

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y CONDUCTA SOBRE "SIDA"
(SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA ADQUIRIDA)
EN NIÑAS DE LA CALLE.**

Estudio Descriptivo Transversal en Niñas de la
Calle, de la Institución "Solo para Mujeres"
de la Ciudad de Guatemala, Marzo de 1994.
Guatemala.

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

LILIAN CAROLINA RAMIREZ CASTELLANOS

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, MARZO DE 1994.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

DL
05
+(7007)

Guatemala, 11-3-1994

Dr. Edgar de León
Coordinador del comité de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos
Presente.

Estimado Doctor:

Por este medio hago de su conocimiento que he revisado el informe final de la Br. Lilian Carolina Ramirez Castellanos con carnet: 8812684, Titulado: " CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y CONDUCTA SOBRE "S I D A" (SINDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA HUMANA) EN NIÑAS DE LA CALLE ", el cual considero llena los requisitos para su aprobación.

Atentamente,

B. Garcia
Lic. Betty Garcia
Directora General

**Centro Educativo
"Solo para Mujeres"**
6a. Av. 2-67 "A", Zona 2
Tels.: 532537 - 538488
Guatemala, C. A.



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 15 de marzo
DIF-024-94

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 LILIAN CAROLINA
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
RAMIREZ CASTELLANOS Carnet No. 88-12684
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y CONDUCTA SOBRE "SIDA" (SINDROME DE INMUNO-
DEFICIENCIA HUMANA ADQUIRIDA) EN NIÑAS DE LA CALLE

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 cien-
tífica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Asesor
Firma y sello personal

Manuel V. Morales L.
MEDICO Y CIRUJANO
COL. 7889


Firma del estudiante


Revisor
Firma y sello

Registro Personal 4608

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: LILIAN CAROLINA RAMIREZ CASTELLANOS

Carnet Universitario No. 88-12684

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y CONDUCTA SOBRE "SIDA" (SINDROME DE INMUNO-DEFICIENCIA HUMANA ADQUIRIDA) EN NIÑAS DE LA CALLE"


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

ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 15 de marzo 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. Ernesto Cabrera Franco
D E C A N O

I N D I C E

<i>I.</i>	<i>INTRODUCCION</i>	<i>1</i>
<i>II.</i>	<i>DEFINICION DEL PROBLEMA</i>	<i>2</i>
<i>III.</i>	<i>JUSTIFICACION</i>	<i>4</i>
<i>IV.</i>	<i>OBJETIVOS</i>	<i>5</i>
<i>V.</i>	<i>REVISION BIBLIOGRAFICA</i>	<i>6</i>
<i>VI.</i>	<i>MATERIALES Y METODOS</i>	<i>25</i>
<i>VII.</i>	<i>PRESENTACION DE RESULTADOS</i>	<i>28</i>
<i>VIII.</i>	<i>ANALISIS DE LOS RESULTADOS</i>	<i>41</i>
<i>IX.</i>	<i>CONCLUSIONES</i>	<i>45</i>
<i>X.</i>	<i>RECOMENDACIONES</i>	<i>46</i>
<i>XI.</i>	<i>RESUMEN</i>	<i>47</i>
<i>XII.</i>	<i>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</i>	<i>48</i>
<i>XIII.</i>	<i>ANEXOS</i>	<i>54</i>

I. INTRODUCCION

La muestra es una sociedad, en la que se encuentra una serie de circunstancias desfavorables para la población en general, principalmente para grupos marginados socialmente como lo es para las llamadas "niñas de la calle", que se ven expuestas a todo tipo de enfermedades, en este trabajo se pretende en particular establecer el conocimiento, actitudes y conductas sobre SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Humana) en las niñas de la calle. El mismo, se determinó por considerar que esta es una sociedad de oportunidades, en la que instituciones como ésta pueden ofrecer educación específica, tomando en cuenta los derechos de la menor, principalmente si es de la calle.

En el trabajo se buscó establecer patrones seguidos por las menores, mediante preguntas concretas, que abarcan tanto aspectos de conocimiento sobre la enfermedad en general como aspectos preventivos y su actitud ante situaciones que para algunos es solo teoría pero que para ellas es práctica en su vida diaria.

Además este es un grupo que día a día crece, y por lo mismo se pretende dar a conocer los puntos en contra; para la búsqueda de soluciones, y de esta manera lograr que el riesgo sea menor.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

El SIDA es una situación de emergencia, especialmente en el mundo en vías de desarrollo. Mientras que la cura o las vacunas, en el mejor de los casos, pueden estar a muchos años de distancia, la ansiedad de personas infectadas con el VIH está aumentando rápidamente. (8)

Desde el año 1990 hasta 2000, se espera que el número de personas infectadas por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia humana) se cuadruplique de aproximadamente 10 millones hasta 40 millones, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS). La mayoría de las nuevas infecciones ocurrirán entre heterosexuales y "niños". (8)

El contacto sexual es la vía principal de transmisión del VIH por consiguiente, la mayor manera de reducir la transmisión del VIH es modificando los comportamientos sexuales que transmiten el virus.

La enfermedad grave muestra un cuadro clínico de variadas manifestaciones, caracterizado por inmunodeficiencia celular subyacente, específicamente a nivel de Linfocitos T ayudadores o auxiliares, que es causada por un retrovirus; por lo que el individuo queda expuesto a una serie de infecciones de carácter oportunista, malignidades y otras afecciones letales en este caso.

El SIDA como manifestación mas severa de la infección por el VIH constituye la más importante epidemia a nivel mundial de nuestros días, por su alarmante propagación y falta de tratamiento curativo o profiláctico; causando reacciones letales en aspectos sociales, científicos y económicos.

A nivel mundial, los niños constituyen entre el 5-10% de los casos notificados de SIDA, alcanzado para abril de 1991,

más de 1 millón expresado en números brutos. (26)

La estructura de una comunidad o grupo de individuos, afecta su comportamiento y desenvolvimiento en la sociedad en este caso, el de las "Niñas de la Calle" considerando como tales a todas las niñas y adolescentes que como tal viven en la calle en forma transitoria o permanente, cuyos vínculos familiares son frágiles o inexistentes, que sufren agresividades y rechazos por parte de la sociedad, asumiendo a prematura edad la responsabilidad de su sobrevivencia, siendo esto consecuencia del sistema social. (35)

Lo anterior hace que la menor se vea expuesta a una serie de situaciones que la llevan a conductas eminentemente desfavorables, tal es el caso de la prostitución, drogadicción, a su vez estos y otros más, constituyen factores de gran riesgo para la adquisición; no sólo de SIDA, sino de cualquier tipo de Enfermedad Transmisibile Sexualmente (ETS).

Si se toma en cuenta que, se calcula que de 1,500 a 5 mil niños y niñas son calificados como "de la calle", y de estas el 33.7% son mujeres (32), sumado a los riesgos antes mencionados, considero que el conocimiento que las mismas tienen sobre el SIDA, así como sus actitudes ante tal situación, constituyen un problema de verdadera importancia social, cultural y preventivo.

III. JUSTIFICACION

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, es una enfermedad que ha cobrado carácter de pandemia.

La forma más grave del SIDA tiene un porcentaje muy alto de mortalidad, alcanzando un promedio del 40% al 50% a los dos años del diagnóstico de SIDA, en los países desarrollados. En Guatemala, se ha observado que las defunciones llegan a un 60% de los pacientes diagnosticados en los primeros dos años.

La presencia de la mayoría de las enfermedades de transmisión sexual, se relacionan con el nivel socioeconómico, edad, sexo, raza, nivel de educación, factores todos que influyen en el comportamiento sexual, la conducta hacia la enfermedad y la disponibilidad de atención médica. El SIDA como enfermedad no respeta ninguno de los estratos antes mencionados, aunque el comportamiento sexual es determinante.

Es también una causa que rápidamente está alcanzando niveles alarmantes de morbilidad y mortalidad en el grupo infantil, motivado principalmente por el estilo de vida que ha producido una variación en el patrón de contagio, al dominar en heterosexuales, esto sumado a otros factores a los que se ve expuesta la niña de la calle como el uso de drogas intravenosas y las relaciones sexuales a muy temprana edad y de forma promiscua.

(26)

La evaluación del conocimiento de esta enfermedad, así como las actitudes que la niñas muestren ante esta alarmante situación, constituye el punto de partida para la medicina preventiva en este grupo socialmente marginado, que diariamente se ve expuesto a la adquisición del VIH.

IV. OBJETIVOS

A. GENERALES:

1. *Evaluar el conocimiento que tienen las niñas de la calle en la institución "Sólo para mujeres".*
2. *Contribuir con este estudio, a los ya realizados, con las diferentes instituciones o personal que ejecuta este tipo de investigaciones.*

B. ESPECIFICOS:

1. *Determinar cuáles son las actividades y conductas de las niñas de la calle ante el SIDA.*
2. *Proponer programas o actividades, con este grupo de niñas, a fin de ampliar el conocimiento que tengan al respecto.*
3. *Proponer específicamente medidas de prevención y control de la enfermedad, en esta institución, mediante plan educacional.*
4. *Crear un documento informativo y de interés para médicos y personal en formación.*

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

HISTORIA:

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), no ha provocado una sino tres epidemias mundiales interrelacionadas: la infección por el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el SIDA propiamente dicho, y las reacciones y respuestas sociales, culturales, económicas y políticas a las dos primeras epidemias.

La primera epidemia se inició en los años setenta y aún continúa extendiéndose, es la pandemia resultante de infecciones por el VIH. En 1988 se calculaba que había entre 5 y 10 millones de personas infectadas por el virus en todo el mundo, siendo inevitable la ulterior propagación del VIH.

La segunda epidemia es la de la enfermedad SIDA. Aunque identificado por primera vez en los Estados Unidos de América en 1981, el SIDA se había manifestado ya en varias partes del mundo a fines de los años setenta. Al considerar únicamente los casos de SIDA se puede obtener una idea equivocada de la gravedad del problema, pues como el Síndrome aparece algunos años después de la infección por el VIH, los casos actuales reflejan el nivel de la infección por el VIH que existía 3 a 5 años atrás o incluso antes.

Se estima que por cada caso de SIDA puede haber entre 25 y 100 personas infectadas por el VIH.

En todo el mundo se esta observando un aumento constante del número de casos de SIDA. Cálculos iniciales estimaban que del 20% al 30% de las personas infectadas por el virus, desarrollarían SIDA en los cinco años siguientes.

La tercera epidemia constituida por la intensa reacción

mundial suscitada por el SIDA y el VIH, acaba de empezar. El miedo y la ignorancia están teniendo graves consecuencias en los planos personal, familiar y social. Atacando principalmente al grupo de edad entre 20 y 49 años, al privar a la comunidad de sus miembros más productivos, pone en grave peligro el desarrollo social y económico e incluso la estabilidad política. Debido a que el número de casos de SIDA seguirá aumentando sin tregua en los próximos años, las consecuencias económicas, sociales, políticas y culturales serán dramáticas. (29)

En vez de reconocer que el SIDA es un problema mundial, múltiples grupos a todos nivel siguen tendiendo a estigmatizar a ciertos grupos, razas y nacionalidades; como consecuencia, el VIH y el SIDA pueden convertirse en una amenaza para los valores fundamentales de la sociedad. (4,27)

La OMS, consideró que en 1992 la epidemia de SIDA afectó globalmente cerca de 450,000 personas y estimó que entre 9 a 11 millones de personas estaban infectadas por el virus. (29)

Han transcurrido ya diez años desde que el primer caso de SIDA fue reportado a las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, cuando en 1984 el SIDA era una entidad prácticamente desconocida en Guatemala; desde entonces los avances para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en nuestro medio han sido muy lentos. En los últimos años se ha observado un mayor interés, con el surgimiento de organizaciones no gubernamentales (ONG). (11)

Desde 1984 hasta octubre de 1993 se reportaron 467 casos de SIDA en Guatemala, el reporte más bajo de la región centroamericana en relación al número de habitantes. La Asociación Guatemalteca para la prevención y Control del SIDA a través de cinco estudios prospectivos realizados en diferentes grupos poblacionales entre enero de 1990 y junio de 1991, ha reportado que la seroprevalencia promedio es de 0.58% para la infección por el

VIH. (2)

ETIOLOGIA:

Los VIH son retrovirus de la subfamilia Lentivirus. Su clasificación esta basada en la morfología y características del genoma y del ácido nucléico.

Son reconocidos dos tipos de VIH: VIH TIPO I, fue aislado inicialmente en pacientes con SIDA y es responsable de la mayoría de la pandemia global del SIDA. Este ha sido aislado de personas de las américas, Europa, Africa, Asia, y Oceanía.

VIH TIPO II ha sido identificado en personas del oeste de Africa. Este tiene aproximadamente 40% de la secuencia de nucleótidos homóloga con la del VIH TIPO I y es menos patógena contra los linfocitos CD4 in vitro.

EPIDEMIOLOGIA:

Por diversas razones los casos declarados de SIDA constituyen solamente la "punta del iceberg". Primero, muchos casos no son reconocidos como tales. Donde no existen servicios de diagnóstico, puede esperarse que los casos pasen inadvertidos. Segundo, los casos de SIDA sólo se reportan cuando se cumplen ciertos criterios establecidos. Sin embargo, la inmunodeficiencia característica del SIDA puede dar origen a muchas otras enfermedades graves que pueden no ser reportadas o incluso no identificarse como relacionadas con el SIDA. Tercero, la mayoría de personas que ya están infectadas con el virus que causa el SIDA pueden no manifestar los síntomas hasta varios años después de haber contraído la infección.

Se reconocen tres tipos epidemiológicos de difusión del VIH aceptados a nivel mundial que son:



Tipo I HOMOSEXUALES

Tipo II HETEROSEXUALES

Tipo III Inicialmente patrón HOMOSEXUAL seguido de patrón HETEROSEXUAL.

TIPO I: En las zonas del tipo I, la mayor parte de los casos se observan entre varones homosexuales o bisexuales y entre usuarios de drogas por vía Intravenosa. La transmisión en gran escala del VIH parece haberse iniciado a fines de los años setenta. Este tipo es característico de ciertos países industrializados con gran número de casos notificados de SIDA. En particular en América del Norte, Europa Occidental, Australia, Nueva Zelanda y América Latina.

TIPO II: En las zonas de tipo II, la mayor parte de los casos se registran en heterosexuales. La proporción entre casos masculinos y femeninos es de 1:1. En consecuencia es frecuente la transmisión perinatal. La transmisión es en gran escala desde los años setenta.

TIPO III: En las zonas del tipo III la introducción del VIH parece datar de principios o mediados de los años ochenta. Sólo se ha notificado cifras bajas de casos. Actualmente se registra transmisión homosexual y heterosexual.

GUATEMALA parece ir tomando el tercer tipo de difusión de la infección, lo cual nos hará esperar en el futuro próximo un número cada vez mayor de mujeres afectadas y por lo tanto el apareamiento del SIDA pediátrico con todas sus consecuencias sociales y económicas. (2)

Este viraje del curso de la enfermedad se ha observado a partir de 1987 y ha alcanzado primordialmente al grupo en edad reproductiva. (11)

A partir de 1990, se ha reportado incremento de casos de

infección por VIH y otras ETS (hepatitis B, gonorrea, sífilis y otros tipos de lesión genital ulcerativa). Diversos estudios epidemiológicos han demostrado que las personas con historia previa de ETS tienen riesgo relativo mayor para la adquisición de infección por VIH, especialmente si pertenecen a grupos de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y heterosexuales que tienen múltiples parejas sexuales, probablemente porque las conductas sexuales que incrementan el riesgo de adquirir cualquier ETS, también incrementa el riesgo para adquirir VIH y SIDA. (8,11)

LOS NIÑOS Y LA INFECCION POR EL VIH:

En todo el mundo se está observando que el número de niños infectados por el VIH va en aumento. La infección del niño se produce por alguno de los siguientes mecanismos:

- a. Por haber nacido de una madre seropositiva (transmisión perinatal).
- b. Por exposición a sangre o productos sanguíneos contaminados (transmisión parenteral).
- c. Por perforaciones de la piel (tatuajes, agujas contaminadas).
- d. Por contacto sexual.

EPIDEMIOLOGIA DEL SIDA EN NIÑOS:

A nivel mundial los niños constituyen entre el 5 y 10% de los casos notificados de SIDA, alcanzado para Abril de 1991 mas de 1 millón, expresado en números brutos. Ataca con mayor frecuencia a hispanos y negros. La transmisión perinatal (durante el embarazo y parto) es variable, pues se ha reportado entre un 11 a 70% con un promedio de 30%; esto quiere decir que de

cada 100 niños nacidos de mujeres infectadas con el VIH 30 ya están contagiados, variando entre 11 y 70.

CLASIFICACION DEL SIDA EN NIÑOS:

Existen 3 grandes grupos en la clasificación de la infección por el VIH en niños menores de 13 años.

CLASE P 0: INFECCION INDETERMINADA:

Se da en niños menores de 15 meses de edad cuyo examen de sangre es positivo para anticuerpos del virus VIH pero que no presentan molestias ni señales de la infección.

CLASE P 1: INFECCION ASINTOMATICA:

Niños mayores de 15 meses cuyo examen de sangre es positivo para anticuerpos del virus VIH, sin síntomas ni señales.

CLASE P 2:

Niños mayores de 15 meses con examen de sangre positivo para anticuerpos del virus VIH que presentan signos y/o síntomas de inmunodeficiencia.

INFECCION:

La infección con el virus de Inmunodeficiencia Humana, se presenta de muchas formas. Desde la falta total de síntomas, hasta ligero malestar, desórdenes neurológicos debilitantes y enfermedad mortal. El SIDA constituye la etapa final de la infección. Existen muchas más personas infectadas con el virus que las que muestran síntomas de la enfermedad. Todavía se desconoce cuántas personas asintomáticas mostrarán los **síntomas** del SIDA y cuántas contraerán la enfermedad, pero los expertos consideran que la mayoría de los individuos infectados desarrollarán ultimamente síntomas atribuibles a la infección, ya que la cura de la infección no ha sido posible en ningún caso y el deterioro de los linfocitos T CD-4 positivo es progresivo

e irreversible en todo paciente infectado.

La infección comienza cuando el VIH entra en el torrente sanguíneo y estimula una reacción inmunológica y el desarrollo de anticuerpos. La presencia de estos anticuerpos (seropositividad) suele ser indicio de que existe infección. La mayoría de las personas infectadas no presentan síntomas pero pueden transmitir el virus a otros.

La mayoría de las personas que contraen la infección desarrollan anticuerpos sin ningún síntomas inmediato. (21) Una minoría experimenta una enfermedad de corta duración, semejante a la mononucleosis o síntomas neurológicos agudos, ello ocurre alrededor de dos a cinco semanas después del comienzo de la infección, aunque en una pequeña minoría puede transcurrir un lapso de seis meses o más. (11,25,28)

En el estado asintomático del portador, la persona infectada tiene anticuerpos, pero no presenta señales manifiestas de la enfermedad. Las pruebas de laboratorio pueden mostrar un número reducido de linfocitos T inductores, llamados también linfocitos T-4, leucocitos especializados que ayudan a combatir infecciones.

No está claro por cuanto tiempo pueden las personas infectadas mantenerse asintomáticas, dado que suele ser imposible determinar con certeza cuando comenzó la infección.

La infección más grave con VIH se manifiesta cuando las personas con anticuerpos virales desarrollan síntomas. Estos síntomas se han calificado como linfadenopatía persistente generalizada, síndrome de linfadenopatía, pródromo de SIDA, condiciones relacionadas con el SIDA, SIDA menor y complejo relacionado con SIDA. La linfadenopatía persistente es una inflamación de los ganglios linfáticos en dos zonas extrainguales, por un período de más de tres meses.

La linfadenopatía persistente generalizada puede ocurrir sola o acompañada de sudores nocturnos, fiebre, diarrea, pérdida de peso corporal, fatiga e infecciones poco comunes como candidiasis bucal e infección por herpes zoster.

El SIDA constituye la etapa final de la infección con el VIH. Se caracteriza por infecciones oportunistas que ponen en peligro la vida del individuo (infecciones que padecen sólo las personas con inmunodeficiencia) y cánceres que ocurren en individuos que de no haber mediado tal circunstancia sufren defectos inexplicados en el sistema inmunológico.

El espectro de infecciones oportunistas y otros síntomas de los enfermos de SIDA varía en diferentes regiones y suele reflejar las infecciones que imperan en dichos lugares. En Haití y África las infecciones oportunistas más comunes son Tuberculosis, meningitis criptocócica, virus herpes hominis, candidosis bucal o esofágica, criptosporidiasis, toxoplasmosis del sistema nervioso central y erupciones de la piel. Son comunes la diarrea crónica y la pérdida de peso. En cambio en Estados Unidos, en el 63% se ha diagnosticado neumocistosis, infecciones criptocócicas, criptosporidiasis y toxoplasmosis.

El sarcoma de Kaposi es el cáncer más común de los pacientes con SIDA. Se ha diagnosticado, principalmente en hombres homosexuales. Además, existen otros tipos de cáncer, como el linfoma de Burkitt y el linfoma no Hodgkin del sistema nervioso central. (15,18)

Las personas infectadas con el virus padecen trastornos neurológicos; estos pueden ser severos, por ejemplo ir acompañados de pérdida progresiva de la memoria, demencia, síntomas psiquiátricos, encefalitis y meningitis. El virus puede contagiar ciertas células cerebrales, además de algunos leucocitos, y se ha aislado del cerebro y del líquido cerebroespinal de enfermos con SIDA. (1,2)

TRANSMISION:

La mayoría de los casos notificados de SIDA se han transmitido por vía sexual. Sólo el contacto más íntimo, el que usualmente supone intercambio de semen o sangre de una persona a otra, puede transmitir el virus. En este sentido el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), se comporta epidemiológicamente como el virus de la hepatitis B; sin embargo, el virus es varias veces menos virulento y más lábil que el virus de la hepatitis B. De ahí que el SIDA no sea una enfermedad altamente contagiosa. Tampoco hay pruebas de que el VIH se transmita por contacto casual, por picaduras de insectos o por el compartir los alimentos o el agua. El virus se transmite:

1. Por contacto sexual.
2. Por transfusiones de sangre contaminada o de la contaminación de productos derivados.
3. Por compartir o usar repetidamente agujas contaminadas,
4. De la madre al hijo durante el embarazo, el parto y posiblemente durante la lactancia.

El VIH se ha aislado a partir de varios humores orgánicos. La mayor concentración viral se ha encontrado en sangre. (3,9) semen (19), y líquido cefalorraquídeo (14). Con menos frecuencia se han localizado concentraciones menores en lágrimas, saliva, leche materna, calostro, orina, secreciones cervicales y vaginales. El VIH se ha aislado del tejido cerebral, los nódulos linfáticos, y la epidermis. Hasta la fecha solo existen pruebas de que de estas secreciones y humores, las más importantes para la transmisión del virus son la sangre y el semen.

TRANSMISION PARENTERAL**TRANSFUSIONES DE SANGRE Y PRODUCTOS DERIVADOS:**

No todos los componentes de la sangre transmiten el virus los glóbulos rojos, las plaquetas, el plasma, la sangre entera

y los factores de coagulación concentrados han sido implicados en la transmisión del virus (7,8,12,21). Otros productos preparados a partir de la sangre (albúmina, las inmunoglobulinas, gamaglobulinas, la vacuna contra la hepatitis B) no se han considerado como portadores de ningún riesgo. (7,10,16,22). El proceso de separación y manufactura de estos derivados de la sangre entera desactiva el virus(7). Los anticuerpos contra el VIH pueden estar aún presentes y la sangre del receptor puede dar resultados positivos por un período de hasta seis meses después de recibir el producto. El tratamiento térmico durante la elaboración del concentrado del factor VIII, el agente coagulante que usaban los hemofílicos, también desactiva casi todos los virus, reduciendo en gran medida el riesgo de infección. (24)

Aunque los test serológicos de donaciones disminuyen substancialmente el riesgo de transfusiones con sangre infectada de VIH, podrían ser usados. Un grupo de casos reportados en 1988 demostraron que donadores infectados con VIH mientras estaban en el período de ventana podían transmitir el virus. El riesgo de adquirir VIH de transfusiones sanguíneas a sido cuantificado, mostrando ser de 1 en 36000 unidades.

La mayoría de los receptores reciben más de una unidad de sangre, el riesgo por paciente transfundido puede ser grande, con un rango de 1 en 3400 a 1 en 28000.

Las precauciones universales son recomendadas en toda clínica y laboratorio con todos los pacientes, incluidas en precauciones universales están la rutina del uso de guantes y otro equipo protector como sea necesario para prevenir contacto mucocutáneo con sangre u otros fluidos del cuerpo infeccioso, cuidado en el manejo de especímenes de laboratorio y prevención de daño con agujas.

El VIH se transmite entre drogadictos que se inyectan por

vía Intravenosa si comparten agujas y jeringas, las cuales pasan pequeñas cantidades de sangre contaminada. En abril de 1987 se reportó que en Estados Unidos de América, el 25% de los casos de SIDA se relacionaron con el uso de drogas inyectadas por vía intravenosa.

No existen pruebas de que el virus se transmita como resultado e las inmunizaciones (13); las inyecciones subcutáneas o intramusculares empleadas en la inmunización y el tratamiento de enfermedades ofrecen menos probabilidad de transmisión.

CONTACTO SEXUAL:

Ciertas modalidades y prácticas sexuales aumentan el riesgo de infección más que otras. Las relaciones con múltiples compañeros aumentan la probabilidad de interactuar con alguien infectado. Entre las prácticas sexuales, el coito anal y receptivo con un compañero infectado puede ser causa muy probable de contagio. (12)

La enfermedad genital ulcerativa (EGU), generalmente transmitida sexualmente, ha sido implicada como una de las causas de transmisión heterosexual ya que teóricamente puede permitir la entrada del virus a la microcirculación al producir una brecha en la integridad de la piel y mucosas genitales. La falta de circuncisión masculina también se ha relacionado con un aumento en el riesgo de adquisición de la infección, probablemente por un mecanismo similar. Por otro lado, es posible que la EGU sea únicamente un marcador de las conductas de riesgo para la transmisión del virus.

TRANSMISION MATERNO FETAL:

Una madre infectada con el VIH puede contagiar al feto durante el embarazo o el parto (5,6,17,29). El virus se ha aislado en la leche materna (26), y se ha comunicado el caso

de una mujer infectada por una transfusión póstnatal, cuyo hijo lactante contrajo la infección (28). No se sabe con ciencia cierta la frecuencia con que se transmite el SIDA durante el embarazo. Los investigadores estiman que del 20 al 50% de los recién nacidos de las madres infectadas también están infectados.

INMUNIZACION INFANTIL E INFECCION POR EL VIH:

El riesgo teórico de inmunizar a un niño infectado por el VIH debe sopesarse siempre frente a las posibles ventajas derivadas de la inmunización. Los beneficios son muy superiores al riesgo. Sin embargo, los lactantes o niños infectados por el VIH a los que se inmuniza suelen presentar un menor grado de protección vacunal que los niños no infectados. No debe administrarse BCG u otras vacunas con agentes vivos a los niños no inmunizados con un SIDA sintomático, en cambio, se les podrá administrar otras vacunas.

DIAGNOSTICO DE SIDA EN NIÑOS:

para hacer el diagnóstico de SIDA en niños existen los siguientes signos:

SIGNOS MAYORES:

Pérdida de peso o crecimiento anormalmente lento
Diarrea crónica con una duración mayor de un mes.
Fiebre prolongada con duración mayor de un mes.

SIGNOS MENORES:

Inflamación de los ganglios linfáticos en varias partes del cuerpo.
Infección de la boca y faringe ocasionadas por hongos.
Infecciones comunes repetidas (de los oídos, de los senos nasales, etc.)
Tos persistente.
Inflamación generalizada de la piel.

Infección confirmada de la madre por el virus VIH. (26)

ENFERMEDADES OPORTUNISTAS ASOCIADAS AL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (Definición de Caracas, 1989):

GRUPO A:

SARCOMA DE KAPOSI.

CONFIRMATIVO DE SIDA SI ES REDUNDANTE Y HAY SEROLOGIA POSITIVA.

TUBERCULOSIS DISEMINADA:

PULMONAR NO CAVITARIA.

EXTRAPULMONAR:

Encontrada en diferentes órganos.

1. Ganglios linfáticos hiliares.
2. Riñón.
3. Genitales masculinos.
4. Genitales femeninos.
5. Osea.
6. Peritoneo.
7. Pericardio.
8. Suprarrenales.
9. Meninges.

CONFIRMATIVO DE SIDA SI HAY SEROLOGIA POSITIVA.

GRUPO B:

CANDIDOSIS.

DEBE ESTAR ASOCIADA A OTRA ENFERMEDAD INCLUIDA EN LA DEFINICION PARA SER SOSPECHOSA DE SIDA Y DEBE SER CONFIRMADA POR SEROLOGIA.

TUBERCULOSIS PULMONAR CON CAVITACION O INESPECIFICA.

DEBE ESTAR ASOCIADA A OTRA ENFERMEDAD INCLUIDA EN LA DEFINICION PARA SER SOSPECHOSA DE SIDA Y DEBE SER CONFIRMADA POR SEROLOGIA.

HERPES ZOSTER.**GRUPO C:**

En este grupo están comprendidos una serie de signos y síntomas comunmente observados en nuestros países pero que también pueden estar relacionados con la presencia del VIH en los pacientes que los presentan, por esta razón para evitar falsos diagnósticos positivos basados unicamente en ellos, se les asignan solamente dos puntos. La unión de tres o más de las manifestaciones clínicas orientan a la confirmación serológica del VIH. Pueden además estar asociadas a otras enfermedades incluídas en la definición.

MORTALIDAD:

En la actualidad el SIDA es una enfermedad mortal, no se dispone de tratamiento eficaz. Aunque el intervalo entre el diagnóstico y muerte varía mucho.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO:

Varios estudios han revelado que el resultado clínico de la infección por el virus es el siguiente:

La mayoría de los individuos infectados con el VIH desarrollarán síntomas asociados a la infección. Luego de 12 años de seguimiento de los primeros cohortes aún existe un grupo pequeño de individuos que no ha desarrollado SIDA y están siendo investigados exhaustivamente, sin embargo, el virus produce deterioro del sistema inmunológico, específicamente los linfocitos T cd4 (+), en todos los individuos investados desde

el inicio de la infección. Entre el 15 y el 20% de las personas infectadas desarrollan la forma grave de la enfermedad con amenaza de su vida, antes de los tres años del inicio de la infección. El período promedio desde el inicio de la infección hasta el desarrollo de SIDA es de 7 a 10 años.

Por último es necesario, insistir en que las pruebas de tamizaje no son diagnósticas de infección por VIH, (principalmente cuando la prevalencia es baja), y en consecuencia un resultado positivo de ELISA, no debe informarse al paciente, hasta no estar confirmado por Western Blot, Inmunofluorescencia u otro protocolo previamente adoptado. (2)

PRUEBAS DE LABORATORIO PARA EL DIAGNOSTICO DE INFECCION POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA:

Los actuales análisis de sangre no diagnostican el SIDA; detectan anticuerpos contra el VIH en la sangre, la presencia de dichos anticuerpos suele significar que la persona ha resultado infectada en algún momento con el virus. Como el virus se ha aislado en muchas personas con anticuerpos, se supone que una reacción positiva indica que persiste la infección. (32)

La técnica usada más frecuentemente es una prueba inmunoabsorbente ligada a enzimas llamadas ELISA, la cual se desarrolló originalmente para examinar la sangre donada. (23)

Es una prueba que utiliza antígenos de un extracto del virus completo (primera generación), o antígenos recombinantes obtenidos mediante técnicas de biología molecular o síntesis química (segunda generación), fijados a una fase sólida usualmente pozos de placas de microtitulación o perlas); para luego enfrentarlos al suero del paciente y permitir la reacción antígeno anticuerpo. Esta reacción es evidenciada, mediante la adición de un conjugado anti globulina humana (prueba indirecta) o anti VIH (Prueba competitiva), marcada con una enzima (peroxi-



dasa o fosfatasa alcalina), la cual es capaz de producir un producto coloreado al actuar sobre un sustrato específico. El color desarrollado en esta reacción, es medido en un espectrofotómetro y la densidad óptica (DO) es proporcional (directa o indirectamente de acuerdo al principio del método), a la cantidad de anticuerpos presente en la muestra. El ELISA que utiliza el principio de captura de antígeno, difiere únicamente en que la proteína fijada a la fase sólida es un anticuerpo monoclonal anti-VIH y el antígeno se encuentra en solución. (2)

El comportamiento de las pruebas de tamizaje en general, aunque de acuerdo al fabricante poseen una alta sensibilidad y especificidad, depende de la prevalencia de infección por VIH, en la población en donde van a utilizarse. En Guatemala, donde la prevalencia es menor del uno por ciento, la posibilidad de detectar falsos positivos es mayor que en un país donde la prevalencia sea del 20%. El conocimiento de esta situación obliga a confirmar todas las pruebas de ELISA positivas.

La selección de la prueba de tamizaje a utilizar debe considerar, por consiguiente, varios aspectos dentro de los cuales deben mencionarse, la accesibilidad a equipo especializado (lector de ELISA), la vida media y las condiciones de almacenamiento de los reactivos, la sensibilidad y especificidad deseadas de acuerdo a la población atendida, el costo y la posibilidad de que exista VIH-2 en la localidad.

PRUEBAS CONFIRMATORIAS:

Las pruebas confirmatorias poseen un mayor grado de especificidad que las pruebas de tamizaje, y permiten de esta manera demostrar los falsos positivos detectados por ELISA. De las pruebas confirmatorias la más conocida y considerada como el estándar de oro es el Western Blot aunque también han sido aceptadas la inmunofluorescencia indirecta y el Ensayo de Radioinmunoprecipitación (RIPA).

El Western Blot es una prueba en la que los antígenos del VIH, son separados por medio de electroforesis en gel de Poliacrilamina (PAGE), subsecuentemente transferidos a papel de nitrocelulosa y luego enfrentados a los anticuerpos presentes en el suero de pacientes infectados. La última etapa es un procedimiento muy similar al ELISA de tamizaje, con la diferencia que los antígenos del VIH están separados y concentrados en una tira de papel lo que permite que este test sea altamente específico.

Existe consenso en que un WB negativo, es aquel en el que no existe ninguna banda positiva (ausencia de bandas), sin embargo, se aplican diferentes criterios para la identificación de un resultado positivo o un resultado indeterminado. (2)

EL NIÑO DE LA CALLE:

El niño que está en la calle es todo aquel que se encuentra allí transitoriamente ejerciendo alguna actividad de sobrevivencia personal y/o de su familia, a la vez sufre de agresividades y rechazos por parte de la sociedad, asumiendo prematuramente responsabilidad para su sobrevivencia, como consecuencia de un sistema social que la margina de sus beneficios. Y de la calle a toda aquella niña y adolescente que vive en forma transitoria o permanente cuyos vínculos familiares son frágiles o inexistentes al igual que la niña y adolescentes antes mencionada, sufre de agresividades, rechazos por parte de la sociedad, asumiendo también a temprana edad la responsabilidad de su sobrevivencia, siendo ésto también consecuencia del sistema social en que se encuentra inmersa. (*)

De esta manera, la problemática de la niña y la adolescente

(*) Definiciones acordadas en el Primer Encuentro de Investigadoras de América Latina, para el Estudio Análisis de la situación de las Niñas Adolescentes del Area Urbana", realizado en Guatemala del 1 al 5 de Febrero de 1988.

de la calle es mucho más grave por la condición de abandono y de mujer.

CARACTERISTICAS DE LA VIDA DEL NIÑO DE LA CALLE:

Dependiendo del grado de desvinculación familiar del niño, el mismo puede presentar las siguientes situaciones:

Sobrevivir en la calle empleando distintos medios que incluyen vagancia, robo, mendicidad, tráfico y consumo de drogas, prostitución, homosexualismo, trabajo prematuro, permanente u ocasional.

Permanecer en la calle total o esporádicamente en función de su propia supervivencia o bien conjugado la suya y la de su familia.

Permanecer en la calle total o esporádicamente, desatendiendo sus necesidades básicas.

Trabajar en la calle en el sector informal urbano de la economía.

Permanecer en la calle sujeto a la explotación laboral, sexual, psicológica, y social en general.

Desarrollar en la calle una madurez precoz junto a una actitud pasiva, apática o agresiva.

Sustituír en la calle condiciones extremas a la familia como núcleo de socialización por la jorga. (35)

FACTORES PREDISPONENTES:

- a. El factor económico y la miseria.
- b. Los factores afectivos por transmisión inadecuada inicial-

- mente en la familia y, posteriormente, por personas del sexo opuesto.
- c. Las estructuras sociales que marginan a las personas de menores recursos, especialmente las mujeres.
 - d. Las condiciones de vivienda inadecuada.
 - e. La falta de, o inadecuada educación moral, religiosa y sexual que genera un esquema de antivalores.
 - f. La ruptura o semiruptura con la familia, con el consecuente abandono del hogar.
 - g. La carencia de la familia, la ausencia de uno de los progenitores y el sometimiento de la mujer.
 - h. La violencia intrafamiliar, la inversión de normas y valores.
 - i. El abandono y la desprotección familiar. (17)

ACTIVIDADES DE SOBREVIVENCIA:

Entiéndase como tales, todas aquellas actividades que se desarrollan tanto dentro, como fuera del hogar para subsistir, siendo las mismas remuneradas en dinero y/o en especie. Estas menores han desarrollado toda una serie de estrategias de sobrevivencia, entre las que se pueden mencionar:

- La prostitución encubierta y abierta.
- El robo en todas sus manifestaciones.
- La mendicidad encubierta y abierta
- Y otras actividades, siempre vinculadas al sector informal.

Muchas veces se dedican a más de una de estas actividades, todo depende de la hora, el día y el lugar donde se encuentran, a la vez han creado un mecanismo de comunicación, con el que se identifican entre sí. (32)

VI. MATERIALES Y METODOS

A. RECURSOS:

1. Humanos: Médico asesor
Médico revisor
Médico investigador
Población a investigar
2. Materiales: Boletas de recolección de datos
Computadora.
Recursos físicos de la institución.
3. Institucionales:
Institución para niñas de la calle
"Sólo para mujeres".
Centro recreativo de la Institución
"Sólo para Mujeres" situado en San
José Pinula.

B. METODOLOGIA:

UNIVERSO DE ESTUDIO:

Niñas de la calle que se encuentran en la Institución "Sólo para Mujeres de la ciudad de Guatemala. (Estudio descriptivo transversal).

INCLUSION:

Toda Niña de la Calle que se encuentra en la Institución "Sólo para Mujeres", sin considerar grupo étnico, religión u origen, y que aceptó participar voluntariamente en el estudio, × las niñas que ingresaron al estudio se encontraban comprendidas × entre 12 y 18 años (mayor de 12 años y no mayor de 18 años).

Todas aquellas que cumplieron con los requisitos que encierra el concepto de "Niñas de la Calle".

EXCLUSION:

Las que no aceptaron participar voluntariamente.

Todas aquellas que tenían más de 18 años.

Todas las menores de 12 años.

DEFINICION DE VARIABLES:**1. EDAD:**

Se consideró como edad, los años cumplidos hasta la fecha de realización de la ficha.

2. ORIGEN:

Se consideró como tal el lugar de nacimiento, siendo éstos clasificados como Capital, Departamento, Extranjero.

3. ESCOLARIDAD:

El nivel de estudios alcanzados pudiendo ser, primaria completa, primaria incompleta, secundaria completa, secundaria incompleta, analfabeta.

4. TIPO DE PRACTICA SEXUAL:

Se consideró aquí el tipo de relación sexual que la menor practica o ha practicado con mayor frecuencia, especificando el tipo de la misma.

Heterosexual

Homosexual

Bisexual

Ninguno.

5. TRANSMISION:

Se consideró aquí, la manera o vehículo del virus, especificando si está en Sangre, semen, saliva, lagrimas, y leche materna.

6. RIESGO DE CONTAGIO:

Se consideró aquí factores posibles de contagio, des-
criminándose a favor o en contra, siendo éstos: aire,
agua, ropa, paños, alimentos, trastos, rasuradoras
compartidas, cepillo dental, picadura de insecto,
contacto casual, abrazo, contacto sexual íntimo pudien-
do ser genital vaginal, anal u oral.

7. USUARIO DE DROGAS:

Se consideró como usuario de drogas, el consumo de
drogas por el entrevistado, principalmente del tipo
intravenoso, especificándolo.

8. USO DE CONDON (PRESERVATIVO):

Se consideró como usuario de condón, la utilización
del mismo, no importando si la relación es de tipo
vaginal o anal.

9. REALIZACION DE PRUEBA DE DETECCION DEL SIDA EN LA MENOR:

Se consideró aquí si se le ha realizado la prueba
de ELISA a la menor en los últimos cinco años a seis
meses.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

EDAD

DE LAS NIÑAS DE LA CALLE ESTUDIADAS EN LOS HOGARES "SOLO PARA MUJERES" DURANTE EL PERIODO DE MARZO DE 1994. GUATEMALA, CIUDAD.

EDAD	No.	%
12 - 14	11	22
15 - 16	22	44
17 - 18	17	34
TOTAL	50	100

FUENTE: Ficha de Recolección de datos.

CUADRO No. 2

ORIGEN

DE LAS NIÑAS DE LA CALLE ESTUDIADAS EN LOS HOGARES "SOLO PARA MUJERES" DURANTE EL PERIODO DE MARZO DE 1994. GUATEMALA, CIUDAD.

ORIGEN	No.	%
INTERIOR DEL PAIS	11	22
CAPITAL	33	66
EXTRANJERO	4	8
TOTAL	50	100

FUENTE: Ficha de Recolección de datos.

CUADRO No. 3

GRUPO ETNICO

DE LAS NIÑAS DE LA CALLE ESTUDIADAS EN LOS HOGARES "SOLO PARA MUJERES" DURANTE EL PERIODO DE MARZO DE 1994. GUATEMALA, CIUDAD.

GRUPO ETNICO	No.	%
INDIGENA	2	4
LADINO	48	96

FUENTE: Ficha de Recolección de datos.

CUADRO No. 4

ESCOLARIDAD

DE LAS NIÑAS DE LA CALLE ESTUDIADAS EN LOS HOGARES "SOLO PARA MUJERES" DURANTE EL PERIODO DE MARZO DE 1994. GUATEMALA, CIUDAD.

ESCOLARIDAD	No.	%
PRIMARIA COMPLETA	9	18
PRIMARIA INCOMPLETA	25	50
SECUNDARIA INCOMPLETA	15	30
ANALFABETA	1	2
TOTAL	50	100

FUENTE: Ficha de Recolección de datos.

CUADRO No. 5

CONOCIMIENTO GENERAL DEL SIDA
DE LAS NIÑAS DE LA CALLE ESTUDIADAS EN LOS HOGARES "SOLO PARA
MUJERES" DURANTE EL PERIODO DE MARZO DE 1994. GUATEMALA, CIUDAD.

PREGUNTA	SI		NO	
	No.	%	No.	%
1. SABEN QUE ES EL SIDA	31	62	19	38
2. SABEN COMO SE PREVIENE	35	70	15	30

FUENTE: Ficha de Recolección de datos.

CUADRO No. 6

TIPO DE PRACTICA SEXUAL
DE LAS NIÑAS DE LA CALLE ESTUDIADAS EN LOS HOGARES "SOLO PARA
MUJERES" DURANTE EL PERIODO DE MARZO DE 1994. GUATEMALA, CIUDAD.

TIPO DE PRACTICA SEXUAL	No.	%
HETEROSEXUAL	37	74
HOMOSEXUAL	2	4
BISEXUAL	4	8
NO HA TENIDO	7	14
TOTAL	50	100

FUENTE: Ficha de Recolección de datos.

CUADRO No. 7

TIPO DE SECRECION EN LA QUE SE ENCUENTRA EL VIRUS DEL SIDA SEGUN
EL CONOCIMIENTO DE LAS NIÑAS DE LA CALLE ESTUDIADAS EN LOS
HOGARES "SOLO PARA MUJERES" DURANTE EL PERIODO DE MARZO DE 1994.
GUATEMALA, CIUDAD.

SECRECION	SI		NO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
SANGRE	45	90	5	10	50	100
SEMEN	48	96	2	4	50	100
SALIVA	24	48	26	52	50	100
LAGRIMAS	13	26	37	74	50	100
LECHE MATERNA	33	66	17	34	50	100

FUENTE: Ficha de Recolección de datos.

CUADRO No. 8

RIESGO DE CONTAMINACION SEGUN CONOCIMIENTO Y ACTITUDES EN LAS NIÑAS DE LA CALLE ESTUDIADAS EN LOS HOGARES "SOLO PARA MUJERES" DURANTE EL PERIODO DE MARZO DE 1994. GUATEMALA, CIUDAD.

OBJETO O ACTO A TRAVES DEL QUE CREEN CONTAMINARSE	SI		NO	
	No.	%	No.	%
AIRE	3	6	47	94
AGUA	10	20	40	80
ROPA	15	30	35	70
BAÑOS	11	22	39	78
ALIMENTOS	9		40	
TRASTOS	15	30	35	70
RASURADORA	36	72	14	28
CEPILLO DENTAL	35	70	15	30
INSECTOS	26	52	24	48
BESO	22	44	28	56
ABRAZO	8	16	42	84
CONTACTO SEXUAL INTIMO	48	96	2	4
RELACION SEXUAL ANAL	45	90	5	10
RELACION SEXUAL ORAL	38	76	12	24
MASTURBACION MUTUA	13	26	37	74

FUENTE: Ficha de Recolección de datos.

CUADRO No. 9

USUARIO DE DROGAS INTRA-VENOSAS EN LAS NIÑAS DE LA CALLE ESTUDIADAS EN LOS HOGARES "SOLO PARA MUJERES" DURANTE EL PERIODO DE MARZO DE 1994. GUATEMALA, CIUDAD.

	No.	%
SI	7	14
NO	43	86
TOTAL	50	100

FUENTE: Ficha de Recolección de datos.

CUADRO No. 10

ASPECTOS PREVENTIVOS Y ACTITUDES DE
 LAS NIÑAS DE LA CALLE ESTUDIADAS EN LOS HOGARES "SOLO PARA
 MUJERES" DURANTE EL PERIODO DE MARZO DE 1994. GUATEMALA, CIUDAD.

ASPECTO	SI		NO	
	No.	%	No.	%
1. UTILIZA JERINGAS YA UTILIZADAS	2	4	48	96
2. UTILIZAN CONDON	20	40	30	60
3. PREFIERE UTILIZAR CONDON	48	96	2	4
4. SE ASEGURA QUE EL CONDON ESTE EN ADECUADAS CONDICIONES	40	80	10	20
5. UTILIZARIA EL MISMO CONDON MAS DE UNA VEZ	0		50	100
6. CREE QUE EL CONDON ES COMPLETAMENTE SEGURO	24	48	26	52
7. TENDRIA RELACIONES SEXUALES CON SU PAREJA SI TUVIERA SIDA, UTILIZANDO CONDON	10	20	40	80
8. DONARIA SANGRE SI TUVIERA SIDA	0		50	100
9. LE DIRIA A SU PAREJA SI USTED TUVIERA SIDA	46	92	4	8
10. CREE QUE LA PREVENCION DEPENDE DE SU COMPORTAMIENTO SEXUAL	38	56	12	24
11. EL RIESGO DE CONTAMINACION DEPENDE DEL NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	45	90	5	10

FUENTE: Ficha de Recolección de datos.

CUADRO No. 11

LE HAN REALIZADO LA PRUEBA PARA DETECCION DEL SIDA

A LAS NIÑAS DE LA CALLE ESTUDIADAS EN LOS HOGARES "SOLO PARA MUJERES" DURANTE EL PERIODO DE MARZO DE 1994. GUATEMALA, CIUDAD.

LE HAN REALIZADO LA PRUEBA DE DETECCION DEL SIDA	No	%
SI	6	12
NO	44	88
TOTAL	50	100

FUENTE: Ficha de Recolección de datos.

CUADRO No. 12

SABE COMO SE DIAGNOSTICA LA ENFERMEDAD
CONOCIMIENTO EN LAS NIÑAS DE LA CALLE ESTUDIADAS EN LOS HOGARES
"SOLO PARA MUJERES" DURANTE EL PERIODO DE MARZO DE 1994.
GUATEMALA, CIUDAD.

SUBE COMO SE DIAGNOSTICA LA ENFERMEDAD	No.	%
SI	13	26
NO	37	74
TOTAL	50	100

FUENTE: Ficha de Recolección de datos.

CUADRO No. 13

RELACION SEXUAL CON PERSONAS QUE UTILIZAN DROGAS
EN LAS NIÑAS DE LA CALLE ESTUDIADAS EN LOS HOGARES "SOLO PARA
MUJERES" DURANTE EL PERIODO DE MARZO DE 1994.
GUATEMALA, CIUDAD.

HA TENIDO RELACIONES SEXUALES INTIMAS CON USUARIOS DE DROGAS	No.	%
SI	22	44
NO	28	56
TOTAL	50	100

FUENTE: Ficha de Recolección de datos.

CUADRO No. 14

RELACION SEXUAL CON DESCONOCIDOS
EN LAS NIÑAS DE LA CALLE ESTUDIADAS EN LOS HOGARES "SOLO PARA
MUJERES" DURANTE EL PERIODO DE MARZO DE 1994.
GUATEMALA, CIUDAD.

HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON PERSONAS DESCONOCIDAS	No.	%
SI	18	36
NO	32	64
TOTAL	50	100

FUENTE: Ficha de Recolección de datos.

CUADRO No. 15

CURACION DEL SIDA
 EN LAS NIÑAS DE LA CALLE ESTUDIADAS EN LOS HOGARES "SOLO PARA
 MUJERES" DURANTE EL PERIODO DE MARZO DE 1994.
 GUATEMALA, CIUDAD.

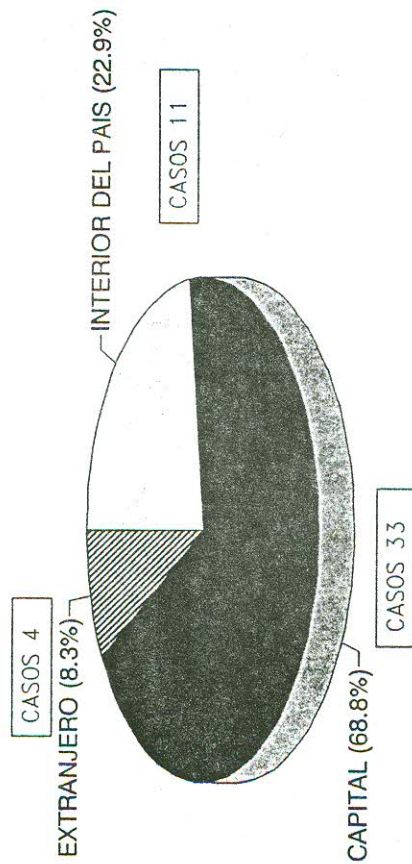
CREE QUE EL SIDA SE CURA	No.	%
SI	8	16
NO	42	84
TOTAL	50	100

FUENTE: Ficha de Recolección de datos.

ORIGEN DE LAS NIÑAS DE LA CALLE ESTUDIADAS EN LOS HOGARES

"SOLO PARA MUJERES" DURANTE EL PERIODO DE

MARZO DE 1994. GUATEMALA, CIUDAD.

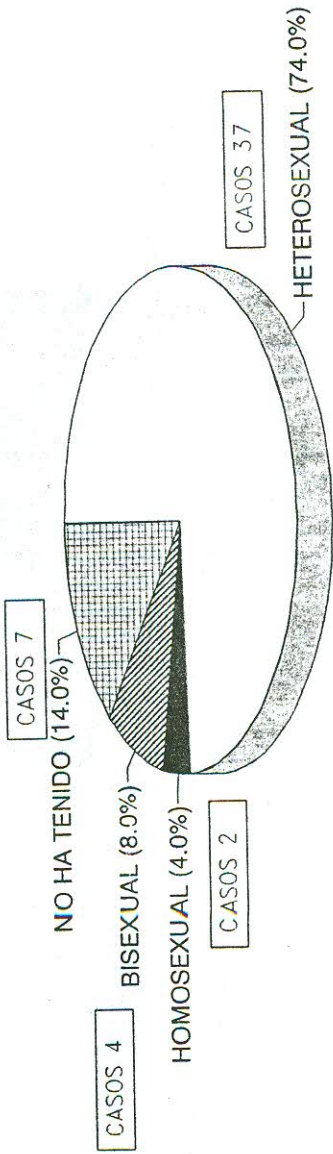


FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

TIPO DE PRACTICA SEXUAL DE LAS NIÑAS DE LA CALLE ESTUDIADAS EN

LOS HOGARES "SOLO PARA MUJERES" DURANTE EL PERIODO DE

MARZO DE 1994. GUATEMALA, CIUDAD.

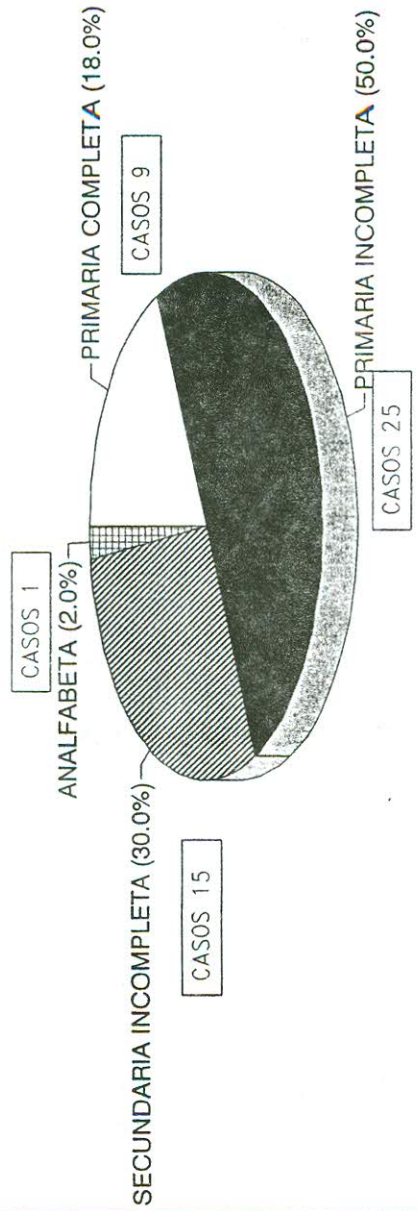


FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

ESCOLARIDAD DE LAS NIÑAS DE LA CALLE ESTUDIADAS EN LOS HOGARES

"SOLO PARA MUJERES" DURANTE EL PERIODO DE

MARZO DE 1994. GUATEMALA, CIUDAD.



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

El estudio realizado, es de tipo descriptivo transversal en niñas de la calle que acuden a la institución "Solo para Mujeres" conformada por 4 hogares, se incluyó a las menores comprendidas entre las edades de 12-18 años sin tomarse en cuenta a las menores de 12 años por considerar que la encuesta comprende aspectos sexuales que no se acomodan a su experiencia

Tomando como punto de partida las variables de estudio utilizadas en la encuesta se recopiló una serie de datos que se presentan en cuadros y gráficas estadísticamente organizados de la siguiente manera; Edad (Ver Cuadro No. 1); se agrupó en tres intervalos, encontrándose que el mayor porcentaje (44%) lo ocupan las menores de 15-16 años, siguiéndole las de 17-18 años (34%) y por último las de 12-14 años (22%) debe tomarse en cuenta que en el estudio no se incluyó menores de 12 años que conforman un grupo bastante numeroso en uno de los hogares. Las niñas comprendidas entre 17-18 años provienen principalmente del hogar para madres y del hogar con programa de capacitación abierto.

En cuanto a Origen (Cuadro No. 2 y Gráfica No. 1) Se observó que la mayoría, el 66% son originarias de la capital, siguiendo luego el 22% que provienen del interior del país (diversos departamentos) y el 8% que son originarias de países extranjeros principalmente del Salvador, todas con circunstancias diversas que las hacen estar en la calle, principalmente sus condiciones marginadas.

Unicamente se encontró un 4% de niñas que pertenecen al grupo étnico indígena (Cuadro No. 3) y el 96% son ladinas, ésta muestra que no precisamente por ser de ladinas, cuentan con mayores oportunidades que las alejen de la calle. Con respecto a Escolaridad (Cuadro No. 4, y Gráfica 2) se encontró que sólo el 2% se clasificó como "analfabeta", el resto se distribuyó entre

18% primaria completa, 30% secundaria incompleta (comprende las que terminaron primaria y se encuentran estudiando diversificado); pero el hecho de que sólo exista un 2% de analfabetas en el grupo estudiado, no les da ninguna ventaja con respecto a educación sexual ya que como se verá mas adelante, existen aún creencias entre ellas debidas a falta de orientación en este aspecto.

En cuanto a conocimientos generales sobre la enfermedad (SIDA) se realizaron dos preguntas generales que son:

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| 1) SABE QUE ES EL "SIDA?" | 2) SABE COMO PREVIENE? |
| 62% respondieron que SI | 70% respondieron que SI |
| 38% respondieron que NO | 30% respondieron que NO |

Aunque la mayoría respondieron que "si sabe qué es y cómo prevenir el SIDA", se demostrará posteriormente que gran número de las mismas tiene conocimiento y actitudes inadecuadas para la prevención de la enfermedad.

Se evaluó el tipo de práctica sexual (Cuadro No. 6 y Gráfica 3), encontrándose que el 74% es de tipo heterosexual y que sólo un 14% no han tenido ningún tipo de relación sexual íntima. Estas niñas provienen del hogar que alberga a las más pequeñas, sin embargo, esto no las hace menos vulnerables ya que al igual que las demás, al estar en la calle se exponen a los mismos factores. Se encontró que el 8% respondió tener práctica bisexual y el 4%, tipo homosexual (Cuadro No. 6). Esto hace ver que pesar de todo, se sigue llevando este tipo de practica sexual entre ellas sin considerar que con élllo solamente incrementan el riesgo de adquirir la enfermedad. Si relacionamos lo anterior con el hecho de que el 36% tiene relaciones sexuales con desconocidos (Cuadro No. 14), en el grupo que tiene práctica de tipo heterosexual, se incrementa aún más el riesgo.

Para evaluar el conocimiento que las niñas tienen con respecto a cómo puede transmitirse la enfermedad. En que tipo de secreciones se encuentra, se realizó una serie de cuestiones que se agrupan en los (Cuadros NO. 7 y No. 8). No viene el caso

mencionar aquí todos los resultados, ya que se encuentran claramente descritas en dichos cuadros; pero es importante recalcar que se encontró que un 10% de las niñas respondió que el virus del SIDA no esta en la sangre. Lo que es mas alarmante, un 4% dijo que no se encuentra en el semen esto; sumado a los datos resumidos y descritos en el Cuadro No. 8 de los que cabe mencionar, que el 6% respondió que "Si" puede contagiarse por medio del aire, 20% por medio del agua; 30% por medio de la ropa, 52% por medio de picadura de insecto, y esto solo para mencionar algunos aspectos evaluados, pero lo más importante es tal vez el hecho de que se encontró que un "4%" de ellas respondieron que el SIDA no se contagia a través de relaciones sexuales íntimas. (Para mas detalles ver cuadro 7 y 8)

Otro aspecto de importancia es lo que respecta al uso de drogas intravenosas (Cuadro No. 9) encontrándose como usuarias al 14% de ellas; a ésto debe agregarse que el 4% de las niñas estudiadas han hecho uso de jeringas ya utilizadas por otra persona. (Cuadro No. 10) y que el 44% han tenido o tienen relación sexual con usuarios de drogas. (Cuadro No. 13)

En lo que respecta a aspectos puramente preventivos, las preguntas realizadas y sus resultados se agruparon en el Cuadro No. 10. Evaluando aspectos como el uso de jeringas utilizadas y el uso de preservativo ó condón, se encontraron puntos controversiales como lo es el hecho de que a pesar que el 96% de las niñas prefiere utilizar Condón, solo el 40% lo utilizan. El porque de ello es quiza por las circunstancias bajo las cuales se ven obligadas a tener relaciones sexuales.

Además de lo anterior, existe aun en el 48% de ellas la creencia de que el condón es "completamente seguro" como factor de prevención; sin embargo sólo el 20% de ellas tendría relaciones sexuales íntimas con su pareja, si esta tuviera SIDA, utilizando el condón como protección. Hay que preguntarse porque si la mayoría dice que es completamente seguro, solo un mínimo

número de ellas lo utilizaría bajo las circunstancias descritas, muchas dicen que por miedo, pero la respuesta debería ser tal vez "por inseguridad causada por la falta de conocimiento que se tiene".

Un aspecto a favor de la prevención es que en este caso el 92% dijo que "Si" le diría a su pareja, si tuviera la enfermedad, para que de esta manera ellos se prevengan, esto causado por la conciencia humana más que por otra cosa.

Es importante saber que de del grupo estudiado, sólo el 12% respondió que sí le han hecho la prueba para detección del SIDA (Cuadro No. 11) todas ellas tienen 18 años cumplidos, debe mencionarse que como es sabido, la realización de esta prueba en menores de edad, encierra una serie de requisitos y derechos lo que hace que sea bastante difícil realizarla en ellas.

Por último, se encontró que el 16% de las niñas estudiadas piensan que el SIDA "Si" se cura (Cuadro No. 14), no cabe duda que se encuentran realmente equivocadas.

IX. CONCLUSIONES

1. El conocimiento de SIDA como enfermedad del transmisión sexual es bastante incompleto en este grupo de la sociedad, motivado principalmente por las condiciones marginadas a las que se ven expuestas a temprana edad.
2. Al salir a la calle las niñas se ven expuestas a una serie de circunstancias desfavorables principalmente al "Sexo", Por las condiciones en que deben afrontarlo, éste se vuelve desfavorable, ya que no se tomán las medidas adecuadas para la prevención y control, no solo del SIDA sino de cualquier enfermedad de transmisión sexual.
3. El tipo de practica sexual que tienen es en su mayoría heterosexual, pero esto no constituye un factor de seguridad en ellas, ya que son heterosexuales pero gran número de ellas con desconocidos y otra parte con usuarios de drogas, esto les hace crecer mas el riesgo de contraer la enfermedad por desconocerse los antecedentes sexuales de estos.
4. Existe la creencia en casi la mitad de éllas, de que el prevartivo o Condón es "Completamente" seguro como preventivo de la enfermedad, y aunque la mayoría no tendrían relaciones sexuales con su pareja si ésta tuviera SIDA, utilizando Condón, existe gran incertidumbre entre éellos de cuán seguro puede ser.
5. Es importante establecer que a pesar de las campañas informativas y de las condiciones a las que se exponen a tan temprana edad, aún existe desconocimiento por parte de éllas respecto a que el SIDA es una enfermedad incurable hasta el momento y que si no se tomán las medidas necesarias tarde ó temprano les sera imposible evitarlo.

X. RECOMENDACIONES

1. Fomentar la educación en la menor de la calle, principalmente de instituciones como ésta, con respecto a aspectos puramente sexuales y enfermedades de transmisión sexual enfatizando sobre SIDA.
2. Realizar un programa o proyecto de educación sobre SIDA en estas menores, abarcando aspectos de conocimiento y prevención de la enfermedad, mediante talleres previamente diseñados y buscando incluir no sólo a las niñas de 12-18 que se incluyó en este estudio, sino aún a las - de 12 años, luego de lo que debe evaluarse, mediante encuestas el grado ó logro obtenido.
3. Buscar mediante entidades específicas, la atención a la menor de la calle en este aspecto.
4. Promover mediante compañías dirigidas a la población en general, los aspectos y factores a los que se ven expuestos grupos de niñas de la calle, para que de esta manera se logre mas participación por parte de padres, madres y comunidad en general.

XI. RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo-transversal con 50 niñas (de 12-18 años) de la calle que se encuentran en los programas de atención de la institución "Solo para Mujeres", durante el mes de marzo de 1994.

El estudio es específicamente sobre el conocimiento, actitudes y conducta sobre SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida), evaluando aspectos tanto generales como específicos de tipo preventivo.

No se incluyó a niñas que no aceptaran voluntariamente participar en el estudio, y la recopilación de datos se hizo mediante una encuesta previamente diseñada, siguiendo los patrones de privacidad y de manera personal a cada una de ellas.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ANONYMUS. San Francisco males altering sex practices: CDC. *American Medical News*, October 25, 1985. p. 16.
2. ARROYO GERADO, Q.B. Pruebas de laboratorio por el diagnóstico de infección por virus de inmunodeficiencia humana. *Revista del Colegio de Medicos*. 1992.
3. BARNES, D.M. AIDS research in new phase. *Science* 233 (4761): 282-282. Julio 18 1986.
4. BARRE-SINOUSSE, F., CHERMANN, J.C., REY, F., et al. Isolation of a T-lymphotropic tetrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science* 220 (4599): 868-871. May 20, 1983.
5. BOLIVAR DIAZ J. Enfermedades Oportunistas asociadas al Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida. Definición de Caracas, 1989.
6. BRUNET, J.B. and ANCELLE, R.A. International occurrence of acquired immunodeficiency syndrome. *Annals of internal Medicine* 103 (5): 670-674. November 1985.
7. CHIDO, F., RICCHI, E., COSGLIOLA, P. MICHELACCI, L., BOBICELLI., and DALLACSA. P. vertical transmission of HTLV-III. *Lancet* 1 (8483): 739. March 29, 1986.
8. COATES, Dr. THOMAS. Estrategias para Modificación del comportamiento que reduce la propagación del SIDA. *Network* volumen 6, No. 2.
9. COWAN, M.J., HELLMANN, D., CHIDWIN, D., WARA, D.W., CHANG, R.S., AND AMMANN, AJ. Maternal transmission of acquired immune deficiency syndrome. *Pediatrics* 73(3): 382-386.

March 1984.

10. DODD, R.Y. and SANDLER, S.G. Transfusion-associated AIDS. In: Ebbsen, P., Biggar, R.J., and Melbye, M., eds. AIDS: a basic guide for clinicians. Philadelphia, W.B. Saunders, 1984. p
11. E. ARATHOON. FLORS. R. BATRES. Factores de Riesgo asociado a la infección por Inmunodeficiencia adquirida, Hepatitis B. y Sífilis, Trabajo de la Policía Nacional. Revista del Colegio de Médicos. Volumen 3 No. 2 Página 8, 1993.
12. EVATT. B.L., GOMPERTS, E.D., MCDOUGAL, J.A., and RANREY, R.B. Coincidental appearance of LAV-HTLV III antibodies in hemophiliacs and the onset of the AIDS epidemic. *New England Journal of Medicine* 312(8): 483-486. February 21, 1985.
13. GALLO, R.C., SALAHUDDIN, SZ., POPOVIC, M., et al. Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTLV III) from patients with AIDS and at risk for AIDS. *Science* 224 (4648): 500-503. 0 May 4, 1984.
14. GOCKE, D.J., RASKA, K., Jr., POLLACK, W., and SCHWARTZER, T. HTLV III antibody in commercial immunoglobulin. *Lancet* 1 (8471): 37-38. January 4, 1986.
15. GOEDERT, J.J., SARNGADHARM, M.G., BIGGAR, R.J., et al. Determinants of retrovirus (HTLV III) antibody and immunodeficiency 711-716. September 29, 1984.
16. HELQUIST, M. Glimmers of hope on dim AIDS horizon. *American Medical News*, July 18, 1986. P.3, 32-34. July 18, 1986.
17. HIDALGO P. HUGO. Hacia el rescate de la menor afectada por la prostitución programa de promoción integral de

la mujer. Religiosas Adoratrices de Colombia. No. 5
UNICEF.

18. HIRSCHHORN, B. and DUNN, C. AIDS and hepatitis B infeccions: concerns for immunization programs. Arlington, Virginia, Resources for Child Health, July 11 1986. 7 p. (Mimeo).
19. HO, D.D., ROTA, T.R., SCHOOLEY, R.T. KAPLAN, J.C., ALLAN, J.D., GROOPMAN, J.E., RESNICK, L., FELSENSTEIN, D., ANDDREWS, C.A., and HIRSCH, M.S. Isolation of patients with neurologic syndromes related to the acquired immuno-deficiency syndrome. New England Jorunal of Medicine 313 (24): 1493-1497. December 12, 1985.
20. IOACHIM, H.L. and COOPER, M.C. Lymphomas of AIDS. Lancet 1 (8472): 96. January 11, 1986.
21. JAYARMAN, K.S. Pool of infected women? Nature 321 (6066): 103. May 8, 1986.
22. LAPOINTE, N., MICHAUD, J., PEKOVIC, D., CHAUSSEAU, J.P. and DUPUY J.M. Transplacental transmission of HTLV III virus. New England Journal of Medicine 312(2):1325-1326. May 16, 1985.
23. LEVINE, A.M. GILL, P.S., MEYER, P.R. BURKES, R.L., ROSS, R., DWORSKY, R.D., KRAILO, M., PARKER, J.W. LUKES, R.J., adn RASHEED, S. Retrovirus and malignat lymphoma in homosexual men. Journal of the American Medical associa-tion 254(14): 1921-1925. October 11, 1985.
24. LEVY, J.A., KAMINSKY, L.S., MORROW, W.J.W., STEIMER, K., LUCIW, P., DINA, D., HOXIE, J., and OSHIRO, L. Infection by the retrovirus associated with the acquired immunode-ficiency syndrome clinical, biological, and molecular features. Annals of Internal Medicine 103 (5): 694-699.

November 1985.

25. LEVY, J.A. MITRA, G., and MOZEN, M.M. Recovery and inactivation of infectious retroviruses from factor VIII concentrates. *Lancet* 2 (8405): 722-723. September 29, 1984.
26. MEJIA, B. Sida en Niños, Folleto informativo Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. División de vigilancia y Control de Enfermedades.
27. MELBYE, M. The natural history of human Tlymphotropic virus-III infection: the cause of AIDS. *British Medical Journal* 229 (6512): 5-12. January 4, 1986.
28. MUYLLE, L., VRANCKX, P., and PEETERSMANS, M.E. No HTLV III antibodies after HBV vaccination. *New England Journal, of Medicine* 314 (9): 581 February 27, 1986.
29. OMS, Directrices para la asistencia de Enfermería a las personas infectadas por el virus, de la Inmunodeficiencia humana. Serie OMS SIDA No. 3 Página 1-11.
30. PRTRICCIANI, J.C. Licensed test for antibody to human Tlymphotropic virus tipe III: sensitivity and Specificity. *Annals of Internal Medicine* 103(5): 726-729. November 1985.
31. PETRICCIANI, J.C., McDOUGAL, J.S., and EVATT, B.L. Case for concluding that heat-treated, licensed anti-haemophilic factor is free from HTLV III. *Lancet* 2 (8460): 890--891. October 19, 1985.
32. RUEDA, G., DUNIA, E., Conductas, Actitudes, Practicas de "Alto Riesgo" y enfermedades de transmisión sexual en niñas de la calle. (Estudio Descriptivo-Transversal-Pro-

pectivo en las niñas de la calle de la Institución "Solo para Mujeres" de la Ciudad de Guatemala). Tesis. USAC. Ciencias Medicas. Marzo 1994.

33. SALAHUDDIN, S.Z., GROOPMAN, J.E. MARKHAM, P.D., SARNGADHARAN, M.G. REDFIELD, R.R., McLANE, M.F. ESSEX, M., SLISKI, A., and GALLO, R.C. HTLV-III in symptom-free seronegative persons. *Lancet* 2 (8417-8418): 1418-1420. December 22, 1984.
34. THIRY, L., SPREECHER-GOLDBERGERS, S., JONCKHEER, T., LEVY, J., VAN DE PERRE, P., HENRIVAUX, P., COGNIAUX-LECLERC, J., and CLUMECK, N. Isolation of AIDS virus from cell-free breast milk of three healthy virus carriers. *Lancet* 2 (8460): 891-892/35.
35. UNITED STATES, CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Update: acquired Immunodeficiency syndrome. *Morbidity and mortality Weekly Report* (35(3): 35-46. January. 1986.
36. VALLE, S.L., SAXINGER, C., RANKI, A., ANTONEN, J., SUNI, J., LAHDEVIRTA, J., and KROHN, K. Diversity of clinical spectrum of HTLV-III infection. *Lancet* 1 (8424): 301-304. February 9, 1985.
37. VOGT, M.W. WITT. D.J., CRAVEN, D.E., BYNGTON, R., CRAWFORD, D.F., SCHOOLEY, R.T., and HIRSCH, M.S. Isolation of HTLV-III from cervical secretions of women at risk for AIDS. *Lancet* 1 (8480): 525-527. March 8, 1986.
38. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS): Situacion in Europe as of 31 December 1985. *Weekly Epidemiological Record* 61(17): 125-128. April 25, 1986.

39. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Expanded Programme on Immunization: global advisory group. Weekly Epidemiological Record 61(3): 13-16. January 17. 1986.
40. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Guidelines for the prevention and control of infection with LAV/HTLV III (Geneva)-WHO, May 1986. 17p.
41. ZIEGLER, J.B. COOPER, D.A., JHONSON, R.O., and GOLD, J. Postnatal transmission of AIDS - Associated retrovirus from mother to infant. Lancet 1 (8434): 896-898. April 20, 1985.

XIII. ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

CASO No. _____

DATOS GENERALES:

1. EDAD: _____ años
2. ORIGINARIO DE: _____
3. GRUPO ETNICO:
- | | | |
|-----------|-------------|----------|
| 1. LADINO | 2. INDIGENA | 3. NEGRO |
| 4. MULATO | 5. ORIENTAL | |
4. ESCOLARIDAD:
- | | |
|-----------------------|-------|
| Primera Completa | _____ |
| Primaria Incompleta | _____ |
| Secundaria Completa | _____ |
| Secundaria Incompleta | _____ |
| Analfabetas | _____ |

DATOS ESPECIFICOS:

5. SABE QUE ES EL SIDA:
- | | |
|-------------|-------------|
| 1. SI _____ | 2. No _____ |
|-------------|-------------|
6. SABE COMO PREVENIRLO:
- | | |
|-------------|-------------|
| 1. SI _____ | 2. No _____ |
|-------------|-------------|
7. QUE TIPO DE PRACTICA SEXUAL TIENE:
- | | | |
|-----------------|----------|----------|
| 1. Heterosexual | SI _____ | No _____ |
| 2. Homosexual | SI _____ | No _____ |
| 3. Bisexual | SI _____ | No _____ |
| 4. Ninguna | SI _____ | No _____ |

8. EL VIRUS DEL SIDA ESTA EN LA SANGRE:
 1. SI _____ 2. No _____
9. EL VIRUS DEL SIDA ESTA EN EL SEMEN:
 1. SI _____ 2. No _____
10. EL VIRUS DEL SIDA ESTA EN LA SALIVA:
 1. SI _____ 2. No _____
11. EL VIRUS DEL SIDA ESTA EN LAS LAGRIMAS:
 1. SI _____ 2. No _____
12. EL VIRUS DEL SIDA ESTA EN LA LECHE MATERNA:
 1. SI _____ 2. No _____
13. PUEDE TRANSMITIRSE EL VIRUS POR MEDIO DE:
- | | | |
|--------------------------------|----------|----------|
| Aire | SI _____ | No _____ |
| Agua | SI _____ | No _____ |
| Ropa | SI _____ | No _____ |
| Paños | SI _____ | No _____ |
| Alimentos | SI _____ | No _____ |
| Trastos | SI _____ | No _____ |
| Rasuradoras | SI _____ | No _____ |
| Cepillo Dental | SI _____ | No _____ |
| Picadura de insecto | SI _____ | No _____ |
| Por un beso | SI _____ | No _____ |
| Por un abrazo | SI _____ | No _____ |
| Por contacto sexual
íntimo. | SI _____ | No _____ |
| Relación Anal | SI _____ | No _____ |
| Relación Oral | SI _____ | No _____ |
| Marturbación mutua | SI _____ | No _____ |
14. CONOCE SINTOMAS DEL SIDA:
 1. SI _____ 2. No _____

Escriba 5:

15. ES USTED USUARIO DE DROGAS INTRA VENOSAS:
1. SI _____ 2. No _____
16. COMPARTE JERINGAS YA UTILIZADAS:
1. SI _____ 2. No _____
17. UTILIZA O UTILIZARIA PRESERVATIVO (CONDON) SIEMPRE QUE TIENE O TUVIERA RELACIONES SEXUALES SIN IMPORTAR SI ES VAGINAL O ANAL:
1. SI _____ 2. No _____
18. PREFIERE O PREFERIRIA UTILIZAR PRESERVATIVO:
1. SI _____ 2. No _____
19. CUANDO USA PRESERVATIVO SE ASEGURA O ASEGURARIA ANTES DE QUE NO ESTE ROTO:
1. SI _____ 2. No _____
20. USA O USARIA EL MISMO PRESERVATIVO MAS DE UNA VEZ:
1. SI _____ 2. No _____
21. CREE QUE EL PRESERVATIVO ES SEGURO COMPLETAMENTE PARA LA PREVENCION DEL SIDA:
1. SI _____ 2. No _____
22. SI SUPIERA QUE SU PAREJA TIENE SIDA, TENDRIA RELACIONES SEXUALES CON EL; UTILIZANDO PRESERVATIVO:
1. SI _____ 2. No _____

23. LE HAN REALIZADO ALGUNA VEZ LA PRUEBA PARA LA DETECCION DEL SIDA:
1. SI _____ 2. No _____
24. SABE COMO SE DIAGNOSTICA:
1. SI _____ 2. No _____
25. SI USTED SUPIERA QUE TIENE LA ENFERMEDAD DONARIA SANGRE:
1. SI _____ 2. No _____
26. SI USTED SUPIERA QUE TIENE LA ENFERMEDAD LE DIRIA A SU PAREJA PARA PREVENIRLO:
1. SI _____ 2. No _____
27. CREE QUE LA PREVENCION DEL SIDA DEPENDE DE SU COMPORTAMIENTO SEXUAL:
1. SI _____ 2. No _____
28. CREE QUE EL RIESGO DE CONTAGIARSE DEPENDE DE EL NUMERO DE PAREJAS SEXUALES QUE TIENE:
1. SI _____ 2. No _____
29. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON DROGADICTOS:
1. SI _____ 2. No _____
30. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON PERSONAS DESCONOCIDAS:
1. SI _____ 2. No _____
31. EL SIDA ES UNA ENFERMEDAD QUE PUEDE CURARSE:
1. SI _____ 2. No _____