

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE TRANS-
MISION DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUI-
RIDA EN ESTUDIANTES DE NIVEL DIVERSIFICADO**

Estudio realizado en 172 estudiantes de nivel
diversificado en los Institutos Nacionales de la
Cabecera Departamental de Izabal, Abril-Mayo de
1994, Guatemala.

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

JORGE ANIBAL REXES HERNANDEZ

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, JUNIO DE 1994.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

Escuela Nacional Mixta de
Ciencias Comerciales
"Domingo Juarros"
14 Calle y 11 Avenida
Teléfono: 480444
Puerto Barrios, Izabal.

DL
05
+(7018)

Of. No. _____

Ref. _____

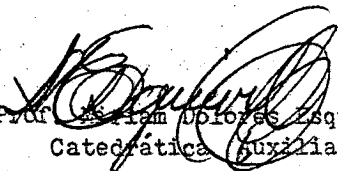
Puerto Barrios, abril 29 de 1994.-

Señor
Julio Enrique López Aragón
Director.

Por medio de la presente solicitamos su colaboración a efecto de poder realizar las encuestas sobre: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE LA TRANSMISION DE SIDA EN ESTUDIANTES DE EDUC. MEDIA NIVEL DIVERSIFICADO en la Escuela Nacional Mixta de Ciencias-Comerciales "Domingo Juarros", de esta ciudad.

Esperando contar con dicha colaboración, quedamos de antemano agradecidos.-



f) 
Prof. María Dolores Esquivel Girón.
Catedrática Auxiliar.-



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 22 de julio de 1994

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

Se informa que el: Bachiller Jorge Anibal Reyes Hernández
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos

Carnet No. 8812790

completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS, SOBRE TRANSMISION DE SIDA

DE LOS INTITUTOS NACIONALES DE LA CABECERA DEPARTAMENTAL DE IZABAL

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

DR. M. ARMANDO DE LEON CANO
Médico y Cirujano
Colegiado 1007

Revisor

Firma y sello

Registro Personal

8716

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

FORMA D

HACE CONSTAR QUE :

El Bachiller: JORGE ANIBAL REYES HERNANDEZ

Carnet Universitario No. 88-12790

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 DE SIDA DE
LOS INSTITUTOS NACIONALES DE LA CABECERA DEPARTAMENTAL DE ZIZABAL"

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

ORDEN DE IMPRESION

Guatemala,

22 de

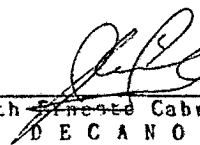
Julio

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

IMPRIMASE :


Dr. Jafeth Ernesto Cabrera
DECANO



INDICE

		PAGINA
1.	INTRODUCCION	1
11.	DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	2
111.	JUSTIFICACION	4
1V.	OBJETIVOS	5
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	7
	a. Definición	7
	b. Historia del desarrollo del SIDA	10
	c. Patogenia y Patología	14
	d. Factores de riesgo	18
	e. Transmisión	19
	f. Manifestaciones clinicas	22
	g. Diagnóstico	25
	h. Tratamiento	26
	i. Criterios para la prevención del SIDA	27
V1.	METODOLOGIA	30
	a. Tipo de estudio	30
	b. Tamaño de la muestra	30
	c. Criterios de inclusion y exclusion	30
	d. Variables a estudiar	31
	e. Recursos	
	1. Materiales	36
	2. Humanos	36
	3. Físicos	36
V11.	ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION	39
V111.	PRESENTACION DE RESULTADOS	40
1X.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	50
X.	CONCLUSIONES	53
X1.	RECOMENDACIONES	54
X11.	RESUMEN	55
X111.	REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	56
X1V.	ANEXO 1	63
XV.	ANEXO 2	71

1. INTRODUCCION

El SIDA es uno de los problemas de salud mas serios a que se han enfrentado los médicos de todo el Mundo, - por su transmisión a todas las personas de cualquier -- condición social y económica.

Es importante decir que el SIDA es una enfermedad - que conduce a la muerte, que no tiene cura ni existe va_ cuna para prevenirla. El SIDA es una enfermedad que se puede prevenir a través de políticas educativas que orien_ ten a la población sobre la adopción de comportamientos que reduzcan la aparición de contagios.

Debe señalarse que no basta con informar hay que pre_ venir 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.

Es por eso que el centro de nuestra atención ha sido la población estudiantil de nivel diversificado, futuros profesionales que formaran parte de la población economi_ camente activa de nuestro país.

La finalidad del estudio ha sido conocer los CONOCI_ MIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE LA TRANSMISION DEL SIDA en estudiantes de nivel diversificado, descubrien_ do que tienen una información muy vaga respecto a la en_ fermedad y que son muy pocas las personas que conocen y estan tomando las medidas preventivas para no contraer la enfermedad.

11. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

El Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida es una enfermedad caracterizada por una anomalía 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 padecimientos. (1,11)

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) a infectado a más de 10,000,000 de personas y a producido alrededor de 500,000 enfermos del SIDA (medio millón a principios de 1,992), ha sido reportado más o menos 50% en América. (1,5)

El comportamiento del SIDA en Guatemala es alarmante ya que cada vez se suman más casos como lo demuestra las estadísticas de los últimos 10 años. Hasta el 31 de enero de 1994 el total de casos de SIDA reportados en nuestro país asciende a 489 casos y 590 pacientes asintomáticos infectados por el VIH, siendo este el grupo que amenaza la salud de los demás habitantes ya que son los transmisores del SIDA, por lo que se considera una Pandemia. Lamentablemente no se cuenta con los recursos que requiere medidas de acción inmediata, principalmente en cuanto a prevención se requiere. (58,59)

En la actualidad se sabe que el grupo etareo más afectado es y continúa siendo entre los 20 y 30 años de edad, con uno o más factores de riesgo (homosexuales, bisexuales, trabajadoras 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, conocimientos, actitudes y prácticas en torno a la sexualidad y SIDA se refiere considerando un tabù, objeto de represión sociocultural entre otras.

Las tres vias de transmisión son: sexual, hematológica y perinatal (vertical); tanto a nivel mundial como en nuestro país, la via de transmisión más importante es la sexual, correspondiendo más del 80 % de los casos notificados. (16).

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 de los estudiantes del nivel diversificado de los Institutos Nacionales de la Cabecera Departamental de Izabal, en cuanto a sexualidad, enfermedades de transmisión sexual SIDA, drogadicción y por ende crear y dirigir programas efectivos sobre prevención del SIDA, tomando en cuenta que es una enfermedad mortal, no importa 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 concientice 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 para crear una estrategia preventiva.

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

Según estudios recientes las áreas más afectadas en nuestro medio en Enero 1994 son: Guatemala, Quetzaltenango, Izabal, Suchitepequez, Escuintla, Sacatepequez.
(22)

Por lo antes señalado se hace necesario un diagnóstico del nivel de conocimientos, tradiciones, actitudes y prácticas del SIDA, por lo consiguiente el presente trabajo pretende en base a datos obtenidos, reforzar programas y actividades educativas dirigidas a estos grupos; debido a 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 en estudiantes de nivel diversificado de los Institutos Nacionales de la Cabecera Departamental de Izabal, durante los meses de Abril y Mayo de 1994.

B. ESPECIFICOS:

1. Determinar el nivel de conocimientos sobre transmisión de SIDA en los estudiantes de nivel diversificado.
2. Identificar las actitudes positivas, negativas y ambiguas de los estudiantes sobre prevención del SIDA.
3. Identificar los medios que han proporcionado información sobre SIDA al estudiante de nivel diversificado.
4. Cuantificar el porcentaje de estudiantes que tienen información sobre SIDA.
5. Identificar la promiscuidad como factor de riesgo de contraer SIDA en los estudiantes de nivel diversificado.
6. Determinar otros factores de riesgo a los que están sometidos los estudiantes de nivel diversificado de adquirir infección por VIH.

7. Cuantificar el número de estudiantes de nivel diversificado, que han padecido de enfermedades de transmisión sexual.
8. Identificar la aceptación del uso del preservativo o condón durante el contacto sexual como medio de prevención de SIDA.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

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 anomalía de la función de los linfocitos T4 en el humano que es infectado por el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (VIH), lo que convierte a las personas afectadas en vulnerables a infecciones oportunistas, estas infecciones pueden ser; por Pneumocystis Carini, 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 aún, ya que puede transmitir el virus a otra persona sin saberlo. (7).

Un caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) según el CDC- Atlanta, es una persona que haya presentado al mismo tiempo el diagnóstico de una enfermedad que sugiera la presencia de una deficiencia de la respuesta mediada por células y ausencia de enfermedad subyacente que pueda ocasionar esta deficiencia. En niños se define como la presencia 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 neumocistis carini, Toxoplasmosis (pulmonar, sistema nervioso central o diseminada). (23).

Infecciones virales: Infección diseminada por citomegalovirus después de los seis meses de edad, herpes simple orgánico o diseminado después de un mes de nacimiento. Leucoencefalopatía multifocal progresiva. (24)

Infecciones Micóticas; Candidiasis esofágica, criptococosis diseminada o del sistema nervioso central.

Infecciones Bacterianas: Infección determinada por micobacterium avium, micobacterium tuberculosis, listeria monocytogenes, nocardia, asteroides, salmonela.

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 casos reportados representa posiblemente solo una fracción del total, de tal manera que hay un sub-registro especialmente en las naciones donde los sistemas de reporte y de investigación no son adecuados. Para 1,990 la OMS detectó SIDA en 143 países del mundo, del total de casos más del 70 % corresponde a las Américas, 15 % a Africa, más del 10 % a Europa y 1 % a Asia y Oceanía. (20).

Para determinar la magnitud y distribución de este padecimiento es necesario conocer; el 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 prácticas de alto riesgo.

Aún cuando ciertos datos indican que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha venido dando en los Estados Unidos de América y otros países desde los años setenta, por lo menos no se le identificó como entidad clínica ni se le dio 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 demuestran las estadísticas en los últimos años. Hasta el 31 de Enero de 1,994 el total de casos de SIDA reportados en nuestro país asciende a 1,079, de los cuales 489 casos presentan manifestaciones clínicas y 590 infectados por el VIH asintomáticos, (58)

El departamento del país más afectado continúa siendo el de Guatemala con 686 casos, Quetzaltenango con 49 casos, Izabal con 45 casos, Suchitepèquez con 32 casos. (15,59).

