

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS
SOBRE LA TRANSMISION DEL SINDROME DE
INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)
EN ESTUDIANTES DE EDUCACION MEDIA
NIVEL DIVERSIFICADO"

Estudio descriptivo realizado en 276 estudiantes de
Educación Media, Nivel Diversificado de los
Institutos Nacionales de la Cabecera
Departamental de Sacatepéquez
Abril de 1994



T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la
Facultad de Ciencias Médicas
de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

P O R

MARINA SILVERIA MAGZUL BOCH

En el Acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, JULIO DE 1994

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

02
05
+(6949)



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 10 de junio de 1994

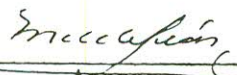
Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS MARINA SILVERIA
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
MAGZUL BOCH Carnet No. 87-12903
completos


Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE TRANSMISION DEL SINDROME DE
INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA -SIDA- EN LOS ESTUDIANTES DE EDUCACION MEDIA,
NIVEL DIVERSIFICADO DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE LA CABECERA DEPARTAMENTAL DE SACATEPEQUEZ"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Firma del estudiante


Asesor
Firma y sello personal

Dra. Carmen Lezana de León
MÉDICO Y CIRUJANO
Colegiado 2721


Revisor
Firma y sello
Registro Personal 8716

DR. M. ARMANDO DE LEON CANG
Médico y Cirujano
Colegiado 1157

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

H A C E C O N S T A R Q U E :

El Bachiller: MARINA SILVERIA MAGZUL BOCH

Carnet Universitario No. 87-12903

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado: "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE TRANSMISION DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA -SIDA- EN LOS ESTUDIANTES DE EDUCACION MEDIA, NIVEL DIVERSIFICADO DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE LA CABECERA DEPARTAMENTAL DE SACATEPEQUEZ"

Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente

ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 10 de junio de 1994

Dr. Edgar R. De León Barillas
Por Unidad de Tesis

Dr. Raúl A. Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

I M P R I M A S E :


Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco
D E C A N O



I N D I C E

CAPITULO	CONTENIDO	PAGINA
I	INTRODUCCION	1
II	ANALISIS Y DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III	JUSTIFICACION	3
IV	OBJETIVOS	4
V	REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI	METODOLOGIA	18
VII	PRESENTACION DE RESULTADOS	23
VIII	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	31
IX	CONCLUSIONES	35
X	RECOMENDACIONES	37
XI	RESUMEN	38
XII	BIBLIOGRAFIA	39
XIII	ANEXOS	44

I INTRODUCCION

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es llamado la pandemia del siglo XX, que constituye un problema de salud pública.

El SIDA, es una enfermedad infectocontagiosa cuyo agente infectivo es un retrovirus, patógeno exclusivo humano: Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Existe tres vías de transmisión: sexual, hematológica y vertical; la sexual es el principal mecanismo de transmisión.

Del SIDA existe alrededor de 10,000,000 personas infectadas, ya que por cada caso hay aproximadamente de diez a cien portadores asintomáticos. Sabemos también que el período de incubación puede ser alrededor de diez años, y que una vez contagiados por el VIH, la infección y/o el síndrome son irreversibles.

Con la aparición de la epidemia en la década de los 80 y ante el avance de ésta, se han propuesto diferentes alternativas que coadyuvan a su control y prevención.

Ante tales alternativas, se encuentran aquellas encaminadas a la detección temprana de la infección por el VIH entre la población, sobre todo en edad reproductiva, dado que es en la que se encuentra el mayor número de casos de SIDA. Es por ello que los adolescentes y jóvenes, especialmente la población estudiantil, necesitan estar informados, ya que en muchas áreas rurales jamás llegan al conocimiento o que tienen poco acceso a la educación formal, por lo que se hace importante las campañas educativas, que es la única estrategia eficaz que se dispone para hacer frente a esta enfermedad. Por ello es necesario conocer e interpretar la relación entre conocimientos, actitudes y prácticas con la salud para crear programas de prevención y control efectivos.

Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto, se realizó el presente estudio en estudiantes de Institutos Nacionales de educación media, nivel diversificado de la cabecera departamental de Sacatepéquez, evaluando conocimientos, actitudes y prácticas, que tiene dicha población respecto al SIDA.

Con los datos obtenidos, se pudo analizar e interpretar la información que brindó los elementos necesarios para elaborar el perfil de los conocimientos, actitudes y prácticas de la población estudiada. Se constato que el nivel de conocimientos de estos jóvenes se caracterizó por un predominio en la transmisión y curación del SIDA. Así mismo existe un bajo porcentaje de actitudes negativas, los cuales son susceptibles a un cambio a través, de un adecuado programa educativo.

Por último es alto el porcentaje de estudiantes que se consideran no estar en riesgo de enfermarse de SIDA, pero también es importante mencionar que existe prácticas de alto riesgo que los hace vulnerables al contagio del VIH, por lo que tendrá que darse educación al respecto.

II DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, es una enfermedad caracterizada por una anormalidad del sistema inmunológico del ser humano, como consecuencia tardía de infección de un virus de la familia Retrovirus. El ser humano al ser afectado se vuelve susceptible o vulnerable a padecimientos de infecciones oportunistas producidas por protozoarios, micobacterias, hongos y ciertos virus, además el desarrollo de neoplasias malignas no comunes tales como linfoma de células B y el Sarcoma de Kaposi, muchas veces son objeto de padecimiento. (31)

El comportamiento del SIDA en Guatemala es alarmante ya que cada vez se suman mas casos como lo demuestra las estadísticas de los últimos diez años. Hasta el 31 de enero de 1,994 el total de casos de SIDA reportados en nuestro país asciende a 489 casos y 590 pacientes asintomáticos infectados por el VIH, siendo éste el grupo que amenaza la salud de los demás habitantes, ya que son los transmisores del SIDA, por lo que se considera una pandemia. (12) Lamentablemente no se cuenta con los recursos económicos para enfrentarla, por lo que es un problema que requiere medidas de acción inmediata, principalmente en cuanto a prevención se refiere.

En la actualidad se sabe que el grupo etario más afectado es y continuará siendo entre los 20 y 30 años de edad, con uno o más factores de riesgo (homosexualidad, bisexualidad, trabajadores del sexo, drogadictos, etc.). Sumando a esto, el 64% de nuestra población es analfabeta lo que viene a agravar dicho problema.

En nuestro medio aún se desconocen las creencias o conocimientos, actitudes y prácticas en torno a la sexualidad y SIDA.

En la actualidad, la única forma segura para controlar la enfermedad es la prevención mediante la educación, por lo que el presente trabajo pretende identificar conocimientos, actitudes y prácticas en institutos nacionales, nivel diversificado del departamento de Sacatepéquez, respecto a sexualidad, enfermedades de transmisión sexual SIDA, drogadicción y por ende crear y dirigir programas efectivos, sobre SIDA, tomando en consideración una enfermedad mortal, no importando edad, sexo, raza, condición económica, credo religioso, estado civil, nivel de instrucción. Se debe hacer énfasis que no existe vacuna que provea protección específica y solo a través de la educación se conscientice a la población y de esta forma modificar el comportamiento.

III JUSTIFICACION

En la actualidad se sabe que el SIDA es una patología básicamente prevenible, por lo que la educación y orientación en la población de un país en lo relacionado a la forma de adquirir la enfermedad y sus consecuencias, es de vital importancia par crear una estrategia preventiva.

El sector estudiantil de nivel diversificado, es un grupo pobacional con riesgo de contraer el VIH y desarrollar SIDA; es importante porque lo conforman hombres y mujeres jóvenes que en un futuro próximo conformarán la población económicamente activa.

Según estudios recientes, una de las áreas afectadas en nuestro medio, en enero 1,994 es Sacatepéquez, por lo que se hace necesario un diagnóstico del nivel de conocimientos, actitudes y prácticas del SIDA, de la población estudiantil, que es el grupo en riesgo de contraer el VIH, por lo consiguiente el presente trabajo pretende reforzar programas y actividades educativas dirigidas a este grupo, debido que es una enfermedad que aún no existe curación, ni protección específica y la letalidad es 100%.

IV OBJETIVOS

A. GENERALES:

1. Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la transmisión del SIDA de estudiantes, del nivel diversificado de Institutos Nacionales del departamento de Sacatepéquez, durante el mes de Abril de 1,994.

B. ESPECIFICOS:

1. Determinar el nivel de conocimientos sobre transmisión del SIDA en los estudiantes del nivel diversificado.
2. Identificar las actitudes positivas y negativas de los estudiantes sobre el SIDA, y hacia el enfermo de SIDA.
3. Identificar los medios que más frecuentemente han proporcionado información sobre SIDA, al estudiante del nivel diversificado.
4. Identificar qué tipo de práctica sexual es la más frecuente entre los estudiantes.
5. Determinar la aceptación del uso del preservativo o condón, durante el contacto sexual como medio de prevención del SIDA.
6. Identificar los factores de riesgo a los que están sometidos los estudiantes de nivel diversificado de adquirir infección por VIH.

V REVISION BIBLIOGRAFICA

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

DEFINICION:

El Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es una enfermedad infecto-contagiosa descrita por los Centros de Control de enfermedades (CDC) de Estados Unidos en 1,981, con lo que se introdujo un nuevo complejo clínico a la medicina actual. (14,20)

El Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida, se caracteriza por un complejo de enfermedades y síntomas que se originan a partir de una deficiencia inmunológica y anormalidad de la función de los linfocitos T4 en el humano, que es infectado por el virus de inmunodeficiencia Humana (VIH), lo que convierte a las personas afectadas en vulnerables a infecciones oportunistas, éstas infecciones pueden ser: Por Pneumocystis Carini, por Citomegalovirus, Toxoplasmosis, Tuberculosis, Herpes Simple cutáneo, Herpes Zoster, Neoplasias no comunes malignas y trastornos neurológicos. (5,6)

Las personas afectadas por el VIH puede durante ocho o más años no presentar síntomas ni desarrollar la enfermedad, lo que es más grave aun, ya que puede transmitir el virus a otra persona sin saberlo. (7)

Un caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida según el CDC-Atlanta, es una persona que haya presentado el mismo tiempo el diagnóstico de una enfermedad que sugiere la presencia de una deficiencia de la respuesta mediada por células y ausencia de enfermedad subyacente que pueda ocasionar esta deficiencia. En niño se define como, la presencia de una enfermedad indicativa de inmunodeficiencia celular, en ausencia de otras causas subyacentes de ésta. (18) Enfermedades indicativas de inmunodeficiencia celular aceptadas por el CDC-Atlanta:

Infecciones por Protozoarios y helmintos, Criptosporidiosis de más de un mes de duración. Neumonía por Neumocisti Carini. Toxoplasmosis (pulmonar, el sistema nervioso Central o diseminadas). (23)

Infecciones Virales: Infección diseminada por Citomegalovirus, después de los seis meses de edad. Hepes Simple Crónico o deseminado, después de un mes de nacimiento. Leucocefalopatía multifocal progresiva. (24)

Infecciones Micótiacas: Candidiasis esofágicas, Criptococosis diseminada o del sistema nervioso central.

Infecciones Bacterianas: Infecciones diseminadas por mycobacterium avium, mycobacterium tuberculosis, listeria monocytógenos, nocardia, salmonella. (31,32)

Cáncer: Sarcoma de Kaposi, Linfoma limitado al cerebro. (34)

EPIDEMIOLOGIA:

La Organización mundial de la Salud (OMS), ha informado sobre descripciones de casos de SIDA en todos los continentes, el número de los mismos ha ido en aumento, los casos están distribuidos a través de todos los países del mundo y el número de los casos reportados representa posiblemente una fracción del total, de tal manera que hay un sub-reporte especialmente el de las naciones donde los sistemas de reporte y de investigación no son adecuados. (8,20)

Para determinar la magnitud y distribución del padecimiento es necesario conocer: el número de personas infectadas por el VIH, número de personas infectantes, número de enfermos de SIDA y número de muertes. (36)

En la mayoría de los países de Latinoamérica, la transmisión se inició a principios de la década de 1,980, con una prevalencia muy moderada en los grupos con práctica de alto riesgo.

Aún cuando ciertos datos indican que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida se ha venido dando en los Estados Unidos de América y otros países desde los años setenta, por lo menos no se identificó como entidad clínica ni se le dió el nombre de SIDA, hasta 1,981, año en que asumió proporciones epidémicas en los Estados Unidos de América. (37,38)

El comportamiento de la epidemia de SIDA en Guatemala, es alarmante, ya que cada vez se suman más casos, como lo demuestra las estadísticas en los últimos diez años.

Hasta el 31 de enero de 1,994, el total de casos de SIDA en nuestro país es 1,079, siendo 590 pacientes infectados por el VIH asintomáticos, y siendo éste el grupo que amenaza la salud de los demás habitantes, ya que son los transmisores del SIDA. (12,58)

El departamento más afectado continúa siendo el de Guatemala con 686 casos, Quetzaltenango con 49 casos, Izabal con 45 casos, Suchitepéquez con 43 casos, Escuintla con 41 casos y Sacatepéquez con 32 casos. (16,59)

En nuestro país el inicio de la epidemia (1984) el 100% de la población afectada fué un grupo de los homosexuales, seguidos de hemofílicos, drogadictos, bisexuales, heterosexuales especialmente en personas que han tenido contacto con prostitutas y las personas que han sido transfundidas. (38)

El comportamiento actual de dicha enfermedad en el último período demuestra que el comportamiento del sexo masculino en su relación hombre-mujer ha sido de 2:1 respectivamente, confirmandose así la transmisión heterosexual, como un factor de alto riesgo para nuestra población.

En nuestro país como en otros, el contagio del VIH es el resultado de las relaciones sexuales promiscuas (homosexuales, heterosexuales y bisexuales), los cuales se componen en su mayoría por el sexo masculino, comprendidos entre los 19 y los 40 años de edad, el cual es considerada la edad reproductiva de todo ser humano, lo que indudablemente afecta el desarrollo económico-social del individuo así como de su grupo familiar social. (16,21,47)

HISTORIA DEL DESARROLLO DEL SIDA:

Se cree que la aparición del VIH en los humanos data de la década de los años 50, afirmación basada en estudios de Genealogía para el virus.

Se ha señalado que las infecciones por el VIH y el SIDA fueron detectadas en el Africa Central en los años 70, en gente que solía comer carne y cerebro de mono verde (*Cercopithecus Aethiops*), éste fenómeno que fué el que hizo viable el paso del VIH de mono verde al ser humano, siendo lo que en una forma inocua sufrió una mutación transformándose en una forma modificada en humanos muy agresiva e invasiva, productora de afección en primera instancia y SIDA secundariamente.

Fué en la década de los 70 que la infección por VIH comenzó a diseminarse más evidentemente sin ser un reconocido microorganismo de la ciencia médica, pudiendo haber producido para entonces algunas muertes. (56,57)

PROGRESION CRONOLOGICA DE VIH Y DE SIDA:

Año 1,978:

- a. Los primeros casos entre haitianos de lo que podría ser SIDA fueron reportados en E.E.U.U. aparecen los primeros casos de Sarcoma de Kaposi.
- b. Científicos trabajando en Africa, encontraron signos y síntomas de una epidemia no identificada, que pertenecían a enfermedades conocidos por la ciencia, pero presentes en forma más dramática y virulenta. (56)
- c. En este año, ocho casos de SIDA fueron reportados en Estados Unidos de América.

Año 1,979:

- a. Un grupo de científicos encontraron los primeros casos de personas, mostrando evidencia de padecer del complejo relacionado al SIDA.

Año 1,980:

- a. Los primeros casos de SIDA fueron encontrados en personas de Haití, Miami y Florida.
- b. Fueron reportados 46 casos de SIDA en los Estados Unidos de América. (37)

Año 1,981:

- a. La definición de SIDA se dió a conocer.
- b. El SIDA comenzó a manifestarse en forma de epidemia.
- c. El centro para control de enfermedades de Estados Unidos (CDC) organizó un equipo de trabajo encargado exclusivamente de la vigilancia e investigación epidemiológica del SIDA. (35)

Año 1,982:

Para entonces el CDC había detectado 593 casos en todo el mundo (35).

Año 1,983:

- a. Marcan claramente el brote epidémico del SIDA.
- b. El agente etiológico del padecimiento fué descrito en mayo en el Instituto Pasteur de Francia.
- c. Se identifica un retrovirus en el ganglio de un paciente con un cuadro clínico previo al SIDA.
- d. A nivel mundial se reportaron 4,100 casos. (16)

Año 1,984:

- a. Se diseñaron pruebas de detección de anticuerpos en Francia y Estados Unidos.
- b. Se documenta en Africa que el SIDA es común en heterosexuales.
- c. En junio se conoce el primer caso de SIDA en Guatemala de un individuo procedente de los Estados Unidos.
- d. Se demuestra que el VIH infecta a los linfocitos ayudadores. (16)

Año 1,985:

- a. Se iniciaron las pruebas serológicas rutinarias en bancos de sangre.
- b. Se desarrolla el análisis de sangre con el test de Elisa para detectar anticuerpos contra el VIH.
- c. En el mundo una persona podría infectarse con el VIH aproximadamente cada 90 minutos.
- d. En Guatemala se inicia la detección del VIH en sangre. (48)

Año 1,986:

- a. La OMS propuso denominar al virus de SIDA, Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- b. Se reportaron 28,000 casos.
- c. Más de 13,000 personas murieron de SIDA.
- d. Se realizaron en Guatemala estudios de seroprevalencia de VIH en grupos de población con factores de riesgo para la infección.
- e. Personas infectadas alcanzó los 4 millones, lo que significó un incremento de 2 millones en un año.
- f. Se inicia una campaña masiva de educación al público. (48)

Año 1,987:

- a. Se iniciaron las primeras pruebas de vacunación contra el SIDA en Francia y los Estados Unidos, que actualmente se encuentran en fase I-II de experimentación en seres humanos

Año 1,988-89:

- a. Se estimó que habría 5 y 10 millones de personas infectadas en el mundo.

- b. Se reporta que en los Estados Unidos nacieron entre 1,200 y 1,500 niños infectados. (26,37)

Año 1,990-92:

- a. En Guatemala se informa sobre la existencia de 192 casos, superando lo previsto. (29,54,56)

Año 1993:

- a. En Guatemala hasta el 31 de junio, el total de casos de SIDA reportados asciende a 835. (16)

Año 1,994:

- a. Hasta el 31 de enero el total de casos en Guatemala es de 1,079. (58)

ETIOLOGIA Y PATOGENIA:

El virus que causa el SIDA pertenece a una clase de virus denominada Retrovirus, que fué aislado en tres diferentes laboratorios, llamado inicialmente Virus Linfotrópico de células humanas tipo III (HTLV-III), Virus de Linfadenopatía Asociada (LAV) y Retrovirus Asociado al SIDA (ARV). En la actualidad se ha denominado Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), éste Virus es linfocitotrópico, con afinidad selectiva por linfocitos T4 (T cooperador), fenómeno más sobresaliente de la inmunodeficiencia del SIDA en la sangre. (51,52)

De las células CD4 positivas, la característica cardinal de la infección por VIH, es la desaparición de los linfocitos T colaboradores inductores, resultado del reopismo selectivo del VIH por esa población de linfocitos, los cuales expresan el marcador fenotípico CD4 en su superficie (la célula T4).

La molécula CD4 sirve de receptor del virus, pues tiene una afinidad elevada por la cubierta viral. La infección puede bloquearse por anticuerpos monoclonales a CD4 y por CD4 soluble recombinante. Ciertos sub-conjuntos de monocitos y macrófagos que también expresan la molécula CD4, pueden fijar el VIH y ser infectadas. Las células T4 infectadas expresan una concentración alta de gp 120 VIH (glucoproteína de la cubierta) en su superficie, lo que conduce a la fusión de las mismas con sus vecinas no infectadas y a la formación de conjuntos multinucleados grandes (sinsitios). A esto sigue la muerte de las células fusionadas, y es un mecanismo por el cual un número grande de células no infectadas, pueden desaparecer con rapidéz de la circulación. Después de infección no citopáticas por VIH, además puede manifestarse una alteración funcional de las células T4. Con infección activa de las células T4, ya no expresan las moléculas CD4 en su superficie.

Son devastadoras las consecuencias de las infecciones por VIH en las células T4, que incluyen activación de macrófagos, inducción de células T citotóxicas, células asesinas naturales, células supresores y células B, y secreción de factores que inducen el crecimiento y la diferenciación de células linfoides y

afectan a las células hematopoyticas. Los individuos con SIDA además inhiben función anormal de las células B, como lo manifiesta la activación policlona la hipergamaglobulinemia, la presentación de complejos inmunitarios circulantes y autoanticuerpos. La hiperactividad policlona de las células B puede deberse a otros factores, como un aumento en las infecciones por el virus Epstein-Barr y Citomegalovirus, ambos activadores policlonales de las células B.

Se ha identificado dos virus muy similares, el VIH-1 y el VIH-2, los cuales son los causantes del SIDA de diferentes regiones geográficas, los cuales se pueden aislar fácilmente.

Todos los retrovirus contienen una enzima denominada Transcriptasa inversa que convierte en RNA viral en una copia proviral que son integra al DNA de las células huésped, éstos provirus integrados son duplicados con los genes normales de la célula durante cada división celular, así toda la descendencia celular contendrá DNA retroviral, adicionalmente múltiples copias del virus serán producidas, provocando la infección de otras células. (14)

Los retrovirus causan enfermedades malignas y no malignas, la expresión de los genes virales de algunos retrovirus pueden ser oncogénica, convirtiendo a la célula en cancerosa o puede tener otros efectos patológicos que afectan la función de la célula, llevándola a la muerte. (44,53)

Una vez que el virus penetra a la célula huésped, la infección es permanente, no obstante un retrovirus no causa ningún efecto adverso por muchos años, luego en ciertas circunstancias puede que el material genético se active y produzca nuevos virus. (11,53)

Las investigaciones en curso sobre el tratamiento de la infección está centrado en los medicamentos que obstruyen la función de la transcriptasa inversa e impedir que el virus infecta a nuevas células. (27)

FACTORES DE RIESGO:

Los factores que se relacionan con la transmisión del VIH son:

- a. Homosexuales
- b. Heterosexuales
- c. Bisexuales
- d. Prostitución
- e. Hemofilicos
- f. Drogadicción
- h. Promiscuidad
- i. Coito anal
- j. Transfusión Sanguinea. (20)

TRANSMISION:

Se ha aislado el VIH en la sangre y en muchos líquidos orgánicos de personas infectados por ese virus. Los mecanismos por los cuales puede transmitirse el VIH son: la sangre el semen, líquidos vaginales, secreción láctea y calostro (10,20,50)

Actualmente se conocen tres vías de transmisión del SIDA:

POR CONTACTO SEXUAL:

La fuente de infección la constituyen los individuos infectados, la vía de salida del virus en la transmisión sexual la constituyen las diferentes secreciones de donde ha sido aislado es decir, sangre, secreciones vaginales y semen. El virus puede pasar de cualquier persona infectada a la pareja sexual, ya sea por sexo anal, oral o genital. Se sabe que el riesgo se aumenta aún más en función de las siguientes variables: número de parejas sexuales, número de contactos, tipo de prácticas sexuales; las relaciones sexuales de mayor riesgo de transmisión de VIH, son aquellas en que el pene penetra en el recto del compañera o compañero. La razón de ello se encuentra en la estructura de la mucosa rectal, ya que posee numerosos vasos, abundante tejido linfóide y epitelio formado por una capa de células cilíndricas.

La mucosa rectal lacerada permite con facilidad el paso del virus a los linfocitos presentes en el tejido linfóide subyacente. Aún cuando no se encuentra dañada la mucosa rectal puede permitir la entrada al virus, debido a que las células de Langerhans en su epitelio presentan receptores para el VIH, por medio del cual pueden captarlos, almacenarlos, y posteriormente liberarlos al interior del organismo. (20)

La mucosa vaginal se encuentra formada por varias capas de células escamosas que lo hace ideal para poder resistir la fricción mecánica durante el coito, además posee pocas células de Langerhans, la mujer joven tiene mayor riesgo de adquirir el VIH debido a que posee una mucosa poca madura.

Durante la menstruación se corre mayor riesgo de infección debido a los cambios que se producen en la mucosa vaginal por la acción y por la mayor vascularidad de la misma. (22,41,42)

TRANSFUSION SANGUINEA:

La transmisión sanguínea ocurre en las siguientes situaciones: a) Recepción de sangre o de sus productos. b) utilización de agujas y jeringas inadecuadamente esterilizadas (drogadicción intravenosa, automedicación, escarificación). c) función ocupacional. El período de incubación calculado como el intervalo entre la transmisión y el diagnóstico de SIDA es un promedio de 31 meses en el adulto y 14 meses en el niño

La transfusión sanguínea es un hecho demostrado que el VIH se transmite de los derivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma y concentrado de factores de la coagulación)

Los hemofílicos poseen un mayor riesgo de adquirir el VIH ya que en promedio, cada uno requiere 80 y 100 mil unidades de

factor VIII al año, lo que significa una gran exposición a donadores.

Las agujas contaminadas con sangre infectada constituye un mecanismo de transmisión de la infección. esto tiene particular importancia para los drogadictos que comparten agujas contaminadas y para los países que en vez de usar agujas y jeringas desechables continúan utilizando su esterilización tanto para fines terapéuticos, como no terapéuticos. No existe evidencia epidemiológicas que las vacunas, los sueros inmunes o los insectos hematófagos

(mosquitos y chinches), sean capaces de transmitir VIH. (7,20,49)

TRANSMISION VERTICAL:

El VIH puede transmitirse durante, antes o poco después del nacimiento, el riesgo de transmisión de una madre infectada a su hijo es de aproximadamente del 50%. (28,43)

La transmisión en el canostro y la leche materna contiene concentraciones elevadas de VIH. Además se ha notificado la transmisión por esta vía otro retrovirus: el virus T linfotrópico humano tipo 1 (VTLH-1).

Un estudio reciente reveló que los lactantes menores de un año amamantados por madres infectados por el VIH permanecieron libre de infección durante todo este tiempo (13,20)

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Las características clínicas de SIDA son diversas. secundarias a condiciones infecciosas o de tumores asociados. La infección por el VIH en el adulto progresa de manera previsible por 4 etapas: (20)

- A. FASE AGUDA: Puede aparecer en una semana de la infección y por lo general precede a la seroconversión que suele darse a las 6 a 12 semanas, aunque a veces tarda más. El sujeto adquiere la infección a través de cualquiera de las tres vías. Esta fase puede ser asintomática o sintomática. (1)

A-1Asintomática: Se detecta unicamente por serología. Aquí se incluyen a las personas infectadas que no han desarrollado anticuerpos contra el VIH, pero si es posible la detección del antígeno p24 en suero y que dura entre 6 semanas y 3 meses a esto se le llama Período de ventana, definiendo esta como Tiempo que transcurre entre la infección y el desarrollo de anticuerpos por el organismo de la persona. (31)

A-2 SINTOMATICA: Lo más característica es el Síndrome Mono nucleósido, llamado así por su parecido con la mononucleosis infecciosa, cuyos síntomas son dolor de garganta, angina catarral y ganglios aumentados de tamaño. También puede

presentarse un síndrome menigeo o manifestaciones en la piel de diferentes tipos, todos son fugaces y desaparecen rápidamente. (20,45,48)

- B. FASE ASINTOMÁTICA: En este período no sucede nada, el paciente tiene virus en forma de provirus, ya que está infectada pero no hay evidencia de la enfermedad, generalmente no muestran cambios inmunológicos detectables por el laboratorio.
En términos generales un 60% pueden continuar asintomático por un lapso de 6 años, el resto evoluciona a otras etapas de la infección. (20,34)
- C. LINFADENOPATIA CRÓNICA: Del 25 al 40 % de los individuos infectados asintomáticos llegan a esta etapa en los primeros 5 a 6 años, los pacientes presentan ganglios superficiales de más de un centímetro de diámetro y que pueden ser dolorosos y móviles siendo los ganglios linfáticos más afectados los cervicales, axilares, occipitales, submaxilares y otros, los cuales persisten por más de tres meses, este cuadro de adenopatía va acompañado de fiebre, pérdida de peso o diarrea crónica. (1,53)
- D. SIDA: El SIDA es la forma grave de la etapa final de la infección clínica por VIH y se caracteriza por la presencia de infecciones oportunistas y tumores tales como el Sarcoma de Kaposi, los cuales indican que el paciente ya ha desarrollado SIDA.
Existe más de doce infecciones oportunistas y de acuerdo al país se presenta la enfermedad marcadora, en América Latina es la Tuberculosis, mientras que en los Estados Unidos es la Neumonía por Neomocistis Carini, además de estas se encuentran Candidiasis Esofágica, Herpes Simple recidivante crónico, Toxoplasmosis Cerebral, Histoplasmosis, Citomegalovirus etc., que son producidos por hongos, virus, parásitos y bacterias respectivamente. Tumores: El sarcoma de Kaposi ha sido clásicamente descrito como un tumor marcador en el cual consiste en placas o nódulos de color azul oscuro o café violáceo, que se localiza generalmente en la porción distal de las extremidades y lesiones cutáneas a nivel de las mucosas, siendo las más comunes en el paradar duro, regiones de orofaringe y amígdala. Existe también linfomas de alto grado de malignidad muy poco diferenciado que también desarrollan estos pacientes, Linfomas de células B. (20,35)

DIAGNOSTICO:

Se realiza mediante la detección de anticuerpos específicos contra el virus, utilizando el Test de Elisa. Estos anticuerpos persisten durante la infección latente y la progresión al desarrollo del SIDA, en los casos terminales estos disminuyen. (9,19,30)

Existen otras pruebas para detectar anticuerpos contra el VIH, pero por su costo elevado y el procedimiento es más prolongado, por lo que el método más utilizado en Guatemala es el Test de Elisa.

La detección de antígeno sse puede realizar en el período de ventana, en el cual la persona infectada no ha desarrollado anticuerpos contra el VIH y que tiene duración entre 6 semanas y 3 meses, tiempo en el cual es posible la detección del antígeno p24 en suero, plasma o líquido cefalorraquídeo. (2,3,35)

El virus fué identificado inicialmente en cultivos celulares por microscopía electrónica, en la actualidad se detecta indirectamente a través del ensayo de la actividad de la transcriptasa inversa en sobrenadante de cultivos celulares. (39,46)

La detección del material genético, es una alternativa recientemente empleada en la detección del VIH, en pacientes

con cultivos negativos, siendo ésta la hibridación molecular utilizando ADN y células mononucleares no linfoides, provenientes de la sangre periférica. La proteína C reactiva se utiliza en la técnica de la ampliación genética para detectar antígenos virales de VIH. (25,45,59)

TRATAMIENTO:

Hasta la fecha se desconoce la droga que cure o la vacuna que prevenga, no existe ningún tratamiento eficaz, por lo que el tratamiento actual consiste en medicamentos para las infecciones oportunistas particulares o los procesos malignos que se presentan. Se está estudiando la posibilidad que los tratamientos puedan inactivar el LAV/HTLV-III o restablecer el sistema inmunitario del organismo. Entre estos están: Suramina, HPA-23, Rivavirina A 509U (3-azido-5 deoxitimidina) y foscarneto. Al parecer, estos productos inhiben en grados diversos la replicación del virus, pero hasta ahora este siempre se ha reactivado en el momento de detener el tratamiento. En el momento actual el tratamiento con más posibilidades de éxito será el que conviene la administración de productos antiviricos con potenciadores de la inmunidad, administración en una fase del Síndrome; el 3-azido-5-deoxitimidina (AZT), es el tratamiento de mayor esperanza del VIH. (20,40,55)

CRITERIOS PARA LA PREVENCION DEL SIDA:

A través de la educación debe orientarse a la población sobre la adopción de comportamientos que redezcan la aparición de

contagios.

Debe señalarse que no basta confirmar; hay que prevenir contra el SIDA educando en relación al SIDA y la conducta racional preventiva que ha de adoptarse como práctica permanente, sobre todo en aquellos grupos poblacionales de alto riesgo y convencerlos de la utilidad real de los cambios que se les proponen. (4)

La OMS ha resuelto que todos los países proporcionen la información sanitaria a través de todos los medios de comunicación, actividades de fomento de la salud, promoviendo una acción pública responsable y adecuada para reducir la transmisión del virus del SIDA y dar respuesta con compasión a los que desarrollan este síndrome.

Enumerados los criterios para la prevención del SIDA son:

- a. Aplicación de programas preventivos, en base a criterios epidemiológicos.
- b. Conocer las ideas que el público tiene del SIDA.
- c. Identificar los comportamientos de alto riesgo.
- d. Recursos de disponibilidad de servicios y productos.
- e. Utilización de los medios de comunicación para la información y educación.
- f. Eliminar obstáculos. (34)

LINEAS DE ACCION PARA LA PREVENCION DEL SIDA:

Dada la ausencia de vacunas y de medidas curativas, la factibilidad de combatir el SIDA radica enteramente en la modificación de la conducta individual a través de la educación y de prácticas de prevención eficaces. Los cambios de actitud y creencias erróneas se consiguen solo tras un largo y difícil proceso apoyado en parte, por el proporcionamiento de indentivos.

La prevención del contagio sexual del SIDA es la que plantea mayores problemas, puesto que involucra unos de los aspectos más íntimos y delicados de la conducta humana. Así como esta forma de contagio se asocia a la mayoría de los casos, y por lo tanto, es la que más atención debe prestarse. Por ello, las campañas de difusión destinadas a informar y educar, así como de los programas de prevención deben promover prácticas sexuales sanas, particularmente entre quienes manifiestan conductas de alto riesgo potencial. Al respecto, se ha demostrado que el riesgo de transmitir o adquirir al VIH disminuye considerablemente se observan algunas recomendaciones generales, entre las que se encuentran: a) tener un solo compañero sexual o reducir su número b) evitar relaciones ocasionales c) usar preservativo o condón. (6)

LOS ESCOLARES: Las medidas de prevención se debe iniciar en etapa escolar, cuando el comportamiento todavía es maleable, según objetivo claramente definidos y cuantificables. Es necesario obtener autorización para realizar intervenciones en las escuelas

y aumentar la magnitud y el número de las que ya existen. Los programas escolares deben colocar al alcance de los niños y adolescentes. La promoción de prácticas saludables reforzada por el fomento de la autoestima y el sentido de responsabilidad y control de la conducta individual debe formar parte de un proceso integrado a lo largo de toda la escuela primaria y secundaria. (6,20)

VIGILANCIA DE NIÑOS NACIDOS DE MADRE SEROPOSITIVA O ENFERMA DE SIDA.

La conducta que debe seguir en todo niño que nazca de una madre infectada por VIH incluyen medidas al nacimiento y posteriores.

Las medidas a tomar al nacimiento son:

- a. Determinación de anticuerpos anti-VIH en sangre del cordón umbilical.
- b. Valoración clínica.
- c. No dar alimentación del pecho materno. Esto es aplicable en los países altamente desarrolladas. En los países en desarrollo, donde una de las principales causas de mortalidad infantil es la diarrea, se recomienda no suspender esta práctica ya que esta vía de transmisión es poco eficiente.

Posteriormente debe llevarse a cabo:

- a. Determinación trimestral de anticuerpos anti-VIH.
- b. Vigilancia y detección oportuna de infecciones por gérmenes oportunistas.
- c. Esquema de vacunación modificados utilizando únicamente gérmenes muertos o fracciones antigénicas.
- d. Cuidados semejantes a cualquier otro niño.

Se debe cuidar y conservar la privacidad y confidencialidad de la positividad de la madre y el niño para evitar al máximo problemas psicosociales en la familia y la comunidad. (17,59)

SACATEPÉQUEZ

Está a 45 Kilómetros de la ciudad Capital y constituye más de ciento noventa mil habitantes.

Fué creado por decreto, el 11 de Diciembre de 1,879, estuvo integrado por 24 municipios, algunos fueron incluidos posteriormente como aldeas, limitándose actualmente a 16 municipios.

En los municipios realizan labores agrarias y artesanales que permite la marcha de la economía. En la mayoría existe población ladina, pero también posee habitantes indígenas de habla Cakchiquel.

Además de su clima templado, cuenta con tres volcanes: el de Agua, el de Fuego, el de Acatenango llamado también Pekul por los Aztecas.

Además del turismo, su principal fuente de ingreso es la Agricultura, (Zanahoria, Café y Manzana); entre su industria están la confección de telas típicas, tenerías, cerámica y orfebrería.

HISTORIA:

Fué reconocido departamento hasta 1839 al ser conquistado por Don Pedro de Alvarado. El 22 de noviembre de 1527, se fundó la ciudad de Santiago de Goathemala, por el almacenamiento de agua del cráter del volcán de Agua, hubo necesidad de trasladar al valle de Panchoy, en lo que hoy es la cabecera departamental de Sacatepéquez y se le llama Santiago de los Caballeros de Guatemala. El 1-1-1776 se fundó en el valle de la Ermita la Nueva Guatemala de la Asunción, donde permanece actualmente. El 12 de Septiembre de 1839, se declaró a Sacatepéquez como departamento independiente y designó a Antigua Guatemala como su cabecera.

GRANDES ACONTECIMIENTOS:

Se introdujo la Imprenta en 1660, la fundación de USAC en 1676. En 1965 por parte de la VII Asamblea General del Instituto Panamericano de Geografía e Historia se declaró como Ciudad Monumento de las Américas. La cuaresma y semana santa, que constituye la magna conmemoración espiritual y la creación artística de todo el ciclo folclórico del año.

NATURALEZA Y CULTURA:

El nombre de Sacatepéquez significa Cerro Verde, conformado por voces pipiles que quiere decir, Hierba y Tepet que es Cerro.

Subsistencia principal: Maíz, Frijol, Verduras, Rosas que alcanza alto porcentaje en los productos de exportación del país.

Fabrican los artesanos, Cerámica pintadas, vidriada, cerería, madera tallada, hojalatería, tejidos, globos, barrilletes y cohetería.

Para la Semana Santa realizan adornos para andas, huertos y variadas alfombras.

Su festividad es el 25 de Junio en honor a Santiago Apóstol.

VI METODOLOGIA

- A. TIPO DE ESTUDIO: El presente estudio es clasificado como descriptivo, observacional, para determinar la magnitud del problema, y a la vez sirve de base para establecer cualidad como prevención.
- B. SUJETO DE ESTUDIO: Se tomó 160 estudiantes del sexo masculino y 116 del sexo femenino del nivel deversificado de los Institutos Nacionales del Departamento de Sacatepéquez durante el mes de Abril de 1994.
- C. TAMANO DE LA MUESTRA: Se tomó la muestra utilizando la fórmula para estudios descriptivos. Utilizando para ello el total de estudiantes del Nivel Diversificado de los Institutos nacionales, y aplicando la fórmula siguiente:

$$F = n = \frac{N (p) (q)}{N - 1 \frac{(LE)^2}{4} + (p) (q)}$$

Donde: N es el universo a estudiar
n tamaño de la muestra
p es la probabilidad de ocurrencia del fenómeno
q es el complemento de "p"
LE limite de error, o límite de seguridad o tolerancia y se le asigno un valor de 0.05.

APLICANDO LA FORMULA QUEDA ASI:

$$n = \frac{990 (0.7) (0.3)}{989 (0.05)^2 + (0.7) (0.3)}$$
$$\frac{207.9}{0.828125} = 251 + 10\% = 276$$

- D. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION: Ser estudiante de nivel diversificado de los institutos nacionales de departamento de Sacatepéquez y que está inscrito en el presente ciclo 1,994, y que aceptó participar en el estudio.

Fueron excluidos los estudiantes que rechazaron participar voluntariamente en el estudio.

E. VARIABLES A ESTUDIAR:

a. CONOCIMIENTOS:

Acción y efecto de conocer, llegar a saber por medio de la inteligencia, las cualidades, propiedades naturales y relaciones de las cosas.

Operacional: De acuerdo a los significados constituidos por la información o desinformación que la población posee, analizables en su discurso escrito y que se puede o no categorizar como conocimiento científico.

Escala de Medición:

Conocimiento Correcto: Si la respuesta es correcta en un 80 a 100%.

Conocimiento Correcto Parcialmente: Si la respuesta es correcta en un 60 a 79%.

b. ACTITUD:

Conceptual: Disposición psíquica específica hacia una experiencia reciente mediante la cual, ésta es modificada o sea un estado de preparación para cierto tipo de actividad.

Operacional: De acuerdo a la información obtenida a las preguntas de la boleta de recolección de datos.

Escala de Medición: Nominal según respuestas dadas:

1. Positivas: Cuando el encuestado exprese elementos comprensivos, como: Apoyo, busca de ayuda, ir al médico.

2. Negativa: Rechazo indiferencia, aislamiento, abandono.

3. Ambigua: Incapaz de definir actitud positiva o negativa.

c. PRACTICAS:

Conceptual: Momento del proceso fenoménico que se concretiza en acción.

Operacional Lo registrado en la boleta, según respuesta del interesado.

Escala de Medición: Actividades categorizadas en negativas, nocivos al bienestar del hombre, o positivas al favorecer el bienestar del hombre. Cuantificándolas en información escrita.

d. EDAD:

Conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona hasta la fecha que se realizó la entrevista.

Operacional: Respuesta a pregunta directa.

Escala de Medición: 15-19, 20-24, 25-29

e. ESTADO CIVIL:

Conceptual: Condición en la que se encuentra determinado el sujeto con respecto a su libertad de elección marital

Operacional: De acuerdo a la respuesta

Escala de Medición: Soltero, Casado Unido.

f. SEXO:

Conceptual: Condición orgánica que distingue macho de la hembra, masculino-femenino.

Operacional: Respuesta a pregunta directa.

Escala de Medición: Masculino o Femenino

g. RELIGION:

Conceptual: Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad de sentimientos de veneración y temor hacia ella de normas morales de conducta y de prácticas para darle culto.

Operacional: De acuerdo a pregunta directa.

Escala de Medición: Nominal de acuerdo a respuesta:
Católico, Evangelico, Mormona y otros.

h. LUGAR DE ORIGEN:

Conceptual: Lugar de historia y tradiciones comunes en un grupo de individuos.

Operacional: Lugar que refiera en la pregunta específica de la boleta de recolección de datos

Escala de Medición: Cabezera y municipios.

i. PRACTICAS SEXUALES:

Conceptual: Intercambio sexual hacia otros individuos que puede variar de acuerdo a si se efectua con el mismo sexo (homosexual), diferente sexo (heterosexual), y ambos sexos (bisexual).

Operacional: Respuesta a pregunta específica.

Escala de Medición: Heterosexual homosexual y bisexual

j. ACTIVIDADES SEXUALES DE ALTO RIESGO

Conceptual

Homosexual: Dicese del individuo que se siente atraído sexualmente por otro, de su mismo sexo.

Bisexual: Individuo que tiene interés o características sexuales activas, pasivas, con capacidad para ejercer la función de ambos sexos.

Promiscuo: Es aquel individuo que mantiene actividad sexo-erótica, genital compartida con más de un compañero o compañera.

Operacional: Respuesta directa a pregunta específica.

Escala de Medición: De acuerdo a respuesta obtenida.

k. DROGADICCION:

Conceptual: Estado psíquico y también físico resultante de la ingestión de alcohol y otras drogas, caracterizado por respuestas del comportamiento y otras que siempre incluye la compulsión a beber, inhalarlas o inyectarlas de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y algunas veces evitar el malestar de la abstinencia.

Operacional: De acuerdo a pregunta directa.

Escala de Medición: Tomadas, inhaladas, inyectadas, nunca.

l. TRANSFUSIONES:

Conceptual: Introducción de sangre total o de un componente sanguíneo directamente en la sangre de un sujeto.

Operacional: Respuesta directa de acuerdo a pregunta.

Escala de Medición: Si, No.

m. CONDON:

Conceptual: Vaina o cubierta para el pene, que se usa durante el coito para prevenir la fecundación o la infección.

Operacional: De acuerdo a respuesta.

Escala de Medición: Siempre algunas veces nunca.

F. RECURSOS:

a. MATERIALES:

1. Económicos: costo a cuenta del investigador

2. Físicos:

- . Biblioteca de USAC, INCAP, DGSS, H. ROOSEVELT
- . Libros y revistas consultadas para revisión bibliográfica.
- . Boletas estructuradas para recabar información
- . Computadora

- . Mobiliario y Equipo de escritorio.
- . Hojas de Impresión.
- . Vehículo para transporte y combustible.
- . **Instalaciones del Instituto.**

G. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION:

En cuanto al sujeto de estudio, se tomó como base lo relacionado a derechos humanos en investigación que estipula:

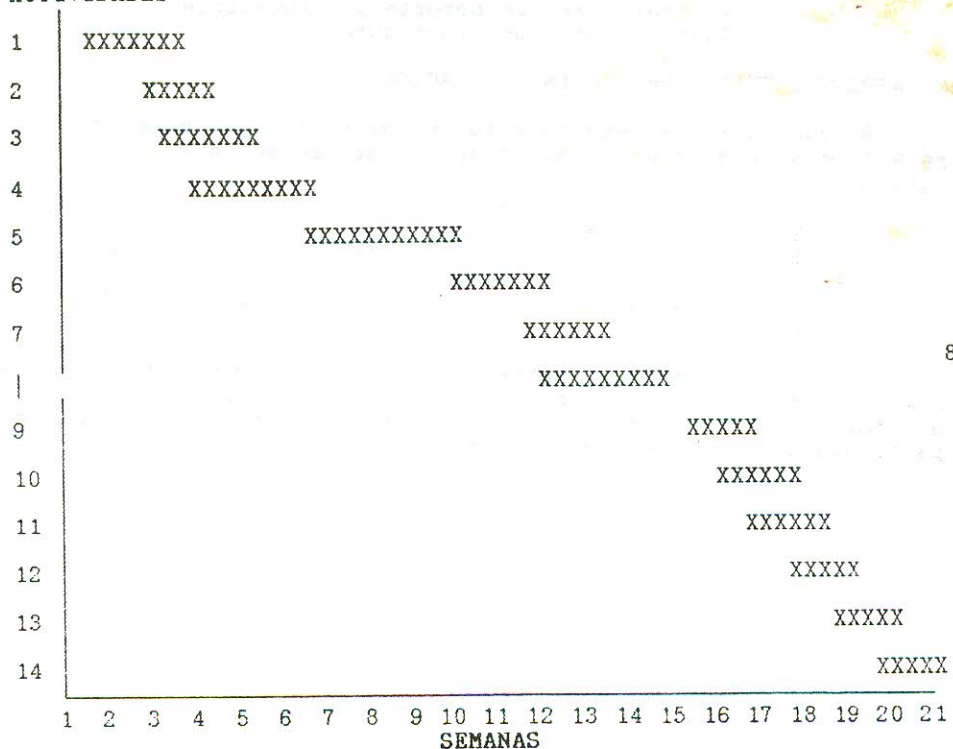
- El derecho a la privacidad.
- El derecho a la determinación personal.
- El derecho a la conservación de la integridad personal.
- El derecho a no recibir ofensas.
- El derecho a no estar expuesto al riesgo intrínseco de heridad.

Previa información, sobre el tipo de investigación, se organizó el derecho de la libre participación por medio de la aceptación verbal, así como el carácter confidencial de su participación a través del anonimato.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES



ACTIVIDADES

1. Selección del tema del proyecto de la investigación.
2. Elección del Asesor y Revisor.
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto por la coordinación de Tesis.
6. Diseño de los instrumentos que se utilizarán para la recopilación de la información.
7. Ejecución del trabajo de campo.
8. Procesamiento de los datos, elaboración de tablas y gráficas.
9. Análisis y discusión de resultados.
10. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
11. Presentación del informe final.
12. Aprobación del informe final y trámites administrativos.
13. Impresión del informe final.
14. Examen Público de Defensa de la Tesis.

VII PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION, DE ACUERDO A GRUPO ETARIO
Y SEXO, EN POBLACION ESTUDIANTIL, NIVEL DIVERSIFICADO
DEL DEPARTAMENTO DE SACATEPEQUEZ
ABRIL 1994.

GRUPO ETARIO	SEXO				TOTAL	%
	F	%	M	%		
:15-19	: 101	: 36	: 139	: 50	: 240	: 87
:20-24	: 10	: 4	: 14	: 5	: 24	: 9
:25-29	: 5	: 2	: 7	: 3	: 12	: 4
:TOTAL	: 116	: 42	: 160	: 58	: 276	: 100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION DE ACUERDO AL LUGAR DE ORIGEN EN LA
POBLACION ESTUDIANTIL, NIVEL DIVERSIFICADO
DEL DEPARTAMENTO DE SACATEPEQUEZ
ABRIL 1,994.

CABECERA DEPARTAMENTAL	No. DE ESTUDIANTES	%
: SACATEPEQUEZ	: 144	: 52
: CHIMALTENANGO	: 120	: 44
: OTROS	: 12	: 4
: TOTAL	: 276	: 100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION, DE ACUERDO A CONOCIMIENTO HACIA
EL SIDA, EN POBLACION ESTUDIANTIL, NIVEL
DIVERSIFICADO DEL DEPARTAMENTO DE
SACATEPEQUEZ. ABRIL 1,994.

CADENA EPIDEMIOLOGICA		CONOCIMIENTO HACIA SIDA COMPONENTE		No.	%
CAUSALIDA	CORRECTO		97	35	
	CORRECTO PARCIALMENTE	69	25		
	INCORRECTO		60	22	
	NO CONTESTO		50	18	
	NO SABE		0	0	
	TOTAL		276	100	
TRANSMISION	CORRECTO		165	60	
	CORRECTO PARCIALMENTE		80	29	
	INCORRECTO		20	7	
	NO CONTESTO		11	4	
	NO SABE		0	0	
	TOTAL		276	100	
SUSCEPTIBILIDAD	CORRECTO		64	23	
	CORRECTO PARCIALMENTE		156	57	
	INCORRECTO		16	6	
	NO CONTESTO		40	14	
	NO SABE		0	0	
	TOTAL		276	100	
TRATAMIENTO	CORRECTO		216	78	
	CORRECTO PARCIALMENTE		0	0	
	INCORRECTO		18	7	
	NO CONTESTO		36	13	
	NO SABE		6	2	
	TOTAL		276	100	
PREVENCION	CORRECTO		96	35	
	CORRECTO PARCIALMENTE		148	54	
	INCORRECTO		32	11	
	NO CONTESTO		0	0	
	NO SABE		0	0	
	TOTAL		276	100	

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION DE ACUERDO A ACTITUD HACIA EL
SIDA, EN POBLACION ESTUDIANTIL, NIVEL
DIVERSIFICADO DEL DEPARTAMENTO
DE SACATEPEQUEZ. ABRIL 1,994.

ACTITUD HACIA EL SIDA	No.	%
POSITIVO	134	49
NEGATIVO	29	10
AMBIGUO	63	23
NO SABE	12	4
NO CONTESTO	38	14
TOTAL	276	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION DE ACUERDO A FUENTE DE INFORMACION
EN POBLACION ESTUDIANTIL, NIVEL DIVERSIFICADO
DEL DEPARTAMENTO DE SACATEPEQUEZ.
ABRIL 1,994.

FUENTE DE INFORMACION	No. DE ESTUDIANTES	%
INSTITUTO	160	58
TELEVISION	96	34
PRENSA	72	26
FOLLETOS	60	22
CON AMIGOS	32	11
RADIO	24	9
HOGAR	24	9
REVISTAS	20	7
OTROS	32	12

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION DE ACUERDO A CONTACTO SEXUAL Y
 EDAD DE INICIO POR SEXO, EN POBLACION
 ESTUDIANTIL, NIVEL DIVERSIFICADO
 DEL DEPARTAMENTO DE SACATEPEQUEZ.
 ABRIL 1,994.

:-----:-----:-----:																	
: CONTACTO :		: EDAD DE INICIO DE CONTACTO SEXUAL :						: :									
: :		: F :		: M :		: TOTAL :		: % :									
:-----:-----:-----:																	
: SEXUAL :		: 10-15 : % :		: 15-19 : % :		: 20-24 : % :		: :									
:-----:-----:-----:																	
: SI	:	12	:	4	:	60	:	22	:	8	:	3	:	80	:	29	:
: NO	:	104	:	38	:	52	:	19	:	40	:	14	:	196	:	71	:
:-----:-----:-----:																	
TOTAL	:	116	:	42	:	102	:	41	:	48	:	17	:	276	:	100	:
:-----:-----:-----:																	

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 7

DISTRIBUCION DE ACUERDO A CONTACTO SEXUAL Y
 CREDO RELIGIOSO, EN POBLACION ESTUDIANTIL
 NIVEL DIVERSIFICADO DEL DEPARTAMENTO
 DE SACATEPEQUEZ. ABRIL 1,994.

:-----:-----:-----:																				
: CON- :		: CREDO RELIGIOSO :						: :												
: TACTO :		: EVAN. :		: MORM. :		: OTRO :		: TOTAL : % :												
:-----:-----:-----:																				
: SEXUAL:CAT. :		: % :		: % :		: % :		: % :												
:-----:-----:-----:																				
: SI	:	2	:	0.7	:	78	:	28.3	:	0	:	0	:	0	:	0	:	80	:	29
: NO	:	102	:	37	:	64	:	23	:	10	:	4	:	20	:	7	:	196	:	71
:-----:-----:-----:																				
: TOTAL	:	104	:	37.7	:	142	:	51.3	:	10	:	4	:	20	:	7	:	276	:	100
:-----:-----:-----:																				

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 8

DISTRIBUCION DE ACUERDO A NUMERO DE PAREJAS SEXUALES
CON LOS QUE HAN COMPARTIDO Y ESTADO CIVIL,
EN POBLACION ESTUDIANTIL, NIVEL
DIVERSIFICADO DEL DEPARTAMENTO DE
SACATEPEQUEZ. ABRIL 1,994.

No. DE PAREJAS: QUE TUVO COMO PAREJA SEXUAL	ESTADO CIVIL						TOTAL	%
	CASADO: %	SOLTERO: %	UNIDO: %					
CON UNA PERSONA	2	3	63	78	3	4	68	85
CON DOS PERSONAS	1	1	6	8	1	1	8	10
CON MAS DE DOS PERSONAS	1	1	3	4	0	0	4	5
TOTAL	4	5	72	90	4	5	80	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 9

DISTRIBUCION DE ACUERDO A USO DE PRESERVATIVO, DE QUIENES
HAN TENIDO CONTACTO SEXUAL, EN POBLACION
ESTUDIANTIL NIVEL DIVERSIFICADO, DEL DEPARTAMENTO
DE SACATEPEQUEZ. ABRIL 1,994.

USO DE CONDON	NUMERO	%
SIEMPRE	56	70
ALGUNAS VECES	8	10
NUNCA	16	20
TOTAL	80	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 10

DISTRIBUCION, DE ACUERDO A VISITA DE PROSTITIBULOS,
EN POBLACION ESTUDIANTIL, NIVEL DIVERSIFICADO
DEL DEPARTAMENTO DE SACATEPEQUEZ.
ABRIL 1,994.

VISITA PROSTITIBULOS	NUMERO	%
SI	12	4
NO	216	78
NO CONTESTO	48	18
TOTAL	276	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 11

DISTRIBUCION DE ACUERDO A USO DE DROGAS, EN
POBLACION ESTUDIANTIL, NIVEL DIVERSIFICADO
DEL DEPARTAMENTO DE SACATEPEQUEZ.
ABRIL 1,994.

CONSUMO DE DROGAS	No.	%
TOMADA	4	1
INHALADA	0	0
INYECTADA	0	0
NUNCA	212	77
NO CONTESTO	60	22
TOTAL	276	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 12

DISTRIBUCION DE ACUERDO A NUMERO DE FACTORES DE RIESGO, EN POBLACION ESTUDIANTIL, NIVEL DIVERSIFICADO, DEL DEPARTAMENTO DE SACATEPEQUEZ. ABRIL 1,994.

NUMERO DE FACTOR DE RIESGO	NUMERO	%
1 - 2	56	70
3 - 4	14	17
5	10	13
TOTAL	80	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 13

DISTRIBUCION DE ACUERDO A ACEPTACION, SER PROMOTOR DE PREVENION DEL SIDA, EN POBLACION ESTUDIANTIL, NIVEL DIVERSIFICADO DEL DEPARTAMENTO DE SACATEPEQUEZ. ABRIL 1,994

PROMOTOR DE PREVENION	NUMERO	%
SI	224	81
NO	24	9
NO CONTESTO	28	10
TOTAL	276	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

VII ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre la transmisión del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), en estudiantes de educación media, nivel diversificado de Institutos Nacionales de la Cabezera Departamental de Sacatepéquez, durante el mes de Abril de 1,994.

Podemos observar la distribución objeto de estudio, en el cual 276 jóvenes representa el 100%, de los cuales el 42% (116), pertenecen al sexo femenino y 58% (160) al sexo masculino. El 87% corresponde al grupo etáreo comprendido entre 15-19 años, el 9% de 20-24 años y 4% de 25-29 años. (ver cuadro No. 1)

De la muestra total el 52% (144), pertenece a la cabecera departamental de Sacatepéquez, el 44% (120) de Chimaltenango y el 4% (12) de otra cabezera ver cuadro No. 2)

En cuanto a conocimientos en relación al SIDA, los componentes de la cadena epidemiológica (ver cuadro No. 3), observamos que en la causalidad del SIDA, el 35% tiene conocimiento correcto, el 25% parcialmente correcto, el 22% desconoce la enfermedad y el 18% no contestó, como se puede dar cuenta que el gran porcentaje no sabe, qué es el SIDA, esto refleja una información incompleta, y es donde se debe reforzar la información.

Respecto a la transmisión, el 60% tiene conocimiento correcto, el 29% parcialmente correcto, el 7% desconoce y el 4% no contestó. Se observa que en este componente sólo un bajo porcentaje (7%), tiene conocimiento superficial hacia el SIDA ya que la mayoría contestó que por transfusiones de sangre o tener contacto sexual con persona promiscuas, se corre el riesgo de contraer el VIH, pero a pesar del buen conocimiento en este componente no existe relación con los conocimientos de prevención como se verá adelante.

De las personas que tienen más susceptibilidad de contraer el SIDA, el 23% tiene conocimiento correcto, el 57% conocimiento parcial, el 6% desconoce quienes tienen el riesgo y el 14% no contestó. De este alto porcentaje (57%) de la población en estudio, están conscientes que las personas promiscuas son los que están en mayor riesgo de contraer la enfermedad del SIDA.

Respecto al tratamiento, el 78% sabe que no tiene cura y el resto admitió desconocer si es curable. Nos damos cuenta que en este aspecto tienen información.

Respecto a la prevención, el 35% tiene conocimiento correcto, el 54% tiene conocimiento parcial y el 11% desconoce. Se observa que al tener conocimiento parcial en la prevención de esta enfermedad, constituye un factor de riesgo para el contagio del VIH.

En general, la población tiene un mayor índice de

conocimientos en la transmisión y tratamiento y menos conocen de causalidad, susceptibilidad y prevención.

Del anterior nos damos cuenta de la necesidad de reeducar a la población adolescente, sobre programas educativas en relación al SIDA, para reforzar sus conocimientos, haciendo énfasis en los aspectos que desconocen.

De las actitudes es importante señalar que se tomó positivo, cuando el encuestado exprese elementos comprensivos, como apoyo, busca de ayuda o ir al médico; negativo, cuando hay rechazo, aislamiento o abandono y ambiguo cuando es incapaz de definir actitud positiva o negativa.

Las actitudes de los estudiantes encuestados en relación al enfermo de SIDA (ver cuadro No. 4), el 49% es positivo, el 10% es negativa, el 23% ambiguo, el 14% no contesto y el 4% no sabe. Los estudiantes que respondieron positivamente, mencionaron la necesidad de brindar apoyo psicológico y moral, así mismo le diría que buscara información sobre el SIDA, y si fuera el encuestado, el enfermo de SIDA, buscaría ayuda psicológica y moral, para aceptar la formación de una nueva identidad y buscar información sobre la enfermedad.

De lo anterior nos damos cuenta que el alto porcentaje (49), la actitud hacia el SIDA es positiva y solo el 10% tuvieron actitud negativa, los cuales son susceptibles a un cambio a través, de una educación adecuada.

Respecto a los medios por los que el estudiante se ha informado sobre el SIDA, el 58% se informó en el Instituto, que fué la mayoría, la televisión con el 34%, la prensa el 26%, folletos el 22%, con amigos el 11%, la radio el 9%, el hogar el 9% y revistas el 7%. Nos damos cuenta que los maestros de los Institutos han sido los informantes de mayor cobertura y esto ha influido en los resultados sobre sus conocimientos y actitudes. (ver cuadro No. 5)

En cuanto a prácticas solo el 29% (80) de la población manifestó haber tenido contacto sexual, de los cuales el 4% (12), es del sexo femenino y el 25% (68) del sexo masculino. (ver cuadro No. 6)

De la población que admitió haber tenido contacto sexual 29% (80), el 4% tuvo el primer contacto sexual entre los 10-15 años, el 22% entre los 15-19 años y el 3% entre los 20-24 años.

De lo anterior nos damos cuenta que mientras aumenta la edad se invierte el predominio del contacto sexual. Así los adolescentes que inician una actividad sexual precos y no tienen en cuenta la responsabilidad que conllevan tal hecho, crea situaciones médicas importantes derivadas de la mayor precosidad en las relaciones sexuales y sin adecuado conocimiento sobre las medidas preventivas ésto ha aumentado notablemente el número de embarazos en los adolescentes. (ver cuadro No. 6).

De la población que admitió haber tenido contacto sexual 29% (80), el 0.7% pertenece al credo religioso católico y el 28% al credo religioso evangélico. Nos damos cuenta que toda esta población pertenece a un credo religioso. (ver cuadro No.7).

De los que han tenido contacto sexual (80) y de acuerdo a número de parejas sexuales co los que han compartido, el 85% admitieron tener actividad sexual con una sola pareja, por lo tanto no están en riesgo de contraer el VIH. El 10% se consideró promiscuo. Definiendo promiscuidad, aquel individuo que mantiene actividad sexo-erótica genital compartida, con más de un compañera o compañero. De éste 10%, el 1% es casado, el 8% es soltero y el 1% es unido. El 5% que resta admitió tener más de dos parejas sexuales, de los cuales el 1% es casado y el 4% es soltero. Nos damos cuenta que la población soltera es más promiscua, y esto constituye un factor de riesgo para el contagio del VIH, por lo que es importante la educación en esta población. (ver cuadro No. 8)

Respecto al uso de preservativos o condón, de quienes han tenido por lo menos un contacto sexual (80), el 76% (56) siempre lo usa, el 10% (98) algunas veces lo usa y el 20% (16) nunca lo usa. El no uso del preservativo para este estudio fue expresado bajo el excusa de que "no se siente lo mismo", por otro lado el uso del preservativo en nuestra sociedad está ligado a medidas anticonceptivas más que a la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y SIDA. (ver cuadro No. 9)

De quienes frecuentaron a trabajadoras del sexo, sólo un 4% manifestó visitarlas, el 78% no lo hace y el 18% no contestó. Evidencia el alto porcentaje (78%) que no lo visitan, por lo tanto, no están expuestos a contraer la enfermedad del SIDA y sólo el bajo porcentaje se vincula estrechamente a enfermedades de transmisión sexual y SIDA. (ver cuadro No. 10).

Del total de la población, el uso de drogas fue admitido solamente por el 1% (4), que hace uso tomado y es quienes tienen el riesgo de contraer el VIH, ya que bajo los efectos los puede conducir a tener prácticas sexuales promiscuas. (ver cuadro No. 11)

En cuanto a estudiantes que están en riesgo de contraer el VIH (80), el 70% tiene de una a dos factores de riesgo, el 17% de tres a cuatro factores de riesgo y el 13% de cinco factores de riesgo. Esto evidencia que el mayor número de estudiantes están en mínimo riesgo y es en esta población donde se debe dar mayor información sobre la enfermedad del SIDA, ya que con mayor número de factores de riesgo, están expuestos a mayor susceptibilidad de contraer el VIH. (ver cuadro No. 12)

En cuanto a los estudiantes que están de acuerdo a ser promotor de prevención del SIDA en su comunidad, el 81% del total

de la población está de acuerdo, mientras el 9% no lo están y el 10% no contestó. Esto obliga a informar profundamente a los adolescentes sobre el SIDA, para conscientizarlos, que la educación sanitaria es actualmente el único medio de prevención del que se dispone para hacer frente a la enfermedad del SIDA. (ver cuadro No.13)

IX CONCLUSIONES

- 1- El 42% de la población en estudio es del sexo femenino y el 58% es del sexo masculino. De los cuales el 87% del total de la población se encuentra en el grupo etáreo de 15-19 años y el 98% de la población pertenece al estado civil soltero.
- 2- En un análisis global de la población se encontró que, lo que más se conoce es sobre transmisión y tratamiento y lo que menos se conoce es sobre causalidad, susceptibilidad y prevención, lo cual es sumamente preocupante y donde se debe brindar mayor información.
- 3- El 49% de la población en estudio, presentó una actitud positiva y el 10% una actitud negativa, el resto son ambiguos o no contestaron. Esto evidencia que existe una actitud de apoyo social hacia el enfermo y la enfermedad de SIDA.
- 4- El 58% de la población en estudio, se han informado sobre el SIDA, en el Instituto donde estudian, siendo los maestros la fuente de información importante para estos adolescentes, por lo que es necesario capacitar constantemente al personal que labora en estos centros. De la televisión se informó el 34% y la radio el 9%, a pesar del acceso que tiene la población sobre estos medios.
- 5- De la población estudiada, el 29% admitió haber tenido contacto sexual, de los cuales el 4% es del sexo femenino y 25% del sexo masculino, siendo el 22%, tuvo el inicio de primer contacto sexual entre los 15-19 años con mayor frecuencia.
- 6- De los estudiantes que han tenido contacto sexual (80), el 0.7% pertenece a la religión católica y el 28,3% a la religión evangélica. Esto evidencia que la religión no ha sido una barrera para esta población.
- 7- Del total de la población que admitieron tener parejas sexuales, el 85% tiene una sola pareja sexual, quienes consideran no estar en riesgo de contraer el VIH, el 10% se considero promiscuo, porque tiene dos parejas sexuales y el 5% tiene más de dos parejas sexuales, de esta población la mayoría es soltera, por lo tanto son los que están más expuestos a contraer el VIH.
- 8- El 70% de la población quienes han tenido contacto sexual hace uso siempre del preservativo, El uso está ligado a medidas anticonceptivas más que a la prevención de ETS y SIDA, expresado por los estudiantes.

- 9- De quienes admitieron frecuentar a prostitutas, solamente el 4% respondió visitarlas y sólo este bajo porcentaje está expuesto a contraer ETS y SIDA. Mientras el 78% no lo hacen, por lo que no se consideran estar en el grupo de riesgo.
- 10- En cuanto al uso de drogas, sólo el 1% (4) de la población admitió uso de drogas tomadas. Bajo los efectos pueden llevar a este grupo de población a tener relaciones sexuales promiscuas.
- 11- En cuanto a los estudiantes que están en riesgo (80), el 70% tienen mínimo riesgo de contraer el VIH, ya que sólo están expuestos a una a dos factores de riesgo, mientras el resto tienen más de tres factores de riesgo, que los hace más susceptibles de contraer la enfermedad.
- 12- De los estudiantes encuestados, el 81% admitieron estar de acuerdo a ser promotor de prevención de SIDA en su comunidad y sólo el 9% no está de acuerdo.

X RECOMENDACIONES

- 1- Que se implemente y desarrolle programas específicos de información, educación y prevención sobre el SIDA a personas en edad reproductiva y otros temas de interés social en base a conocimientos, actitudes y práctica, de la realidad en que se halla inmersa la población Guatemalteca.
- 2- Que se promuevan y desarrollen más estudios sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas respecto al SIDA, para comprender y orientar mejor los esfuerzos dirigidos a cambiar los comportamientos, prácticas y/o conducta que favorezca el contagio del VIH.
- 3- Que se organicen y desarrollen programas de orientación y conscientización para los padres, educadores y líderes de la comunidad y en sí para todos los adultos, para informar y educar a los jóvenes sobre sexualidad, drogas y SIDA.
- 4- Se le recomienda a los Institutos, de la Cabecera Departamental de Sacatepéquez, capacitar constantemente al personal que laboran en estos centros para establecer programas continuos y conscientizar a los adolescentes sobre sexualidad, ETS, drogas y SIDA.
- 5- Que el Ministerio de Educación, integre a los currículum de educación escolar secundaria, cursos de educación sexual, el cual ayudará a la población estudiantil, la conducta que deben evitar para proteger de las ETS, drogas y SIDA.

XI RESUMEN

El presente, es un estudio descriptivo observacional sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs), de 276 estudiantes de educación media, nivel diversificado de la Cabecera departamental de Sacatepéquez y aceptaron participar en el estudio, durante el mes de Abril del presente año.

El tamaño de la muestra se calculó de acuerdo a la fórmula estadística sugerida para estudios descriptivos.

Del análisis de información se encontró, que lo que más se conoce es sobre transmisión y tratamiento y lo que menos se conoce es sobre causalidad, susceptibilidad y prevención, por lo que se hace necesario brindar información sobre estos aspectos.

Respecto a las actitudes, el 49% son positivas y el 10% es negativa, el resto son ambiguos o no contestaron.

Del estudio se encontró que el 70% de la población quienes han tenido contacto sexual, siempre hace uso de preveservativo, como anticonceptivo más que a la prevención de ETS y SIDA.

El consumo de drogas fué admitido por sólo el 1% (4) de la población que hace uso de drogas tomadas, por lo tanto está en riesgo de contraer el VIH.

De los factores de riesgo, el 70% de la población que están en riesgo, tienen de uno a dos factores de riesgo, mientras el resto tienen más de tres factores de riesgo, que los hace más susceptibles de contraer el VIH.

Respecto a los medios de comunicación, el 58% de la población en estudio se informó en los Institutos donde estudian, seguido por la televisión en un 34%. Determinándose que el medio de comunicación más importante para esta población estudiantil son los Institutos, por lo que se debe capacitar constantemente a los maestros y de esta manera contribuir a contrarrestar la epidemia.

XII BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alvarado T. SIDA, Consideraciones Históricas, Epidemiológicas, Inmunológicas, Clínicas, Terapéuticas y de control. Rev. Med. Hond., 1985; 53; 177-178 p.p.
- 2.- Alvarez H. Sergio F. Estudio Seroepidemiológico del Virus de la Inmunodeficiencia Humana por medio del Test de Elisa. Tesis, Médico y Cirujano. USAC Guatemala, Agosto 1992. 55 pag.
- 3.- Amézquita, Carlos. Seroprevalencia de Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana en pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmular y/o Extrapulmular. Tesis, Médico y Cirujano. USAC.
- 4.- Asociación Guatemalteca para la prevención y Control del SIDA. Los mitos y las Realidades del SIDA. Guatemala Diciembre 1992. 16 pag. (6,7)
- 5.- Boletín Internacional para Intercambio de Información sobre el SIDA. Accion en SIDA. Junio, 1989 Washington D.C. USA.
- 6.- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Revisión 1987 de la definición CDC OMS de casos de SIDA. 1988 Marzo; 104 (3); 277-286 p.p.
- 7.- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Transmisión Heterosexual del SIDA. 1988; 104 (1); 63 p.p
- 8.- Boletín Epidemiológico de O.P.S. La Situación del SIDA en las Américas. Washington; 1988 16 pag. (Publicación Científica de la OPS vol. 9 No.4.
- 9.- Boletín Internacional sobre Control y Prevención del SIDA. Cuando, porqué y a quién hacer la prueba del VIH. Enero de 1992 No. 14 pag. (7).
- 10.-Bond, Lydia S. Conocimientos del Público sobre el SIDA en el Brasil, República Dominicana, Haití y México. SIDA, Perfil de una Epidemia. Washington, OMS 1989 579-583 pag.
- 11.-Calderón C. E. Creencias Actitudes y Prácticas (CAPs) en Adolescentes, en Grupo de Alto Riesgo con relación al Síndrome de Inmunofeficiencia Adquirida (SIDA). Tesis Médico y Cirujano. USAC, Marzo 1992.
- 12.-CONAVISIDA. El SIDA en Guatemala y su Transmisión en Personas Asintomáticas. Boletín mensual de la Comisión de vigilancia y Control del SIDA. Guatemala, Agosto 1992 4 pag.

- 13.-CONAVISIDA, Boletín Mensual de la Comisión y control del SIDA. El Drama de una Madre con SIDA. Guatemala, mayo de 1992 No. 6 4 pag.
- 14.-Cécil. Tratado de Medicina Interna. Edición Décimoséptima. Editorial Interamericana. México, D.F. 1987 2 tomos.
- 15.-Centro Latinoamericano de Enfermedades y control del SIDA. División de Educación y Adiestramiento. La prueba para Anticuerpos al Virus VIH. Puerto Rico, Julio 1987 8 P.P.
- 16.-Cipriano Florinda. Conocimientos, Actitudes y Prácticas En Pacientes Embarazadas. Tesis, Médico y Cirujano USAC, Guatemala, 1993.
- 17.-Comité de Infecciones Nosocomiales Hospital Roosvelth. Aspectos Eticos del Manejo del Paciente VIH Positivo y del paciente con SIDA. Guatemala, 1990.
- 18.-Craske, Jhon. Boletín Médico de lpp/ippf. La Infección HTL-3 y SIDA, Peligrp de Propagación por Contaco Sexual. Febrero 1986. Vol 20 No.1. 3-4 p.p.
- 19.-De Cook. Kevin M. et al. Rapid and especific diagnosi of HIV and HIV-2 infections an evaluation of testin strategies. AIDS 1990 April, 4; 875-878.
- 20.-Del Busto José A. El Médico Frente al SIDA. Antigua Guatemala, Hosppital Nacional de Antigua. 1990, 173 pag.
- 21.-Díaz J. B. Análisis de la Epidemia del SIDA en Guatemala. Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA. D.G.S.S. Guatemala 1992.
- 22.-Fabián Monzón J. Actitudes y Conductas del Estudiante Universitario de Egreso. Tesis, Médico y Cirujano Universidad de San Carlos de Guatemala, 1991.
- 23.-Gallo R.C. Et al. Inmunologi Alternations in AIDS Wong Staal, F.A. Human T-Lymphotropic Retrovirus (HTLVIII) As the Cause of the Acquired Immunodeficiency Syndrome. Ann. Int. Med. 1985, November 15; 103 (5) 679-689 p.p.
- 24.-Gallo R.C. y L Monyagnier. ALDS en 1988. Sci. Amer., 1988 259; 25-32.
- 25.-Greene Warner. C. The molecular Biology of Human Inmuno deficiency type 1, Infection. The New England Journal of Medicine 1991, January 31.

- 26.-Guatemala, Dirección General de Servicios de Salud. Departamento de Vigilancia Epidemiológica. Normas de Vigilancia Epidemiológica Del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. 1988 Mayo 78-82 p.p.
- 27.-Guerrero S. Detección de Anticuerpos VIH en 500 Emigrantes Guatemaltecos provenientes del área con alta incidencia de SIDA. Tesis, Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala, 1987 66 p.
- 28.-Haward L. Minkoff M.D. Enfermedades por Virus de la Inmunodeficiencia Humana durante el Embarazo. En sus Clínicas de Ginecología y Obstetricia, México Interamericana. McGraw Hill 1990 p 457-629 p.
- 29.-Herrera L. Sub-registro de casos positivos para anticuerpos VIH y casos de SIDA en Guatemala. Tesis, Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala, 1990 52 p.
- 30.-Instituto Panos. SIDA y Tercer Mundo. España 1988, 192p.
- 31.-Jawetz Ernest. Microbiología Médica. Doceava Edición. Ed. El Manual Moderno, México. D.F. 255-2
- 32.-Kramer Françoise. Delayed Diagnosis of Tuberculosis in patiente with Human Immunodeficiency Virus Infection. The American Journal of Medicine. Los Angeles California 1990 October 451-456p.
- 33.-Liskin, L, et al. Breve Historia de SIDA. Populations Reports 1989 Abril; 6 12 p.
- 34.-Mariasy Judith. et al. Nuevos Dilemas para la Mujer, Alerta. 1989 Abril; 5. 2-3 p.
- 35.-Meléndez C. César E. Conocimientos, Actitudes y Prácticas en estudiantes Universitarios en Relación al SIDA. Tesis, Médico y Cirujano. USAC 1992.
- 36.-Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Boletín Epidemiológico. SIDA un problema de Salud Pública. Diciembre 1991; 17-18 p.
- 37.-Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Enfermedades Transmisibles. DGSS. Guatemala Diciembre 1991, Junio 1984-1992.

- 38.-Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Resumen de la Situación del SIDA en Guatemala. Documento para agencias donantes del plan de Medio Plazo. Antigua Guatemala, 1989 Noviembre. 22 p.
- 39.-Morazán Sandra. Creencias, Actitudes y Prácticas sobre el SIDA en mujeres de edad fértil. Tesis, Médico y Cirujano. USAC, Octubre 1991.
- 40.-Organización Mundial de la Salud. Informe de la Reunión Consultiva sobre el SIDA y el lugar de Trabajo.
- 41.-Organización Mundial de la Salud. Directrices para la Asistencia de Enfermería a la personas Infectadas por el VIH. Serie OMS sobre el SIDA, No.3, Guatemala 1988 44 p.
- 42.-Organización Panamericana de la Salud. Transmisión Heterosexual del SIDA. Boletín de la Oficina Sanitaria, Panamericana. 104 (1); 63 Enero 1988.
- 43.-Pape J. et al. Transmisión Perinatal del Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Perfil de una Epidemia. Washington OMS, 1988 71-82 p.
- 44.-Peñas S. Irma C. Conocimientos, Prácticas y Actitudes sobre el SIDA que posee los Cirujanos Dentistas y Mecánicos Dentales. Tesis, Médico Cirujano 1991 40 p.
- 45.-Pezzarosi. Hugo. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Conceptos Actuales. Medicina Interna, Hospital Roosevelt. Guatemala 1990; 30-44 p.
- 46.-_____. Pilot Study o f a Household Survey to determine VIH Seroprevalencia. January 1991; 1-5 p.
- 47.-Populations Reports. El SIDA una crisis de salud Pública en USA. Serie L No. 6 Abril 1977. 43p (6-19).
- 48.-Ranchel. et al. The Natural History of VIH-1 Infection Stnading Classifications of disease. Current Science 1991; 355-364p.
- 49.-Revista Médica. Nivel de Información Sobre el SIDA en Trabajadores de la Salud. María Guadalupe Aguirre, Instituto Mexicano del Seguro Social Vol. 29 No. 5-6 1991.
- 50.-Revista Médica de Panamá. (Infectología). SIDA en panameños. Ricardo R. Et al. Panamá 1986, Vol. 18 No.2 pag. 169-175p.

- 51.-Rodas M. Armando H. Frecuencia del VIH en pacientes de control Prenatal del Hospital Roosevelt. Tesis, Médico y Cirujano USAC. 1990 54p.
- 52.-Solórzano B. Jorge. El SIDA un Problema Mundial. Aprofam. Guatemala 1988 año VIII No.4 27p. (4-5)
- 53.-Súares Ch. Raúl. Et al. Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida, orígenes, Causas y Consecuencias. Mediciencia Editora. Abril 1989, 27-55p.
- 54.-Teleconferencia Panamericana sobre SIDA. Conviviendo con el SIDA. Mayo 1991, Guatemala, Videocassettes.
- 55.-The Medical Letter. Azidotimina para el tratamiento FRL. Noviembre de 1986 Vol. 128 No. 726 30-32p.
- 56.-Toledo L. José A. SIDA Actualización de un problema Contemporánea. Guatemala AGAYC 1992, 103p.
- 57.-Velásquez Lima F. Conocimientos, Actitudes respecto al SIDA de grupos de alto riesgo. Tesis, Médico y Cirujano. USAC 1989.
- 58.-Villatoro Elma. Prevención y Control del SIDA. Enero 1994, Guatemala DGSS 5p.
- 59.-Wignia A. et al. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en lactantes y niños. Anales Nestlé, 1988; 46; 175-199p.

XIII A N E X O S

A N E X O 1

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE EL SIDA,
EN ESTUDIANTES DEL NIVEL DIVERSIFICADO DE LOS INSTITUTOS
NACIONALES DEL DEPARTAMENTO DE SACATEPEQUEZ.

EDAD _____ ESTADO CIVIL _____
SEXO _____ RELIGION _____ LUGAR DE ORIGEN _____
CONOCIMIENTO

1. Qué es para usted el SIDA?
2. Cree usted que puede transmitirse el SIDA?
Sí _____
No _____
Cómo _____
3. Qué personas cree usted que tienen más probabilidad de contraer el SIDA?
4. Cree usted que puede prevenirse el SIDA?
Sí _____
NO _____
Cómo _____
5. Existe Vacuna contra el SIDA?
6. Cree usted que se cura el SIDA?
Sí _____
NO _____
Cómo _____
7. Cómo se sabe que una persona tiene SIDA?
8. Es el SIDA una enfermedad mortal?
9. Puede una mujer embarazada que esté infectada de SIDA transmitírselo a su bebe?
10. Cree que se puede transmitirse el SIDA por agujas previamente utilizadas por una persona infectada?
SI _____
NO _____
11. Dónde ha obtenido información sobre el SIDA?

ACTITUD

1. Si alguien de su familia padeciera de SIDA qué haría usted?
2. Si usted padeciera de SIDA qué haría?
3. Si un su amigo tuviera SIDA cómo se comportaría con él?
4. Cómo se protegería de una persona infectada con SIDA?
5. Qué opina de los niños que están infectados con SIDA?
6. Si su esposo (a), novio (a), adquiere el SIDA qué actitud tomaría ?

PRACTICAS

1. Ha tenido relaciones sexuales?
SI _____ A que edad _____
NO _____
2. Indique con quién ha tenido relaciones sexuales?
Con una persona _____
Con dos personas simultáneamente _____
Con más de dos personas simultáneamente _____
3. A parte de su pareja tiene otro (a), compañero (a), sexual?
4. Usa usted preservativo al tener relaciones sexuales (hombre), su pareja usa preservativo al tener relaciones sexuales (mujer)?
5. Visita los prostibulos?
SI _____
NO _____
6. Ha usado o usa drogas?
a. Tomadas
b. Inhaladas
c. Inyectadas
d. Nunca
7. Si le dieran una capacitación sobre el SIDA en su establecimiento, estaría de acuerdo de ser el promotor de prevención en su comunidad?
SI _____
NO _____

A N E X O 2

MEDICION DE LAS PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO

RESPUESTAS DE LAS PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO QUE SE INCLUIRAN EN LAS SIGUIENTES MEDICIONES.

1. Qué es para usted el SIDA?

La respuesta es correcta si: Es una enfermedad infectocontagiosa que ataca principalmente el sistema de defensa del organismo.

Parcialmente correcta si: Es una enfermedad infectocontagiosa.

Incorrecta si: Es una enfermedad o no sabe el concepto.

2. Cree usted que puede transmitirse el SIDA?

Correcta si: Por medio de agujas contaminadas, de Transfusiones de sangre que estén contaminadas, teniendo contacto sexual con una persona infectada.

Parcialmente correcta si: Conteste solo una alternativa en el inciso COMO.

Incorrecto si: Sin contestar COMO o que responda no sabe.

3. Qué personas cree usted que tiene más probabilidad de contraer el SIDA?

Correcta si: Contesta prostitutas, homosexuales, drogadictos.

Parcialmente correcta si: Si responde solo una alternativa.

Incorrecta si: De otra respuesta o que conteste que no sabe.

4. Cree usted que puede prevenir el SIDA?

Correcta si: Conteste, evitando contacto sexual con personas infectadas, no utilizando agujas contaminadas, evitando trasfusiones de sangre contaminada y tener conocimiento adecuado sobre el SIDA.

Parcialmente correcta si: Si en el inciso COMO, que conteste una alternativa.

Incorrecta si: Sí, y en el inciso COMO no conteste, o que dé otra respuesta.

5. Existe vacuna contra el SIDA?

Correcta si contesta NO

Incorrecta si contesta SI

6. Cree usted que se cura el SIDA?
Correcta si responde NO
Incorrecta se responde SI

7. Cómo se sabe que una persona tiene SIDA?
Correcta si: Responde, porque presente diarrea crónica, tos crónica, enfermedades de la piel y al hacerle laprueba es positivo.

Parcialmente correcta si: Responde solo una alternativa

Incorrecta si: De alguna otra respuesta.

8. Es el SIDA una enfermedad mortal?
Correcta si Responde SI
Incorrecta si Responde NO u otra alternativa.

9. Puede una mujer embarazada que esté infectada de SIDA transmitírselo a su bebé?
Correcta si: Responde SI
Incorrecta si: Responde NO o cualquier otra respuesta.

10. Cree que se puede transmitirse el SIDA por agujas previamente utilizadas por una persona infectada?
Correcta si: Responde SI
Incorrecta si: Responde NO.