

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



FACTORES QUE LIMITAN EL CONOCIMIENTO DE LA INFECCIÓN POR
VIH/SIDA EN USUARIOS/AS ENTRE 20-39 AÑOS DE EDAD SEXUALMENTE
ACTIVOS, ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SALUD DE LA COLONIA SAN
CARLOS DE SAN MIGUEL; PERIODO: DE JUNIO A AGOSTO DE 2006.

PRESENTA:

WILFREDO PORTILLO CUEVA

PARA OPTAR AL TITULO DE:

DOCTORADO EN MEDICINA

DOCTORA LIGIA JEANNET LÓPEZ LEIVA

OCTUBRE DE 2007

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

MÁSTER RUFINO ANTONIO QUEZADA SÁNCHEZ

RECTOR

MÁSTER MIGUEL ÁNGEL PÉREZ RAMOS

VICERRECTOR ACADÈMICO

MÁSTER ÓSCAR NOÉ NAVARRETE

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LICENCIADO DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHÁVEZ

SECRETARIO GENERAL

DOCTOR RENÉ MADECADEL PERLA JIMÉNEZ

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

INGENIERO DAVID ARNOLDO CHÁVEZ SARAVIA

DECANO

DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO

VICEDECANA

INGENIERO JORGE ALBERTO RUGAMAS MARTÍNEZ

SECRETARIO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DOCTORA LIGIA JEANNET LÒPEZ LEIVA

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÌOS CASTILLO

COORDINADORA GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACIÒN

MAESTRA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÌNEZ PACHECO

MIEMBRO DE LA COMISIÒN COORDINADORA

DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO

MIEMBRO DE LA COMISIÒN COORDINADORA

ASESORES

DOCTORA LIGIA JEANNET LÒPEZ LEIVA

DOCENTE ASESOR

INGENIERA SANDRA NATZUMÌN FUENTES SÀNCHEZ

ASESORA DE ESTADÍSTICA

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÌOS CASTILLO

ASESORA DE METODOLOGÌA

JURADO CALIFICADOR DEL INFORME FINAL

DOCTORA LIGIA JEANNET LÒPEZ LEIVA

DOCENTE ASESOR

LICENCIADO ARMANDO CARLOS DOMÌNGUEZ MARTÌNEZ

JURADO CALIFICADOR

LICENCIADO NELSON ULISES MARTINEZ GUZMÁN

JURADO CALIFICADOR

**FACTORES QUE LIMITAN EL CONOCIMIENTO DE LA INFECCIÓN POR
VIH/SIDA EN USUARIOS/AS ENTRE
20 A 39 AÑOS DE EDAD SEXUALMENTE ACTIVOS, ATENDIDOS EN LA
UNIDAD DE SALUD DE LA COLONIA SAN CARLOS DE SAN MIGUEL.
PERIODO: DE JUNIO A AGOSTO DE 2006**

INDICE

CONTENIDO	Págs.
Resumen.....	xii
Introducción.....	xiv
 CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	
1.1 Antecedentes de la Problemática.....	20
1.2. Enunciado del problema.....	22
1.3. Objetivos de la investigación.....	23
 CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.	
2.1. Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana.....	25
2.1.1 Historia del VIH/SIDA.....	25
2.1.2 Definición del VIH/SIDA.....	27
2.1.3 Definición de caso SIDA según OPS/Caracas 1993.....	29
2.1.4 Agente Etiológico.....	30
A. Estructura y características del VIH.....	30
B. Ciclo de Vida.....	33
2.1.5 La Respuesta Inmune al VIH.....	35
2.1.6 Transmisión.....	37

CONTENIDO	Págs.
A. Transmisión Sexual.....	37
B. Transmisión por la sangre y hemoderivados.....	41
C. Contagio del VIH en el medio laboral.....	43
D. Transmisión madre-feto/lactante.....	45
E. Transmisión a través de otros líquidos corporales.....	48
2.1.7 Epidemiología.....	50
2.1.8 Manifestaciones Clínicas.....	52
A. Síndrome agudo por el VIH.....	53
B. Estadío asintomático. Latencia Clínica.....	55
C. Enfermedad sintomática precoz.....	57
2.1.9 Diagnóstico y Manejo del VIH.....	58
2.1.10 Glosario de Términos.....	67
CAPITULO 3: SISTEMA DE HIPÒTESIS	
3.1. Hipòtesis General.....	72
3.2. Hipòtesis Específicas.....	72
3.3 Hipòtesis Nulas.....	73
3.3. Operacionalizaciòn de las hipòtesis en variables e indicadores.....	74
CAPÍTULO 4: DISEÑO METODOLÒGICO	
4.1. Tipo de Investigación.....	77

4.2. Muestra.....	77
4.3. Criterios de Inclusión.....	78
4.4. Criterios de Exclusión.....	78
4.5. Tipo de muestreo.....	79
4.6. Técnicas de obtención de la información.....	82
4.7. Instrumentos.....	83
4.8. Procedimiento.....	83

CAPÍTULO 5: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1 Tabulación, Análisis e Interpretación de los resultados.....	86
5.2 Prueba de Hipótesis.....	167

CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones.....	171
6.2 Recomendaciones.....	173

BIBLIOGRAFÍA.....	180
--------------------------	------------

ANEXOS.

1. Clasificación de La infección por VIH (CDC 1993).....	186
2. Clasificación de caso SIDA/OPS/CARACAS.....	187
3. Flujograma sobre pruebas confirmatorias anti-VIH.....	188
4. Instrumento de investigación.....	189

RESUMEN

El enfoque o punto de vista de esta investigación es para conocer el grado de conocimientos e información que tienen los usuarios/as entre 20-39 años de edad sexualmente activos que consultaron a la Unidad de Salud de la colonia San Carlos de San Miguel durante el período de junio-agosto de 2006, sobre el VIH/SIDA, verificar si esta información es correcta, suficiente y capaz de crear conciencia en cada persona para que tome sus medidas y sirvan como una herramienta valiosa para prevenir un caso de infección mediante la vía de transmisión sexual.

El estudio es de tipo analítico, de campo, prospectivo y transversal y realizado durante el período de tiempo y ejecutado en la comunidad en un tiempo de 3 meses, de junio a agosto de 2006.

Se eligió el grupo de 20 a 39 años debido a que en noviembre de 2005, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social publicó que en nuestro país el grupo más afectado por el VIH/SIDA oscilaba precisamente en este grupo etáreo con un 62% de prevalencia.

Se eligieron 362 usuarios en base a los criterios de inclusión y exclusión planteados, de los cuales el 83.15% de la población encuestada procede del área urbana y el 16.85% del área rural, demostrando que es

una cantidad considerablemente importante que tiene mayor dificultad para facilitarse su accesibilidad al servicio de salud más cercano.

Solamente un 4.42% de la población total tiene un nivel educativo ubicado en estudios profesionales universitarios o técnicos profesionales, niveles considerados teóricamente los más adecuados para comprender la base de los conceptos de la enfermedad.

INTRODUCCIÒN

La infecci3n por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el S3ndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), son estados patol3gicos, que tienen mayor tiempo de existencia de lo que se cree com3nmente.

Existen investigaciones oficiales y no oficiales que reportan casos probables desde inicios del siglo pasado, obviamente eran casos aislados de los que en su mayor3a, se desconoce con certeza su diagnostico definitivo.

En los 3ltimos a3os, la enfermedad se ha vuelto una pandemia, debido a la falta de una cura definitiva; la irreversibilidad de su evoluci3n y la ignorancia de muchas personas sobre esta enfermedad.

Con el paso de los a3os, obtener la informaci3n necesaria sobre esta enfermedad ya no es tan dif3cil como hace un poco m3s de dos d3cadas cuando se descubri3, se promueve informaci3n a trav3s de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, se han roto -hasta cierto punto- varios tab3es para proporcionar informaci3n de padres a hijos, el avance tecnol3gico auxilia a muchas personas para conocer de forma amplia y completa sobre esta enfermedad.

Entonces, ¿Por qué los casos de infección y muerte por SIDA van en aumento? parece que pese a ciertos avances de la sociedad, la enfermedad no parece detenerse.

En El Salvador, desde 1984, que se conoció el primer caso de SIDA, los casos han aumentado, a tal punto que se prevé que para finales de este año, habrán 6 casos nuevos diarios.

La infección por VIH esta vinculada a prácticas de riesgo comunes, Sin embargo la población tiene la oportunidad de evitar el contagio, particularmente a través de la vía de transmisión más común, las relaciones sexuales.

Dada la importancia presente y futura que tiene un adecuado control de los casos de esta enfermedad se ha elegido el siguiente trabajo de investigación, llamado:

"Factores que limitan el conocimiento de la infección por VIH/SIDA, en las personas entre 20-39 años de edad sexualmente activos que consultan a la Unidad de Salud de la colonia San Carlos de San Miguel".

Esta investigación está elaborada y dividida en siete capítulos importantes.

En el capítulo uno se presenta el planteamiento del problema donde se describen los antecedentes de la problemática, su origen histórico, cultural, socioeconómico y ambiental. Se aborda el comportamiento del fenómeno en los últimos cinco años. Se ubica el problema en un contexto internacional, nacional y local. Luego se enuncia el problema con interrogantes general y específicas a las cuales se dió respuestas. Finalmente como parte fundamental de la investigación se encuentra el objetivo general y los específicos que sirven de guía al estudio.

El capítulo dos presenta el marco teórico que sustenta con conceptos, definiciones e investigaciones y conocimientos ya comprobados científicamente el estudio a tratar, con la profundidad necesaria para comprender el tema.

En el capítulo tres, se presenta el sistema de hipótesis divididas en general, específicas y nulas, dando respuestas al enunciado, siendo otra parte fundamental y que también facilita la dirección de la investigación. Al mismo tiempo se define conceptual y operacionalmente las variables dependientes e independientes, así como la prueba de hipótesis.

El capítulo cuatro muestra el diseño metodológico de la investigación, se especifica el tipo de investigación, la población objeto de estudio, los criterios de inclusión y exclusión para determinar la muestra, el tipo de muestreo, las técnicas de obtención de la información, el instrumento elegido y utilizado para recolectar la información y que sirvió para lograr los objetivos. Se describe el procedimiento de la investigación en dos momentos, la planificación que comprende la elaboración del perfil y el protocolo, y el segundo que comprende la ejecución de la investigación.

El capítulo cinco presenta los resultados de la investigación a través de tabulación, análisis e interpretación de los resultados. Se describen los hallazgos obtenidos destacando los aspectos de mayor importancia, esto sirve para aprobar o rechazar las hipótesis propuestas.

En el capítulo seis se presentan las conclusiones de los resultados obtenidos en la investigación, están formuladas desde el punto de vista personal, precisamente de aquí se derivan las recomendaciones planteadas a nivel teórico y práctico.

Posteriormente se muestra la bibliografía, donde se colocan las fuentes de información orientadas al tema de investigación, divididas en secciones de acuerdo al tipo de fuente de información procedente

Finalmente se presentan los anexos que permiten comprender la información de una manera más clara y precisa algunos aspectos citados durante el desarrollo del trabajo.

CAPÍTULO 1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA

El SIDA es una enfermedad relativamente nueva, “la comunidad se percató por primera vez en 1981 cuando el Centro para el Control de Enfermedades;(CDC, por sus siglas en inglés) con sede en Atlanta, Georgia, anunciaron la aparición de neumonía por *Pneumocystis carinii* en 5 hombres homosexuales, previamente sanos en Estados Unidos de Norteamérica”¹. Informes recientes de las Organización de las Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA) revela que el total de personas contaminadas asciende a 40 millones de personas

En El Salvador, desde 1984, que se conoció el primer caso de SIDA, los casos han aumentado año tras año.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) reportó en noviembre de 2005, “un número total de 15,609 casos de VIH/SIDA 7,148 de SIDA; estableciendo que el grupo etéreo más afectado se encuentra entre los 20-39 años que representan el 62% (8,948) de todos los casos.”²

¹ MSPAS, “Protocolos de Atención de Personas Infectadas por el VIH”. Pág. 2

² MSPAS, “Situación Epidemiológica de las ITS/VIH/SIDA”. Págs. 2-3

Se estima que existe un subregistro del 50% de los casos notificados, lo que indica que en El Salvador podría haber unos 22,000 casos en total; además existe la teoría de que por cada caso positivo, hay 4 individuos que son portadores del virus. En conclusión los datos podrían llegar a los 50,000 salvadoreños con alta probabilidad de padecer de SIDA como enfermedad desarrollada o ser portadores asintomáticos.

Según cifras del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS), “en los últimos 5 años ha habido 576 casos notificados en San Miguel, la población joven y masculina es la más afectada.”³

Según la misma fuente, los heterosexuales son más afectados que los homosexuales.

El comportamiento de la enfermedad en los últimos 5 años ha ido en aumento a escala nacional, alcanzando su máxima incidencia en el 2001, siendo la “segunda causa de muerte en mujeres y hombres jóvenes”⁴.

³ Y.Pérez y N. Villaroel. Ob.Cit. Pág. 46

⁴ MSPAS, “Situación Epidemiológica de las ITS/VIH/SIDA en El Salvador. Boletín. Pág. 2

Así se puede apreciar que la enfermedad está propagándose en edad reproductiva.

A partir de lo antes planteado, el problema se enuncia de la siguiente manera:

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que limitan el conocimiento de la infección por el VIH/SIDA en los usuarios entre 20 a 39 años de edad, sexualmente activos que consultan a la Unidad de Salud de la colonia San Carlos de San Miguel?

También se trata de dar respuesta a las siguientes preguntas específicas:

¿Poseen los usuarios entre 20 y 39 años de edad, prejuicios y mitos sobre el VIH/SIDA?

¿La accesibilidad al servicio de salud favorece un conocimiento adecuado sobre el VIH/SIDA?

¿Un mejor nivel educativo determina un mayor grado de conocimiento sobre VIH/SIDA?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

-Identificar cuales son los factores que limitan el conocimiento acerca del VIH/SIDA, en usuarios entre 20-39 años de edad sexualmente activos en la Unidad de Salud de la colonia San Carlos de San Miguel durante el período junio-agosto de 2006.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Identificar si el factor cultural incide en el conocimiento sobre el VIH/SIDA en los usuarios entre 20-39 años de edad en la colonia San Carlos de San Miguel.

-Determinar si el factor accesibilidad a los servicios de salud influye en el conocimiento adecuado del VIH/SIDA en la población antes mencionada.

-Determinar si el nivel educativo incide sobre el conocimiento acerca del VIH/SIDA en dicha población en estudio.

CAPÍTULO 2
MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO

Para realizar la investigación, es necesario conocer los aspectos fundamentales de la enfermedad científicamente descritos los cuales se describen a continuación.

2.1 ENFERMEDAD POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA: SIDA Y PROCESOS RELACIONADOS

2.1.1 HISTORIA DEL VIH/SIDA

“El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) fue reconocido por primera vez en Estados Unidos durante el verano de 1981, cuando el personal de los Centros para la Prevención y el Control de las Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, su sigla en inglés es CDC) comunicaron la aparición inexplicable de neumonía por *Pneumocystis carinii* en cinco varones homosexuales previamente sanos en Los Angeles, y de Sarcoma de Kaposi en 26 varones homosexuales previamente sanos en Nueva York y Los Angeles.

En pocos meses, la enfermedad comenzó a describirse en varones y mujeres adictos a drogas por vía parenteral e inmediatamente después en receptores de transfusiones sanguíneas y hemofílicos.”⁵

1

5 MSPAS, “Situación Epidemiológica de las ITS/VIH/SIDA en El Salvador. Boletín. Pág. 2

Los estudios permitieron identificar casos esporádicos, posiblemente relacionados con el síndrome, desde 1950; pero solo se confirmaron serológicamente 125 de los reconocidos entre los años 1977 y 1981.

“En 1983, el grupo de Montagnier, aisló un virus que se denominó *virus asociado a linfadenopatía (LAV)* y en 1984, el grupo de Gallo aisló otro virus al que denominaron *virus linfotrópico T humano (HTLV-III)*.

Luego, estudios de secuenciación del genoma de los virus demostraron que era el mismo, admitiéndose una nueva denominación, la del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), para el agente causal del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).”⁶

“Se han obtenido múltiples retrovirus de especies no humanas de primates. El virus de la inmunodeficiencia simia (SIV) del Sultimangue (tipos de monos de África Occidental) y VIH-2 son lo suficiente semejantes para que se les consideren variables del mismo virus. En 1986, se aisló el VIH-2, endémico del África Oriental y raro fuera de esa región”⁷

⁶ http://www.seq.es/seq/html/revista_seq/0499/cordoba1.gif

⁷ Jawetz. Microbiología Médica. Pág. 638

2.1.2 DEFINICIÓN DEL VIH/SIDA

“El SIDA, es causado por el VIH, que altera las células del sistema inmunológico y destruye progresivamente la capacidad del cuerpo de luchar contra las infecciones y ciertos cánceres.

El término SIDA, se aplica a las fases avanzadas de las infecciones por VIH, específicamente cuando su nivel de linfocitos T CD4 desciende por debajo de 200 células por mililitro de sangre.” ⁸

Los criterios oficiales para la definición del SIDA están desarrollados por los Centros para la Prevención y el Control de las Enfermedades (CDC), responsables del seguimiento de la propagación del SIDA en Estados Unidos.

“Originalmente, los CDC definieron al SIDA con fines de vigilancia por la presencia de una infección “oportunist” diagnosticada de forma fiable que fuera al menos moderadamente predictiva de un defecto subyacente de la inmunidad celular en ausencia de causa conocida de defectos inmunitarios, como una inmunosupresión iatrogénica o una neoplasia maligna.

⁸ <http://www.wikipedia.org/wiki/virus>

Con la identificación del VIH como agente etiológico del SIDA y con la disponibilidad de pruebas diagnósticas sensibles y específicas para la infección por el VIH, la definición de casos de SIDA ha sufrido varias revisiones.”⁹

La clasificación del CDC no es obligatoria y solo deberá utilizarse cuando se cuente con conteo de linfocitos CD4.

El sistema se basa en tres rangos de recuentos de linfocitos T CD4+ y en tres categorías clínicas, estando representado por una matriz de nueve categorías mutuamente excluyentes. (Anexo 1)

Con este sistema, cualquier paciente con infección por el VIH con un recuento de linfocitos T CD4 + menor de 200/ul sufre por definición el SIDA, con independencia que presente o no los síntomas de una o varias enfermedades oportunistas.”¹⁰

“Una vez que los pacientes entran en la situación clínico definido como categoría B, su enfermedad no puede volver ya a la categoría A, ni siquiera aunque el cuadro ceda, y lo mismo sucede con la categoría C en relación a la B.”¹¹

⁹ Harrison. Principios de Medicina Interna. Tomo II. Pág. 2034

¹⁰ Harrison, Principios de Medicina Interna. Tomo II. Pág. 2034

¹¹ Ídem

2.1.3 DEFINICIÓN DE CASO SIDA SEGÚN OPS/CARACAS 1993

En 1993 un sistema de clasificación de los CDC revisado para los adolescentes y adultos con infección por el VIH estableció grupos según los cuadros clínicos asociados con infección por el virus y según el recuento de linfocitos T CD4+.

“En ausencia de otras causas de inmunodeficiencia y con evidencia de infección por el VIH se clasifica como SIDA a las personas mayores de 13 años que acumula diez o más puntos.”¹² (Ver anexo 2)

Toda terapia antirretroviral deberá ser iniciada y supervisada por médico infectólogo, internista o pediatra especializado en dicho tratamiento.

¹² MSPAS, Ob. Cit., Pág. 2

2.1.4 AGENTE ETIOLÓGICO

A. Estructura y características del VIH

“El virus de inmunodeficiencia humana, es un retrovirus, un miembro de la subfamilia Lentiviridae y posee muchas de las características fisicoquímicas típicas de la familia.

El genoma de RNA de los lentivirus es más complejos que el de los retrovirus transformantes. El virus contiene los tres genes requeridos para la replicación de retrovirus: gag, pol y env. Seis genes adicionales que regulan la expresión viral y son importantes en la patogenia de la enfermedad in vivo, aunque estos genes auxiliares presentan muy poca homología de secuencia entre los lentivirus, sus funciones se conservan.”¹³

“A diferencia de otros virus, el VIH contiene su información genética en el ARN y para su reproducción necesita del ADN de una célula.

El VIH esta formado por proteínas que pueden ser clasificadas según la estructura del virus de la cual se originan: core, envoltura y enzimas.

13 Jawetz. Ob.Cit. Pág. 639

La transcriptasa reversa es la enzima que permite al VIH incorporar su genoma al ADN de la célula huésped en un proceso denominado transcripción.

Tanto la enzima como este mecanismo de multiplicación son exclusivos de este tipo de virus, por esta razón, reciben se llaman retrovirus.”¹⁴

“El core del VIH se haya encerrado en una cubierta de p24 que llamada cápside. La cápside está protegida por una envoltura de dos capas.

La capa más interior está formada por una proteína, p17 sobre la que se anclan las proteínas de la superficie de la envoltura.

Estas son en realidad una doble capa de glico-proteínas (gp), la gp41 que sirve de unión entre la p17 y la gp120, que aparecen como pequeñas protuberancias de la envoltura.

En el VIH-2, la envoltura está formada por otras proteínas y los anticuerpos creados frente a estas proteínas no reaccionan cruzadamente con las del VIH-1. El VIH tiene un diámetro de 100-120um.

¹⁴ MSPAS, “Situación Epidemiológica de las ITS/VIH/SIDA en El Salvador. Boletín. Pág. 3

Existen ciertas partes del virus, como el "core", que mantiene una estructura que no se modifica entre un virus y otro.

Existen partes del virus, codificadas por los genes de la envoltura, que cambian muy rápidamente dentro del propio organismo del individuo infectado; este cambio repentino afecta la capacidad del sistema de inmunidad para reconocer el virus, aspecto particular y fundamental para el descubrimiento de una vacuna contra el SIDA.”¹⁵

“Con la microscopia electrónica se aprecia como una estructura icosaédrica con 72 espículas formadas por las dos proteínas más importante de la cápsula, las gp120 y la gp41.

Su capa lipídica engloba antígenos Ag de la clase I y II del Complejo Mayor de Histocompatibilidad que incorpora al salir de la célula en la cual se reproduce .El núcleo o core contiene 4 proteínas, p24, p17, p9 Y p7.

¹⁵ Ídem

B. Ciclo de vida

“Al penetrar el virus al organismo, se adhiere a los Linfocitos T activados (L T-A), por medio de la gp120 que tiene gran afinidad por las CD4 presentes en la membrana de estos. El CD4, se conoce también como el receptor para el VIH.

Después de esta unión de la gp120 con el CD4, el complejo gp120-gp41 se disocia y esta última molécula se incrusta en la membrana de la célula a infectar. Tras ella, penetra el resto del virus.

Recordemos que la molécula CD4 es un correceptor que tiene los LT-A para la molécula HLA-II presentadora de Ag y que al unirse al HIV queda bloqueada para participar en la presentación del Ag.”¹⁶

“El virus infecta además macrófagos, células dendríticas y células del sistema nervioso central.

El núcleo del virus contiene ARN y varias enzimas, una de ellas la transcriptasa reversa convierte el ARN en ADN Inmunoglobulina, otra enzima polimerasa, replica el ADN y una ribonucleasa destruye el ARN original.

¹⁶ Ídem

Posteriormente una enzima integrasa incorpora al genoma del L T-A. El ADN del virus es un "provirus". En esta forma cada vez que el linfocito se duplica igualmente el virus. Para replicarse requiere de los sistemas de biosíntesis de la célula que infecta.

17 Ídem

2.1.5 LA RESPUESTA INMUNE AL VIH

“La entrada de proteínas extrañas al cuerpo humano o antígeno (Ag) suele producir dos tipos de respuestas simultáneas del sistema inmunitario:

- La producción de anticuerpos (Ac), y
- La activación de ciertas células.

Los Ac también se conocen como inmunoglobulinas y están compuestos por unidades formadas por dos cadenas de péptidos pesados y dos ligeras, tal y como muestra la figura 2. Se conocen 5 tipos de inmunoglobulinas (Ig): IgG, IgM, IgA, IgD, e IgE. Cada Ac es específico para cada Ag y su función es unirse al Ag para eliminarlo.

La respuesta celular consiste en la activación de linfocitos T y macrófagos.

Algunos estudios han demostrado la presencia de anticuerpos y anti-VIH tan pronto como 14 días y tan largo como más de un año después de la infección; con un promedio de 4 a 8 semanas.”¹⁸

¹⁸ Harrison. Ob. Cit. Tomo II. Pág. 2035

“El período transcurrido entre la exposición y la aparición de anticuerpos anti-VIH es denominado período de ventana

Los anticuerpos anti-VIH producidos contra las proteínas del "core" y de la envoltura. Los anticuerpos anti-VIH más importantes son (anti-p24), (gp41) Y el (gp120).

Tan pronto como aparece el antígeno p24 se produce un aumento de los anticuerpos anti-VIH que se corresponde con la desaparición de este antígeno.

Los niveles de anti-p24 y de anti-gp41, alcanzan su valor máximo pocas semanas después de la primoinfección y permanecen a ese nivel durante la etapa asintomática.

A medida que se desarrolla el cuadro clínico del SIDA el nivel de anti-p24 baja y la p24 vuelve a aumentar.”¹⁹

¹⁹ MSPAS, “Situación Epidemiológica de las ITS/VIH/SIDA en El Salvador. Boletín. Pág.4

2.1.6 TRANSMISIÓN

El VIH se transmite por medio de contactos sexuales; con la sangre y hemoderivados; y por vía vertical, el período peri-natal o a través de la leche materna.

“No se han encontrado prueba de que el VIH se transmita por medio de contactos casuales, ni que los insectos sean capaces de propagar el virus, por ejemplo con la picadura de los mosquitos.

A. TRANSMISIÓN SEXUAL

La infección por el VIH de preferente es una enfermedad de transmisión sexual en todo el mundo.” ²⁰

“Aunque la mitad de los casos, siguen ocurriendo en varones homosexuales, los contactos heterosexuales son indudablemente la forma mas frecuente de transmisión.

