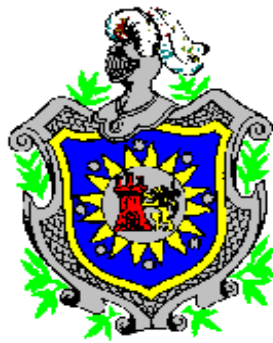


**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA-LEÓN**



**TESIS  
Para optar al título de  
Doctor en Medicina y Cirugía**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE INFECCIONES DE  
TRASMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA, EN PACIENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE  
SALUD DEL MUNICIPIO DE TELPANECA, MADRIZ, 2008.**

**Autor:** Luis Manuel Pérez Figueroa

**Tutor:** Dr. Francisco Tercero, PhD.  
Prof. Titular Dpto. Salud Pública

León, enero de 2009

## **DEDICATORIA**

### **A DIOS:**

Infinitamente, que sin su ayuda hubiera sido imposible finalizar mi carrera y este estudio monográfico.

### **A mi esposa e hijo:**

Ana María Álvarez Hernández y Luis Ángel Pérez Álvarez

### **A mis padres:**

Pedro Armando Pérez Largaespada y Azucena Pérez Figueroa

### **Y hermanos**

Quienes me brindaron en todo momento su apoyo incondicional tanto moral y económico para la culminación de este trabajo.

***Luis Manuel Pérez Figueroa***

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, Padre Celestial quien me ha guiado en todo el transcurso de la carrera y estudio monográfico.

A mi Tutor Dr. Francisco Tercero, Máster en Salud Pública por su valiosa y excelente colaboración, ayuda y tiempo brindado para la realización de esta tesis.

También a todos los pacientes que asistieron al Centro de Salud Julio Martínez Obando del municipio de Telpaneca, Madriz, durante Octubre del 2008, quienes me brindaron su ayuda para poder realizar este estudio.

## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue valorar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación a las ITS/VIH/SIDA, que poseen los pacientes que asisten al centro de salud Julio Martínez Obando del municipio de Telpaneca, Madriz, durante Octubre del 2008.

El estudio se basó en una encuesta basada en conocimientos, actitudes y prácticas. La población fueron todos los pacientes entre 15-49 años que acudieron al centro bajo estudio durante octubre-noviembre del 2008. Se estudiaron 118 pacientes. El software usado fue Epi Info versión 6.04. Se solicitó autorización a la dirección del centro de salud y consentimiento informado verbal a los pacientes.

La mayoría eran jóvenes, urbanos, con baja escolaridad y obreros. Las ITS más conocidas fueron la gonorrea, VIH/SIDA y sífilis; y las principales formas de prevenirlas fueron el uso de condón y la fidelidad. Las principales fuentes fueron la radio, centros de salud, televisión y amigos. Los conocimientos sobre VIH/SIDA fueron mejores en los más jóvenes, femeninos, con alta escolaridad y urbanos, pero las actitudes positivas se observaron más en los de mayor edad, masculino, con baja escolaridad y de procedencia rural. Casi la mitad no habían sido fieles y el uso de condón fue bajo. La prevalencia de vida de ITS fue de 23%. Las buenas prácticas sexuales no se relacionaron con el nivel de conocimiento de las personas sino con aquellos que tenían las actitudes positivas.

Se recomiendan estudios que expliquen por qué las prácticas seguras para prevenir el VIH/SIDA no dependen del nivel conocimiento, sino de las actitudes. Además, usar la radio y televisión para educar sobre las ITS/VIH/SIDA, y promover la educación sexual de los padres a sus hijos.

**Palabras claves:** *virus de inmunodeficiencia humana; síndrome de inmunodeficiencia humana; estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas; atención primaria en salud; escala de Likert; Telpaneca.*

# INDICE

<b>CONTENIDO</b>	<b>PAGINAS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dedicatoria</li><li>• Agradecimientos</li><li>• Resumen</li></ul>	
Introducción.....	1
Antecedentes.....	3
Planteamiento del Problema.....	8
Justificación.....	9
Objetivos.....	10
Marco Teórico.....	11
Materiales y Métodos.....	25
Resultados.....	29
Discusión.....	32
Conclusiones.....	35
Recomendaciones.....	36
Referencias.....	37
Anexos.....	40
<ul style="list-style-type: none"><li>• Instrumento de recolección de datos</li><li>• Tablas y Figuras</li></ul>	

## INTRODUCCION

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un gran problema de salud y carga económica para los países en desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año ocurren 340 millones de casos nuevos de las cuatro principales ITS curables (gonorrea, clamidia, sífilis y tricomoniasis), y de estos el 75%-85% ocurren en países en desarrollo, imponiendo una enorme carga de morbi-mortalidad en estos países. El impacto puede ser directo a través de la salud reproductiva e infantil, e indirecto a través de su papel de facilitar la transmisión sexual del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). La alta prevalencia de ITS ha contribuido a la muy alta incidencia de VIH. Por otro lado, el VIH puede haber contribuido en algún grado al incremento de ITS, especialmente de agentes virales, como el virus del herpes simple (responsable del herpes genital) o virus de papiloma humano (algunas cepas son responsables de verrugas genitales, otros para cáncer cervical, anal y del pene). El mayor impacto es en la mujer y sus hijos.<sup>1,2</sup> El Banco Mundial estima que las ITS, excluyendo el VIH, es la segunda causa más común de años de vida saludable perdidos para las mujeres entre 15-44 años de edad en África, responsable del 17% de la carga de morbilidad.<sup>3</sup>

El síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA), es uno de los problemas de salud más complejos del siglo XXI, esta en su tercera década se ha convertido en una enfermedad pandémica que amenaza la población mundial. Además, sin tratamiento o cura a la vista, la enfermedad continúa extendiéndose a una tasa alarmante. Recientes datos epidemiológicos estiman 34-46 millones de personas con el VIH/SIDA. Casi 30 millones ya han muerto de SIDA. Cuatro millones de niños se han infectado desde que apareció el primer caso, y casi 90% se concentran en países en desarrollo, principalmente países con menor capacidad para afrontar la atención de las personas infectadas. Casi 50% de los casos en adultos están agrupados entre los 15-24 años de edad y más del 40% en mujeres.<sup>4,5</sup>

En general se considera que mientras no se descubra una vacuna o un tratamiento eficaz contra el SIDA, el único instrumento práctico disponible para detener la difusión de esta pandemia es la modificación del comportamiento a través de la información, la educación y el consejo. Los datos proveídos por las encuestas sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) puede satisfacer tres importantes necesidades de la planificación de iniciativas de promoción sanitaria (información sobre conocimientos, actitudes y prácticas; información sobre los medios de comunicación comúnmente usados; y además, sirve para evaluar programas).<sup>6</sup>

## **ANTECEDENTES**

### **Comportamiento de las ITS y el VIH/SIDA en Nicaragua<sup>7,8</sup>**

#### **Las infecciones de transmisión sexual (ITS).**

La existencia de marcados subregistros en la información reportada sobre el comportamiento de las ITS en Nicaragua, no permite realizar valoraciones bien fundamentadas sobre la magnitud y distribución del problema.<sup>7</sup> Entre el año 2000 y el 2004 se mantuvieron similares las fluctuaciones en la tasa de incidencia de las ITS al período 1987-1999, con valores cercanos o superiores a 100 x 100.000 hab., por lo que puede suponerse que los valores reales son muy elevados. La gonorrea, el condiloma y la sífilis adquirida presentan las tasas más elevadas en el conjunto de las ITS que se reportan los territorios con mayor número de casos identificados son la RAAS y la RAAN, seguidos de Masaya, Chinandega, León y Managua. Los mayores niveles de la incidencia reportada corresponden a las edades entre 15 y 24 años, con un incremento de la afectación en mujeres; este patrón coincide plenamente con la afectación del VIH en mujeres cada vez más jóvenes.<sup>7</sup>

#### **Situación del VIH y del SIDA en Nicaragua<sup>7</sup>**

Aunque la epidemia del VIH en Nicaragua se ha mantenido con bajos niveles de prevalencia en la población general, en los últimos años se ha producido un aumento acelerado de la incidencia. Mientras que entre 1993 y 1999 se diagnosticó un promedio anual de 22 nuevas infecciones, entre 2000 y 2004 la media anual de nuevas personas VIH positivas se incrementó a 131, o sea tuvo un ascenso del 495% en 4 años. Desde el 2000 al 2005, la incidencia acumulada del VIH/SIDA se triplicó, elevándose de 2.52 a 7.67x100.000 hab, respectivamente. Según recientes estimaciones nos permitieron calcular para este año una prevalencia de VIH de 0.13% en personas de 15 a 49 años de edad. Como la prevalencia del VIH no sobrepasa al 1% en la población general, la epidemia se identifica como de bajo nivel, aunque investigaciones realizadas en Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) han encontrado niveles de prevalencia superiores al 9%. Lo que nos orienta hacia una epidemia concentrada.



Las proyecciones realizadas por el Ministerio de Salud para el período 2006-2010 permiten estimar que al final del mismo el número de personas viviendo con el VIH se habrá incrementado en un 11.2%, por lo que la prevalencia correspondiente alcanzará el 0.24% de la población entre 15 a 49 años. Resalta el elevado número de personas seropositivas y casos de SIDA que se estima requieran tratamiento al final del quinquenio, lo que indudablemente representará un reto para la capacidad nacional de enfrentar la respuesta a uno de los componentes más costosos en la lucha contra el VIH/SIDA.<sup>8-9</sup>

### **Distribución territorial de la epidemia<sup>7</sup>**

Todos los departamentos del país han reportado casos de VIH/SIDA; sin embargo, los mayores niveles de incidencia y prevalencia se registran en Managua, Chinandega, León, RAAS y Masaya. Por otra parte, en las cabeceras de estos departamentos se concentran servicios de salud con capacidad para la vigilancia epidemiológica y el diagnóstico, lo que puede haber influido en el mayor nivel de detección de casos. La prevalencia de VIH en estos departamentos a diciembre del 2005 es: Managua 52.5, Chinandega 52.1, León 29.2 y Masaya 26.1 (todos por 100,000 habitantes).

Las Regiones Autónomas del Atlántico tienen elevados índices de pobreza y desigualdades sociales que afectan especialmente a los grupos étnicos y comunidades afro descendientes, prevalece el aislamiento geográfico, la desatención de sus necesidades, así como prácticas laborales que exponen a la población en general y a las mujeres en particular a la epidemia, el trabajo en los cruceros y el turismo sexual que ello implica, así como la mayor exposición al consumo de drogas dado al flagelo del narcotráfico. La tasa de prevalencia del VIH por 100,000 habitantes hasta el mes de diciembre del 2005 es para la RAAS de 28.2 y la RAAN de 21.<sup>7</sup>

## **Principales formas de transmisión y su impacto en poblaciones vulnerables.**<sup>7</sup>

1. **Transmisión sexual:** En el acumulado de VIH/SIDA al 2005, la vía de transmisión predominante es sexual (92% del total), con predominio de la relación heterosexual (72% del total). En el mismo período, la relación de HSH alcanzó el 26% del total.
2. **Transmisión vertical.**<sup>7</sup>

Desde 1983 al 2005 se identificaron 57 infecciones por vía perinatal, que representan el 2,8% del total acumulado. Entre el 2000 y el 2005 se produjo un aumento en la detección de nuevas infecciones por vía vertical de 2 en el año 2001 a 11 en el 2004, incrementándose de 2.4% del total en el 2001 al 4% en el 2004.

## **Incidencia de casos de sida y de la mortalidad por esta causa**<sup>7</sup>

Desde 1992 el número anual de casos de sida ha tenido una tendencia creciente, aunque con algunas fluctuaciones. La incidencia del SIDA x 100.000 hab. ha continuado incrementándose sostenidamente en los últimos cinco años, pasando de 0.51 en el 2000 a 0.81 x 100.000 hab. en el 2004. A fines del 2004, el acumulado de fallecidos desde el inicio de la epidemia representa el 30,1%, el total de seropositivos asciende a 55,1% y los casos SIDA identificados en el mismo período a 14,7%. Aunque ese porcentaje no puede considerarse una medida exacta del riesgo de morir a causa del SIDA, permite tener una idea bastante aproximada de su alta letalidad. La detección de casos SIDA, muy cercana al momento del fallecimiento, prevaleció en los primeros años de la epidemia; en 1994, se reportó 66,3% de personas fallecidas en relación al total de casos SIDA, diez años después, ese porcentaje descendió al 48,9%, que aun continúa siendo alto, evidenciando la detección tardía de la enfermedad.<sup>7</sup>

Existen diversas tesis<sup>10-12</sup> y publicaciones científicas<sup>13-14</sup> sobre conocimientos, actitudes y prácticas realizados en el país, e internacionalmente, <sup>15-18</sup> en donde se demuestra las limitaciones existentes para poder impactar en el cambio de conducta de la población ante esta pandemia. A continuación se resumen algunos estudios nacionales:

- Vanegas (2005) estudio 100 trabajadoras comerciales del sexo en León, y solamente 2% no tenía conocimientos adecuados sobre el VIH/SIDA, pero la mayoría tenía conocimientos adecuados y actitudes positivas hacia el uso del condón y la prevención de esta enfermedad en sus clientes. El 6% no había usado condón en sus últimas 10 relaciones sexuales. El 95% no se sentía discriminada por el personal del MINSA y el 93% se había realizado la prueba de VIH/SIDA con resultados negativos. Los principales centros de donde ellas recibieron ayuda fueron Mary Barrera, PASMO, Mi Familia e IXCHEN.<sup>10</sup>
- Sevilla et al (2005) estudiaron 300 estudiantes de último año de las carreras del área de ciencias de la salud de la UNAN-León y se encontró que todos tenían conocimientos sobre el VIH/SIDA y actitudes positivas hacia los enfermos. La principal fuente de información fue la televisión y el uso de condón ocupó el primer lugar para la prevención del VIH/SIDA. Sin embargo, no tenían mucho conocimiento sobre los fármacos utilizados para tratar esta enfermedad.<sup>11</sup>
- Largaespada (2007) estudió 217 estudiantes de secundaria de El Cuá y la mayoría carecía de conocimientos generales de las ITS/VIH/SIDA y de las forma de transmisión. Por otro lado, la mayoría tenía actitudes positivas, pero tenían dificultades para adoptar actitudes y practicas apropiadas para la prevención. Casi la mitad había iniciado vida sexual activa limitado uso del condón.<sup>12</sup>
- Matus et al (2004) realizaron un estudio de 250 trabajadoras Sexuales (TS) en 9 departamentos con alta incidencia de VIH/SIDA (Estelí, Nueva Segovia, Chinandega, León, Rivas, Masaya, Managua, RAAN y RAAS). La mayoría tenía conocimientos aceptables sobre el VIH/SIDA y 70% reconoció que por la naturaleza de su trabajo están más expuesta a adquirir el VIH que otras poblaciones, razón por la cual casi la totalidad de las TS prefieren que sus clientes utilicen condón para prevenir ITS y embarazos, pero la razón por la que muchas de ellas no utilizan el condón en sus relaciones sexuales casuales es el factor económico o cuando el cliente es conocido, les gusta o es su pareja fija. Un 79.2% se ha hecho alguna vez la prueba del SIDA, a ninguna le ha resultado positivo, pero un 6.6% no conoce el resultado del examen. Sin embargo, 22.4% refirió haber padecido ITS en los últimos seis meses, siendo las más comunes gonorrea, Sífilis y Vaginosis bacteriana. En cuanto a sugerencias para la estrategia de Educación, las TS plantean que para prevenir la transmisión del VIH/SIDA, se debe fortalecer conocimientos del uso del condón, usar imágenes de personas con VIH/SIDA. En general, las TS expresaron no tener una mala opinión de la atención médica que reciben en las unidades de salud, tanto estatales como de ONG. Su principal queja es el tiempo que deben invertir.<sup>13</sup>

- Green et al (2004) identificación los patrones de conductas y prácticas sexuales de HSH, en relación a la infección del VIH. Se entrevistó a 250 HSH de los departamentos de Estelí, Nueva Segovia, Managua, Masaya, León, Chinandega, la RAAN y RAAS. Los principales hallazgos fueron: jóvenes con educación secundaria/superior y solteros. Inicio temprano de las relaciones homosexuales. Con comportamientos y prácticas de riesgo: a) Múltiples parejas sexuales y b) relaciones sexuales desprotegidas. Los factores facilitadores de prácticas seguras fueron la aceptación de la familia, nivel educativo alto, conocimientos sobre las formas de transmisión y prevención de las ITS/VIH, habilidad para negociar el uso del condón, actitud de abstinencia cuando la pareja no quiere usar preservativos y accesibilidad del condón. Por otro lado, las barreras identificadas para la adopción de prácticas seguras: abordaje conservador y distorsionado de la salud sexual reproductiva de los familiares, homofobia internalizada, discriminación y rechazo por parte del personal de salud de los servicios estatales, pero no en los privados y ONG's.<sup>14</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que presentan pacientes que asisten al Centro de salud Julio Martínez Obando del municipio de Telpaneca, departamento de Madriz en relación a las ITS/VIH/SIDA?

## JUSTIFICACIÓN

Las metas del Plan Nacional de Salud 2004-2015 están en correspondencia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y entre ellas se encuentra “detener el VIH/SIDA en el 2015 y comenzar a revertir su propagación, incrementando la detección de casos”.<sup>8</sup>

El incremento de casos de infección por transmisión sexual (ITS) y las metas del MINSA mencionadas anteriormente para reducir este problema, ha estimulado la realización de este trabajo investigativo para valorar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre las ITS/VIH/SIDA que tienen los pacientes que asisten al Centro de Salud del Municipio de Telpaneca, Madriz, para tener evidencia científica que pueda sensibilizar a diversos actores de la sociedad civil, sobre todo a las diferentes Instituciones y proyectos de apoyo que trabajen directa e indirectamente en la prevención de estas infecciones, a través de estrategias de promoción de la educación sexual.

Los diseños CAP generalmente satisfacen tres importantes necesidades de planificación de iniciativas de promoción sanitaria.<sup>9</sup> En primer lugar, provee información relativamente detallada sobre los tipos existentes de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas entre diferentes segmentos de la población. En segundo lugar, pueden informar acerca de medios de comunicación/educación aceptables y comúnmente disponibles en la población. En tercer lugar, los datos obtenidos antes de la puesta en práctica de las intervenciones pueden servir como término de comparación de los datos acopiados mediante encuestas sucesivas, para vigilar y evaluar programas.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Valorar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación a las ITS/VIH/SIDA, que poseen los pacientes que asisten al centro de salud Julio Martínez Obando del municipio de Telpaneca, Matriz, durante Octubre del 2008.

### **Objetivos Específicos:**

1. Describir algunas variables socio-demográficas de la población en estudio.
2. Identificar el nivel de conocimientos sobre ITS/VIH/SIDA, que tiene el grupo a estudio.
3. Identificar las actitudes de los pacientes con respecto a las ITS/VIH/SIDA.
4. Determinar las prácticas de riesgo de la población en estudio con relación a las ITS/VIH/SIDA.

## MARCO TEORICO

Hasta hace pocos años, se empleaba el clásico término “enfermedades venéreas”, derivado de Venus, diosa del amor, para referirse a aquellas enfermedades que se adquieren en el transcurso de las relaciones sexuales. Bajo esta denominación se incluían cinco enfermedades: sífilis, gonococia, chancro blando, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal. A partir de los años setenta, la aparición de nuevas técnicas diagnósticas y el desarrollo de los métodos de investigación clínica y epidemiológica permitieron comprobar que la variedad de patógenos que podían transmitirse en las relaciones sexuales era mucho más amplia, como lo es el espectro clínico de la enfermedad a la que pueden dar lugar. Este nuevo conocimiento unido a que el nombre de las enfermedades venéreas, además de restrictivo, había incorporado históricamente connotaciones de desconsideración y culpabilización de la propia víctima de la enfermedad, motivó que se acuñara el término de infecciones de transmisión sexual (ITS).<sup>19</sup>

La expresión ITS comprende un grupo de enfermedades infecciosas en las que la vía de transmisión sexual tiene relevancia epidemiológica. Actualmente se reconocen más de 25 agentes patógenos importantes para las ITS (Cuadro 1). Se trata de organismos que provienen de todo el abanico filogenético, desde virus a parásitos multicelulares, y comparten la transmisión sexual como parte importante de su epidemiología. Algunos de estos patógenos pueden también transmitirse mediante otros mecanismos, como ocurre con la sífilis o el virus B de la hepatitis, pero en ambos casos la transmisión sexual es relevante.<sup>19</sup>



Agentes Etiológicos	Enfermedad
<b>VIRUS</b>	
VIH	SIDA
Virus de Hepatitis B	Hepatitis
VPH	Condilomatosis
Virus del Molusco Contagioso	Molusco Contagioso
Citomegalovirus	Citomegalovirus
Herpes Hominis tipo II	Herpes genital
<b>HONGOS</b>	
<b>Candida albicans</b>	<b>Moniliasis o Candidiasis</b>
<b>Torulopsis glabrata</b>	<b>Moniliasis</b>
<b>PARÁSITOS</b>	
Trichomonas vaginalis	Tricomonosis genitourinaria
Phtirus pubis	Pediculosis pubis
Sarcoptes Scabiei	Sarna o Escabiosis
Amebas	Amebiasis
Giardia lamblia	Giardiosis
<b>BACTERIAS</b>	
Neisseria gonorrhoeae	Gonorrea
Haemophilus ducreyi	Chancro blando
Calymmatobacterium granulomatis	Granuloma inguinal
Gardnerella vaginalis	Vaginosis
Mobiluncus sp	Vaginosis
<b>TREPONEMAS</b>	
Treponema pallidum	Sífilis
<b>CLAMIDIAS</b>	
Chlamydia trachomatis	

Infección genital no específica	Uretritis no gonocócica
Linfogranuloma Venéreo	

Cuadro 1 Agentes etiológicos de las Infecciones de transmisión sexual.<sup>20</sup>

### **Clasificación sindrómica de las Infecciones de Transmisión Sexual**

- **Cursan con secreción uretral:** Uretritis gonocócica y uretritis no gonocócica.
- **Cursan con flujo vaginal:** Tricomonosis, vaginosis, cervicitis por chlamydias, cervicitis gonorreica, candidiasis.
- **Cursan con ulcera genital:** Chancro blando, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, sífilis, herpes genital.
- **Cursan adenopatías:** Linfogranuloma venéreo, Chancro blando, Sífilis, SIDA, Herpes genital.
- **Cursan con sintomatología general:** Linfogranuloma venéreo, Sífilis, Herpes, SIDA, Citomegalovirus.
- **Cursan con prurito:** Pediculosis Humana, Sarna, Condilomatosis.
- **Cursan con tumoraciones inguinales de tamaño variable:** Condilomatosis, Molusco contagioso, Granuloma Inguinal, Sífilis, Linfogranuloma Venéreo.
- **Ocasionan lesiones rectales:** Linfogranuloma venéreo, Granuloma Inguinal, Sífilis.

### **Importancia y situación actual de las ITS<sup>19</sup>**

Al considerar el problema sanitario que suponen las ITS hay que mencionar forzosamente el papel que ha jugado en los últimos años la aparición del VIH/SIDA. Las ITS no afectan solamente a los genitales, sino también a otros órganos internos y a la piel, con una amplia variación de manifestaciones clínicas; estas abarcan desde enfermedades agudas como la uretritis gonocócica a enfermedades subagudas y crónicas como la enfermedad inflamatoria pélvica, pudiendo tener consecuencias a largo plazo como la infertilidad, o incluso secuelas graves como el cáncer de cuello uterino, atribuido al virus del papiloma humano (VPH). Otros efectos tienen repercusión en la morbilidad perinatal. Actualmente el conocimiento sobre la historia natural de las ITS y la disponibilidad de nuevas técnicas diagnósticas permitieron detectar con mayor exactitud sus efectos en las mujeres embarazadas y en los recién nacidos por su transmisibilidad vertical (complicaciones del embarazo, aborto, partos prematuros, infecciones congénitas y neonatales, etc.).<sup>19</sup>

La aparición del SIDA ha tenido repercusiones de distinto signo en la situación general de las ITS. Por otra parte, las restantes ITS han pasado a un segundo plano, entre otros motivos por las expectativas de disminución de su incidencia. Sin embargo, la historia de las propias ITS muestra que esta perspectiva puede ser cierta solo a corto plazo. Diversas experiencias recientes sobre la relación de algunas ITS con la transmisión del VIH o sobre los nuevos brotes de ITS derivados del abandono de algunas medidas de control y de la existencia de graves desigualdades sociales ponen de manifiesto la necesidad de profundizar en el conocimiento de la epidemiología de estas enfermedades para poder guiar estrategias preventivas.<sup>19</sup>

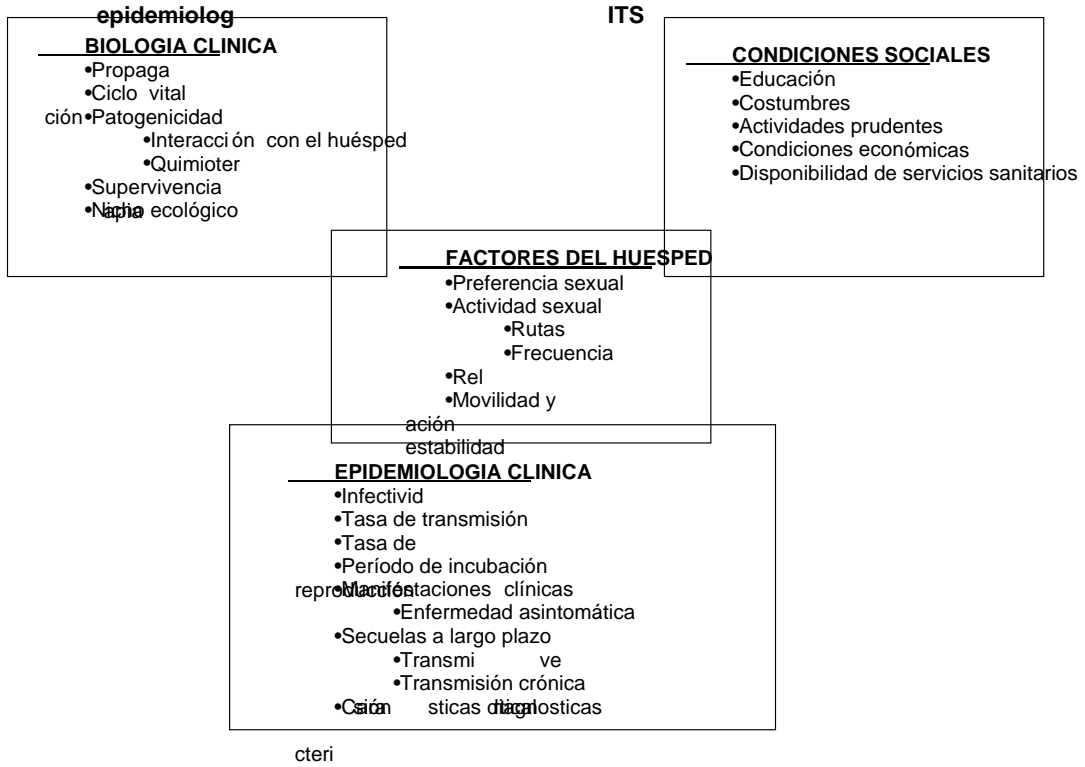
### **Las ITS en países en desarrollo**

En muchos países de África, Asia y Latinoamérica, los programas de control de las ITS bacterianas se veían limitados por el coste económico de las pruebas de diagnóstico y de detección; a ello se ha sumado, en el momento actual, el impacto de las infecciones víricas incurables, particularmente del VIH, que han tenido una enorme trascendencia social y económica. Las cifras de incidencia disponibles en estos países no son fiables, pero las estimaciones de las grandes ciudades de África sugieren tasas de incidencia anuales de gonorrea de 3,000 a 10,000 casos por 100,000 habitantes. En países asiáticos con datos fidedignos de incidencia, en 1986 se registraban tasas de 40 casos de sífilis por 100,000. Actualmente se ha identificado en estos países patógenos de transmisión sexual de segunda generación; en general, los estudios de prevalencia por *Chlamydia trachomatis* en mujeres son similares a los de los países industrializados.<sup>19</sup>

### **Factores determinantes de la epidemia de las ITS**

Tradicionalmente se consideraba que la frecuencia y distribución de las ITS eran consecuencia de los cambios en los comportamientos sexuales de las poblaciones y en los factores que influyen en este comportamiento. Así, la epidemia de ITS de los años setenta fue atribuida, inicialmente, a un aumento de la promiscuidad sexual, motivado por la liberación y el uso generalizado de anticonceptivos orales. Otras explicaciones pueden verse en la Fig. 1.<sup>19</sup>

Fig. 1 Factores que afectan la incidencia de las ITS



### Resultados adversos de las ITS durante el embarazo<sup>21</sup>

Más de 333 millones de casos de las cuatro principales causas curables de ITS (sífilis, gonorrea, clamidia, y tricomoniasis) se estimaron que ocurrieron en 1995, la vasta mayoría en países en desarrollo. Colectivamente, las ITS están entre las principales causas de morbilidad en el mundo, una carga soportada desproporcionadamente por mujeres en edad reproductiva. Las ITS entre las embarazadas frecuentemente reciben tratamiento tardío o no lo reciben del todo, debido principalmente a que son sintomáticas o no reconocidas. Muchas ITS son transmitidas de la madre al hijo durante el embarazo o el parto. El grado de infección neonatal debida a estos agentes en países en desarrollo es difícil de estimar. Efectos adversos del embarazo asociados a las ITS oscila desde aborto y parto pretérmino a infecciones congénitas a mortalidad materna, neonatal y fetal.<sup>21</sup>

Mundialmente entre las mujeres, hay aproximadamente 7 millones de casos nuevos de sífilis cada año. Las tasas de sífilis congénita son paralelas a las de sífilis en mujeres en edad reproductiva. Muchos estudios en países en desarrollo han encontrado tasas de sífilis entre mujeres embarazadas de 5-15%, o por encima del doble de la magnitud más alta en países desarrollados. La infección activa con sífilis en mujeres embarazadas se estima que sea resultado de una muerte fetal o infantil o discapacidad para el 50-80% de los embarazos afectados. La complicación más devastadora de la sífilis congénita tardía o no tratada son manifestaciones neurológicas que incluye retardo mental, hidrocefalo, parálisis de nervios craneales, y epilepsia. Con tratamiento adecuado de madres infectadas, la sífilis es una causa prevenible de morbilidad y mortalidad neonatal. Los recién nacidos por vía vaginal de madres con gonorrea no tratada están en mayor riesgo de desarrollar conjuntivitis gonocócica, la cual, si se deja sin tratar, puede llevar a ceguera. Similarmente, la infección por clamidia ocurre en aproximadamente dos terceras partes de los infantes nacidos por parto vaginal de madres infectadas. La clamidia puede causar conjuntivitis o neumonía, la cual puede no ser evidente hasta que el infante tiene varias semanas de edad.<sup>21</sup>

Las dos categorías de infecciones de transmisión sexual (ITS) son fatales y no fatales. Las tres ITS fatales son el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), cáncer de cérvix y sífilis, la última de las cuales es potencialmente fatal en los fetos no nacidos. Las ITS restantes no son fatales e incluyen gonorrea, infección por clamidia y vaginosis bacteriana.<sup>7</sup> Las ITS son responsables de una carga enorme de morbilidad y mortalidad en muchos países en desarrollo debido a sus efectos en la salud reproductiva e infantil y su papel en facilitar la transmisión de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Con respecto a costo efectividad del control de las ITS, el beneficio de salud en términos del número de años de vida saludable o ajustados por discapacidad que pueden ser salvados al curar o prevenir un caso de sífilis varía de 3 años en una persona que ha cesado toda actividad sexual a muchos como 161 años en una trabajadora del sexo con dos compañeros al día. El costo de tratar una prostituta por sífilis varía entre 5-100 dólares. Así, el costo por AVAD del tratamiento de la sífilis puede oscilar de 33 dólares por AVAD a menos de 5 centavos de dólar por AVAD.<sup>22</sup>

## **Agenda de investigación y de desarrollo<sup>22</sup>**

Las prioridades para la investigación global de ITS incluyen lo siguiente:

- El desarrollo y evaluación de intervenciones terapéuticas (drogas o vacunas), de la conducta y estructurales para prevenir o reducir las ITS y sus secuelas.
- El desarrollo y evaluación de mecanismos para cuantificar exactamente la carga de la enfermedad para priorizar actividades.
- El desarrollo y evaluación de pruebas diagnósticas rápidas no costosas y prácticas para la detección temprana y tratamiento oportuno de las ITS.
- La conducción de estudios para evaluar las modalidades de prevención efectiva para las personas con alto riesgo de ITS.
- Llevar a cabo investigación en los servicios de salud para comprender las estrategias de prevención de ITS que sean prácticas y costo efectivo o sistemas que idealmente pueden ser integradas dentro de la infraestructura de salud existente. Cuando un individuo es tratado por una ITS, este tratamiento tiene efectos de desbordes tanto positivos como negativos.
- La implementación de estudios en apoyo de programas de eliminación global.

Debido a la naturaleza clandestina de la mayoría de conductas sexuales, las ITS son probablemente subreportadas masivamente, lo que puede llevar a una subestimación de su importancia. Nuevas encuestas e instrumentos de medición han sido desarrollados, los cuales necesitan ser aplicados en poblaciones en países pobres para mejorar estos estimados.<sup>22</sup>

## **ITS, incluyendo VIH**

La detección temprana de ITS, e infección por VIH, pueden prevenir enfermedades serias en personas infectadas y sus compañeros o cónyuges y prevenir su diseminación. Todas las mujeres deben ser sometidas a revisión para ITS, incluyendo infección por VIH si ellas están en alto riesgo y deben dar su consentimiento informado; el chequeo posparto es necesario solamente si la exposición se sospecha desde el examen prenatal.<sup>23</sup>

El tamizaje de ITS debe llevarse a cabo a intervalos frecuentes por personas para personas con un número de compañeros sexuales o aquellas expuestas a un compañero con un número de compañeras (os). Personas con alto riesgo deben ser apoyadas para que se busque un tamizaje tan pronto como sea posible después de la probable exposición. La frecuencia del tamizaje para ITS entre la población general depende de las circunstancias epidemiológicas locales. En algunos lugares es un estándar el examinar a cualquier adulto o persona joven sexualmente activa (prueba de VDRL) en cualquier ingreso hospitalario; el producto de esta práctica necesita ser examinado en el contexto local. El tamizaje debería siempre acompañarse por los esfuerzos de atención primaria.<sup>23</sup>

Niveles de recursos requeridos: Medio para tamizaje, incluyen consejería pre prueba para prueba de VIH; de medio a alta para diagnóstico definitivo; medio para tratamiento con antibióticos en una etapa temprana. Medio o alto para tratamiento de individuos positivos al VIH, incluyendo consejería post prueba; bajo para consejería para prevenir más diseminación de ITS, aunque no hay evidencia que la consejería a estos individuos VIH positivos conduzca a una reducción de la transmisión.<sup>23</sup>

### **Prevención y control de las ITS<sup>24</sup>**

Los métodos empleados en la prevención de las ITS tienen una correspondencia general con las actividades que conforman el eje de los programas de control de las enfermedades transmisibles, a saber: la modificación del comportamiento; la modificación ambiental; la detección precoz; el diagnóstico y tratamiento; la investigación de casos; la quimioprofilaxis selectiva; la quimioprofilaxis masiva; y la inmunoprofilaxis. Obviamente no todas estas actividades son aplicables al control de las ITS (por ejemplo, la quimioprofilaxis masiva) pero en general si existe una correspondencia con los métodos preventivos generales. Así, para modificar los comportamientos sexuales que suponen un riesgo elevado de contagio de las ITS serán útiles las actividades de educación y promoción de la salud; asimismo, la investigación de casos se realiza mediante la notificación a las parejas sexuales; la quimioprofilaxis selectiva se plasma en forma de tratamiento epidemiológico; y, lógicamente, se realizan actividades de detección precoz, diagnóstico y tratamiento que, en el caso de las ITS, constituyen una práctica esencialmente preventiva.<sup>24</sup>



**Los cuatro principales síndromes de ITS son:**<sup>25</sup>

- Flujo uretral
- Flujo vaginal
- Enfermedad genital ulcerativa
- Dolor abdominal bajo

El manejo sindrómico de ITS es particularmente relevante en escenarios con pobres recursos y en situaciones de emergencia, donde el diagnóstico clínico con respaldo de laboratorio es algunas veces disponible. La OMS provee algoritmos para la detección de estos trastornos.<sup>25</sup>

La prevención de ITS es una medida de control importante y consiste de:<sup>25</sup>

- Diagnóstico y tratamiento temprano de hombres y mujeres, y de sus compañeros.
- Educación sexual:
- Distribución de condón.

El término de “enfermedades transmitidas sexualmente” se usa para denotar alteraciones que se propagan principalmente por el contacto íntimo. Aunque esto significa usualmente relación sexual, esto puede también incluir contacto corporal cercano, besando, cunnilingus, anilingus, fellatio, contacto boca-mamas, y relación anal. Muchas ITS pueden ser adquiridas transplacentariamente, por el pasaje a través del canal vaginal, y lactancia durante el periodo neonatal. Los organismos involucrados están adaptados peculiarmente para desarrollarse en el tracto genital y están presentes en las secreciones corporales o la sangre. Los médicos juegan un papel crítico en la prevención así como en el tratamiento de las ITS. El papel del clínico es cuádruple. Primero, comprender la microbiología de las ITS para diagnosticar y tratar adecuadamente a los pacientes. Segundo, aliviar los síntomas y prevenir secuelas futuras. Tercero, prevenir la transmisión a otros incluyendo a los profesionales de la salud. Finalmente, hacer todo lo anterior combinado con la educación al paciente y conserjería. La lista de

organismos tradicionalmente responsables de las ITS ha sido extendida para incluir citomegalovirus, virus del herpes simple tipo I y II, clamidia, estreptococos del grupo B, virus de molusco contagioso, *sarcoptes scabiei*, virus de la hepatitis, y virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Algunas enfermedades se propagan por el contacto corporal y no necesariamente por coito, por ejemplo, pediculosis pubis y molusco contagioso.<sup>26</sup>

### **Distinción entre actitudes y creencias<sup>6</sup>**

Las encuestas CAP están destinadas a medir conocimientos, actitudes y prácticas. En estos estudios se entiende por conocimiento la captación cognitiva y la comprensión de un hecho o de un hallazgo clínico o de la investigación comúnmente aceptado. Al hablar de prácticas se hace referencia al comportamiento o características de comportamiento del individuo. Por otra parte, el término *actitud* se refiere a uno de los conceptos centrales de la psicología social. La actitud social es “una disposición a responder favorablemente o desfavorablemente a un objeto, persona, institución o acontecimiento”. Las actitudes hacen referencia, por definición, a algo específico e identificable.<sup>6</sup>

Para mantener una determinada actitud se requiere cierto grado de conciencia o conocimiento en lo que respecta al objeto de la actitud. La actitud implica además algún tipo de sentimiento (grado o desagrado) hacia ese objeto. En determinadas circunstancias, esos sentimientos pueden suscitar respuestas conductuales específicas (de aproximación o de evitación) hacia el objeto de la actitud. Una de las principales razones que inspiran el estudio de las actitudes es la posibilidad de utilizarlas para prever los fenómenos conductuales. Las actitudes se pueden determinar por inferencia a partir de respuestas que reflejan evaluaciones positivas o negativas del objeto de la actitud. Estas respuestas pueden ser de tres tipos distintos: a) respuestas cognoscitivas o creencias; b) respuestas afectivas o sentimientos; y c) respuestas cognoscitivas o intenciones conductuales. Por ejemplo, la actitud de un individuo hacia el SIDA puede deducirse a partir de: los sentimientos que expresa mientras se está tratando del problema del SIDA (componente afectivo); las declaraciones que hace acerca de la

gravedad del SIDA como problema de salud (componente cognoscitivo), y las reacciones volitivas (por ejemplo, la negativa a dar la mano a un extraño o a visitar las clínicas para pacientes con SIDA). En las encuestas CAP, como base para deducir las actitudes se utilizan los informes verbales de la persona relativa a sus sentimientos subjetivos, creencias, planes o proyectos de comportamiento.<sup>6</sup>

Se considera que creencias, intenciones y comportamientos están relacionados con las actitudes, pero son conceptualmente distintos. Las primeras teorías funcionales acerca de las actitudes se centraban en la función de éstas como determinantes de la acción. Los psicólogos conductistas han definido las actitudes como respuestas evaluativas implícitas a los estímulos, y han tratado de explicar la formación y cambios de las actitudes en términos de acondicionamiento pavloviano. Más recientemente, las explicaciones del comportamiento social basadas en el tratamiento de la información han puesto de relieve la importancia que tiene el componente cognoscitivo de las actitudes. Esta es la idea que hoy en día aceptan la mayoría de psicólogos sociales.<sup>6</sup>

Según el modelo cognoscitivo, las creencias son los determinantes primarios de las actitudes. Vinculan el objeto o estímulo de la actitud a un atributo positivo o negativo. Cuanto mayor sea el número de creencias que asocian atributos positivos a un objeto y menores sean las creencias que lo asocian con atributos negativos, más favorable será la actitud resultante hacia ese objeto.<sup>6</sup>

Como cada vez está más extendida la idea del componente cognoscitivo de las actitudes, en esta encuesta las creencias se tratan por separado. La separación entre actitudes y creencias permite medir en cierto modo lo que los psicólogos sociales han denominado *locus of control* (percepción de control). Se sabe que ciertas personas atribuyen lo que les pasa en la vida a fuerzas ajenas a ellas mismas. Consideran que no puede influir sobre el curso de los acontecimientos. En cambio, otras personas se sienten responsables de lo que les sucede y creen que pueden influir sobre el curso de los acontecimientos mediante planificación, iniciativas personales y perseverancia. Se ha observado que esta dicotomía entre percepción

de control *externa* o *interna* es aplicable a gran diversidad de situaciones y acontecimientos, salud y enfermedad inclusive. Por ejemplo, dos personas pueden mantener actitudes igualmente negativas hacia una determinada enfermedad, que desean evitar. El individuo con una percepción de control interna es probable que adopte las necesarias medidas preventivas con mayor rapidez y eficacia que la persona con una percepción de control externa, que no cree que pueda influir sobre el curso de los acontecimientos.<sup>6</sup>

La evaluación del individuo de la percepción de control con respecto a una determinada situación o acontecimiento representa una creencia, no una actitud. A diferencia de la actitud, que se refiere a algo específico e identificable, la percepción de control es una creencia que se refiere a la localización de un agente causal, es decir, si éste está situado dentro o fuera del individuo. Por consiguiente, la percepción de control queda incluida en la encuesta sobre creencias, aunque de forma optativa, como una variable importante que puede influir sobre el comportamiento del sujeto.<sup>6</sup>

### **Identificación de conocimientos y actitudes<sup>6</sup>**

Los conocimientos y las actitudes, no se pueden observar o medir directamente. Se han de deducir a partir de otros fenómenos observables, inclusive el comportamiento verbal y la auto información. La validez de esas deducciones esta basada en dos supuestos relacionados entre si: primero, que una persona *sabe* (tienen clara conciencia y la pueden formular) qué es lo que conoce, siente y cree acerca de objetos o problemas, y en segundo lugar, que está dispuesta a compartir esa información y en condiciones de hacerlo. Si tales supuestos no fueran razonablemente correctos, no se podría establecer ningún diálogo o comunicación significativos. El segundo supuesto está, en parte, confirmado por la experiencia cotidiana. Las personas pueden y, con frecuencia, desean compartir con los demás sus experiencias. Pero debe tenerse en cuenta que el acto de compartir conocimientos, actitudes y creencias se halla con frecuencia circunscrito por normas culturales y por las reglas sociales del discurso, así como por ciertas características y experiencias personales. En casi todas las culturas existen temas *tabú* que son difíciles de tratar en público incluso si se pueden tratar con relativa facilidad y sinceridad en determinados medios especiales (por ejemplo, en la consulta con el

médico) o con alguna persona que tenga una situación social particular (por ejemplo, el ginecólogo o el psiquiatra).<sup>6</sup>

### **Factores que influyen sobre los auto informes en comparación con el verdadero comportamiento<sup>6</sup>**

Las encuestas CAP sobre el SIDA han de formular preguntas relativas a problemas que son muy delicados y están cargados de valor para el sujeto, por lo que puede esperarse que tropiecen con resistencias y renuencias por parte de los entrevistados. Algunos de éstos pueden tener dificultad para aceptar las razones por las que se les explica su elección para la entrevista y pueden tratar de hallar otras razones ocultas. Tales “razones ocultas”, es lo más probable que arrojen dudas acerca de la honradez del entrevistador y su discreción. En otros casos, es posible simplemente que el entrevistado encuentre difícil confiar en un extraño que desea hablarle acerca de una enfermedad o un problema de salud.<sup>6</sup>

La intensidad de la resistencia y la renuencia a hablar con el entrevistador puede variar en función de la distancia social existente entre el entrevistador y el entrevistado, así como de las condiciones físicas en que se realiza la propia encuesta. Es posible que las mujeres encuentren más difícil hablar con entrevistadores del sexo masculino y viceversa. Los entrevistadores que adopten un enfoque evidentemente intelectual y/o que sean identificados como representantes del gobierno pueden tropezar con más dificultades para obtener la confianza y la cooperación de la gente pobre y con una formación escolar diferente. Todo el mundo tiene la posibilidad de reconocer el significado que para cada uno tienen ciertas situaciones sociales y ciertos encuentros con los demás, y de modificar en consecuencia sus respuestas. Esta realidad no se debe olvidar ni por un momento en la capacitación de los entrevistadores. Ello no obstante, en ningún caso se olvidara tampoco la importancia que tiene el tratar de obtener informes verbales exactos.<sup>6</sup>

La meta de la prevención del SIDA y la lucha contra esta enfermedad consiste en obtener un cambio en el comportamiento en direcciones que reduzcan las probabilidades de la infección por el VIH. Por consiguiente, la información sobre “práctica” tiene una importancia primordial para evaluar la prevalencia de los comportamientos seleccionados sobre de riesgo y como

positivos. Para poder hacer una idea acerca de esto, las encuestas CAP deben basarse en la información oral que los entrevistados den acerca de los que han estado haciendo hasta entonces o de lo que se proponen hacer en el porvenir. Se ha comprobado que los informes sobre comportamientos e intenciones permiten predecir con exactitud el comportamiento futuro.

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

**Diseño del estudio:** Encuesta basada en conocimientos, actitudes y prácticas sobre las ITS/VIH/SIDA.

**Área de estudio:** Centro de Salud Julio Martínez Obando esta ubicado en el municipio de Telpaneca, departamento de Madriz. Limita al norte con los municipios de Ciudad Antigua y el Júcaro (Departamento de Nueva Segovia); al sur con el municipio de San Sebastián de Yali (departamento de Jinotega), y el municipio de Condega (departamento de Estelí); al este con San Juan del Río Coco; y al oeste con los municipios de Palacagüina y Totogalpa. Dicho municipio se encuentra a una distancia de 218 km. de Managua y a 42 km. de Somoto cabecera departamental.

El municipio de Telpaneca esta conformado por 37 comunidades rurales (n=12,568) y 5 barrios urbanos (3,330). La población total es de 15,898 habitantes, de los cuales el 43.5% tiene edades entre 15-49 años. La tasa de analfabetismo en este grupo etáreo para las áreas urbanas y rurales es de 14.3% y 31.8%, respectivamente.

### **Población de estudio:**

Total de pacientes entre 15-49 años de ambos sexos y de procedencia urbana y rural, que asistieron al Centro de salud Julio Martínez Obando en el municipio de Telpaneca, departamento de Madriz durante el período octubre-noviembre del 2008. En total se estudiaron 118 pacientes que acudieron al centro de salud en las edades de 15-49 años. La selección fue por conveniencia en la frecuencia en que acudieron los pacientes al centro de salud y de acuerdo al tiempo disponible por el investigador.

**Proceso para la recolección:** se realizó una encuesta a los pacientes que asistieron al Centro de Salud entre las edades de 15-49 años, la cual consistió en un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas en relación a datos generales, conocimientos, actitudes y prácticas sobre las ITS/ VIH/SIDA.

**Procesamiento y análisis de los datos:** El procesamiento de los datos se realizó por medio del software Epi Info versión 6.04, y el análisis mediante medidas de frecuencia se utilizó porcentajes y medidas de centro y de dispersión como promedio, mediana y desviación estándar. Las actitudes se midieron a través de la escala de Likert.<sup>27</sup>

#### **Consideraciones éticas:**

Se solicitó autorización a la dirección del centro de salud bajo estudio. Además, se solicitó consentimiento informado verbal a los pacientes para proceder a entrevistarlos, garantizando el anonimato y la confidencialidad de la información. La información obtenida fue con el propósito de prevenir y controlar las ITS en el municipio de Telpaneca.



### Operacionalización de las variables

VARIABLE	CONCEPTO	VALORES
Edad	Número de años cumplidos.	< 20 20-34 35-49
Sexo		Masculino Femenino
Escolaridad	Nivel académico alcanzado por la encuestada. Se consideró baja a escolaridad primaria o inferior; y alta a secundaria o universitaria.	Baja Alta
Ocupación:	Actividad laboral remunerada o no que realizaba la paciente.	Ama de casa Doméstica Obrero Jornalero Estudiante Otro
Procedencia:	Área de residencia del paciente.	Urbano Rural
Conocimiento de ITS	Conocimiento de los diversos tipos de ITS.	Sí

		No
Fuente de información	Fuentes a través de las cuales el paciente se ha informado sobre las ITS y VIH/SIDA.	Radio Televisión Unidades salud Trabajo Periódico/Revista Amigos Vecino Padres/parientes

VARIABLE	CONCEPTO	VALORES
Formas de evitar ITS		Se especificará
Conocimiento sobre VIH/SIDA	<p>Se consideró un conocimiento malo si el total de respuestas correctas estuvo por debajo del primer cuartil; regular, entre el primero y segundo cuartil; bueno si estuvo entre el segundo y tercer cuartil; y muy bueno si sobrepasó el tercer cuartil.</p> <p>Se consideró conocimiento inadecuado la agrupación de las escalas mala y regular, y adecuada a la agrupación de las escalas bueno y muy bueno.</p>	<p>Malo</p> <p>Regular</p> <p>Bueno</p> <p>Muy bueno</p>
Actitudes sobre el VIH/SIDA	Las escalas de Likert se dicotomizaron en actitudes negativas o positivas para enfrentar el problema del VIH/SIDA.	<p>Negativa</p> <p>Positiva</p>
Prácticas	Las prácticas se valorarán en base a la prevención o no de las ITS o VIH/SIDA.	<p>Inadecuadas</p> <p>Adecuadas</p>
Antecedentes de ITS	Se considerará así a todas las ITS que tuvieron los entrevistados.	Se especificará.

## RESULTADOS

Durante el período de estudio se estudiaron 118 pacientes que acudieron al Centro de Salud Julio Martínez Obando, Telpaneca Madriz durante el período de estudio. Los cuales se caracterizaron principalmente por ser de procedencia urbana (63.4%), tener entre 20-34 años de edad (50%), baja escolaridad (50%), con ocupación estudiante, obrero/jornalero y ama de casa (Tabla 1).

El promedio de edad fue de  $27 \pm 9$  años y una mediana de 25 años.

Las principales ITS que conocían los pacientes fueron la gonorrea (77%), VIH/SIDA (69%), sífilis (63%) y chancro 45% (Fig. 1). Además, mencionaron que las principales fuentes donde aprendieron sobre las ITS fueron la radio (63%), centro de salud (48%), televisión (46%) y amigos (40%). Solamente el 14% dijo que sus padres u otros familiares les enseñaron (Fig. 2).

Las personas estudiadas manifestaron que las principales formas de prevenir las ITS son el uso de condón y la fidelidad (Fig. 3).

Los mejores conocimientos generales sobre el VIH/SIDA (entre 70-78%) fueron su causa, el hecho que es una enfermedad infecciosa y grave; en menor porcentaje respondieron que no es una enfermedad hereditaria, que actualmente no hay un tratamiento definitivo para la enfermedad y que no hay vacuna; también manifestaron que disminuye las defensas ante otras enfermedades y que puede cursar sin síntomas. Menos del 50% de los pacientes manifestaron desconocimiento de las pruebas para detectar el virus en la sangre, la distinción de enfermos con VIH/SIDA basados en su apariencia (Tabla 2).

En la tabla 3 se presentan los conocimientos sobre la transmisión del VIH/SIDA. Un alto porcentaje cree equivocadamente que el flujo nasal, lagrimas y orina son formas de adquirir la infección; un alto porcentaje de pacientes cree que el sexo vaginal y anal con una persona infectada puede transmitir la enfermedad, pero un menor porcentaje cree que se transmite por sexo oral; un poco más de una tercera parte de pacientes cree equivocadamente que el compartir servicios higiénicos y ropas podrían transmitirle la enfermedad; más de dos terceras partes cree correctamente que no se debe compartir cuchillas de afeitar, jeringas, ni instrumentos para tatuar. Otros aspectos pueden verse en la tabla 3.

Con respecto a las actitudes hacia el VIH/SIDA la mayoría de pacientes estuvieron de acuerdo en que las personas con esta enfermedad deben acudir a centros especiales de atención y deben ser apoyados. En el resto de actitudes se observaron diversas respuestas, por ejemplo, un porcentaje considerable de la población estudiada tiene actitudes negativas sobre el uso de servicios sanitarios y de ropa de personas infectadas, hacia el aislamiento y rechazo a estos pacientes. Por otro lado, manifestaron malas concepciones o mitos relacionados al VIH/SIDA, creyendo que es un castigo divino o que puede prevenirse con el ejercicio o por estar enamorada (Tabla 4).

Al asociar los conocimientos sobre VIH/SIDA con algunas características de los pacientes se encontró que el conocimiento es mejor en los grupos más jóvenes, femeninos, con alta escolaridad y urbanos (Tabla 5). Sin embargo, al asociar las actitudes hacia el VIH/SIDA se encontró lo contrario, por ejemplo, el porcentaje de actitudes positivas fue mayor en los grupos de mayor edad, masculino, con baja escolaridad y de procedencia rural (Tabla 6).

Con respecto a las prácticas sexuales relacionadas con el VIH/SIDA se determinó que el 44% habían tenido relaciones con otras personas además de su cónyuge, solamente 18% había usado siempre condón al tener relaciones sexuales. El 50% de las mujeres dijo haberse realizado exámenes para detectar ITS durante su embarazo (n=50).

La prevalencia de vida de ITS fue de 23% (27 casos) (Fig. 4), el 70% de los cuales fue contagiado por otra persona y el 30% por su cónyuge. El 70% recibió atención médica y 30% no, predominando la automedicación. El 56% no trató a su cónyuge y en el 44% se trató la pareja. Es importante mencionar que solamente el 63% recibió tratamiento completo para la ITS, 26% fue parcial y el 11% no se trató (Tabla 7). Veinte y tres de los 27 casos fueron descritos como gonorrea y los cuatro casos restantes por otras causas.

Más de la mitad de los pacientes dijeron que si adquirieran alguna ITS acudirían a los centros de salud y 25% visitaría a otros médicos. Solamente el 13% dijo que esperaría la muerte, le rogaría a Dios o no sabría que hacer (Fig. 5).

Al asociar los conocimientos con las actitudes sobre el VIH/SIDA se encontró paradójicamente una relación inversa, o sea que a menor conocimientos había una mejor actitud. Por ejemplo, el 77% de los pacientes con conocimientos regulares tuvieron actitudes positivas, mientras que solamente el 8% de pacientes con muy buen conocimiento tuvieron actitudes positivas ( $p=0.00002$ ) (Fig. 6).

Al asociar los conocimientos con algunas prácticas también se observaron discrepancias. Por ejemplo, aquellos entrevistados con un nivel de conocimiento malo y regular el 50% y 23.1% siempre usaba condón, respectivamente; mientras que aquellos con nivel de conocimiento bueno y muy bueno este porcentaje fue de 16.9% y 15.4%, respectivamente. Similarmente las prácticas relacionadas al tratamiento fueron mejores en aquellos que tenían menor nivel de conocimiento del VIH/SIDA. Al asociar las prácticas con el nivel de actitud se observaron mejores prácticas en aquellas personas con actitudes positivas, por ejemplo, el porcentaje de personas que usaban siempre condón fue mayor en aquellos con actitudes positivas que en aquellos con actitudes negativas (24% vs. 15%).

## DISCUSIÓN

La mayoría de las personas entrevistadas eran jóvenes con edades menores de 35 años, con baja escolaridad, de procedencia urbana, y ocupaciones manuales; con un ligero predominio del sexo femenino. Casi uno de cada cuatro entrevistados había tenido alguna ITS durante su vida, principalmente gonorrea. Esta ITS es considerada como la de mayor prevalencia en Nicaragua<sup>7,9,13</sup> y en otros países.<sup>1,2,19,21</sup>

Aunque las personas entrevistadas manifestaron que mucho del conocimiento de las ITS y el VIH/SIDA lo habían obtenido de la radio, televisión, unidades de salud y amigos, respectivamente. El predominio de la radio sobre la televisión se puede atribuir a la falta de este último electrodoméstico en gran parte de la población en Telpaneca o la falta de acceso a luz eléctrica en las zonas rurales principalmente. La mayoría de las ITS mencionadas fue la gonorrea, la cual fue la principal ITS que habían adquirido. Esto demuestra que mucho del conocimiento e identificación de ITS es a veces empírico, o sea basado en experiencias previas. Por otro lado, le siguieron el reconocimiento del SIDA y la sífilis, los cuales pueden atribuirse a la amplia difusión de estas enfermedades por los medios de comunicación, por su alta letalidad, transmisibilidad, y por la transmisión perinatal o vertical.<sup>28</sup>

Aproximadamente 8 de 10 entrevistados mencionaron que el uso del condón es la principal forma de prevenir las ITS/VIH/SIDA, seguido por la fidelidad (64%). Con respecto a los conocimientos generales sobre el VIH/SIDA la mayoría de los entrevistados tenía conocimiento que el VIH/SIDA es una enfermedad infecciosa y muy grave, y que además no hay un tratamiento definitivo ni existe una vacuna para prevenir dicha enfermedad. Sin embargo, existe la errónea creencia que ellos podrían distinguir a los pacientes con VIH/SIDA por su apariencia y que algunos exámenes de gabinete pueden ser usados para detectar el virus de VIH en la sangre. Menos de la mitad de los pacientes sabe que la prueba de Elisa es usada para el tamizaje de dicho virus. Por otro lado, algunos entrevistados creen erróneamente que el compartir servicios sanitarios, utensilios de cocina y el uso de ropa de personas infectadas por

VIH/SIDA son una fuente de transmisión de dicha enfermedad. Con respecto a las prácticas sexuales casi la mitad cree que el sexo oral no es un riesgo de contaminación a como lo es el sexo vaginal y anal; que fluidos corporales como lagrimas fluido nasal son otra fuente de infección; además, un gran porcentaje no sabe que la lactancia materna de una madre infectada a su hijo puede contribuir a la transmisión vertical a su hijo.<sup>28</sup>

Un dato curioso fue que a pesar que un alto porcentaje de pacientes saben que la mejor manera de prevenir el VIH/SIDA es el uso de condón y la fidelidad, ellos ha tenido relaciones sexuales con otras personas además de su cónyuge y solamente el 18% había usado siempre condones con alguien que no es su cónyuge y el resto lo usa ocasionalmente o no lo usa nunca. Esto demuestra una discrepancia entre el nivel de conocimiento y las prácticas sexuales seguras en la población estudiada, lo cual ha sido reportado en otros estudios nacionales<sup>10,12,13,14</sup> e internacionales.<sup>1,2,6,22,28</sup>

Por otro lado, se observó una asociación negativa entre el conocimiento adecuado sobre el VIH/SIDA y las actitudes positivas de los entrevistados, o sea que el porcentaje de actitudes positivas para prevenir el VIH/SIDA disminuía al incrementar el conocimiento sobre VIH/SIDA. La falta de correlación entre el conocimiento con las actitudes y prácticas no puede explicarse con los datos obtenidos en este estudio, pero es obvio que lo esperado es que se observe una correlación positiva entre el conocimiento de la enfermedad con sus actitudes y prácticas seguras para prevenir dicha enfermedad.

Los limitados conocimientos generales, sobre la detección y transmisión del VIH/SIDA, tienden a generar creencias erróneas sobre las formas de contagio y formas de evitar esta enfermedad. Quizás este desconocimiento es la causa de actitudes negativas de los entrevistados hacia los enfermos con VIH/SIDA, con tendencia a estigmatizar a estos enfermos y a disminuir el apoyo social a los mismos. Por otro lado, se observaron malas concepciones que predisponen a la población estudiada a tener relaciones sexuales inseguras. Existe suficiente evidencia que la falta de conocimiento, las actitudes negativas y las malas



percepciones o mitos hacia el VIH/SIDA ha causado la rápida propagación de esta pandemia y ha dificultado su manejo y control.<sup>1,2,6,22,28</sup>

Este estudio demostró, que las prácticas seguras se relacionan más con aquellas personas que tienen una actitud positiva ante el VIH/SIDA que con el nivel de conocimiento sobre esta enfermedad. La toma de riesgo de adquirir el VIH/SIDA por una experiencia sexual es tan fuerte que ha hecho que esta pandemia no se vea limitada por factores socioeconómicos ni de desarrollo, ya que se observa tanto en países desarrollados como en desarrollo, pero aun persisten limitaciones de sub registro que dificultan las comparaciones internacionales. Por lo tanto, podemos hipotetizar que los cambios de actitudes son un determinante de mayor peso que el conocimiento mismo. Esta discrepancia o contradicción podría ser verificada en otros estudios en el futuro.

## **CONCLUSIONES**

La mayoría de las personas estudiadas se caracterizaron principalmente por ser jóvenes, de procedencia urbana, con baja escolaridad y obreros.

Las ITS que más conocían fueron la gonorrea, VIH/SIDA y sífilis, y manifestaron que las principales formas de prevenir las ITS son el uso de condón y la fidelidad. Las principales fuentes fueron la radio, centros de salud, televisión y amigos.

Los conocimientos sobre VIH/SIDA fueron mejores en los más jóvenes, femeninos, con alta escolaridad y urbanos, pero las actitudes positivas se observaron más en los de mayor edad, masculino, con baja escolaridad y de procedencia rural.

El 44% habían tenido relaciones con otras personas además de su cónyuge, solamente 18% usaba siempre condón al tener relaciones sexuales.

La prevalencia de vida de ITS fue de 23%.

Las buenas prácticas sexuales no se relacionaron con el nivel de conocimiento de las personas sino con aquellos que tenían las actitudes positivas.

## **RECOMENDACIONES**

De acuerdo a la evidencia proveída en este estudio se deberían de diseñar estudios que expliquen por qué las prácticas seguras para prevenir el VIH/SIDA no dependen del nivel conocimiento, sino de las actitudes.

Aunque hay un predominio de la radio sobre la televisión para informar sobre las ITS/VIH/SIDA entre la población de Telpaneca es necesario reconsiderar el uso de ambos medios de comunicación masiva.

De acuerdo con los resultados de este estudio, se debe mencionar que los mensajes educativos que se impulsen deberán estar encaminados a promover el uso sistemático del condón en toda forma de relación sexual (oral, anal y vaginal), mejorar los conocimientos sobre la transmisión del VIH/SIDA y combatir los mitos relacionados con la enfermedad. Además, con respecto a los padres y las madres se sugiere llamar la atención hacia la vida sexual de los/las adolescentes, considerando que ellos tienen necesidades y demandas propias de su edad y de su género, que requieren ser consideradas por los padres y madres.

## REFERENCIAS

1. WHO. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: overviews and estimates. Geneva: WHO/HIV\_AIDS/2001.02.
2. Mayaud P, Mabel D. Approaches to the control of sexually transmitted infections in developing countries: old problems and modern challenges. *Sex Transm Infec* 2004; 80: 174-182.
3. World Bank. World Development Report 1993: investing in health. New York: Oxford University Press for the World Bank. 1993.
4. UNAIDS-WHO. Improving estimates. Report on the global HIV/AIDS epidemic. 2004.
5. Fowler MG, et al. Women and HIV. Epidemiology and global review. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1997; 24: 705-729.
6. Programa Mundial sobre el SIDA. Servicio de Investigación Social y Conductuales. Protocolo de Investigación: conocimientos, actitudes, creencias y prácticas relativas al SIDA/VIH (CACP). Fase II. Organización Mundial de la Salud.
7. Comisión Nicaragüense del SIDA. Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH-SIDA 2006-2010. Managua, Nicaragua: CONSIDA. 2006.
8. República de Nicaragua. Informe de seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA Nicaragua 2005.
9. República de Nicaragua (2004). Política Nacional de Salud 2004-2015. Managua, Nicaragua. Ministerio de Salud.
10. Vanegas GM, Molina NF. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS/VIH/SIDA en trabajadoras comerciales del sexo en la ciudad de León, en el período octubre 2004-agosto 2005. León: UNAN-León. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía). 2005.
11. Sevilla DR, Sobaja ZF, Treminino AA. Conocimientos y actitudes sobre la prevención y tratamiento del VIH/SIDA que tienen los estudiantes de último año de las carreras del área de ciencias de la salud de la UNAN-León en el periodo comprendido de septiembre-noviembre del año 2005. León: UNAN-León. Tesis (Licenciado Químico Farmacéutico). 2005.
12. Largaespada AC. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre las ITS-VIH-SIDA en los estudiantes de secundaria del municipio de El Cuá, departamento de Jinotega. León: UNAN-León. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía). 2007.

13. Matus G, Toruño A, Almendarez T. Conocimiento, actitud y práctica de trabajadoras comerciales del sexo, en relación al VIH/SIDA, en nueve departamentos de Nicaragua. EL FONDO MUNDIAL. 2004.
14. Green I, Peña AR, Silva ML. Identificación de conductas y prácticas en relación al VIH/SIDA en la población H.S.H. en ocho departamentos de Nicaragua. Agosto-Octubre 2004. EL FONDO MUNDIAL. 2004.
15. Malta M, et al. Knowledge, perceived stigma, and care-seeking experiences for sexually transmitted infections: a qualitative study from the perspective of public clinic attendees in Rio de Janeiro, Brazil. *BMC Public Health* 2007;7:1-8.
16. Ayranci U. AIDS knowledge and attitudes in a Turkish population: an epidemiological study. *BMC Public Health* 2005; 5: 1-10.
17. Morton AD. Attitudes to and knowledge about the acquired immune deficiency syndrome: lack of a correlation. *BJM* 1986; 239. 1212.
18. Klasagar M, et al. AIDS awareness in an Indian metropolitan slum dweller: a KAP (Knowledge, Attitude, Practice) study. *Int J Dent Res* 2006; 17 (2):66-69.
19. Lindgrand A, Bergström S, Rosling H, et al. *Global health: an Introductory textbook*. Denmark: Studentlitteratur. 2006.
20. Organización Mundial de la Salud. *Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo: una guía para la práctica básica*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2005.
21. Bale Judith. *Improving birth outcomes: meeting the challenge in the development World*. Washington, DC, USA: National Academy Press. 2003.
22. Aral SO, Over M, Manhart L, Colmes KK. Sexually transmitted infections. Chap. 17. In Jamison DT, and editors. *Disease control priorities in developing countries*. 2nd ed. Washington, DC: World Bank/Oxford University Press. 2006.
23. Braveman PA, Tarimo E. *Screening in primary health care: setting priorities with limited resources*. Geneva: World Health Organization. 1994.
24. Hernández I, Pérez-Izquierdo JM. *Epidemiología y prevención de las enfermedades de transmisión sexual*. Capítulo 38. En Martínez F, editors. *Salud Pública*. Madrid, España: McGraw-Hill-Interamericana: 752-765.
25. Connolly MA. *Communicable disease control in emergencias: A field manual*. Albany, NY, USA: World Health Organization. 2005.

26. Ainbinder SW, Ramin SM. Sexually transmitted diseases & pelvic infection. Chap. 38. In DeCherney AH, Nathan L, editors. CURRENT Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. 9th ed. New York: McGraw-Hill. 2003.
27. Henerson ME, Lyons L, Taylor C. How to measure attitudes. Newbury Park, California: SAGE Publications. 1987.
28. Polsky BW, Clumeck N. HIV and AIDS. A section taken from Infectious Diseases. Armstrong D, Cohen J. London: Mosby-Wolfe. 1999.

***ANEXOS***

## Instrumento de recolección de datos

### Conocimiento, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, en pacientes que asisten al centro de salud Julio Martínez Obando del municipio de Telpaneca durante octubre del 2008.

#### I. Datos generales:

1. Edad en años cumplidos: \_\_\_\_\_
2. Sexo:           a) Femenino           b) Masculino
3. Escolaridad:   a) Analfabeta       b) Primaria     c) Secundaria   d) Universitario
4. Ocupación:     a) Ama de casa   b) Doméstica   c) Estudiante   d) Jornalero  
                  e) Desempleado   e) Obrero       f) Profesional   g) Otro: \_\_\_\_\_
5. Procedencia:   a) Urbano        b) Rural

#### II. Conocimientos sobre ITS/VIH/SIDA.

6. ¿Ha oído hablar de las infecciones de transmisión sexual o venérea? a) Si b) No
7. Si tu respuesta es sí, menciones las que conoces.
  - a. \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_
  - c. \_\_\_\_\_
  - d. \_\_\_\_\_
8. ¿Dónde ha aprendida usted sobre el las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA?.
  - a. La radio
  - b. La televisión
  - c. En las unidades de salud
  - d. Lugar de trabajo
  - e. El periódico/Revista
  - f. Amigos
  - g. Un vecino
  - h. Padres/parientes
  - i. Otras (Especifique): \_\_\_\_\_
9. ¿Mencione las formas en que usted puede evitar las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA?



<b>Conocimiento sobre VIH/SIDA</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>No sabe</b>
<b>General:</b>			
1. Un virus causa el SIDA.			
2. El SIDA es una enfermedad infecciosa.			
3. El SIDA es una enfermedad hereditaria.			
4. Hay un tratamiento definitivo para el SIDA.			
5. El SIDA se mira más en países pobres, principalmente en países menos capaces de proporcionar atención a personas infectadas.			
6. El SIDA no es una enfermedad grave. Es tan simple como la gripe.			
7. Una persona infectada con VIH no presenta necesariamente ningún síntoma de la enfermedad.			
8. La resistencia a otras enfermedades en una persona con VIH es bastante baja.			
9. Hay una vacuna para el SIDA.			
10. Podemos distinguir pacientes con SIDA de otros por su apariencia.			
11. La prueba de Elisa es usada para chequear el virus del VIH la sangre.			
12. Las pruebas de orina, rayos X, y análisis químicos son usados para chequear el virus de VIH en la sangre.			
<b>El VIH/SIDA puede ser adquirido a través de:</b>			
13. Compartir servicios higiénicos y baños con personas infectadas.			
14. Uso pertenencias de personas infectadas (ropa, peines, toallas, etc.)			
15. Compartiendo cuchillas de afeitar con una persona infectada.			
16. Tocar a una persona infectada, como abrazo, estrechar mano.			
17. Compartir los utensilios de cocina de una persona infectada.			
18. Exposición a una persona infectada que tose o estornuda.			
19. Tatuarse con los mismos instrumentos de una persona infectada.			
20. La picadura de un mosquito.			
21. Compartir agujas o instrumentos quirúrgicos con enfermos.			
22. Extraerse los dientes con los mismos instrumentos después de una persona infectada.			
23. Una embarazada infecta a su bebe.			
24. Donando a otra persona órganos o tejidos de una persona infectada.			
25. Teniendo sexo vaginal con una persona infectada.			
26. Teniendo sexo oral con una persona infectada.			
27. Teniendo sexo anal con una persona infectada.			
28. Recibiendo sangre de una persona infectada.			
29. El líquido vaginal de una persona infectada.			
30. El esperma de una persona infectada.			
31. La orina de una persona infectada.			
32. Las lágrimas una persona infectada.			
33. El moco o fluido nasal de una persona infectada.			
34. La leche de una persona infectada.			

<b>Actitudes hacia el VIH/SIDA</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Ni acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
1. Las personas con VIH/SIDA deben de ir a centros de salud especiales.					
2. Si hay una persona con VIH/SIDA en el centro de salud, yo no debería de asistir ese día al centro.					
3. No me sentaría en el mismo lugar que una persona con VIH/SIDA.					
4. No besaría a alguien con VIH/SIDA					
5. Personas con VIH/SIDA deberían estar aisladas.					
6. Yo tendría contacto con alguien con VIH/SIDA como una persona ordinaria.					
7. Yo compartiría servicios sanitarios y baños con personas con VIH/SIDA.					
8. Yo lavaría mi ropa con la de personas con VIH/SIDA.					
9. Las personas con VIH/SIDA deberían ser apoyados, tratados y ayudados.					
10. Todos deberían saber sobre las personas con VIH/SIDA a través de los medios de comunicación.					
<b>Malas concepciones hacia el VIH/SIDA</b>					
11. Si estuviera muy enamorado de alguien con VIH/SIDA, estaría inmune a VIH/SIDA.					
12. El VIH/SIDA es un castigo de Dios.					
13. Yo no me infectaría con VIH/SIDA si fuera así.					
14. Las parejas casadas no contraen VIH/SIDA aun si ellos tienen sexo con otros.					
15. Tú no puedes infectarte con VIH/SIDA si practicaras algún deporte o si estuvieras bien nutrido.					

### III. Prácticas:

1. Durante los últimos dos años, has tenido relaciones con otras personas que no son su pareja: a) Si b) No
2. Si tu respuesta es positiva, diga con cuantas:\_\_\_\_\_
3. Cuando tiene relación sexual con alguien que no es su pareja ¿Cuándo usa condón?  
a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca
4. Cuando estuviste embarazada te hicieron algún examen para detectar ITS?  
a) Si b) No Diga que examen:\_\_\_\_\_
5. Ha tenido alguna vez en su vida alguna infección de transmisión sexual: a) Si b) No
6. Diga cuál fue:\_\_\_\_\_
7. Diga por quién fue contagiado (a): a) Su cónyuge/novio b) Por otra persona
8. Dónde buscó atención: a) Médico b) Curandero c) Se auto recetó
9. Diga como se trató: a) Solo usted b) Usted y su pareja
10. Como cumplió su tratamiento: a) Parcialmente b) Totalmente c) No se trató
11. Explique como resolvió el problema de la ITS con su pareja.

Tabla 1 Características sociodemográficas de la población de estudio. Centro de Salud Julio Martínez Obando, Telpaneca, Madriz, Octubre de 2008.

<b>Características</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Edad:</b>		
< 20	30	25.4
20-34	59	50.0
35-49	29	24.6
<b>Sexo:</b>		
Masculino	56	47.5
Femenino	62	52.5
<b>Escolaridad:</b>		
Baja	59	50.0
Alta	50	42.4
Sin dato	9	7.6
<b>Ocupación:</b>		
Estudiante	36	30.5
Obrero	21	17.8
Jornalero	15	12.7
Ama de casa	14	11.9
Doméstica	13	11.0
Profesional	9	7.6
Otro	2	1.7
Desempleado	8	6.8
<b>Procedencia:</b>		
Urbano	63	63.4
Rural	42	35.6
Sin dato	13	11.0
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100.0</b>

Tabla 2 Conocimientos generales adecuados sobre ITS que tienen los pacientes en el Centro de Salud Julio Martínez Obando, Telpaneca, Matriz, Octubre 2008.

<b>Conocimientos generales sobre VIH/SIDA</b>	<b>Porcentaje (n=118)</b>
• Un virus causa el SIDA.	78
• El SIDA es una enfermedad infecciosa.	74
• El SIDA es una enfermedad hereditaria.	52
• No hay un tratamiento definitivo para el SIDA.	58
• El SIDA se mira más en países pobres, menos capaces de proporcionar atención a personas infectadas.	41
• El SIDA no es una enfermedad grave. Es tan simple como la gripe.	70
• Una persona infectada con VIH no presenta necesariamente ningún síntoma de la enfermedad.	59
• La resistencia a otras enfermedades en una persona con VIH es bastante baja.	52
• No hay una vacuna para el SIDA.	59
• No se puede distinguir pacientes con SIDA de otros por su apariencia.	41
• La prueba de Elisa es usada para chequear el virus del VIH la sangre.	47
• Las pruebas de orina, rayos X, y análisis químicos son usados para chequear el virus de VIH la sangre.	41

Tabla 3 Conocimientos adecuados sobre la transmisión de ITS que tienen los pacientes en el Centro de Salud Julio Martínez Obando, Telpaneca, Matriz, Octubre de 2008.

<b>Conocimientos sobre la transmisión del VIH/SIDA</b>	<b>Porcentaje (n=118)</b>
• Compartir servicios higiénicos y baños con personas infectadas.	62
• Usando pertenencias de personas infectadas como ropa, peines, ropa interior, toallas.	60
• Compartiendo cuchillas de afeitar con una persona infectada.	71
• Tocar a una persona infectada, como abrazo, estrechar mano.	73
• Compartir los utensilios de cocina de una persona infectada.	60
• Exposición a una persona infectada que tose o estornuda.	56
• Hacerse un tatuaje con los mismos instrumentos después de una persona infectada.	86
• La picadura de un mosquito.	38
• Compartir agujas o instrumentos quirúrgicos con enfermos.	84
• Extraerse los dientes con los mismos instrumentos después de una persona infectada.	81
• Una embarazada infecta a su bebe.	76
• Donando a otra persona los órganos o tejidos de una persona infectada.	83
• Teniendo sexo vaginal con una persona infectada.	90
• Teniendo sexo oral con una persona infectada.	55
• Teniendo sexo anal con una persona infectada.	74
• Recibiendo sangre de una persona infectada.	86
• El líquido vaginal de una persona infectada.	69
• El esperma de una persona infectada.	67
• La orina de una persona infectada.	48
• Las lágrimas una persona infectada.	65
• El moco o fluido nasal de una persona infectada.	60
• La leche de una persona infectada.	58

Tabla 4 Actitudes y percepciones sobre ITS (%)\* que tienen los pacientes en el Centro de Salud Julio Martínez Obando, Telpaneca, Matriz, Octubre de 2008.

<b>Actitudes hacia el VIH/SIDA</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Ni acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
• Las personas con VIH/SIDA deben de ir a centros de salud especiales.	87	7	3	2	1
• Si hay una persona con VIH/SIDA en el centro de salud, yo no debería de asistir ese día al centro.	25	21	11	25	18
• No me sentaría en el mismo lugar que una persona con VIH/SIDA.	26	14	19	28	13
• No besaría a alguien con VIH/SIDA	21	25	20	20	14
• Personas con VIH/SIDA deberían estar aisladas.	25	10	15	23	27
• Yo tendría contacto con alguien con VIH/SIDA como una persona ordinaria.	23	19	25	21	13
• Yo compartiría servicios sanitarios y baños con personas con VIH/SIDA.	22	18	14	33	13
• Yo lavaría mi ropa con la de personas con VIH/SIDA.	25	18	22	25	10
• Las personas con VIH/SIDA deberían ser apoyados, tratados y ayudados.	78	12	3	6	1
• Todos deberían saber sobre las personas con VIH/SIDA a través de los medios de comunicación.	42	16	9	15	18
<b>Malas concepciones hacia el VIH/SIDA</b>					
• Si estuviera muy enamorado de alguien con VIH/SIDA, estaría inmune a VIH/SIDA.	22	8	16	27	27
• El VIH/SIDA es un castigo de Dios.	14	8	14	20	44
• Yo no me infectaría con VIH/SIDA si fuera así.	14	12	19	31	25
• Las parejas casadas no contraen VIH/SIDA aun si ellos tienen sexo con otros.	16	12	13	30	30
• Tu no puedes infectarte con VIH/SIDA si practicas algún deporte o si estuvieras bien nutrido.	13	10	16	33	28

\* Los porcentajes se calcularon en base al total de entrevistados (n=118).

Tabla 5

Conocimiento sobre ITS (%)\* según características de la población.  
Centro de Salud Julio Martínez Obando, Telpaneca, Matriz, Octubre de 2008.

<b>Características</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>
<b>Edad:</b>		
< 20	97	3
20-34	86	14
35-49	79	21
<b>Sexo:</b>		
Masculino	84	16
Femenino	90	10
<b>Escolaridad:</b>		
Baja	86	14
Alta	93	7
Sin dato	56	44
<b>Procedencia:</b>		
Urbano	90	10
Rural	83	17
Sin dato	85	15

\* Los porcentajes se calcularon en base al total de cada fila en tabla 1.



Tabla 6

Actitudes hacia la ITS (%) según características de la población.  
Centro de Salud Julio Martínez Obando, Telpaneca, Octubre de 2008.

<b>Características</b>	<b>Positiva</b>	<b>Negativa</b>
<b>Edad:</b>		
< 20	20	80
20-34	30	70
35-49	45	55
<b>Sexo:</b>		
Masculino	32	68
Femenino	31	69
<b>Escolaridad:</b>		
Baja	30	70
Alta	29	71
Sin dato	56	44
<b>Procedencia:</b>		
Urbano	22	78
Rural	40	60
Sin dato	46	54

\* Los porcentajes se calcularon en base al total de cada fila en tabla 1.

Tabla 7 Prácticas sobre ITS que tienen los pacientes en el Centro de Salud Julio Martínez Obando, Telpaneca, Madriz, Octubre de 2008.

<b>Prácticas</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Relaciones con otras personas además del cónyuge (n=118):</b>	
Si	44
No	56
<b>Usa condones con alguien que no es su cónyuge (n=118):</b>	
Siempre	18
Algunas veces	20
Nunca	42
Sin dato	20
<b>Se realizó exámenes para detectar ITS durante su embarazo (n=50):</b>	
Si	50
No	50
<b>Ha padecido de ITS (n=118):</b>	
Si	23
No	77
<b>Por quien fue contagiado (n=27):</b>	
Su cónyuge	30
Otra persona	70
<b>Donde recibió atención (n=27):</b>	
Médico	70
Curandero	7
Se auto recetó	22
<b>Como se trató (n=27):</b>	
Solo usted	56
Usted y su pareja	44
<b>Cumplimiento del tratamiento (n=27):</b>	
Parcial	26
Total	63
No se trato	11

Fig. 1 Principales ITS que conocían los pacientes. Centro de salud Julio Martínez Obando, Telpaneca, Madriz, Octubre de 2008.

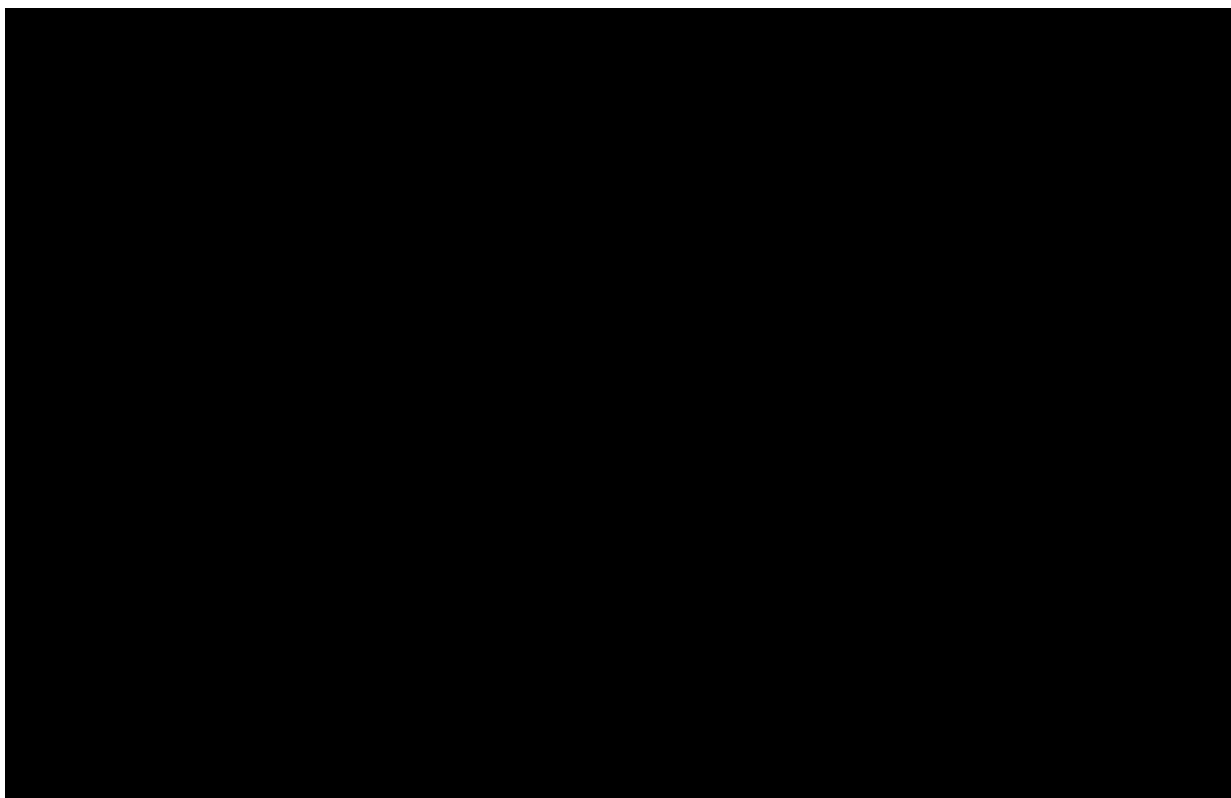


Fig. 2 Principales Fuentes de información sobre ITS. Centro de salud Julio Martínez Obando, Telpaneca, Madriz, Octubre de 2008.

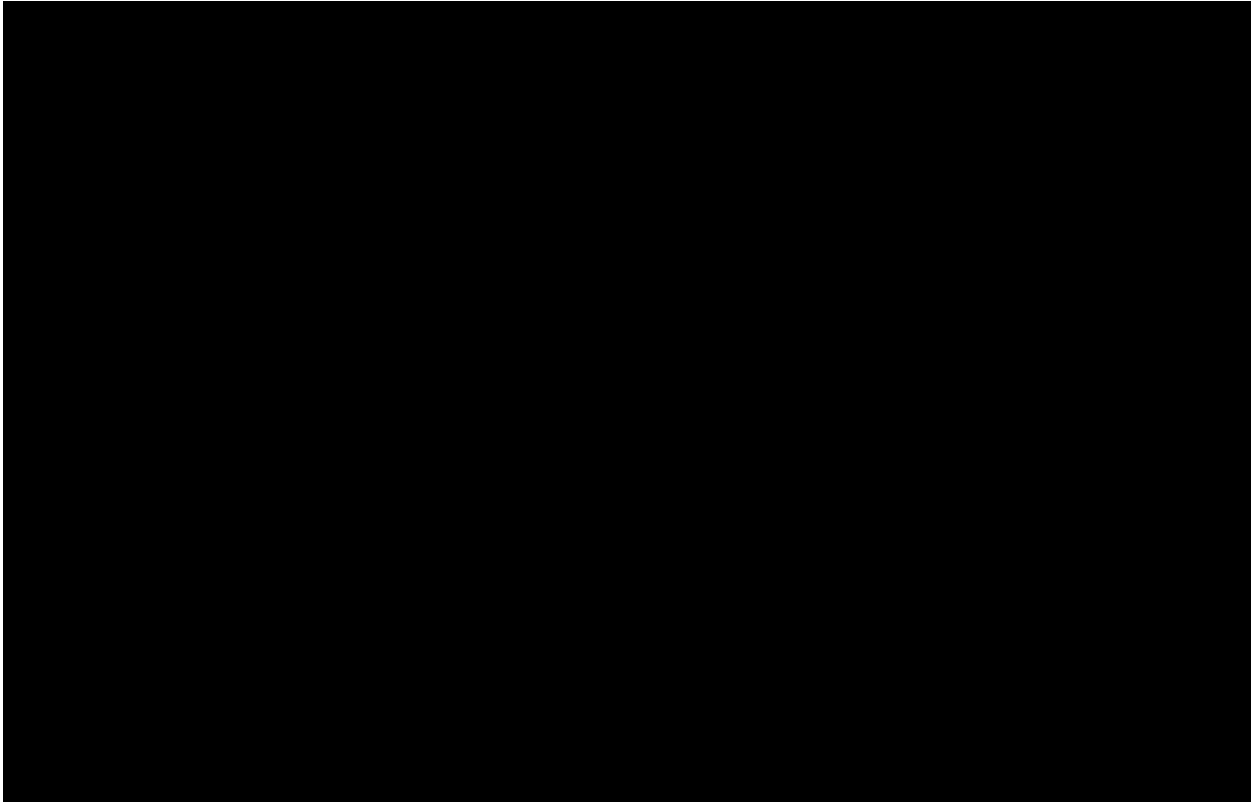


Fig. 3 Principales formas para prevenir las ITS. Centro de salud  
Julio Martínez, Telpaneca, Matriz, Octubre de 2008.

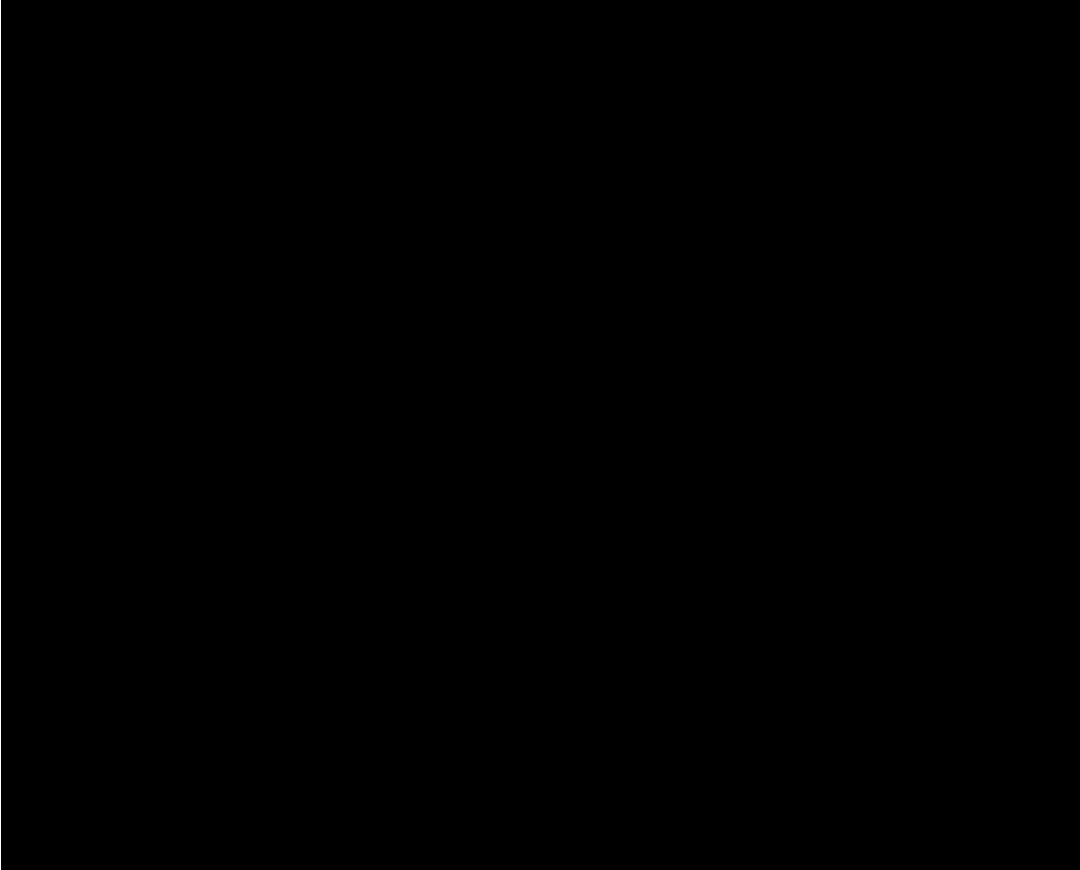


Fig. 4 Ha tenido alguna ITS en su vida. Centro de salud Julio Martínez,  
Telpaneca, Madriz, Octubre de 2008.

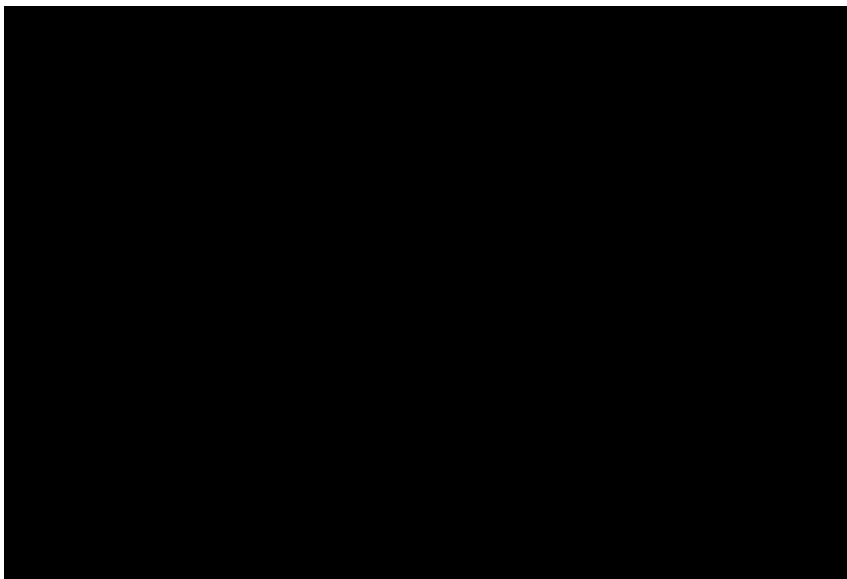


Fig. 5 Conductas de los pacientes si adquirieran alguna ITS. Centro de Salud Julio Martínez, Telpaneca, Madriz, Octubre de 2008.

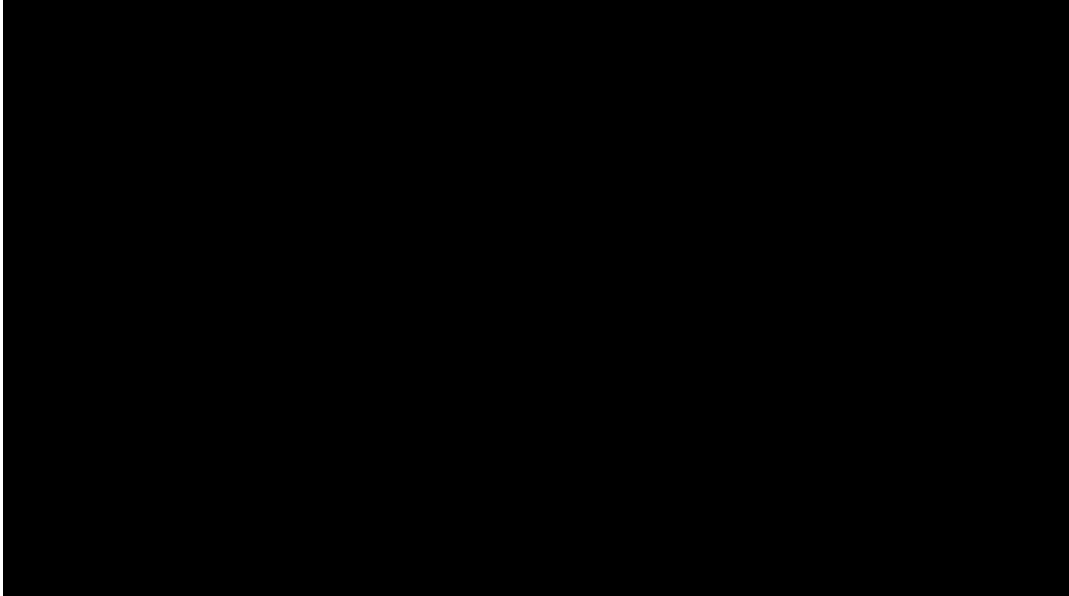


Fig. 6 Asociación entre los conocimientos y actitudes sobre ITS.  
Centro de Salud Julio Martínez, Telpaneca, Madriz, Octubre 2008.

