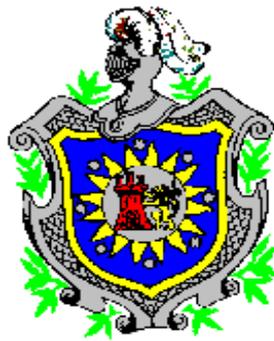


**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA-LEÓN**



**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, 2010.**

Autor: Ana Lucila Ramírez García.
Alfredo José Muñoz Martínez.

Tutor: Lic. Josefina Valladares, PhD.
Prof. Titular Dpto. Salud Pública

León, 29 de Octubre 2010

DEDICATORIA

A DIOS:

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

A nuestros padres:

Alfredo Muñoz y Clarisa Martínez
Alfonso Horacio Ramírez y Ana Joaquina García

Y hermanos

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

***Ana Lucila Ramírez García
Alfredo José Muñoz Martínez***

AGRADECIMIENTOS

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

A nuestra Tutora Lic. Josefina Valladares, 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 Junio del 2010, quienes nos 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 Junio del 2010.

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 febrero-junio del 2010. Se estudiaron 168 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 alta 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. Los conocimientos sobre VIH/SIDA fueron mejores en los más jóvenes, masculinos, 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

CONTENIDO	PAGINAS
Introducción.....	1
Antecedentes.....	3
Planteamiento del Problema.....	7
Justificación.....	8
Objetivos.....	9
Marco Teórico.....	10
Materiales y Métodos.....	25
Resultados.....	30
Discusión.....	33
Conclusiones.....	36
Recomendaciones.....	37
Referencias.....	38
Anexos.....	40
• Instrumento de recolección de datos	
• Tablas y Figuras	

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. ^{1,2}

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. ^{3,4}

El Banco Mundial estima que las ITS, excluyendo el VIH, es la segunda causa más común de años de vida saludable perdidos para las personas entre 15-44 años de edad. ⁵

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. ⁶

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 ésta 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).^{7.8}

ANTECEDENTES

Comportamiento de las ITS y el VIH/SIDA en Nicaragua

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 problema⁷. 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 habitantes, 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.⁹

Situación del VIH y del SIDA en Nicaragua

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.^{9.10}

Distribución territorial de la epidemia

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).^{9.10}

Existen diversas tesis^{10.11} y publicaciones científicas^{11.12} sobre conocimientos, actitudes y prácticas realizados en el país, e internacionalmente,^{11.12} 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:

- Matús et y Green realizaron estudios en el (2004) el primero lo hizo trabajadoras Sexuales en 9 departamentos con alta incidencia de VIH/SIDA (Estelí, Nueva Segovia, Chinandega, León, Rivas, Masaya, Managua, RAAN y RAAS). El segundo lo realizo en homosexuales de los departamentos de Estelí, Nueva Segovia, Managua, Masaya, León, Chinandega, la RAAN y RAAS.^{13.14}

Matús encontró que La mayoría tenía conocimientos aceptables sobre el VIH/SIDA y las trabajadoras del sexo 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 y para prevenir la transmisión del VIH/SIDA, se debe fortalecer conocimientos del uso del condón. Green también encontró buenos conocimientos sobre las formas de transmisión y prevención de las ITS/VIH, teniendo los homosexuales habilidad para negociar el uso del condón y una actitud de abstinencia cuando la pareja no quiere usar preservativos y accesibilidad del condón.^{13.14}

En ambos estudios a pesar que son grupos diferentes, ambos tienen buenos conocimientos, en cuanto a las prácticas las trabajadoras del sexo prefieren el uso del condón al igual que los homosexuales, teniendo que negociar ambos el uso del condón, ambos presentan actitudes positivas en la prevención de la ITS..