Además, la incidencia anual de los casos nuevos de SIDA que se adquieren por contactos heterosexuales esta experimentando una evolución constante, sobre todo en las minorías del sexo femenino.” ²¹

²⁰ Manuel Ramiro H. El Internista. Segunda Edición. Págs. 1020-1021

²¹ Ídem

“Se ha demostrado la presencia del VIH en el líquido seminal, tanto en estado libre como dentro de las células mononucleares infectadas.

Al parecer, el virus se concentra en el líquido seminal, especialmente cuando existen en el mismo cantidades elevadas de linfocitos y monocitos, lo que sucede en los estados inflamatorios del tracto genital, como en la uretritis y en la epididimitis, procesos que están infinitamente asociados a otras enfermedades de transmisión sexual.

También se ha encontrado el virus en los frotis del cérvix y en el líquido vaginal.

Existe una fuerte asociación entre la transmisión del virus y el individuo receptor del coito anal, probablemente porque solo una delgada y frágil mucosa rectal separa el semen depositado de las células potencialmente vulnerables situadas en la mucosa, y debajo de ella, así como por el hecho de que el coito anal es fácil que se acompañe de algún traumatismo.

La mucosa rectal se traumatiza con las duchas/irrigaciones anales y con ciertos actos sexuales como la introducción de objetos duros o del puño cerrado en el recto que aumenta las probabilidades de adquirir la infección durante el coito anal receptivo.

Es probable que la infección durante el coito anal se produzca al menos de 2 maneras: por inoculación directa del virus en la sangre por desgarros traumáticos de la mucosa, y por infección de las células diana susceptibles, como son las células de Langerhans de la mucosa, aunque no exista traumatismo.” 22

“Aunque la mucosa vaginal presenta un grosor, varias capas superiores al de la mucosa rectal y no es tan fácil que se traumatice durante el coito, es evidente que el virus puede transmitirse a uno y otro miembro de la pareja a través del coito vaginal.

Las infecciones causadas por algunos microorganismos como *Treponema Pallidum*, *Haemophilus ducreyi* y el virus del herpes simple, son causas importantes de úlceras genitales relacionadas con la transmisión del VIH.

Además, se han publicado informes sobre la asociación de las ectopias cervicales y las erosiones cervicales debidas a infecciones por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* con el contagio de infecciones por el VIH.” 23

22 Íbidem

23 Harrison. Principios de Medicina Interna. Tomo II. Pág. 2039

“El sexo oral parece ser una modalidad de transmisión de VIH mucho menos eficaz que el coito anal receptivo, existe a este respecto la idea errónea defendida por algunas personas de que el sexo oral, especialmente entre varones homosexuales puede proponerse como una forma de “sexo seguro” y sustituto del sexo anal receptivo.

Éste es un enfoque peligroso, ya que existen informes que han demostrado que la transmisión del VIH afecta tanto al receptor de una felación como al practicante de un cunnilingus.” 24

“Probablemente existen muchos mas casos que no se publiquen, dada la frecuencia con que las personas practican el sexo oral y el coito anal receptivo.

La asociación de el consumo de alcohol y de cocaína o “crack”, con prácticas sexuales de riesgo tanto en homosexuales como en heterosexuales, conduce a un aumento del peligro de la transmisión sexual del VIH.” 25

24 <http://www.Upeu.edu.pe>

25 Ídem

B. TRANSMISIÓN POR LA SANGRE Y HEMODERIVADOS

“El VIH puede transmitirse a través de la sangre y los hemoderivados en individuos que comparten instrumental contaminado para inyectarse drogas, y quienes reciben transfusiones de sangre o derivados de la misma.

En los consumidores de drogas endovenosas, la infección se produce por contactos parenterales con la sangre infectada a través del instrumental contaminado.

El riesgo de infección aumenta con la duración del consumo de drogas parenterales, la frecuencia con que se comparten las agujas, y donde varios individuos comparten el mismo instrumental” ²⁶

“Desde finales de la década de los 70 hasta la primavera de 1985, fecha en que se declararon obligatorias pruebas del VIH-1, en la sangre de donante.

Además de lo anterior, varios miles de pacientes hemofílicos se infectaron con el VIH al recibir plasma fresco congelado o concentración de los factores de coagulación contaminados por el virus.” ²⁷²

²⁶ Harrison, Principios de Medicina Interna, Tomo II, Pág. 2040

²⁷ Manual de Consejería y Referencia para la toma de la prueba voluntaria para VIH/SIDA” 50 Págs.

Actualmente, el riesgo de transmisión del VIH con sangre o hemoderivados es extraordinariamente pequeño, gracias a la adopción de las siguientes medidas:

1) La búsqueda en todas las muestras de sangre, del antígeno p24 y de anticuerpos para el VIH por medio de ELISA más una prueba confirmatoria de Western si está indicada.

2) La autoexclusión de los donantes en función de sus conductas de riesgo.

3) La autoexclusión de los sujetos de VIH-negativos con parámetros de laboratorio sustitutivos de infección por el VIH positivos, como las hepatitis B y C.

4) La realización de pruebas serológicas de sífilis.” 28

28 MSPAS, “Situación Epidemiológica de las ITS/VIH/SIDA en El Salvador. Boletín. Pág.5

C. CONTAGIO DEL VIH EN EL MEDIO LABORAL: LA ASISTENCIA SANITARIA Y EL PERSONAL DE LABORATORIO

“Existe un riesgo pequeño pero claro de transmisión del VIH, entre los profesionales sanitarios, el personal de laboratorio y, posiblemente, de otras personas que manipulan las muestras de los pacientes con infección por el VIH, especialmente si manipulan objetos punzantes.

El riesgo de transmisión del VIH después de una punción cutánea con una aguja o un instrumento cortante contaminados con la sangre de un paciente infectado con seguridad por el VIH es de aproximadamente el 0.3 %.

El riesgo de adquirir la hepatitis B después de una exposición similar es del 20 al 30%.

El riesgo de infección por el VIH aumenta cuando se establecen contactos con una cantidad bastante de grande de sangre infectada, como ocurre en el caso de algún dispositivo francamente contaminado con la sangre del paciente, cuando intervienen técnicas que exigen la practica de punciones venosas o arteriales, o cuando hay lesiones profundas en los tejidos”²⁹

²⁹ Harrison, Principios de Medicina Interna. Tomo II. Pág. 2040

“Además de esto, el riesgo aumenta cuando se producen contactos con la sangre de pacientes que padecen una fase avanzada de la enfermedad, debido probablemente a la presencia de unas concentraciones mas elevadas del VIH en la sangre, y a otros factores como la existencia de cepas más virulentas del virus.

Se han publicado casos de profesionales sanitarios que se infectaron al poner en contacto su piel erosionada en mucosas con objetos contaminados del virus; sin embargo el riesgo asociado a un contacto mucocutáneo es difícil de cuantificar, porque la transmisión por la vía es rara.

Reuniendo los datos de varios estudios se ha calculado que ese riesgo es del 0.1%.”³⁰

³⁰ Harrison. Principios de Medicina Interna. Tomo II. Pág. 2040

D. TRANSMISIÓN MADRE- FETO/LACTANTE

“La infección del VIH puede transmitirse desde la madre infectada al feto durante la gestación o al lactante durante el parto.

Se trata de una forma de contagio sumamente importante en los países en vía de desarrollo” 31

La frecuencia de la transmisión materno-fetal alcanza su máxima en el período perinatal. Esta conclusión se basa en varios argumentos, como el marco temporal de la infección durante la aparición sucesiva de la distinta clase de anticuerpos contra el VIH (es decir, la aparición 3 a 6 meses después de nacer del anticuerpo Ig A, específico del VIH).” 32

“Se han observado tasas de transmisión más elevadas cuando la enfermedad se encuentra en estadios evolutivos avanzados, cuando hay cifras bajas de células T CD4+, viremia intensa y déficit de vitamina A en la madre, así como en la corioamnionitis y la funiculitis.” 33

31 Harrison, Principios de Medicina Interna. Tomo II. Pág. 2040

32 Cecil-Lowe. Medicina Interna. Tomo II. Pág. 1875

33 Harrison, Principios de Medicina Interna. Tomo II. Pág. 2041

“Favorecen la transmisión al lactante: el parto prolongado, un intervalo prolongado entre la ruptura de membranas y el parto, y los factores que aumentan la exposición del lactante a la sangre de la madre, como la colocación de electrodos en el cuero cabelludo del feto, la episiotomía y los desgarros vaginales y del cérvix graves.

El tratamiento con zidovudina a las embarazadas con infección por el VIH desde el segundo trimestre hasta el parto y al feto durante los 6 meses siguientes al parto, ha disminuido enormemente las tasas de transmisión intraparto y perinatal de la infección por el VIH.

Está claramente demostrado la transmisión postnatal del VIH desde la madre al lactante, siendo el calostro y la leche materna los vehículos de la infección, ya que el virus puede aislarse en ambos líquidos.

En casos raros la madre se ha infectado al recibir una transfusión de sangre después del parto y ha contagiado al lactante, siendo entonces la lactancia al pecho materno el único factor de riesgo evidente.” ³⁴

³⁴ Williams. , Manual de Obstetricia. Pág. 654

“Esta es una variedad de transmisión importante en los países en vías de desarrollo, especialmente cuando las madres siguen dando el pecho durante más tiempo del que se acostumbra en los países desarrollados.

Indudablemente, en los países desarrollados debe evitarse que las madres infectadas amamenten a sus lactantes.

Sin embargo, hay desacuerdo en cuanto a las recomendaciones relativas a la lactancia materna en algunos países en vías de desarrollo, donde la leche materna es para el lactante la única fuente de nutrición suficiente y unos anticuerpos contra infecciones potencialmente graves.” 35

35 Harrison, Principios de Medicina Interna. Tomo II. Pág. 2041

E. TRANSMISIÓN A TRAVÉS DE OTROS LÍQUIDOS CORPORALES

“No hay pruebas convincentes de que la saliva pueda transmitir la infección por el VIH, ya sea con un beso o mediante otros contactos, como los que mantienen los profesionales sanitarios durante sus tareas.

Aunque el VIH puede aislarse de la saliva, esto solo se ha conseguido en un pequeño porcentaje de individuos infectados.

Además la saliva contiene una proteína: el inhibidor de la proteasa leucocitaria de secreción, que se ha demostrado posee actividad anti-VIH *in vitro*.

Ha habido casos *outlier* de sospecha de transmisión a través de la saliva, pero probablemente se trataba de transmisión sangre-sangre.

Uno de esos casos es el publicado en un varón de 91 años que fue mordido durante un intento de robo por un individuo con infección por el VIH.

Este paciente desarrolló positividad para el VIH y es indudable que se infectó a través de la mordedura humana.”³⁶

³⁶ Ídem

“Ahora bien el agresor tenía encías sangrantes y se supuso que la infección se había transmitido realmente a través de esa sangre.

Aunque el virus puede identificarse, e incluso aislarse, prácticamente en todos los líquidos corporales, no hay pruebas que el VIH se transmita como consecuencia de contactos con lagrimas, el sudor o la orina.

A pesar de ello ha habido casos aislados de infección en los que el VIH se transmitió por medio de líquidos corporales que podían o no estar contaminados con sangre.

Por ejemplo, se conoce el caso de una madre que adquirió muy probablemente la infección a partir de un hijo portador de una colostomía.

La madre solía encargarse de los cuidados, a menudo sin guantes, y posiblemente se expuso al material infectado de la colostomía, así como a las secreciones nasales y la sangre.

Es indudable que los desechos corporales de los pacientes deben ser manipulados cumpliendo las precauciones universales.”³⁷

³⁷ Ídem

2.1.7 EPIDEMIOLOGÍA

A. LA INFECCIÓN POR EL VIH Y EL SIDA EN TODO EL MUNDO

“La infección por el VIH/SIDA es un problema mundial, habiéndose publicado casos en prácticamente todos los países.

Actualmente se calculan 22 millones de adultos y un millón de niños, aproximadamente, están infectados por el VIH en todo el mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que desde el comienzo de la pandemia han nacido 2.6 millones de niños, aproximadamente, con infección por el VIH, y que alrededor de la enfermedad de SIDA y han fallecido.

Es poco probable que una sola vacuna sea eficaz en todas las regiones del mundo, dadas las considerables variaciones que muestran los subtipos virales repartidos por todo el mundo.

Los casos de SIDA publicados hasta ahora en todo el mundo constituyen una subestimación de la verdadera prevalencia, debido principalmente a que muchos casos no se declaran a las autoridades dada la falta de medios de ciertos países subdesarrollados.”³⁸

³⁸ Ídem

“El principal mecanismo de transmisión del VIH en todo el mundo es indudablemente el contacto heterosexual; esto es especialmente en los países en vías de desarrollo, donde el número de varones y mujeres infectados es aproximadamente el mismo.

En los países donde predomina la transmisión heterosexual, como en el África subsahariana, han sido llamados por la OMS países de patrón II, y los países de patrón I son aquellos en los que la mayoría de los casos ocurre en varones que practican la homosexualidad o en los que utilizan drogas endovenosas.

Los países de patrón III son aquellos en los que hay relativamente pocos casos de infección por VIH/SIDA, y la mayoría de las personas infectadas ha estado en contacto con individuos de los países de patrón I o II.

Si los programas educativos y de información para modificar las conductas fracasan en otros países de patrón III, es indudable que muchos de ellos evolucionaran hasta convertirse en países de patrón I o II.”³⁹ ⁱ

³⁹ Ídem

2.1.8 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

“Las consecuencias clínicas de la infección por el VIH se extienden desde un síndrome agudo que se presenta asociado a la primoinfección pasando por un estado de portador asintomático prolongado hasta la fase de enfermedad avanzada.

La replicación del virus y el deterioro inmunitario progresivo son fenómenos que ocurren en la mayoría de los pacientes a lo largo de toda la evolución del proceso.

A excepción de los pacientes que no progresan a largo plazo, la enfermedad del VIH progresa de forma inexorable incluso durante el estado de latencia clínica.

La enfermedad por VIH puede dividirse empíricamente según el grado de inmunodeficiencia en un estadio precoz (recuento de células T CD4+ mayor de 500/uL), un estadio intermedio (recuento de células T CD4+ de 200 a 500/uL) y un estadio avanzado (recuento de células T CD4+ menor de 200/uL). (Ver anexo 1)”⁴⁰

⁴⁰ Ídem

“La mayoría de las infecciones oportunistas y de las verdaderas neoplasias malignas definatorias de SIDA aparece en las fases avanzadas de la enfermedad, mientras que la enfermedad neurológica y el sarcoma de Kaposi no están tan ligados al grado de inmunodeficiencia.

Existen varios sistemas de clasificación, el del CDC de Atlanta, Georgia., el del Walter Reed Medical Center y la declaración de Caracas. Cada sistema tiene sus ventajas e inconvenientes.

A. SÍNDROME AGUDO POR EL VIH

Se calcula que un 50 a 70 % de los individuos con infección por el VIH padecen un síndrome clínico agudo de 3 a 6 semanas aproximadamente después de la primoinfección.”⁴¹

Las manifestaciones clínicas son de gravedad variable y se ha sugerido que cuando la seroconversión de síntomas que inducen a solicitar asistencia médica existe un mayor riesgo de que la enfermedad empeore rápidamente.

⁴¹ Ídem

Las manifestaciones clínicas típicas coinciden con un brote de viremia plasmática y antigenemia p24.

“Los síntomas suelen persistir desde una o varias semanas, y remiten gradualmente conforme se desarrolla una respuesta inmunitaria al VIH y descienden los niveles de la viremia plasmática.

Aparecen adenopatías en un 70 % aproximadamente de los individuos con la primoinfección por el VIH.

La mayoría de los pacientes se recupera rápido de este síndrome y tiene un ligero descenso del número de células T CD4 + que se mantienen estable durante un período variable antes que comiencen a disminuir progresivamente; en algunos individuos, el número de células T CD4 + vuelve a sus límites normales.

En la mayoría de los pacientes, la primoinfección acompañada o no del síndrome agudo va seguida de un período prolongado de latencia clínica.”⁴²

42 Ídem

B. ESTADIO ASINTOMÁTICO. LATENCIA CLÍNICA

“Aunque el tiempo que transcurre desde la infección inicial hasta las primeras manifestaciones clínicas de la enfermedad varía mucho, la mediana de este período es de aproximadamente 10 años.

Como se ha mencionado antes, la enfermedad por VIH con replicación activa del virus suele progresar durante este periodo asintomático.

La rapidez de la progresión de la enfermedad guarda relación directa con los niveles de ARN del VIH.

Los pacientes que tienen elevados niveles del ARN viral progresan a la enfermedad sintomática más rápidamente que los pacientes con niveles bajos de ARN del VIH.

Algunos pacientes, los denominados sin progresión a largo plazo, muestran escaso o nulo descenso del número de células T CD4+ durante un período prolongado.”⁴³

⁴³ Ídem

“En general, estos pacientes tienen niveles sumamente bajos de ARN del VIH. En otros casos, los pacientes permanecen totalmente asintomáticos a pesar que sus células T CD4 + descienden a cifras extraordinariamente bajas.

En ellos la aparición de una infección oportunista puede ser la primera manifestación de la infección por VIH.

Algunos pacientes por lo demás asintomáticos presentan adenopatías generalizadas persistentes durante este período.

Con pocas excepciones, las cifras de células T CD4 + descienden progresivamente durante este periodo asintomático a una velocidad aproximada de 50 células/uL/año.

Cuando el número de células T CD4 + disminuye por debajo de 200u/L, el estado de inmunodeficiencia resultante es de la intensidad suficiente como para que el paciente se encuentre en situación de alto riesgo de desarrollar infecciones y neoplasias oportunistas, y por tanto de presentar una enfermedad clínicamente evidente.”⁴⁴

⁴⁴ Ídem

C. ENFERMEDAD SINTOMÁTICA PRECOZ

“En algún momento generalmente después de descender el número de células T CD4+ a menos de 500/Ul, los pacientes comienzan a presentar síntomas y signos de enfermedad clínica.

Las características clínicas de la fase sintomática precoz de la enfermedad son.

-Adenopatías Generalizadas,

-Lesiones Bucales,

-Herpes zoster,

-Trombocitopenia,

-Molluscum contagiosum,

-Herpes simple recidivante,

-Condilomas acuminados”

46 Ídem

2.1.9 DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA INFECCIÓN POR VIH.

A. DIAGNÓSTICO.

“Tomando en cuenta que la mayoría de las personas infectadas son sintomáticas y que es importante el diagnóstico temprano, debe hacerse un esfuerzo por establecer el riesgo o vulnerabilidad, revisando en un ambiente de confianza, respeto y confidencialidad los siguientes factores de riesgo epidemiológicos:

Prácticas sexuales (hetero, homo, bisexualidad, coito anal, uso de preservativos, etc.).

- a) Número de parejas sexuales.
- b) Alcoholismo o Drogadicción.
- c) Indigencia.
- d) Pandillas juveniles
- e) Transfusiones.
- f) Reclusión penal.
- g) Trabajo sexual comercial transaccional.
- h) Violación o abuso sexual.
- i) Otras:

Ej. Motoristas, marineros, viajeros, policías, tatuados/as, poblaciones emigrantes, trabajos / oficios que facilitan las relaciones sexuales inseguras.”⁴⁷

3

En general personas asintomáticas, se consideran infectadas aquellas que presentan reactividad en dos pruebas de tamizaje de diferente muestra y preferentemente diferente metodología, en algunos casos se necesitará de una prueba confirmatoria.

En pacientes con sintomatología, es decir SIDA por tener seis puntos o más en la clasificación OPS/Caracas 1991 ya no es necesario hacer una prueba confirmatoria.

En todos los casos ante dos pruebas de tamizaje reactivas, se debe ofrecer consejería post prueba de acuerdo a la norma, de igual manera para confirmación de los casos se debe seguir el protocolo ya establecido. (Ver anexo No. 3).

Debe de tenerse claro que el médico responsable del paciente en coordinación con otro profesional de salud capacitado en orientación y consejería deberán de notificar a un/a paciente el resultado de su prueba sea esta reactiva o no reactiva.”⁴⁸

⁴⁷ MSPAS. Situación Epidemiológica de las ITS/VIH/SIDA en El Salvador. Boletín. Pág. 5

⁴⁸ Ídem

“Los seguimientos serológicos se recomiendan en las siguientes situaciones, consideradas como exposiciones de riesgo:

- a. En trabajadores de la salud con exposición a sangre o líquidos potencialmente infectantes que procedan de una persona infectada por el VIH, o cuando se desconozca su estado serológico.
- b. En compañeros / as sexuales de personas que viven con el VIH/SIDA.
- c. En casos de violación.
- d. En caso de resultados indeterminados o en los que existan dudas sobre el estado de infección por VIH.
- e. Hijos / as de madres infectadas por el VIH, menores de dos años.”⁴⁹

⁴⁹ Ídem

f. Al notificar el resultado, sea reactivo o no reactivo, la información será:

a. Personal.

b. Privada. Confidencial.

c. Simple y concreta sobre la infección por VIH.

d. De acuerdo al nivel de comprensión de la persona.

En los casos de confirmación diagnóstica insistir en la importancia de recibir atención médica periódica, así como de notificarlo a su(s) pareja(s) previo consentimiento de la persona afectada (como lo establece la legislación vigente).”⁵⁰

⁵⁰ Ídem

CAUSAS DE FALSA NEGATIVIDAD EN LAS PRUEBAS PARA LA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS VIH

“El tiempo que tarda la infección para dar resultados reactivos con la prueba de tamizaje es de tres semanas a 6 meses.

Causas de resultados indeterminados:

Persona en proceso de seroconversión

SIDA en estado terminal.

Error en la toma, transporte y procesamiento de muestra.

Causas de Falsa Positividad en las Pruebas para la detección de anticuerpos contra VIH.

Enfermedades auto inmunes

a) Vacunación reciente contra influenza

b) Mujer Multípara

Se consideran con **SIDA** a todos los/las pacientes a los cuales se les ha demostrado la infección por VIH mediante pruebas de tamizaje y que presentan las manifestaciones clínicas y/o conteos de CD4 tal como se estipulan en la definición ampliada del CDC de 1993.”⁵¹

⁵¹ Ídem

B. INTERPRETACIÓN DEL DIAGRAMA DE FLUJO PARA LAS PRUEBAS CONFIRMATORIAS ANTI VIH.

“Existen dos tipos de pruebas para la detección de anticuerpos del VIH: presuntivas y confirmativas, ambas poseen muy buena sensibilidad y especificidad. Es necesario brindar para la toma de muestra consejería pre y post prueba.

La prueba de ELISA se realiza, utilizando metodología Organon (Biomérieux), IMX ó ASXYM de Abbott.

La prueba rápida sencilla es utilizada en laboratorios de menor complejidad de hospitales ó unidades de salud y utilizan las siguientes metodologías: Prueba rápida Determine VIH, Aglutinación de partículas (Serodia), Inmunocomb II (Organics).

En prueba inicial con interpretación no reactiva (Anexo 3): se elabora informe con resultado no **reactivo a anticuerpos VIH** y debe dársele post consejería de la prueba.

Sí en pruebas iniciales: ELISA ó prueba sencilla, el resultado es no concluyente, se toma nueva muestra en 15 días y se inicia el flujograma nuevamente. La consejería de la prueba es muy importante en estos casos.”⁵²

⁵² Ídem

“En prueba inicial con interpretación **reactivo**: debe repetirse la prueba con la misma u otra metodología y una nueva muestra y si es repetidamente reactivo, debe enviarse al laboratorio de referencia la muestra y el formulario de confirmación de VIH, para poder realizar las otras pruebas complementarias.

El color amarillo en el diagrama representa el nivel local: hospital ó unidad de salud. El color azul en el diagrama esta representado por tres laboratorios de referencia para confirmación de VIH: Hospital Maternidad, Hospital Santa Ana, Hospital San Miguel.

El color rosado en el diagrama esta representado por el Nivel Central. La prueba suplementaria o confirmativa Western Blot se realiza en el Laboratorio Central, principalmente en aquellos casos discordantes o indeterminados en los que no se pudo definir su reactividad con las otras pruebas establecidas y también en casos especiales.

Cuando el estudio se realice a un paciente **asintomático**, el laboratorio de referencia realizará dos pruebas de ELISA de diferente marca o preparación antigénica, además de las dos pruebas se reportan como **Positivo a infección por VIH** y se notifica al laboratorio Central correspondiente,”⁵³

⁵³ Ídem

“En el caso de un paciente sintomático con resultado reactivo, el laboratorio de referencia realizará solamente una prueba de ELISA, además de las dos pruebas iniciales y si el resultado es reactivo se reporta como Caso SIDA evaluado clínicamente. (Clasificación OPS/Caracas = 2 pruebas Positivas más 6 puntos en relación a signos y síntomas).

Y se notifica al laboratorio Central correspondiente enviando el respectivo formulario de confirmación con los datos completos para que éste lo haga llegar al Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.

El resultado (+) en muestras procesadas con pruebas alternativas de ELISA con dos marcas diferentes, se considera Positivo a infección por VIH. También pueden dar resultados indeterminados y en ese caso referir la muestra con su respectivo formulario de confirmación al Laboratorio Central correspondiente para prueba de Western Blot.

El resultado (+) en muestras procesadas con metodología confirmativa (Western blot) se considera: Positivo. El Nivel Central informa al nivel local y a la vez notifica al Programa Nacional ITS/VIH/SIDA.

El resultado Indeterminado o negativo en un paciente con metodología confirmativa (Western blot), se le da seguimiento y se solicita una nueva

muestra en las siguientes dos semanas y se verifica nuevamente el estudio establecido en el Flujograma. El resultado (-) en muestras procesadas con técnicas Elisa o prueba rápida, se considera no reactiva a la fecha.”⁵⁴

54 Ídem

GLOSARIO

Anticuerpo: Proteína producida como resultado de la introducción de un antígeno y la cual tiene la propiedad de combinarse con el antígeno que estimuló su producción.

Antígeno: Sustancia que puede inducir una respuesta inmunitaria detectable cuando se introduce en un organismo vivo.

Célula Polimorfonuclear: Conocida también como neutrófilo o granulocito, se deriva de una célula hematopoyética de la médula ósea y se caracteriza por su núcleo multilobulado.

Colostomía: Apertura quirúrgica en el abdomen para eliminar los desechos fecales.

Complejo Mayor de Histocompatibilidad: Grupo de genes localizados en la proximidad estrecha, que determinan a los antígenos de histocompatibilidad de miembros de una especie.