Según informes de la Dirección General de Servicios de Salud hasta enero del presente año, no existe ningún departamento que escape a la existencia de uno o más casos. En nuestro país el inicio de la epidemia (1,984) - el 100 % de la población afectada fue un grupo de homosexuales, seguido de hemofílicos, drogadictos, bisexuales, heterosexual, especialmente en personas que han tenido contacto con prostitutas y las personas que han sido transfundidas de sangre contaminada. (38)

En nuestro país como en otros el contagio del VIH es el resultado de las relaciones sexuales promiscuas (homo

sexuales, heterosexuales y bisexuales) los cuales se componen en su mayoría por el sexo masculino comprendidos entre los 19 y 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 y social.

HISTORIA DEL DESARROLLO DEL SIDA

Se cree que la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en los humanos data de la década de los años 50, afirmación basada principalmente 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 gentes que solía comer carne y cerebro de mono verde (*Cercopithecus Aethiops*), este fenómeno que fué el que hizo visible el paso del VIH del mono verde al ser humano, siendo lo que 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 años 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 de 1,978

a. Los primeros casos entre haitianos de lo que podría ser SIDA fueron reportados en E.E.U.U. aparecen -- primeros casos de sarcoma de Kaposi.

b. Científicos trabajando en Africa encontraron signos y síntomas de una epidemia no identificada, que pertenecían a enfermedades conocidas por la ciencia, pero presentes en forma más dramática y virulenta.

c. En este año 8 casos de SIDA fueron reportados en Estados Unidos de América. (33).

Año de 1,979

a. un grupo de científicos encontró los primeros casos - de personas montando evidencia de padecer el complejo relacionado al SIDA.

Año de 1980

a. Los primeros casos de SIDA encontrados en personas de Haití, Miami y Florida.

b. Fueron reportados 46 casos de SIDA en los Estados Unidos de América. (37)

Año de 1981

a. se reportan los primeros 5 casos en la ciudad de los Angeles. Se trataban todos ellos de varones homosexuales jóvenes con neumonía por neumocistis carinii. Este hecho llamó la atención por su coincidencia temporal y por ser el agente causal un microorganismo oportunista poco común.

b. La definición de SIDA se dió a conocer en este año.

c. El SIDA comenzó a manifestarse en forma de epidemia.

d. 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 de 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. Autoridades de Salud Pública conocen exactamente las vías de contagio.

e. A nivel mundial se reportaron 4,100 casos. (16).

Año de 1984

a. Se diseñaron pruebas de detección de anticuerpos en Francia y Estados Unidos.

b. Se realizaron en Guatemala estudios de seroprevalencia de VIH en grupos de población con factores de riesgo para la infección de VIH. (16)

Año de 1985

a. Se iniciaron las pruebas serológicas rutinarias en bancos

b. Se desarrollara el análisis de sangre con el test de Elisa para detectar anticuerpos contra el VIH.

c. 19,000 casos de personas con SIDA fueron reportados en todo el mundo.

d. En el mundo una persona podría infectarse con VIH aproximadamente cada 90 minutos.

e. En Guatemala se inicia la detección del VIH en sangre.

Año 1986.

a. La OMS propuso denominar al virus del SIDA virus de Inmunodeficiencia humana.

b. Se reportan 28,000 casos.

c. Más de 13000 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 del VIH.

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.

Año de 1987

a. Se iniciaron las primeras pruebas de vacunación contra el SIDA en Francia y los Estados Unidos, que actualmente se encuentran en fase 1-11 de experimentación en seres humanos.

Año de 1988

- a. Se estimò que habría entre 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.
- c. La presencia de SIDA fué reportada en 152 países. (7)

Año de 1990-1992

- a. La presencia de SIDA es reportada en 159 países.
- b. En Guatemala se informa sobre la existencia de 192 - casos, superando los previsto. (54,56)

Año de 1993

- a. En Guatemala hasta el 31 de Junio de 1993 el total de casos de SIDA reportados asciende a 835. (16)

PATOGENIA Y PATOLOGÍA

El virus que causa el SIDA pertenece a una clase de virus denominado retrovirus, que fue aislado en 3 diferentes laboratorios y llamado inicialmente virus linfotrópico de células Humanas tipo 111 (HTLV - 111), virus de -- linfadenopatía asociada (LAV) y retrovirus asociado al SIDA (ARV); en la actualidad se ha denominado virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) este virus es linfocitotrópico, con afinidad selectiva por linfocitos T4 (T -- cooperador), fenómeno más sobresaliente de la inmunode-

ficiencia SIDA en la sangre. (51,52)

A. CELULAS CD4 POSITIVAS

La característica cardinal de la infección por HIV es la desaparición de los linfocitos T colaboradores inductores: resultado del tropismo selectivo del HIV 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 subconjuntos de monocitos y macrófagos que también expresan la molécula CD4 pueden fijar al HIV y ser infectadas por éste. Las células T4 infectadas expresan una concentración alta de gp 120 HIV (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 (sincitios). Y es un mecanismo por el cual un número grande de células no infectadas, pueden desaparecer con rapidez de la circulación. Después de infección no citopática por HIV, además puede manifestarse una alteración funcional de las células T4. con infección activa, las células T4 ya no expresan las moléculas en su superficie.

Son devastadoras las consecuencias de las infecciones por HIV en las células T4, debido a que estos linfocitos desempeñan una actividad crítica en la respuesta inmunitaria humana, ya que se ocupan, en forma directa o indirecta de inducir un vasto ordenamiento de funciones en las células linfoides y no linfoides. Estos efectos incluyen: activación de macrófagos; inducción de las funciones de: células T citotóxicas, células asesinas naturales, células supresoras y células B; y secreción de factores que inducen el crecimiento y la diferenciación de -

SE

células linfoides y afectan a las células hematopoyéticas. Muchos de los efectos de las células T4, son mediados por la liberación de diversos factores solubles que tienen acciones trópicas o inductivas sobre otros tipos de células. (14)

El progreso de la infección inicial por HIV, anormalidades inmunológicas detectables en clínica y a manifestaciones patológicas, a menudo dura siete años o más. El virus debe estar por periodos prolongados, en una forma latente o crónica, tanto en linfocitos como monocitos. Por lo general, hay desgaste grande de las células T4 infectadas, sin embargo, estallidos intermitentes de productos de viriones pueden acelerar la destrucción de las mismas y propagar el virus a otros linfocitos T4 y a monocitos.

B. CELULAS B

Los individuos con SIDA, además exhiben función anormal de las células B, como lo manifiesta la activación policlonal, la hipergammaglobulinemia, la presencia de complejos inmunitarios circulantes y los autoanticuerpos. La hiperactividad policlonal de las células B como parte de la respuesta inmunitaria, puede deberse a otros factores, como un aumento en la frecuencia de infecciones por el virus de Epstein-Barr y el citomegalovirus, ambos activadores policlonales de las células B. A pesar del aumento en la respuesta del repertorio de células B de estos individuos, hay una reacción deficiente de anticuerpos antígenos nuevos. Aunque ciertas respuestas de las células b que dependen de células T, son anormales a consecuencia de defectuoso de la función auxiliar de la célula T4, otras respuestas alteradas se deben a anomalías a nivel de las células B. Una de estas respuestas defectuosas, es la incapacidad para organizar una respuesta adecuada de inmunoglobulina M (IgM) al invasor antigénico; a menudo el resultado es una enfermedad mortal en lactantes niños infectados por HIV, que no habían es

expuestos a varias bacterias patógenas y cuya defensa orgánica adecuada se basa en una respuesta inicial de la IGM. Los adultos enfermos también manifiestan un aumento en la sensibilidad a diversas bacterias patógenas.

C. MONOCITOS Y MACROFAGOS

Los monocitos y los macrófagos pueden intervenir en forma importante en la propagación y patogenia de la infección por HIV. Estas células fagocíticas pueden engullir el virus. Como se dijo antes, ciertos subconjuntos de monocitos expresan antígeno de superficie CD4 y por consiguiente se unen a la cubierta del HIV. Sin embargo HIV no induce un efecto citopático en monocitos tan significativo como lo hace en células T4. El virus se ha aislado de monocitos obtenidos de la sangre y de varios órganos de individuos infectados por HIV. En el cerebro el tipo principal de células infectadas por HIV parece ser el monocito macrófago y esto puede tener consecuencias importantes en el desarrollo de las manifestaciones neuropsiquiátricas que acompañan a la infección. Los macrófagos infectados de los alvéolos pulmonares, pueden participar en la neumonitis intersticial que se observa en ciertos pacientes con SIDA. (31)

D. CELULAS NEURALES

Las anomalías neurológicas son comunes en el SIDA y ocurren en grados variables por lo menos en 60 % de los pacientes. Tres mecanismos patogénicos potenciales podrían explicar las manifestaciones neuropsiquiátricas de la infección por HIV; (1) El tipo de célula predominante del cerebro que es infectada por el virus, es el monocito macrófago por tanto, el VIH entra al cerebro a través de monocitos infectados y libera monocinas y enzimas que son tóxicas para las neuronas, así como factores quimiotácticos que conducen a infiltración de la materia encefálica con

células inflamatorias. (2) El HIV se ha encontrado en neuronas, oligodendrocitos y astrocitos; también se ha detectado que neuronas y células gliales de varias áreas del cerebro, moléculas CD4 o de RNAm para la síntesis de éstas y por lo tanto, existe la posibilidad de fijación e infección de células cerebrales por parte del HIV. También ciertas líneas celulares neural exentas de receptores para CD4 pueden infectarse in vitro con algunos aislados de HIV, in vivo el crecimiento de las neuronas en presencia de neuroleucina; es probable que la inhibición se deba a la semejanza parcial de la secuencia entre gp 120 y neuroleucina.

E. COINFECCIONES VIRALES

Se requieren señales de activación para el establecimiento de una infección por HIV producida in vitro; - por tanto, también in vivo las señales de activación han de contribuir a la conversión de una infección latente o crónica a una productiva. La fitohemaglutinina se ha usado para inducir infecciones productiva in vitro; en el individuo infectado por HIV, al parecer hay un grupo amplio de estímulos antigénicos que actúan como activadores celulares in vivo. Se tienen pruebas de que otras infecciones concomitantes (por virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, virus de la hepatitis B o virus del herpes simple) inducen la expresión del HIV, por tanto, sirven como cofactores del SIDA. En individuos positivos a HIV se observa una elevada frecuencia de infección por citomegalovirus. Un mecanismo de sinergismo viral podría comprender la inducción de receptores para la porción fc de inmunoglobulinas sobre células. (31)

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo que se relacionan con la transmisión del VIH son;

- a. Homosexualidad
- b. Prostitución

- c. Hemofílicos
- d. Drogadicción intravenosa
- e. Coito anal.
- f. Sexo oral
- g. Bisexuales
- h. Heterosexuales
- i. Transfusión Sanguínea
- j. Promiscuidad.