- Vanegas y Sevilla et (2005) realizaron estudios en León sobre conocimientos, actitudes y prácticas, el primero lo realizó con trabajadoras comerciales del sexo, encontrando que no tenían 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. Mientras que Sevilla lo hizo con estudiantes de último año de las carreras del área de ciencias de la salud de la UNAN-León, el que mostro que todos tenían conocimientos sobre el VIH/SIDA y actitudes positivas hacia los enfermos. Los estudios se realizaron con poblaciones diferentes, donde se muestra que a mayor grado de escolaridad están mejores los conocimientos, sin embargo en ambos grupos las actitudes son positivas.^{15.16}
- Mientras Largaespada (2007) llevó a cabo un estudio con estudiantes de secundaria de El Cuá, encontrando que la mayoría carecía de conocimientos generales de las ITS/VIH/SIDA y de las formas de transmisión, por consiguiente tenían dificultades para adoptar actitudes y prácticas apropiadas para la prevención y aproximadamente la mitad había iniciado vida sexual activa limitado uso del condón.

17

Las trabajadoras del sexo y los homosexuales tienen mejores conocimientos sobre las ITS/VIH, en comparación con los estudiantes de secundaria que carecen de estos conocimientos, sin embargo los estudiantes de las carreras de la salud tienen conocimientos sobre VIH/SIDA, en relación a las prácticas las TS y los homosexuales prefieren el uso del condón teniendo que negociar con los clientes, en cambio en los estudiantes de secundaria tienen dificultades para adoptar práctica ya actitudes positivas, sucediendo lo contrario con los estudiantes de las carreras de la salud

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, entre ellas se encuentra “detener el VIH/SIDA en el 2015 y comenzar a revertir su propagación, incrementando la detección de casos”.¹⁸

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.¹⁸

Los diseños CAP generalmente satisfacen tres importantes necesidades de planificación de iniciativas de promoción sanitaria.⁹ 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.¹⁸

OBJETIVOS

Objetivo General:

Valorar los 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 Febrero del 2010.

Objetivos Específicos:

1. Describir las características socio-demográficas de la población en estudio.
2. Identificar los 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. Identificar 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).¹⁹

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.¹⁹

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

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 morbimortalidad 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.).¹⁹

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.¹⁹

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.¹⁹

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.²⁰

Resultados adversos de las ITS durante el embarazo

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.²¹

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.²¹

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.⁷ 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.²¹

Agenda de investigación y de desarrollo

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.²²

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.²³

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.²³

Niveles de recursos requeridos: Medio para tamizaje, incluyen consejería pre prueba para prueba de VIH; de medio a alta para diagnostico 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

mas diseminación de ITS, aunque no hay evidencia que la consejería a estos individuos VIH positivos conduzca a una reducción de la transmisión.²³

Prevención y control de las ITS

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 practica esencialmente preventiva.²⁴

Los cuatro principales síndromes de ITS son:

- 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 estos trastornos.²⁵

La prevención de ITS es una medida de control importante y consiste de:²⁵

- 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 este 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.²⁶

Distinción entre actitudes y creencias

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 aceptado²⁶.

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.²⁶

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.²⁶

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.²⁶

Según el modelo cognoscitivo, las creencias con 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.²⁶

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.²⁶

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.²⁶

Identificación de conocimientos y actitudes

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).²⁶

Factores que influyen sobre los auto-informes en comparación con el verdadero comportamiento⁶

Las encuestas CAP(Centro de atención primaria) 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.²⁶

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 encuentre 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.²⁷

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 futur²⁷

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal

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 Jícaro (Departamento de Nueva Segovia); al sur con el municipio de San Sebastián de Yalí (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. (Censo de la Alcaldía)²⁸

La tasa de analfabetismo en este grupo etáreo para las áreas urbanas y rurales es de 14.3% y 31.8%,

Población de estudio:

Pacientes entre 15-49 años de ambos sexos 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 febrero-junio del 2010

Universo: 6915 personas en las edades comprendidas de 15-49 años

Instrumento de recolección de datos:

Se elaboro un formulario que contenía preguntas cerradas y abiertas, que recogiera información de las variables características sociodemográficas, conocimientos,

actitudes y prácticas de las ITS. El instrumento fue previamente probado por los investigadores en el centro de salud de Palacaguina, haciéndole los ajustes necesarios antes de su aplicación.

Procedimiento para la recolección de datos: se solicitó autorización al director de la unidad de salud, para aplicar el instrumento de recolección de datos se le solicitó a las personas que sabían leer y escribir que llenaran el formulario y a las personas que tenían dificultad en escribir se les realizó entrevistas de manera directa, el formulario se aplicó a las personas de 15 - 49 años que asistieron a la unidad de salud en el periodo de estudio. Dicha entrevista se aplicó al salir de la consulta solicitando previamente a las personas consentimiento para aplicar el formulario, explicándole el propósito del estudio.

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 distribución de frecuencia, porcentajes para valorar los conocimientos y las prácticas y las actitudes se midieron a través de la escala de Likert.

Se consideró un conocimiento malo si el total de respuestas correctas estuvo por debajo de 60-69%. Regular si el total estuvo entre el 70-79%. Bueno si estuvo entre el 80-89%. Y muy bueno si estuvo entre el 90-99%.

Se consideró conocimiento inadecuado la agrupación de las escalas mala y regular, y adecuada a la agrupación de las escalas bueno y muy bueno.

En la escala de Likert se dicotomizaron en actitudes negativas o positivas para enfrentar el problema del VIH/SIDA

Consideraciones éticas: Se solicitó autorización a la dirección del centro de salud bajo estudio. Además, el 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	Condición por la se diferencia el genero	Masculino Femenino
Escolaridad	Nivel académico alcanzado por la encuestada. Se consideró baja a escolaridad primario 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
Fuentes 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	Son las diferentes formas de prevenir las enfermedades de transmisión sexual.	Uso del condón Abstinencia Tener una sola pareja otros
Conocimiento sobre VIH/SIDA	El conocimiento suele entenderse como: hechos, datos, información adquirida por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un tema u objeto de la realidad.	Malo Regular Bueno Muy bueno
Actitudes sobre el VIH/SIDA	La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas.	Negativa Positiva
Prácticas	Es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos.	Inadecuadas Adecuadas
Antecedentes de ITS	Se considerará así a todas las ITS que tuvieron los entrevistados.	Se especificará.

RESULTADOS

Características socio demográficas

Durante el período de estudio se estudiaron 168 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 (55%), tener entre 20-34 años de edad (58%), alta escolaridad (36.3%), con ocupación estudiante, obrero/jornalero y ama de casa. (Tabla 1).

Conocimientos sobre VIH/SIDA

Los conocimientos generales sobre el VIH/SIDA (entre 75-86%) expresaron 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 relación a los conocimientos un alto porcentaje cree equivocadamente que el flujo nasal, lagrimas y orina son formas de adquirir la infección; (35.1%) 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 (ver la tabla 3).

Actitudes sobre VIH/SIDA

Con respecto a las actitudes hacia el VIH/SIDA la mayoría de pacientes estuvieron de acuerdo en que las personas con esta enfermedad deben de 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. .

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, femenino, con alta escolaridad y urbanos (Tabla 4). 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 5).

Prácticas sobre VIH/SIDA

Con respecto a las prácticas sexuales relacionadas con el VIH/SIDA se determinó que el 48.2% habían tenido relaciones con otras personas además de su cónyuge, solamente 33% había usado siempre condón al tener relaciones sexuales.

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).

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 y en otros países.

Aunque las personas entrevistada 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.

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 (66%). 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 como: Pruebas rápidas, prueba de Elisa y la de Western blood pueden ser usados para detectar el virus de VIH en la sangre. 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.

En estudio realizado por Henderson en California, el riesgo de transmisión del HIV en una madre seropositiva al recién nacido, a través de la lactancia materna, se estima en un 27% (IC 95%: 6-61%); debido a este hecho en 1985 el Centro de Control para la Prevención de las Enfermedades, emitió un informe recomendando que toda madre HIV positiva se abstuviese de alimentar a su hijo con leche materna. Estas recomendaciones válidas para regiones del mundo donde la lactancia artificial esta plenamente asumida y las condiciones higiénicas son óptimas; no lo parecen tanto para otras regiones donde el acceso al agua potable es deficitario y la causa mas frecuente de muerte en la infancia son las infecciones gastrointestinales y la mala nutrición.²⁷

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 un porcentaje mínimo 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 e internacionales.

Por otro lado, se observó una asociación negativa entre el conocimiento sobre las actitudes positivas acerca del 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. 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 control²⁷.

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.²⁷

CONCLUSIONES

La mayoría de las personas estudiadas se caracterizaron principalmente por ser jóvenes, de procedencia urbana, con alta 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.

Las actitudes positivas en relación a las ITS que se presentaron en los pacientes estudiados eran más en los de mayor edad, con baja escolaridad y de procedencia rural.(Poner en practica el uso del preservativo.)

Aproximadamente la mitad de la población estudiada habían tenido relaciones con otras personas además de su cónyuge, solamente una minoría usaba siempre condón al tener relaciones sexuales.

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 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 charlas educativas orientadas a los jóvenes principalmente en los centros educativos y charlas sobre los conocimientos de VIH previas a la atención medica en las unidades de salud.

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, mejorar los conocimientos sobre la transmisión del VIH/SIDA y combatir los mitos relacionados con la enfermedad.

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: CONISIDA. 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 emergencies: 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.
29. Censo de la Alcaldía de Telpaneca.

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 Marzo del 2010.

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. _____

Señale con una X, ¿Qué entiende usted por Infección de Transmisión a Sexual?

- a) _____ enfermedades venéreas que se adquieren en el transcurso de relaciones sexuales.
- b) _____ Cursan con síntomas como: flujo uretral, flujo vaginal, enfermedad urogenital ulcerativa, dolor abdominal bajo.
- c) _____ Se previenen con el uso de preservativo, buena educación sexual y diagnóstico y tratamiento temprano.

9. De las siguientes enfermedades cuales usted considera una Infección de transmisión sexual.

- a) Sífilis _____
- b) Tuberculosis _____
- c) Condiloma Acuminado _____
- d) Quiste de Ovario _____
- e) Lepra _____
- f) VIH-SIDA _____

- g) Infección Urinaria_____
- h) Blenorragia _____
- l) Guardia _____
- j) Hepatitis B_____

10. ¿Cuales son las formas de trasmisión de ITS y VIH SIDA, marque con una x.

- a) A través del beso_____
- b) Compartiendo el uso de artículos personales_____
- c) Por transfusiones de sangre sin control sanitario_____
- d) A través del agua _____
- e) Por jeringuillas y agujas contaminadas _____
- f) Relaciones sexuales desprotegidas _____
- g) Por vía respiratoria _____
- h) A través de la madre al hijo durante el embarazo o parto_____
- i) A través del aire _____
- j) Por la leche materna _____

11. ¿Cuáles son las siguientes conductas que considera de riesgo para contraer una Infección de Transmisión Sexual?

- a) ___ Cambiar frecuentemente de pareja.
- b) ___ Tener relaciones sexuales casuales desprotegidas.
- c) ___ Mantener una relación estable y fiel.
- d) ___ Tener relaciones sexuales frecuentes con su pareja formal.
- e) ___ Antecedentes de haber tenido una Infección de Transmisión Sexual.
- f) ___ Uso habitual de condón.
- g) ___ Tener relaciones sexuales ocasionales con personas del mismo sexo.
- h) ___ Alcoholismo o drogadicción.
- i) ___ Tener bajo nivel cultural o educacional.
- j) ___ Abstinencia sexual. (No tener relaciones sexuales).

12. Marque con una X, que considera importantes en la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual.

- a) Uso del preservativo o condón _____
- b) No teniendo relaciones sexuales _____
- c) Lavado frecuente de los órganos genitales _____
- d) Tomando antibióticos _____
- e) Teniendo pareja estable _____
- f) Mediante juegos sexuales _____
- g) Uso de jeringas estériles y por personal entrenado _____.

- h) Mediante inyecciones de control familiar_____
- i) Informarse y capacitarse acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual_____

13. ¿Qué haría usted en caso de sospechar que ha contraído una infección de transmisión sexual? marque con una x la respuesta

- a) ___ Suspender las relaciones sexuales hasta tanto no estés seguro de no tener una Infección de Transmisión Sexual.
- b) ___ Iniciar tratamiento con antibióticos por su cuenta.
- c) ___ Consultarlo con tu pareja.
- d) ___ Uso del preservativo.
- e) ___ Acudir inmediatamente al médico.
- f) ___ Aseo adecuado de los genitales.
- g) ___ Consultar con el amigo más cercano.
- h) ___ Realizarse exámenes de laboratorio recomendados por un Facultativo.

14 ¿Dónde aprendió usted sobre el (o) 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):_____

III.

Conocimiento sobre VIH/SIDA	Si	No	No sabe
General:			
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 no es una enfermedad grave. Es tan simple como la gripe.			
6. Una persona infectada con VIH no presenta necesariamente ningún síntoma de la enfermedad.			
7. La resistencia a otras enfermedades en una persona con VIH es bastante baja.			
8. Hay una vacuna para el SIDA.			
9. Podemos distinguir pacientes con SIDA de otros por su apariencia.			
10. La prueba de Elisa es usada para chequear el virus del VIH la sangre.			
11. Las pruebas de orina, rayos X, y análisis químicos son usados para chequear el virus de VIH en la sangre.			
El VIH/SIDA puede ser adquirido a través de:			
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 espermato 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.			

IV.

Actitudes hacia el VIH/SIDA	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
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.					

V. 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- Se ha realizado en los últimos tres años la prueba de VIH
a) Si
b) No
- 5- Si tu respuesta es negativa diga por que?
- 6- Has tenido alguna relación sexual con alguna pareja con VIH positivo

Tabla 1 Características sociodemográficas de la población de estudio. Centro de Salud Julio Martínez Obando, Telpaneca, Madriz, Junio del 2010.

n=168

Características	No	%
Edad:		
< 20	40	24.0
20-34	97	58.0
35-49	31	18.4
Sexo:		
Masculino	90	54.
Femenino	78	46.4
Escolaridad:		
Analfabeto	25	15.0
Primaria	26	15.4
Secundaria	61	36.3
Universidad	56	33.3
Ocupación:		
Estudiante	15	9.0
Obrero	85	50.5
Jornalero	15	9.0
Ama de casa	17	10.1
Doméstica	17	10.1
Profesional	13	8.0
Desempleado	6	3.5
Procedencia:		
Urbano	92	55.0
Rural	76	45.2
Total	168	100.0

Fuente: Primaria

Tabla 2 Conocimientos generales sobre ITS que tienen los pacientes en el Centro de Salud Julio Martínez Obando, Telpaneca, Madriz, Junio2010.

Conocimientos generales sobre VIH/SIDA	No	% Porcentaje (n=168)
El virus causa el sida	144	86.0
El SIDA es una enfermedad infecciosa.	140	83.3
No hay un tratamiento definitivo para el SIDA	135	80.3
El SIDA es una enfermedad hereditaria	127	75.5
No hay una vacuna para el SIDA	124	74.0

Fuente: Primaria

Tabla 3 Conocimientos sobre la trasmisión de ITS que tienen los pacientes en el centro de salud Julio Martínez Obando, Telpaneca, Matriz, Junio de 2010

Conocimientos sobre la transmisión del VIH/SIDA	No	%
Donar a otra persona los órganos de una persona infectada	133	79.1
El líquido vaginal de una persona infectada	133	79.1
Recibir sangre de una persona infectada.	132	78.5
Una embarazada infecta a su bebe	126	75.0
Tener sexo anal con una persona infectada.	103	61.3

Fuente: Primaria

Tabla 4 Actitudes sobre ITS (%)* que tienen los pacientes en el Centro de Salud Julio Martínez Obando, Telpaneca, Matriz, Junio de 2010

n=.168

Actitudes hacia el VIH/SIDA	Totalmente de acuerdo %	De Acuerdo %	Ni acuerdo ni en desacuerdo	En Desacuerdo %	Totalmente en desacuerdo
• Las personas con VIH/SIDA deberían ser apoyados, tratados y ayudados.	23.8	35.7	17.8	11.9	10.7
• Las personas con VIH/SIDA deben de ir a centros de salud especiales.	27.9	34.5	9.5	10.7	17.2
• Yo tendría contacto con alguien con VIH/SIDA como una persona ordinaria.	39.2	25.0	21.4	4.7	19.5
• Yo compartiría servicios sanitarios y baños con personas con VIH/SIDA.	39.2	20.8	18.4	16.6	4.7
• No me sentaría en el mismo lugar que una persona con VIH/SIDA.	10.1	0.5	10.7	29.1	49.4
• Personas con VIH/SIDA deberían estar aisladas.	4.7	0.5	16.6	33.3	44.6
• Si hay una persona con VIH/SIDA en el centro de salud, yo no debería de asistir ese día al centro.	5.3	16.6	11.3	27.9	38.6

Fuente: Primaria

Tabla 5 Prácticas sobre ITS que tienen los pacientes en el Centro de Salud Julio Martínez Obando, Telpaneca, Madriz, Junio de 2010

(n=168)

Prácticas	No	%
Relaciones con otras personas además del cónyuge		
Si	81	48.2
No	87	51.8
Usa condones con alguien que no es su cónyuge		
Siempre	55	33.0
Algunas veces	61	36.0
Nunca	52	31.0
Se ha realizado en los últimos tres años el examen de VIH		
Si	77	46.0
No	91	54.0
Has tenido relación sexual con alguna pareja con VIH/SIDA		
Si	0	0.0
No	151	90.0
No sabe	17	10.0

Fuente: Primaria

Tabla 6 **Conocimiento sobre ITS (%)* según características de la población.**
Centro de Salud Julio Martínez Obando, Telpaneca, Matriz, Junio
2010

Características	Bueno	Malo
Edad:		
< 20	97	3
20-34	86	14
35-49	79	21
Sexo:		
Masculino	84	16
Femenino	90	10
Escolaridad:		
Baja	86	14
Alta	93	7
Procedencia:		
Urbano	90	10
Rural	83	17

Fuente: Primaria.

**Tabla 7 Actitudes para la ITS (%) según características de la población.
Centro de Salud Julio Martínez Obando, Telpaneca, Junio de 2010**

Características	Positiva
Edad:	
< 20	20
20-34	30
35-49	55
Sexo:	
Masculino	32
Femenino	31
Escolaridad:	
Baja	61
Alta	30
Procedencia:	
Urbano	22
Rural	60

Fuente: Primaria.

Grafico No 1

Principales ITS que conocieron los pacientes, centro de salud Julio Martínez, Obando, Telpaneca, Madriz, Junio 2010

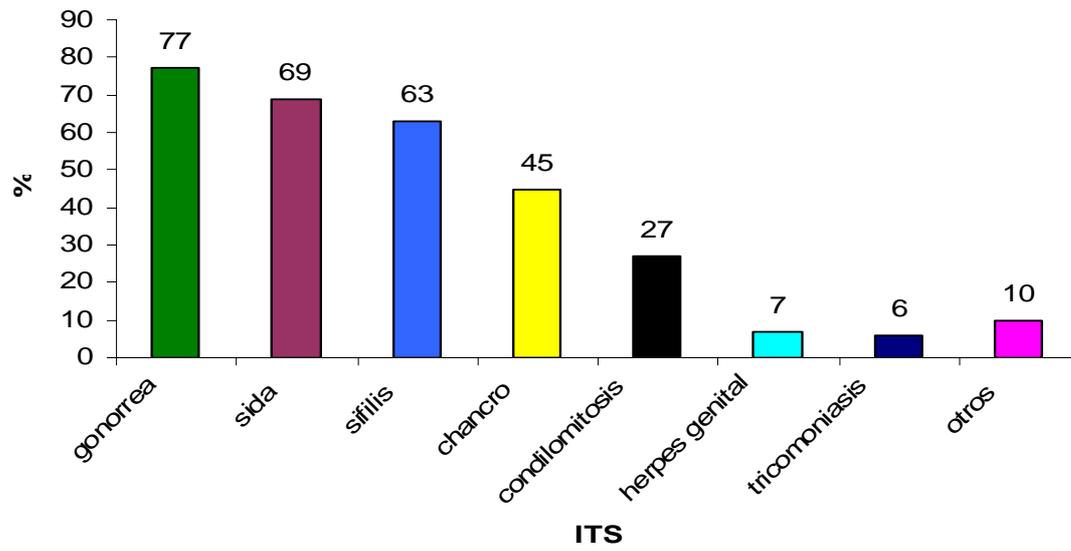


Grafico No 2

**Principales fuentes de información sobre ITS, centro de salud Julio Martínez
Obando, Telpaneca, Matriz, Junio 2010**

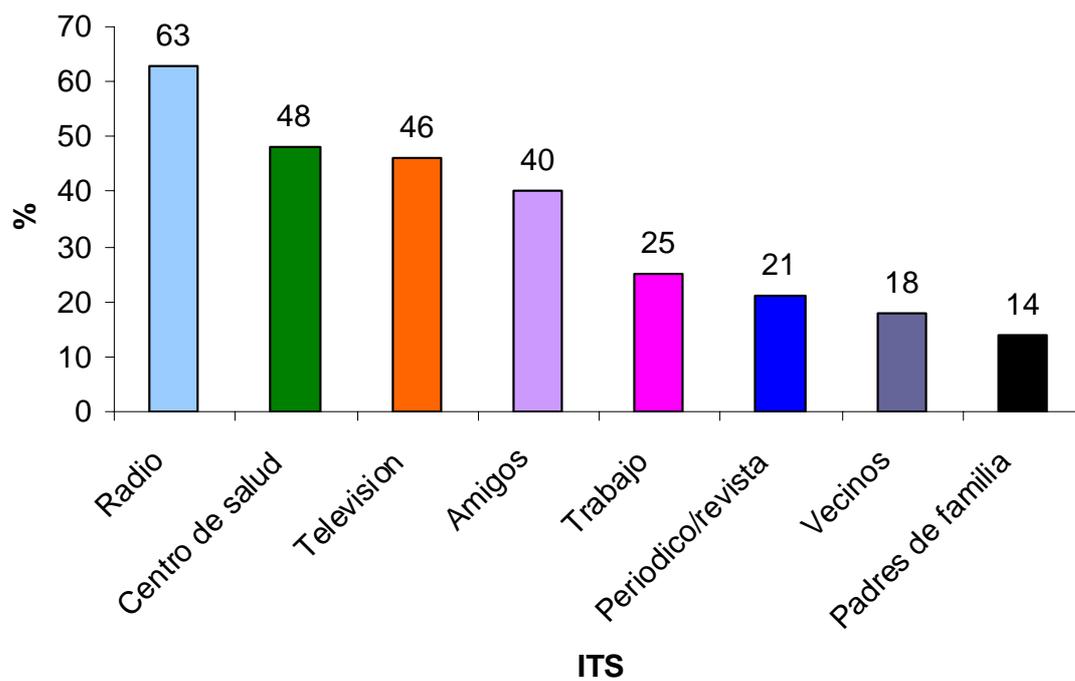


Grafico No 3

**Principales formas para prevenir las ITS en el centro de salud Julio Martínez,
Obando, Telpaneca, Madriz, Junio 2010**