Condilomas acuminados: Son lesiones mucocutáneas producidas por el virus del papiloma humano (VPH). Se trata de una enfermedad de transmisión sexual.

Core: Sinónimo de núcleo.

Corioamnionitis: Es la infección bacteriana aguda de las membranas ovulares, corión y amnios.

Factores de Coagulación: Son todas aquellas proteínas originarias de la sangre que participan y forman del coágulo sanguíneo y son esenciales para la coagulación.

Funiculitis: Cualquier trastorno inflamatorio de una estructura corporal semejante a un cordón, como la médula espinal o el cordón espermático.

Genoma: Material genético o conjunto de genes contenido en cada una de las células de un organismo en particular.

Hemofilia: Trastorno hereditario de la sangre causado por bajos niveles o ausencia de una proteína específica de la sangre que es esencial para la coagulación

Linfadenopatía: Término empleado para describir las afecciones de los ganglios o del tejido linfático

Linfocito CD4: Célula derivada del timo que participa en diversas reacciones de inmunidad mediada por células.

Molluscum Contagiosum: Enfermedad cutánea de origen viral, exactamente poxvirus; en los adultos su transmisión es sexual, mientras que en niños se transmite por fomites.

Neoplasia: Formación y crecimiento de células o tejido nuevo y generalmente anormal, es decir, sin orden y control. Es similar al término cáncer.

Outlier: Término estadístico que significa valor atípico.

Oportunista: Especie que saca provecho de una determinada situación, normalmente perjudicial para otras especies, actuando como parásito.

Parenteral: Que se consume de vía diferente a la oral, es decir, inhalado, intravenoso, subcutáneo o intramuscular.

Pneumocystis carinii: Es un microorganismo recientemente clasificado como hongo unicelular atípico, capaz de producir infecciones y responsable de neumonías en el hospedero inmunocomprometido.

Portador: Transmisor de un agente capaz de causar enfermedad infecciosa, con la característica importante de que no presenta síntomas clínicos reconocibles.

Retrovirus: Virus cuyo material genético de ARN, pero que dentro de la célula se transcribe en ADN mediante una enzima específica: la transcriptasa inversa.

Sarcoma de Kaposi: Es un tumor maligno del endotelio linfático. Sus síntomas son lesiones de color rojo azulado, planas o elevadas y con una forma irregular.

Seroconversión: Desarrollo o aparición de anticuerpos en el suero sanguíneo como resultado de la infección o inmunización.

Síndrome: Conjunto de signos y síntomas que se agrupan en base a su concurrencia, que puede sugerir una patogenia, una evolución, unos antecedentes familiares o una selección terapéutica comunes.

Tamizaje: Acción de separar objetos grandes de otros más pequeños con el fin de un estudio.

Trombocitopenia: Trastorno en el cual existe una cantidad insuficiente de plaquetas, lo que permite un fracaso en evitar la coagulación sanguínea.

Yatrógeno (Iatrógeno): Dícese de la enfermedad o el daño que provoca el médico con su intervención, en esto último se debe ampliar que puede ser a través de medicamentos, consejería médica, procedimientos quirúrgicos o médicos.

CAPÍTULO 3
SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.3 Sistema de Hipótesis

3.1 Hipótesis General

Hi. Los factores socioculturales son los que limitan el conocimiento de la infección por VIH/SIDA en los usuarios entre 20-39 años de edad objeto de estudio.

Ho. Los factores socioculturales no son los que limitan el conocimiento de la infección por VIH/SIDA en los usuarios entre 20-39 años de edad objeto de estudio.

3.2 Hipótesis específicas.

H1 Los usuarios entre 20-39 años de edad atendidos en la Unidad de Salud de la Colonia San Carlos tienen prejuicios y mitos sobre el VIH/SIDA.

H2 La accesibilidad por parte de los usuarios/as a la unidad de salud de la colonia San Carlos favorece un conocimiento adecuado sobre el VIH/SIDA.

H3 La obtención de un mejor nivel educativo determina un mayor grado de conocimiento sobre el VIH/SIDA.

3.3. Hipótesis nulas

Ho1 Los usuarios entre 20-39 años de edad atendidos en la Unidad de Salud de la Colonia San Carlos no tienen prejuicios y mitos sobre el VIH/SIDA.

Ho2 La accesibilidad por parte de los usuarios/as a la unidad de salud de la colonia San Carlos no favorece un conocimiento adecuado sobre el VIH/SIDA.

Ho3 La obtención de un mejor nivel educativo no determina un mayor grado de conocimiento sobre el VIH/SIDA.

3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS HIPÓTESIS EN VARIABLES E INDICADORES

HIPÓTESIS	VARIABLES	CONCEPTUALIZACION	INDICADORES
<p>Los factores socioculturales limitan el conocimiento sobre la infección por VIH/SIDA</p>	<p>Variable independiente</p> <p>Los factores Socioculturales</p>	<p>Los factores sociales son los elementos de la población que contribuyen a la falta de conocimientos sobre el VIH/SIDA.</p> <p>Los factores culturales: se refiere al conjunto de conocimientos de una sociedad o un país, lo que conlleva a un sistema de creencias y tradiciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escolaridad • Educación de los padres • Lugar de residencia. • Sexo • Acceso a programas educativos en centros escolares. • Mitos • Creencias • Tabúes • Actitudes

3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS HIPÓTESIS EN VARIABLES E INDICADORES.

HIPÓTESIS	VARIABLES	CONCEPTUALIZACION	INDICADORES
<p>Los factores Socioculturales son los que limitan el conocimiento sobre la infección por VIH/SIDA</p>	<p>Variable Dependiente</p> <p>Conocimiento de la infección por VIH/SIDA</p>	<p>Conocimiento: Conjunto de información sobre el tema de la infección por VIH y el SIDA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Agente infeccioso. • Mecanismos de transmisión. • Tratamiento. • Prevención • Conductas de riesgo para adquirir la enfermedad. • Período de Incubación.

CAPÍTULO 4
DISEÑO METODOLÒGICO

4. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Investigación

El estudio es analítico porque permitió observar el fenómeno con todos sus elementos desde lo más general a lo más esencial y ayudo a cumplir con los objetivos del problema de investigación; de campo, porque la fuente de datos se encuentra en información de primera mano, es decir, que se obtuvieron de las personas objeto de estudio directamente a través de las técnicas de trabajos utilizadas; prospectivo y porque se realizó en un tiempo de ocurrencia de los hechos y de registro de la información de julio a agosto de 2006; transversal porque se abordó el fenómeno en un momento o periodo de tiempo determinado y porque no se estudió a partir de su desarrollo evolución o seguimiento pero si se identificaron factores condicionantes para la asociación entre las variables y ejecutado en el plazo de tres meses correspondientes a los meses de junio a agosto de 2006.

4.2 Muestra

Para determinar la muestra se consideraron los siguientes criterios.

4.3 Criterios de Inclusión

1. Todo usuario entre 20 a 39 años de edad que perteneció al área de influencia y que consulte entre los meses de junio y agosto 2006.

4.4 Criterios de Exclusión

1. Usuarios que por algún motivo no deseen colaborar con el llenado del instrumento de investigación y que no pertenezcan al área de influencia de la unidad de salud en estudio.
2. Personas y/o usuarios que pudiesen ser influenciados en sus respuestas por terceras personas al momento de contestar el cuestionario.
3. Usuarios que presenten un nivel de morbilidad que les impida en ese momento colaborar con la investigación.
4. Personas que no pertenezcan al rango etáreo entre 20-39 años de edad.

4.5 Tipo de Muestreo.

El tipo de muestreo que se utilizó para esta investigación fue probabilística estratificado no proporcional, en el que se dividirá a la población en 2 grupos de acuerdo al genero, debido a que la asistencia a la consulta medica no es equitativa en cantidad por ambos grupos y para ello se determino la cantidad estimada de usuarios entre 20 y 39 años de uno a otro sexo que asisten mensualmente a recibir atención medica a la unidad de Salud.

En las unidades de salud no existe un dato mensual de pacientes divididos por género; por lo que es necesario, sustraer este dato de los censos de consulta diaria, de dos meses consecutivos del primer semestre del presente año; para luego promediar la cantidad total de usuarios entre 20-39 años.

La muestra ha sido determinada a través de la siguiente fórmula estadística

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{E^2(N-1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

Donde:

n = Muestra

N = Universo

Z = Nivel de confianza

E = Precisión con la que se generalizarán los resultados

P = Posibilidad de éxito

Q = Posibilidad de fracaso.

Sustituyendo:

n = Muestra

N = 6104

Z = 1.96

E = 0.05

P = 0.5

Q = 0.5

Sustituyendo:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (6104)}{(0.05)^2 (6104-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(3.9516) (0.25) (6104)}{(0.0025) (6103) + (3.8416) (0.25)}$$

$$n = \frac{5862.2815}{16.2179}$$

$$n = 361.46$$

$$n = 362 \text{ usuarios}$$

Es así como la muestra fue obtenida y es conformada por 362 usuarios entre 20 y 39 años de ambos géneros, que corresponde al 5.93% del universo.

4.6 Técnicas de obtención de la Información

Las técnicas que se emplearon para la obtención de la información son las siguientes:

A) Documental bibliográfica: Esta técnica permitió recopilar información de libros, documentos, periódicos, boletines y sitios electrónicos para fundamentar la base teórica de la investigación.

B) Documental escrita: la que permitió recopilar información de los censos diarios de la unidad de salud, ya que para revisar casos de SIDA no existen datos mensuales de esta enfermedad en el archivo de la Unidad de salud.

C) De campo: porque la información se obtuvo directamente del conocimiento de los usuarios, la mayoría acudió a consultar a la unidad de salud y el resto fue buscado en sus residencias particulares, utilizando la técnica denominada Encuesta.

4.7 Instrumentos

El tipo de instrumento utilizado fue el cuestionario con 35 preguntas, divididas en 34 de carácter cerrado y una de carácter abierto en las cuales se proporcionaron opciones para las respuestas.(anexo N° 1)

4.8 Procedimiento

Primer Momento (Planificación):

Se seleccionó un tema de investigación, en base a su novedad, interés social, educativo y cultural y fue presentado al docente asesor y los coordinadores del proceso de graduación, analizando la relevancia del problema, sus pros y contras ante lo cual se presentó un perfil de investigación sobre el tema elegido que posteriormente fue aprobado.

Segundo Momento (Ejecución)

Para la recolección de la información, esta provino de la consulta médica diaria a la unidad de salud, se eligieron usuarios que cumplieran los requisitos establecidos, en un tiempo de 3 meses; como la cantidad de personas varía cada día y algunos declinaron participar, se complementó el total de encuestas, buscando residentes en sus respectivas viviendas y que también cumplieran los requisitos establecidos.

Se explicó a los usuarios que el estudio se realizaría en el momento de la consulta médica lo cual facilitaría evitar la influencia de terceras personas a la hora de responder.

Además se les garantizó su completa privacidad, no necesariamente escribir su nombre a la encuesta y la libertad de contestar preguntas si tenían dudas al respecto.

Los usuarios que no podían leer y/o escribir, las preguntas fueron formuladas verbalmente. Al final de contestar la encuesta, se cercioraba el investigador de que no hubiesen preguntas sin contestar o que estas fueran alteradas por terceras personas.

Cada mes se realizaba una recopilación de la información obtenida y se verificaba nuevamente si cumplía cada encuesta los requisitos establecidos.

Una vez finalizado el período de ejecución correspondiente a 3 meses, se inició la tabulación de datos, para lo cual se necesitó asesoría estadística. Tomando los criterios estadísticos se procedió a la interpretación y análisis de los resultados, para posteriormente elaborar el informe final, las conclusiones y recomendaciones y luego exponer oralmente los resultados.

CAPÍTULO 5
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

5. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan los resultados obtenidos durante la investigación sobre los factores que limitan el conocimiento sobre el VIH/SIDA en los usuarios atendidos en la Unidad de Salud de la colonia San Carlos de la ciudad de San Miguel de junio-agosto de 2006.

Los resultados se presentan en cuadros o tablas que conteniendo las frecuencias y sus respectivos porcentajes de los usuarios que respondieron las interrogantes, las cuales se complementaran con un gráfico para cada cuadro de datos, para darle una mejor perspectiva de los resultados.

El título de cada cuadro y su respectivo gráfico corresponde a cada pregunta contenida en el cuestionario que fue dirigido a la población estudiada, y este orden se mantiene hasta la pregunta número once. La pregunta número doce, por contener diecinueve literales, los resultados se muestran en dos cuadros diferentes, cada uno con su respectivo gráfico.

Debido a la naturaleza de las preguntas, en los cuadros correspondientes uno, dos, cuatro y ocho, las respuestas se han dividido según el género de la población encuestada. Cabe aclarar que no es objetivo de la investigación conocer y clasificar los resultados según el género, pero estas son divididas ya que posteriormente servirán para facilitar el análisis de otras preguntas.

5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

CUADRO N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS SEGÚN SU GÉNERO

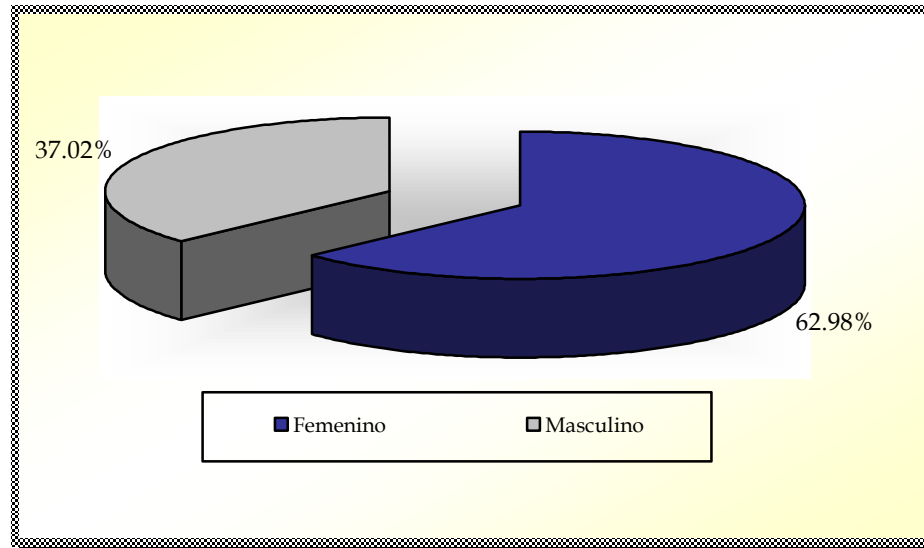
GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	134	37.02
Femenino	228	62.98
Total	362	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

En el cuadro N° 1 se muestra la distribución por sexo de los usuarios entre 20 -39 años que participaron en la investigación. El sexo femenino ocupa el 62.98% y el masculino el 37.02% de toda la muestra.

GRÁFICO N° 1: DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS SEGÚN SU SEXO



Fuente: Cuadro N° 1

Interpretación

En la población participante en la investigación, el sexo femenino predomina sobre el género masculino, lo que demuestra una mayor afluencia a la atención médica por parte de la población femenina, lo cual se corroboró en los censos diarios de consulta médica en la Unidad de Salud San Carlos de San Miguel. Esto sirve para conocer el tipo de población que participa en la encuesta y conocer la opinión en cuanto a género.

CUADRO N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS SEGÚN SU ESTADO CIVIL

Genero	Soltero		Casado		Unión no matrimonial		Divorciado		Viudo		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Masculino	28	20.9	41	30.6	62	46.26	3	2.24	0	0	134	100
Femenino	74	32.45	59	25.88	90	39.47	2	0.88	3	1.32	228	100
Total	102	28.18	100	27.62	152	41.99	5	1.38	3	0.83	362	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

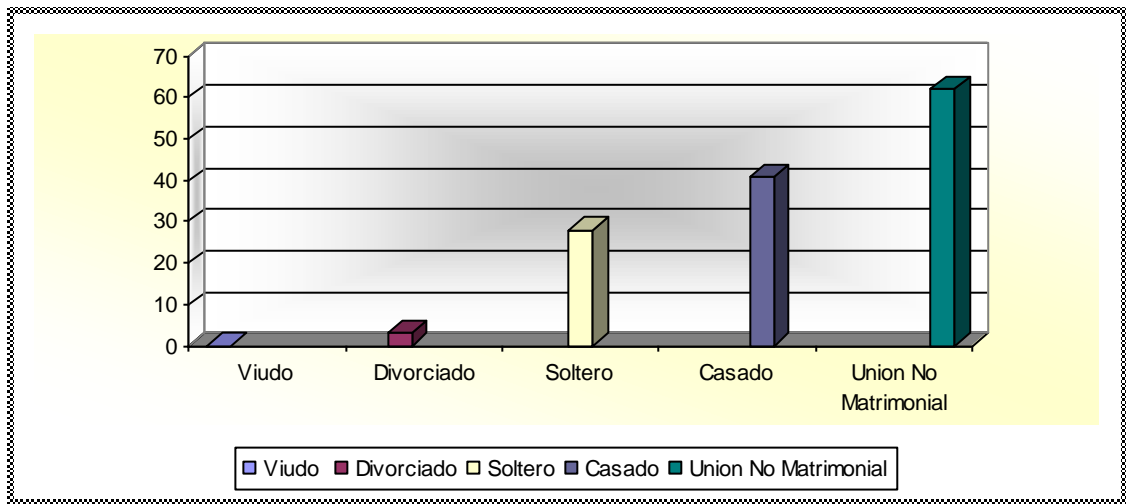
Del total de la población investigada; el 28.18% es soltera; el 27.62% es casada; el 41.99% se encuentra en unión no matrimonial; el 1.38% es divorciada y el 0.83% es viuda.

Los porcentajes anteriores se distribuyen en base al género, de la siguiente manera:

De la población masculina el 20.9% es soltera; el 30.6% es casada; el 46.26 % está bajo unión no matrimonial y el 2.24% es divorciada y el 0.0% es viuda.

De la población femenino, el 32.45% es soltera; el 25.88% está casada; el 39.47% se encuentra en unión no matrimonial; el 0.88% está divorciada y el 1.32% está viuda.

GRÁFICO N° 2: DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS SEGÚN SU ESTADO CIVIL (GÉNERO MASCULINO)



Fuente: Cuadro N° 2 (Género Masculino)

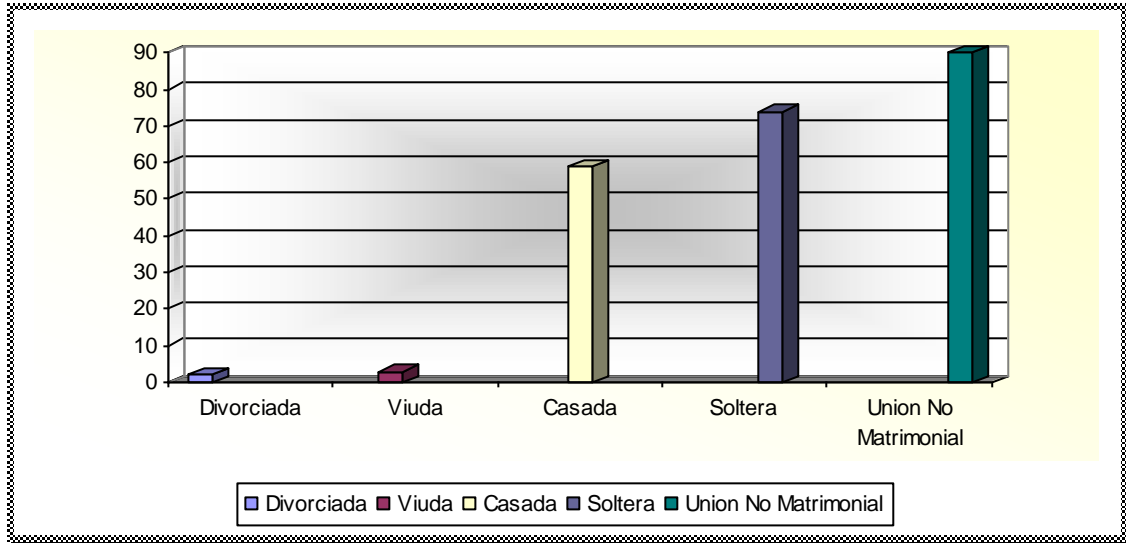
Interpretación

La mayor parte de los usuarios se encuentra en unión estable, entendiéndose esto como la unión consensual entre un hombre y una mujer, sin el vínculo legal del matrimonio.

Hay más hombres que mujeres en unión conyugal (casada), pero hay más mujeres solteras que hombres. Sin embargo, se debe recordar que esta población soltera reúne el requisito de haber tenido una o más parejas, por lo que siempre se considera una población expuesta al riesgo de adquirir el VIH/SIDA.

La población divorciada y viuda representa un porcentaje escaso.

GRÁFICO N° 2: DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS SEGÚN SU ESTADO CIVIL (GÉNERO FEMENINO)



Fuente: Cuadro N° 2 (Género Femenino)

Interpretación

La mayor parte de los usuarios se encuentra en unión estable, entendiéndose esto como la unión consensual entre un hombre y una mujer, sin el vínculo legal del matrimonio.

Hay más hombres que mujeres en unión conyugal (casada), pero hay más mujeres solteras que hombres. Sin embargo, se debe recordar que esta población soltera reúne el requisito de haber tenido una o más parejas, por lo que siempre se considera una población expuesta al riesgo de adquirir el VIH/SIDA.

La población divorciada y viuda representa un porcentaje escaso.

CUADRO N° 3

PROCEDENCIA DE LOS USUARIOS

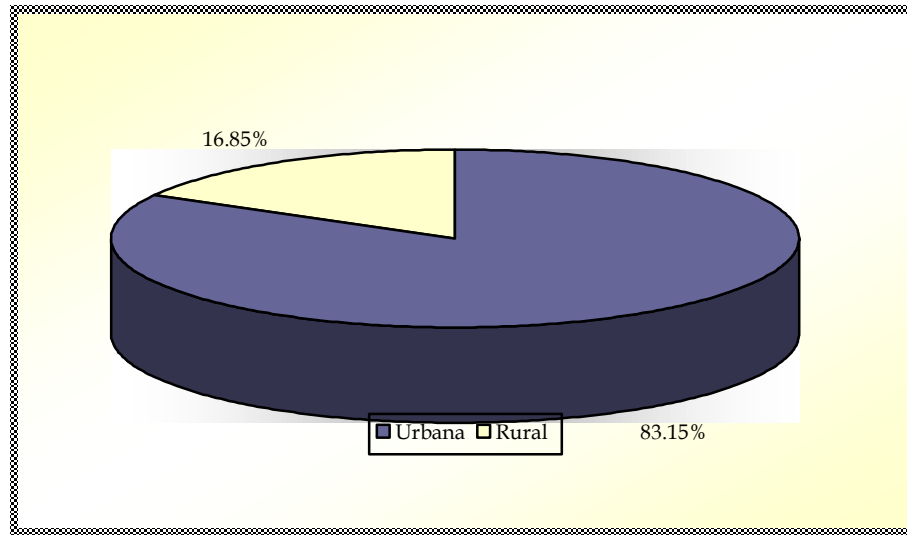
PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Urbana	61	16.85
Rural	301	83.15
Total	362	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

En el cuadro anterior se ha dividido a la población, según el área de procedencia en rural y urbana. El 83.15% de todos los usuarios proceden del área urbana y el 16.85% del área rural

GRÁFICO N° 3: PROCEDENCIA DE LOS USUARIOS



Fuente: Gráfico N° 3

Interpretación

La mayoría de los usuarios proceden del área urbana debido a que el área e influencia de la unidad de salud, corresponde en su mayoría al área urbana; esto se demuestra al revisar los registros de consulta diaria en las unidades de salud. Este gráfico servir – junto a otras preguntas del cuestionario que se hacen mas adelante- si la accesibilidad a los servicios de salud favorece un conocimiento adecuado sobre el VIH/SIDA.

CUADRO N° 4
¿SABE LEER Y ESCRIBIR?

R	SI		NO		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Femenino	6	2.6	222	97.4	228	100
Masculino	7	5.2	127	94.8	134	100
Total	349	3.6	13	96.4	362	100

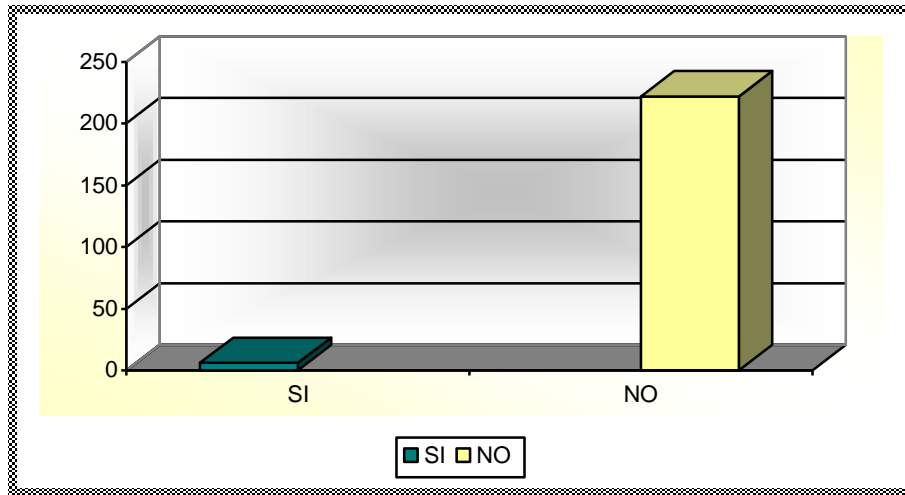
Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

R: respuesta; G: género

Análisis

El 96.4% de la población sabe leer y escribir y el 3.6% respondió que no sabe. Al dividir la población en base al género; el 97.4% del género femenino y el 96.4% del masculino sabe leer y escribir. El resto de la población, el 2.6 % del género femenino y el 5.2% del masculino no sabe leer ni escribir.

GRÁFICO N° 4: ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?