TRASMISION

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

Actualmente se conocen tres vías de transmisión del SIDA; a) 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, semen. El virus puede pasar de cualquier persona infectada a la pareja sexual, - por sexo anal, oral o genital. Se sabe que el riesgo aumenta aún más en función de las siguientes variables; número de parejas sexuales, número de contactos, tipo de prácticas sexuales, las relaciones sexuales con mayor riesgo de transmisión del VIH son aquellas en que el pene penetra en el recto del compañero o compañera. La razón de ello se encuentra en la estructura de la mucosa rectal, ya que posee numerosos vasos, abundante tejido linfático y epitelio formado por una sola capa de células cilíndricas.

La mucosa rectal lacerada permite con facilidad el paso del virus a los linfocitos presentes en el tejido linfoideo subyacente aún cuando no se encuentra dañada la mucosa rectal puede permitir la entrada al virus, debido a que - las células de langerhans de su epitelio presentan recepto-

res para el VIH por medio del cual pueden captarlos, al macenarlos 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 poco madura.

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

TRASMISION SANGUINEA

La transmisión sanguínea ocurre en las siguientes situaciones:

- a. Recepción de sangre o sus productos, contaminados.
- b. Utilización de agujas y jeringas inadecuadamente esterilizadas, (drogadicción intravenosa, automedicación, esca-rificación),
- c. Punción ocupacional.

El periodo de incubación calculado como el intervalo entre la transfusión y el diagnóstico de SIDA es en promedio 31 meses en el adulto y 14 meses en los niños. Los hemofílicos poseen mayor riesgo de adquirir la infección ya que requieren de 80 a 100,000 unidades de factor Vlll al año. (7,20,49).

Las agujas contaminadas con sangre infectada constituyen un mecanismo de transfusión de la infección; esto tiene particular importancia para los drogadictos que consumen agujas contaminadas y jeringas, y aquellos países

que, por diversas razones, en vez de usar agujas y jeringas desechables, continúan utilizando su esterilización tanto para fines terapéuticos como no terapéuticos. A un cuando de acuerdo con la literatura existen algunos casos de infección por VIH en personal de salud, - debida al pinchazo accidental con agujas contaminadas con sangre de un paciente con SIDA ninguno de ellos ha desarrollado la enfermedad. No existe evidencia epidemiológica de que las vacunas, los sueros inmunes o los insectos hematófagos (por ejemplo mosquitos y chinches), sean capaces de transmitir el VIH.

La magnitud de la transmisión por medio de hemoderivados que ha ocurrido en los últimos años se refleja en el número de casos de SIDA adquiridos por esta vía. En los Estados Unidos, por ejemplo 3% de los casos se asocian con la recepción de sangre o sus productos, y 1% corresponden a sujetos hemofílicos o con coagulopatías. En el Brasil, 5.2% se han presentado en personas que recibieron sangre y 2.4% en hemofílicos. En México, estas proporciones son mayores; 10% de los casos se han asociado con -- transfusión y 2% corresponden a hemofílicos.

TRANSMISION PERINATAL

Este mecanismo tiene particular importancia debido al grupo de edad que afecta, ya que es un indicador indirecto de transmisión heterosexual y ha llegado a constituir un problema de salud materno-infantil. Puede producirse la transmisión antes, durante o poco después del nacimiento, el riesgo de transmisión de una madre infectada a su hijo es de aproximadamente del 50% .(20,28,42,43)

TRANSMISION POR MEDIO DE LA LECHE MATERNA

El calostro y la leche materna contienen concentraciones elevadas de VIH, habiéndose demostrado ya cinco casos

de transmisión del virus por esta vía. Además se ha notificado la transmisión por esta vía. Además se ha notificado la transmisión por esta vía de otro retrovirus: el virus T linfotrópico humano tipo 1 (VTLH). En todos estos casos la madre había sido infectada en fecha reciente por una transfusión de sangre contaminada por el VIH. (20)

Un estudio reciente reveló que los lactantes menores de un año amamantados por madres infectadas por el VIH permanecieron libres de infección durante todo este tiempo. En los países desarrollados tal vez convenga seguir las pautas de los centros de control de enfermedades de Estados Unidos, en las que recomienda que las mujeres infectadas dejen de amamantar a sus hijos. Sin embargo, en los países en desarrollo la principal causa de muerte directamente relacionada con la lactancia artificial es la diarrea, y no el SIDA, por lo que algunos investigadores sugieren que hasta que no se disponga de mayor información, sería conveniente que las mujeres infectadas que habitan las regiones pobres del mundo continuaran amamantando a sus hijos. (20)

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los pacientes con SIDA muestran cierto número de patrones o modalidades de enfermedad. Las características clínicas del 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 distintas, las últimas de las cuales se conoce como SIDA. (25)

A. FASE ASINTOMÁTICA

En este periodo no sucede nada, el paciente tiene el virus en forma de provirus, ya que está infectado pero no hay evidencia de la enfermedad. Se detecta únicamente

por serología en donde se detecta el antígeno p 24. En terminos generales un 60% puede continuar asintomático por un lapso de 6 años, el resto evoluciona a otras etapas de la infección.

B. FASE SINTOMATICA

Lo más característico es el Síndrome Mononucleósico, 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 meníngeo o manifestaciones en la piel de diferentes tipos, todos son fugaces y desaparecen rápidamente. (20,45,48)

C. FASE DE LINFADENOPATIA CRONICA GENERALIZADA

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, cervicales, axilares, occipitales, submaxilares y otros, los cuales persisten por más de tres meses, este cuadro de adenopatía va acompañando 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 el VIH y se caracteriza por la presencia de infecciones oportunistas y tumores tales como el Sarcoma de Kaposi, las cuales indican que el paciente ya desarrollado SIDA.

Existen más de 13 infecciones oportunistas y de acuerdo al país se presentara la enfermedad marcador, en América Latina es la Tuberculosis, mientras que en los Esta

dos Unidos es la neumonia por *neumocystis carinii*, además de esta se encuentra entre otras candidiasis esofágica, herpes simple recidivante crónico, toxoplasmosis cerebral histoplasmosis, citomegalovirus, etc. que son producidas por hongos, parásitos y bacterias respectivamente. Tumores: El sarcoma de Kaposi ha sido clásicamente descrito como un tumor marcador 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 paladar duro, regiones de orofaringe y amigdalina. Existen también linfomas de alto grado de malignidad muy poco diferenciado que también desarrollan estos pacientes, linfomas de células B. (35, 20)

PERIODO DE VENTANA

Tiempo que transcurre entre la infección y el desarrollo de anticuerpos por el organismo de la persona infectada y que tiene una duración de 6 semanas y 3 meses.

DEMENCIA POR SIDA

Es la complicación neurológica más común y se presenta en 50 al 70 % de los pacientes con SIDA. Se desarrolla por agresión del virus al sistema nervioso central, que corresponde habitualmente a una encefalopatía subaguda desmielinizante, la cual se caracteriza por cambios motrices, cognocitivos y del comportamiento. Entre los síntomas iniciales más frecuentes están el temblor, la lentitud y la afasia, este proceso suele evolucionar hasta la demencia profunda, gradualmente. En la fase terminal puede aparecer incontinencia, pérdida de la visión y paraplejia. (20).

DIAGNÓSTICO

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 su costo es elevado y el procedimiento es más prolongado, por lo que el método más utilizado en Guatemala es el test de Elisa.

Entre los análisis de uso menos prolongado se encuentran, la inmunofluorescencia (IFA), el ensayo de inmunoprecipitación y la prueba de inhibición competitiva. (3,15)

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

El virus fue 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 esta 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 amplificación genética para detectar antígenos virales del VIH. (25,45,59)

TRATAMIENTO

Hasta la fecha se desconoce la droga que cure o la vacuna que prevenga, no existe ningùn tratamiento eficaz. Por lo que el tratamiento actual consiste en medicamentos para las infecciones oportunistas particulares o los procesos malignos que se presentan, se està estudiando la posibilidad que los tratamientos puedan inactivar al LAV/HTLV-111 o restablecer el sistema inmunitario del organismo, entre estos estàn suramina, HPA 23, rivavirina A509u(3-a-zido-3deoxitimidina) y foscarinato. Al parecer estos productos inhiben en grados diversos la replicaciòn del virus, pero hasta ahora este siempre se ha reactivado en el momento de detener el tratamiento. En el momento actual el tratamiento con mäs posibilidades de éxito serà el que combine la administraciòn de productos antiviricos con potenciadores de la inmunidad, administraciòn en una fase temprana del sïndrome; el 3-azido-5-deoxitimidina (AZT) es el tratamiento de mayores esperanzas del VIH: La prevenciòn juega un papel importante, pudiëndose realizar a travës de campañas de educaciòn en salud; las que deben estar dirigidas principalmente a grupos de alto riesgo. (40,-55).

Los esfuerzos encaminados en la elaboraciòn de una vacuna han sido insatisfactorios, fundamentalmente por que: a. La naturaleza del virus èvasivo, cambia constantemente su composiciòn proteica externa y gran capacidad para incorporar sus genes dentro del material genético del hïspedero. b. La falta de un modelo animal de la enfermedad que permita las investigaciones de laboratorio para diferentes estrategias de vacunaciòn. (6,16). c. Las dificultades para llevar a cabo las pruebas clïnicas por el prolongado periodo de incubaciòn que presenta la infecciòn.

CRITERIOS PARA LA PREVENCIÓN DEL SIDA

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

Debe señalarse que no basta con informar: 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 compasiva a los que desarrollan este síndrome

Los criterios enumerados 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).

Dada la ausencia de vacunas y de medidas curativas promisorias, 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 el desarraigo de creencias erróneas se consiguen solo tras un largo y difícil proceso apoyado en parte, por el proporcionamiento de incentivos.

El trato humanitario, la tolerancia y la adaptabilidad a poblaciones con valores diferentes deben ser rasgos intrínsecos de todos los programas destinados a arrestar la propagación del SIDA. Pese a la abundancia de materiales educativos que se han publicado sobre SIDA, existe una gran demanda de nuevos materiales, escritos en lenguaje moderno y adecuado para la población destinataria, que reflejan la evolución de la pandemia.

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

LOS ESCOLARES

Las medidas de prevención del SIDA, se deben iniciar en la etapa escolar, cuando el comportamiento todavía es maleable, según objetivos claramente definidos y cuantificables. Es necesario, por consiguiente, obtener la autorización debida 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, materiales informativo sobre el sexualidad y sus riesgos y la atención del SIDA,. La promoción de prácticas saludables -

reforzada por el fomento de la autoestima y del sentido de responsabilidad y control de la conducta individual de toda la escuela primaria y secundaria. (6,20).

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

La conducta que se debe seguir en todo niño que nace de una madre infectada por el VIH o enferma de SIDA - incluye medidas al nacimiento son:

1) determinación de anticuerpos anti - VIH en sangre del cordón umbilical.

2. Valoración clínica.

3. No dar alimentación del pecho materno. Esto es aplicable en los países altamente desarrollados. 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;

1. Determinación trimestral de anticuerpos anti- VIH

2. Vigilancia y detección oportuna de infecciones por gérmenes oportunistas.

3. Esquemas de vacunación modificados utilizando únicamente gérmenes muertos o fraccionados antigénicas.

4. Cuidados semejantes a cualquier otro niño.

En aquellos casos en los que el niño muestra seropositividad del VIH, se deben seguir las mismas recomendaciones que se señalan adelante.

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. (59).

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 causalidad como prevención.

B. SUJETO DE ESTUDIO: Estudiantes del sexo femenino y masculino de nivel diversificado de los institutos nacionales de educación media de la Cabecera departamental de Izabal, durante los meses de Abril y Mayo de 1994.

C. TAMAÑO DE LA MUESTRA: Se tomarà la muestra utilizando la formula para estudios descriptivos. Utilizando para ello el total de estudiantes de diversificado de institutos nacionales, de la Cabecera Departamental de Izabal. Aplicando la siguiente formula.

$$F=n \frac{N (p)(q)}{N-1 \frac{(LE)^2}{4} + (p)(q)} \quad n = \frac{350(0.7)(0.3)}{350-1 (0.05)^2 + (0.7)(0.3)} = 172$$

Donde: N: es el universo a estudiar

n: es el tamaño de la muestra

p: es la probabilidad de ocurrencia del fenómeno

q: es el complemento de "p" y en este caso se le da el valor de 0.5 (pues $p+q = 1$)

LE: Limite de error, o limite de seguridad o tolerancia y se le asignò un valor de 0.05

D. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION: Ser estudiante de nivel diversificado de los intitutos Nacionales de la Cabecera departamental de Izabal y que este inscrito en el presente ciclo 1,994, que acepte participaciòn 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, analizable en su discurso escrito y que se puede o no categorizar como conocimiento científico.

-Escala de medición: Conocimiento si la respuesta es correcta en un 80 a 100 %.

Conocimiento parcial: si la respuesta es correcta en un 60 a 79%.

Desconocimiento: cuando la respuesta se encuentre por debajo del 60%.

B. ACTITUD:

-Definición Conceptual: Disposición psíquica específica hacia una experiencia reciente mediante la cual está 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 respuesta dada escrita y que se pueda analizar como positivas, negativas, ambigua.

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

-Negativa: Rechazo indiferencia, aislamiento, abandono.

-Ambigua: incapaz de definir actitud positiva o negativa.

C. PRACTICAS

-Definición conceptual: momento del proceso fenoménico que se concretiza en acción.

-Operacional: Lo registrado en boleta, según respuesta del interezado.

-Escala de medición: actividades categorizadas en negati_ vas, nocivas al bienestar del hombre, o positivas al fa_ vorecer el bienestar del hombre. Cuantificandolas en in_ formación 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, más de 30.

E. ESTADO CIVIL:

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

-Operacional: de acuerdo a la respuesta

-Escala de medición: Nominal, 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, Evangélico, católico, testigo de Jehova, otros.

H. LUGAR DE ORIGEN

- Conceptual: Lugar que 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: rural - urbano

I. PRACTICAS SEXUALES

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

-Operacional: respuesta directa a pregunta específica de la boleta de recolección de datos.

-Escala de medición: nominal. Heterosexual, homosexual, bisexual.

J. ACTIVIDAD SEXUAL DE ALTO RIESGO

PROMISCUIDAD:

-Conceptual: tener mas de 1 compañero o compañera de actividad sexual.

-Operacional: Respuesra directa a pregunta especifica de la boleta de recolección de datos.

-Escala de medición: de acuerdo a repuesta obtenida.

K. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL:

-Conceptual: Enfermedad resultado de relaciones sexuales con personas infectadas.

-Operacional: de acuerdo a pregunta directa.

-Escala de medición: si, no.

L. DROGADICCION:

-Estado psiquico y también físico resultante de la ingestion 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 periodica para experimentar sus efectos psiquicos y algunas veces para evitar el mal estar de la astinencia.

-Operacional: de acuerdo a pregunta directa.

-Escala de medición de acuerdo a respuesta tomadas, inhaladas, inyectadas, nunca.

M. TRANSFUSIONES:

-Conceptual: Introducciòn de sangre total o de un componente sanguineo directamente en la sangre de un sujeto.

-Operacional: Respuesta directa de acuerdo a pregunta

-Escala de medición: si, no.

N. 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 directa

-Escala de medición: si, no.

O. PROSTITUTO:

-Conceptual: casa en donde se encuentran mujeres que entregan su cuerpo a los hombres por dinero.

-Operacional: Respuesta directa de acuerdo a pregunta

-Escala de medición: si, no.

P. ENFERMEDAD VENEREA:

-Conceptual: Enfermedad contagiosa, por lo general adquirida durante el coito u otro contacto genital.

-Operacional: Respuesta directa de acuerdo a pregunta

-Escala de medición: Si, no.

**EJECUCION DE LA INVESTIGACION
ACTIVIDADES**

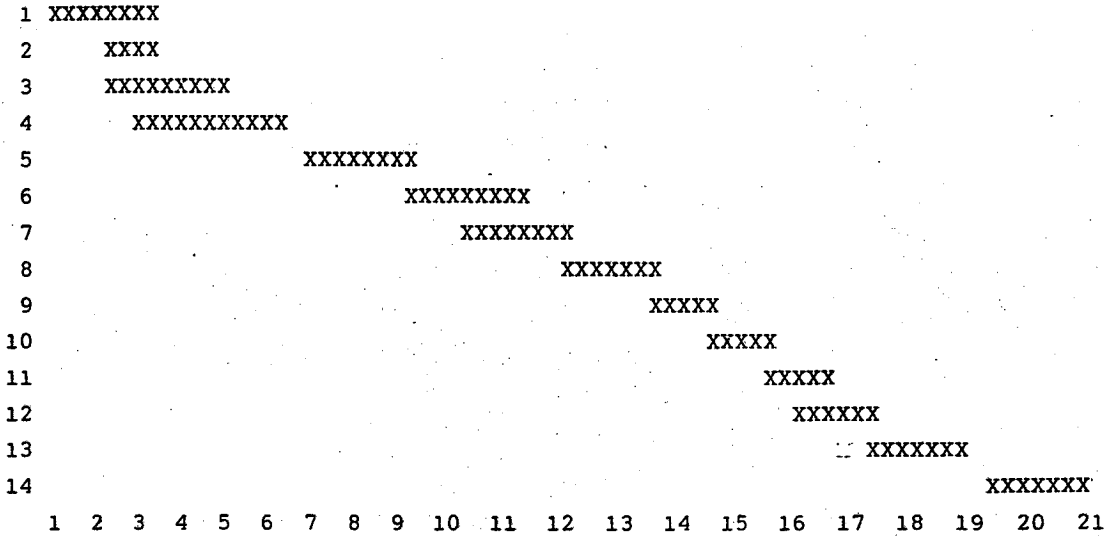
1. Selección del tema del proyecto de investigación
2. Elección de asesor y revisor.
3. Recopilación de material bibliográfico
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis
6. Diseño de los instrumentos que se utilizarán para la 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 de informe final.
12. Aprobación del informe final.
13. Impresión del informe final y trámites administrativos
14. Examen público de defensa de la tesis.

**EJECUCION DE LA INVESTIGACION
ACTIVIDADES**

1. Selección del tema del proyecto de investigación
2. Elección de 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 de informe final.
12. Aprobación del informe final.
13. Impresión del informe final y trámites administrativos
14. Examen público de defensa de la tesis.

GRAFICA DE GANNT

ACTIVIDADES



VII . ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

En cuanto al sujeto de estudio, se tomò 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 heridas.

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

VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS.

Cuadro No. 1

GRUPO ETAREO DE ESTUDIANTES DE NIVEL DIVERSIFICADO DE
INSTITUTOS NACIONALES DE LA CABECERA DEPARTAMENTAL DE
IZABAL

ABRIL Y MAYO 1994

Grupo Etareo	No. de Estudiantes	%
15-19	150	87
20-24	22	13
Total	172	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

Cuadro No 2

CONOCIMIENTOS DE LA CADENA EPIDEMIOLOGICA DEL SIDA EN
LA POBLACION ESTUDIANTIL DE DIVERSIFICADO DE LOS INS-
TITUTOS NACIONALES DE LA CABECERA DEPARTAMENTAL DE I-
ZABAL.

ABRIL Y MAYO 1994

Cadena Epidemiolò- ca de SIDA	Compo- nente	Masculino		Femenino		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
Causalidad	C	20	12	30	17	50	29
	CP	34	20	40	23	74	43
	D	15	9	33	19	48	28
Transmisiòn	C	40	23	60	35	100	58
	CP	20	12	28	16	48	28
	D	9	5	15	9	24	14
Suceptibili- dad	C	28	16	45	26	73	42
	CP	19	11	32	19	51	30
	D	22	13	26	15	48	28
Prevenciòn	C	40	23	52	30	92	54
	CP	18	10	24	14	42	24
	D	11	6	27	16	38	22
Tratamiento	C	36	21	62	36	98	57
	CP	18	10	22	13	40	23
	D	15	9	19	11	34	20

FUENTE: Boleta de recolecciòn de datos

Nota; C. Conocimiento

CP. Conocimiento Parcial

D. Desconocimiento.

Cuadro No. 3

MEDIOS* QUE HAN PROPORCIONADO INFORMACION SOBRE SIDA A MAS DE UN ESTUDIANTE DE NIVEL DIVERSIFICADO DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE LA CABECERA DEPARTAMENTAL DE IZABAL.

ABRIL Y MAYO 1994

Medio de información	No. de Estudiantes	%
Television	150	87
Radio	112	65
Prensa	95	55
Maestros	75	44
Padres	70	41
Amigos	68	39

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

* Mas de 1 medio referido por estudiante entrevistado.

Cuadro No. 4

ACTITUD POSITIVA Y AMBIGUA RESPECTO A: SI MISMO, AMIGO, FAMILIA Y PAREJA SOBRE EL SIDA EN ESTUDIANTES DE NIVEL DIVERSIFICADO DE INSTITUTOS NACIONALES DE LA CABECERA DEPARTAMENTAL DE IZABAL.

ABRIL Y MAYO 1994

Respecto a:	Actitud	No. de Estudiantes	%
Si mismo	Positiva	40	23
	Negativa	60	35
	Ambigua	72	42
Amigo	Positiva	90	52
	Negativa	60	35
	Ambigua	22	13
Familia	Positiva	120	70
	Negativa	40	23
	Ambigua	12	7
Pareja	Positiva	40	24
	Negativa	95	55
	Ambigua	37	21

Nota: Positiva: Indica apoyo, busca de ayuda, ir al m\u00e9dico
 Negativa: Indica rechazo, Indiferencia, aislamiento
 abandono, suicidio.

Ambigua: Indica incapaz de definir actitud positiva
 o negativa.

FUENTE: Boleta de recolecci\u00f3n de datos.

Cuadro No. 5

PORCENTAJE DE PROMISCUIDAD EN ESTUDIANTES DE NIVEL DI-
VERSIFICADO DE INSTITUTOS NACIONALES DE LA CABECERA DE
PARTAMENTAL DE IZABAL.

ABRIL Y MAYO 1994

No. de Parejas sexuales	No. de Estudiantes			
	M	%	F	%
1	64	37	10	6
2 o mas	98	57	00	0
Total	162	94	10	6

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 6

PORCENTAJE DE DROGADICCION EN ESTUDIANTES DE NIVEL DI-
VERSIFICADO DE INSTITUTOS NACIONALES DE LA CABECERA DE
PARTAMENTAL DE IZABAL.

ABRIL Y MAYO 1994

Usa Drogas	No. de Estudiantes	%
Si	0	-
No	172	100
Total	172	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Cuadro No.7

ESTUDIANTES DE NIVEL DIVERSIFICADO DE INSTITUTOS NACIONALES, QUE HAN PADECIDO ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL EN LA CABECERA DEPARTAMENTAL DE IZABAL.

ABRIL Y MAYO 1994

Enfermedad de Transmisión Sexual	Estado Civil	No. de Estudiantes					
		Mas	%	Fem	%	Total	%
Sí	Casado	-	-	-	-	-	-
	Soltero	6	3	1	1	7	4
No	Casado	-	-	5	3	5	3
	Soltero	63	37	97	56	160	93
	Total	69	40	103	60	172	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 8

USO DE PRESERVATIVO O CONDON EN ESTUDIANTES QUE LLEVAN VIDA SEXUAL ACTIVA, DE NIVEL DIVERSIFICADO DE INSTITUTOS NACIONALES DE LA CABECERA DEPARTAMENTAL DE IZABAL ABRIL Y MAYO 1994

Uso de Condòn	Vida Sexual activa				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
Siempre	30	17	5	3	35	20
Algunas veces	15	9	-	-	15	9
Nunca	9	5	13	7	22	12

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 9

FACTORES DE RIESGO DETECTADOS EN ESTUDIANTES DE NIVEL DIVERSIFICADO DE INSTITUTOS NACIONALES DE LA CABECERA DEPARTAMENTAL DE IZABAL.

ABRIL Y MAYO 1994

No. Factores de Riesgo	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
1	18	10	5	3	23	13
2	19	11	2	1	21	12
3	8	5	0	0	8	5
4	4	2	0	0	4	2
5	2	1	0	0	2	1
Ninguno	18	10	96	56	114	66
Total	69	40	103	60	172	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.

Cuadro No. 1

Observamos que en el grupo de estudiantes de sexo masculino y femenino a quienes se les realizó el estudio, el 87 % se encuentra entre las edades de 15-19 años.

Cuadro No. 2

Se hace notar que en general, al rededor del 50 % de estudiantes no tiene conocimientos correctos respecto a los parametros observados, el no conocerlos los coloca en un grupo susceptible a adquirir la enfermedad.

Cuadro No. 3

Observamos que la televisión fue el medio en donde los estudiantes obtuvieron mayor información sobre el SIDA, correspondiendo el 87 %, seguido de la radio con el 65 %, prensa, maestros, padres y amigos que debemos informar que también han proporcionado información sobre la enfermedad, por lo que podemos decir que toda la población estudiantil ha obtenido información de uno u otro medio de divulgación.

Cuadro No. 4

Se observa que la actitud de los estudiantes encontrados es positiva hacia un amigo o familiar si este adquiere la enfermedad: pero por el contrario es negativa hacia si mismo y hacia su pareja. Lo anterior nos demuestra que en el caso que no les afecte directamente ellos buscarían ayuda, apoyo y brindarían comprensión a la persona infectada: pero si se trata de el mismo o su pareja no comprenden la situación, y tiene actitudes negativas como rechazo indiferencia, aislamiento.

Cuadro No. 5

Sabemos que la promiscuidad es un factor de riesgo para contraer SIDA y en la población estudiada se encontro que; en el sexo masculino un 57 % tiene mas de dos parejas sexuales, y un 37 % refiere ser fiel a una sola pareja, en el sexo femenino observamos que el 6 % tiene vida sexual activa y refiere ser fieles.

Cuadro No.6

Observamos que la drogadicción no es una práctica que constituya un factor de riesgo, ya que no se encontro ningùn tipo de práctica de esta naturaleza en el grupo estudiado.

Cuadro No. 7

Se observò que hubo antecedentes de enfermedades - de transmisión sexual en bajo porcentaje, fue en el - sexo masculino y en solteros, siendo en menor grado en el sexo femenino.

Cuadro No. 8

El uso de preservativo o condòn en el sexo masculino corresponde al 55 %, siendo estos 30 varones de 54, un 15 % referio usarlo algunas veces, y el 9 % no lo usan o desconocen del método.

El sexo femenino el 3 % su pareja usa presevativo, y el 7 % no lo usan o desconocen el método.

CUADRO No. 9

Se observa que el sexo masculino el 10 % que corresponde a 18 estudiantes, de 69 no se encontró ningún factor de riesgo, el 30 % que corresponde a 51 estudiantes presentan de 1 a 5 factores de riesgo. El sexo femenino se observa que el 4 % que corresponde a 7 estudiantes, de un total de 103, presentaron uno y dos factores de riesgo.

Lo que nos indica que el sexo masculino tiene más factores de riesgo de contraer SIDA, que el sexo femenino.

El tener prácticas de riesgo en un porcentaje tan alto, 30 % de estudiantes, es importante y puede tener su origen en el bajo conocimiento de los mismos.

X. CONCLUSIONES

1. Los conocimientos sobre SIDA de la población estudiantil indican que en un mínimo porcentaje conocen el concepto de la enfermedad, pero comprenden que es fácilmente prevenible y no tiene curación.
2. Encontramos que la mayor parte de los estudiantes la actitud es positiva hacia tomar medidas preventivas para no contraer la enfermedad.
3. La población estudiada ha obtenido información por diferentes medios, no habiendo ninguna persona que no haya escuchado las características básicas de la enfermedad.
4. Los factores de riesgo o prácticas que influyen en los estudiantes, en mayor porcentaje, son promiscuidad en el sexo masculino, y el no utilizar preservativo o condón al tener relaciones sexuales, el resto de los factores son en pequeño porcentaje.
5. La actitud de los estudiantes hacia un familiar o amigo si este adquiere SIDA es positiva: por el contrario hacia si mismo o conyugue es negativa en su mayor porcentaje.

XI. RECOMENDACIONES

1. Promover programas educativos sobre prevención del SIDA en la etapa escolar, en colaboración del ministerio de Educación, Salud Pública, Organizaciones - Internacionales.
2. Concientizar a la población del uso o condón o preservativo como medio que disminuye el riesgo de infección.
3. Tener relaciones sexuales única y exclusivamente con su pareja.
4. Promover programas en los medios de comunicación - para la información y educación.
5. Capacitar maestros para la educación de medidas preventivas sobre el SIDA, permanentes en el Instituto o escuela.
6. Educar a edad temprana, desde el nivel primario sobre las enfermedades de transmisión sexual, sus riesgos y consecuencias.
7. Impartir educación sexual en las áreas marginales.

XII. RESUMEN

En este estudio de tipo descriptivo observacional realizado en estudiantes de nivel diversificado en el Departamento de Izabal, con el objeto de conocer los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la transmisión del SIDA.

Los conocimientos sobre SIDA de la población estudiada refirieron que, en un mínimo porcentaje conocen la transmisión de la enfermedad, pero comprenden que es fácilmente prevenible y no tiene curación.

La actitud de la población estudiada fue negativa si su esposo (a) o pareja sexual, o si el mismo adquiere la enfermedad expresando aislamiento, abandono y rechazo.

La práctica sexual del grupo estudiado fue la promiscuidad en el sexo masculino, el sexo femenino refirió ser fiel a una pareja sexual.

El uso del preservativo es una práctica utilizada por solo el 20 % del grupo estudiado, lo que nos indica que la población tiene un alto riesgo de contraer la enfermedad.

Los medios de comunicación que en mayor porcentaje han dado información a la población fueron, la televisión y la radio, en menor porcentaje prensa, maestros, padres lo que nos indica que todo el grupo estudiado ha obtenido información de uno u otro medio de información.

X111. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Alvarado T. SIDA. Consideraciones Històricas, Epidemio_
lògicas, Inmunològicas Clìnicas, Terapèuticas y de
control. Rev. Med. Hond., 1985; 53: 177-178 p.p
2. Alvarez H. Sergio F. Estudio seroepidemiològico del vi_
rus de la Inmunodeficiencia Humana por medio del =
Test de Elisa. Tesis (Médico y Cirujano). Universi_
dad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Cien_
cias Médicas. Guatemala, agosto 1992; 55 pag.
3. Amézquita, Carlos. Seroprevalencia de infecciòn por Vi_
rus de la Inmunodeficiencia Humana en pacientes con
diagnòstico de Tuberculosis Pulmonar y/O extrapulmo_
nar. Tesis Médico y Cirujano, Universidad de San --
Carlos de Guatemala.
4. Asociación Guatemalteca para la Prevenciòn y Control -
del SIDA. Los Mitos y las Realidades del SIDA. Gua_
temala Diciembre 1992 16 pags (6,7)
5. Boletín Internacional para Intercambio de informaciòn
sobre el SIDA. Acciòn en SIDA. Junio 1989(Washin_
ton D.C USA.)
6. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Revisiòn
1987 de la Definiòn CDC OMS de Casos de Sida. 1988
Marzo; 104 (3); 227-286 p.p.
7. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Transmi_
siòn Heterosexual del SIDA. 1988; 104 (1) :63p.p
8. Boletín Epidemiològico de O.P.S. La Situaciòn del SIDA
en las Américas. Washington; 1988 16 pag. (publica_
ciòn Científica de la OPS vol. 9 No 4.

9. Boletín Internacional Sobre Control y Prevención del SIDA. Cuando, porqué y a quien hacer la prueba del VIH. Enero de 1992 No 14 pag 16 (7).
10. Bond. Lydia S. Conocimiento del Público sobre el SIDA en el Brasil. República Dominicana, Haití y México SIDA, Perfil de una Epidemia. Washington, OMS 1989 579-583 p.
11. Calderón G.E. Creencias Actitudes y Prácticas (CAPS) en Adolescentes, en Grupos de alto Riesgo con Relación al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA. Tesis, Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala, Agosto 1992 4 pag.
12. Conavisida. Boletín mensual de la Vigilancia y Control del SIDA. El Drama de una madre con SIDA. Guatemala Agosto de 1992 4 pag.
13. Conavisida, Boletín mensual de la Vigilancia y Control del SIDA. El SIDA en Guatemala y su Transmisión en personas Asintomáticas. Mayo 1992 No 64 pag.
14. Cécil. Tratado de Medicina Interna. Edición Décimo - séptima. Editorial Interamericana. México, D.F. 1987 pag: 1350 11 tomo.
15. Centro Latinoamericano de Enfermedades y Control del SIDA. División de Educación y Adiestramiento. La Prueba para Anticuerpos para Anticuerpos al Virus HIV. Puerto Rico, Julio 1987, 8 p.p.
16. Cipriano F. Conocimientos, Actitudes y prácticas sobre SIDA en pacientes Embarazadas. Tesis Médico y cirujano USAC. 1993.

17. Comité de Infecciones Nosocomiales Hospital Roosevelt
Aspectos Eticos del Manejo del paciente con HIV Po_
sitivo y del Paciente son SIDA. Guatemala 1990.
18. Craske, Jhon. Boletín Médico del lppf/ippf. La infec_
ción HTL-3 y SIDA, Peligro de propagación por con _
tanto sexual. Febrero 1986. Vol 20 n0 1 , 3-4.pp
19. De Cook. Kevin M. et. al. Rapid and especific diagnos_
sis of HIV-1 and HIV-2 Infections and evaluation of
tesstin Strategies. AIDS 1990 April, 4 875-878.
20. Del Busto J. A. El Médico Frente al SIDA. Antigua Gua_
temala Hospital Nacional de Antigua, 1990 173 pag.
21. Diaz J.B. Analisis de la Epidemia del SIDA en Guatema_
la por Anos, sus Tendencias. Programa Nacional de
prevención y Control del SIDA D.G.S.S Guatemala 19_
94.
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. And et al. Immunologic Alterations in AIDS
Wong- staal, F.A Human T- Lymhotropic Retrovirus H
TLV-111 as tha Cause of the Acquired Imnodeficicy
Syndrome. Ann. Int. Med. 1985, November 15: 103 (5)
679-689 p.p
24. Gallo R.C. Y.L Monyagnier, AIDS en 1988, Sci, Amer. -
1988. 259: 25-32
25. Greene, Warner. C. The molecular biology of human In_
munodeficiency type infection. The New England Jo_
urnal 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 78-72 .
27. Guerrero, S. Detección de Anticuerpos VIH en 500 Emigrantes Guatemaltecos provenientes de área con alta incidencia de SIDA. Tesis médico y Cirujano, Universidad de San Carlos de Guatemala , 1987.66.p
28. Harvard L. M. 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.
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. 192 pagina.
31. Jawetz. M.D Microbiología Médica 14 edición Editorial El Manual Moderno, S,A de C.V. AV, Sonora 206 Deleg Cauhtemoc México.1993 pag. 617,628.
32. Kramer Françoise. Delayed diagnosis of Tuberculosis in Patient With human immunodeficiency virus infection the American Jour. Med. 1990 oct 451- 456.
33. Liskin, L. et al. Breve Historia de SIDA. populations reports 1989 Abril; 6 12 pag.
34. Mariasy, judith et al. Nuevos Dilemas para la mujer alerta. 1989 Abril; 2-3p

35. Meléndez C. César E. Conocimientos Actitudes y Prácticas en estudiantes Universitarios en relación al SIDA. Tesis médico y Cirujano. Universidad de san Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 1992.
36. Ministerio de Salud pública y Asistencia Social. Boletín Epidemiológico. SIDA un problema de Salud publica. 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 Nov. 22p.
39. Morazán S. Creencias Actitudes y Prácticas sobre el SIDA en mujeres de edad fértil. Tesis Médico y Cirujano, Universidad de San Carlos de Guatemala Oct. 1991.
40. Organización Mundial de la Salud. Informe de la reunión consultativa sobre el SIDA y el lugar de trabajo.
41. Organización Mundial de la Salud. Directrices para la asistencia de enfermería a las 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. Trasmisión Perinatal del Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida SIDA. Perfil de una epidemia. Washington OMS. 1988 71-82 pag.
44. Peñas S. Irma C. Conocimientos, Prácticas y Actitudes sobre el SIDA poseen los cirujanos dentistas y Mecánicos dentales. Tesis, Médico y cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala 1991 40 pag.
45. Pezzarosi, H. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Conceptos Actuales. Medicina Interna, Hospital Roosevelt. Guatemala 1990;30-44pag.
46. Perez F. Pilot study of a household survey to determine HIV seroprevalence. January 1991; 1-5 pag.
47. Populations Reports. El SIDA una crisis de salud Pública USA. Serie L No. 6 Abril 1977, 43 pag (6-19).
48. Ranchel. et al. The natural history of HIV-1 infection standing classifications of disease. Current Science 1991: 355-364 p.
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 Panamá. Reyes Ricardo R. Et al. Panamá 1986 Vol. 18 No 2 pag. 169-175.

51.

51. Rodas M. A. Frecuencia del VIH en pacientes de Control Prenatal del Hospital Roosevelt. Tesis, Médico y Cirujano, Universidad de San Carlos de Guatemala 1990 54 p.
52. Solórzano B. J. El SIDA un problema Mundial. A profan. Guatemala 1988 No. 4 27 P.
53. Suarez Ch. Raúl. Et al Virus de la Inmunodeficiencia adquirida . SIDA Orígenes Causas y consecuencias. Mediciencia Editora Abril 1989 - pag. 27-55.
54. Teleconferencia Panamericana sobre SIDA. 30, 1991 Caracas Venezuela. Conviviendo con el SIDA. 13-15 mayo 1991, Guatemala, Videocassettes.
55. The Medical Letter. Azidotimina para el tratamiento. Noviembre de 1986 Vol. 128 No. 726 pag. 30-32.
56. Toledo L. J. SIDA Actualización de un problema Contemporáneo. Guatemala AGAYC 1992 103 p.
57. Velásquez Lima F. Conocimientos y Actitudes respecto al SIDA de grupos de alto riesgo. Tesis médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala. 1989.
58. Villatoro E. Prevención y control del SIDA. Enero 1994 Guatemala DGSS.
59. Wignia, A. Et al. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en Lactantes y niños. Ann. Nestlé. 1988; 46 175-199 p.

XIV. ANEXO 1

MONOGRAFIA DEL DEPARTAMENTO DE IZABAL

INFORMACION GENERAL

Ubicación: Zona norte de la República de Guatemala

Cabecera: Puerto Barrios

Límites:

Norte: Petén, Belice y el Mar Caribe

Sur: Zacapa

Este: Honduras

Oeste: Alta Verapaz

Altura promedio: 2,414 metros sobre el nivel del mar.

Población: 420,000 habitantes aproximadamente.

Tiene una extensión territorial de 9,038 kilómetros cuadrados que corresponden al 8.3 % del territorio nacional. Cuenta con un clima tropical húmedo.

IZABAL

Situado en el litoral Atlántico, el departamento de Izabal parece ser la puerta de bienvenida a los viajeros y a la historia en Guatemala.

Su nombre no se deriva, como la mayoría, de una raíz indígena, sino por el contrario, está ligado a patrones del idioma vasco, cuya palabra "Zabal" equivale a ancho. Esto responde a que los miembros del real Consulado de Comercio eran de esa región española o bien sus descendientes, quienes impusieron este nombre al lugar, citándolo como Izabal por primera vez en un documento de 1,803.

Con el tiempo, dicha frase se fue afianzado e identificado esa costa del país en la que se une el aporte criollo, hispano y negro, para formar una de las más interesantes simbiosis culturales.

El departamento de Izabal fue creado mediante la emisión del Acuerdo Gubernativo de fecha 8 de mayo de 1,886, dejando de ser el Distrito del corregimiento de Chiquimula. Es uno de los departamentos que ofrece mayor riqueza al país por la fertilidad de su suelo, recursos minerales, accesibilidad por las vías de comunicación, puertos marítimos y alternativas dentro del sector turístico.

Su economía se basa en la agricultura especialmente el banano, arroz, frutas de clima cálido y en menor escala, la explotación del subsuelo.

En el departamento se localizan los puertos Santo Tomás y Puerto Barrios, que tienen la capacidad de atracar barcos de gran calado en sus muelles, constituyéndose en puntos esenciales de intercambio internacional en el Atlántico.

Posee una gran cantidad de ríos y riachuelos como el Chocón, Sarstún, Río Dulce, Lámpara, Oscuro, Sauce y Motagua.

También esta cruzado por varias montañas que incluso llegan a alcanzar una altura de 2,000 metros sobre el nivel del mar.

HISTORIA

Las tierras de Izabal fueron pobladas por Mayas que dejaron vestigios como: Quiriguá, Chapulco, Nito, Carpul, Araphoe, Playitas, Chinamito, Las Quebradas, Matiliguaté, Xocolò, Cuenca del Chocón y Miramar Bella Vista, además por corsarios y piratas que atacaban las costas para saquear los poblados. Durante la colonia, este departamento perteneció a los corregimientos de -

Chiquimula de la Sierra y Cazabastlán.

Un aspecto particular de su historia es que algunos de sus actuales municipios constituían territorios libres de trabajo forzado y repatriamientos, por lo que muchos indígenas que lograron salir de sus pueblos, se establecieron en pequeñas parcelas desarrollando una economía de subsistencia especialmente en el Estor. Además trabajaron en actividades propias de los puertos, las cuales requerían de fuerza no sólo indígena, sino también raza negra

El principal repartimiento que se observa en Izabal es el trabajo de carga y descarga en Puerto Bodegas o Bodegas del Golfo, para lo que eran llevados indígenas de la región oriental. En el transcurso del tiempo, dichas labores, así como la transportación de mercadería se convirtieron en un trabajo libre bajo una pequeña paga, lo que incentivó a emigrar a todos aquellos que sufrieron de la opresión colonial.

El departamento de Izabal es de población reciente y algunos de sus asentamientos no tienen ni siquiera un siglo de existencia, además se han dado cambios tanto de nombres como en el orden de importancia de las comunidades, siendo sustituidos algunos poblados por otros.

Puerto Barrios fue fundado el 5 de diciembre de 1895 pero durante algunos periodos la cabecera del departamento fue Livingston, trasladándose definitivamente a Puerto Barrios el 17 de mayo de 1920 y un año después fue incorporada a éste la población de Santo Tomás.

Una de las características de varias poblaciones nuevas de Izabal, es que su integración fue de emigrantes que se asentaron en el departamento debido a las fuentes de trabajo que ofrecían las compañías bananeras o por que quienes no tenían vivienda propia encontraban la oportunidad de adquirir un lote gratuito en los recientes asentamientos.

MUNICIPIOS

PUERTO BARRIOS

Tiene una extensión territorial de 1,296 kilómetros cuadrados, una altura de un metro sobre el nivel del mar con clima cálido tropical y su población es de 95,000 habitantes.

Su distancia de la capital es de 300 kilómetros, comunicado por la carretera interoceánica C-9, conocida tradicionalmente como la ruta al Atlántico. Es la cabecera del departamento con categoría de ciudad. En su arquitectura se observa la influencia de la época de las fincas bananeras, así como una concepción contemporánea en las construcciones.

Su economía se desarrolla especialmente en la agricultura de las áreas rurales, pero en el sector urbano la misma está centrada hacia las actividades portuarias como el comercio, servicios al turismo y otros.

Entre los atractivos se encuentran sus playas con paisaje de arena blanca y el espectacular Mar Caribe entre ellas, Santo Tomás, Punta de palma, Punta de Manabique y los balnearios de agua dulce como la poza Azul, el río Las Escobas, San Ramoncito, Cerro Brujo, Los Chorros y una gran cantidad de turicentros.

Puerto Barrios es el centro de enlace hacia los demás puntos de interés en la bahía. Dentro de su jurisdicción se encuentran también la población de Santo Tomás, de gran importancia en la economía del país no sólo por la actividad portuaria, sino también por el movimiento de turistas y visitantes.

LOS AMATES

Posee una extensión territorial de 1,615 kilómetros cuadrados, una altura de 73 metros sobre el nivel del mar y su población es de 90,000 habitantes. Se le denominó aldea Cielito Lindo, cuando se comenzó a conformar

la poblaciòn procedente del municipio de san Agustín Aca_saguastlán, departamento de El progreso. Sin embargo, al poseer dos árboles de amate, donde transitaba la mayoría de personas, le denominaron Los Amates.

Su economía se basa en los cultivos de maíz, frijol, arroz, banano, plátano, tubérculos y algunas artesanías de uso local. Dentro de sus atractivos culturales se encuentran el sitio arqueológico de Quiriguà, correspondiente al período clásico maya.

En el aspecto natural cuenta con los ríos Motagua, Jabuco, Morja, Chalja, Quiriguà San Francisco, Juan de Paz Playa Dorada y el área autorizada para caza y pesca, sobre el lago de Izabal.

EL ESTOR

Cuenta con un área aproximada de 2,896 kilómetros cuadrados, una población de 90,000 habitantes y una altura de 1.65 metros sobre el nivel del mar.

Su nombre se supone se origino del término inglés The Store, que significa tienda, ya que este lugar servía de paso continuo a Belgas e ingleses con destino a Alta Verapaz y era aquí donde buscaban alimentos o artículos de consumo. El Estor fue elevado a municipio el 5 de noviembre de 1,890.

La cabecera municipal está próxima al puerto fluvial del mismo nombre, sobre el margen norte del lago de Izabal. Su comunicación se realiza tanto por vía terrestre así como lacustre, Entre sus bellezas naturales destacan los balnearios El Chufón, El Guisocoyol, el Río Sauce, Ensenada Verde, El Zarco, Playa Ponce, El Boquerón y la grutas que llevan el nombre de este último.

MORALES

Tiene una extensión territorial de, 1,295 kilómetros cuadrados, una altura de 50 metros sobre el nivel del mar y su población es de 95,000 habitantes. Cuenta con pista de aterrizaje propiedad de una empresa bananera.

Su población fue fundada en 1,870 por varios hondureños y un nicaraguense. Entre sus atractivos naturales se pueden mencionar el río Motagua, Playitas, El Remolino, Las Quebradas, la Poza de los Gringos, Río San Francisco Río Sinaí, cataratas de las Quebradas y las grutas del Silvino. Entre sus artesanías se encuentran objetos de madera que elaboran los habitantes de las comunidades aldeñas al Motagua, así como orfebrería.

LIVINGSTON

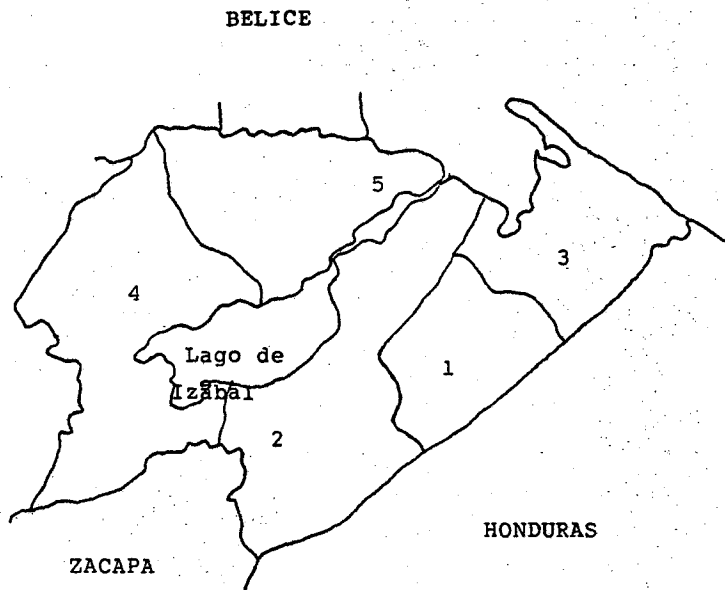
Se puede llegar a él por vía acuática, pues se encuentra a hora y media de Puerto Barrios. Es una de las poblaciones más antiguas del departamento. Inicialmente se le llamó La Buga, que significa la Boca, por su ubicación geográfica en la desembocadura del Río Dulce. En 1,837 se le dio el actual nombre en honor al jurista Eduardo Livingston.

En otro tiempo fue la cabecera del departamento. Se supone que sus pobladores fueron un contingente de negros provenientes de Honduras en 1,832.

Tiene una extensión territorial de 1,940 kilómetros cuadrados y una población de 50,000 habitantes, entre ellos afro-caribes, Kekchies y ladinos, así como chinos y culíes (hindúes).

Livingston ofrece playas, balnearios como Río Blanco, Quehueche, La Playa de la Capitania y los Altares así como la belleza del trópico caribeño. Río Dulce constituye la comunicación fluvial entre este municipio y el lago de Izabal donde se encuentra el área autorizada de pesca.

ALTA
VERAPAZ



1. Morales
2. Los Amates
3. Puerto Barrios
4. El Estor
5. Livingston

XV. ANEXO 2

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE SIDA EN ESTUDIANTES DE DIVERSIFICADO DE INSTITUTOS NACIONALES

Edad _____ Estado Civil. _____ Ocupación _____
Sexo _____ Religión. _____
Lugar de Origen. _____

CONOCIMIENTO

1. Qué es para usted el SIDA?
2. Cree usted que puede transmitirse el SIDA ?.
Si _____ No _____
3. Qué personas cree usted que tiene más probabilidad de contraer el SIDA?.
4. Cree usted que puede prevenirse el SIDA?
Si _____ No _____
Como. _____
5. Existe vacuna contra el SIDA?
6. Cree usted que se cura el SIDA?
Si _____ No _____
Como. _____
7. Cómo se sabe que una persona tiene SIDA?.
8. Es el SIDA una enfermedad Mortal?.
9. Puede una mujer embarazada que este infectada de SIDA transmitirselo a su bebe?.
10. Cree que puede transmitirse el SIDA por el uso de agujas previamente utilizadas.

11. Dondé ha tenido informaci3n sobre el SIDA?

ACTITUD

1. Si alguien de su familia padeciera de SIDA qu3 haría Usted?.
2. Si usted padeciera de SIDA qu3 haría?
3. Si un su amigo tuviera SIDA como se comportaría con él?
4. Com3 se protegería de una persona infectada con SIDA?
5. Qu3 opina de los ni3os que est3n infectados con SIDA?
6. Si su esposo(a), Novio(a) adquiere el SIDA qu3 actitud tomaría?.

PRACTICAS:

1. Ha tenido relaciones sexuales?
Si _____ NO. _____
a qu3 edad? _____ fue la primera vez.
2. Indique con qui3n ha tenido relaciones sexuales?
Con una persona. _____
Con dos personas consecutivamente _____
Con m3s de dos personas consecutivamente _____
3. A parte de su pareja tiene otra, otro compa3ero(a) sexual?
4. Usa usted preservativo al tener relaciones sexuales?
(hombre).
Su pareja usa preservativo al tener relaciones sexuales?
(mujer).

5. Visita usted prostibulos?

Sí _____ No _____

Con qué frecuencia. _____

6. Ha padecido de alguna enfermedad venerea?

si _____ No _____

Qué enfermedad. _____

7. Ha usado o usa drogas?

a. Tomadas _____

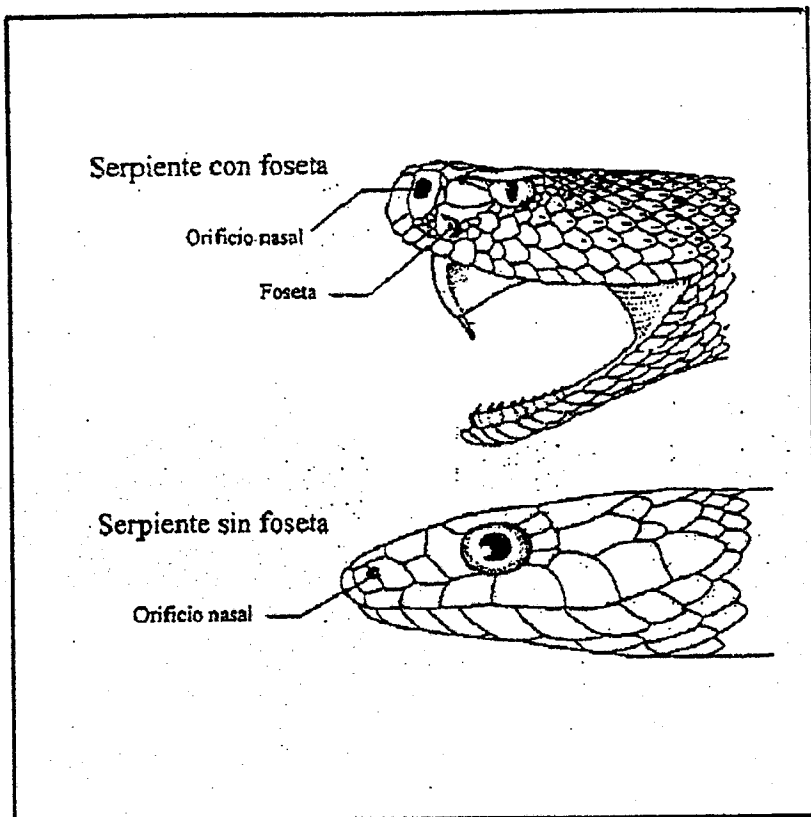
b. Inhaladas _____

c. Inyectadas _____

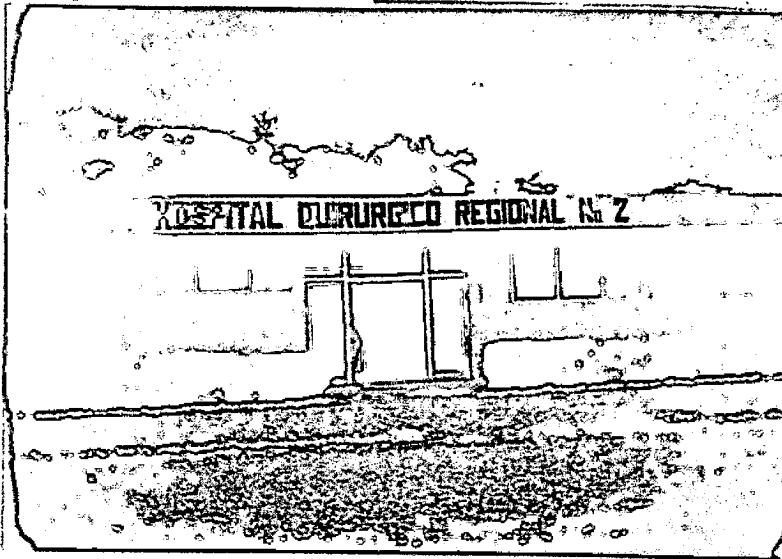
d. Nunca _____

8. Si le dieran una capacitación sobre SIDA en su estable_
cimiento estaría de acuerdo con ser un promotor de pre_
vención en su comunidad.

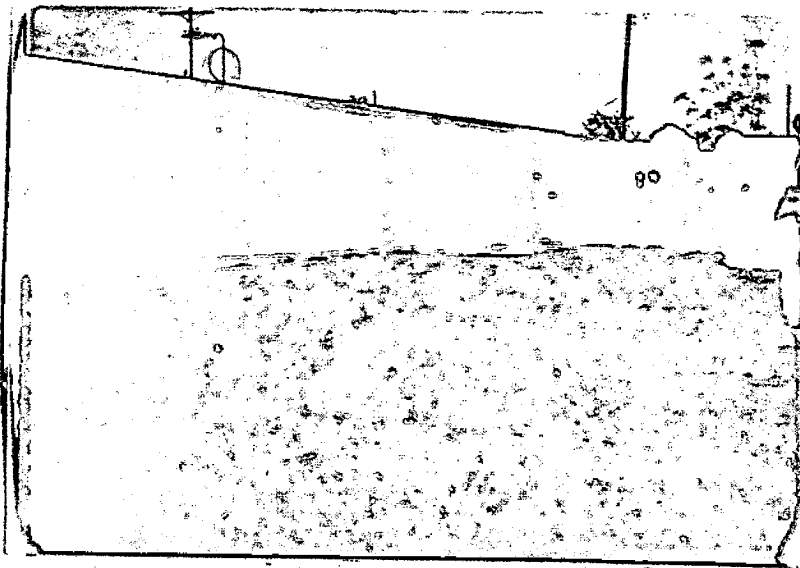
Si _____ No _____.



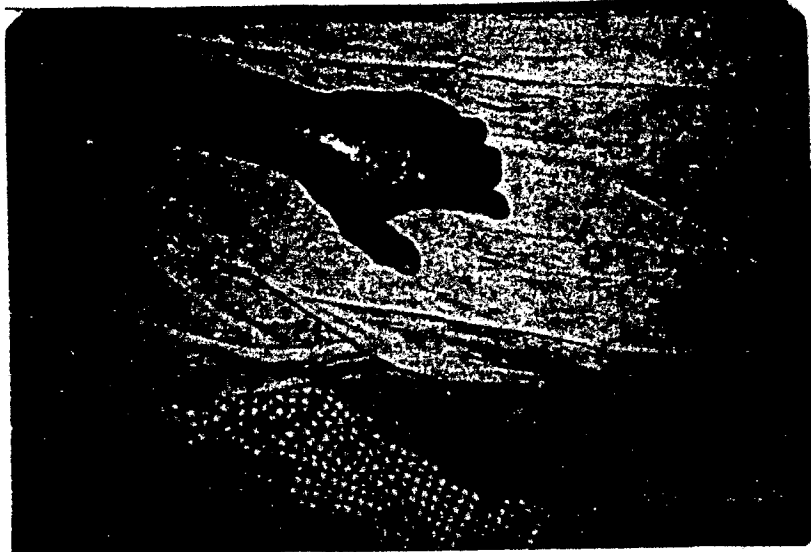
ANEXO # 8:



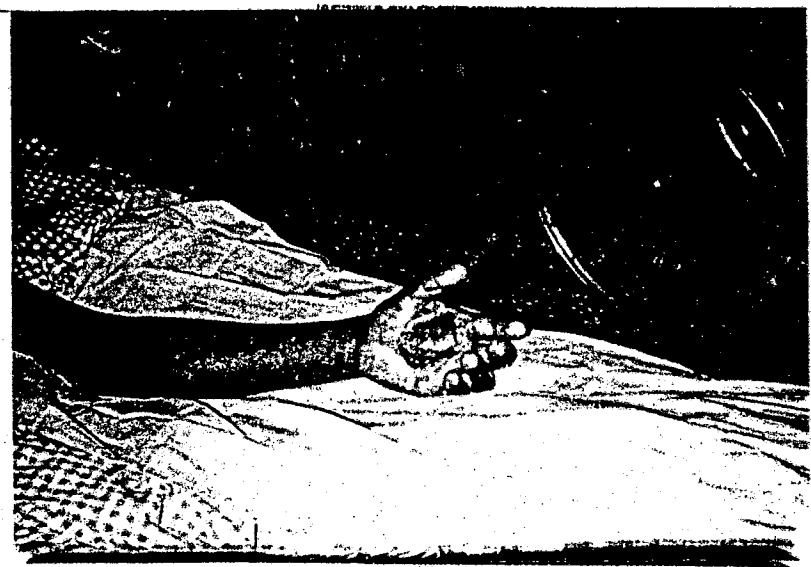
FOTOGRAFIA 1.
HOSPITAL QUIRURGICO REGIONAL # 2, SITUADO EN LA ZONA
MILITAR No. 22 PLAYA GRANDE QUICHE.



FOTOGRAFIA 2.
HOSPITAL QUIRURGICO REGIONAL # 3, SITUADO EN LA BASE
AEREA EN SANTA ELENA, PETEN.



-3-

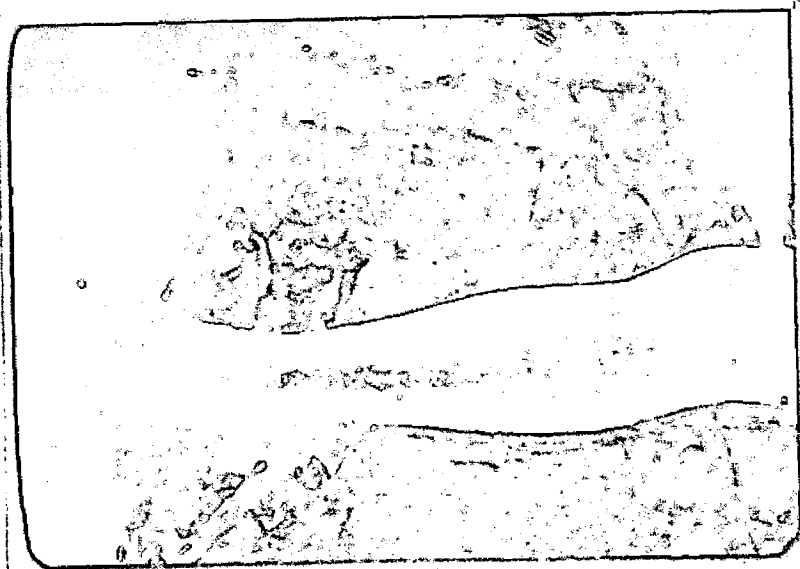


-4-

LAS FOTOGRAFIAS 3 y 4 MUESTRAN LA CARA DORSAL Y PALMAR DE LA MANO IZQUIERDA DE UN PACIENTE QUE FUE MORDIDO POR BARRA AMARILLA, EL CUAL SE ENCONTRABA EN ESTADIO 2-3 DE ENVENENAMIENTO, EN EL CENTRO DE SALUD DE PLAYA GRANDE QUICHE.



-5-



-6-

LAS FOTOGRAFIAS 5. Y 6 MUESTRAN EL MIEMBRO INFERIOR DE UN PACIENTE QUE FUE MORDIDO POR BARRA AMARILLA EN EL PIE IZQUIERDO, EL CUAL SE ENCONTRABA EN EL ESTADIO 3-4 DE ENVENENAMIENTO, EN EL CENTRO DE SALUD DE PLAYA GRANDE QUICHE.