refieren estar “de acuerdo” y solo el 12.12% refiere estar “totalmente en desacuerdo”. Y en menor medida se observó que el 6.06% y 3.03% refirió estar “en desacuerdo” y “no estar seguro” respectivamente. En comparación con las mujeres que el 38.60% refirió estar “totalmente de acuerdo” con que el uso del condón previene la transmisión de ITS-VIH/SIDA, el 33.33% refiere estar “de acuerdo” y solo el 12.28% refiere estar “en desacuerdo”, pero los menores intervalos se encuentra en “totalmente desacuerdo” y “no estar seguro” con 8.77% y 7.02% respectivamente.

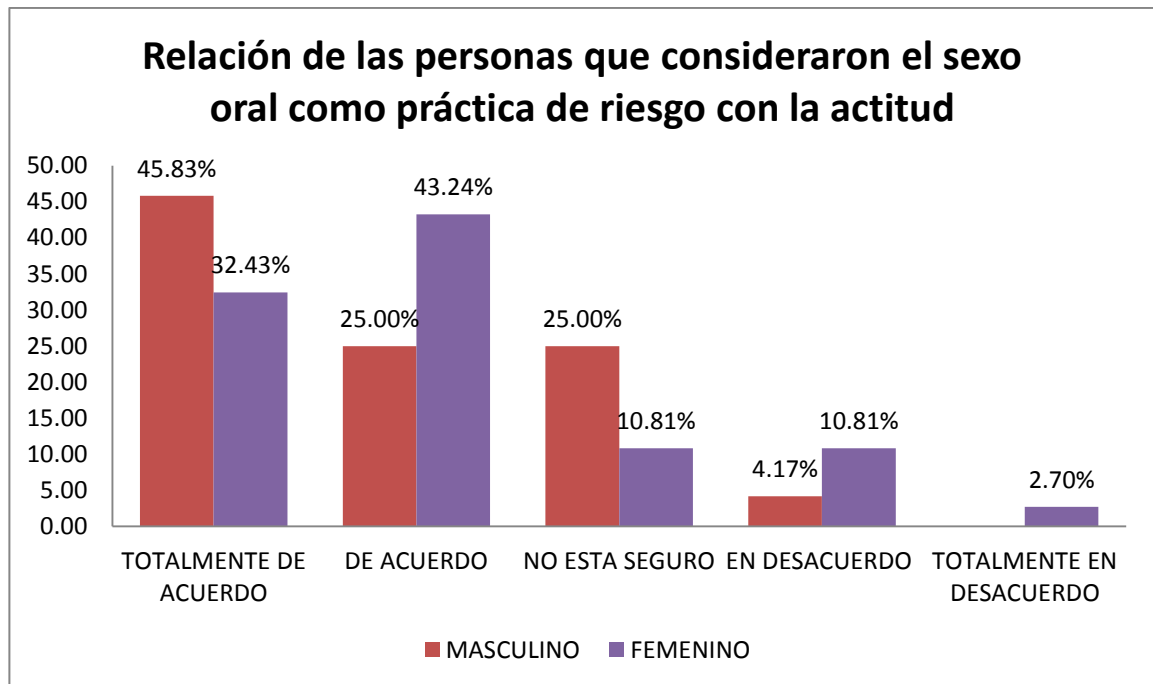
Gráfico #39. Relación de las personas que consideraron el sexo anal como práctica de riesgo con la actitud.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “conocimiento actitudes prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

De la población que considero el sexo anal es una práctica de riesgo, en la población masculina se evidenció que el 51.85% refirió estar “totalmente de acuerdo”, el 25.93% refirió “no está seguro” y solo el 14,81% de los hombres refiere estar “de acuerdo”, pero los menores intervalos se encuentran en “en desacuerdo” con 7.41%, pero ninguno refiere “totalmente en desacuerdo”. En comparación con la población femenina que refirió el 44.90% estar “totalmente de acuerdo” con que el sexo anal es una práctica de riesgo, el 30.61% refirió estar “de acuerdo” y el 20.41% “no estar seguro”, pero los menores intervalos se encuentran en “en desacuerdo” y “totalmente desacuerdo” con 2.04%.

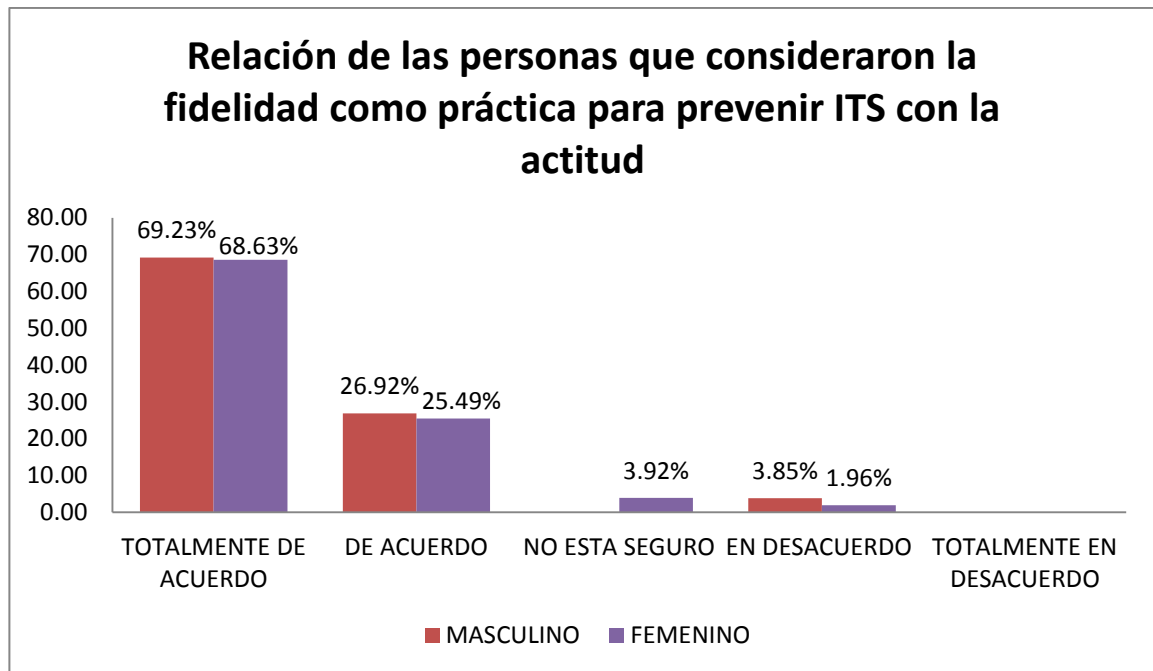
Gráfico #40. Relación de las personas que consideraron el sexo oral como práctica de riesgo con la actitud.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

En relación a la población que consideraron el sexo oral como práctica de riesgo, los hombres con 45.83% refirieron estar “totalmente de acuerdo”, 25% “de acuerdo” y “no está seguro” cada uno y el 4, 17% “en desacuerdo”, pero ninguno respondió estar “totalmente en desacuerdo” en el que sexo oral está relacionado con transmisión de ITS-VIH/SIDA. En comparación con la población femenina que refirió el 43.24% estar “de acuerdo”, el 32.43% “de acuerdo” y solo el 10.81% “no estar seguro” y “en desacuerdo” cada uno, pero el menor intervalo se encuentra en “totalmente desacuerdo” con 2.70%.

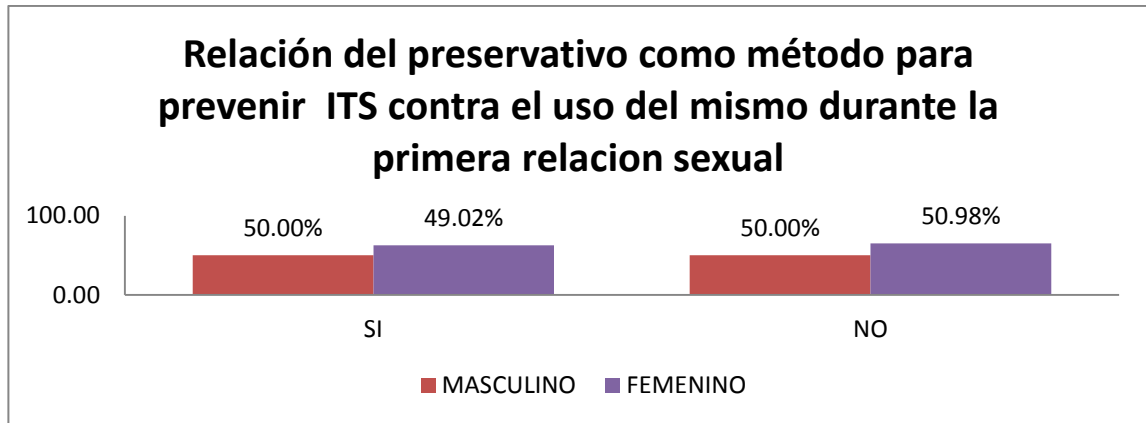
Gráfico #41. Relación de las personas que consideraron la fidelidad como práctica para prevenir ITS con la actitud.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

En relación a la población que consideraron la fidelidad como práctica para prevenir ITS, los hombres con 69.23 % manifestaron estar “totalmente de acuerdo”, el 26.92% “de acuerdo” y solo el 3.85% “en desacuerdo”, ninguno manifestó estar “totalmente en desacuerdo” o “no estar seguro”. En comparación con la población femenina que 68.63% está “totalmente de acuerdo”, el 25.49% “de acuerdo” y solo el 3.92% “no seguro”, 1.96% “en desacuerdo”, pero ninguno refiere estar “totalmente en desacuerdo” que la fidelidad previene la transmisión de ITS-VIH/SIDA.