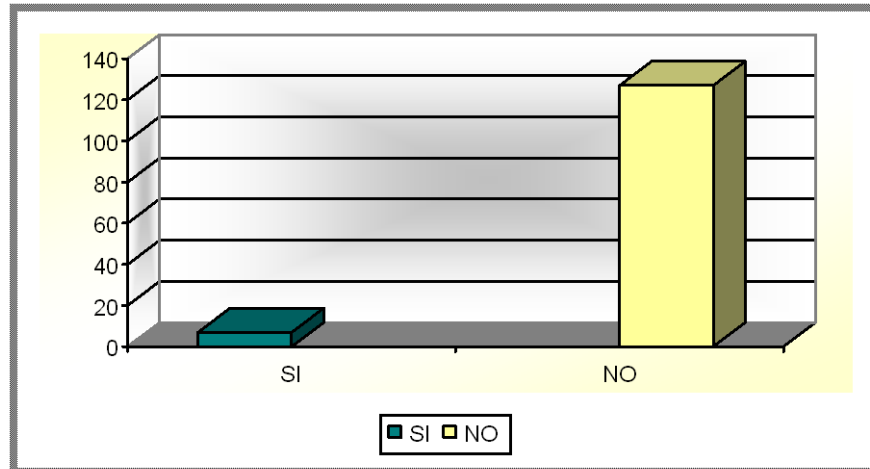


Fuente: Cuadro N° 4

Interpretación

De los datos anteriores, se deduce que la mayoría de la población ha cursado algún grado de educación escolar. El porcentaje de analfabetismo, independientemente del género es muy bajo, sin embargo el género masculino tiene por algún motivo menos accesibilidad a la educación que el género femenino.

GRÁFICO N° 4: ¿SABE LEER Y ESCRIBIR



Fuente: Cuadro N° 4

Interpretación

De los datos anteriores, se deduce que la mayoría de la población ha cursado algún grado de educación escolar. El porcentaje de analfabetismo, independientemente del género es muy bajo, sin embargo el género masculino tiene por algún motivo menos accesibilidad a la educación que el género femenino.

CUADRO N° 5

¿CUÁL ES SU NIVEL DE ESCOLARIDAD?

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estudios Superiores No Universitarios	1	0.28
Ninguno	13	3.59
Universidad	15	4.14
1° - 3° grado	16	4.42
4° -6° grado	52	14.36
7° - 9° grado	96	26.52
Bachillerato	169	46.68
Total	362	100

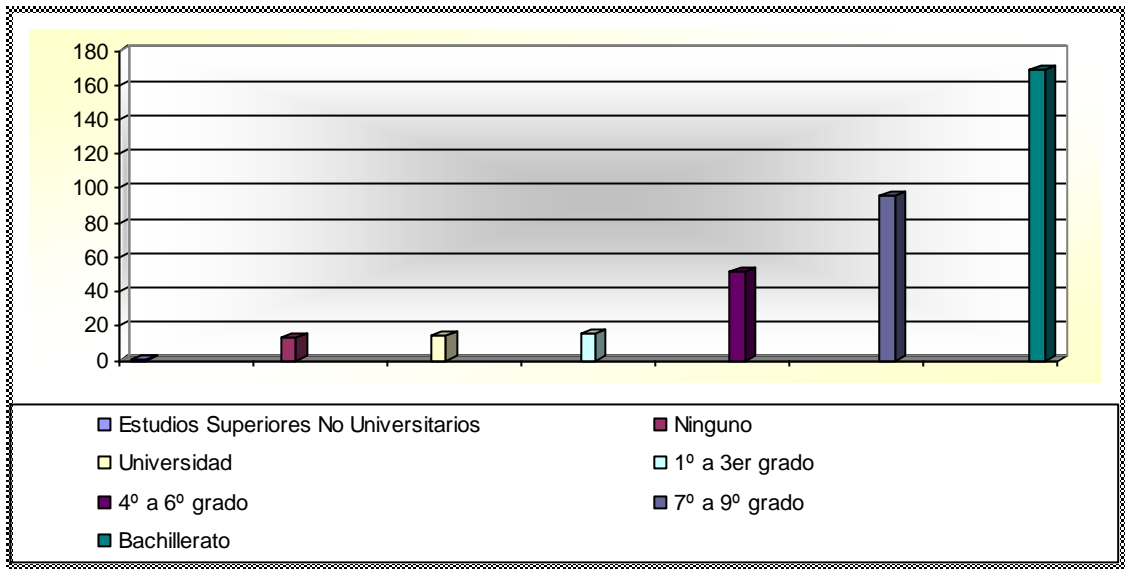
Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

El cuadro anterior representa el nivel de escolaridad de la población en estudio. El 4.42% ha cursado de primer a tercer grado; el 14.36% del cuarto al sexto grado; el 26.52% del séptimo al noveno grado.

El 46.68% cursa o ha realizado estudios de bachillerato, el 4.14% estudios universitarios; el 0.28% estudios superiores no universitarios y el 3.59% son analfabetos.

GRÁFICO N° 5:
ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN



Fuente: Cuadro N° 5

Interpretación

En relación a la escolaridad, la mayoría de la población ha cursado estudios de bachillerato, le sigue el grupo de séptimo a noveno grado. Las restantes categorías representan aproximadamente la cuarta parte de la población total.

Casi las tres cuartas partes de la población tiene un nivel escolar superior al segundo ciclo de enseñanza básica (cuarto a sexto grado), lo que supone un nivel de conocimientos adecuados sobre las infecciones de transmisión sexual incluyendo la infección por VIH.

CUADRO N° 6

DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS DE ACUERDO A SU RELIGIÓN

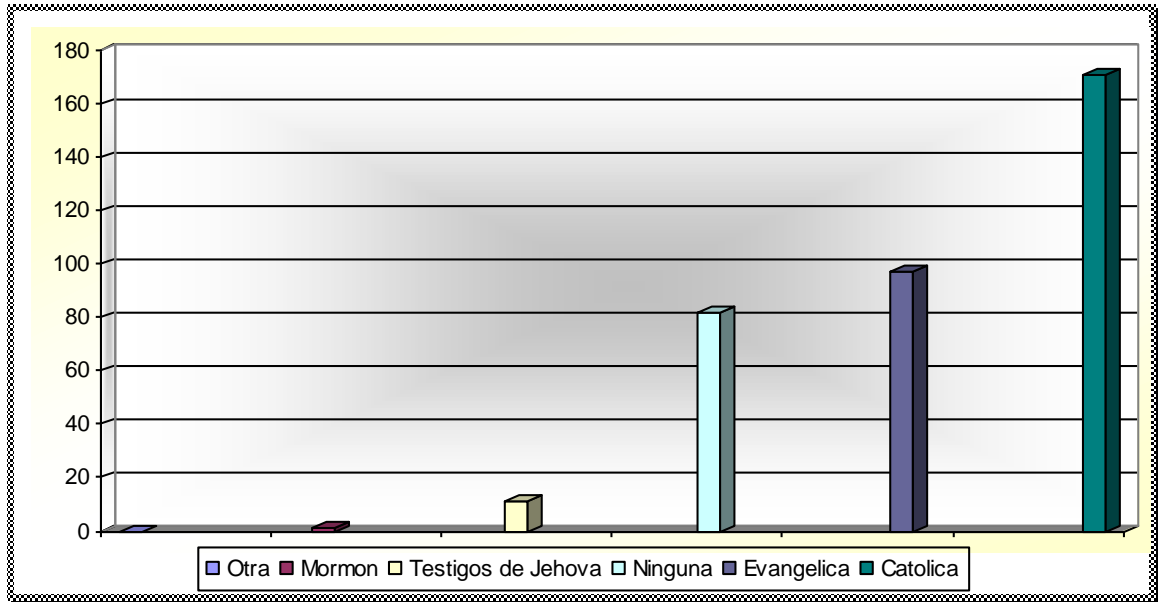
RELIGIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Otra	0	0.0
Mormòn	1	0.28
Testigos de Jehová	11	3.04
Ninguna	82	22.65
Evangélica	97	26.79
Católica	171	47.24
Total	362	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

En el cuadro anterior la población en estudio, se ha distribuido en base a la religión que profesa. La mayoría profesa la religión católica con 47.24%, por detrás el 26.79% son evangélicos. El 22.65% no profesa ninguna religión, el 3.04% son testigos de Jehová y el 0.28% son mormones. No se encontró población perteneciente a otra alternativa religiosa

GRÁFICO N° 6. ¿A QUÉ GRUPO RELIGIOSO PERTENECE



Fuente: Cuadro N° 6

Interpretación

Aproximadamente la mitad de la población en estudio, pertenece a la religión católica, seguido por evangélicos, testigos de Jehová y mormones en orden decreciente. Estos cuatro grupos religiosos sobresalientes en el estudio poseen diferencias doctrinales considerables, sin embargo, se definirá más adelante la relación entre conocimientos sobre VIH/SIDA que posee la población que pertenece a un credo religioso y la que no pertenece a ninguna.

Menos de una cuarta parte de la población no pertenece a ninguna o al menos dicen no profesar ninguna religión.

CUADRO N° 7

DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS SEGÚN SU OCUPACIÓN

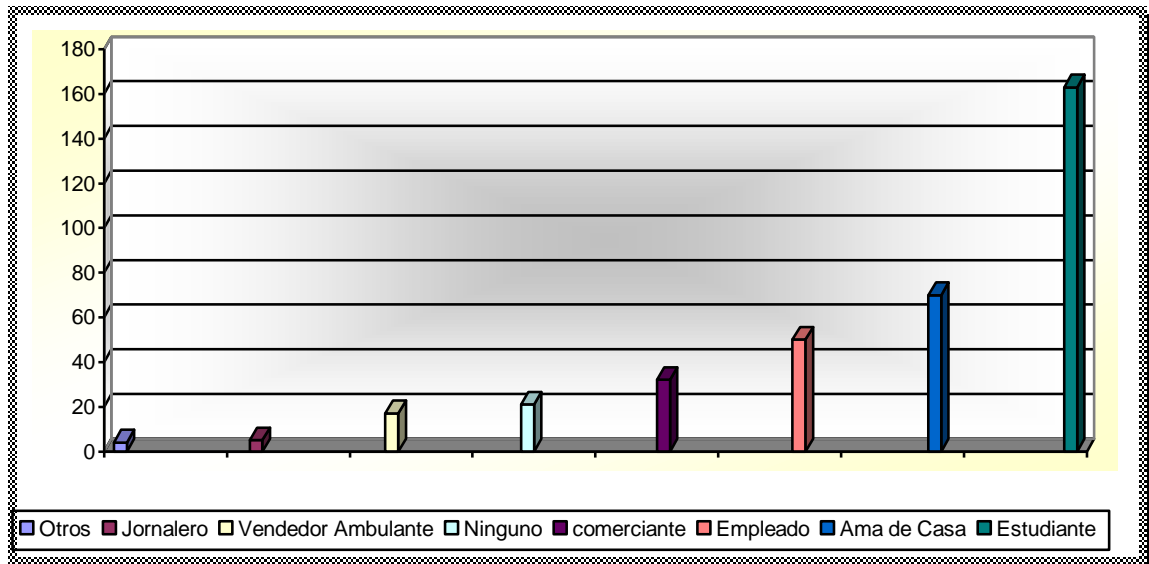
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Otros	4	1.10
Jornalero	5	1.38
Vendedor Ambulante	17	4.70
Ninguno	21	5.80
Comerciante	32	8.84
Empleado	50	13.81
Ama de Casa	70	19.34
Estudiante	163	45.03
Total	362	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

De la población en estudio el 1.38% es jornalero; el 13.81% es empleado, el 8.84% es comerciante; el 19.34% es ama de casa; el 4.70% es vendedor ambulante; el 45.03% es estudiante; el 5.80% no tiene ninguna profesión u ocupación por el momento y el 1.10% de la población en estudio tiene una profesión distinta a cualquiera de las categorías propuestas.

GRÀFICO N° 7:
DISTRIBUCIÒN DE LA POBLACIÒN SEGÙN SU OCUPACIÒN



Fuente: Cuadro N° 7

Interpretación

Un poco menos de la mitad de la población encuestada es estudiante, volviéndose esta su principal ocupación, seguido de las amas de casa, los empleados (públicos o privados) y comerciantes.

La población desempleada supera en frecuencia a los vendedores ambulantes, jornaleros y a otra alternativa de ocupaciones (mecánicos, panaderos, etc.)

CUADRO N ° 8

¿TIENE HIJOS?

Opinión	SI		NO		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Masculino	32	23.88	102	76.12	134	100
Femenino	109	47.81	119	52.19	228	100
Total	141	38.95	221	61.05	362	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

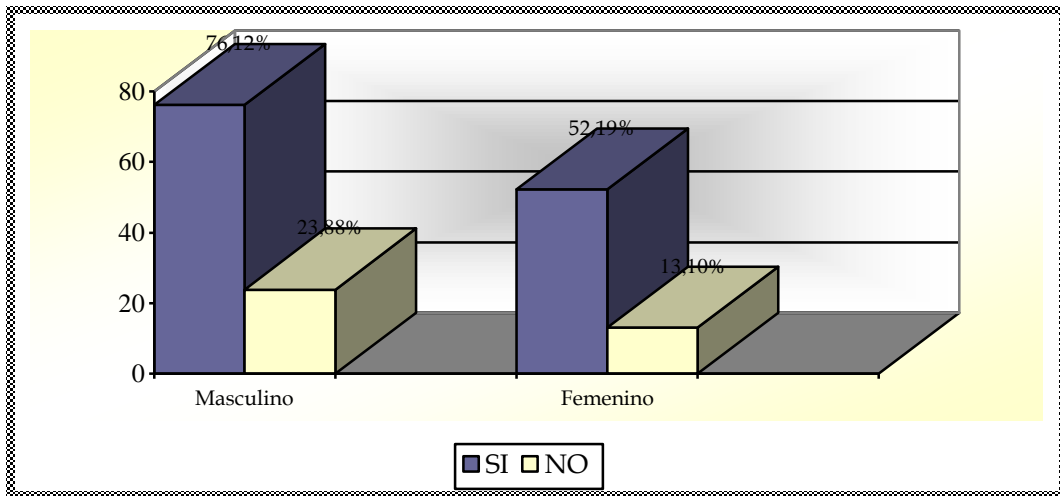
Análisis

De la población total el 61.05% tiene hijos y el 38.95% no tiene. En base al género, con respecto a la población masculina, el 76.12% tiene hijos y el restante 23.88% no tiene.

El 52.19% de la población femenina tiene hijos y el 47.81% no tiene.

GRÁFICO N° 8

¿TIENE HIJOS?



Fuente: Cuadro N° 8

Interpretación

La mayoría de la población en estudio es padre o madre, esto lleva a comprender que la mayor parte de la población ha tenido al menos un contacto sexual. La población que no tiene hijos es mucho menor, pero no significa que no esté teniendo relaciones sexuales y por lo tanto que no esté expuesta al riesgo de adquirir infecciones por VIH.

CUADRO N° 9

¿CONOCE USTED EL SIGNIFICADO DE LA PALABRA SIDA?

O	SI		NO		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Rural	9	14.75	52	85.24	61	100
Urbano	171	56.81	130	43.19	301	100
Total	180	49.72	182	50.28	362	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio O: Opción; P: Procedencia

Análisis

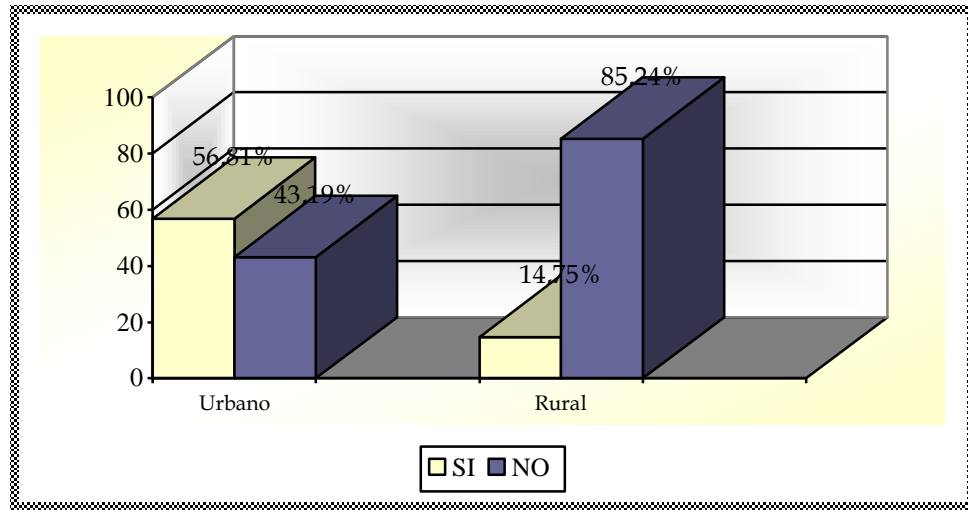
En el cuadro anterior se han distribuido de las respuestas de la población en base a su lugar de procedencia, para comparar los conocimientos de los usuarios de zonas distintas. El 49.72% de la población aseveró que conoce el significado de la palabra SIDA y el 50.28% respondieron que no.

Del área urbana, el 56.81% respondió que si y el 43.19% que no.

Del área rural, el 14.75% respondió que si conoce el significado de la palabra SIDA y el 85.24% contestó que lo ignora.

GRÁFICO N° 9

¿CONOCE USTED EL SIGNIFICADO DE LA PALABRA SIDA?



Fuente: Cuadro N° 9

Interpretación

La mitad de la población ignora que el significado de la palabra SIDA, lo que dice mucho de la poca importancia de la población sobre el conocer acerca de la enfermedad en cuestión; esto se modifica de acuerdo al sitio de procedencia; la población de la zona rural es la que menos conoce el significado de la palabra SIDA.

La mitad restante dijeron conocer el significado de esta palabra, esto se complementará con los resultados de la interrogante siguiente.

CUADRO N° 10

SI CONTESTÒ SÌ A LA PREGUNTA ANTERIOR, ESCRIBA QUE SIGNIFICA LA PALABRA SIDA

P	Rural		Urbana		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Correcta	3	33.33	66	38.60	69	100
Incorrecta	6	66.67	105	61.40	111	100
Total	9	100	171	100	180	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

En el cuadro anterior se han clasificado las respuestas en CORRECTAS e INCORRECTAS. De las 180 personas que respondieron SI a la pregunta anterior (9), acerca de si sabían el significado de la palabra SIDA.

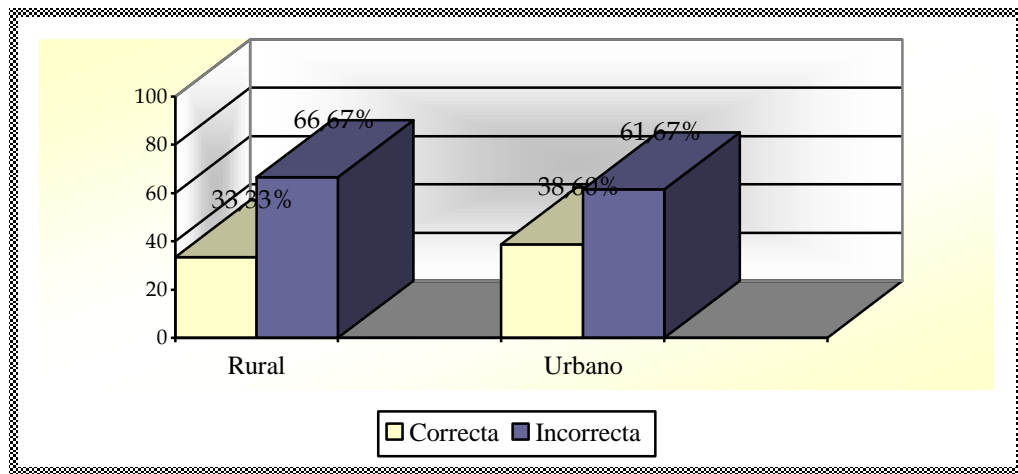
Del área **rural** el 33.33% respondió correctamente y el 66.67% lo hizo incorrectamente.

Del área **urbana** el 38.60% lo hizo correctamente y el 61.40% respondió incorrectamente.

Sumando los resultados de ambos grupos, se determina que solamente el 38.33% de los usuarios entre 20-39 años de edad que asisten a la Unidad de Salud San Carlos conoce el verdadero significado de la palabra SIDA y el 61.67% en forma incorrecta.

GRÁFICO N° 10

SI CONTESTÒ SÌ A LA PREGUNTA ANTERIOR, ESCRIBA QUE SIGNIFICA
LA PALABRA SIDA



Fuente. Cuadro N° 10

Interpretación

Hay un predominio de respuestas incorrectas tanto en la población procedente de la zona rural como la urbana. El total de las respuestas incorrectas es de apenas el 38.33%; lo que demuestra que el lugar de partencia no determina un conocimiento acertado sobre el significado de la palabra SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Algunas de las respuestas fueron: “enfermedad que se pasa por el sexo”; “enfermedad de la sangre”; “enfermedad de los homosexuales”; inclusive otros no pudieron pronunciar completamente el verdadero significado de la palabra SIDA.

CUADRO N° 11

¿CREE USTED QUE UNA PERSONA SANA SE PUEDE CONTAGIAR DE VIH/SIDA DE UNA PERSONA INFECTADA, EN ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS?

Procedencia	Rural		Urbana		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Material Medico contaminado	50	13.81	247	68.23	297	82.04
Compartir cepillos de dientes	49	13.54	249	68.78	298	82.32
Transfusiones	57	15.74	251	69.34	308	85.08
Seno Materno	41	11.32	292	80.636	333	91.99
Drogas endovenosas	52	14.36	281	77.62	333	91.99
Hijos de madres infectadas	57	15.74	277	76.52	334	92.26
Compartir Hojas de afeitar	54	14.92	284	78.45	338	93.37
Relaciones homosexuales	61	16.85	297	82.04	358	98.90
Relaciones Heterosexuales	60	16.57	301	83.15	361	99.72

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

El cuadro número 11 expone los resultados sobre 9 opciones correctas acerca de los diversos mecanismos de transmisión de el VIH/SIDA.

Para las respuestas, se dividió a la población de acuerdo a su procedencia de áreas rural y urbana.

Es importante aclarar que solamente se han esquematizado, las respuestas correctas, su frecuencia y sus respectivos porcentajes.

Las frecuencias y porcentajes que no se han colocado corresponden a los que no respondieron acertadamente y a los que dijeron no saber las respuestas. Esto se ha hecho con la finalidad de simplificar los resultados y la interpretación de los mismos.

En cuanto a las formas de transmisión del VIH de una persona infectada a una persona sana; de los 362 encuestados, el 99.37% respondió que el VIH puede transmitirse por compartir hojas de afeitar y el 14.92% corresponde al área rural y el 78.45% a los de área urbana.

El 16.85% de la población de zona rural y el 82.05% de la zona urbana cree que el VIH se transmite a través de las relaciones sexuales con personas del mismo género, constituyendo ambos grupos el 98.90% de la población encuestada.

El 16.57% de la población de la zona rural y el 83.15% de la zona urbana considera que mantener relaciones heterosexuales es una vía asequible para infectarse de VIH; entre ambos grupos constituyen el 99.72%

La transmisión del VIH por compartir cepillos de dientes es considerada por el 13.54% de la población rural y el 68.78% de la urbana una vía probable de infección, ambos constituyen el 82.32% total.

El 85.08% considera que las transfusiones son una vía de transmisión del VIH, de ellos el 15.74% pertenece a la zona rural y el 69.34% a la urbana.

El 82.04% de la población considera que el material médico contaminado es una vía probable de infección por VIH; el 13.81% pertenece a usuarios de la zona rural y el 68.23% a la zona urbana.

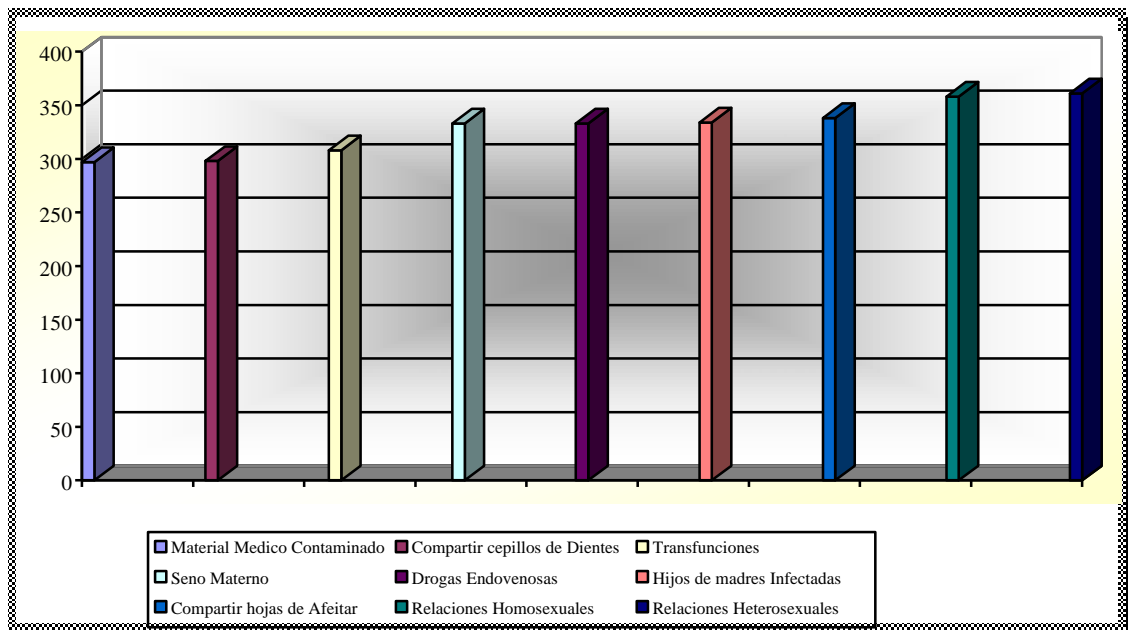
El 14.36% de la población de la zona rural y el 77.62% de la urbana cree que el VIH puede transmitirse mediante el uso de drogas endovenosas, entre ambos constituyen el 91.99%.

El 92.26% de la población total considera que el VIH puede transmitirse a hijos de madre seropositivas; de ellos el 15.74% corresponde a usuarios procedentes de la zona rural y el 75.62% de la urbana.

EL 91.99% de la población considera que el seno materno es una vía de transmisión del VIH; de ellos el 11.32% pertenece a zona rural y el 80.66% a la zona urbana.

GRÁFICO N° 11

¿CREE USTED QUE UNA PERSONA SANA SE PUEDE CONTAGIAR DE VIH/SIDA DE UNA PERSONA INFECTADA, EN ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS



Fuente: Cuadro N° 11

Interpretación

La mayoría de las preguntas fue contestada correctamente, es notable la diferencia al responder entre áreas rural y urbana.

Las respuestas que tuvieron mayor porcentaje fueron la de relaciones homosexuales y heterosexuales. Sin embargo hay un porcentaje mínimo que contestó incorrectamente, pero es una cantidad considerable si se tiene en cuenta que a estas alturas toda la población debería conocer las vías de transmisión del VIH.

CUADRO N° 11 BIS

¿CREE USTED QUE UNA PERSONA SANA SE PUEDE CONTAGIAR DE VIH/SIDA DE UNA PERSONA INFECTADA, EN ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS?

Procedencia	Rural		Urbana		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Pregunta						
Compartir el Inodoro	48	13.26	218	60.22	266	73.48
Besar la Boca	44	12.15	285	78.73	329	90.88
Picaduras de mosquito	46	12.71	291	80.39	337	93.09
Comer del mismo plato de una persona infectada	47	12.98	290	80.11	337	93.09
Exponerse a tos	50	13.81	287	79.28	337	93.09
Consumir alimentos hechos por una persona infectada	49	13.54	293	80.94	342	94.48
Abrazar a una persona infectada	53	14.64	299	82.60	352	97.24
Besar la frente	59	16.30	297	82.04	356	98.34
Estrechar la mano	59	16.30	301	83.15	360	99.45
Hablar muy cerca con una persona infectada	60	16.57	300	82.88	360	99.45

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

En el cuadro número 11 bis expone los resultados sobre las opciones incorrectas acerca de los diversos mecanismos de transmisión del VIH.

Para las respuestas se dividió a la población de acuerdo a su procedencia de área rural y urbana.

Es importante aclarar que solamente se presentan las respuestas (es decir, frecuencia y porcentajes) correctos.

La frecuencia y porcentajes restantes corresponden a los que no respondieron acertadamente y a los que dijeron que no sabían la respuesta, esto se ha hecho con el objetivo de simplificar resultados y aclarar su interpretación.

El 99.45% de la población total considera que estrechar la mano; no es una vía probable de la transmisión del VIH; de ellos el 16.30% de la población total proceden de zona rural y el 82.04% a la urbana.

El 98.34% considera que besar la frente no es una vía probable de transmisión del VIH; el 16.30% de la población total proceden de zona rural y el 82.04% a la urbana.

El 12.15% de la población de la zona rural y el 78.73% de la zona urbana considera que besar en la boca no es una vía de transmisión, entre ambos constituyen el 90.88%.

El compartir el mismo plato que una persona infectada es aceptada por el 12.98% de la población procedente del área rural como una vía no probable de transmitir el virus de inmunodeficiencia humana, completada con el 80.11% de la población urbana; entre los dos grupos forman el 93.09% del total.

El 13.81% de la población total que procede de la zona rural considera que exponerse a una persona tosiendo o estornudando no es una vía probable de infectarse con el VIH; la misma opinión tiene el 79.28% que procede del área urbana; entre los dos constituyen el 93.09%.

El 93.09% de la población total considera que exponerse a picaduras de mosquito no es una vía de infección del VIH; el 12.71% pertenece a la zona rural y el 80.39% a la urbana.

El 92.74% de la población total considera que abrazar a una persona infectada con el VIH o con SIDA, no es una vía de transmisión del VIH; el 14.64% pertenece a usuarios procedentes de áreas rurales y el 82.60% a usuarios de zonas urbanas.

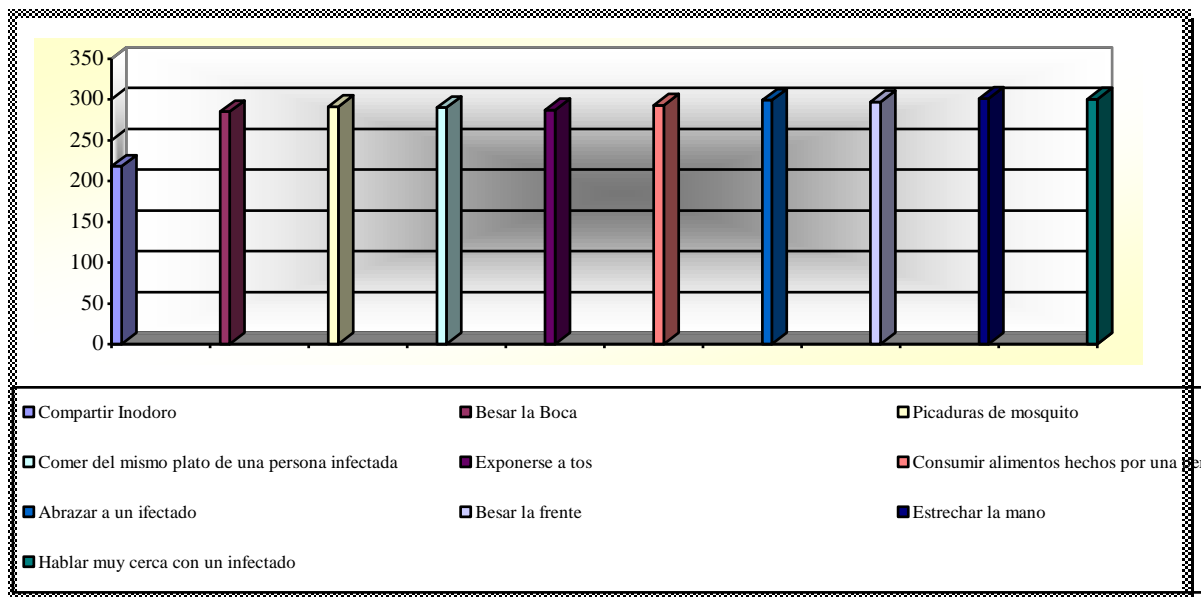
El 73.48% total de usuarios creen que compartir el inodoro con una persona infectada de VIH, no es una vía probable de transmisión, esto se divide en 13.26% perteneciente a pobladores de zona rural y el 60.22% de zona urbana.

El 94.48% de la población total confía en que consumir alimentos preparados por una persona infectada, no es una vía de transmisión del VIH; el 13.54% pertenece a la zona rural y el 80.94% a la urbana.

El 99.45% de la población total considera que hablar muy cerca con una persona infectada de VIH, no es una vía probable; el 16.57% pertenece a la población rural y el 82.88% a la urbana.

CUADRO N° 11 BIS

¿CREE USTED QUE UNA PERSONA SANA SE PUEDE CONTAGIAR DE VIH/SIDA DE UNA PERSONA INFECTADA, EN ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS?



Fuente: Cuadro N° 11 bis

Interpretación

En el cuadro anterior se enlistan una serie de situaciones que se han comprobado científicamente que no son vías de transmisión del VIH, las cuales podrían llamarse mitos y/o creencias del VIH.

Al formularsele a la población estas interrogantes, se pretendía conocer en que porcentaje están presentes estas creencias.

Puede observarse que todas las preguntas fueron respondidas en su mayoría de manera correcta; a excepción de la pregunta si compartir el inodoro con una persona infectada de VIH/SIDA es una vía probable de infección, donde hay un porcentaje considerable de que cree que si lo es .Las respuestas correctas, son mayores en porcentajes de la población procedentes de zonas urbanas que de las rurales.

CUADRO N° 12

¿CREE USTED QUE PUEDE SER INFECTADO POR EL VIRUS DEL VIH?

Procedencia	Rural		Urbana		Total	
Opción	Fr	%	Fr	%	Fr	%
No sabe	4	6.56	10	3.32	14	3.88
NO	12	19.67	19	6.31	31	8.56
Si	45	73.77	272	90.36	317	87.57
Total	61	100	301	100	362	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

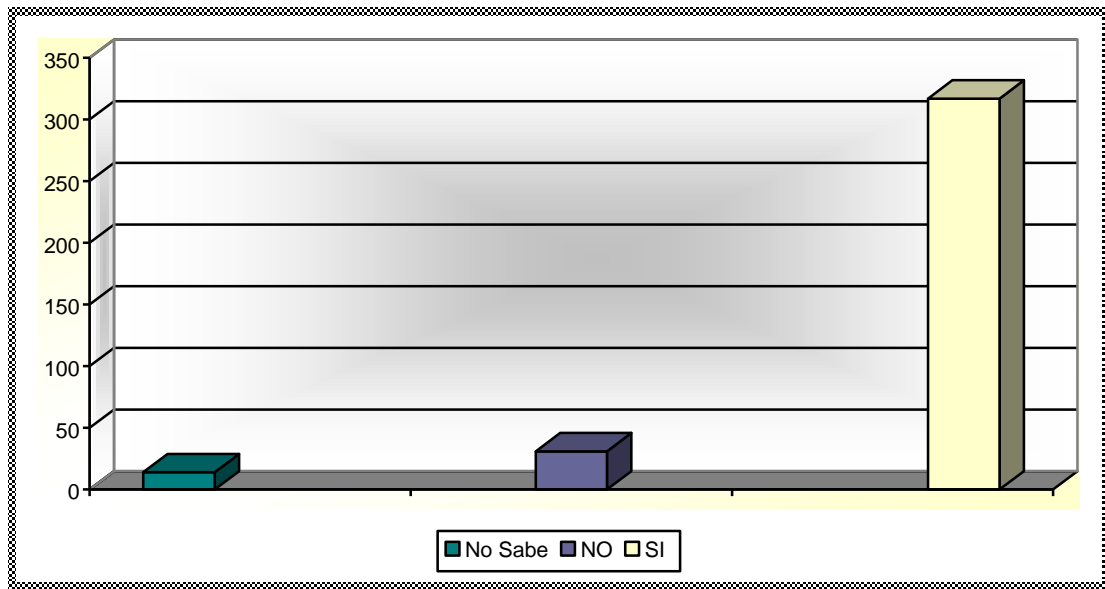
De acuerdo a los resultados obtenidos al realizar la interrogante anterior, a la población rural (73.77%) está de acuerdo en que puede ser infectado por el VIH; el 19.67% considera que no y el 6.56% no sabe.

De la población rural; el 90.36% considera que si es probable que se infecte con el VIH; el 6.31% cree que no y el 3.32% no sabe.

Sumando los porcentajes, el 87.57% cree que está expuesto a infectarse con el VIH; el 8.56% que no y el 3.38% no sabe.

GRÁFICO N° 12

¿CREE USTED QUE PUEDE SER INFECTADO POR EL VIRUS DEL VIH?



Fuente: Cuadro N° 12

Interpretación

La interrogante que se ha planteado, evalúa el grado de conocimiento que poseen los usuarios de la población en estudio, al creer que pueden ser infectados por el VIH. La mayoría de la población lo considera así, el resto lo niega o lo ignora. La tendencia a negarlo o ignorarlo se observa un poco más en el área rural, y aunque la diferencia con el área urbana no es tan marcada, se puede deducir que en ambos grupos todavía hay habitantes que necesitan saber que realmente todos estamos expuestos al contagio por el VIH, principalmente si lo que impera en la persona es la ignorancia hacia enfermedades como el SIDA.

CUADRO N° 13

¿CONSIDERA QUE A MAYOR NÚMERO DE RELACIONES SEXUALES CON OTRAS PERSONAS, MAYOR RIESGO DE INFECCIÓN?

Procedencia	Rural		Urbana		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
No sabe	2	3.28	22	7.31	24	6.63
NO	5	8.20	12	3.99	17	4.70
Si	54	88.52	267	88.70	321	88.67
Total	61	100	301	100.	362	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

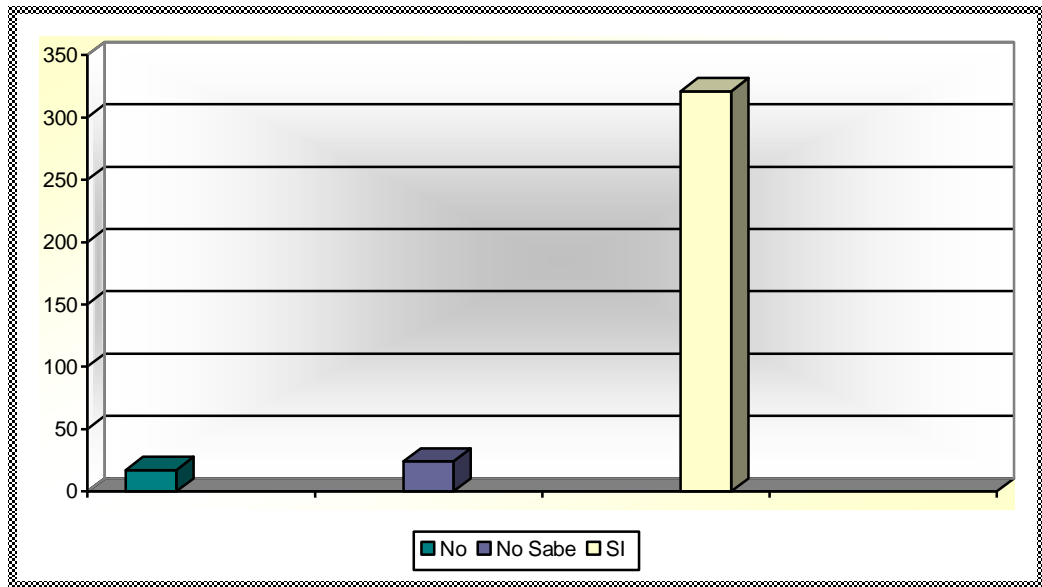
De la población del área rural el 88.52% cree que a mayor número de relaciones sexuales con otras personas existe mayor riesgo de infección por el VIH. El 8.20% cree que no y el 3.28% respondió no saber.

De la población del área urbana, el 88.70% respondió afirmativamente, el 3.99% dijo que no y el 7.31% manifestó no saber la respuesta correcta.

Sumando ambas poblaciones, se extrae el 88.67% respondió afirmativamente; el 4.70% negaron que fuese cierto el enunciado y el 7.31% dijo no saber la respuesta.

GRÁFICO N° 13

¿CONSIDERA QUE A MAYOR NÚMERO DE RELACIONES SEXUALES CON OTRAS PERSONAS, MAYOR RIESGO DE INFECCIÓN?



Fuente. Cuadro N° 13

Interpretación

Se sabe que a mayor número de relaciones sexuales con otras personas (promiscuidad), existe un mayor riesgo de adquirir el VIH. La mayoría de la población respondió acertadamente, manteniéndose de manera equitativa para las dos zonas.

Sin embargo un porcentaje considerable de la población no lo cree así o no sabe cual es la respuesta correcta, esto conlleva a interpretar que hay un déficit de conocimiento sobre la promiscuidad y las consecuencias clínicas que esto implica, sobre todo en relación con la infección por VIH/SIDA.

CUADRO N° 14

¿EL SIDA ES EXCLUSIVO DE PERSONAS HOMOSEXUALES?

Respuesta	Rural		Urbana		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
No sabe	5	8.20	6	1.99	11	3.04
Si	6	9.84	13	4.32	19	5.25
NO	50	81.96	282	93.69	332	91.71
Total	61	100	301	100	362	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

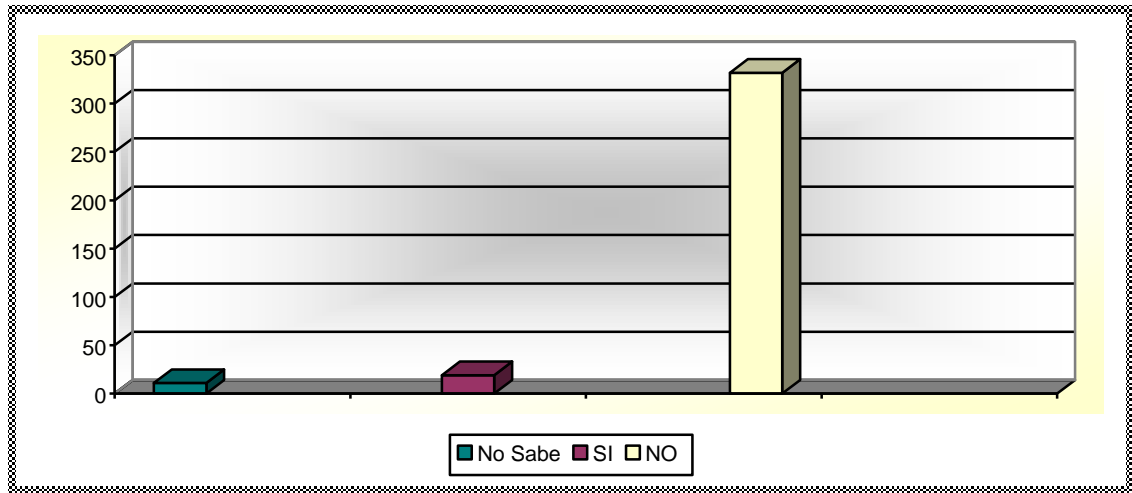
De los datos obtenidos, los y las encuestadas del área rural que consultaron en las diferentes unidades de salud el 9.84% expresa que el SIDA es exclusivo de personas homosexuales, el 81.96 % refiere que no, y el 8.20 % no sabía si el SIDA es exclusivo de personas homosexuales.

Del área urbana el 4.32% acusa que si es exclusivo de personas homosexuales, mientras que el 93.69% dijo que no y solamente el 1.99% refería no saber tal cuestión.

El total de los encuestados, el 5.25% aduce que si, el 91.71% que no y el 3.04% dice no saber si es o no exclusivo el SIDA de personas homosexuales.

GRÁFICO N° 14

¿EL SIDA ES EXCLUSIVO DE PERSONAS HOMOSEXUALES?



Fuente: Cuadro N° 14

Interpretación

Se evidencia que un pequeño porcentaje de la población no cree que el SIDA es exclusivo de personas homosexuales; en el área rural se duplica la población sobre la urbana que considera que SI es exclusivo.

Por lo tanto se reconoce que en el área rural existe mayor ignorancia sobre las vías de transmisión y se deduce hasta un desprestigio para las personas homosexuales tan solo por su orientación sexual; además de que dejan al descubierto otra vía más frecuente de transmisión, como lo son las relaciones heterosexuales, al no tomar las medidas preventivas respecto al caso y exponiéndose a un riesgo latente y no considerada por ellos.

CUADRO N° 15

¿SE PUEDE SABER SI UNA PERSONA ESTÀ INFECTADA CON EL VIRUS DEL SIDA POR SU ASPECTO?

Procedencia	Rural		Urbana		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
No sabe	21	34.43	3	0.99	24	6.63
Si	15	24.59	142	47.18	157	43.37
NO	25	40.98	156	51.83	181	50.00
Total	61	100	301	100	362	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

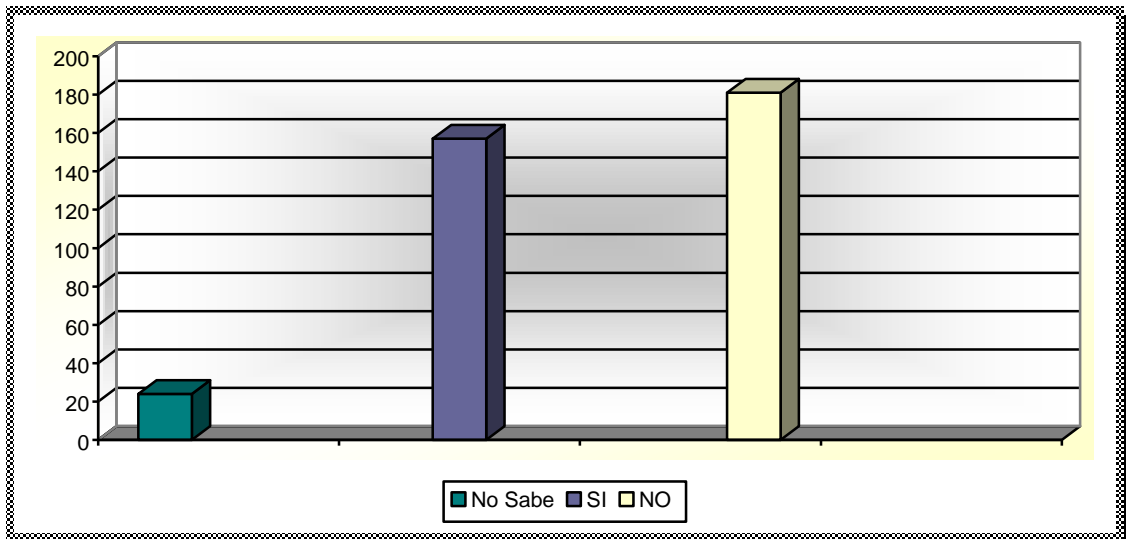
Del total de la población encuestada, el 43.37% cree que la infección por el virus del SIDA puede notarse por el aspecto físico, el 50.00% dice que no y el 6.63% refiere no saber.

Al distribuir los resultados, según el área de procedencia, se observa que el 24.59% contestó afirmativamente, el 40.98% respondió que no y el 34.43% dijeron no saber la respuesta.

Del área urbana, el 47.18% respondió que si, el 51.83% que no y el 0.99% restante que no sabía.

GRÁFICO N° 15

¿SE PUEDE SABER SI UNA PERSONA ESTÀ INFECTADA CON EL VIRUS DEL SIDA POR SU ASPECTO?



Fuente: Cuadro N° 15

Interpretación

Exactamente la mitad de la población sabe que el SIDA no se puede determinar por el aspecto físico de una persona.

Sin embargo, es preocupante que la mitad de la población aún no sepa la verdad, que el SIDA o mucho menos la infección por VIH no puede ser diagnosticada o determinada por las características físicas de un individuo.

Este elemento de ignorancia, puede llevar a que la población tenga la idea equivocada de que las personas con las que tienen relaciones sexuales no están infectadas tan solo por su aspecto aparentemente saludable y además conlleva cierta predisposición de menosprecio a las personas infectadas o enfermas.

CUADRO N° 16

¿CREE USTED QUE UNA PERSONA PUEDE CONTAGIAR A OTRA CON EL VIRUS DEL SIDA, AUNQUE NO TENGA SIGNOS O SÌNTOMAS?

Procedencia	Rural		Urbana		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
No sabe	1	1.64	5	1.6	6	1.66
NO	36	59.02	117	38.87	153	42.26
Si	24	39.34	179	59.47	203	56.08
Total	61	100	301	100	362	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

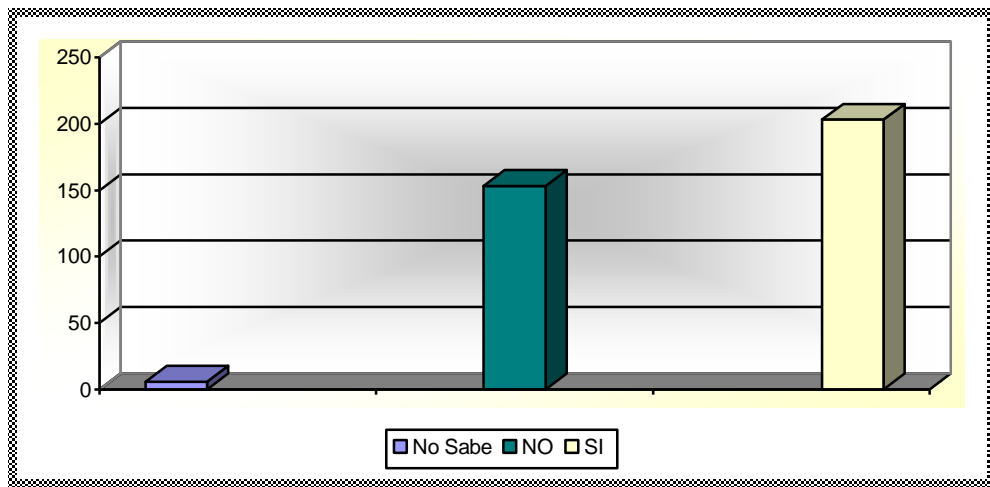
De la población que participó en la investigación, el 56.08% respondió afirmativamente a la interrogante, el 42.26% respondió que no y el 1.66% no sabe.

Al distribuirlos por áreas, el 39.34% de la población del área rural respondió afirmativamente, el 59.02% contestó que no y el 1.64% que no sabe.

De la población del área urbana, el 59.47% respondió que si, el 38.87% que no y el 1.66% que no sabe la respuesta

GRÁFICO N° 16

¿CREE USTED QUE UNA PERSONA PUEDE CONTAGIAR A OTRA CON EL VIRUS DEL SIDA, AUNQUE NO TENGA SIGNOS O SÌNTOMAS?



Fuente: Cuadro N° 16

Interpretación

La mayoría de la población encuestada cree acertadamente que una persona infectada con el virus del VIH puede transmitirlo a otra persona aunque la primera no tenga sintomatología; un mayor porcentaje de jóvenes del área urbana contestaron correctamente.

Es notable que aún exista una buena parte de la población que desconoce que dentro de las etapas de la enfermedad, existe un período asintomático, y que aún este período el VIH puede ser transmitido de igual manera.

Se abre entonces la posibilidad y muy amplia, que existan relaciones sexuales entre personas que se consideren sanas por su aspecto, reforzando la conclusión obtenida de la interrogante anterior.

CUADRO N° 17

¿ALGUNA VEZ SUS PADRES LE HABLARON DEL SIDA?