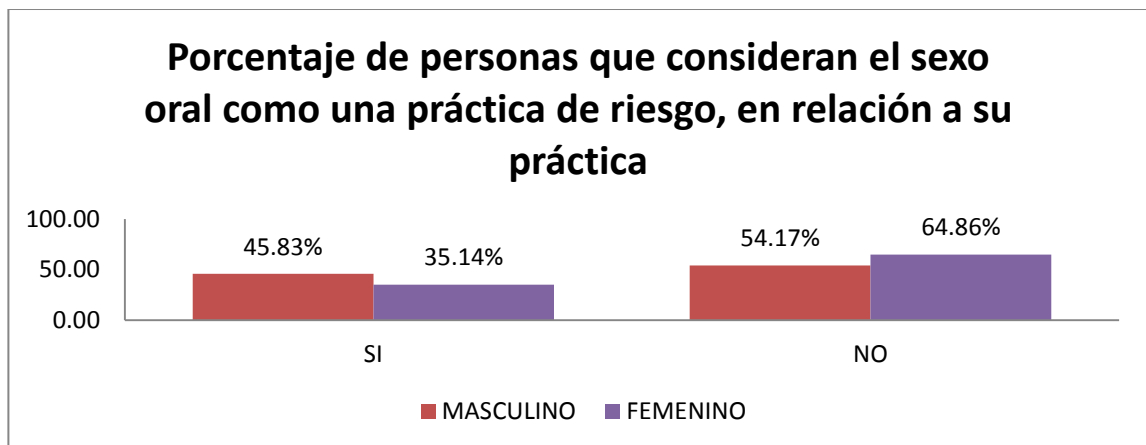
Gráfico #42. Relación de las personas que consideraron el preservativo como método para prevenir ITS con el uso del mismo durante su primera relación sexual.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

En relación a la población que considero el preservativo como método para prevenir ITS, los hombres el 50.00 % lo utilizó en la primera relación coital, el otro 50.00% respondió que no lo uso. En comparación con la población femenina el 49.02% uso preservativo en la primera relación coital, mientras que el 50.98% no lo utilizo.

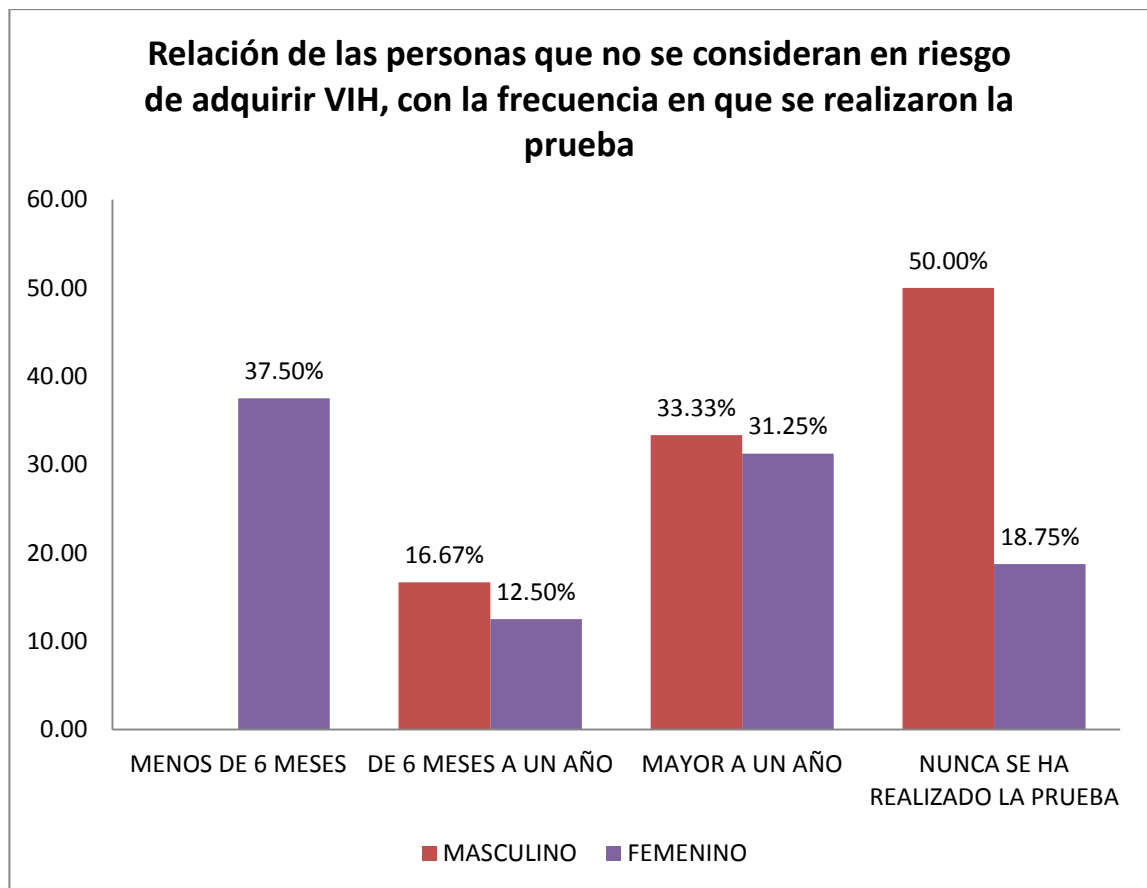
Gráfico #43. Porcentaje de personas que consideraron el sexo oral como una práctica de riesgo, en relación a la práctica del mismo.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

En relación a la población que considero el sexo oral es una práctica de riesgo, los hombres con el 45.83 % lo práctico, y el 54.17% manifestó que no lo práctico. En comparación la población femenina el 35.14% lo práctico, y el 64.86% manifestó que no lo práctico.

Gráfico #44. Relación de las personas que no se consideraron sujetos de riesgo para adquirir VIH, con la frecuencia en que se realizaron la prueba del VIH.



Fuente: Población encuestada sobre el tema: “Conocimiento, actitudes y prácticas de la población sexualmente activa de 20-39 años sobre las ITS/VIH-SIDA en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015”.

Al realizar la comparación porcentual de los que no se consideran en riesgo de adquirir VIH, se observa que las mujeres siguen presentando el porcentaje más alto de toma de la prueba de VIH en comparación con los hombres, con un 81.25% y un 50% respectivamente. Demostrando a su vez que de los que se han realizado la prueba, la mayor frecuencia en el caso de las mujeres se encuentra en menos de los 6 meses con un 37.5%, mientras que los hombres en más de un año con el 33.33%. Se observa un alto porcentaje de los que nunca se la han realizado que en el caso de los hombres alcanza el 50% de ellos.

XXIII. DISCUSION

Los datos de la investigación demostraron que, en su mayoría la población que se atendió en la UCSF-I de Zacatecoluca fue del sexo femenino con el 65.65%, siendo las edades de 25-29 años las que alcanzaron una mayor frecuencia con el 39.06%, mientras que los hombres representaron el 35.35% de los atendidos y la mayor frecuencia de edades se ubicó entre los 30-35 años con el 34.29%. Estos datos se relacionaron con la realidad del municipio de Zacatecoluca, donde la mayor parte de la población corresponde al sexo femenino con 52.38% según datos del VI censo de población (año 2007).

Respecto al nivel académico de la población de estudio, el mayor porcentaje de las mujeres y los hombres estudió hasta secundaria con un 53.65% y 41.90% respectivamente. Por otro lado los hombres presentaron un porcentaje más alto que han logrado nivel universitario con el 27.62% contra solo el 9.38% de las mujeres. Mientras que las mujeres en un 9.38% no lograron ningún grado académico en comparación con los hombres que solo represento el 2.86%.

La orientación sexual en la mayoría de la población, para ambos sexos fue heterosexual con 95.31% de las mujeres y el 88.57% de los hombres. Solo el 3.13% de las mujeres se consideraron homosexuales, mientras que los hombres fue el 5.71%. El 1.56% de las mujeres se consideró bisexual en comparación de los hombres con 5,71%.

Al diferenciar a la población de estudio por área geográfica, las mujeres del área urbana representó el 51.56% y el área rural 48.44%. Por su parte los hombres del área urbana fue el 68.57% y solo el 31.43% del área rural. Los datos concordaron con el VI censo de población, donde se determinó que aproximadamente el 60% de la población del municipio de Zacatecoluca residía en el área urbana.

Durante el estudio se le preguntó a la población, si al menos en una ocasión habían recibido algún tipo de consejería o charla sobre ITS. Los datos demostraron que en ambos sexos, la población del área urbana ha tenido más oportunidades de informarse

sobre la temática, ya que el 79.17% de los hombres del área urbana respondió que sí en comparación con el área rural con 36.36%. Por su parte las mujeres del área urbana en un 69.70% respondieron que sí, comparado con el área rural que significó solo el 48.39%.

Al considerar la percepción de riesgo que tiene la población de estudio de adquirir una ITS, evidenció que la población masculina del área urbana con el 75% afirmó ser sujetos de riesgo, mientras que el 54.55% del área rural respondieron que sí. Caso contrario en la población femenina en el que menos de la mitad afirmaron ser sujetos de riesgo con 45.45% para el área urbana y 45.16% para el área rural.

De igual forma se indagó la percepción de riesgo de adquirir una infección por VIH, tanto los hombres del área urbana como rural, en su mayoría se consideran como sujetos de riesgo con el 66.67% en el área urbana y el 63.64% del área rural. Al contrario de lo mostrado por la población femenina, en el que hay una marcada diferencia entre área geográfica ya que el 60.61% de las mujeres del área urbana afirmaron ser sujetos de riesgo mientras que solo el 38.71% de las mujeres del área rural se consideró dentro de dicha categoría.

CONOCIMIENTOS

Al explorar los conocimientos de la población en estudio se determinó cuáles ITS conocía, los resultados obtenidos fueron los siguientes.

Los datos de FESAL 2003 y 2008, indicaron que la ITS más conocida por la población a nivel nacional fue el VIH, donde el 99.5% de la población masculina del área urbana y 96.9% a nivel rural conocían dicha infección y 99% en las mujeres sin variaciones geográficas. Los resultados obtenidos en la UCSF- I de Zacatecoluca demostraron, que de igual forma la población del área urbana en ambos sexos con el 100% afirmaron conocer la infección por VIH, en comparación con el área rural donde este porcentaje cae al 81.82% de los hombres y 90.32% de las mujeres.

La segunda infección reconocida por los hombres del área urbana y rural fue sífilis con 91.67% y 63.64% respectivamente. Mientras que los datos nacionales estimaron que la gonorrea con 79.9% fue la segunda más conocida seguida de sífilis con 77.9%

Por su parte la población femenina del área urbana en segundo lugar reconocieron sífilis y gonorrea con 72.72% cada una, mientras que en el área rural fue gonorrea la segunda más reconocida con el 74.19%. Los datos de la FESAL 2008 determinaron que la gonorrea con 65% era la ITS más conocidas en la población femenina de la cual los datos fueron más altos a nivel urbano que rural.

Los datos obtenidos en la encuesta de FESAL 2003, reveló que la enfermedades menos reconocidas por los hombres fueron clamidiasis con 9.4% y tricomoniasis con 10.4%. Mientras que en la población que se sometió al estudio, para el caso del área urbana fue: herpes virus con 54.17%, chancro con 41.67%, tricomoniasis con 29.17%, vaginosis bacteriana y clamidiasis con 16.67% cada una. En el área rural gonorrea con 54.55%, chancro 18.18%, herpes virus 9.09%. Por otro lado Ninguno identificó infecciones como condilomas, tricomoniasis, clamidiasis y vaginosis bacteriana, este dato se pudo relacionar a que estas infecciones cursan de forma asintomática en la mayoría de los hombres como en el caso de la tricomoniasis, hasta aquellas que afectan casi de manera exclusiva al sexo femenino como la vaginosis bacteriana.

La población femenina, según datos de FESAL 2008 determinó, que la tricomoniasis con 18% y la clamidiasis con 15% fueron las ITS menos reconocidas. Al contrastar los datos de la población que se sometió al estudio, el área urbana reconoció el herpes virus con 63.63%, condilomas con 57.57%, chancro 54.54%, clamidiasis y tricomoniasis con 33.33% cada una y por ultimo vaginosis bacteriana con 27.27%. A nivel rural identificaron sífilis con 58.06%, herpes virus y chancro con 32.26% cada una, vaginosis bacteriana 19.35%, clamidiasis 12.9% y en último lugar tricomoniasis con 9.68%.

Se puede determinar que el conocimiento de las diferentes ITS es mayor a nivel urbano y que a su vez las mujeres son quienes lograron identificar la gran mayoría de las ITS, a

pesar que fueron los hombres quienes presentaron porcentajes más elevados de haber recibido al menos en una ocasión algún tipo de charla o consejería sobre ITS.

Al indagar el conocimiento sobre las situaciones en las que se podría adquirir una infección por VIH, los hombres del área urbana identificaron como principal forma, la relación vaginal con persona infectada con VIH en el 100%, seguido de relación de tipo anal con 83.33%, usar las mismas jeringas de una persona con VIH con 79.17%, sexo oral con 75%. Dato importante es que el 20.83% identifico que, besar a una persona con VIH es una situación de riesgo para adquirir la infección y 12.50% respondió, que a través de la picadura insectos. A nivel rural, la principal situación de riesgo para adquirir una infección de VIH fue: el uso de jeringas de una persona con VIH con el 90.91%, en segundo lugar relación de tipo vaginal con 81.82%, relación de tipo anal con 63.64%, sexo oral con 54.55%. A demás existe un porcentaje de hombres que consideraron la picadura de insectos con el 36.36% siendo este valor más alto que el mostrado por los hombres del área urbana y con 18.18% besar a una persona con VIH. En relación a los conceptos erróneos en la forma de transmisión del VIH, los datos en la encuesta de FESAL 2003, en general solo el 26.2% negaba que la picada de un mosquito o zancudo era un mecanismo de transmisión, el 46.6% negó que a través de cubiertos utilizados por alguien infectado por el VIH.

La población femenina del área urbana, identifico como principal forma de adquirir una infección por VIH la relación de tipo vaginal con personas infectadas en el 93.94%, seguido de la relación de tipo anal con 87.88%, usar las mismas jeringas de una persona con VIH en el 78.79%, sexo oral 60.61%. Pero a su vez en un pequeño porcentaje identificaron situaciones erróneas como tomar de la mano a una persona con VIH, besar a una persona con VIH y la picadura de insectos con el 9.09%, así como comer de los mismos platos con el 3.03%. De igual forma a nivel rural la relación de tipo vaginal fue la principal identificada con el 90.32%, seguido del uso de las mismas jeringas con 77.42%, sexo oral con 54.84%, no obstante el 16.13% respondió que besar a una persona con VIH, comer de los mismos platos 9.68% y picadura de insectos 6.45% son formas

de adquirir la infección. A nivel nacional los datos de FESAL en el 2008, determino que el 63% de la población negó que transmita de VIH a través de utensilios, y el 40% negó que fuera mediante la picada de zancudos. Datos específicos en La Paz, determino que el 85.8% negó que el VIH se pudiera transmitir mediante un beso, y el 91.1% por tomar de la mano a alguien con VIH.

Los hallazgos indican que la ausencia de conocimiento erróneo sobre el VIH/SIDA resulta ser el doble entre los hombres con respecto a las mujeres. En los datos de la investigación se observó que, los hombres presentaron porcentajes más elevados de conceptos erróneos en la forma de transmisión del VIH/SIDA.

Por otro lado, se investigó las diferentes situaciones que la población identificaba como riesgo de adquirir una ITS, para lo cual la población masculina del área urbana reconocieron que la formas más frecuente de adquirir una ITS es con 91.67% el sexo vaginal y el 83.33% el sexo anal, y en menor medida el contacto con secreciones 66.67%, sexo oral 58.33% y el 45.83% de madre a hijo, pero el 4.17% respondió por picadura de zancudos. Por otra parte el sexo masculino del área rural identifico de igual manera como forma principal el sexo vaginal con 72.73%, seguido de sexo anal con 63.64% y el contacto de secreciones con 54.55%, pero dato sobresaliente es que el 45.45% admite que se adquiere por picadura de zancudos. A demás el 36.36% considero de madre a hijo y el sexo oral con el 27.27%.

En comparación el sexo femenino del área urbana admiten como principal forma de adquirir una ITS el sexo vaginal con el 96.97%, el sexo anal 72.73%, seguido de sexo oral, de madre a hijo y el contacto de secreciones con 54.55% y la menor forma de transmisión es la picadura de zancudos con el 6.06%. En comparación en el área rural demuestra que la formas más frecuentes fue el sexo vaginal con 93.55%, seguido de madre a hijo con 64.52% y el sexo anal con el 54.84%. En menor medida el 48.39% el sexo oral y el contacto de secreciones con 38.71%, pero ninguno selecciono las picaduras de zancudo como forma de adquisición.

Al indagar la sintomatología que los sujetos de investigación conocían respecto a las ITS. Se determinó que la población masculina del área urbana consideró como principal síntoma las úlceras o llagas con 83.33%, flujo con mal olor en un 75%, seguido de picazón en los genitales con el 66.67%, ardor al orinar con 45.83% y dolor de cabeza con 16.67%. De igual forma la población masculina del área rural consideró las úlceras o llagas con como síntoma principal con 90.91%, seguido de picazón en los genitales con el 45.45%, ardor al orinar con 45.45%, de flujo con mal olor con un 36.36% pero el 9.09% considero dolor de cabeza como síntomas de ITS.

Respecto a la población femenina del área urbana en su mayor proporción identifiqué la picazón en los genitales con el 75.76% de igual manera úlceras o llagas con 75.76%, seguido de flujo con mal olor en un 69.70%, ardor al orinar con 36.36% y en mayor proporción que los hombres el dolor de cabeza con 27.27%. Y la población femenina del área rural respondió flujo con mal olor en 90.32%, picazón en los genitales con el 77.42%, úlceras o llagas con 48.39%, ardor al orinar con 45.16% y dolor de cabeza con 19.35% pero siempre un valor más alto que en los hombres.

Si bien un alto porcentaje de los sujetos de estudio identificaron gran parte de los síntomas de las ITS, el 95.83% de la población masculina del área urbana afirmó no haber padecido de ITS y solo el 4.17% respondió que sí, en comparación con el área rural con el 90,91% afirma no haber padecido ITS y solo el 9.09% respondió que sí.

Por otro lado la población femenina del área urbana manifiesta no haber padecido de ITS con 93.94% y solo el 6.06% respondió que sí, en comparación con el área rural donde el 90.32% respondió que no y solo el 9.68% manifiesta haber padecido de ITS.

Los métodos de planificación o prácticas que previenen las ITS que reconoció la población masculina urbana en su mayoría fue el condón masculino con un 95.83%, seguido de fidelidad con 79.17%, condón femenino y la abstinencia con el 70.83% cada uno, los anticonceptivos inyectados con el 8.33%, anticonceptivos orales y el DIU con 4.17% cada uno. La población masculina rural identificó, el condón masculino con un 90.91%, seguido de fidelidad con 63.64%, condón femenino y abstinencia con 55.54%

cada uno, los anticonceptivos inyectados con el 45.45%, anticonceptivos orales y el DIU con 27.27% cada uno. Datos de FESAL 2003, determinó que los hombres consideraron como forma específica de evitar la transmisión del VIH como la más conocida a la “fidelidad” con 91.3%, cifra que baja al 73.5% para “la abstinencia sexual” y al 62% para el “uso de condones en todas las relaciones sexuales”. En contraste el estudio demostró que la población considero que las principales formas de prevenir el VIH eran la fidelidad, uso de preservativo y la abstinencia en ambas áreas geográficas.

Con respecto a la población femenina del área urbana consideró el condón masculino con un 90.91%, seguido de fidelidad con 78.79%, condón femenino con 69.70%, la abstinencia con el 63.64%, anticonceptivos inyectados con el 9.09%, mientras que el 6.06% mencionó que ninguno previene las ITS, con un 6.06%, DIU con 3.03% y ninguna considero los anticonceptivos orales.

La población femenina rural identificó el condón masculino con un 87.10%, seguido de fidelidad con 80.65%, condón femenino con 70.97%, la abstinencia con el 51.61%, anticonceptivos inyectados con el 12.90%, anticonceptivos orales y el DIU con 9.68% cada uno y el 3.23% respondió que ninguno previene las ITS. Respecto al conocimiento de la población femenina a nivel nacional en los datos de FESAL 2008 se determinó que, el 97% consideraba la fidelidad como forma de prevenir el VIH, seguido del uso del preservativo con 80%.

ACTITUDES

Los resultados de la investigación demostraron que la actitud de la población obtenida a través de la escala de Likert se encuentra dentro del intervalo “totalmente de acuerdo” con 57.14% en los hombres y 48.44% de las mujeres, en segunda instancia en el intervalo “de acuerdo” con 39.06% en el caso de las mujeres y 22.86% en los hombres. Al calcular las medidas de tendencia central se observó, que la moda de las actitudes de la población se encontró con un puntaje 5 que refleja una población “totalmente de acuerdo” con las actitudes planteadas. Dicha moda coincide con la mediana de la población masculina. No así, en la población femenina ya que en esta se observó un

cambio, debido a que la moda se encontró en un puntaje de 5 es decir “totalmente de acuerdo” pero su mediana se presentó en un puntaje de 4 que equivale al término “de acuerdo”, para las actitudes que se evaluaron.

Por otro lado al evaluar la actitud por área geográfica se evidencia que la población femenina del área urbana se encontró “totalmente de acuerdo” con 60.61% en comparación con el área rural que se ubicó en el intervalo “de acuerdo” con 48.39%. A su vez, se evidenció a través de la escala de actitudes, que las mujeres del área urbana se consideraron de mayor riesgo de adquirir una ITS/VIH-SIDA, hecho que se compara en igual proporción en el estudio de FESAL-2008 donde las mujeres del área urbana se consideran de la misma forma con un 31.1%.

Por su parte la población masculina en el estudio FESAL se observó, que el porcentaje que percibe tener algún riesgo varía del 35.1 % en el área metropolitana, al 21.4 % en el área rural, lo cual evidencia la misma tendencia en el estudio realizado ya que la población masculina del área urbana se ubicó en “totalmente de acuerdo” con 58.33% en comparación con el área rural establecida en el intervalo “de acuerdo” con 20.83%, en cuanto a la percepción que las actitudes de riesgo promueven el contagio de una ITS. Además se observó que en ninguna de las dos áreas geográficas para el género femenino aparece dentro del intervalo “Totalmente en desacuerdo” pero si parte de la población masculina del área rural con 9.09%

La relación sexual desprotegida es la vía de transmisión más frecuente del VIH en El Salvador con un 86.3%, con predominio de las relaciones heterosexuales. Por tal razón se indagó la actitud de la población respecto al uso de preservativo en todas las relaciones sexuales, donde el 37.50% de la población femenina y 55.29% de los hombres está “totalmente de acuerdo”. Solamente el 9.38% de las mujeres y 11.43% de los hombres está “totalmente en desacuerdo”, lo cual deja en evidencia la relación existente con el estudio de FESAL ya que solo el 3.1 % de la población declaró que “no usa condones en todas las relaciones sexuales”.

Las razones por las cuales las mujeres perciben que tienen riesgo de adquirir el VIH/SIDA. El 22.7 % declaró que “su pareja pasa mucho tiempo fuera” y el 9.4 % mencionó que “su pareja tiene más parejas”. Estas dos razones son más importantes para las mujeres del área rural. Mientras que los hombres que perciben tener riesgo de adquirir el VIH/SIDA, el 51.2 % declaró que “uno no sabe con quién se junta”. En la actitud de la población en estudio respecto a las múltiples parejas sexuales se estableció que más de la mitad de la población femenina y masculina se encontraron “totalmente de acuerdo” en que se aumenta el riesgo de adquirir una ITS. Mientras que solo el 3.13% de las mujeres encuestadas están “totalmente en desacuerdo” y ninguno de los hombres se ubica en dicho rango.

La actitud respecto a si el sexo anal aumenta el riesgo de adquirir VIH reflejó que el 35.94% de la población femenina está totalmente de acuerdo, seguido del 29.69% que está de acuerdo, 25% no está seguro, 7.81% está en desacuerdo y solo el 1.56% totalmente en desacuerdo. En comparación con la población masculina el 42.86% está totalmente de acuerdo seguido del 28.57% que no está seguro, 22.86% está de acuerdo, 5.71% en desacuerdo y ninguno respondió estar totalmente en desacuerdo.

De la población femenina en su mayoría con 32.81% está de acuerdo que el sexo oral es una práctica de riesgo, seguido del 29.69% que está totalmente de acuerdo, el 21.88% no está segura, el 14.58% está en desacuerdo y solo el 1.04% totalmente en desacuerdo. En comparación los hombres el 37.14% está totalmente de acuerdo, le siguen aquellos que están de acuerdo o no están seguro con 25.71% cada uno y solo el 2.86% respondió totalmente en desacuerdo.

De la población femenina que se estudió el 43.75% está totalmente de acuerdo que esperar hasta el matrimonio para iniciar relaciones sexuales es una forma de prevenir ITS, mientras que el 40.63% está de acuerdo, 4.69% no está seguro o está en desacuerdo cada uno y 6.25% está totalmente en desacuerdo. En comparación los hombres están totalmente de acuerdo en un 51.43%, seguido de un 37.14% de acuerdo, el 2.86% no

está seguro y 8.57% está en desacuerdo. Ninguno respondió estar totalmente en desacuerdo.

En cuanto a los aspectos específicos que se incluyen en el indicador del conocimiento general del VIH, el mayor conocimiento corresponde a que la fidelidad mutua puede proteger contra el virus con un 97%. En el caso particular de las mujeres casadas o unidas es conveniente mencionar que el 14.3% hizo alusión directa a la infidelidad al responder que “su pareja tiene más parejas sexuales” y que el 40.2 % lo hizo en forma indirecta al responder que “su pareja pasa mucho tiempo fuera” del hogar, presentando un total de 54.5%. Por tal razón se indagó si la fidelidad es una forma de prevenir el VIH. Se observó que un 64.06% de las mujeres respondieron totalmente de acuerdo y un pequeño porcentaje se encontró totalmente en desacuerdo. Con respecto a los hombres de igual forma la mayoría con un 57.14% está totalmente de acuerdo.

PRACTICAS

En cuanto a las diferentes prácticas sexuales se observó que la principal edad de inicio de las relaciones sexuales fue entre los 16 a 20 años para ambos sexos, tanto para el área urbana como para el área rural, la edad de inicio de la actividad coital según el FESAL guarda relación con el riesgo de exponerse a una ITS incluyendo VIH y alta tasa de embarazos no planeados. Una de cada 2 mujeres y 2 de cada 3 hombres de 15 a 24 años tienen experiencia sexual, siendo en ambos sexos más frecuente la primera relación clasificada como premarital 52% para las mujeres y 66% para los hombres antes de los 20 años.

La pareja al iniciar las relaciones sexuales se observó que para el caso de los hombres se encontró en iguales proporciones para el área urbana y predominó la relación con un amigo/a para el área rural, mientras que las mujeres manifiestan en su gran mayoría que su pareja cuando inicio las relaciones sexuales fue con su novio. Según evidencia del FESAL Ocho de cada 10 mujeres que han tenido experiencia sexual han tenido al menos un embarazo, pero al contrario de la primera relación sexual, el mayor el porcentaje de

embarazos asciende rápidamente del 7% entre las que tienen 15 años de edad, al 41% entre quienes tienen 19 y hasta el 76 % en el grupo de 24 años de edad.

Al cuestionar el número de parejas sexuales se constató que la mayoría de la población manifiesta que solo han tenido de 1 a 2 parejas sexuales, mientras que en el intervalo de 3 a 5 parejas la mayor proporción se encontró en la población masculina rural. El uso de preservativo en su primera relación sexual los que más lo utilizaron fueron los hombres, de igual forma se observó que más de la mitad de la población femenina urbana utilizó preservativo en su primera relación caso, contrario en las mujeres del área rural quienes en su mayoría no lo utilizaron.

En comparación con el FESAL la cual demuestra que, la exposición al riesgo de embarazo o a las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, en la población, sigue siendo potencialmente alta en El Salvador, ya que el 8 % de mujeres y el 23 % de hombres en esa condición reporta haber tenido relaciones sexuales durante el último trimestre, el 58 % de las mujeres y el 36 % de los hombres no usó el condón en su última relación sexual.

Al cuestionar con quien ha mantenido relaciones sexuales se presentó que la mayoría de la población ha tenido relaciones con alguien del sexo opuesto tanto en el área urbana como en el área rural, pero se observó que los hombres del área rural son los que más han tenido relaciones con alguien del mismo sexo con un 9.09%, mientras que las mujeres rurales son las que más presentaron relaciones con ambos sexos con un 12.9%. Los que más manifestaron realizar la práctica del sexo oral son los hombres del área urbana, mientras que los hombres del área rural así como las mujeres del área urbana y rural manifestaron no realizar este tipo de prácticas; de igual forma se observó la misma tendencia para la práctica del sexo anal.

Se indagó sobre la realización de la prueba de VIH donde se evidenció que el género femenino es el que más se ha realizado la prueba y de ellas en su mayor frecuencia las del área urbana, mientras que los hombres en su mayoría nunca se la han tomado tanto los del área urbana como los del área rural. Además se observa que las mujeres son las

que presentaron la menor proporción de no haberse realizado dicha prueba en comparación con los hombres, lo cual corresponde al estudio al FESAL 2008 donde se evidencio que del total de mujeres en edad fértil, el 39.1 % reportó que se había hecho la prueba del VIH en alguna oportunidad y El 72 % de las mujeres en estado de embarazo se hicieron la prueba del VIH durante el mismo.

XXIV. CONCLUSIONES

1. La mayoría (64.65%) de la población que consultó la UCSF-I Zacatecoluca son mujeres, de las cuales el 39.09% de las mujeres se ubicaron entre los 25-29 años. La mayoría de la población (57.58%) reside en el área urbana; 42.42% en el área rural; En ambos sexos la mayoría alcanzo un nivel académico de secundaria (41.90%) en los hombres y (53.65%) las mujeres.
2. La mayoría de los hombres percibieron ser sujetos de riesgo de adquirir una ITS, (75%) en el área urbana y (54.55%) en el área rural. Menos de la mitad de las mujeres lo hicieron (45.45%) en el área urbana (45.16%) en el área rural.
3. La ITS más conocida en ambos sexos del área urbana fue el VIH/SIDA (100%); a diferencia del área rural (81.82%) de los hombres y (90.32%) de las mujeres. La mayoría (85.71%) de los hombres y (95.31%) de las mujeres identificaron el coito vaginal como principal forma de adquirir una ITS. El sexo femenino fue quien logro identificar la mayor cantidad de ITS.
4. La mayoría (94.28%) de los hombres y (89.06%) de las mujeres identifico el condón masculino como principal método para prevenir ITS, seguido de la fidelidad (74.28%) de los hombres y (79.68%) de las mujeres. La abstinencia alcanzo el (65.71%) en los hombres y (57.81%) en las mujeres.
5. En base a la escala de Likert la mayoría (57.14%) de los hombres y (43.75%) de las mujeres se ubica en el rango “totalmente de acuerdo” al valorar en conjunto sus actitudes. El (51.43%) de los hombres y el (43.75%) de las mujeres estuvieron “totalmente de acuerdo” que iniciar relaciones sexuales hasta el matrimonio se previenen ITS, mientras que la fidelidad alcanzo un (57.14%) en los hombres y (60.06%) en las mujeres.

6. La mayoría de los hombres (60%) y (51.56%) de las mujeres iniciaron relaciones sexuales entre los 16-20 años. El 48.58% de los hombres y el 28.12% de las mujeres manifestaron 3 o más parejas sexuales.
7. La población femenina-urbana la mayoría (57.58%) uso preservativo durante su primera relación sexual. Mientras que los hombres son quienes en su mayoría (51.42%) continúan con su uso durante sus relaciones sexuales a diferencia del (32.33%) de las mujeres. De las prácticas sexuales de riesgo los hombres del área urbana fueron quienes más practicaron el sexo oral (58.33%) y (54.17%) el sexo anal.
8. A mayor conocimiento sobre ITS-VIH/SIDA existen actitudes y prácticas de menor riesgo. El (54.17%) de los hombres y (64.86%) de las mujeres que consideraron el sexo oral como riesgo de adquirir ITS no lo practicaron. Mientras que el (95.15%) de los hombres y (94.12%) de las mujeres que consideraron la fidelidad como una práctica para prevenir ITS presentaron una actitud adecuada.

XXV. RECOMENDACIONES

- ❖ Ampliar y fortalecer los programas de consejería y educación que actualmente se implementan en la UCSF-I de Zacatecoluca sobre las formas de transmisión y prevención de las diferentes tipos de ITS, así como un programa de educación continua que fomente la realización de la prueba de VIH, la gratuidad de la misma.
- ❖ Empoderamiento de los hombres y mujeres para participar activamente en los proyectos y programas diseñados en la atención de salud, además de resolver las interrogantes que puedan tener sobre su sexualidad.
- ❖ Promover de forma continua la búsqueda precoz de atención médica de la población y de esta manera evitar las complicaciones relacionadas a las ITS-VIH/SIDA.
- ❖ Al personal de salud, brindar un tratamiento integral a las personas que son diagnosticadas con algún tipo de ITS, con el fin de evitar posibles recaídas.
- ❖ Al Ministerio de Salud, realizar un seguimiento oportuno de los datos obtenidos en la presente investigación, a través de estudios que permitan un análisis más profundo y con diferente perspectiva de la temática.

XXVI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. El Salvador, Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual. 2012; 44: 1-3.
2. Pérez PM, VI Congreso Centroamericano de ITS/SIDA, Juventud y VIH. 2010; 18: 4-9.
3. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: proyecto de estrategia mundial. 2006; 72: 13-14.
4. Organización Panamericana para la Salud. VIH y SIDA en las Américas una epidemia multifacética. 2001; 68: 2-9.
5. El Salvador, Ministerio de Economía. VI censo de población y V de vivienda. 2007; 659: 25-36.
6. El Salvador, Ministerio de Salud. Encuesta de salud familiar, FESAL. 2008; 630:189-193.
7. García VE, Menéndez EA, Fernández, PB, Cuesta MC. Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research*. 2012; 5(1), 79-87
8. España, Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Infecciones de transmisión sexual. Diagnóstico, tratamiento, prevención y control. 2011; 83: 51-53.
9. Cedillos AR. Guía para la atención médica del paciente con el virus de inmunodeficiencia (VIH). 13va ed. San Salvador: Offset Ricaldone; 2013. p. 3-16.
10. Cedillos AR. Guía para la atención médica del paciente con el virus de inmunodeficiencia (VIH). 13va ed. San Salvador: Offset Ricaldone; 2013. p. 43-45.
11. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editores. *Harrison principios de medicina interna*. Vol. 1. 18a ed. México: McGraw-Hill; 2012. p.1168-1169.

12. Cedillos AR. Guía para la atención médica del paciente con el virus de inmunodeficiencia (VIH). 13va ed. San Salvador: Offset Ricaldone; 2013. p. 58-59.
13. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol. 1. 18a ed. México: McGraw-Hill; 2012. p.1143-1144.
14. Cecchini E, González AS, Infectología y enfermedades infecciosas. 1a ed. Buenos Aires: Journal; 2008. p. 213-215.
15. Cecchini E, González AS, Infectología y enfermedades infecciosas. 1a ed. Buenos Aires: Journal; 2008. p. 226-227.
16. Cecchini E, González AS, Infectología y enfermedades infecciosas. 1a ed. Buenos Aires: Journal; 2008. p. 426-427.
17. Murray RP, Rosenthal SK, Pfauer AM, editores. Microbiología médica. 5a ed. Madrid: Elsevierimprint; 2006. p. 546-549.
18. Cecchini E, González AS, Infectología y enfermedades infecciosas. 1a ed. Buenos Aires: Journal; 2008. p. 467-468.
19. Murray RP, Rosenthal SK, Pfauer AM, editores. Microbiología médica. 5a ed. Madrid: Elsevierimprint; 2006. p. 316-317.
20. Murray RP, Rosenthal SK, Pfauer AM, editores. Microbiología médica. 5a ed. Madrid: Elsevierimprint; 2006. p. 523-528.
21. Cecchini E, González AS, Infectología y enfermedades infecciosas. 1a ed. Buenos Aires: Journal; 2008. p. 221-222.
22. Organización Mundial de la salud [Internet]. Mediacentre; 2013 - [cited 2015 Abr 10]. Nota descriptiva N°110; [about 3p.]. Available from:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
23. Salud [Internet]. Situación VIH-SIDA El Salvador; 2010 [cited 2015 Abr 10]. Archivos; [about 14p.] Available from:
http://www.salud.gob.sv/archivos/vigi_epide2010/vih2010/resumen_situacion_VIH_SIDA_El_Salvador_mayo2010.pdf

24. Avizora Internet]. Conocimientos sexual y género; 2001 [cited 2015 Abr 10].
Publicaciones [about 2p.] Available from:
http://www.avizora.com/publicaciones/colaboradores/textos_veronica_kenigstein/0002_conocimiento_sexual.htm
25. FESAL [Internet]. Informe final; 2003 [cited 2015 Abr 10].Capítulo 10; [about 5p.] Available from:
<http://www.fesal.org.sv/2003/informe/final/espanol/capitulos/10/default.htm>
26. Amssac asociación [Internet]. Definiciones básicas; 2015 [cited 2015 May 16].
biblioteca; [about 2p.]
Availablefrom:<http://www.amssac.org/biblioteca/definiciones-basicas/>

XXVII. ANEXOS

Anexo 1.

POBLACIÓN TOTAL, DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL, EXTENSIÓN TERRITORIAL Y DENSIDAD DE POBLACIÓN, SEGÚN DEPARTAMENTO. CENSO 2007

Departamento	Población	Distribución Porcentual	Extensión Territorial en Km. ²	Densidad (Habitantes por Km. ²)
EL SALVADOR	5,744,113	100.0	21,040.2	273
01- Ahuachapán	319,503	5.6	1,239.6	258
02- Santa Ana	523,655	9.1	2,023.2	259
03- Sonsonate	438,960	7.6	1,225.2	358
04- Chalatenango	192,788	3.4	2,016.6	96
05- La Libertad	660,652	11.5	1,652.9	400
06- San Salvador	1,567,156	27.3	886.2	1,768
07- Cuscatlán	231,480	4.0	756.2	306
08- La Paz	308,087	5.4	1,223.6	252
09- Cabañas	149,326	2.6	1,103.5	135
10- San Vicente	161,645	2.8	1,184.0	137
11- Usulután	344,235	6.0	2,130.4	162
12- San Miguel	434,003	7.6	2,077.1	209
13- Morazán	174,406	3.0	1,447.4	120
14- La Unión	238,217	4.1	2,074.3	115

Anexo 2.

POBLACIÓN TOTAL POR SEXO, DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL E ÍNDICE DE MASCULINIDAD, SEGÚN DEPARTAMENTO. CENSO 2007

Departamento	Total	Hombres		Mujeres		Índice Masculinidad
		Total	%	Total	%	
EL SALVADOR	5,744,113	2,719,371	47.3	3,024,742	52.7	89.9
01- Ahuachapán	319,503	155,159	48.6	164,344	51.4	94.4
02- Santa Ana	523,655	250,969	47.9	272,686	52.1	92.0
03- Sonsonate	438,960	212,252	48.4	226,708	51.6	93.6
04- Chalatenango	192,788	92,175	47.8	100,613	52.2	91.6
05- La Libertad	660,652	314,066	47.5	346,586	52.5	90.6
06- San Salvador	1,567,156	728,797	46.5	838,359	53.5	86.9
07- Cuscatlán	231,480	111,096	48.0	120,384	52.0	92.3
08- La Paz	308,087	147,996	48.0	160,091	52.0	92.4
09- Cabañas	149,326	70,204	47.0	79,122	53.0	88.7
10- San Vicente	161,645	77,687	48.1	83,958	51.9	92.5
11- Usulután	344,235	163,555	47.5	180,680	52.5	90.5
12- San Miguel	434,003	201,675	46.5	232,328	53.5	86.8
13- Morazán	174,406	82,453	47.3	91,953	52.7	89.7
14- La Unión	238,217	111,287	46.7	126,930	53.3	87.7

Anexo 3.

POBLACIÓN TOTAL POR ÁREA DE RESIDENCIA, SEXO, INDICE DE MASCULINIDAD Y PORCENTAJE URBANO, SEGÚN DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO. CENSO 2007

DEPARTAMENTOS Y MUNICIPIOS	Población									IM	% Urbano
	Total			Área							
	Total	Hombres	Mujeres	Urbana			Rural				
				Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres		
08 - LA PAZ	308,087	147,996	160,091	152,207	71,671	80,536	155,880	76,325	79,555	92.4	49.4
01- Zacatecoluca	65,826	31,343	34,483	42,127	19,680	22,447	23,699	11,663	12,036	90.9	64.0
02- Cuyulitán	5,590	2,701	2,889	3,365	1,602	1,763	2,225	1,099	1,126	93.5	60.2
03- El Rosario	16,784	8,024	8,760	9,374	4,407	4,967	7,410	3,617	3,793	91.6	55.9
04- Jerusalén	2,570	1,243	1,327	448	218	230	2,122	1,025	1,097	93.7	17.4
05- Mercedes la Ceiba	637	325	312	485	244	241	152	81	71	104.2	76.1
06- Olocuilta	29,529	14,107	15,422	15,917	7,548	8,369	13,612	6,559	7,053	91.5	53.9
07- Paraiso de Osorio	2,727	1,352	1,375	1,751	861	890	976	491	485	98.3	64.2
08- San Antonio Masahuat	4,258	2,086	2,172	1,101	518	583	3,157	1,568	1,589	96.0	25.9
09- San Emigdio	2,818	1,369	1,449	1,373	644	729	1,445	725	720	94.5	48.7
10- San Francisco Chinameca	7,387	3,631	3,756	2,659	1,307	1,352	4,728	2,324	2,404	96.7	36.0
11- San Juan Nonualco	17,256	8,175	9,081	7,600	3,491	4,109	9,656	4,684	4,972	90.0	44.0
12- San Juan Talpa	7,707	3,640	4,067	4,536	2,125	2,411	3,171	1,515	1,656	89.5	58.9
13- San Juan Tepezontes	3,630	1,798	1,832	1,320	639	681	2,310	1,159	1,151	98.1	36.4
14- San Luis	21,675	10,373	11,302	13,218	6,236	6,982	8,457	4,137	4,320	91.8	61.0
15- San Luis la Herradura	20,405	9,992	10,413	8,719	4,229	4,490	11,686	5,763	5,923	96.0	42.7
16- San Miguel Tepezontes	5,084	2,463	2,621	2,567	1,229	1,338	2,517	1,234	1,283	94.0	50.5
17- San Pedro Masahuat	25,446	12,286	13,160	13,116	6,302	6,814	12,330	5,984	6,346	93.4	51.5
18- San Pedro Nonualco	9,252	4,514	4,738	3,119	1,452	1,667	6,133	3,062	3,071	95.3	33.7
19- San Rafael Obrajuelo	9,820	4,538	5,282	5,112	2,299	2,813	4,708	2,239	2,469	85.9	52.1
20- Santa María Ostuma	5,990	2,996	2,994	1,552	741	811	4,438	2,255	2,183	100.1	25.9
21- Santiago Nonualco	39,887	19,177	20,710	12,013	5,548	6,465	27,874	13,629	14,245	92.6	30.1
22- Tapahuaca	3,809	1,863	1,946	735	351	384	3,074	1,512	1,562	95.7	19.3

Anexo 4

FESAL 2002/03, El Salvador, C.A.

Informe Final

Tabla 22.1

Infecciones de transmisión sexual (ITS) que conoce, por área de residencia:
Hombres de 15 a 59 años de edad

ITS que conoce	Total	Área de residencia		
		AMSS *	Resto urbano	Rural
Conoce al menos una ITS	98.3	100.0	99.5	96.9
VIH/SIDA	98.0	100.0	99.5	96.4
Gonorrrea	79.9	92.2	85.3	71.8
Sífilis	77.9	90.4	85.4	68.8
Condilomas	49.4	54.1	55.2	44.3
Hepatitis B	42.4	63.6	54.8	26.9
Herpes genital	38.7	59.6	45.4	26.3
Papiloma Humano	14.3	23.2	17.4	8.9
Tricomoniiasis	10.4	15.4	11.9	7.4
Candidiasis	9.5	14.1	11.8	6.3
Chlamydia	9.4	14.3	8.9	7.6
Otras **	1.9	2.6	1.9	1.6
No. de casos (No ponderado)	(1,315)	(426)	(439)	(450)

* Ver significado en Tabla 2.2.

** Incluye ladillas (pediculosis), cáncer, hongos y hemorroides.

Anexo 5.

Tabla 8.1

Infecciones de transmisión sexual (ITS) que conoce, según características geográficas: Mujeres de 15 a 49 años de edad

Características geográficas	ITS que conoce											No de casos (No ponderado)
	VH-sida	Gonorea	Sifilis	Herpes genital	Hepatitis B	Papiloma humano	Condilomas	Candidiasis	Tricomoniasis	Chlamydia	Otra*	
Total	99.1	64.6	58.8	49.6	42.5	29.1	23.5	18.4	17.9	14.6	1.4	(12,008)
Área de residencia												
Urbana	99.7	77.0	71.9	62.8	53.7	39.2	28.9	24.7	23.3	18.3	1.7	(6,312)
Rural	98.3	48.4	41.8	32.6	27.9	16.0	16.6	10.3	11.0	9.9	1.0	(5,696)
Región de salud												
Occidental	98.6	57.6	52.8	43.1	37.2	24.7	18.4	14.5	14.7	11.4	1.4	(2,466)
Central	99.0	64.0	57.3	48.2	39.8	27.7	24.3	16.3	16.5	13.9	1.5	(1,515)
Metropolitana	99.8	81.7	77.7	67.9	58.2	44.5	32.0	28.3	26.0	20.4	2.0	(2,991)
Paracentral	99.2	58.2	53.1	43.4	35.9	21.7	20.2	14.9	15.1	12.6	0.8	(2,415)
Oriental	98.6	54.6	45.6	37.9	34.1	19.8	19.9	13.7	13.8	12.5	1.0	(2,621)
Departamento												
Ahuachapán	97.1	50.8	44.9	36.8	33.1	22.6	18.7	13.3	13.8	11.1	0.8	(752)
Santa Ana	99.1	64.7	60.1	50.8	42.0	31.5	20.9	17.3	17.0	14.3	1.3	(876)
Sonsonate	99.2	53.9	49.8	38.5	34.2	18.0	15.2	12.0	12.4	8.0	1.9	(838)
Chalatenango	98.4	63.8	59.7	49.9	44.2	24.3	26.9	19.0	20.8	17.5	0.8	(574)
La Libertad	99.3	64.1	56.5	47.6	38.3	28.8	23.4	15.4	15.0	12.7	1.8	(941)
San Salvador**	99.8	81.7	77.7	67.9	58.2	44.5	32.0	28.3	26.0	20.4	2.0	(2,991)
SIBASI Centro	99.8	84.9	83.1	72.8	62.8	49.3	32.8	31.4	27.2	22.8	0.8	(811)
SIBASI Sur	99.3	76.7	75.1	63.5	51.6	42.2	31.0	26.1	23.6	18.0	2.4	(563)
SIBASI Norte	100.0	75.3	67.9	62.1	50.6	35.7	28.6	23.0	24.4	20.5	2.0	(784)
SIBASI Oriente	100.0	85.3	80.4	69.0	62.0	47.0	34.0	29.8	27.0	18.8	3.1	(833)
Cuscatlán	99.3	62.3	54.9	46.5	37.9	26.0	23.3	16.4	17.3	13.6	0.3	(593)
La Paz	99.6	62.4	56.9	45.6	39.2	21.3	19.3	16.1	15.6	12.2	0.7	(705)
Cabañas	97.9	47.4	46.7	36.1	28.2	17.7	17.6	11.4	11.0	12.5	0.7	(571)
San Vicente	99.5	53.5	48.6	41.0	33.2	20.2	20.2	13.7	15.1	12.1	1.5	(546)
Usulután	99.5	54.6	47.0	40.5	40.1	20.3	21.7	14.1	15.5	12.3	1.5	(719)
San Miguel	98.8	56.3	47.3	40.7	33.3	22.0	20.1	15.4	15.1	13.4	1.0	(796)
Morazán	97.5	55.9	48.5	36.6	33.2	20.1	22.6	13.4	13.4	13.7	1.6	(562)
La Unión	97.7	50.2	38.2	29.7	27.0	14.5	14.9	10.0	9.3	10.0	0.0	(544)

* Incluye infecciones vaginales, ectoparásitos y hongos, entre otras.

** Ver definición en Tabla 2.1

Anexo 6.

Tabla 22.3

Indicadores de ONUSIDA sobre el conocimiento del VIH/SIDA, por área de residencia:
Hombres de 15 a 59 años de edad

<u>Indicadores</u>	<u>Total</u>	<u>Área de residencia</u>		
		<u>AMSS *</u>	<u>Resto urbano</u>	<u>Rural</u>
<u>Conocimiento de las tres formas de prevención primaria de la transmisión sexual del VIH/SIDA</u>				
No tener relaciones sexuales	73.5	73.0	76.8	72.1
Tener sólo un compañero fiel	91.3	93.6	92.4	89.8
Usar condones en todas las relaciones sexuales	62.0	56.6	63.3	63.5
Conocimiento de las formas de prevención en conjunto	46.3	43.2	46.9	47.3
<u>Negación de dos de los conceptos erróneos locales más comunes y afirmación de que una persona que se ve sana puede transmitir el VIH</u>				
Niega que puede infectarse al ser picado por un mosquito o zancudo	26.2	44.9	34.2	14.0
Niega que puede infectarse al usar cubiertos utilizados por alguien que tiene SIDA	46.6	59.6	56.4	36.0
Afirma que una persona que se ve sana puede transmitir el VIH	83.7	93.5	86.5	78.1
Ningún conocimiento erróneo sobre el SIDA **	17.8	33.5	23.2	8.3
No. de casos (No ponderado)	(1,315)	(426)	(439)	(450)

* Ver significado en Tabla 2.2.

** Combinación de las respuestas que niegan dos de los conceptos erróneos locales más comunes y la afirmación de que una persona que se ve sana puede transmitir el VIH.

Anexo 7.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA
INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

TEMA:

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LA POBLACION SEXUALMENTE ACTIVA DE 20 A 39 AÑOS SOBRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL/VIH-SIDA, UCSF ZACATECOLUCA, 2015”

Las siguientes preguntas, tienen como objetivo indagar el nivel de conocimiento que tiene la población respecto a las prácticas sexuales de riesgo y las infecciones de transmisión sexual, en la población de 20-39 años sexualmente activa que consulta la UCSF-ZACATECOLUCA. Por lo cual se agradece de antemano la colaboración. Dicha encuesta será anónima y los datos obtenidos serán manejados de forma confidencial.

Indicaciones: Encierre en un círculo el literal que considere pertinente.

Datos generales

1. Sexo

A) Masculino B) Femenino

2. Edad en años

A) 20-24 B) 25-29 C) 30-35 D) 36-39

3. Nivel académico

A) Básica B) Secundaria C) Universitaria D) Ninguno

4. Orientación sexual

- A) Heterosexual B) Homosexual C) Bisexual

5. Identidad Sexual

- A) Gay B) Transexual C) Hombre que tiene sexo con Hombres
D) Lesbianas

6. Estado civil

- A) Soltero B) Acompañado C) Casado D) Divorciado
E) Viudo

7. Ocupación:

- A) Desempleado B) Ama de Casa C) Estudiante
D) Empleado informal E) Empleado formal F) Profesional

8. Área Geográfica

- A) Urbana B) Rural

9. Cuáles son sus ingresos mensuales

- A) Menos de 100 dólares B) De 100 a 200 dólares C) 200 a 300 dólares
D) Más de 400 dólares

10. Actualmente usted vive en su hogar

- A) Solo B) Con su pareja C) Con hijos
D) Con familia E) amigos F) Otros

CONOCIMIENTOS

11. ¿Ha recibido en al menos en una ocasión alguna consejería o charla sobre infecciones de transmisión sexual?

- A) Si B) No

Si la respuesta a la pregunta anterior es si, ¿Quién fue el encargado de impartir la charla o consejería?

- A) Escuela
B) Unidad de Salud
C) Promotor de Salud
D) Medios de Comunicación
E) Otros. _____ -

12. ¿Se considera usted como una persona con riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual?

- A) Si B) No ¿Por qué? _____

13. ¿Cuáles son las infecciones de transmisión sexual que usted conoce?

- A) Sífilis B) Condilomas C) Tricomoniasis D) VIH E) Gonorrea

- F) Vaginosis Bacteriana G) Herpes Virus H) Clamidiasis I) Chancro

14. ¿Se considera usted un sujeto de riesgo de adquirir el VIH?

- A) Si B) NO ¿Por qué? _____

15. De las siguientes situaciones, en cuales se podría adquirir una infección por VIH. Puede seleccionar más de una opción.

- A) Besar a una persona con VIH
B) Relación sexual de tipo anal con persona con VIH.
C) Comer de los mismos platos de una persona con VIH
D) Relación sexual vaginal con persona con VIH.
E) Tomar de la mano a una persona con VIH
F) Sexo oral con persona con VIH.
G) A través de picaduras de zancudos
H) Usar las mismas jeringas de una persona con VIH

16. ¿Cuál de las siguientes situaciones las considera de riesgo para adquirir una infección de transmisión sexual? Puede marcar más de una opción.

- A) Sexo vaginal.
- B) Sexo anal.
- C) Sexo oral.
- D) De madre a hijo
- E) Contacto con secreciones
- F) Por picadura de zancudos

17. ¿Cuáles de los siguientes síntomas, podrían presentarse en una infección de transmisión sexual? Puede marcar más de una.

- A. Picazón en los genitales.
- B. Flujo con mal olor.
- C. Ulceras o llagas.
- D. Ardor al orinar.
- E. Dolor de Cabeza.

18. ¿Ha padecido de una ITS anteriormente?

- a) Si
- b) No

Si la respuesta es sí ¿cuál ITS?: _____

19. ¿Cuál de los siguientes métodos de planificación o prácticas previenen las infecciones de transmisión sexual? Puede marcar más de un literal.

- A. Anticonceptivos Orales
- B. Anticonceptivos Inyectados
- C. DIU
- D. Condón masculino
- E. Condón femenino
- F. Abstinencia.
- G. Fidelidad.
- H. Ninguno previene las infecciones de transmisión sexual.

ACTITUDES

Responda si usted está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes situaciones, marcando con una "X".

Afirmaciones	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No está seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
20. Es necesario el uso de condón en todas las relaciones.					
21. Múltiples parejas sexuales aumenta el riesgo de ITS.					
22. El sexo anal aumenta el riesgo de VIH.					
23. El sexo oral es una práctica de riesgo.					
24. Esperar hasta el matrimonio para iniciar relaciones sexuales puede ser una forma de protección de ITS.					
25. Ser fiel a tu pareja previene el VIH					

PRACTICAS

26. Edad de inicio de relaciones sexuales

- A) Menor de 10 años B) Entre 11 a 15 años C) Entre 16-20 años
D) Entre 21-25 años E) Entre 26-30 F) Mayor de 30 años.

27. En el momento del inicio de las relaciones sexuales su pareja fue:

- A) Amigo/a
B) Novio/a
C) Esposo
D) Otro. Especifique: _____

28. Número de parejas sexuales:

- A) 1 a 2 parejas B) 3 a 5 parejas c) más 5 parejas

29. Usó preservativo en su primera relación sexual.

- A) Si B) No

30. ¿Actualmente durante sus relaciones sexuales utiliza preservativo?

- A) Si B) No

31. ¿Sus relaciones sexuales han sido con?:

- A) Personas del sexo opuesto
B) Personas del mismo sexo
C) Ambos sexos

32. ¿Ha practicado sexo oral?

- A) Si B) No

33. ¿Ha practicado sexo anal?

- A) Si B) No

34. ¿Cuándo mantiene una relación sexual lo ha hecho con múltiples parejas?:

- A) Si B) No

35. ¿En todas sus relaciones sexuales a mantenido una relación coital?

- A) Si B) No

36. ¿Cuándo fue la última vez que se realizó la prueba de VIH?

- a) < de 6 meses b) De 6 meses a 1 año c) > 1 año d) Nunca se ha
realizado la prueba

Anexo. 8

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres que son atendidos en la UCSF-I Zacatecoluca y que se les invita a participar en la investigación denominada: "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LA POBLACION SEXUALMENTE ACTIVA DE ENTRE 20 Y 39 AÑOS SOBRE LAS ITS-VIH/SIDA DE LA UCSF-I ZACATECOLUCA, 2015", esta investigación será realizada entre los meses de junio y julio del año en curso por médicos en año social de la Universidad de El Salvador. El presente instrumento se ha realizado con el objetivo de indagar los conocimientos de las ITS-VIH/SIDA que la población sexualmente activa tiene y su relación con las actitudes y prácticas. Los datos utilizados en dicho estudio serán de carácter confidencial.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación, en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

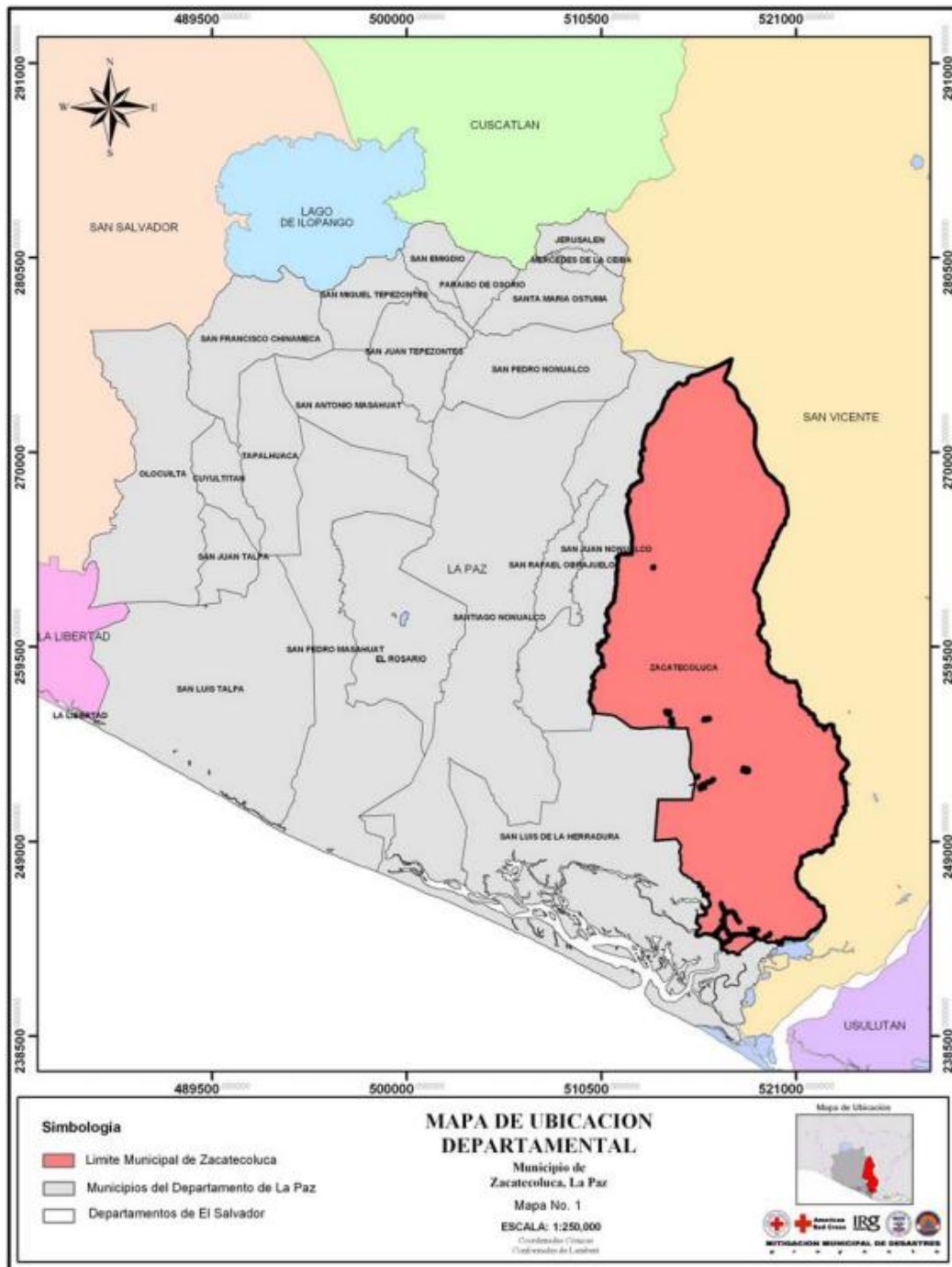
Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Anexo. 9

Ubicación geográfica de Zacatecoluca.



Anexo. 10

Tabla número I.

ACTITUD HOMBRES

VALOR	FA	FR	FA/6	Posición de la mediana
1	18	18	3	3
2	36	72	6	9
3	96	288	16	25
4	165	660	27.5	52.5
5	315	1575	52.5	105
TOTAL	630	2613	105	

FA: Frecuencia Absoluta. FR: Frecuencia Relativa.

Fuente: Población encuestada entre 20-39 años en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015.

MEDIA

$$2613/105 = 24.89 \text{ -----} \rightarrow 24.89/6 = 4.15$$

MODA

Valor que más se repite es 5 con una frecuencia absoluta de 315.

MEDIANA

$$(105+1) / 2 = 53 \text{ Valor de la posición de la mediana es 5}$$

Anexo.20

Tabla número II.

ACTITUD MUJERES

VALOR	FA	FR	FA/6	Posición de la mediana
1	45	45	7.5	7.5
2	87	174	14.50	22.00
3	142	426	23.67	45.67
4	367	1468	61.17	106.83
5	511	2555	85.17	192.00
TOTAL	1152	4668	192	

FA: Frecuencia Absoluta. FR: Frecuencia Relativa.

Fuente: Población encuestada entre 20-39 años en la UCSF-I de Zacatecoluca, junio-julio 2015.

MEDIA

$$4668/192 = 24.31 \text{ -----} \rightarrow 24.31/6 = 4.05$$

MODA

Valor que más se repite es 5 con una frecuencia absoluta de 511.

MEDIANA

$192 / 2 = 96$ Valor de la posición de la mediana es 4.

Se observó que al representar en una tabla de frecuencia y calcular las medidas de tendencia central, en el caso de los hombre su actitud permaneció en cuanto a moda y mediana en 5, es decir “totalmente de acuerdo” pero su media se encontró en $24.89=4.05$ que representa en la escala de Likert “de acuerdo”. En el caso de las mujeres se constató que su moda es de 5 es decir “totalmente de acuerdo” al igual que los hombres, pero

presentaron una variación en su media y mediana ya que se ubican con 24.31=4.05 y 4 respectivamente, que en la escala de Likert representa “de acuerdo”.

Validación de La Escala Likert por el Coeficiente Alfa Cronbach

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

α : Coeficiente Alfa Cronbach

k : Número de ítems del instrumento = 6

$\sum S_i^2$: Sumatoria de las variancias de cada ítem = (Hombres = 6.5) y (Mujeres= 8.26)

S_T^2 : Varianza total del instrumento = (Hombres = 26.3298) y (Mujeres = 16.44)

HOMBRES

$$6/(6-1) \{ 1 - 6.5/26.3298 \} = \mathbf{0.9038}$$

MUJERES

$$6/(6-1) \{ 1 - 8.26/16.44 \} = \mathbf{0.6}$$

Según el coeficiente Alfa Cronbach con el puntaje obtenido 0.9 para los hombres y 0.6 para las mujeres, la validación de la escala Likert es muy alta y alta respectivamente. Por lo que los datos obtenidos a través de dicha escala son confiables.

XXV. GLOSARIO

Adenopatías: Una adenopatía es una inflamación de uno o más ganglios linfáticos, ya sea en el marco de una inflamación, o en el contexto de un cáncer. Los ganglios linfáticos son como unos nódulos que se hallan en el camino de los vasos linfáticos y que tienen un papel en la defensa del cuerpo contra las enfermedades.

Adinamia: Característica de cualquier trastorno que provoca una falta de iniciativa física y emocional, hecho que puede llevar a la persona a un estado de postración, con una pérdida de la vitalidad normal.

Alopecia: Es la pérdida anormal o rarefacción del cabello, por lo que el término se considera un sinónimo de calvicie. Puede afectar al cuero cabelludo o a otras zonas de la piel en la que existe pelo, como las pestañas, cejas, axilas, región genital y barba.

Capacidad citotóxica: La capacidad de destruir células, como la que poseen los macrófagos o los linfocitos K.

Células de Langerhans: Son células dendríticas abundantes en la epidermis, que contienen grandes gránulos llamados gránulos de Birbeck. Normalmente se encuentran en los ganglios linfáticos, pero en caso de histiocitosis se las puede encontrar en otros órganos. Derivan de la médula ósea y residen habitualmente en los epitelios escamosos estratificados.

Colpitis macular: o conocido como "cérvix en fresa", debido a eritema y hemorragias puntiformes.

Dermatitis seborreica: Es una dolencia cutánea, inflamatoria y común que hace que se formen escamas, que van de blancas a amarillentas, en áreas grasosas como el cuero cabelludo, la cara o dentro del oído. Puede ocurrir con o sin enrojecimiento cutáneo.

Dispareunia: Que se define como dolor genital persistente o recurrente que se produce justo antes, durante o después del coito.

Disuria: Es el dolor, escozor o ardor al orinar, y se siente generalmente en el tubo que lleva la orina de la vejiga (uretra) o el área que rodea los genitales (perineo).

Ectopia cervical: Se refiere a una condición en la que el revestimiento del cuello uterino se daña o se disuelve. También se conoce como erosión cervical o ulceración del cuello uterino, la ectopia cervical tiene un número de diversas causas.

Epidemia: Es una enfermedad que se propaga durante un cierto periodo de tiempo en una zona geográfica determinada y que afecta simultáneamente a muchas personas. Se trata de una noción utilizada por la salud comunitaria para hacer referencia al hecho de que la enfermedad llega a una cantidad de gente superior a la esperada.

Escarificaciones: Es la acción de producirse escaras en la piel. Las escaras son cicatrices producidas por cortes superficiales o profundos en la dermis. Estas heridas producen una costra que por lo general es de color oscuro, resultante de la muerte de tejido vivo.

Estomatitis: Es decir, cuando se presenta una inflamación o lesión en la boca, provoca molestias y dolor que dificultan que la persona coma, hable y hasta que pueda dormir. Hay diferentes tipos de estomatitis que se clasifican según la causa que la produzca.

Exantema: Un exantema es una erupción cutánea, como enrojecimiento, protuberancias, y a veces pústulas, que cubre un área grande del cuerpo.

Farmacorresistencia: Es la resistencia a los antimicrobianos es el fenómeno por el cual un microorganismo deja de ser afectado por un antimicrobiano al que anteriormente era sensible. Es consecuencia de la capacidad de ciertos microorganismos (por ejemplo, bacterias y virus) de neutralizar el efecto de los medicamentos, como los antibióticos. La resistencia surge por la mutación del microorganismo o por la adquisición del gen de resistencia.

Gingivitis: Es una forma de enfermedad periodontal, que es la inflamación e infección que destruyen los tejidos de soporte de los dientes. Esto puede incluir las encías, los ligamentos periodontales y los alvéolos dentales (hueso alveolar).

Infecciones oportunistas: Infección provocada por un microorganismo que en una situación normal no es patógeno o es poco virulento, pero que en sujetos cuyas defensas inmunitarias se hallan debilitadas puede ocasionar infecciones graves.

Integrasa: Es una proteína que originalmente se encuentra en el interior del VIH. Entra en la célula, después de la fusión, junto con el resto del material genético del virus. La integrasa facilita que, después de la transcripción inversa, el recién creado ADN viral se integre en el ADN de la célula humana.

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual.

Leucoplasia: Alteración crónica de las mucosas del epitelio bucal, del glande o de la vulva, que se caracteriza por la formación de placas blancas adherentes.

Leucorrea: Secreción genital blanquecina producida por la inflamación de la membrana mucosa del útero y la vagina.

Linfocitos T CD4+: Son un tipo de células que constituyen una parte esencial del sistema inmunitario. Su función principal es la de activar al propio sistema alertándole de la presencia de patógenos o de una replicación errónea de células humanas, para que pueda hacerles frente y corregir la situación.

Mialgias: Es un dolor que afecta a los músculos esqueléticos estriados, es decir, los músculos que están bajo el control del sistema nervioso central, de control voluntario.

Microtraumatismo: Lesión o daño muy pequeñas de los tejidos orgánicos o de los huesos producido por algún tipo de violencia externa, como un golpe, una torcedura u otra circunstancia.

Mujeres trabajadoras del sexo (MTS): Es una mujer que trabaja en la industria del sexo. Que ofrece su algún tipo de trabajo sexual a cambio de dinero.

Nefritis: Inflamación de los tejidos del riñón.

Odinodisfagia: Dificultad y dolor para tragar.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

Onicomycosis: Término médico para definir los hongos que se encuentran en las uñas: se trata de una proliferación de hongos en las uñas de las manos o de los pies.

ONUSIDA: United Nations Programme on Acquired Immune Deficiency Syndrome (Naciones Unidas sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNAIDS).

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

Osteítis: Inflamación crónica o aguda de un hueso, generalmente debida a una infección.

Pandemia: Enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región.

Periodontitis: La periodontitis es una enfermedad inflamatoria de los tejidos periodontales que puede dar lugar a la pérdida gradual de los dientes y de las estructuras que los soportan.

Polaquiuria: Es un signo urinario, componente del síndrome miccional, caracterizado por el aumento del número de micciones (frecuencia miccional) durante el día, que suelen ser de escasa cantidad y que refleja una irritación o inflamación del tracto urinario.

Preservativo: Funda muy fina y elástica, hecha de látex u otra materia similar, que se coloca en el pene al realizar el coito; sirve para impedir que la mujer quede embarazada y para prevenir el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

Prostatitis: Es una inflamación aguda o crónica de la próstata (glándula prostática), que puede ser de origen bacteriano o no bacteriano.

Sarcoma de Kaposi: Tumor maligno multifocal de células retículo endoteliales que aparece formando pápulas blandas de color marrón en los pies y que se va diseminando por la piel. Provoca metástasis ganglionares y viscerales. Se asocia al SIDA, a la diabetes o a un linfoma maligno.

Sinovitis: es una inflamación o irritación de la membrana sinovial que reviste las articulaciones.

Terapia antirretroviral: (TARV) son medicamentos que tratan al VIH. Los medicamentos ni matan ni curan al virus, pero cuando tomado en combinación, pueden prevenir la reproducción del virus.

Transcriptasa reversa: La transcriptasa inversa, transcriptasa reversa o retro transcriptasa es una enzima de tipo ADN-polimerasa, que tiene como función sintetizar ADN de doble cadena utilizando como molde ARN monocatenario, es decir, catalizar la retro transcripción o transcripción inversa. Esta enzima se encuentra presente en los retrovirus.

UCSF-I: Unidad Comunitaria en Salud Familiar Intermedia.

Uretritis: Inflamación de la uretra, generalmente debida a una infección por gérmenes que se contagian por vía sexual y caracterizada por ardor o dolor al orinar y la emisión de secreciones purulentas.

Uveítis: Se define como la inflamación de la úvea, lámina intermedia del ojo situada entre la esclerótica y la retina. La úvea aporta la mayor parte del suministro sanguíneo a la retina, está pigmentada, y consta de tres estructuras: el iris, el cuerpo ciliar y las coroides.

VPH: Virus del Papiloma Humano.