Procedencia	Rural		Urbana		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
No sabe	0	0	2	0.66	2	0.55
Si	4	6.56	27	8.97	31	8.56
NO	57	93.44	272	90.36	329	90.88
Total	61	100	301	100	362	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

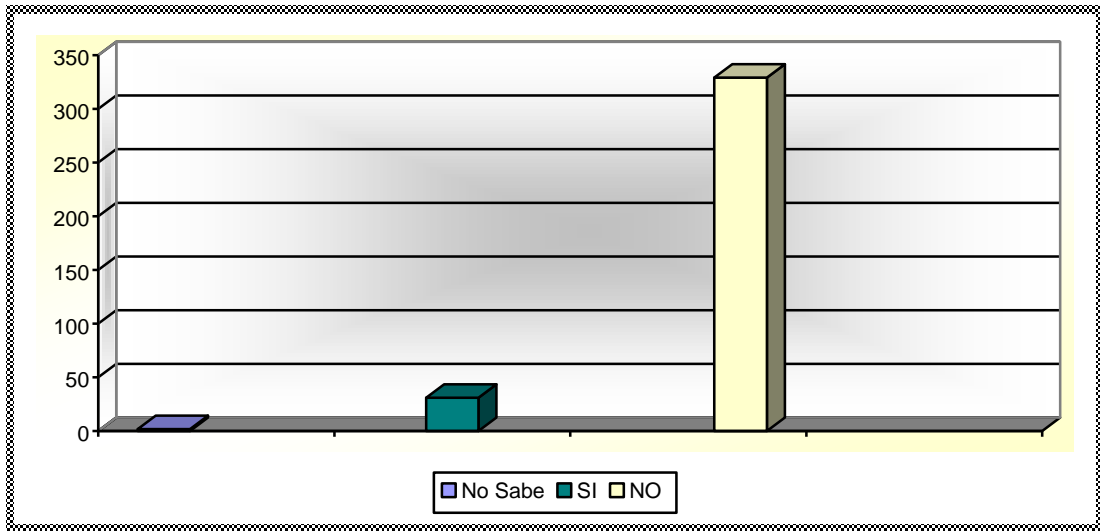
De la población total, el 90.88% respondió que nunca sus padres se acercaron o tomaron la iniciativa de hablar acerca de la enfermedad, el 8.56% refiere que si y el 0.55% que no sabe o no recuerda.

En el área rural el 93.44% dijo que no, el 6.56% dijo que si y el 0.0% dijo no saber.

Del área urbana, el 90.36% respondió que sus padres nunca le hablaron de SIDA, el 8.97% dijo que si y el 0.66% refiere no saber.

GRÁFICO N° 17

¿ALGUNA VEZ SUS PADRES LE HABLARON DEL SIDA?



Fuente: Cuadro N° 17

Interpretación

La mayoría de los padres encuestados refieren que no se han acercado a sus hijos a hablarle de SIDA, quizá porque sus hijos aun estén muy pequeños y no comprendan el tema o porque no tengan suficientes elementos de conocimiento sobre el SIDA o simplemente tengan desinterés.

Una cuarta parte dice que ha tenido conversación con sus hijos respecto al tema, pero la información que proporcionan queda en tela de duda sobre su calidad, ya que se van desnudando falencias y encontrándose vacíos en que la infección por el VIH no es bien comprendida por todos.

CUADRO N° 18

A LOS QUE TIENEN HIJOS. ¿LES HAN HABLADO SOBRE EL VIH A SUS HIJOS?

	Frecuencia	Porcentaje
SI	48	21.72
No	173	78.28
Total	221	100

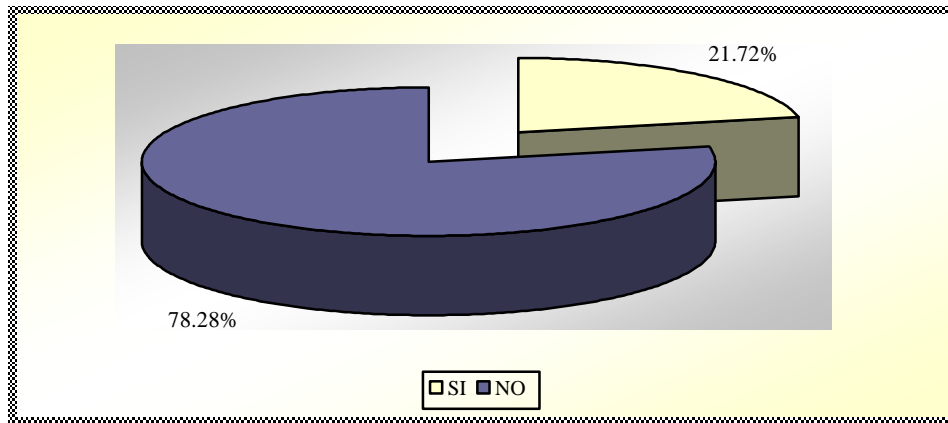
Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

De la población total que tiene hijos que es de 221, el 21.72% refiere que ha hablado con sus hijos acerca del VIH y el 78.28% que no.

GRÁFICO N° 18

A LOS QUE TIENEN HIJOS. ¿LES HAN HABLADO SOBRE EL VIH A SUS HIJOS?



Fuente: Cuadro N° 18

Interpretación

Los resultados de la interrogante anterior son categóricos, la mayoría de la población nunca ha tenido o tuvo un acercamiento y conversación con sus padres sobre el VIH.

Esto sustenta las opiniones de los expertos que los padres deberían jugar un papel importante en transmitir información sobre el VIH y la educación sexual respectiva, pero no lo hacen y esto debe probablemente a que ellos no posean los conocimientos básicos de la enfermedad y que no exista la confianza suficiente para hablar sobre este tema y en algunas familias es considerado un tabú.

El pequeño porcentaje de población que respondió afirmativamente aún no está libre de conjeturas, ya que no puede determinarse que grado de calidad de información es la que intercambiaron con sus padres, quizá ellos consideren lo suficiente para obtener una conciencia acerca de la enfermedad, pero no puede determinarse en este estudio.

CUADRO N° 19

¿CONSIDERA USTED QUE LAS PERSONAS JÓVENES TIENEN MENOR RIESGO QUE LAS MAYORES DE ADQUIRIR EL VIRUS DEL SIDA?

Procedencia	Rural		Urbana		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
No sabe	11	18.03	8	2.66	19	5.25
Si	22	36.06	152	50.50	174	48.07
NO	28	45.90	141	46.84	169	46.68
Total	61	100	301	100	362	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

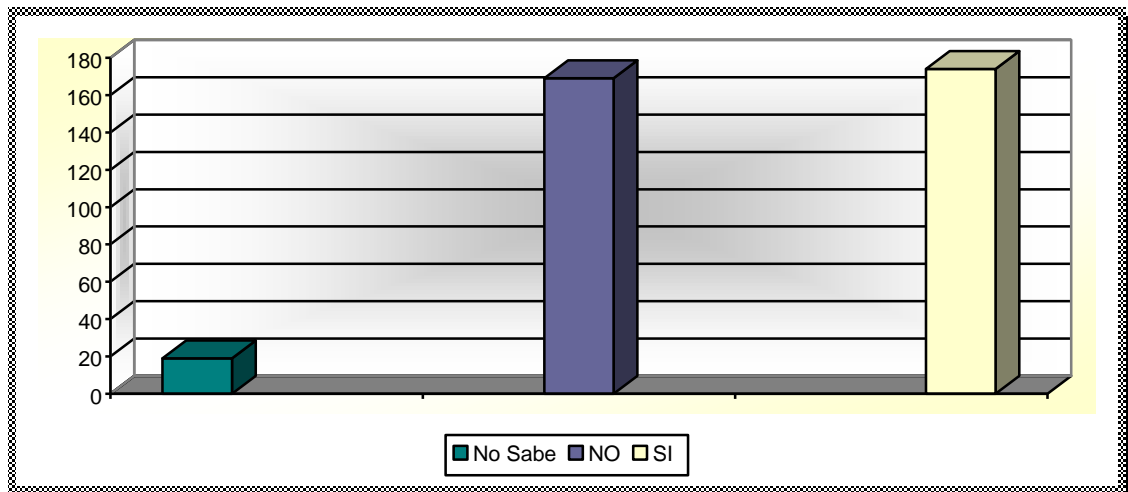
De la población total encuestada, el 48.07% respondió que las personas jóvenes tienen menor riesgo que las mayores de adquirir el virus del SIDA, el 46.68% dijo que no, y el 5.25% refiere no saber.

De la población rural, el 36.06% respondió afirmativamente, el 45.90% que no y el 18.03% que no.

De la población urbana, el 50.50% cree que las personas jóvenes tienen menor riesgo de contagio; el 46.84% dijo que no es así y el 2.66% que no sabe la respuesta

GRÁFICO N° 19

¿CONSIDERA USTED QUE LAS PERSONAS JÓVENES TIENEN MENOR RIESGO QUE LAS MAYORES DE ADQUIRIR EL VIRUS DEL SIDA?



Fuente: Cuadro N° 19

Interpretación

Las personas jóvenes no tienen menor riesgo que las personas mayores de adquirir el VIH, inclusive la vida sexual activa es más frecuente en adultos mayores, sin embargo la edad no es un factor que determine el grado de responsabilidad con el que se deben de tomar las relaciones sexuales.

Casi la mitad de la población contestó correctamente, pero preocupa que una proporción similar opine lo contrario y este porcentaje es vulnerable al contagio del VIH al creer erróneamente que por estar con un joven o una joven estén menos expuestos a adquirir la enfermedad.

CUADRO N° 20

¿DE DÓNDE ESPERARÍA OBTENER LA INFORMACIÓN ADECUADA SOBRE EL VIH/SIDA?

	Frecuencia	Porcentaje
Amigos	12	3.31
Familiares	15	4.14
Centros Educativos	84	23.20
Medios de Comunicación	90	24.86
Personal de Salud	161	44.48
Total	362	100

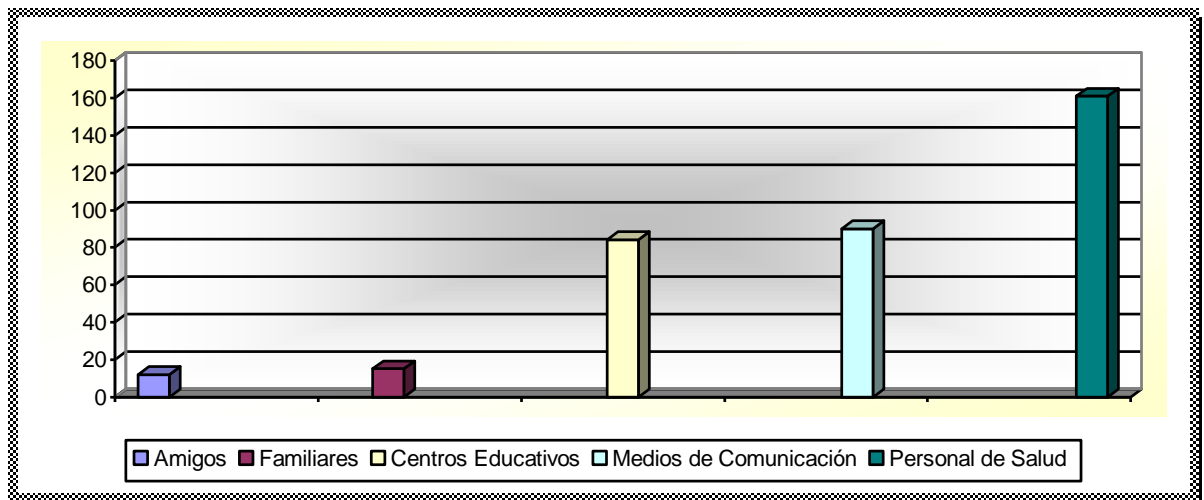
Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

Los resultados sobre la pregunta, acerca de donde esperaría obtener la información adecuada sobre el VIH, el 24.86% dijo que de los medios de comunicación, el 44.48% del personal de salud, el 4.14% de algún familiar, el 3.31% de un amigo(a) y el 23.20% de los centros educativos.

GRÁFICO N° 20

¿DE DÓNDE ESPERARÍA OBTENER LA INFORMACIÓN ADECUADA SOBRE EL VIH/SIDA?



Fuente: Cuadro N° 20

Interpretación

Con los resultados previos, se puede revelar que la población prefiere obtener la información del VIH/SIDA de fuentes como el personal de salud en primer lugar, seguido de los medios de comunicación y en último lugar los amigos.

Cabe destacar que la población encuestada contestó esta interrogante pensando en la fuente más confiable en su opinión y no la que ellos hicieron en primera instancia, ellos esperan que sea el personal de salud que les explique o les hable en la orientación que deben tener sobre esta enfermedad.

CUADRO N° 21

¿EN TU ESCUELA O COLEGIO TE HABLARON SOBRE EL VIH/SIDA?

	Frecuencia	Porcentaje
No	83	23.78
Si	266	76.22
Total	349	100

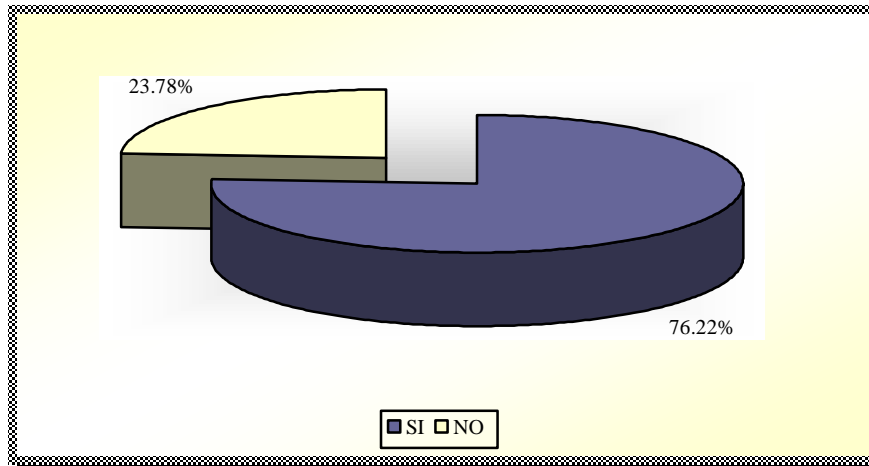
Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

Sobre la interrogante si en el colegio o escuela te hablaron alguna vez de SIDA, el 76.22% respondió que si y el 23.78% que no.

GRÁFICO N° 21

¿EN TU ESCUELA O COLEGIO TE HABLARON SOBRE EL VIH/SIDA?



Fuente: Cuadro N° 21

Interpretación

Para la interrogante anterior, cuando se habla de colegio o escuela, va orientada a todos los usuarios que en algún momento recibieron enseñanza en algún centro educativo, por eso la población total está más reducida (349).

Los resultados muestran que la mayoría de los usuarios ha recibido información sobre el VIH/SIDA en su centro educativo.

Si es así, esto podría justificar que están recibiendo conocimientos erróneos o confusos de parte del personal educativo, esto se presta para que ellos no aclaren completamente sus dudas y estén propensos a caer en situaciones de riesgo de contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, lastimosamente esta información proviene de personas en que los usuarios depositan la confianza.

CUADRO N° 22

¿DE QUÈ FUENTE HA OBTENIDO INFORMACIÒN SOBRE EL VIH/SIDA?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Amigos	19	3.33
Libros	72	12.63
Personal de Salud	84	14.74
Familiares	107	18.77
Medios de Comunicación	129	22.63
Docentes o profesores	159	27.89
Total	570	100

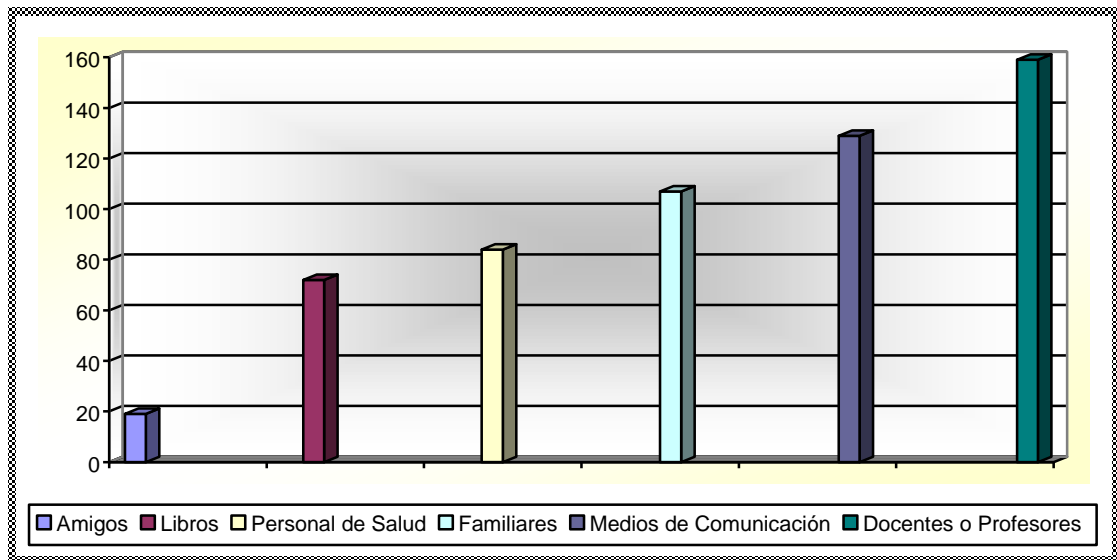
Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

De todos los habitantes encuestados, el 18.77% refiere que obtuvo información sobre el VIH/SIDA, el 22.63% de los medios de comunicación, el 12.63% de los libros, el 27.89% de los docentes o profesores, el 14.74% del personal de salud y el 3.33% de los amigos. Todos ellos conforman un 100%.

GRÁFICO N° 22

¿DE QUÈ FUENTE HA OBTENIDO INFORMACIÒN SOBRE EL VIH/SIDA?



Fuente: Cuadro N° 22

Interpretación

Al observar los resultados anteriores la mayoría de la población ha obtenido información sobre VIH/SIDA de sus docentes o profesores.

Esto no concuerda con los resultados obtenidos de la interrogante número 21 donde esperaban información oportuna del personal de salud.

Para esta interrogante, no se pedía que se limitaran a contestar una opción, por eso no concuerda el número de respuestas con el total de la población seleccionada para esta investigación.

En segundo lugar, los medios de comunicación es considerada como una fuente de información sobre esta enfermedad y en tercer lugar los familiares.

Es destacable que las amistades son consideradas por una pequeña parte como una fuente de información frecuente y ávida.

CUADRO N° 23

DE LA PREGUNTA ANTERIOR. ¿CUÁL HA SIDO LA FUENTE MÁS CONFIABLE EN SU OPCIÓN ELEGIDA?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Amigos	5	1.38
Libros	32	8.84
Familiares	34	9.39
Medios de Comunicación	63	17.40
Docentes o profesores	78	21.55
Personal de Salud	150	41.44
Total	362	100

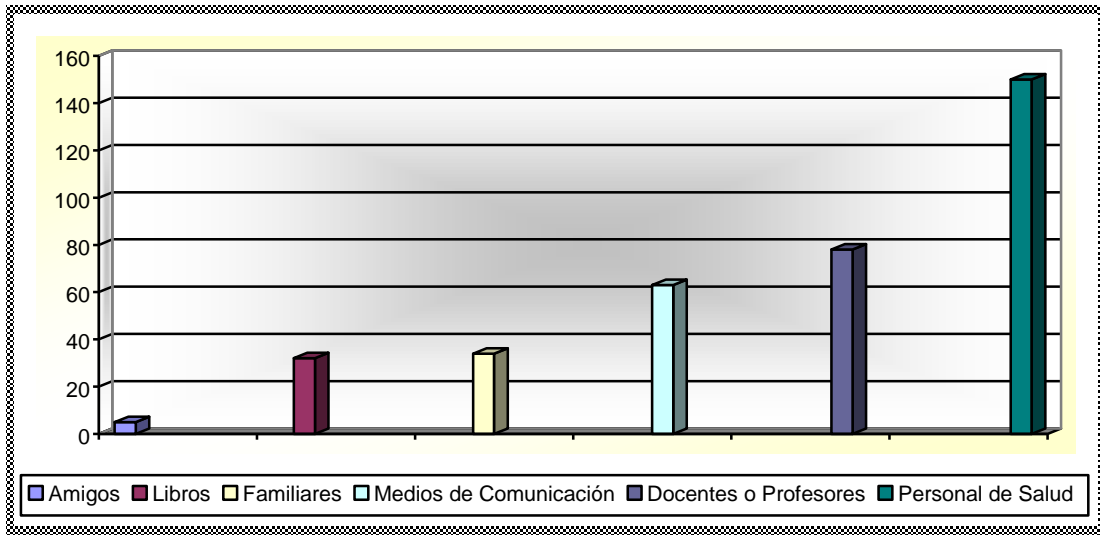
Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

Al indagar en los y las habitantes sobre la fuente más confiable de las que han recibido información, el 9.39% creen que son sus familiares, el 17.40% los medios de comunicación, el 8.84% los libros de texto, 21.55% los docentes o profesores, el 41.44% por parte de miembros del personal de salud, el 1.38% de algún amigo(a).

GRÁFICO N° 23

DE LA PREGUNTA ANTERIOR. ¿CUÁL HA SIDO LA FUENTE MÁS CONFIABLE EN SU OPCIÓN ELEGIDA?



Fuente: Cuadro N° 23

Interpretación

La mayoría de los y las habitantes considera al personal de salud como la fuente más confiable para que les brinde información sobre el VIH/SIDA. Aunque esta no sea la fuente a la que más consulten, según se pudo establecer en las interrogantes anteriores. En segundo lugar se establecieron los docentes o profesores y en tercer lugar los medios de comunicación.

CUADRO N° 24

¿CONOCE ALGÚN TIPO DE DOCUMENTO DE PARTE DEL MINISTERIO DE SALUD QUE LE PERMITA ORIENTARSE Y CONOCER SOBRE EL VIH/SIDA?

	Frecuencia	Porcentaje
SI	15	4.14
NO	347	95.86
Total	362	100

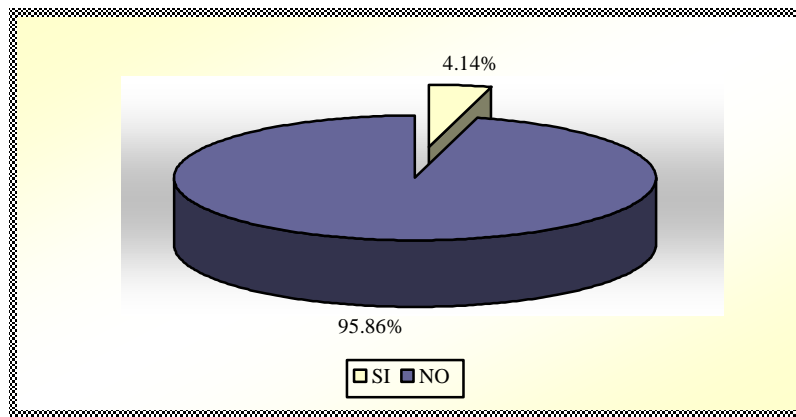
Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

De la pregunta formulada a la población en cuestión, acerca de si conocen algún tipo de documento por parte del Ministerio de Salud que le permita orientarse y conocer sobre el VIH/SIDA, el 95.86% refiere que no y tan solo el 4.14% manifestó que si conoce alguno.

GRÁFICO N° 24

¿CONOCE ALGÚN TIPO DE DOCUMENTO DE PARTE DEL MINISTERIO DE SALUD QUE
LE PERMITA ORIENTARSE Y CONOCER SOBRE EL VIH/SIDA?



Fuente: Cuadro N° 24

Interpretación

Los resultados son categóricos sobre la pregunta anterior, casi la totalidad de la población encuestada desconoce de algún tipo de documento proporcionado por el Ministerio de Salud que tenga información sobre el VIH/SIDA.

Esto es negativo, si se toman en cuenta que existen múltiples documentos en las unidades de salud que toman el tema del SIDA desde varias perspectivas, por ejemplo orientado a la mujer embarazada infectada, a la prevención a través del seno materno, a la enfermedad misma y su sintomatología.

Todo esto es desaprovechado ya que estos documentos no están restringidos para el médico tratante ni para la enfermera asesora, es para la población misma.

CUADRO N° 25

¿CREE USTED QUE LAS PERSONAS CON VIH/SIDA NECESITAN DE UNA LEY QUE PROTEJAN SUS DERECHOS?

	Frecuencia	Porcentaje
No	75	20.72
Si	287	79.28
Total	362	100

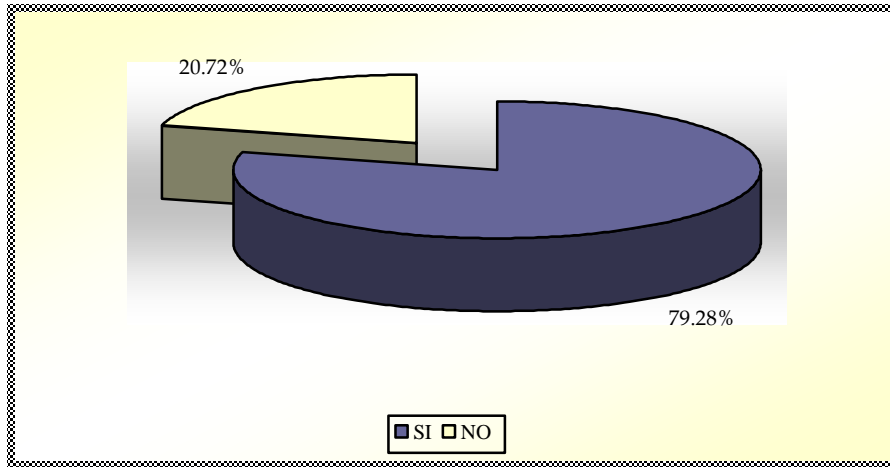
Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

El 79.28% de la población total considera que las personas infectadas por el VIH necesitan de una ley o reglamento que proteja sus derechos como ciudadanos mismos y como seres humanos. El 20.72% opina lo contrario.

GRÁFICO N° 25

**¿CREE USTED QUE LAS PERSONAS CON VIH/SIDA NECESITAN DE UNA LEY QUE
PROTEJAN SUS DERECHOS?**



Fuente: Cuadro N° 25

Interpretación

La mayoría de la población reconoce que las personas infectadas por el VIH necesitan un reglamento o ley que haga valer sus derechos como ciudadanos y seres humanos.

El resto es un porcentaje considerable que por una o varias razones no ve elementos suficientes para otorgarle una protección a la persona infectada.

Es una cantidad considerable la que toma esta posición, debe tomarse como un acto discriminatorio a la población infectada.

CUADRO N° 26

¿CONOCE ALGUNA LEY QUE PROTEJA LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON VIH/SIDA?

	Frecuencia	Porcentaje
SI	4	1.10
NO	358	98.90
Total	362	100

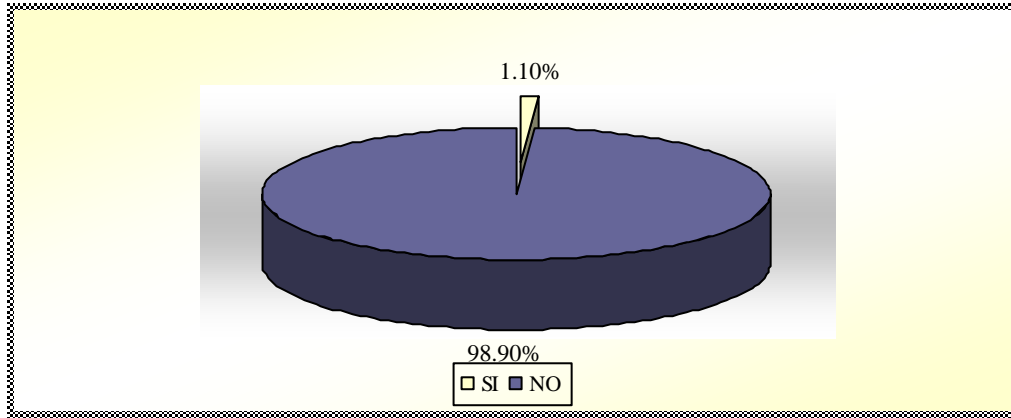
Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

Sobre la interrogante acerca de si conoce algún habitante de la población encuestada algún documento que sea específico sobre la protección de los derechos de las personas con VIH, el 98.90% dice que lo desconoce y el 1.10 % que si conoce algún documento.

GRÁFICO N° 26

¿CONOCE ALGUNA LEY QUE PROTEJA LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON VIH/SIDA?



Fuente: Cuadro N° 26

Interpretación

Aproximadamente la totalidad de la población desconoce de algún documento que ampare los derechos civiles y humanos de una persona infectada por el virus del SIDA, cuando en verdad si lo hay, y precisamente se llama

Es una ínfima parte que conoce este documento, y las 4 personas que respondieron son porque están ligadas a carreras médicas o paramédicas.

CUADRO N° 27

¿EL USO DE PRESERVATIVO DURANTE LA RELACIÓN SEXUAL PREVIENE SIEMPRE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL VIH/SIDA?

Procedencia	Rural		Urbana		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
No sabe	3	4.92	6	1.99	9	2.49
Si	13	21.31	66	21.93	79	21.82
NO	45	73.77	229	76.08	274	75.69
Total	61	100	301	100	362	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

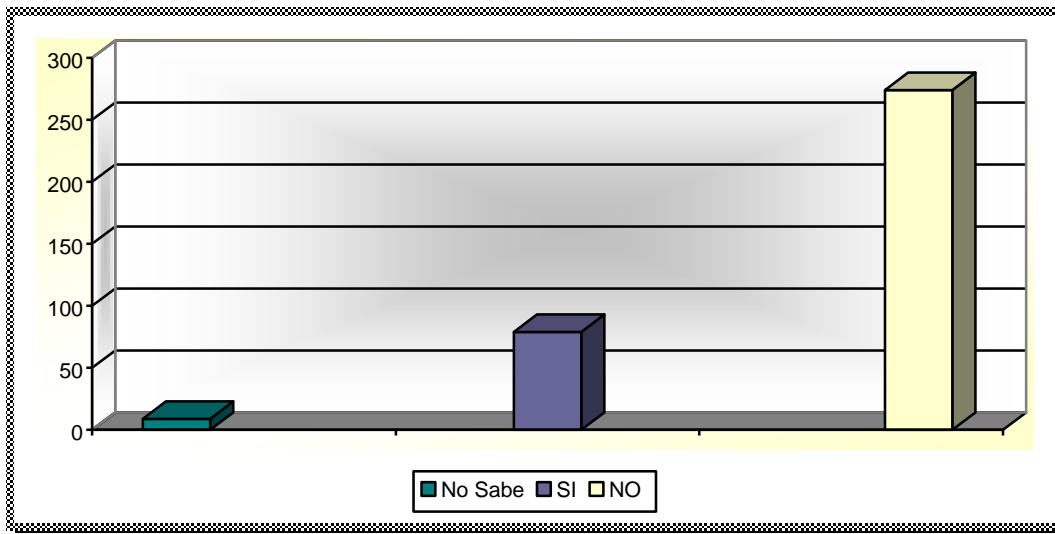
De los datos obtenidos, en el área rural el 21.31% considera que si el preservativo previene de la infección por el VIH, el 73.77% que no y el 4.92% que no sabe.

De los y las encuestadas del área urbana, el 21.93 % dijo que si, el 76.08% que no y el 1.99% que no sabia.

Así se obtiene un total de 21.82% que si, el 75.69% que no y el 2.49% que no sabe si el condón prestaba tal seguridad.

GRÁFICO N° 27

¿EL USO DE PRESERVATIVO DURANTE LA RELACION SEXUAL PREVIENE SIEMPRE LA INFECCION POR EL VIRUS DEL VIH/SIDA?



Fuente: Cuadro N° 27

Interpretación

De estos resultados se pueden interpretar que la mayoría de la población en estudio, un poco más de las tres cuartas partes de los encuestados tiene la percepción correcta que el condón no siempre protege en todas las relaciones sexuales que se tengan, es decir, que no es un método totalmente seguro para prevenir el SIDA.

Una cuarta parte cree que si o no lo sabe, entonces estos últimos encuestados nos hacen suponer que este buen porcentaje de la población le brinda bastante confianza al condón todas las veces que lo utiliza, sin importa con que tipo de personas van a mantener relaciones sexuales.

CUADRO N° 28

EL MÉTODO MÁS EFECTIVO PARA PREVENIR LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL SIDA

Procedencia	Rural		Urbana		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
M. P. F.	4	6.56	6	1.99	10	2.76
Uso de preservativo	12	1.67	49	16.28	61	16.85
No sabe	12	19.67	78	25.91	90	24.86
Fidelidad a la Pareja	15	24.59	82	27.24	97	26.80
Abstinencia Sexual	18	29.51	86	28.57	104	28.73
Total	61	100	301	100	362	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

M. P. F.: Métodos de Planificación Familiar

Análisis

La interrogante anterior se realizó para evaluar el método más efectivo que la población considera más efectivo.

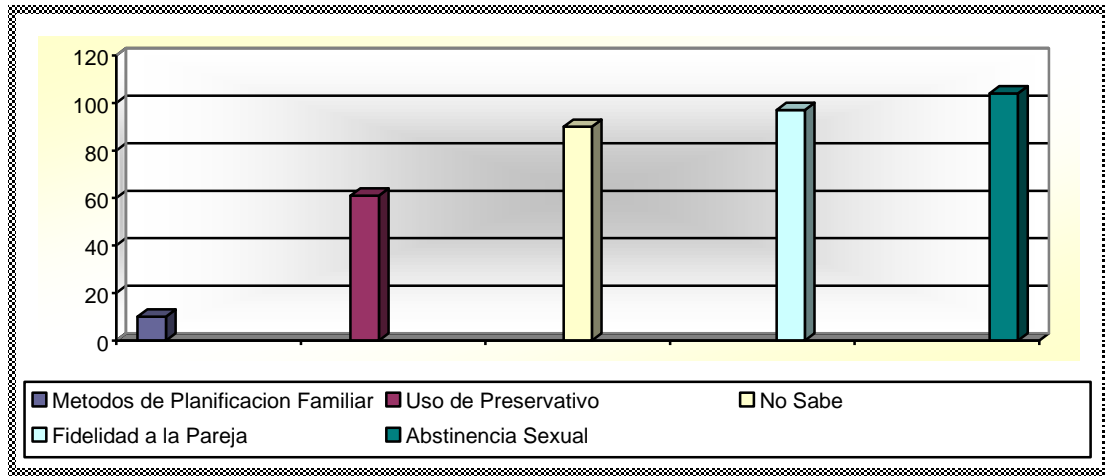
Del área rural, el 19.67% considera que es el uso del preservativo, el 24.59% la fidelidad a la pareja, el 29.51% la abstinencia sexual, el 6.56% que son los métodos de planificación y el 19.67% no sabe la respuesta correcta.

Del área urbana, el 16.28% optaron por el uso del preservativo, el 27.24% por la fidelidad a la pareja, el 28.57% por la abstinencia sexual y el 1.99% por los métodos de planificación sexual y el 25.91 % no sabe.

Sumando ambas poblaciones, el 16.85% confía en el uso del condón, el 26.80% en la fidelidad a la pareja, el 28.73% en la abstinencia sexual, el 2.76% en los métodos de planificación y el 24.86% no sabe la respuesta correcta.

GRÁFICO N° 28

EL MÉTODO MÁS EFECTIVO PARA PREVENIR LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL SIDA



Fuente: Cuadro N° 28

Interpretación

La abstinencia sexual y la fidelidad a la pareja son los métodos más efectivos para la prevención sobre el VIH y, estas dos alternativas son consideradas por la población encuestada como el método más efectivo para la prevención de la infección del virus del SIDA.

De las respuestas dadas el uso de métodos de planificación familiar fue el menos elegido, por lo tanto a esta fracción de la población no le queda claro el uso adecuado y correcto de los métodos de planificación familiar.

Es importante notar que una cuarta parte de la población total no sabe cual es el método adecuado para la prevención del VIH, es un porcentaje considerable y es preocupante que estos usuarios se hayan expuesto o estén por exponerse a la infección del VIH por la vía sexual, ya que no toman en cuenta la alternativa de la abstinencia y la fidelidad como opciones de prevención

CUADRO N° 29

¿EXISTE CURA PARA EL SIDA?

Procedencia	Rural		Urbana		Total	
Respuesta	Fr	%	Fr	%	Fr	%
SI	5	8.20	5	1.66	10	2.76
No sabe	3	4.92	11	3.65	14	3.87
No	53	86.88	285	94.68	338	93.37
Total	61	100	301	100	362	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

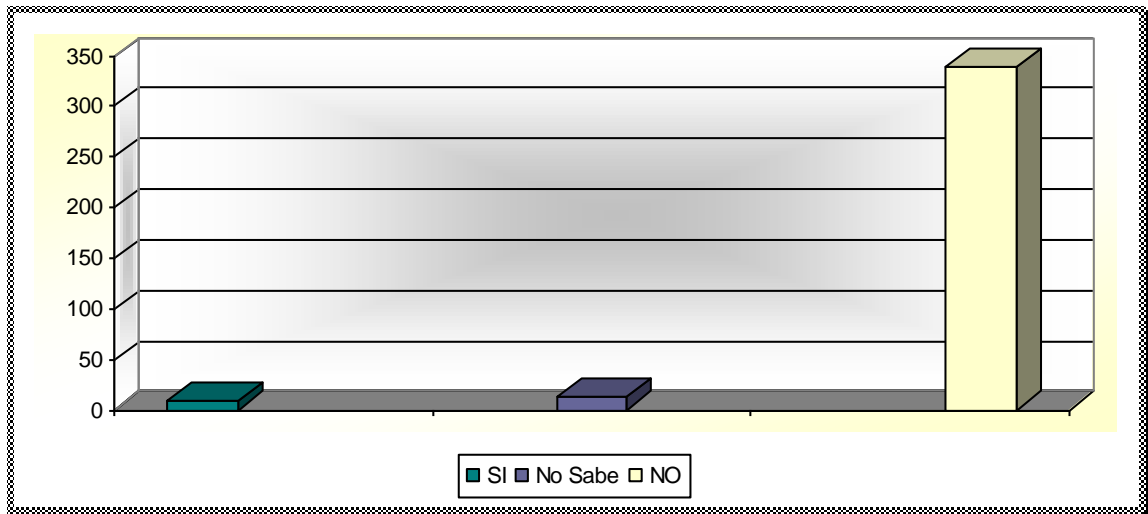
Durante la investigación se logró determinar que el 8.2% de los usuarios del área rural creen que existe cura para el SIDA, el 86.88% respondió que no hay y el 4.92% dijo no saber.

En el área urbana el 1.66% dijo que si existe cura para el SIDA, el 94.68% refiere que no y el 3.65% que no lo sabe.

De los 362 encuestados, el 2.76% respondió afirmativamente, el 93.37% cree que no hay cura y el 3.87% dijo no saber.

GRÁFICO N° 29

¿EXISTE CURA PARA EL SIDA?



Fuente: Cuadro N° 28

Interpretación

Se sabe que al momento no existe cura para el SIDA, y la mayoría de los usuarios que participaron en la investigación lo saben, registrándose el mayor porcentaje en los habitantes que provienen del área urbana; esto puede deberse a la menor prevalencia de mitos y creencias sobre la infección y quizá a la mayor accesibilidad a la información que tengan los usuarios procedentes de las zonas urbanas.

CUADRO N° 30

¿HA TENIDO RELACIONES SEXUALES RECIENTEMENTE?

	Frecuencia	Porcentaje
NO	43	11.88
SI	319	88.12
Total	362	100

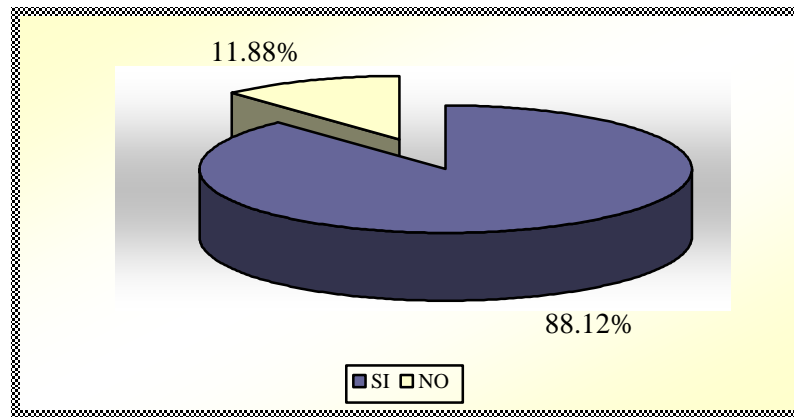
Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

De la población total encuestada, el 88.12% manifiesta haber tenido relaciones sexuales y el 11.88% restante refiere que no lo ha practicado aún

GRÁFICO N° 30

¿HA TENIDO RELACIONES SEXUALES RECIENTEMENTE?



Fuente: Cuadro N° 30

Interpretación

Los resultados son contundentes, la mayoría de la población manifiesta haber tenido al menos un contacto sexual, esto es independientemente de su preferencia sexual, procedencia, edad o número de contactos, con esto se verifica que es mucha la cantidad de usuarios que ha estado expuesta a una de las vías de transmisión más frecuente del VIH, como es la vía sexual.

CUADRO N° 31

**SI SU RESPUESTA FUE SI A LA PREGUNTA ANTERIOR. ¿HA USADO PRESERVATIVO
USTED O SU PAREJA AL TENER RELACIONES SEXUALES?**

	Frecuencia	Porcentaje
SI	22	6.90
En ocasiones	48	15.05
No	249	78.05
Total	319	100

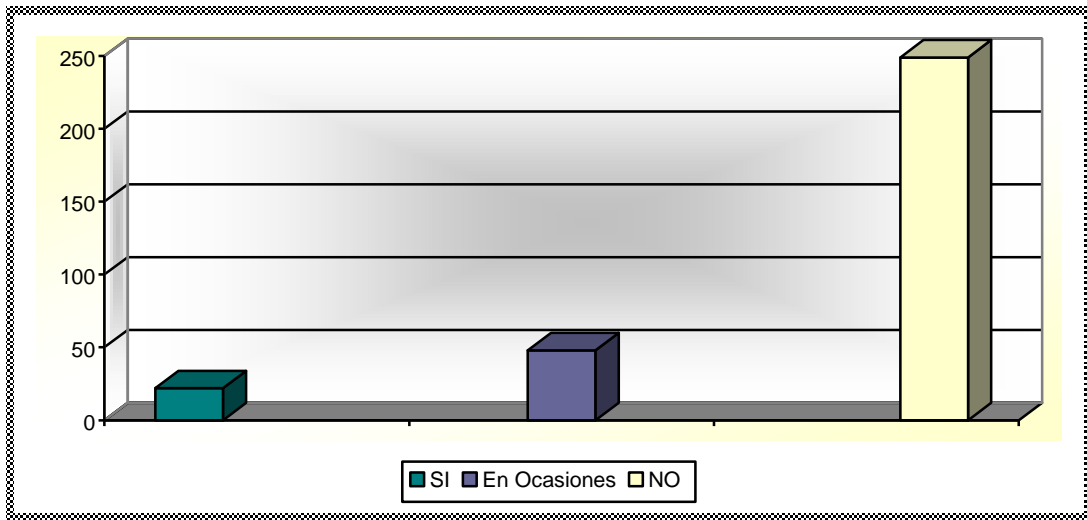
Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

De la población total que contestó que si a la anterior pregunta que fue de 319, el 6.90%% refiere que si ha utilizado preservativo al momento de tener relaciones sexuales y el 78.05% que no y el 15.04% que en ocasiones lo utiliza, pero no de manera permanente.

GRÁFICO N° 31

SI SU RESPUESTA FUE SI A LA PREGUNTA ANTERIOR. ¿HA USADO PRESERVATIVO
USTED O SU PAREJA AL TENER RELACIONES SEXUALES?



Fuente: Cuadro N° 31

Interpretación

La mayor parte de la población que ya inició las relaciones sexuales ha estado expuesta al riesgo de contagio por VIH al no utilizar preservativo o al usarlos solo ocasionalmente, probablemente porque la mayoría de los que tienen relaciones sexuales tengan parejas estables o porque no consideran que la otra persona pudiera estar infectada.

Solamente un pequeño porcentaje de la población encuestada que ya inició sus relaciones sexuales ha utilizado siempre preservativos. Se mantiene la tendencia de que la información que tiene es errónea.

CUADRO N° 32

¿ESTÀ SEGURO DE QUE LAS PERSONAS CON QUE TUVO RELACIONES SEXUALES NO TENÌAN EL VIRUS DEL SIDA?

	Frecuencia	Porcentaje
SI	21	20.69
NO	45	79.31
Total	66	100

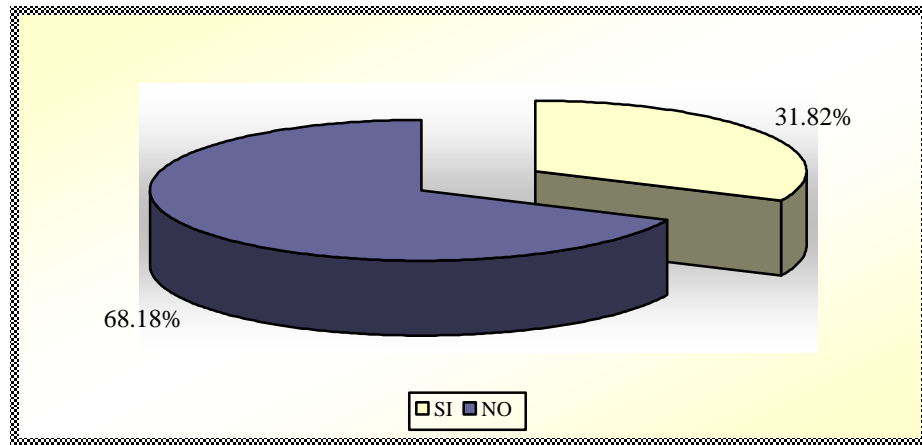
Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

De las 319 personas que contestaron que habían tenido relaciones sexuales al menos una vez, el 20.68% refiere que está seguro que la o las personas con que tuvo relaciones sexuales no tienen el virus del SIDA y el 79.31% que no está seguro.

GRÁFICO N° 32

**¿ESTÀ SEGURO DE QUE LAS PERSONAS CON QUE TUVO RELACIONES SEXUALES NO
TENÌAN EL VIRUS DEL SIDA?**



Fuente: Cuadro N° 32

Interpretación

La mayoría de la población encuestada que ya ha tenido relaciones sexuales, manifiesta que no está seguro si su pareja estaba infectada del VIH al momento del coito.

Aparentemente se basan en las características físicas de otras personas para juzgar o determinar si están sanas o enfermas y corren el riesgo de infectarse.

CUADRO N° 33

¿HA TENIDO RELACIONES CON PERSONAS DE SU MISMO SEXO?

	Frecuencia	Porcentaje
SI	42	13.17
NO	277	86.83
Total	319	100

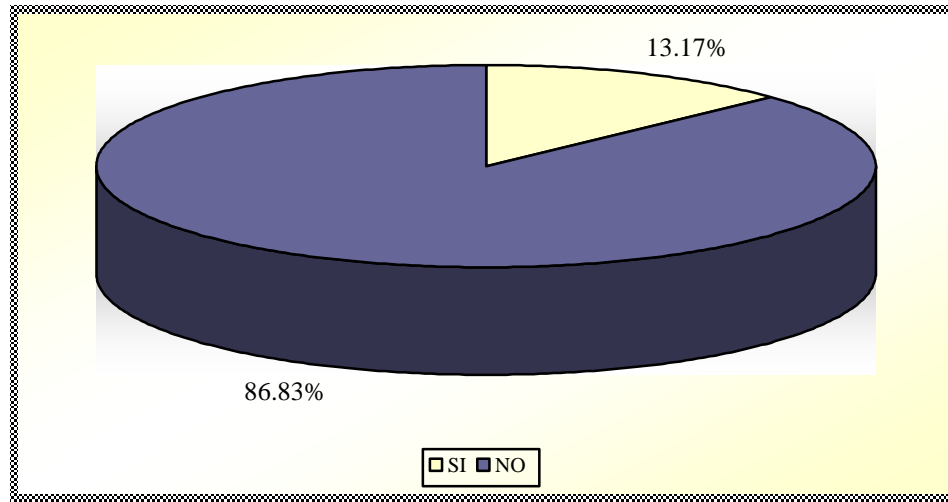
Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

De la población total de personas que afirmaron haber comenzado su vida sexual, el 13.17% manifiesta que si ha tenido relaciones homosexuales y el 86.83% que no.

GRÁFICO N° 33

¿HA TENIDO RELACIONES CON PERSONAS DE SU MISMO SEXO?



Fuente: Cuadro N° 33

Interpretación

El porcentaje de población que ha tenido relación homosexual es escasa y apoya el hecho de que la mayoría de las transmisiones por vía sexual del VIH se da por contactos heterosexuales.

Sin embargo el riesgo de transmisión es por las dos vías, tanto homosexual como heterosexual, y la información sobre el riesgo de transmisión por estas dos vías debe llegar a la población y no pensar que el SIDA es exclusivo de personas homosexuales.

CUADRO N° 34

¿CONOCE A ALGUNA PERSONA QUE TENGA VIH/SIDA?

	Frecuencia	Porcentaje
NO	133	36.74
SI	229	63.26
Total	362	100

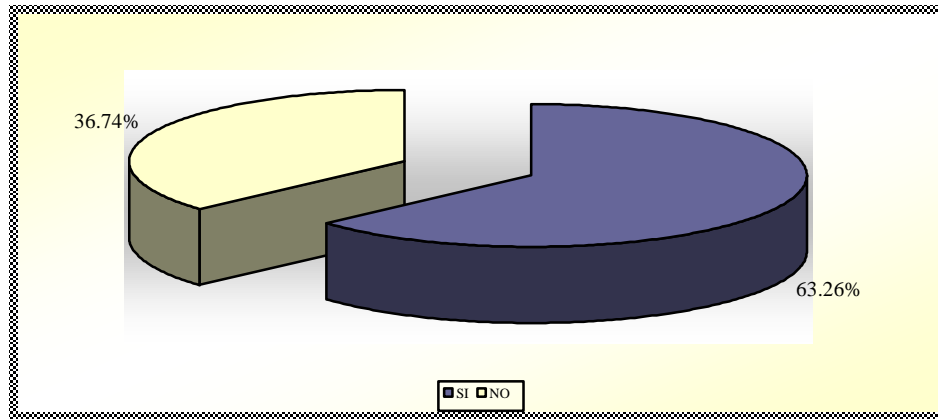
Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis

Sobre la interrogante anterior sobre si los usuarios conocen a alguien con infección por VIH o SIDA, el 63.26% respondió que_SI y el 36.74% que NO conocían a alguien así.

GRÁFICO N° 34

¿CONOCE A ALGUNA PERSONA QUE TENGA VIH/SIDA?



Fuente: Cuadro N° 34

Interpretación

La mayoría de la población ha tenido un contacto quizás no cercano, pero si lo suficiente para formularse una ideación con respecto a este tipo de pacientes al referir conocer a por lo menos una persona infectada con el virus del SIDA.

Un poco más de una cuarta parte refiere lo contrario, esta interrogante se complementará con la posterior que se formule.

CUADRO N° 35

SI SU RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR FUE SI. ¿SABE SI ÈSTA HA SIDO VÌCTIMA DE ALGÙN TIPO DE DISCRIMINACIÒN?

	Frecuencia	Porcentaje
SI	23	10.04
NO	206	89.96
Total	229	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

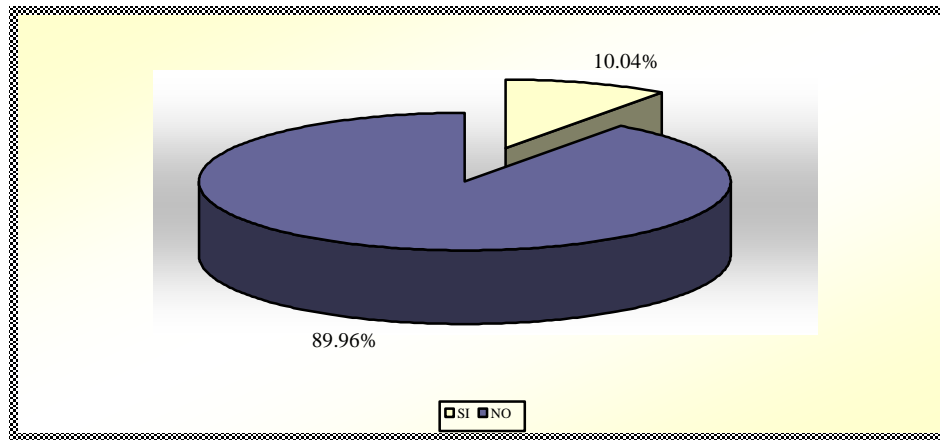
Análisis

Debido a que los que respondieron afirmativamente en la pregunta anterior, fueron un total de 229 usuarios, este número se considerará la población universo.

De este total, el 10.04% respondió que la persona que conoce infectada por el VIH si ha tenido algún tipo de discriminación y el 89.96% restante ignora si estas personas han sufrido algún tipo de discriminación social.

GRÁFICO N° 35

SI SU RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR FUE SI. ¿SABE SI ÉSTA HA SIDO VÌCTIMA DE ALGÙN TIPO DE DISCRIMINACIÒN?



Fuente: Cuadro N° 35

Interpretación

La mayoría de la población ignora si las personas seropositivas que conoce han sufrido algún tipo de discriminación social o de otro tipo.

Las personas que contestaron positivamente, se refieren específicamente a discriminación laboral y social, según ellos refieren la presencia de personas VIH-positivas genera una especie de pavor y curiosidad a la población tan solo con su presencia, obviamente son aspectos infundados por la sociedad, pues se sabe de antemano las vías de transmisión de la enfermedad.

5.2 Prueba de Hipótesis.

Hipótesis Específica N° 1

Hi1: Los usuarios entre 20-39 años de edad atendidos en la Unidad de Salud de la Colonia San Carlos tienen prejuicios y mitos sobre el VIH/SIDA.

La hipótesis planteada se comprueba debido que los usuarios aun no conocen a cabalidad las vías de transmisión de la enfermedad, cuando se les cuestionó sobre vías probables de transmisión del VIH/SIDA y las opciones de respuesta que se les habían dado eran incorrectas, el 93.26% de la población entrevistada respondió lo contrario.

Además, casi la mitad de la población (43.47%) considera que se puede notar que una persona está infectada del virus del VIH tan solo por su aspecto físico.

Por otra parte se les cuestionó al final sobre si conocían a alguna persona que padeciera de esta enfermedad el 63.26% dijo que sí y de ese porcentaje que respondió afirmativamente, un 10.04% aseguró que dicha persona había sido víctima de algún tipo de discriminación.

Hipótesis Específica N° 2

Hi2: La accesibilidad por parte de los usuarios/as a la Unidad de Salud de la colonia San Carlos favorece un conocimiento adecuado sobre el VIH/SIDA.

La población de los participantes de la entrevista, está dividida de acuerdo a su procedencia en un 83.15% del área urbana y un 16.85% del área rural. Tomando en cuenta que la población en general considera que la fuente de donde ha obtenido información sobre el VIH/SIDA han sido a través de los profesores y docentes y dejan

como cuarta opción el personal de salud con un 14.74% y a pesar de que están conscientes que los docentes no son los medios ideales para informarse sobre la enfermedad (21.55%) sino el personal médico y paramédico (41.44%). Esto demuestra que si la población tuviera una mejor facilitación, -ya sea por medios de transporte o condiciones económicas favorecedoras, entre otras-, para acceder a la unidad de salud tendría mejores oportunidades de conocer de manera más adecuada sobre muchas enfermedades, incluyendo las de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

Hipótesis Específica N° 3

Hi3: La obtención de un mejor nivel educativo determina un mayor grado de conocimiento sobre el VIH/SIDA.

Para demostrar esta hipótesis hay que tomar en cuenta varios aspectos, en primer lugar se debe recordar que el 96.4% de la población encuestada sabe leer y escribir. Un grupo pequeño de los usuarios entrevistados realiza estudios superiores, un 4.42% y una buena cantidad se encuentra realizando estudios de bachillerato un 46.68% que sumado al grupo anterior conforman un 51.1% más de la mitad de la población, sin embargo ante la pregunta de que contestara correctamente el significado de la palabra SIDA tan solo un 38.33% lo hizo de manera acertada e incluía respuestas de personas algunas con estudios inferiores y otras sin estudios escolares, demuestra que en tan solo esa interrogante aparentemente sencilla casi la mitad no contestó bien.

Además no solo se trata de que la población sepa sobre el SIDA, sino que se concientice sobre la enfermedad y se puede demostrar en las prácticas de riesgo, un 68.18%

respondió que no sabía si las personas con las que había tenido relaciones sexuales estaba infectada de el virus del SIDA. Incluyendo respuestas de estudiantes universitarios de ingeniería, enfermería y derecho. Por lo tanto la obtención de un mejor nivel educativo no determina un mejor conocimiento sobre el VIH/SIDA ni lo exime de ser infectado.

CAPITULO 6
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- 1) Los factores que limitan el conocimiento de la infección por VIH/SIDA en usuarios y usuarias de 20 a 39 años de edad, sexualmente activos que consultaron a la Unidad de Salud de la colonia San Carlos son: información inapropiada por parte de instituciones educativas competentes, medios de comunicación y la falta de interés personal por la búsqueda de la información acerca de la enfermedad con el fin de la auto prevención.

- 2) Los usuarios y las usuarias de 20 a 39 años que participaron en la investigación poseen conocimientos erróneos, mitos y prejuicios sobre el VIH/SIDA.

- 3) La accesibilidad al servicio de salud favorece el conocimiento adecuado sobre el VIH.

- 4) El nivel educativo de los usuarios del área urbana facilita un mejor conocimiento sobre el VIH/SIDA, con respecto a los usuarios que viven en la zona rural.

5) Las tres fuentes más importantes de las que los usuarios han recibido información sobre el VIH/SIDA son en orden descendente: los docentes o profesores, los medios de comunicación y los miembros de su familia.

6) Existe un mejor conocimiento sobre el VIH/SIDA en usuarios del género femenino que en los del género masculino.

7) El personal de salud no juega un papel importante en la información adecuada, constante y actualizada sobre la infección por el VIH y los pacientes con caso SIDA.

6.2 RECOMENDACIONES

Ya conocidas las diferentes conclusiones del presente trabajo de investigación acerca de los factores que limitan el conocimiento sobre el VIH/SIDA en los usuarios entre 20-39 años sexualmente activos atendidos en la Unidad de Salud San Carlos de San Miguel, el cual se llevó a cabo entre julio y septiembre de 2006, se proponen las siguientes recomendaciones :

Al Gobierno de El Salvador:

1. Es necesario que el presupuesto asignado al sector salud y educación se enfoque en la prevención de la transmisión del VIH a través de programas de indagación y orientación implementados en los centros educativos y de salud del país de una forma más consistente y constante.
2. Que el Gobierno de El Salvador destine recursos y un presupuesto adecuado a las Universidades de El Salvador, para que optimice la calidad científica y humanitaria en la formación de los profesionales de la salud y que formen parte activa en campañas preventivas del SIDA así mismo estimular la investigación en esta área en los futuros profesionales.

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

1. Coordinar de manera clara, eficaz y continua la difusión de folletos y panfletos con información relacionada sobre la orientación y prevención del SIDA en la población de todo el país.
2. Que el MSPAS trabaje en coordinación con el MINED en crear y mantener una capacitación permanente sobre el tema a los docentes de las diversas instituciones públicas y privadas del país.

Al Sistema Básico de Salud Integral de San Miguel

1. Como niveles locales de salud estar conscientes de la ignorancia en que se encuentran los usuarios en relación a los mecanismos de transmisión y prevención del VIH, para que sean estos responsables de llevar a cabo políticas propuestas por el Ministerio de Salud para eliminar el desconocimiento, mitos y tabúes que existe sobre este tema en la población.
2. Mayor coordinación con el primer nivel de atención y mayor asignación de recursos humanos y materiales, para lograr un acercamiento comunitario.

.A la Unidad de Salud San Carlos de San Miguel:

1. Capacitar constante y continuamente sobre el tema a todo el personal de salud, para que brinden la orientación y prevención del SIDA a los y las usuarias que consulten o no a la unidad de salud a través de acercamientos más frecuentes a la comunidad.
2. Trabajar con grupos de adolescentes de cada unidad de salud dentro de los programas de atención a ellos, para que reciban información y educación constante sobre enfermedades de transmisión sexual, haciendo especial énfasis en el VIH/SIDA, y de esta forma capacitarlos para su prevención y que sean difusores de esta información a otras personas.

Al Ministerio de Educación:

1. Que exista una coordinación permanente con el Ministerio de Salud para la capacitación del personal que labora en estas instituciones en materia preventiva y curativa, no solo para el tema del VIH/SIDA sino para muchas otras enfermedades de transmisión sexual, partiendo de que son ellos los que más acercamiento tienen con los alumnos y el que más información ha brindado sobre este tema según lo demuestra este estudio.

A la Universidad de El Salvador

1. Continuar trabajando, con los profesionales de la salud, para optar siempre por la prevención de la infección por el VIH, por medio de la capacitación de estudiantes en formación del área de la salud o carreras afines en sus contactos con la comunidad.
2. Gestionar la coordinación con el Ministerio de Salud y Educación en forma temprana y oportuna, desde el inicio de la formación de sus profesionales, no solamente en el área de la salud, sino con todo el personal docente y estudiantil universitario, capaz de formar grupos multidisciplinarios en contra del VIH/SIDA.
3. Incluir en la programación de las materias de Atención Comunitaria en Salud de la carrera de Doctorado en Medicina y carreras afines, actividades encaminadas a la educación comunitaria sobre prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y de manera prioritaria sobre el VIH/SIDA.

A la Comunidad:

1. Que la comunidad se concientice y elija a la Unidad de Salud como instrumento prioritario en temas concernientes a la salud para bienestar personal y público.
2. Que se organicen e identifiquen líderes comunitarios que tengan la capacidad de coordinar con la Unidad de Salud para llevar a cabo actividades preventivas, informativas, eliminación de mitos y prejuicios.

BIBLIOGRAFIA

LIBROS:

HARRISON., Principios de Medicina Interna. Tomo II, 15ª edición, Estados Unidos, Editorial McGraw Hill Interamericana, 2002. 2721 Págs.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la Investigación. 3ª edición, Distrito Federal, México, editorial McGraw Hill Interamericana, 2003.705 Págs.

JAWETZ, MELNICK Y ADELBERG. Microbiología Médica. 15ª Edición, 20ª edición en inglés. Editorial El Manual Moderno; SA de CV; México DF; Santa Fe de Bogotá; Capitulo 44
1015 Págs.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social .Guía para el Sistema de Información de la Profilaxis Postexposición al VIH. SIPPE. Programa Nacional de ITS/VIH SIDA. El Salvador, C.A. Agosto 2004. 28 Págs.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control del VIH-SIDA e ITS, 2005-2010. El Salvador. 2005. 60 Págs.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Protocolos de Atención Para Personas Viviendo con VIH/SIDA. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, San Salvador, noviembre de 2005. 212 Págs.

Mosby. Diccionario de Medicina Océano. 4ª edición. Grupo Editorial Océano, S.A., Barcelona, España; 1994. 1,504 Págs.

Red Book. Enfermedades Infecciosas en Pediatría de la Asociación Americana de Pediatría. 25ª edición, Editorial Médica Panamericana, 2000. 792 Págs.

WASHINGTON, Manual de Terapéutica Médica. 30ª edición. Editorial McGraw Hill Interamericana. 2001. Department of Medicine, Washington University School of Medicine. Edición en español Lippincott Williams & Wilkins. Capítulo 15. 697 Págs.

DOCUMENTOS:

“Guía de Medidas Universales de Bioseguridad”. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. El Salvador. C.A. 2004. 77 Págs.

“Guía Para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH”. Ministerio de Salud Público y Asistencia Social. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. El Salvador, C.A. 2004. 62 Págs.

“Ley y Reglamento de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana”. Ministerio de Salud Público y Asistencia Social. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. El Salvador, C.A. 2004. 77pàgs.

BOLETIN:

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. “Situación Epidemiológica de las ITS/VIH/SIDA en El Salvador. Boletín. San Salvador. El Salvador. C.A. agosto de 2003.2 Págs.

PERIÒDICOS:

El Diario de Hoy. “Infecciones de transmisión sexual”.Periódico. San Salvador. C.A., 23 de mayo de 2004. Págs. 39 y 40.

El Diario de Hoy. “Crece SIDA en San Miguel”. Periódico. San Salvador, El Salvador. C.A., 21 de junio de 2004.Págs. 46 y 47.

La Prensa Gráfica. “Acusan a Entre Amigos de reparto de preservativos”.Periódico. San Salvador. El Salvador. C.A. 13 de septiembre de 2004. Pág. 18

La Prensa Gráfica. “Aprender a vivir con el VIH/SIDA”.Periódico. San Salvador. El Salvador. C.A., 28 de noviembre de 2004.Págs. 44 y 45.

La Prensa Gráfica. “Epidemia de VIH en Centroamérica es controlable”. Periódico. San Salvador. El Salvador. C.A. 24 de noviembre de 2004. Págs. 28 y 29.

La Prensa Gráfica. “Gasto en Prevención VIH aún es bajo”.Periódico. San Salvador. El Salvador. C.A. 23 de noviembre de 2004. Pág. 10 y 11.

La Prensa Gráfica. “Salud prevé 62 mil casos de SIDA para el próximo año”. Periódico. San Salvador. El Salvador. C.A., 29 de junio de 2004.Pág.16.

La Prensa Gráfica. “SIDA se estabiliza en el país”.Periódico. San Salvador. El Salvador. C.A. 1 de diciembre de 2006. Págs. 22 y 23.

La Prensa Gráfica. “VIH/SIDA avanza a pasos acelerados en el mundo”. Periódico. San Salvador. El Salvador. C.A., 23 de noviembre de 2004.Págs. 28 y 29.

FUENTES ORALES:

Torres Peñalba, Carlos, “Manejo adecuado de personas viviendo con SIDA y Terapia Retroviral”. Capacitación a estudiantes de año social y médicos de FOSALUD. Médico

Internista, encargado del programa de VIH/SIDA en el Hospital Nacional San Juan de Dios, San Miguel. 24 abril 2006

DIRECCIONES ELECTRÒNICAS

<http://www.infoforhealth.org>. (Los jóvenes y el VIH/SIDA)

<http://www.fundamind.org>. (SIDA en los adolescentes)

http://www.seq.es/seq/html/revista_seq/0499/cordoba1gif. (Estructura del virus del SIDA)

<http://redesnuevafrontera.org.ar/sida/estructura.htm> (Estructura del virus del SIDA)

<http://www.es.wikipedia.org/wiki/virus> (microbiología del VIH)

ANEXO 1

Clasificación de la infección por VIH y definición expandida para diagnóstico clínico en adultos y adolescentes.

Center for disease control (CDC) 1993 modificada

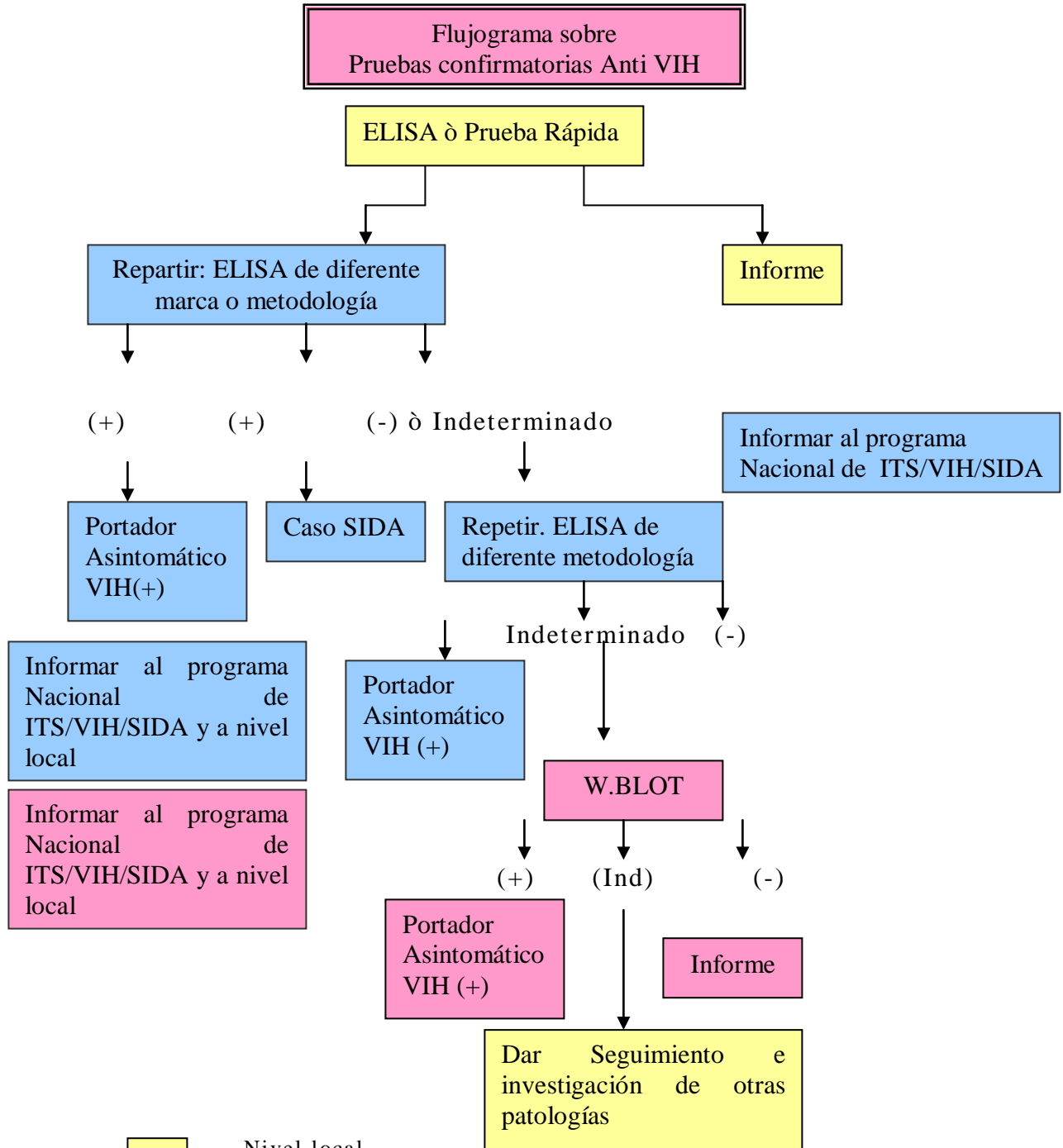
Infección por VIH: Personas >13 años (Detección de anticuerpos para VIH por 2 métodos y en muestras diferentes y pruebas confirmatorias).							
Tema de clasificación				Categoría Clínica	Categoría Clínica A	Categoría Clínica B	Categoría Clínica C
as CD4	A	B	C				
500/mm ³	A1	B1	C1	Infección asintomático por VIH linfadenopatía generalizada Enfermedad primaria por VIH	Sintomático sin condiciones A ò C. Angiomatosis bacilar Candidiasis vulvovaginal persistente o con pobre respuesta a tratamiento. Candidiasis orofaríngea Displasia cervical severa o carcinoma in situ Síndrome constitucional	Candidiasis esofágica, traqueal y bronquial Coccidiomicosis extrapulmonar Criptococosis extrapulmonar Cáncer cervicouterino invasivo Criptosporidiasis intestinal crónica(más de 1 mes) Retinitis por CMV. Encefalopatía por VIH Herpes simple con úlcera mucocutánea mayor de 1 mes, bronquitis, neumonía Histoplasmosis diseminada extrapulmonar Isosporiasis crónica mayor de 1 mes Sarcoma de Kaposii Linfoma: Burkitt, primario del cerebro, Inmunoblástico.M. avium o M. kansaii extrapulmonar Neumonía por P. jiroveci Neumonía recurrente (2 episodios o más por año) Leucoencefalopatía multifocal progresiva. Bacteriemia recurrente por Salmonella Toxoplasmosis cerebral Síndrome de desgaste.	
0499mm ³	A2	B2	C2				
00/mm ³	A3	B3	C3				
Área sombreada constituye SIDA							

ANEXO 2

CLASIFICACION DE CASO SIDA OPS/CARACAS PARA PERSONAS MAYORES DE 13 AÑOS QUE ACUMULA 10 PUNTOS O MÀS.

Síntoma, signo o Diagnostico	Puntos
Sarcoma de Kaposii	10
Tuberculosis pulmonar no cavitaria/extrapulmonar	10
Candidiasis oral/leucoplasia pilosa	5
Tuberculosis pulmonar cavitaria	5
Herpes Zoster en menores de 60 años	5
Disfunción del sistema nervioso central	5
Diarrea por mas de un mes, intermitente o constante	2
Fiebre por mas de un mes, intermitente o constante	2
Perdida de peso > 10% de perdida del peso corporal	2
Astenia por mas de un mes	2
Dermatitis persistente	2
Tos persistente o neumonía no tuberculosa	2
Linfadenopatìa por màs de un mes (2 ò mas cadenas extrainguinales)	2

ANEXO 3



Nivel local

Laboratorio de referencia Hospital de maternidad, Hospital de Santa Ana, Hospital de san Miguel, Laboratorio Central Max Bloch

Nivel

Central

ANEXO 4

Universidad De El Salvador

Facultad Multidisciplinaria Oriental

Departamento de Medicina

Carrera de Doctorado en Medicina

Cuestionario dirigido a los usuarios(as) entre 20 a 39 años de edad, sexualmente activos atendidos en la Unidad de Salud de la colonia San Carlos de San Miguel.

Objetivo: Recopilar información acerca de los conocimientos del VIH/SIDA y los factores que lo limitan.

1. Sexo:

a) Masculino

b) Femenino

2. Estado Civil:

a) Soltero(a)

b) Casado(a)

c) Unión No Matrimonial

d) Divorciado(a)

e) Viudo(a)

3. Procedencia:

a) Urbana

b) Rural

4. ¿Sabe leer y escribir?

a) Si

b) No

5. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

- a) primer a tercer grado
- b) cuarto a sexto grado
- c) séptimo a noveno grado
- d) bachillerato
- e) universitario
- f) estudio superior no universitario
- g) ninguno

6. ¿A que grupo religioso pertenece?

- a) Católica
- b) Evangélica
- c) Testigos de Jehová
- d) Mormon
- e) Otro
- f) Ninguno

7. ¿Cuál es su ocupación?

- | | |
|----------------|-----------------------|
| a) Jornalero | e) Vendedor Ambulante |
| b) Empleado | f) Estudiante |
| c) Comerciante | g) Ninguno |
| d) Ama de Casa | h) Otros |

8. ¿Tiene hijos?

a) Si

b) No

9. ¿Conoce usted que significa la palabra SIDA?

a) Si

b) No

10. Si contestó Si a la pregunta anterior, escriba que significa:

11 ¿Cree ud. que una persona sana se puede contagiar de VIH/SIDA de una persona infectada, en alguna de las siguientes circunstancias:

SI NO NO SABE

a) Estrechar la mano

b) Besar la frente

c) Besar la boca

d) Utilizar hojas de afeitar de otra persona

e) Comer del mismo plato de una persona infectada

f) Tener relaciones sexuales con personas del mismo sexo (género)

g) Tener relaciones sexuales entre hombre y mujer

h) Consumir alimentos que han sido preparados por una persona infectada

i) Utilizar el cepillo de dientes de otra persona

j) Exponerse a la tos o estornudos de una
persona infectada

k) ¿Cuándo le ponen sangre? (transfusiones)

l) Por picaduras de mosquito

m) Por uso de material medico contaminado

n) Por uso de drogas endovenosas

o) Al nacer los niños de una madre con SIDA

p) Abrazar a una persona infectada

q) Darle pecho (seno materno) a su niño de una
madre con SIDA

r) Compartir el inodoro con una persona infectada

s) Hablar muy cerca con una persona infectada

12. ¿Cree usted que puede ser infectado por el virus del SIDA?

a) Si b) No c) No sabe

13. ¿Considera que a mayor número de relaciones sexuales con otras personas, mayor riesgo de infección?

a) Si b) No c) No sabe

14. El SIDA es exclusivo de personas homosexuales

a) Si b) No c) No sabe

15. ¿Se puede saber si una persona tiene SIDA por su aspecto?

a) Si b) No c) No sabe

16 ¿Cree usted que una persona puede contagiar a otra con el virus del SIDA, aunque no tenga signos o síntomas?

- a) Si b) No c) No sabe

17. ¿Alguna vez sus padres le hablaron sobre el VIH/SIDA?

- a) Si b) No c) No sabe

18. A los que tienen hijos. ¿Les ha hablado sobre el VIH/SIDA a sus hijos?

- a) Si b) No c) No sabe

19. ¿Considera usted que las personas jóvenes tienen menor riesgo que las mayores de adquirir el virus del SIDA?

- a) Si b) No c) No sabe

20. ¿De dónde esperaría obtener la información adecuada sobre el VIH/SIDA?

- a) Medios de comunicación
b) Personal de salud
c) Familiares
d) Amigos
e) Centros educativos

21. ¿En tu escuela o colegio te han hablado sobre el VIH/SIDA?

- a) Si b) No

22. ¿De que fuente ha obtenido información sobre el VIH/SIDA?

- a) Familiares
- b) Medios de Comunicación
- c) Libros
- d) Docentes o Profesores
- e) Personal de salud
- f) Amigos

23. De la pregunta anterior. ¿Cuál ha sido la fuente más confiable en su opinión?

- a) b) c) d) e) f)

24. ¿Conoce algún tipo de documento de parte del Ministerio de Salud que le permita orientarse y conocer sobre el VIH/SIDA?

- a) Si b) No

25. ¿Cree usted que las personas con VIH/SIDA necesitan de una ley o reglamento que proteja sus derechos?

- a) Si b) No

26. ¿Conoce de alguna ley o reglamento que proteja los derechos de las personas con VIH/SIDA?

- a) Si b) No c) No sabe

27. ¿El uso de preservativo durante la relación sexual previene siempre la infección por el virus del SIDA?

- a) Si b) No c) No sabe

28. ¿El método más efectivo para prevenir la infección por el virus del SIDA es:

- a) Uso de preservativo
- b) Fidelidad a la pareja
- c) Abstinencia Sexual
- d) Métodos de Planificación Sexual
- e) No sabe

29. ¿Existe cura para el SIDA?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

30. Ha usado preservativo ya sea ud. o su pareja al tener relaciones sexuales

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

31. ¿Está seguro que la o las personas con las que tuvo relaciones sexuales no tienen el virus del SIDA?

- a) Si
- b) No

32. ¿Ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo?

- a) Si
- b) No

33. ¿Conoce a alguna persona que tenga VIH/SIDA?

- a) Si
- b) No

34. Si su respuesta a la pregunta anterior fue **Si**. ¿Sabes si ha sido víctima de algún tipo de discriminación?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe