

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN- LEON**

Facultad de Ciencias Médicas

**Trabajo de investigación para optar al título de Médico
y Cirujano.**



**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE RIESGO PARA ADQUIRIR
VIH/SIDA EN ESTUDIANTES DE QUINTO AÑO DE LAS CARRERAS QUE
OFERTA LA UNAN-FAREM-ESTELI EN EL PERIODO COMPENDIDO
ENTRE ENERO- SEPTIEMBRE DEL 2007**

Autores:

- Joel Moncada Ráudez
- Beltrán Zeledón Calderón

Tutora:

- Lic. Fidelia Bustamante Moncada¹

Estelí, Febrero del 2008

¹ Master en Salud Pública.
Master en Metodología de Investigación Social Cualitativa

AGRADECIMIENTO

Una vez concluido este estudio hemos querido retribuir de alguna manera la colaboración prestada para que este trabajo se llevara a cabo de manera exitosa, por lo que agradecemos:

- A la Lic. Fidelia Bustamante Moncada por su buena disposición, por apoyarnos con sus conocimientos para que este estudio investigativo tuviera mayor soporte científico y poder así llevarlo a cabo, alcanzando todas las metas planteadas.

- Al personal docente y estudiantes en general de la UNAN FAREM Estelí por colaborar amablemente con nuestras solicitudes, y poder darle sentido a nuestro trabajo.

- A la Dra. Eliette Valladares por brindar respuesta a cada una de nuestras dudas.

DEDICATORIA

La realización de este trabajo monográfico es el resultado de largas horas de trabajo y sacrificios además es parte de lo que deseaba realizar como profesional, por lo que se lo dedico a los seres que me han ayudado en este proceso:

- A nuestro señor, que es el que nos guía en nuestras vidas y nos brinda la fortaleza para continuar cada día.
- A mis padres que sin su apoyo y guía no habría podido lograr la finalización de este trabajo monográfico, que representa una nueva etapa de mi vida.
- A mi esposa e hija que son piezas fundamentales en mi vida y son las que me inspiran a seguir adelante.

Beltrán Elías Zeledón Calderón.

DEDICATORIA

Este trabajo es el resultado de muchos sacrificios, representa muchas horas de trabajo continuo y extenuante, pero también es la mitad de lo que he anhelado en mi vida, es la evidencia tangible de todos mis esfuerzos por lo tanto quiero dedicárselo a todos los seres artífices de este triunfo:

- A Dios mi señor, por guiarme en el camino de la vida y protegerme en todo momento, por darme las fuerzas para seguir adelante y la sabiduría para decidir de manera acertada el sentido de mi vida.
- A la mujer a quien le debo todo lo que soy, mi razón de vida, mi joya más preciada, por brindarme la motivación que necesitaba, por curar mis heridas y decirme: “seguí adelante”; por ser el mejor libro, del que he aprendido mucho de lo que hoy soy. Gracias mamá.

Joel Moncada Ráudez

INDICE

Contenido	Páginas
1) Introducción.....	1
2) Antecedentes.....	3
3) Justificación	5
4) Planteamiento del problema	6
5) Objetivos.....	7
6) Marco teórico.....	8
7) Diseño metodológico.....	29
8) Resultados	37
9) Discusión de los resultados	49
10) Conclusiones... ..	53
11) Recomendaciones	54
12) Referencias bibliográficas.....	55
13) Anexos.....	58

INTRODUCCIÓN

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (en adelante VIH) y Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (en adelante SIDA) se han convertido en un problema sanitario a nivel mundial. “La población actual entre los 15 a 24 años es la mayor de la historia con un total de 1.7 billones de personas, lo que significa que casi la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años y no han conocido un mundo sin SIDA”.⁽¹⁹⁾

“El sida se reconoció por primera vez en 1981 como una entidad clínica en sí; pero visto en retrospectiva, parecen haberse presentado casos aislados durante el decenio de 1970 e incluso antes en diversas zonas del mundo” (África, Europa, Estados Unidos y Haití). Según estimaciones de la organización mundial de la salud (OMS) durante 1998 se infectaron con el VIH cerca de 6,000,000 de personas en el mundo, de los cuales el 90% viven en países subdesarrollados y los jóvenes son las principales víctimas de esta enfermedad que avanza a pasos agigantados⁽¹⁹⁾.

“De los 40 millones de personas que se calcula vivían infectadas por el VIH/SIDA en el mundo para el año 2003, las mayores concentraciones se cuantifican entre 25 y 28,2 millones en África al sur del Sahara, en donde la principal vía de transmisión es la heterosexual, entre 4,6 y 8,2 millones en Asia meridional y sudoriental, entre 1,3-1,9 millones en América Latina y entre 800.000 a 1 millón en América del Norte”.⁽¹⁹⁾ En Europa oriental y Asia Central, la prevalencia del VIH está aumentando rápidamente debido al consumo de drogas intravenosas con equipo de inyección contaminado y en menor proporción por relaciones sexuales riesgosas.

Desde el momento de su aparición el SIDA ha recibido una atención especial por parte de los medios de comunicación colectiva. Este hecho ha conducido a que la mayoría de los miembros de la población de los distintos países tengan conocimiento sobre la existencia de esta enfermedad, sin embargo existe todavía la necesidad de determinar con precisión el grado de exactitud y el tipo de conocimiento que posee la población en general, así también es imprescindible detectar las posibles diferencias de conocimiento existente entre las conglomerados humanos que conforman la sociedad.

Un argumento muy común en contra de los programas educativos sobre VIH/SIDA es que al brindar este tipo de información a la población en general es como impulsarlos a tener actividades sexuales. Sin embargo en una revisión detallada a 23 programas educativos con bases en las escuelas, reveló más bien lo contrario “aquellos que recibieron educación específica sobre SIDA estaban menos propensos a tener sexo y aquellos que si lo hicieron, lo hacían con menos frecuencia y se protegían más al tener relaciones sexuales”.⁽²⁰⁾

Lo que sí está muy claro es que hoy más que nunca los jóvenes están teniendo relaciones sexuales a muy temprana edad, muy a menudo con diferentes parejas, con personas que recién conocen “de modo que al llegar a los 20 años de edad el 77% de las mujeres y el 86% de los varones ya han tenido relaciones sexuales”.⁽²⁰⁾

Los pocos países que han logrado disminuir la prevalencia nacional de VIH lo han hecho sobre todo inculcando comportamientos más seguros entre los estudiantes.

A finales del 2004 las estadísticas en América y el Caribe cuantificaron “3 millones de personas viviendo con el VIH/SIDA, 84,000 personas fallecieron a causa del SIDA y 200,000 contrajeron la infección. La epidemia tiende a concentrarse preferentemente en poblaciones con riesgo particulares: drogadictos especialmente de sustancias intravenosas alucinógenas, personas promiscuas que no usan preservativos, homosexuales, etc”.⁽¹⁸⁾

En Centroamérica las personas que viven con el VIH para el 2005 totalizan “172,900 siendo el grupo de edad más afectado el de 18-48 años, de éste las mujeres representan el 40% y cuya vía de transmisión más común es la sexual”.⁽¹⁷⁾

En Nicaragua según los registros desde 1987–2005 se han contabilizado “1914 personas que viven con VIH/SIDA de las cuales el 90% son adultos y el 10% niños y adolescentes, así también se contabilizó el número de fallecidos hasta la fecha que totaliza 552 adultos y 35 niños y adolescentes. La tasa de incidencia de VIH en Nicaragua pasó de 4 pacientes nuevos por mes (1998) a 1 paciente nuevo por día (2005) la transmisión se cuenta en los grupos de edades de 20-39 años, con relación hombre/mujer de 3:1, la vía de transmisión predominante es la sexual (92%). Los SILAIS con mayor número de casos son los que concentran más población y los fronterizos como Chinandega, Managua, RAAS, León y Masaya”.⁽¹⁷⁾

En Estelí de 1991 al 2006 se contabilizaron “30 casos de VIH/SIDA, de los cuales 8 son mujeres y 22 son varones y 13 de los casos han fallecido. En lo que va del año 2007 se han reportado 11 casos nuevos. Según los reportes del programa de VIH/SIDA del SILAIS, Estelí ocupa uno de los últimos lugares a nivel nacional en morbi-mortalidad causada por VIH/SIDA”.

ANTECEDENTES.

En Septiembre de 1982 el Centro de Control de Enfermedades (CDC en inglés) de Atlanta, Estados Unidos, inicia la recolección de información y la realización de múltiples pruebas de laboratorio, frente a lo que hoy sería la epidemia más reconocida e investigada a nivel mundial: el VIH/ SIDA. ^(8, 9).

En 1993 se realizó un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas (en adelante CAP) sobre VIH/SIDA en República Dominicana con estudiantes de secundaria cuyas edades promedio eran entre 18-25 años; revelando que “las transfusiones sanguíneas son la principal vía de transmisión del VIH y en segundo lugar las relaciones sexuales. El medio informativo más importante fue la televisión. Una de las medidas preventivas a las que se dio prioridad fue al uso de agujas descartables, destacando que el uso de drogas inyectables viene en aumento principalmente en zonas urbanas pobres con altos índices de desempleo, particularmente entre las personas con baja autoestima y pocas oportunidades de educación y trabajo remunerado las que resultan vulnerables al VIH”.

En 1997 en Guadalajara, México se realizó un estudio descriptivo de corte transversal sobre conocimientos, percepciones y prácticas sexuales de riesgo para adquirir VIH/SIDA, en personas entre 15- 25 años de edad, el cual concluyó que “el uso constante del preservativo es mayor en grupos con nivel socio-económico alto. El 35.4% de los varones demostró hacer uso regular de los preservativos en cambio sólo el 15.2% de las mujeres admitió utilizarlo con regularidad”.⁽⁴⁾ Esta situación demuestra que probablemente las mujeres tienen bajo poder para negociar o imponer el uso de este método de barrera a sus parejas sobre todo en niveles socio-económicos inferiores.

En 1999 en Bucaramanga, Colombia se realizó un estudio de corte transversal que investigó los conocimientos, actitudes y prácticas de jóvenes entre 15 - 25 años de edad; en el que se encontró que “el nivel de conocimiento en cuanto a información básica como la definición, vía de transmisión y prevención del VIH/SIDA es alto, pero los conocimientos son bajos en relación con la cobertura de información sobre VIH a través de los distintos medios de comunicación y grupos sociales; tienen buena percepción de riesgo ante la posibilidad de adquirir infección por VIH y admiten aceptar que cualquier persona puede infectarse. Tienen una actitud positiva hacia la prevención de la enfermedad mediante el uso del preservativo en todas sus relaciones sexuales. En general creen que es fácil tener una sola pareja sexual, siendo mayor esta creencia en mujeres, que varones ya que estos en su mayoría están a favor de las relaciones casuales”.⁽²⁸⁾

En el año 2002 se realizó un estudio sobre conductas sexuales y contextos de riesgo de infección de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (en adelante HSH) en la ciudad de Guatemala, el estudio fue cualitativo e incluyó grupos focales, concluyendo que “existía alta resistencia a utilizar preservativos con una pareja regular y que la atracción física y la confianza fueron las razones más frecuentes para utilizar este método”.⁽²²⁾

Según una encuesta elaborada en 1998 en Nicaragua, “al preguntar sobre la posibilidad de que una persona que parece saludable pueda tener VIH/SIDA solo

el 81% respondió afirmativamente. Las menos informadas son las jóvenes menores de 25 años de edad. El 64.6% de las mujeres entrevistadas respondió que no tienen ninguna posibilidad de adquirir SIDA. Concluyendo que la alta incidencia de esta enfermedad se debe a las características socioculturales y migratorias de la población, el hecho de ser zona fronteriza con uno de los países centroamericanos con mayor incidencia de VIH y también por poseer un puerto marítimo que es puerta de entrada a la transnacionalización de esta enfermedad”.

El programa nacional de VIH/SIDA en Nicaragua “se inició a partir del año 1987 en este período se identificó el primer caso de SIDA en el país, desde esa fecha hasta el año 2004 totalizaron 1313 casos de los cuales 1278 eran adultos y 35 casos eran menores de 15 años. Han fallecido 464 adultos y 18 menores de 15 años”.⁽¹⁸⁾

En el 2004 se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en ocho departamentos de Nicaragua con el objetivo de identificar la conducta y prácticas de riesgo en relación al VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con hombres concluyendo que “el 61.2% de la población estudiada son jóvenes y adolescentes, quienes iniciaron su vida sexual antes de los 14 años de edad, cuyo nivel de escolaridad en su mayoría es secundaria y superior. La mayoría tenía un alto nivel de conocimientos respecto al VIH. La actitud fue positiva hacia la abstinencia y el sexo seguro”.⁽¹³⁾

En octubre del año 2004 se realizó un estudio sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en trabajadoras comerciales del sexo, en relación al VIH/SIDA, en nueve departamentos de Nicaragua en donde se usaron técnicas cuantitativas y cualitativas para la recolección de la información, en donde se entrevistaron a 250 trabajadoras y se concluyó que la mayoría de las entrevistadas conocen la existencia del SIDA y aspectos relevantes de esta enfermedad lo que les brinda una base para protegerse, con respecto al uso del preservativo poseen una actitud positiva ya que les exigen a sus clientes el uso de preservativo aunque admiten haber tenido relaciones en ocasiones sin protección, se determinó que las trabajadoras que ejercen su profesión en locales tienen menos riesgo de tener una relación sexual sin protección o de sufrir actos de violencia que las que trabajan en las calles.⁽¹⁴⁾

Por lo tanto existen muchos estudios en relación a esta epidemia, cuyos resultados difieren regularmente debido a cuestiones geográficas, sociales religiosas y culturales en general, pero la cura para esta enfermedad todavía es un enigma y aunque algunos países han logrado disminuir la tasa de incidencia, esta enfermedad avanza rápidamente sobre los países subdesarrollados como Nicaragua en donde no se está haciendo lo suficiente por controlarla.

JUSTIFICACIÓN

Existen múltiples razones para realizar un estudio en torno al VIH/SIDA y muestra de ello es que la epidemia continúa incrementando de manera alarmante que constituye un problema de salud pública que tiene su origen e implicaciones en ámbitos relacionados con las libertades individuales, género, pobreza, desarrollo, cultura, educación y justicia social entre otros. La diseminación del VIH ha generado un gran impacto a lo individual y en las diversas estructuras de la sociedad, ocasionando severas consecuencias y reacciones sociales negativas producto del desconocimiento de los mecanismos de transmisión del VIH, la estigmatización de ciertos grupos específicos a quienes se les ha considerado los causantes de la epidemia y la persistencia de actitudes discriminatorias que violan los derechos humanos de las personas que viven con el VIH/SIDA, por lo tanto se debe continuar investigando hasta encontrar verdaderas soluciones a dicha problemática.

El número de víctimas que cobra esta epidemia va incrementando persistentemente en Nicaragua y aún no se le está dando la importancia que amerita. Se decidió hacer la investigación con estudiantes universitarios porque en la revisión documental que se realizó no se encontró ningún estudio similar dirigido a este grupo. Se pretende investigar a estudiantes que probablemente ya iniciaron su vida sexual por eso se escogió a los mayores. Según las estadísticas el VIH es más frecuente en jóvenes con los que coincide este nivel de escolaridad. Se seleccionó la UNAN-FAREM debido a que cuenta con una población estudiantil superior al resto de las universidades del departamento, además esta universidad no es privada lo que permite el acceso a estudiantes de distintos niveles socioeconómicos

Los resultados obtenidos de esta investigación serán la base para muchos estudios analíticos, ya que brindarán una serie de hipótesis que darán salida a futuros estudios relacionados con el problema, así también permitirá mejorar los programas dirigidos a disminuir la tasa de incidencia de infectados con el VIH y poder desarrollar estrategias y proyectos que apoyen a los que conviven con el VIH.

Esta investigación será de mucha utilidad a la población en general, sobre todo a aquellas personas interesadas en conocer más sobre el tema tales como la comunidad educativa, los estudiantes, el personal de salud e instituciones gubernamentales y no gubernamentales que deseen darle seguimiento a este tipo de investigaciones o similares, con el propósito de brindar respuesta a uno de los problemas mas importantes a los que se enfrenta el mundo entero.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se desconoce el impacto de la información adquirida sobre VIH/SIDA en los estudiantes del quinto año de las carreras que oferta la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN), Facultad Regional Multidisciplinaria (FAREM) de Estelí, exteriorizada en sus actitudes y prácticas, por lo que se pretende a través del presente estudio realizar una investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo en el período comprendido entre enero - septiembre del 2007.

OBJETIVOS

● OBJETIVO GENERAL:

Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo para adquirir VIH/SIDA en estudiantes de quinto año de las carreras que oferta la UNAN-FAREM-Estelí, en el período comprendido entre enero - septiembre del 2007.

● OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA que tienen los estudiantes.
2. Conocer las actitudes de los estudiantes ante VIH/SIDA.
3. Describir las prácticas de riesgo para adquirir el VIH/SIDA a las cuales están expuestos los estudiantes

MARCO TEORICO

I. CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o se puede hacer ante una situación determinada. "El término conocimiento se utiliza en el sentido de hecho, información y concepto, pero también como comprensión y análisis".⁽²⁶⁾, sin embargo el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona haga conciente las razones para adoptar o modificar una determinada conducta. El tipo de conocimiento adecuado en lo que respecta al VIH/SIDA es el que estimule el autoanálisis, es el elemento motriz para la adopción de medidas preventivas y además brinda un significado a las actitudes, creencias y prácticas.

El término SIDA fue acuñado inicialmente por los epidemiólogos preocupados por la aparición en 1981 de un conglomerado de enfermedades relacionadas con la pérdida de la inmunidad celular en adultos que no mostraban una causa evidente para tales deficiencias inmunitarias, más adelante se demostró que el SIDA era la fase clínica tardía de la infección por el VIH. En el término de semanas a meses después de contraer la infección por el virus, muchas personas presentan una afección aguda de curso limitado, que dura de una a dos semanas. Más adelante pueden mantenerse asintomáticas durante meses o años antes de que aparezcan otras manifestaciones clínicas. La gravedad de las infecciones oportunistas o cánceres ulteriores relacionados con el VIH guardan relación directa con el grado de disfunción del sistema inmunitario.⁽¹⁾

El SIDA en sí es la etapa final y más grave de la [infección por VIH](#), la cual produce daño severo al sistema inmunitario. El significado de sus siglas es el siguiente:

- SINDROME: por el conjunto de signos y síntomas que presenta la persona infectada con el VIH.
- INMUNO: se refiere a las defensas del organismo, cuya misión es combatir las infecciones.
- DEFICIENCIA: es el déficit de células defensoras en el organismo para combatir las infecciones.
- ADQUIRIDA: debido a que se adquiere externamente, al ser contagiado por una persona infectada.

El agente infeccioso es el virus de inmunodeficiencia adquirida, un retrovirus, se reconocen dos tipos, el VIH-1 y el VIH-2. La patogenicidad del VIH-2 puede ser menor que la del VIH-1; la enfermedad por el VIH-2 tiene una evolución más lenta, y la transmisión materno-infantil es menor. Los seres humanos son el reservorio.⁽²⁾

Este virus ataca al sistema inmunitario y deja al organismo vulnerable a una gran variedad de infecciones y cánceres potencialmente mortales.

No existe un margen de tiempo absoluto para que se dé la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad, esto va en dependencia de múltiples factores, entre ellos, el estado inmunitario del paciente, el momento en que fue diagnosticado, el acceso al tratamiento, etc. Existen personas que han desarrollado SIDA en meses, otras en años y otras nunca. La mayoría de los individuos infectados con el VIH y sin tratamiento desarrollarán SIDA. Hay un pequeño grupo de pacientes que desarrollan SIDA muy lentamente o que nunca lo desarrollan. A estos individuos se les llama pacientes sin progresión de la enfermedad y muchos parecen tener una diferencia genética que evita que el virus se adhiera a ciertos receptores inmunitarios.⁽¹²⁾

Entre las vías de transmisión del virus se mencionan las siguientes:

- Contacto sexual: es el principal mecanismo de transmisión en todo el mundo ya sea homosexual o heterosexual, sin protección.
- Por vía sanguínea: el virus se transmite de esta forma en sujetos que comparten agujas para inyectarse drogas por vía intravenosa, por transfusiones de sangre y hemoderivados infectados, de forma accidental en trabajadores de la salud, y a través de transplantes de órganos y tejidos infectados por el VIH.
- Transmisión madre-feto-lactante: el virus se puede transmitir al feto durante el embarazo, al recién nacido durante el parto y se ha comprobado la transmisión postnatal madre/lactante implicado poderosamente al calostro y la leche materna⁽²³⁾.

Se ha encontrado el VIH en “saliva, lágrimas, tejido del sistema nervioso, líquido cefalorraquídeo, sangre, semen (incluido el líquido preseminal), flujo vaginal y leche materna. Sin embargo sólo a través de la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna se presenta el contagio a otras personas más frecuentemente. Si bien ocasionalmente se ha descubierto el virus en la saliva, las lágrimas, la orina y las secreciones bronquiales, no se ha notificado que se produzca transmisión después del contacto con tales secreciones”.⁽²³⁾

La infección por VIH no se propaga por contacto casual como un abrazo, por tocar cosas que han sido tocadas con anterioridad por una persona infectada con el virus, ni durante la participación en deportes, ni por mosquitos, tampoco se transmite a las personas que donan sangre u órganos. Las personas que donan órganos o sangre no entran en contacto directo con los que la reciben. En todos estos procedimientos se utilizan agujas e instrumentos estériles.⁽¹⁾

Existe un estado portador con anticuerpos negativos. En esa época, el virus se reproduce con rapidez hasta que el sistema inmune comienza a reaccionar y/o se agotan las células dianas. “Los síntomas del SIDA son principalmente el resultado de infecciones que normalmente no se desarrollan en personas con un sistema inmunocompetente sino en inmunodeprimidos (con linfocitos CD4 inferiores a 200) en quienes se producen las infecciones oportunistas cuyos síntomas comunes son fiebre, sudoración (particularmente en la noche), linfadenopatías, escalofríos,

debilidad y pérdida de peso”.^(2,3) Las infecciones oportunistas pueden presentarse en sistemas y órganos específicos produciendo inicialmente manifestaciones clínicas locales, a continuación se detallan las más comunes:

Síntomas gastrointestinales. El dolor abdominal, las náuseas y los vómitos o la diarrea contribuyen al adelgazamiento, tan común en los pacientes con SIDA avanzado. Diversas infecciones oportunistas y varios tumores pueden afectar al tracto gastrointestinal. Las posibles localizaciones son la orofaringe (*Candida*, sarcoma de Kaposi, linfoma, herpes simple, estomatitis aftosa), el esófago (herpes simple, CMV, *Candida*), el estómago (sarcoma de Kaposi y linfoma), el intestino (*Salmonella*, *Clostridium difficile*, CMV, virus del herpes simple) y el tracto biliar (*Cryptosporidium* y CMV). Además, la pancreatitis por fármacos (p. ej., didanosina) o la hepatitis (p. ej., fluconazol) pueden complicar el tratamiento. La diarrea sin causa aparente puede persistir durante largos períodos o recidivar intermitentemente, incluso en pacientes sin inmunosupresión intensa ni otros síntomas.^(2,5)

Síntomas pulmonares. La infección pulmonar relacionada con el VIH más importante con mucho es la tuberculosis, que muchas veces representa la primera manifestación de la infección por VIH. Las presentaciones atípicas (cavitación infrecuente, infiltrados de los lóbulos inferiores, enfermedad miliar y adenopatías), la anergia a las pruebas cutáneas con tuberculina y la confusión con otras infecciones oportunistas, o su coexistencia, pueden dificultar el diagnóstico. El pulmón constituye también una localización común de infecciones oportunistas causadas por hongos como *Pneumocystis carinii*, *Cryptococcus neoformans*, *Histoplasma neoformans*, *Coccidioides immitis* y especies de *Aspergillus*. Las neumonías bacterianas producidas por neumococos, *Haemophilus*, *Pseudomonas* y *Rhodococcus* son particularmente frecuentes en los usuarios de drogas intravenosas. El sarcoma de Kaposi y los linfomas de células B pueden afectar a los ganglios mediastínicos y al pulmón.^(1,2)

Síntomas orales. La candidiasis oral (muguet) es una de las manifestaciones más tempranas y comunes de la infección por VIH; suele ser indolora, quizá no sea apreciada por el paciente y puede proporcionar una pista útil en individuos no diagnosticados. La leucoplasia pilosa oral, diagnosticada por el hallazgo de placas agrandadas, blancas, filiformes y asintomáticas en los lados de la lengua, está causada probablemente por el virus de Epstein-Barr. Las úlceras por herpes simple o de etiología desconocida (aftas) pueden ser grandes, dolorosas y persistentes, e interferir con la nutrición. La enfermedad periodontal puede llegar a ser grave, con hemorragia y tumefacción de las encías y pérdida de dientes. Tanto el Sarcoma de Kaposi como los linfomas pueden asentar en la orofaringe, de modo habitual como masas indoloras.^(1,5)

Síntomas hematológicos. Algunos pacientes presentan anemia o trombocitopenia de mecanismo inmunitario.

Síntomas dermatológicos. Las manifestaciones cutáneas pueden complicar cada fase de la infección por VIH, desde el exantema y las úlceras genitales de la infección primaria, hasta el sarcoma de Kaposi generalizado en el SIDA. El herpes

zóster, frecuente a todo lo largo de la infección, es a menudo la primera manifestación. Las lesiones hematógenas de la criptococosis o la angiomatosis bacilar pueden constituir indicios importantes para el diagnóstico de estas infecciones oportunistas.⁽⁵⁾

Síntomas en las mujeres. La aparición de las manifestaciones clínicas ocurren más precozmente en la mujer que en el hombre. La presentación y el curso de la infección por VIH en las mujeres recuerdan en general a los hallados en hombres, a excepción de la candidiasis vaginal refractaria crónica y el riesgo aumentado de neoplasia intraepitelial cervical. Algunas infecciones de transmisiones (en adelante ITS), como la enfermedad inflamatoria pélvica, pueden ser atípicas, más agresivas y más resistentes al tratamiento en las mujeres infectadas por el VIH.⁽²³⁾

Síntomas neurológicos. Los síntomas neurológicos son habituales y pueden constituir la primera manifestación de SIDA. Tales síntomas se pueden deber a efectos directos del VIH, infecciones oportunistas, neoplasias o complicación vasculares. Comprenden meningitis aséptica aguda, varios tipos de neuropatía periférica, encefalopatía con convulsiones, defectos focales motores, sensoriales o de la marcha, y disfunción cognitiva que progresa a la demencia.

Neoplasias encefálicas. El linfoma primario de células B (no Hodgkin) del encéfalo produce signos focales dependientes de su localización anatómica, también se puede presentar el sarcoma de Kaposi.

No existe ninguna manifestación clínica que sea característica de la infección VIH o del SIDA y, aunque la presencia de alguna de ellas pueda sugerir en un contexto determinado la presencia de la infección, no es posible establecer un diagnóstico clínico de la enfermedad por lo que éste solo se puede establecer de un modo definitivo a través técnicas de laboratorio. Por medio de ellas es posible detectar al propio virus o algunos de sus componentes, como proteínas y ácidos nucleicos (métodos directos) ya sea mediante cultivo vírico, detección de antígeno viral o la amplificación de una parte del material genético del virus, por ejemplo la PCR (reacción en cadena de la polimerasa), bDNA (ADN ramificado), etc.

Sin embargo la práctica habitual es detectar los anticuerpos específicos que el organismo produce como respuesta a la presencia del virus (métodos indirectos) y la mayoría de las técnicas empleadas se basan en el enzimoimmunoanálisis (método ELISA o EIA.) para las pruebas masivas de cribado y los inmunoblots para las pruebas de confirmación.^(2,5)

Por lo tanto en la mayoría de los casos la seropositividad frente al VIH se detecta a partir de una extracción sanguínea del sujeto con la que se realiza la determinación de anticuerpos anti-VIH por alguna técnica serológica.

“El tiempo que transcurre entre la infección y la detección de la seropositividad, que también se denomina ‘periodo ventana’, es variable de unos sujetos a otros y también dependiente de la vía de transmisión por la que se ha adquirido el VIH; así se ha visto que los sujetos que se han infectado a partir de la recepción de sangre contaminada por medio de transfusiones pueden tener anticuerpos

detectables en la mayoría de los casos en 3-6 semanas, mientras que los sujetos infectados por vía sexual el periodo de seroconversión es algo más largo”.⁽⁵⁾

Cuando una persona presenta anticuerpos frente al VIH se dice que es seropositiva frente a dicho virus. La seropositividad indica que el sujeto ha entrado en contacto con el VIH y está infectado por lo que debe considerarse portador del virus y por lo tanto lo puede transmitir a otras personas.

Entre las pruebas para la detección de anticuerpos contra el VIH se incluye:

Uni-gold: la prueba para VIH Uni-Gold emplea un sólo reactivo para detectar anticuerpos contra los tipos 1 y 2 del VIH en suero, plasma o sangre, es un inmunoensayo rápido basado en el principio del sándwich inmunocromatográfico, posee un sensibilidad del 100% y una especificidad del 99.7%.

CAPILLUS: el capillus es un ensayo cualitativo rápido para detectar anticuerpos contra el VIH-1 VIH-2 en sangre, suero o plasma humano. Capillus fue concebido como una prueba de evaluación inicial en unidades de análisis clínicos de poca capacidad, en situaciones de emergencia y en áreas donde no se dispone de un equipamiento adecuado. Este método posee una sensibilidad del 99.6% con una especificidad del 99.8%.

Enzimoinmunoanálisis (EIA): según su diseño para reconocer la presencia de anticuerpos se habla fundamentalmente de cuatro tipos de EIA diferentes: indirecto, competitivo, tipo sandwich y de captura. Los dos últimos suelen ser los más sensibles y específicos; dentro de los primeros los indirectos son más sensibles que los competitivos y éstos más específicos que aquellos.

Las técnicas EIA, por lo general son muy sensibles, detectan mínimas cantidades de anticuerpos por lo que pequeñas interferencias de sustancias similares podrían conducir a un resultado falso positivo. La probabilidad de un resultado falsamente positivo es mayor cuanto más baja es la prevalencia de la infección en la población estudiada. En contraposición y en la actualidad también son técnicas muy específicas, pero la practica habitual de los centros que obtienen resultados positivos es utilizar al menos otra técnica ELISA para reafirmar la positividad, de ser posible con un diseño de reconocimiento de anticuerpos diferente; cuando la positividad se repite con un segundo EIA se confirman los resultados con otras técnicas de alta especificidad, usualmente con técnicas de inmunoblot o IFI.⁽⁵⁾

Western blot (WB): es un procedimiento inmunolectroforético mucho más específico para la identificación de anticuerpos contra proteínas víricas específicas separadas en función de sus pesos moleculares.⁽²⁾

De un modo muy esquemático se puede decir que el WB puede ofrecer tres tipos de resultados diferentes:

Positivo: Cuando cumple los criterios de positividad adoptados por la técnica que se está empleando (presencia de ciertas bandas).

Negativo: Cuando ninguna de las bandas presenta reacción.

Indeterminado: Cuando no es positivo o negativo.

Las principales causas de WB indeterminado suelen obedecer a:

- Reactividad inespecífica (ver falsos positivos)
- Infección por VIH-2 u otros retrovirus humanos
- Seroconversión al VIH-1
- Estado avanzado de infección VIH-1
- Hijo de madre seropositiva
- Divergencias genéticas de la cepa del VIH-1 (africanos)

Desde 1981 hasta hoy se ha estado investigando la cura contra el VIH/SIDA, pero el intento ha sido frustrado, debido a las múltiples mutaciones que sufre el virus en su estructura; no existe vacuna contra esta epidemia todavía, pero se están perfeccionando múltiples estrategias para inducir inmunidad protectora en personas no infectadas por el VIH. Entre los posibles inmunógenos se incluyen virus muertos completos y vivos atenuados, proteínas y péptidos del VIH obtenidos con técnicas de ingeniería genética y otros virus modificados genéticamente para que expresen proteínas del VIH. ⁽⁵⁾

Se ha logrado mejorar la calidad de vida de los pacientes que conviven con el VIH a través de antirretrovirales, los que permiten disminuir la carga viral en sangre y postergar o prolongar la aparición de las enfermedades oportunistas; hay evidencia de que muchas personas están viviendo mucho más tiempo y están llevando una vida normal.

Entre los inconvenientes se sabe que el esquema de tratamiento es largo y está acompañado de muchas reacciones adversas que para algunos pacientes son una importante razón para abandonar el tratamiento, desarrollándose así, resistencia al fármaco con bastante rapidez. ⁽²³⁾

Fuentes de Información: los estudiantes son un grupo social heterogéneo que presenta un alto grado de exposición a una variedad de medios de comunicación masiva. El uso de estos medios se relaciona con aspectos asociados a la satisfacción de sus necesidades, socialización y factores situacionales. Tales medios de comunicación masiva, sobre todo la televisión, son la principal fuente de información sobre el tema del SIDA y juegan un papel central en la construcción social y percepción pública sobre el problema. Los estudiantes otorgan un alto grado de credibilidad a los profesores, padres y amigos como fuentes de información interpersonales sobre el SIDA.

Los diversos enfoques encaminados a mejorar los conocimientos, y las actitudes suelen denominarse ahora "comunicación para el cambio de los comportamientos". Los temas al respecto abarcan: biología de la reproducción, desarrollo humano, relaciones y sentimientos, sexualidad, comunicación y negociación, cuestiones de género, prácticas sexuales de menor riesgo (inclusive abstinencia, aplazamiento de la primera relación sexual y limitación del número de parejas), y métodos de protección contra el embarazo y las infecciones de transmisión sexual, inclusive el VIH. Los métodos para transmitir la información

abarcaban la educación escolar y extraescolar, las representaciones dramáticas y comunicaciones populares, los medios de difusión masiva (inclusive televisión, radio, periódicos y otros medios impresos y cada vez más, los medios electrónicos), líneas telefónicas de emergencia, comunicaciones interpersonales y asesoramiento interpersonal. Utilizando varios de esos formatos, un único programa puede llegar a diferentes segmentos de la población y reforzar los mensajes.⁽⁴⁾

Una investigación, efectuada entre estudiantes universitarios del oeste-medio de Estados Unidos, encontró que “la televisión y los profesores en la escuela eran las principales fuentes de información sobre el SIDA, pero que existía una baja correlación entre la exposición a las distintas fuentes de información y el grado regular.”⁽¹²⁾

Para que la población pueda tener conocimiento sobre VIH/SIDA hay que establecer fuentes de información, representadas por los medios en los cuales se origina la transmisión de conocimientos a los que las personas recurren para satisfacer su necesidad de información, además de los medios de comunicación colectiva, los cuales constituyen generalmente los canales con mayor densidad informativa, existen también otras fuentes de carácter formal e informal, tales como conferencias o conversaciones con personas primarias. El propósito de difundir información no solo sirve la cantidad y densidad de la información transmitida por el emisor, sino también la motivación de los receptores de buscar y aceptar información, además se establece la seguridad de la información que no significa que las personas se sientan seguras de su conocimiento o que lo apliquen adecuadamente. Una gran diversidad de información puede causar en determinada circunstancia, una sensación de confusión o inseguridad.

Prevención: la educación sexual es una herramienta muy importante en lo que a prevención y protección se refiere, debido a que permite identificar y diferenciar entre comportamientos de alto y bajo riesgo.⁽²⁰⁾ A continuación se enumeran algunos comportamientos de alto riesgo:

- ✓ Tener relaciones homo o heterosexuales "promiscuas".
- ✓ Tener una historia pasada de cualquier ITS.
- ✓ Tener una pareja con una historia pasada de cualquier ITS.
- ✓ Tener una pareja con una historia desconocida.
- ✓ Practicar el sexo anal.
- ✓ Tener una relación sexual sin protección con una pareja desconocida.
- ✓ Tener relaciones con personas que recibieron transfusiones de sangre o productos coagulantes entre 1977 y 1985 (con anterioridad a las normas orientadas a evitar la presencia de VIH en sangre y hemoderivados)
- ✓ Usar drogas o alcohol en situaciones donde puede haber intercambio sexual.
- ✓ Tener una pareja que se droga de forma intravenosa.

Los usuarios de drogas parenterales deben conocer los riesgos de compartir las agujas. Desde un punto de vista ideal, esa instrucción se debe combinar con rehabilitación y tratamiento contra la dependencia de drogas.

El aislamiento de los pacientes hospitalizados con infección por VIH resulta innecesario, excepto cuando sus infecciones secundarias (como la tuberculosis demostrada o sospechada) son contagiosas. Las superficies contaminadas con sangre u otros líquidos corporales deben ser limpiados y desinfectados. El VIH es inactivado con facilidad por el calor y por muchos desinfectantes, entre ellos peróxidos, alcoholes, fenólicos e hipoclorito. Los líquidos corporales y los tejidos de pacientes infectados por el VIH se deben manipular con cuidado extremo ^(1, 2).

Los profesionales médicos y odontológicos deben usar guantes para examinar a todos los pacientes, si cabe la posibilidad de contacto con sus mucosas u otras superficies húmedas. Como los accidentes con objetos punzantes son frecuentes, los trabajadores sanitarios deben aprender a evitarlos.

Se cree que la profilaxis postexposición, con tratamiento antirretrovírico inmediato después de lesiones penetrantes relacionadas con sangre infectada por el VIH (punciones de agujas) o de contaminación intensa de mucosas (ojos o boca), reduce el peligro de transmisión.

Como se dijo anteriormente el VIH se puede transmitir por la lactancia materna y el calostro, impedir la lactancia materna es una medida poco práctica en los países subdesarrollados en donde los problemas nutricionales superan claramente el riesgo de adquirir VIH. Últimamente se ha demostrado que el uso de antirretrovirales durante el último trimestre del embarazo reduce en dos tercios el riesgo de transmisión perinatal, y este riesgo se minimiza aún más cuando se practica una cesárea ⁽²³⁾.

II. ACTITUDES ANTE EL VIH/SIDA

Una actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación que predispone a relacionar preferentemente de una manera determinada. Estos términos suponen una serie de otros conceptos como valores, propósitos, preferencias, aversiones, gustos, prejuicios, convicciones, etc. ⁽²⁶⁾

Las actitudes tienden a uniformar el comportamiento y las relaciones sociales, conociendo las actitudes de una persona respecto a algo (ej. el VIH/SIDA) es posible predecir más fácilmente sus prácticas, conviene aclarar que las actitudes son dinámicas y que existen más de una para cada situación sobre todo en cuanto a sexualidad y SIDA. Las actitudes son adquiridas y no heredadas por tanto su desarrollo implica socialización y hábito. El nivel socioeconómico y educacional, la ocupación y la edad tienen influencia sobre la actitud.

Existe una variedad de definiciones sobre actitud, las cuales pueden agruparse en las siguientes categorías:

Desde el punto de vista afectivo: actitud es un conjunto de sentimientos positivos o negativos hacia un objeto.

Según el punto de vista cognoscitivo: son las afirmaciones que una persona hace a favor o en contra de un objeto o situación.

Desde el punto de vista conductual: son las acciones positivas o negativas que una persona tiene frente a una situación, según sus pensamientos y sentimientos.

Las actitudes pueden ser fácilmente confundidas con: hábitos y motivos, la diferencia fundamental es que aquellas además de ser una disposición de conducta, incluyen el conocimiento y la visión del mundo de una sola persona. Un valor es un tipo de creencia localizada en el centro del sistema total de creencias de una persona acerca de cómo se debe o no se debe comportar; los valores son por lo tanto ideales abstractos positivos o negativos. Una creencia es una proposición simple conciente o inconciente inferida de lo que una persona dice o hace que puede ir precedida de la frase: *yo creo que...* El contenido de una creencia puede descubrir un objeto o situación como verdadero o falso, valorando como bueno o malo o determinando el curso de una acción como deseable o indeseable. Una conducta es cualquier movimiento abierto u observable del organismo, generalmente incluye la conducta verbal y los movimientos físicos. ⁽²⁶⁾

A. Actitudes hacia grupos con prácticas de riesgo.

Hoy en día se cree que la medicina moderna ha de curar la mayoría de las enfermedades, pero los males que amenazan la vida siguen siendo un misterio y despiertan cierto tipo de pavor en casi todas las personas. La epidemia del VIH/SIDA pone en relieve muchos temores humanos e inhibiciones asociados a la enfermedad, cada vez son más las personas infectadas y aparte de cargar estos con su enfermedad, también tienen que soportar el estigma que se les atribuye. Muchas personas en pleno siglo XXI todavía creen que esta epidemia es propia de grupos específicos, entre ellos: los hombres que tienen sexo con hombres, las prostitutas y los usuarios de drogas parenterales.

La sensación de horror en las personas aumenta debido al prolongado período del estado de latencia de la infección lo que significa que el VIH puede ser transmitido por personas que ni siquiera saben que son portadoras del virus, contribuyendo de esta manera a la percepción de que nadie está a salvo. Este temor a veces ha conducido a tomar precauciones excesivas durante contactos casuales de rutina con pacientes que conviven con el SIDA, esta es la respuesta emocional ante la epidemia, pero está lejos de ser una respuesta sensata. ⁽²⁶⁾

La prostitución siempre ha sido malvista ya que muchos la consideran inmoral, indecente y medio de transmisión de muchas enfermedades, razón por la que este grupo ha sido rechazado y discriminado desde tiempos muy remotos. Se cree que las prostitutas son seres irresponsables, con pensamientos autodestructivos a quienes no les interesa su salud, y les da igual utilizar o no preservativos para protegerse del VIH y otras infecciones, además enfrentan barreras sociales y culturales, como la estigmatización por parte de proveedores de servicios de salud, amigos, parientes y clientes. ⁽¹⁴⁾

El VIH/SIDA se ha difundido tan fácilmente entre personas de este grupo por múltiples razones, entre ellas, la extrema pobreza en que viven muchas familias, lo que las obliga a involucrarse en este medio, ya que el dinero es la fuerza que impulsa el comercio del sexo, pero es a la vez altamente peligroso por el dominio que ejercen los clientes sobre las prostitutas. Otras personas se prostituyen porque prefieren la vida fácil y sin limitaciones con ideas erróneas de felicidad, las que en varias ocasiones han terminado en un callejón sin salida, frente a una de las enfermedades más temidas en el mundo, porque se involucran en situaciones sexuales de riesgo, y no usan preservativos siempre y adecuadamente con sus clientes.

La prostitución constituye un problema social y para las personas encargadas de disminuir la incidencia de VIH en este país aparentemente la prostitución no representa una prioridad para los organismos responsables del control de esta epidemia, quienes han marginado a este grupo y no se les ha brindando la información sobre las medidas de protección adecuadas.

Los hombres que tienen sexo con hombres (en adelante HSH) son también rechazados por la sociedad debido a que se les considera inescrupulosos e inmorales y a quienes se les asocia con SIDA debido a que en ellos se descubrieron los primeros casos de VIH en 1981, también existe la creencia popular de que son seres apáticos, con pocas destrezas para protegerse del VIH y con ideas de invencibilidad teniendo comportamientos sexuales riesgosos, los que tienen múltiples resultados negativos.⁽²²⁾

La discriminación padecida históricamente por los HSH se explica en parte por la existencia de un sentido común (entendido ese como el conjunto de opiniones mayoritarias no necesariamente objetivas o correctas), el cual se origina, retroalimenta y explica por la predominancia de un pensamiento institucionalizado altamente homofóbico.

Las relaciones sexuales entre hombres son vistas como algo vergonzoso, y ellos son considerados como la única y principal vía de transmisión del VIH, obligándolos a tener relaciones clandestinas y una doble vida por temor a ser discriminados, olvidando los elementos básicos de protección lo que los hace más vulnerables ante la epidemia. El hecho de que estas personas se mantengan en el anonimato hace más difícil para los medios de información proporcionarles los conocimientos que deben poseer en torno al VIH/SIDA

Al ser proyectados constantemente como una población necesitada de intervención, esto podría tener un efecto estigmatizante en sí mismo. A nivel individual, las intervenciones en el campo del comportamiento refuerzan el estigma debido a que definen el riesgo como un elemento existente dentro de la persona, más que un producto del contexto cultural o social.⁽²⁷⁾

Los usuarios de drogas intravenosas son señalados de ser portadores del VIH y son considerados seres delincuentes e indeseables, capaces de hacer lo que sea para conseguir drogas.

Existen muchas personas que se involucran en drogas por curiosidades personales, pero también hay quienes inician a drogarse a consecuencia de la infección por el VIH para afrontar problemas psicológicos y sociales.

La realidad es que las personas dependientes de drogas intravenosas son más vulnerables porque están compartiendo las jeringas y agujas contaminadas, transmitiendo la enfermedad silenciosamente a todos sus contactos sexuales y viceversa, se infectan sexualmente y luego transmiten la enfermedad a la comunidad consumidora de drogas. En algunos países, los consumidores de drogas tienen una probabilidad desproporcionadamente alta de involucrarse en la industria del sexo, lo que aumenta su riesgo de infección y las posibilidades de que el virus se propague a la comunidad en general.⁽²¹⁾

En caso de ser drogas no intravenosas también constituyen un factor de riesgo ya que al desinhibir a los individuos pueden provocar algunos comportamientos con mayor riesgo tales como las prácticas sexuales sin protección, la dificultad del uso de preservativos debido a la intoxicación por las drogas o la incapacidad de negociar relaciones sexuales seguras.⁽¹⁰⁾

A pesar de que la compra y venta de drogas es ilegal en este país, todavía hay muchas puertas abiertas al oscuro mundo de las drogas, por lo que se le debe dar prioridad a esta problemática y seguir más de cerca el narcotráfico.

B. Susceptibilidad y vulnerabilidad en relación al VIH/SIDA

En cuanto a la percepción de riesgo de contraer el virus VIH, se observan dos perspectivas que parecen vincularse. Una de ellas sustenta que esto puede acontecerle a toda persona en cualquier momento, al mismo tiempo que subsiste el pensamiento de que es poco probable que les ocurra a ellos mismos. En este sentido, ambas argumentaciones se polarizan.

De lo anterior, se segrega que el contraer el virus se revela en una cuestión fortuita, que acontece sin que las personas logren vaticinar un escenario de riesgo y efectuar conductas designadas a impedir la transmisión del virus. La transmisión del VIH se manifiesta como un hecho tan insubordinado, que emana la conjetura de que no interesa lo que se haga para sortearla, esto puede suceder en cualquier momento, permaneciendo esta situación en manos del destino o del azar.

La vulnerabilidad ante el VIH es una propiedad general para todas las personas, lo que significa que cualquier persona sin importar raza, edad o ubicación geográfica puede infectarse, por cualquiera de las vías de transmisión ya conocidas por lo cual ha de ser tomada suficientemente en serio como para que pueda desarrollarse la motivación de adquirir conocimientos y de cambiar, si es necesario el estilo de vida. Sin embargo no ha de tomarse tan en serio como para que la vida cotidiana sea dominada permanentemente por el temor y la angustia.

Según muchos estudios que se han realizado alrededor del mundo, todavía existe mucha discriminación hacia las personas que conviven con el VIH y manifiestan

una predisposición negativa a que alguien de su familia comparta espacios sociales con este tipo de personas, ya sea en el colegio o en la escuela a pesar de que no existe evidencia científica de que el virus se transmite por relaciones cotidianas casuales. Este es simplemente un ejemplo de la larga lista de atropellos discriminatorios que se cometen hacia los que conviven con el VIH, olvidando una vez más que cualquiera puede ser el próximo en seroconvertirse.^(21, 25)

El VIH tampoco respeta fronteras. En todo el mundo, personas que viajan a países turísticos culpan a los extranjeros de traer el VIH a sus tierras. El VIH es más frecuente en algunos países que en otros, pero los ingredientes que provocan la expansión de la infección y disparan la epidemia son: el sexo no protegido, la violencia doméstica, el desempleo y la pobreza, son comunes en todos los países. Hay quienes piensan que las personas con VIH son pecadoras, y este es un castigo de Dios. Pero esta actitud está empezando a cambiar a medida que las organizaciones de base religiosa de todo el mundo han afrontado su propia percepción sobre lo que significa el VIH en el mundo y a medida que descubren cuántos de sus líderes, seguidores y familiares tienen VIH/SIDA.⁽⁹⁾

Una vez que se contrae el VIH, existen muchas alternativas para seguir viviendo, no significa que la vida se acabó. En países con sistemas de salud más eficientes todos los pacientes seropositivos tienen acceso al tratamiento y ellos pueden llevar su vida con tranquilidad y de lo más normal, tomando las medidas de precaución pertinentes para no contagiar a más personas, y muchos de ellos prolongan su vida durante muchos años.⁽²⁾ En países como Nicaragua el tratamiento para estos pacientes está disponible en cantidades insuficientes para todos los que dependen del mismo, pero se están realizando las gestiones necesarias para mejorar el abastecimiento de los mismos.

Con todos los avances en el tratamiento, las personas VIH positivas están viviendo mayor tiempo, teniendo vidas más saludables, y sexualmente activas. Con el continuo aumento de individuos VIH positivos, es muy urgente que los servicios de prevención para personas VIH-positivas se sigan expandiendo y mejorando.⁽⁸⁾

C. Actitud hacia las medidas de protección contra el VIH.

La disminución de muertes debidas al SIDA en la última media década ha dado a muchas personas la percepción equivocada de que el SIDA y el VIH ya no son importantes en lo que a salud se refiere. Sin embargo, los cientos de miles de individuos viviendo con el VIH están luchando para adherirse a regímenes de tratamientos complejos, a vivir con los efectos secundarios que crean los medicamentos, a la resistencia a drogas -sin mencionar la temática socio-económica del trabajo, vivienda, y cuidados de salud, pero lo que debe importar son las medidas de protección para prevenir la infección:

Una de ellas es la abstinencia la que se define como un estilo de vida positivo y promueve el control de sí mismo, del carácter y una base sólida de amistad y amor

comprometido en base del matrimonio. Abstinencia es el compromiso de no participar en actividades sexuales, incluyendo relaciones sexuales, contacto genital u otras actividades de estimulación ⁽²⁾.

Ante la sociedad, la abstinencia es malvista, pues en un mundo de supuestos triunfadores que ejercitan su sexualidad, la abstinencia es una suerte de aberración, de deformación, de patología, sobre todo entre los hombres quienes no aceptan en su clan a alguien que no da muestras de masculinidad ni ejerce su condición viril. Se ha impuesto el contramito de que "hay que tener obligadamente relaciones sexuales". Nadie debería verse obligado a hacer lo que no le gusta, lo que no puede, ni desea.

Es un mito muy popular creer que la abstinencia es difícil de entender y de practicar, sin embargo un alto número de estudiantes deciden por principios personales, conservarse vírgenes hasta el matrimonio. Existe un término nuevo que está ayudando a muchos a mantenerse protegidos del VIH gracias a lo que se denomina *virginidad secundaria* que consiste en abstenerse de tener relaciones sexuales después de haber tenido su primer experiencia sexual. Este es un buen concepto que conlleva la idea de que se puede volver a comenzar

La palabra «abstinencia» a veces tiene connotaciones negativas, en parte porque muchos de los que propugnan la abstinencia antes del matrimonio también se oponen a hablar de la anticoncepción, del uso del preservativo o de otras actividades aparte del acto sexual, como la masturbación. Sin embargo, la abstinencia puede ser un concepto importante y que empodera si se incluye dentro del contexto de varias opciones para proteger la salud reproductiva en una relación íntima. Se debe instar a los jóvenes a que esperen hasta estar preparados física y emocionalmente para tener una vida sexual activa, ellos tienen tres opciones: abstinencia, acto sexual con protección y «recuperación» de la virginidad.

Al respecto de la abstinencia como método de prevención del VIH, Naciones Unidas, a través de su programa ONUSIDA, afirma que "las mujeres jóvenes y adultas a menudo carecen del poder para rehusarse a tener relaciones sexuales o de exigir el uso de preservativos. Por lo que son más vulnerables al VIH en gran parte debido al comportamiento de los otros". ⁽¹¹⁾

Las organizaciones religiosas deberían adaptar sus enseñanzas a la realidad de la epidemia. En América Latina y el Caribe muchas organizaciones religiosas promueven la abstinencia y la monogamia. Aunque debe respetarse esa opción, dichas enseñanzas deberían siempre incluir los hechos acerca de la protección contra el VIH, incluyendo la información exacta sobre el uso de preservativos.

Otra medida de protección ampliamente difundida es el "sexo seguro" que consiste en la utilización de métodos de barrera como el preservativo para disminuir el riesgo de transmisión y adquisición de ITS y VIH/SIDA, al tener relaciones sexuales. La abstinencia es una respuesta absoluta a este problema, pero no es práctica, ni en la mayoría de los casos, deseable. Una relación monógama con una persona de la que se sabe que no ha contraído ninguna infección es

probablemente la medida preventiva más aceptable que se puede tomar en la sociedad actual.

Los preservativos, virtualmente aparcados como contraceptivos eficaces, debido a su alta frecuencia de fracaso, reducción del placer y empleo antipático, han sido resucitados y escogidos como medio para "un sexo más seguro", y proteger a los jóvenes de la epidemia del SIDA; sin embargo el único sexo 100% seguro es no tener relaciones, pero si las tienen siempre hay formas de hacer que resulte mucho más seguro.⁽²⁵⁾

El uso de preservativos por ambos sexos disminuye notablemente la probabilidad de contraer una infección por VIH, pero deben usarse adecuadamente. El preservativo debe estar en su lugar desde el principio hasta el final de la actividad sexual y debe usarse cada vez que un individuo se compromete en una actividad sexual con una pareja no monógama u otra pareja sospechosa. Entre los recursos del sexo seguro tenemos:

Preservativos Masculinos: Un preservativo es como una funda, cerrada en uno de sus extremos, que se coloca sobre el pene. Existen tres tipos de preservativos, los de látex, los de poliuretano y los de piel de cordero. Los de piel de cordero permiten el paso del VIH, y por lo tanto han salido de circulación. Existe una amplia variedad de preservativos en el mercado, que pueden ser lubricados o no lubricados. Vienen en diferentes colores, cortes, tamaños, texturas y grosores. Los de sabor, los que brillan en la oscuridad, los que tocan una pequeña canción al ser abiertos, etc. La selección, prácticamente, no tiene límites debido a que algunas personas se quejan de que los preservativos les hacen perder sensibilidad en el pene durante la relación sexual. Algunas personas comprueban que, si bien pueden perder un poco de sensibilidad al comienzo, después de usar preservativos por un tiempo la recuperan y por supuesto, se sienten más tranquilos en relación al sexo en la medida en que saben que están protegidos.

Preservativos femeninos: El preservativo femenino es otra forma de protección eficaz contra el VIH en la penetración vaginal y anal. El preservativo femenino, de creación reciente, es como una bolsa vaginal desechable, hecha de poliuretano. Es liviano y delgado, y tiene un anillo en cada extremo. El anillo cerrado en el extremo se introduce en la vagina, sobre el cerviz, el otro extremo permanece fuera de la vagina y cubre los labios vaginales. El poliuretano cubre el cérvix y el conducto vaginal.

Barreras bucales: Las barreras bucales están hechas de látex o poliuretano que fueron diseñadas para ser usado por los dentistas para aislar una pieza dental mientras trabajan. Los educadores del SIDA han abogado por su uso en el sexo oral, tanto en el contacto boca-ano como boca-vagina. Como originalmente no fueron diseñados para el sexo, estos tienden a ser más gruesos que los regulares.⁽²⁵⁾

Las mujeres pueden usar cremas vaginales o lubricantes que contienen Nonoxynol-9 (un espermicida), con un preservativo para mayor protección. Pero no se usa el Nonoxynol-9 solamente.

Consejos para utilizar un preservativo adecuadamente:⁽²⁹⁾

- No esperar un momento apasionado para comprar un preservativo se deben tener siempre a la mano, cuando existe la remota posibilidad de actividad sexual.
- Nunca se deben guardar en la billetera y tampoco dejarlos en la guantera del vehículo, ya que el calor los deteriora.
- Antes de usarlos, deben fijarse en la fecha de vencimiento y asegurarse de que el preservativo no esté vencido.
- Se debe abrir con cuidado (sin utilizar los dientes) para no rasgar el preservativo.
- El preservativo tiene un derecho y un revés. Puedes identificar el lado correcto, soplando levemente sobre el centro del condón.
- El preservativo se coloca cuando el pene está erecto; en caso de tener prepucio, deben retraerlo para colocar el preservativo, deben asegurarse de no dejar burbujas de aire en el receptáculo del mismo porque con los movimientos pueden producir rupturas del preservativo.
- NUNCA se debe utilizar vaselina u otro lubricante a base de aceite en combinación con un condón. Los aceites destruyen el preservativo en segundos. El lubricante se coloca después del preservativo, sobre el pene, la vagina o el ano, para facilitar la inserción y producir más estímulo sexual, pero tiene que ser a base de agua.
- Después de la actividad sexual, se quita el preservativo y se desecha. Nunca se usa el mismo dos veces, porque es más probable que se rasgue o se rompa.

El empleo de preservativos requiere habilidad, madurez, autodisciplina, planificación y motivación. Los jóvenes son impulsivos y arriesgados, que buscan la satisfacción inmediata, no parecen buenos candidatos para adquirir y practicar esas cualidades. La cuestión de fondo es que los jóvenes emprenden la actividad sexual debido a problemas más profundos, y ninguna cantidad de educación sexual los persuadirá para que usen preservativos correcta y adecuadamente.⁽²⁵⁾

D. Actitud hacia la prueba del VIH

Una de las razones principales por la que se está difundiendo tan rápidamente el VIH es porque muchos individuos seropositivos ignoran su diagnóstico, es muy limitado el número de personas que deciden hacerse la prueba, además en países como el nuestro la prueba está comenzando a ser accesible a la población en general, sin embargo todavía es bastante inaccesible, una de las principales razones por la que no se hacen la prueba es por el gran temor que existe a verse como un portador del VIH y que la sociedad se entere.

Las personas pueden buscar asesoramiento y acceso a pruebas del VIH por diversas razones entre ellas:

- Simplemente querer saber si son VIH positivas o no.

- Estar preocupadas por la posibilidad de haber estado expuestas al VIH, ya sea como consecuencia de sus propias acciones, por la conducta riesgosa de una pareja o como consecuencia de su participación en el proceso de atención a familiares enfermos.
- Sospechar que se encuentran infectadas o que tienen síntomas relacionados con ciertas ITS.
- Tener una pareja o hijo que se encuentra infectado.
- Estar embarazadas o planeando quedar embarazadas.
- Necesitar que se les realice una prueba del VIH por tratarse de un requisito de estudio, inmigración o empleo.
- Haber experimentado la muerte de una de sus parejas, de un amigo o miembro de la familia, ya sea como consecuencia del SIDA o por motivos desconocidos.
- Estar iniciando una nueva relación sexual, considerando tener relaciones sexuales por primera vez o haber comenzado a tener sexo recientemente.
- Estar preocupadas por su salud y bienestar luego de haber sido violadas.
- Haber sido forzadas a someterse a la prueba del VIH por su pareja, cónyuge o por un miembro de su familia.
- Querer conseguir información sobre el VIH/SIDA, pero no necesariamente estar interesadas en someterse a la prueba.

Todo joven que quiera realizarse la prueba debe saber lo siguiente:

- La prueba de detección sólo debe ser administrada luego de haber dado su consentimiento informado.
- Se les debe asegurar la confidencialidad del paciente.
- Los resultados de la prueba deberán ser puestos a disposición del paciente.
- Se debe prestar asesoramiento a los pacientes para ayudarlos a comprender el significado de la prueba, las maneras de evitar la transmisión del VIH y cómo cambiar las conductas de riesgo, informándoles sobre el tipo de servicios que se encontrarán disponibles luego de obtener los resultados.
- Se les ayuda a comprender que los tratamientos con antirretrovirales pueden ayudar a las personas sentirse mejor pero no ofrecen una cura al SIDA y tampoco eliminan el riesgo de transmisión del VIH.
- Se les estimula a mejorar la confianza personal y la capacidad de ser firme, enérgico y seguro.⁽²¹⁾

Algunos de los beneficios de realizarse la prueba son los siguientes:

1. Eliminan la incertidumbre que genera no saber si se es VIH positivo o negativo.
2. Está comprobado que entre más pronto una persona que vive con VIH inicie un tratamiento antirretroviral mejorará su calidad de vida.
3. Si el resultado es positivo, se esta a tiempo de mejorar la calidad de vida, aumentar la supervivencia y mantenerse sano.
4. Si el resultado es negativo, se puede prevenir ser infectado, eliminar situaciones de riesgo teniendo relaciones protegidas.⁽²¹⁾

IV. PRACTICAS DE RIESGO RELACIONADAS CON VIH/SIDA

El comportamiento está formado por prácticas, conductas, procedimientos y reacciones es decir todo lo que acontece al individuo y de lo que él participa.⁽²⁶⁾ El proceso de educación se efectúa en todo momento, si un individuo no esta aprendiendo un hecho nuevo por lo menos experimenta algo, esta desarrollando una actitud adecuada o no y está reaccionando a esta actitud de modo correcto o incorrecto.

Como se mencionó anteriormente los conocimientos, las actitudes y las creencias predisponen a actuar a una persona constituyéndose como sus practicas, lo que hay que establecer en el caso de las VIH/SIDA es la practica sexual como factor de riesgo que determina que estas puedan contribuir a que una persona se infecte y enferme. Estableciendo como factor de riesgo toda característica o circunstancia determinable de una persona o grupo que, según los conocimientos que se posee, esta asociado a un riesgo normal de infección por el VIH. ⁽²⁶⁾ Varios estudios han mostrado que los factores de riesgo dependen del comportamiento sexual: (número de pareja sexuales, velocidad de cambio de pareja, técnicas sexuales y otros). La asociación en un mismo individuo de eso y otros factores de riesgo aumentan las probabilidades de una infección por VIH. Por otra parte la interacción de factores biológicos de riesgo y los factores conductuales tienen efectos sinérgicos como es el caso de antecedentes de ITS y múltiples parejas sexuales que se han asociado a infecciones por VIH.

A. Técnicas y prácticas sexuales.

Para el estudio y la comprensión de la sexualidad humana hay que tomar en cuenta al menos dos dimensiones: las prácticas y las técnicas sexuales. En general existe un acuerdo entre sexólogos el cual concluye:

- Las prácticas sexuales se refieren a las personas con quienes se realiza la actividad sexual.
- Las técnicas sexuales se refieren a las actividades sexuales específicas que se realizan al tener actividades sexuales. La expresión de la sexualidad, entre dos individuos independientemente de su género tienen una gran variedad de formas; desde el aspecto de socialización y comunicación hasta aspectos que implican contacto físico. ⁽²⁶⁾

Las prácticas sexuales implican la noción de redes de compañeros sexuales y tienen importancia debido a que la transmisión del VIH están influenciadas por la prevalencia de infección que tengan las parejas sexuales de individuos susceptibles. En este sentido las prácticas pueden ser clasificadas de acuerdo a Kinsey en 7 categorías:

Exclusivamente Heterosexual.

Fundamentalmente Heterosexual.

Preferentemente heterosexual.

Bisexual.
Preferentemente homosexual.
Fundamentalmente homosexual.
Exclusivamente Homosexual.

Las técnicas sexuales están clasificadas según el nivel de riesgo que implique:

TECNICAS DE ALTO RIESGO:

- La penetración anal es la actividad sexual con más riesgo para la transmisión del VIH. La persona que está siendo penetrada está en riesgo porque el área anal provee un fácil acceso a la corriente sanguínea para el VIH que se encuentra en el semen. La persona que está penetrando también está en riesgo porque si hay sangre dentro del ano o el recto las membranas internas de la uretra pueden proveer una entrada del VIH a corriente sanguínea.
- La penetración vaginal es un riesgo para ambas personas, si bien el VIH pasa más fácilmente del hombre a la mujer que viceversa.
- Actividades sexuales con intercambio de fluidos como orgías e intercambio de juguetes sexuales.
- Actividades no sexuales como el intercambio de agujas contaminadas

TÉCNICAS DE BAJO RIESGO.

- El sexo oral este es uno de los campos menos definidos cuando hablamos de riesgo, y sigue generando controversias. En general, el riesgo del sexo oral es mucho más bajo que el de la penetración anal o vaginal. Sin embargo, para hacer una evaluación de riesgos correcta, es preciso tomar en cuenta si hubo semen, fluido vaginal o sangre. Lo importante es saber qué tipo de fluido hubo y adónde fue. En el caso del sexo oral, el fluido va a la boca. La boca no es buena vía de transmisión porque dentro hay aire, ácidos y enzimas que no son favorables para el virus. El semen, la sangre, o los fluidos vaginales infectados implican un riesgo de transmisión. La sangre, como sabemos, tiene la concentración más elevada, seguida del semen, los fluidos vaginales y por último el pre-semen.

Algunas personas encuentran inaceptable el uso del preservativo y practican el sexo oral pero sin eyaculación. De este modo entran en contacto con el pre-semen, lo que supone un riesgo mínimo. No existe evidencia concluyente de que este fluido transmita el VIH, pero algunos estudios sugieren que el VIH está presente. En el pre-semen esta cantidad es mínima, y además va a la boca. Esto significa que el sexo oral sin protección cuando no hay eyaculación es una actividad de muy bajo riesgo. La persona que recibe el sexo oral generalmente no está en riesgo, porque sólo entra en contacto con la saliva.

Si se practica el sexo oral a una mujer que está menstruando el riesgo aumenta, porque la sangre contiene más VIH que los fluidos vaginales. Existen pocos datos sobre el riesgo de transmisión de mujeres VIH positivas a hombres a través del sexo oral.

- Tener relaciones vaginales y/o anales con protección.

TECNICAS DE MINIMO RIESGO:

- La masturbación mutua debido a que la piel es una barrera eficaz contra todo tipo de organismos y contra el VIH. Si hay fluido posiblemente infectado sobre la piel, puede lavarse, pero incluso cuando hay una costra seca no hay peligro. Si hay cortadas abiertas en la piel es posible que el virus se transmita, pero las cortadas tendrían que estar bien abiertas o sangrando para que se considere riesgoso. En caso de duda, pueden usarse guantes de látex. Para mayor seguridad, no es aconsejable eyacular en el pene o la vulva de otra persona ni tocarse los genitales con el semen o las secreciones vaginales de otra persona.
- El contacto boca-año ya que las heces pueden contener un poco de sangre, pero por sí solas no implican ningún riesgo de transmisión del VIH. Sin embargo, el contacto oral-anal es riesgoso para la transmisión de la hepatitis, de parásitos, y de muchas otras enfermedades de transmisión sexual. El uso de preservativos o polietileno transparente previene la transmisión de tales enfermedades.
- Los besos húmedos, esta práctica no supone ningún riesgo de transmisión del VIH porque la saliva no transmite el virus. Si hay cortadas o úlceras en la boca es conveniente no lavarse los dientes ni usar hilo dental antes de besar profundamente.

TECNICAS SEGURAS:

- La Masturbación solitaria no supone ningún peligro. Cualquier cosa que se haga en soledad es segura siempre que no estén presentes los fluidos infecciosos de otra persona.
- En cuanto al beso "social" que se da con los labios cerrados, no implica ningún riesgo de transmisión.
- Sexo oral con protección ya sea orovaginal u oropeneano.
- Masajes corporales, abrazos, baños eróticos en la tina, estimulación de pezones.

B. Relación entre el VIH/SIDA con el inicio temprano de las relaciones sexuales, la promiscuidad y los antecedentes de infecciones de transmisión sexual.

Dado que los jóvenes empiezan su vida sexual a una edad más temprana y contraen matrimonio a una edad más avanzada en muchos países, ellos corren durante más tiempo el riesgo de contraer ITS y VIH/SIDA. Teniendo en cuenta las consecuencias de salud pública que tiene esta y una vulnerabilidad cada vez mayor.

El inicio de la vida sexual a edades más tempranas hace aumentar el riesgo de contraer ITS en los hombres y las mujeres, porque cuanto más tiempo tiene una persona relaciones sexuales antes de contraer matrimonio, mayores serán las probabilidades de que el número de compañeros sexuales sea más elevado. Posponer el matrimonio puede ofrecer oportunidades educativas y vocacionales pero la postergación del matrimonio combinada con más relaciones sexuales premaritales en los jóvenes hace que éstos corran un riesgo mayor de contraer el VIH.

Según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) indican la presencia de una brecha cada vez mayor entre la edad en que se tiene la primera relación sexual y la edad en que se contrae el primer matrimonio en 32 países de los 37 que se encuestaron lo que indica que las posibilidades de infectarse con el VIH son mayores a medida que transcurre el tiempo, no solo porque incrementa la tasa poblacional, sino porque las costumbres están cambiando y no necesariamente para mejorar. Otro dato que está incrementando notablemente en nuestra sociedad son las ITS, las que son más frecuentes en la población joven, lo más alarmante es que más del 50% de la población no sabe que tiene una ITS, y puede transmitirla a todas sus parejas sin darse cuenta, dato que para el VIH/SIDA es equivalente.

Existe la creencia de que entre más experiencia sexual se tiene es mejor, pero no consideran que entre más exposiciones se tenga mayores probabilidades habrá de contraer VIH a temprana edad. Los jóvenes son más vulnerables a los problemas de salud resultantes porque:

1. Carecen de información sobre cómo prevenir las ITS y VIH/SIDA
2. Son menos proclives a buscar información o acceso a tratamiento adecuado como consecuencia de su miedo, ignorancia, timidez o falta de experiencia.
3. Las relaciones sexuales tempranas pueden ocasionar un trauma en el tejido vaginal, aumentando la vulnerabilidad de las adolescentes jóvenes a las infecciones.

Es importantes determinar en que momento el virus utiliza puentes de los grupos de alto riesgo hacia la población general y estableciéndose en esta última, por lo que hay que determinar la posibilidad de exposición a la población con mayor concentración de comportamiento de alto riesgo, como: en centros urbanos, de transporte, zonas circundantes a minas o campamentos militares o de trabajadores migratorios.

El conocer el comportamiento sexual de la población en general a través de las encuestas CAP, han servido para promover acciones y para proporcionar

información útil para el diseño de programas y para interpretar los cambios de tendencia de la infección del VIH. Esto también debería de identificar los subgrupos de altos riesgo, señalar el comportamiento que mantienen a la población expuesta a la infección y diseñar intervenciones para disminuir el comportamiento de riesgo.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: el estudio que se realizó es descriptivo de corte transversal, cuantitativo.

Área de estudio: el estudio se efectuó en la UNAN-FAREM localizada en el barrio 14 de abril de la Ciudad de Estelí, centro que inició sus funciones el 4 de noviembre de 1979, con el nombre de Centro Universitario Regional del Norte (CURN/Estelí) como una extensión de la facultad de Ciencias de la Educación y Humanidades de la UNAN Managua. En la década de los noventa mejoró su estatus al adquirir su autonomía y poder ofertar nuevas carreras educativas, como contaduría pública, administración de empresas, derecho, ciencias ambientales, entre otras. El 16 de agosto del 2006 por acuerdo del Consejo Universitario de la UNAN Managua, se resuelve transformar el CURN en la primera Facultad Regional Multidisciplinaria (FAREM) en consideración a su mayor desarrollo. Actualmente cuenta con 1,533 estudiantes que asisten en horario matutino, vespertino, nocturno y sabatino, ofertando las siguientes carreras: Administración de empresas, Derecho, Banca y finanzas, psicología, contaduría pública y finanzas, ciencias ambientales, licenciatura en sistemas, además de las licenciaturas de ciencias de la educación.

Población y muestra: la muestra estuvo constituida por 190 estudiantes que cursan el quinto año en las diferentes carreras que oferta la UNAN-FAREM, Estelí

Criterio de inclusión:

- Estudiantes de la UNAN-FAREM.- Estelí.
- Estudiantes de quinto año de Administración de empresas, contaduría, ciencias ambientales, ciencias sociales y licenciatura en computación.
- Deberán estudiar en turnos regulares.
- Que acepten participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de exclusión: que no cumplan los criterios de inclusión.

Fuente de Información: la fuente de información fue primaria, ya que se entrevistó personalmente a los estudiantes sujetos de estudio.

Recolección de la Información: el instrumento de recolección de datos fue un cuestionario con preguntas estructuradas que respondieron a los objetivos específicos de la investigación. Inicialmente se solicitó el permiso a las autoridades de la universidad para dicha actividad y luego se hizo una prueba piloto con el ánimo de determinar su validez y confiabilidad al grupo poblacional en estudio, posteriormente se les explicó a los estudiantes, el objetivo de la misma y de qué manera iban a llenar el cuestionario brindándoseles un tiempo prudente para dicha actividad en presencia de los encuestadores por si se presentaran dudas o inquietudes, después se recogieron los cuestionarios y se revisó el llenadote los mismos.

Procesamiento de la Información: una vez llenado el instrumento de recolección de datos, se procedió a codificar e ingresar todos los datos obtenidos a una base

de datos con la ayuda de un software estadístico SPSS, versión 11.0 de Windows; se ingresó códigos válidos para cada variable, con el fin de disminuir los posibles errores, luego se realizó un monitoreo de calidad del proceso a través de un muestreo aleatorio y una posterior revisión con el objetivo de detectar errores de transcripción, cuyo límite de error aceptado fue del 0.5 -1%. Finalmente se revisó la base de datos ya terminada en busca de posibles errores de incongruencia. Todas estas precauciones permitieron reducir costos, darle calidad y eficiencia al estudio.

Plan de Análisis de la Información: una vez lista la base de datos se procedió a analizar las variables cuantitativas, en donde los conocimientos y las practicas fueron medidas con escalas nominales y por intervalos para luego ser analizados mediante estadísticos descriptivos como son los de tendencia central y las actitudes se midieron a través de la escala de Likert en donde a cada afirmación declarativa se le dio un valor de 1 a 5 puntos, en la que 1 refleja la actitud más negativa y 5 la actitud más positiva; la suma del valor de cada ítems proporcionó un resultado total. Posteriormente se diseño tablas de 2 x2 para mostrar el comportamiento de las variables y así se le dio salida a los objetivos del estudio. Finalmente se presentó a manera de tablas para una mejor interpretación de los resultados.

Aspectos éticos de la investigación: previo al llenado del cuestionario se les explicó a los estudiantes que esta investigación reúne los principios básicos de la declaración de Helsinki:

Consentimiento informado: se les explicó a los estudiantes que su participación era voluntaria y se les notificó a su entera satisfacción y comprensión, los objetivos del proyecto y los probables riesgos, lo que les permitió aceptar o rechazar el cuestionario, así también retirarse si las preguntas fuesen consideradas inapropiadas o indecorosas, pero como el anonimato es fundamental en este estudio no se les hizo firmar un escrito de consentimiento.

Confidencialidad de la información: se les aclaró que los datos personales tales como el nombre y dirección no estaban incluidos en el instrumento de recolección de datos con el objetivo de proteger su identidad, que la información que se recogió no se utilizaría con ningún otro fin que no fuese investigativo.

Relación riesgo- beneficio: se les explicó a los participantes que los beneficios potenciales serían claramente favorables porque permitiría tener una idea más precisa sobre la información que ellos poseen en relación al VIH/SIDA y en qué prácticas de riesgo están involucrados, para así poder intervenir de manera activa y directa sobre su conducta. En el caso de las encuestas CAP los riesgos fueron considerados mínimos debido a que los aspectos tomados en cuenta eran particularmente íntimos, sensibles y vinculados a la vida afectiva de los estudiantes por lo tanto existía el riesgo de producir algo más que simple incomodidad ante ciertas preguntas.

Se les garantizó a los estudiantes que al finalizar la investigación se les permitiría tener acceso a la misma para los fines que ellos estimen convenientes y una manera de retroalimentar la información recibida es a través de una presentación

oral y pública del estudio donde se les brindará a los estudiantes la oportunidad de plantear y aclarar sus inquietudes en relación al tema.

VARIABLES POR OBJETIVOS

1. Variables para el primer objetivo: Conocimientos

- Significado de SIDA
- Significado de VIH
- Significado de seropositivo
- Fuentes de información.
- Germen causal
- Período de incubación
- Formas de transmisión
- Signos y síntomas
- Período transcurrido entre la infección y la seropositividad
- Formas de diagnóstico.
- Disponibilidad de la prueba de VIH en el MINSA
- Existencia de tratamiento contra el VIH
- Formas de prevención del VIH

2. Variables para el segundo objetivo: Actitudes

- Personas que conviven con el VIH.
- Prostitutas.
- Hombres que tienen sexo con hombres
- Drogadicción combinada con sexo
- Autoinfección
- inmigrantes
- Sexo seguro
- Prueba diagnóstica de VIH.

3. Variables para el tercer objetivo: Prácticas

- Edad de inicio de las relaciones sexuales
- Numero de parejas sexuales
- Antecedentes de ITS
- Infidelidad
- Uso del preservativo
- Prácticas sexuales
- Técnicas sexuales

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Escala
Conocimientos sobre VIH SIDA.	Es toda información que poseen los estudiantes con respecto al VIH SIDA.	Significado de VIH / SIDA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cualitativo
		Significado de seropositivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cualitativo
		Principales fuentes de información	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maestros. ▪ Amigos/as. ▪ Padres. ▪ Radio. ▪ Televisión. ▪ Periódicos. ▪ Trabajadores de la salud. ▪ Internet. ▪ Líderes religiosos. ▪ Otros.
		Germen causal de VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Virus. ▪ Hongos ▪ Bacterias ▪ Parásitos.
		Periodo de incubación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menos 1 mes. ▪ 6 meses. ▪ 1 año. ▪ 5 años. ▪ Depende del estado inmunológico del paciente
		Formas de transmisión del VIH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Por relaciones sexuales ▪ Piquetes de mosquitos ▪ Leche Materna. ▪ Tos/ Estornudos. ▪ Relaciones sexuales casuales con protección. ▪ Transfusiones sanguíneas. ▪ Uso de agujas contaminadas. ▪ Besos, lágrimas, sudor, abrazos. ▪ Utilizar mismos cubiertos. ▪ Compartir las hojas de rasurar.

		Signos y síntomas más frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdida de peso. ▪ Fiebre. ▪ Sudoración nocturna ▪ Diarrea persistente ▪ Dolor Abdominal. ▪ Moniliasis oral ▪ Verrugas/ulceras genitales ▪ Exantemas en la piel ▪ Demencia. ▪ Adenopatías multifocales.
		Periodo transcurrido entre la infección y la seropositividad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inmediatamente. ▪ De 3-6 semanas. ▪ De 8-12 semanas ▪ Aprox. 10 años
		Formas de diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sintomatología ▪ Examen físico ▪ Pruebas de laboratorio. ▪ Otras. Especifique ▪ No responde
		Disponibilidad de la prueba de VIH en el MINSA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si. ▪ No ▪ No sabe.
		Existencia de tratamiento contra VIH.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí. ▪ No. ▪ No sabe
		Prevención de la infección	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abstinencia sexual. ▪ Monogamia. ▪ Drogas intravenosas. ▪ Relaciones homosexuales promiscuas. ▪ Relaciones heterosexuales promiscuas. ▪ Uso del preservativo ▪ Sexo oral. ▪ Masturbación. ▪ Relaciones casuales sin preservativo.

Variable	Definición	Indicador	▪Escala
Actitud de los estudiantes frente al VIH SIDA.	Desde el punto de vista cognoscitivo y conductual es un conjunto de acciones y afirmaciones que representan la forma de pensar y actuar respecto al VIH/SIDA, conduciendo a la aceptación o al rechazo de las personas portadoras de la misma.	Personas que conviven con el VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Totalmente de acuerdo ▪ De acuerdo. ▪ Dudoso. ▪ Desacuerdo. ▪ Totalmente en desacuerdo.
		Prostitución	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Totalmente de acuerdo ▪ De acuerdo. ▪ Dudoso. ▪ Desacuerdo. ▪ Totalmente en desacuerdo.
		Hombres que tienen sexo con hombres.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Totalmente de acuerdo ▪ De acuerdo. ▪ Dudoso. ▪ Desacuerdo. ▪ Totalmente en desacuerdo.
		Drogadicción y sexo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Totalmente de acuerdo ▪ De acuerdo. ▪ Dudoso. ▪ Desacuerdo. ▪ Totalmente en desacuerdo.
		Autoinfección	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Totalmente de acuerdo ▪ De acuerdo. ▪ Dudoso. ▪ Desacuerdo. ▪ Totalmente en desacuerdo.
		Inmigrantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Totalmente de acuerdo ▪ De acuerdo. ▪ Dudoso. ▪ Desacuerdo. ▪ Totalmente en desacuerdo
		Abstinencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Totalmente de acuerdo ▪ De acuerdo. ▪ Dudoso. ▪ Desacuerdo. ▪ Totalmente en desacuerdo.
		Sexo seguro	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Totalmente de acuerdo ▪ De acuerdo. ▪ Dudoso. ▪ Desacuerdo. ▪ Totalmente en desacuerdo
		Prueba diagnóstica de VIH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Totalmente de acuerdo ▪ De acuerdo. ▪ Dudoso. ▪ Desacuerdo. ▪ Totalmente en desacuerdo

Variable	Definición	Indicador	▪Escala
Prácticas de riesgo para adquirir la infección por VIH.	Es la conducta social y sexual de los estudiantes, que implica riesgo de adquirir VIH	Edad de inicio de relaciones sexuales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 - 14 ▪ 15 – 19 ▪ 20 + ▪ N/R
		Número de parejas sexuales en el último año	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguno. ▪ Uno/a ▪ De 2 a 4 ▪ De 5 a más. ▪ N/R
		Antecedentes de ITS.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No ▪ N/R.
		Recibió tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí ▪ No. ▪ N/R
		Recibió tratamiento el cónyuge	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí. ▪ No. ▪ N/R
		Infidelidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si. ▪ No. ▪ N/R
		Uso del preservativo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Siempre. ▪ Ocasional. ▪ Según la persona. ▪ No ▪ N/R
		Tipo de Protección.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anticonceptivos ▪ Antibióticos. ▪ Preservativos ▪ Toallitas de látex. ▪ Otro. Especifique. ▪ N/R
		Prácticas sexuales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Heterosexuales. ▪ Homosexuales. ▪ Bisexuales. ▪ N/R
		Técnicas Sexuales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sexo Oral. ▪ Sexo Vaginal ▪ Sexo anal. ▪ N/R
Combinan drogas con sexo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No. ▪ N/R 		

RESULTADOS:

Del estudio realizado sobre el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo para adquirir VIH/SIDA en los estudiantes de la UNAN FAREM se obtuvo los siguientes resultados:

Características generales de los estudiantes de quinto año de las carreras que oferta la UNAN-FAREM Estelí en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2007

Edades	Nº	%
21 a 25 años	142	74.9
26 a 30 años	24	12.8
31 a 35 años	16	8.2
36 a 40 años	5	2.6
> 40 años	3	1.5
Carreras		
Contaduría pública	71	37.4
Admón.. de Empresas	39	20.5
Ciencias sociales	28	14.7
Lic. en Computación	21	11.1
Ciencias ambientales	31	7.4
Procedencia		
Urbana	172	90.3
Rural	18	9.7
P. por Dptos.		
Estelí	164	86.7
Madriz	10	5.1
Nueva Segovia	8	4.1
Jinotega	6	3.1
Matagalpa	2	1
Estado Civil		
Solteros	150	68.2
Casados	49	25.6
Unión libre	12	6.2

Se entrevistó a un total de 190 estudiantes y según el rango de edad, se encontró 142 estudiantes (74.9%) entre 21 y 25 años; de 26 a 30 años 24 (12.8%); de 31 a 35 años 16 (8.2%); de 36 a 40 años 5 (2.6%) y mayores de 40 años 3 (1.5%).

La distribución por carreras se presentó de la siguiente manera; contaduría pública 71 estudiantes (37.4%); 39 (20.5%) de administración de empresas; 28 (14.7%) de

ciencias sociales; 21 (11.1%) de licenciatura en computación y 31 (7.4%) de ciencias ambientales.

De acuerdo a la procedencia se presentó de la siguiente manera, 172 estudiantes (90.3%) son del área urbana y solamente 18 (9.7%) pertenecían al área rural; estudiándolo de otra manera 164 (86.7%) son del departamento de Estelí; 10 (5.1%) son de Madriz; 8 (4.1%) de Nueva Segovia; 6 (3.1%) de Jinotega y 2 (1%) de Matagalpa.

En cuanto al estado civil se encontró solteros 150 estudiantes (68.2%); 49 (25.6%) están casados y 12 (6.2%) viven en unión libre.

Conocimientos sobre VIH-SIDA en los estudiantes de quinto año de las carreras que oferta la UNAN-FAREM Estelí en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2007.

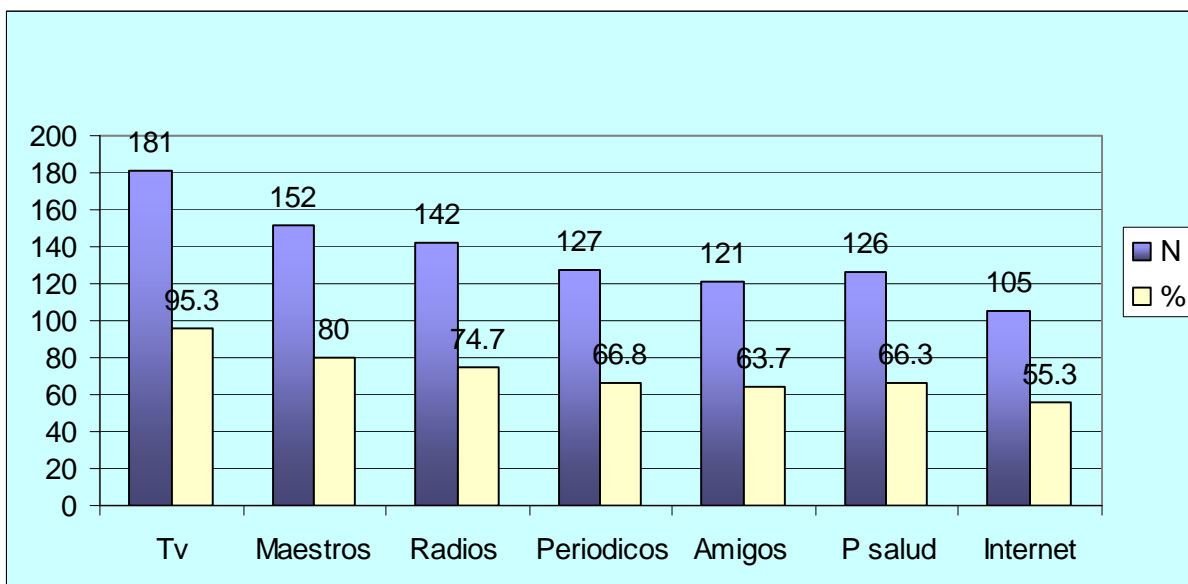
SIDA	N°	%
Correcta	121	63.7
Incorrecta	69	36.3
VIH		
Correcta	106	55.7
Incorrecta	84	44.3
Seropositivo - SIDA		
Saben	99	52.1
No saben	91	47.9
Germen causal		
Virus	177	93.2
Bacteria	2	1.1
No saben	11	5.8
Período de incubación		
Estado inmunológico	137	72.1
< 1 mes	7	3.7
6 meses	12	6.3
1 año	3	1.6
5 años	13	6.8
No respondieron	18	9.4

En relación al significado de la palabra SIDA, 121 encuestados (63.7%) respondieron correctamente, y respecto al significado de VIH 106 (55.7%) contestaron acertadamente.

Del total de estudiantes encuestados, 99 (52.1%) de ellos sabían la diferencia entre ser portador seropositivo y tener SIDA; 177 (93.2%) estudiantes saben que el SIDA es producido por un virus; 2 estudiantes (1.1%) creen que es una bacteria y 11 (5.8%) no respondieron.

En cuanto al tiempo que tarda en manifestarse la enfermedad después de haber sido infectado 137 estudiantes (72.1%) creen que depende del estado inmunológico; 7 (3.7%) dijeron que menos de 1 mes; 12 (6.3%) piensan que 6 meses; 3 (1.6%) creen que 1 año; 13 (6.8%) respondieron que en 5 años y 18 (9.4%) no respondieron.

Fuentes de información sobre VIH/SIDA de los estudiantes de quinto año de las carreras que oferta la UNAN-FAREM Estelí en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2007.



Con respecto a las fuentes de donde obtuvieron información sobre VIH SIDA, 181 estudiantes (95.3%) respondió que en la televisión; 152 (80%) de maestros/as; 142 (74.7%) en radio; 127 estudiantes (66.8%) en periódicos; 121 (63.7%) de amigos; 126 (66.3%) del personal de salud; 105 estudiantes (55.3%) de Internet; 97 (51.1%) de sus padres; 58 estudiantes (30.5%) de líderes religiosos y 31 (16.3%) de revistas, charlas y otros.

Vías de transmisión del VIH/SIDA que conocen los estudiantes de quinto año de las carreras que oferta la UNAN-FAREM Estelí en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2007.

Vías	Nº	%
Relaciones sexuales	189	99.5
Transfusiones	176	92.6
Agujas contaminadas	172	90.5
Maquinas de rasurar	144	75.8
Leche materna	95	50
Relaciones con condón	50	26.3
Piquetes de mosquitos	37	19.5
Besos	29	15.3
Compartir baños	26	13.7
Cubiertos	24	12.6
Lagrimas y sudor	7	3.7
Por abrazos	5	2.6
Tos y estornudos	4	2.1

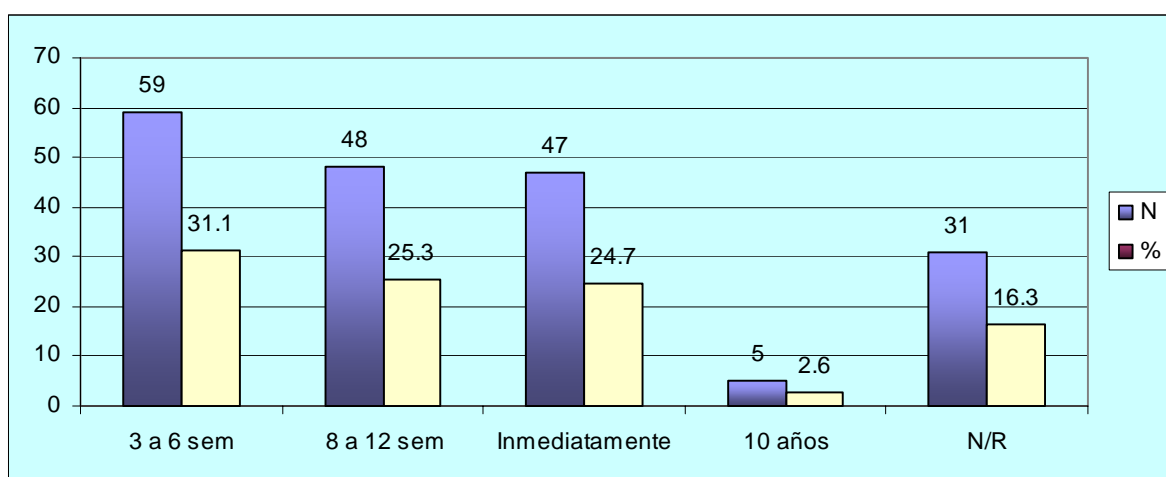
En relación a las vías de transmisión, 189 estudiantes (99.5%) respondió que se transmite por relaciones sexuales; 176 (92.6%) por transfusiones sanguíneas; 172 (90.5%) por agujas contaminadas; 144 (75.8%) respondió que se transmite por las maquinas de rasurar; 95 estudiantes (50%) creen que por la leche materna; 50 (26.3%) creen que por tener relaciones incluso al usar condón; 37 estudiantes (19.5%) creen que por piquetes de mosquitos; 29 estudiantes (15.3%) por besos; 26 estudiantes (13.7%) creen que se transmite por compartir servicios higiénicos y baños; 24 estudiantes (12.6%) por utilizar los mismos cubiertos; 7 estudiantes (3.7%) por lagrimas y sudor; 5 personas (2.6%) por darse un abrazo y 4 (2.1%) por tos y estornudos.

Conocimientos sobre las manifestaciones clínicas sobre VIH/SIDA en los estudiantes de quinto año de las carreras que oferta la UNAN-FAREM Estelí en el período comprendido de enero a septiembre del año 2007.

Manifestaciones clínicas	Nº	%
Perdida de peso	172	90.5
fiebre	122	64.2
Exantemas en la piel	110	58.9
Diarrea persistente	102	53.7
Verrugas y úlceras en la piel	71	37.4
Sudoración nocturna	66	34.7
Adenopatías multifocales	56	29.5
Dolor abdominal	53	27.9
Moniliasis bucal	34	17.9
Demencia	22	11.6

En relación a las manifestaciones clínicas del VIH/SIDA, 172 estudiantes (90.5%) consideran que hay pérdida de peso; 122 (64.2%) refieren que hay fiebre; 110 (58.9%) exantemas en la piel; 102 (53.7%) diarrea persistente; 71 (37.4%) verrugas y úlceras en la piel; 66 (34.7%) sudoración nocturna; 56 (29.5%) adenopatías multifocales; 53 (27.9%) dolor abdominal; 34 (17.9%) moniliasis oral y 22 (11.6%) manifiestan que presentan demencia.

Periodo de ventana del VIH/SIDA que refieren los estudiantes de quinto año de las carreras que oferta la UNAN-FAREM Estelí en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2007.



En cuanto al período de ventana del VIH si la vía de transmisión fue sexual; 59 estudiantes (31.1%) respondieron que tarda de 3 a 6 semanas; 48 estudiantes (25.3%) dicen de 8 a 12 semanas; 47 estudiantes (24.7%) piensan que ocurre

inmediatamente; 31 estudiantes (16.3%) no respondieron y 5 estudiantes (2.6%) dicen que aproximadamente 10 años.

Formas de prevención del VIH/SIDA que conocen los estudiantes de quinto año de las carreras que oferta la UNAN-FAREM Estelí en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2007.

Formas de prevención	N°	%
Teniendo sexo con una sola persona	173	91.1
Utilizar siempre un preservativo	163	85.8
Abstinencia sexual	152	80
Masturbacion	71	37.4
Sexo oral	20	10.5
Relaciones casuales sin preservativo	12	6.3
Relaciones heterosexuales promiscuas	5	2.6
Relaciones homosexuales promiscuas	2	1.1

En relación a las formas de prevención, 173 estudiantes (91.1%) piensan que es teniendo relaciones con una sola persona; 163 (85.8%) refieren que utilizando siempre un preservativo; 152 (80%) practicando abstinencia sexual; 71 (37.4%) consideran que con la masturbación solitaria; 20 (10.5%) teniendo solamente sexo oral; 12 estudiantes (6.3%) que teniendo relaciones casuales sin preservativo; 5 (2.6%) teniendo relaciones heterosexuales promiscuas y 2 (1.1%) por relaciones homosexuales promiscuas.

Con respecto al diagnóstico, 140 estudiantes (73.7%) consideran que se hace con pruebas de laboratorio; 15 (7.9%) creen que se hace mediante las manifestaciones clínicas del paciente; 23 (12.1%) no saben la forma de diagnóstico y 12 (6.3%) consideran que a través de los hallazgos del médico al examen físico.

Del total de estudiantes solamente 100 (52.6%) saben que la prueba de VIH está disponible en el MINSA y 90 (47.4%) ignoran tal información.

Del total de encuestados, 122 estudiantes (64.2%) saben que existe tratamiento para prolongar y mejorar la calidad de vida de personas infectadas y 68 (35.8%) lo ignoran.

c) Actitudes.

Con respecto a las personas que conviven con el VIH, 69 estudiantes (36.2%) están de acuerdo en compartir espacios y relaciones sociales con personas seropositivas así también sus familiares; 35 estudiantes (18.5%) no están de acuerdo y 86 (45.1%) no saben como reaccionarían si se presentara tal situación.

Se investigó la actitud hacia las prostitutas y el VIH/SIDA, 71 estudiantes (37.4%) no creen que ellas sean tan irresponsables de no protegerse nunca y tampoco creen que todas son seropositivas; 81 estudiantes (42.6%) piensan que todas están infectadas y 38 (20%) tienen dudas al respecto.

De la muestra en estudio 85 estudiantes (44.7%) están en desacuerdo al creer que todos los HSH son seropositivos pero 35 (18.4%) creen que sí y 70 (36.8%) tienen dudas.

Los estudiantes en un número de 80 (42.1%) muestran una actitud positiva y entienden que combinar drogas, licor y sexo incrementan los riesgos de adquirir VIH/SIDA; 25 de ellos (13.3%) son pesimistas al considerarlo un estilo de vida saludable y 85 (44.7%) sienten dudas.

Se estudió la actitud que muestran los estudiantes ante la posibilidad de infectarse con VIH y 105 estudiantes (55.2%) consideran que a cualquiera le puede suceder si no se protege; 18 (9.3%) se sienten muy seguros y creen que nunca les sucederá y que si les sucediera el suicidio sería una buena solución; 67 (35.2%) tienen dudas.

Los estudiantes en un numero de 80 (42.1%) entienden que combinar drogas, licor y sexo, incrementan los riesgos de adquirir VIH/SIDA; 25 de ellos (13.3%) no están de acuerdo y 85 (44.7%) no saben qué harían.

Sobre la posibilidad que todos los extranjeros sean portadores de VIH/SIDA; 90 estudiantes (47.4%) no están de acuerdo; en cambio 37 (19.4%) piensan que es probable y 63 (33.2%) tienen duda ante dicha circunstancia.

Actitudes hacia el VIH en los estudiantes de quinto año de las carreras que oferta la UNAN-FAREM Estelí en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2007.

Opciones	Positiva		Negativa		Dudas	
	Count	Percentage	Count	Percentage	Count	Percentage
Hacia las personas que conviven con VIH	69	36.2%	35	18.5%	86	45.1%
Hacia las prostitutas	71	37.4%	81	42.6%	38	20%
Hacia los HSH	85	44.7%	35	18.4%	70	36.8%
Auto infección	105	55.2%	18	9.3%	67	35.2%
Combinar drogas y sexo	80	42.1%	25	13.3%	85	44.7%
Inmigrantes	90	47.4%	37	19.4%	63	33.2%
Sexo seguro y monogamia	109	57.2%	32	16.9%	49	25.8%

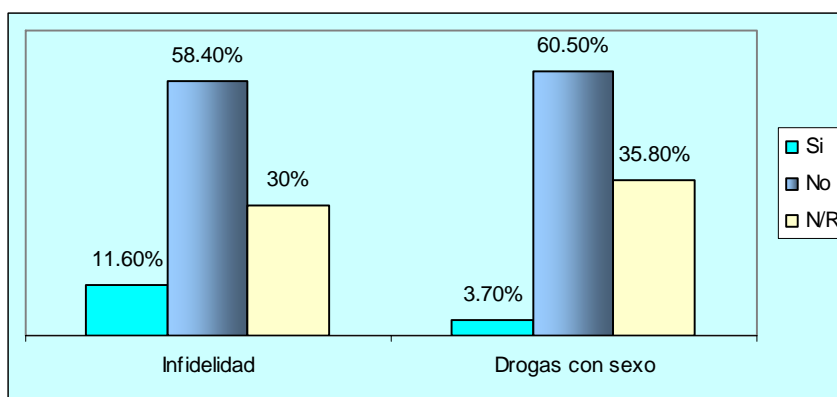
En relación al sexo seguro y la monogamia, 109 estudiantes (57.2%) consideran que son formas de prevención eficaces contra el VIH; y 32 (16.9%) mantienen actitud negativa hacia el uso del preservativo y la fidelidad; 49 (25.8%) se sienten confundidos al respecto.

d) Prácticas.

Se les preguntó a los estudiantes algunos aspectos sobre sus prácticas sexuales y los resultados son los siguientes:

Con respecto al inicio de la vida sexual, 69 estudiantes (36.3%) comenzaron entre los 15-19 años; 60 (31.6%) después de los 20 años; 4 (2.1%) entre los 10 y 14 años y 57 (29.9%) no respondieron.

Prácticas de riesgo para adquirir VIH/SIDA de los estudiantes de quinto año de las carreras que ofertan la UNAN-FAREM Estelí en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2007.



Se les preguntó si alguna vez habían sufrido una ITS y 141 estudiantes (74.2%) refirió que no; 17 (8.9%) dicen que sí y de estos 17 estudiantes solamente 13 (76.4%) recibieron tratamiento de los cuales solo la pareja de 10 (76.9%) fue tratada.

De los 190 estudiantes 22 (11.6%) confesó haberle sido infiel a su pareja; 111 (58.4%) refieren ser fieles y 57 (30%) no respondieron.

Respecto al uso de protección en sus relaciones sexuales, 59 estudiantes (31.1%) refieren que siempre utilizan protección; 44 (23.2%) manifiestan que nunca se protegen; 32 (16.8%) dicen que ocasionalmente; 21 (11.1%) refieren que utiliza protección según el tipo de persona y 34 (17.8%) no respondieron. (Ver tabla N° 7)

En relación al tipo de protección que utilizan contra el VIH/SIDA, 86 estudiantes (45.3%) utilizan preservativo; 30 (15.8%) usan anticonceptivos; 17 (8.9%) no utilizan ningún tipo protección; 4 (2.1%) usan toallitas de látex; 2 (1.1%) usan antibióticos y 51 (26.8%) no respondieron.

Practicas de riesgo para adquirir VIH/SIDA de los estudiantes de quinto año de las carreras que oferta la UNAN-FAREM Estelí en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2007.

Opciones	Nº	%
Inicio de vida sexual		
15 a 19 años	69	36.3
> 20 años	60	31.6
10 a 14 años	04	2.1
N/R	57	29.9
Total	190	100
Uso de protección		
Siempre	59	31.1
Nunca	44	23.2
Ocasionalmente	32	16.8
Según la persona	21	11.1
N/R	34	17.8
Total	190	100
Tipo de protección		
Preservativo	86	45.3
Anticonceptivos	30	15.8
Ninguno	17	8.9
Toallitas de látex	4	2.1
Antibióticos	2	1.1
N/R	51	26.8
Total	190	100
Prácticas sexuales		
heterosexuales	129	67.9
Bisexuales de predominio heterosexual	8	4.2
Homosexuales	7	3.7
Bisexuales de predominio homosexuales	3	1.6
N/R	43	22.6
Total	190	100

Según el tipo de prácticas sexuales, 129 estudiantes (67.9%) refieren tener practicas heterosexuales; 8 (4.2%) refieren ser bisexuales pero de predominio heterosexual; 7 (3.7%) refieren tener prácticas homosexuales; 3 (1.6%) son bisexuales pero de predominio homosexual y 43 estudiantes (22.6%) no responden.

Técnicas sexuales de los estudiantes de quinto año de las carreras que oferta la UNAN-FAREM Estelí en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2007.

Técnicas sexuales	Nº	%
Sexo vaginal	87	45.8
Sexo oral y vaginal	36	8.9
Sexo vaginal y anal	11	5.8
Sexo oral	5	2.6
Sexo anal	1	0.5
N/R	50	26.3
Total	190	100

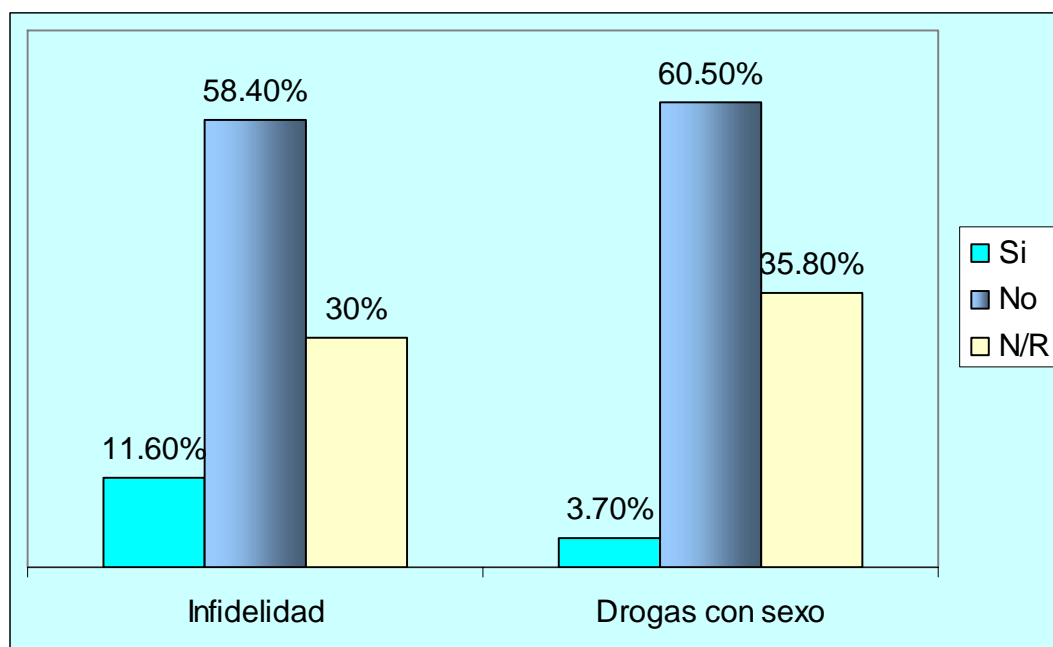
Se preguntó que tipo de técnicas sexuales practicaban y 87 estudiantes (45.8%) respondió sexo vaginal; 36 (8.9%) tienen sexo oral y vaginal; 11 (5.8%) sexo vaginal y anal; 5 (2.6%) tienen sexo oral solamente; 1 (0.5%) sexo anal y 50 (26.3%) no responden.

Número de parejas sexuales en 1 año en los estudiantes de quinto año de las carreras que oferta la UNAN-FAREM Estelí en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2007.

Opciones	Nº	%
Una pareja	107	56.3
Ninguna	25	13.2
2 a 4 parejas	14	7.4
> 5 parejas	4	2.1
N/R	1	0.5
Total	190	100

Con respecto al número de parejas sexuales en el último año; 107 estudiantes (56.3%) refieren que solamente ha tenido una pareja sexual, 25 (13.2%) manifestó que ninguna; 14 (7.4%) responden que de 2 a 4; 4 (2.1%) más de 5 parejas y 1 estudiante (0.5%) no respondió.

Prácticas de riesgo para adquirir VIH/SIDA de los estudiantes de quinto año de las carreras que ofertan la UNAN-FAREM Estelí en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2007.



Al preguntarles si han utilizado drogas o alcohol en situaciones donde puede haber intercambio sexual, 115 estudiantes (60.5%) refirió que no; 7 (3.7%) dijo que sí ha estado expuesto y 68 (35.8%) no respondieron.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

De acuerdo a los resultados de esta investigación se plantea lo siguiente:

La mayoría de estudiantes son mujeres solteras entre 21 y 25 años de edad del área urbana del departamento de Estelí, lo que coincide con el último censo sociodemográfico, en el que queda claro que la mayoría de la población estudiantil en Estelí son de sexo femenino y debido a factores socioculturales y económicos; los estudiantes del casco urbano tienen mayores y mejores posibilidades de entrar a la universidad y culminar una carrera universitaria.⁽¹⁶⁾

Un poco más de la mitad de los estudiantes tienen conocimientos básicos sobre el VIH/SIDA; el germen causal; la historia natural de la enfermedad lo que coincide con otros estudios; en donde la población de estudio tiene nociones básicas sobre la enfermedad.^(4, 25, 26) pero en este estudio los encuestados son prácticamente profesionales, no son estudiantes de secundaria por lo tanto el nivel de conocimientos al respecto deberían ser mayores.

Confiesan haber obtenido información sobre VIH principalmente a través de la televisión seguido de los maestros/as, radio; periódicos, amigos, personal de salud e internet lo cual es explicable debido a poca accesibilidad que tiene la población estudiantil a los servicios de salud; así también el atraso cultural y dificultad de acceso a información nueva y actualizada probablemente por la falta de recursos económicos, falta de acceso a tecnología moderna o bien por no poseer la capacidad de manejar un equipo computarizado.

La mayoría de los estudiantes sabe que las principales vías de transmisión son las relaciones sexuales desprotegidas, el uso de agujas contaminadas y las transfusiones sanguíneas; la mitad de estudiantes creen que el VIH no se transmite a través de la leche materna, aproximadamente la quinta parte de los estudiantes considera que el VIH/SIDA se transmite por piquetes de mosquitos, besos, abrazos, lágrimas, sudor, estornudos, por compartir los mismos cubiertos y servicios higiénicos; distintos autores refieren que las vías efectivas de transmisión son tres: vía parenteral, sexual y vertical; los insectos y los contactos casuales no son consideradas vías efectivas.^(2,5,8,15,22) Estos resultados probablemente se deben a que los estudiantes están obteniendo información de múltiples fuentes de comunicación, en muchas ocasiones incorrecta y sin respaldo científico; lo que está confundiéndolos y obligándolos a tomar una actitud errónea hacia la enfermedad y las personas portadoras de VIH.

Más de la mitad de los estudiantes consideran que son manifestaciones clínicas del VIH/SIDA, la pérdida de peso, fiebre, los exantemas en la piel y la diarrea; lo que ignoran es que el VIH/SIDA no tiene un patrón clínico; que no todos los pacientes presentan el mismo inicio sintomatológico, esto va a depender del órgano o sistema inmunocomprometido, porque el VIH/SIDA también provoca neoplasias a distintos niveles y afectación del sistema nervioso central.^(2,15,22)

Los estudiantes saben que la única manera de confirmar que un paciente es seropositivo es a través de una prueba de laboratorio pero la mitad de ellos ignoran que la prueba está disponible de forma gratuita en la mayoría de unidades de salud del MINSA; en países con servicios de salud más eficientes se ofertan pruebas de VIH gratuitamente, se promocionan en todos los medios de comunicación, sin poner tantos obstáculos a quienes desean hacerse la prueba. En nuestro país se está dificultando el diagnóstico de pacientes seropositivos e incrementando el subregistro, lo que significa que los servicios de salud no son suficientes. ^(11,17)

Los estudiantes creen que haciéndose la prueba de 3 a 6 semanas después de haber tenido relaciones sexuales riesgosas van obtener un resultado confiable, pero la bibliografía refiere que si la vía de transmisión fue sexual el período de ventana se extiende a 8 a 12 semanas y a veces más, por lo que se recomienda repetirse la prueba 6 meses después de la exposición de riesgo. ^(2, 11, 15, 22)

Casi la mitad de los estudiantes no saben que existe tratamiento antirretroviral para mejorar y prolongar la vida de los pacientes que conviven con el VIH; lo que les ha permitido vivir durante muchos años; desde que se descubrió el VIH se ha estado estudiando múltiples terapias antirretrovirales, encontrándose que las terapias combinadas son de mayor efectividad lo que se ha denominado tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), se está utilizando desde 1995, sin embargo se sigue investigando y probando nuevos fármacos, que permitan ofrecerle al paciente mejor calidad de vida y menos reacciones adversas ^(5,15)

Con respecto a las principales formas de prevención casi el total de estudiantes considera que la monogamia, la abstinencia y el uso de preservativos de forma consistente y adecuada son las mejores herramientas para hacerle frente a esta epidemia, lo cual coincide con las recomendaciones que la bibliografía proporciona. ^(1,6, 9)

Se estudio también la actitud de los estudiantes hacia ciertos grupos sociales de riesgo y algunas situaciones de interés obteniendo los siguientes hallazgos:

Los estudiantes no compartirían espacios y relaciones amistosas con personas seropositivas; y tampoco permitirían que sus familiares tuvieran algún tipo de relación con estas personas, lo que nos hace concluir que tienen actitudes negativas en este aspecto. Este resultado coincide con otros estudios quienes argumentan que se debe a vacíos de información en los jóvenes y falta de solidaridad con las personas que conviven con el VIH, lo que nos lleva a concluir que este país no es la excepción del caso y hay mucho trabajo de sensibilización social que realizar. ^(10, 13, 21)

La mayoría de los estudiantes considera que todas las prostitutas son seropositivas, en este caso persiste la actitud negativa y cierto grado de desinformación, debido a que existen en el país múltiples organizaciones gubernamentales y no gubernamentales como MINSA, IXCHEN, fundación Felipe y Mary Barreda, la casa de la mujer Mercedes Rosales... que se encargan de

brindar consejería sobre los métodos de protección, pruebas de VIH cada 6 meses y distribución de preservativos para todas ellas; por lo tanto algunas son seropositivas, no todas, al menos en lo que respecta al VIH/SIDA. ⁽¹⁷⁾

Un alto porcentaje de estudiantes tienen una actitud negativa hacia los HSH, esta manera de pensar tiene su origen en 1981 debido a que los primeros casos de VIH/SIDA fueron descubiertos en hombres homosexuales; por lo que persiste el estigma, pero con educación, información y evolución esta actitud ha mejorado en países desarrollados ^(13,21) pero en este estudio ocurre lo contrario, en el que los estudiantes universitarios y prácticamente profesionales son los que poseen un nivel superior de información al respecto, y sus actitudes hacia HSH son negativas, lo que significa que la discriminación a otros niveles o estratos es superior

Con respecto a la susceptibilidad y vulnerabilidad ante el VIH/SIDA, un poco más de la mitad de los estudiantes es conciente y sabe que cualquiera podría ser el próximo, el VIH no tiene rostro, ni sexo, ni credo religioso y asumen una actitud positiva y responsable al buscar asesoría médica de inmediato en caso de resultar contagiados, pero un alto porcentaje se siente aterrorizado de llegar a infectarse y prefiere pensar que nunca les va a tocar, hasta cierto punto es explicable que muchas personas cierren sus ojos y creen que el VIH no los va alcanzar; pero lo importante es nunca bajar las armas y conservar siempre una actitud responsable con las medidas de prevención,

La mayoría de estudiantes mostró una actitud dudosa al tratar de comprender que combinar licor, drogas y sexo incrementa fuertemente sus posibilidades de adquirir el VIH/SIDA, así también en relación al uso de preservativos y la monogamia; un poco más de la mitad de los encuestados saben que estas medidas preventivas son seguras y les da la confianza que necesitan lo que concuerda con estudios similares ^(21, 26, 28), pero es alarmante pensar que la otra mitad de estudiantes no utilizan el preservativo de forma regular, donde puede estar el origen del abrupto incremento de la tasa de incidencia del VIH en Estelí.

Con respecto a las prácticas de riesgo de los estudiantes se concluye lo siguiente:

La mayoría de los estudiantes comenzó su vida sexual después de los 15 años; lo que comparado con otros estudios no supone tanto riesgo pero visto de otro punto de vista; los estudiantes comienzan temprano su vida sexual y se conservan solteros aproximadamente durante 1 década lo que los expone a cambiar de parejas con mayor frecuencia y por tanto aumentan el riesgo de adquirir VIH. ^(26, 27)

Tres cuartas partes de los estudiantes nunca han sufrido una ITS, lo que coincide con una cuarta parte de estudiantes que refiere nunca haber utilizado métodos de protección; lo que no concuerda es que la mayoría de los estudiantes son mujeres y según la bibliografía entre los 20 a 25 años ya deberían haber experimentado al menos 1 episodio de ITS si iniciaron su vida sexual a los 15 años. ^(1, 2, 17)

Los estudiantes en su mayoría tienen actitud positiva hacia la fidelidad y el uso de preservativos, pero en la práctica un bajo porcentaje utiliza preservativo regular y

consistentemente para prevenir el VIH/SIDA, así también un porcentaje significativo cree que con anticonceptivos y antibióticos se esta protegiendo; lo que los pone en situaciones de alto riesgo. Un alto porcentaje de estudiantes no combina drogas, licor y sexo, por que saben que los hace más vulnerables y no les permite decidir con responsabilidad, lo que disminuye significativamente las posibilidades de adquirir el VIH ya sea por vía sexual o parenteral debido a que están previendo riesgos. ^(2,5)

La mayoría de los estudiantes tiene prácticas heterosexuales y uno de cada 10 estudiantes tiene prácticas bisexuales u homosexuales; No se encontró estudios similares, pero las cifras son más altas de lo esperado y si se relacionan todos aquellos que no contestaron probablemente la cifra incrementaría, lo que significa que los estudiantes sí están teniendo prácticas de alto riesgo. En cuanto a las técnicas sexuales, tres cuartas partes de los estudiantes tienen prácticas vaginales, una minoría muy significativa tiene prácticas anales, la que están catalogada como una práctica de alto riesgo.

CONCLUSIONES:

- Los estudiantes tiene conocimientos básicos sobre VIH/SIDA pero de una manera muy superficial y les hace falta información sobre las vías que no se transmite el VIH, las manifestaciones clínicas, desconocen que la prueba es gratuita y accesible y que existe tratamiento para prolongar y mejorar la calidad de vida de las personas que conviven con la infección.
- Las actitudes de los estudiantes son positivas con respecto a la monogamia, la autoinfección, pero respecto a los hombres que tienen sexo con hombres, a las prostitutas y a las personas que conviven con el VIH/SIDA tienen actitud negativa y hacia el hecho de combinar licor o drogas con situaciones donde pudiese haber intercambio sexual no tienen una actitud definida.
- Pocos estudiantes tienen antecedentes de ITS, lo que respalda parte de su conducta sexual. En relación al número de parejas y la fidelidad, las prácticas de riesgo para adquirir VIH son mínimas, pero respecto al uso del preservativo regular y consistentemente, a las prácticas homosexuales, las prácticas de riesgo son altas.

RECOMENDACIONES:

- Que se haga mayor promoción en salud orientada al VIH/SIDA a través de los distintos medios de comunicación, enfatizando en las formas que no se transmite el virus, manifestaciones clínicas, el diagnóstico y tratamiento.
- Que se realicen ferias de salud para realizar la prueba de VIH a todas las personas interesadas y la divulgación de los mecanismos utilizados por el MINSA para realizarse la prueba en las unidades de salud y evitar así la propagación de la enfermedad.
- Se debe comenzar a hacer conciencia en las personas que el VIH puede afectar a cualquiera, y por lo tanto no hay razón para discriminarlos, al contrario hay que apoyarlos para seguir luchando contra su enfermedad.
- Que se distribuyan preservativos de forma gratuita en distintos lugares públicos como universidades, cinemas, discotecas, restaurantes, moteles, hospedajes, etc. en donde estén al alcance de quien los necesite.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguado García JM, Aguilar Bascompte J, Aguirre Errasti C, et al. Medicina interna Farreras Rozman. 14ª edición. Ediciones Harcourt. 2000.
2. Akiskay HS, Albert KA, Alexander Jk, et al. El Manual Merck. 10ª edición. Ediciones centenario. 1999.
3. Burns N, Grove SK. Investigación en Enfermería. 3ª ed. Ediciones el Servier. España. 2004.
4. Caballero Hoyas R., Villaseñor Sierra A., Hidalgo A. Fuentes de información y su relación con el grado de conocimientos sobre SIDA en adolescentes de México. Agosto. 1997.
5. Cardoso Moreno, M. J. VIH 2004. www.hiv.net
6. Carey RF, Herman WA, Retta SM, et al. Effectiveness of latex condom as a barrier to VIH sized particles under conditions of simulated use. sex transmission diseases 1992; 718: 230-234.
7. Cefas S. Flores A, Páramo Santamaría R. Análisis de la situación social y económica de la juventud nicaragüense. Proyecto MECOVI//PNUD /Nic/98/004- INEC Marzo, 2001.
8. Center for Diseases Control and Prevention. AIDS Education Global and Information System. Department of Health and Humans Service, 1999. <http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/index.htm>
9. Center for Diseases Control and Prevention CDC. Condoms for prevention of sexually transmitted diseases. MMWR 1988; 37: 133-134.
10. Cortés Alfaro A, García Rocha R, Fullerat A, et al. Instrumento de trabajo para el estudio de las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA en adolescentes.
11. Fisher S, Reinolds H, Jacobson I. Asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH para jóvenes. Manual para prestadores de servicios. Family Health Internacional, Youthnet /PPF/RHO 2006.
12. Gandhi M, and the division of infection diseases. Medline plus, enciclopedia médica en español/ SIDA. UCSF, San Francisco, California.
13. Green Casaya I, Alvarado A. Identificación de conductas y prácticas en relación al VIH/SIDA en la población HSH en ocho departamentos de Nicaragua, Agosto- Octubre, 2004. Managua, Nicaragua, 2005.

14. Matuz Lacayo, Gregorio. Toruño Toruño, Arnoldo. Estudio de Conocimientos, actitudes y prácticas de trabajadoras comerciales del sexo, en relación al VIH/SIDA, en nueve departamentos de Nicaragua. Octubre, León, 2004.
15. Hernández de Canales F, Alvarado EL, Pineda EB. Metodología de la investigación. 2^{da} ed. Ediciones PALTEX N^o 35. OMS. OPS. 1994
16. Hoffman-Rockstroh-Kamps. HIV Medicine 2005. París, Cagliari, Wuppertal, Sevilla // Flying Publisher. 2005. www.HIVMedicine.com.
17. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). VIII Censo de Población y IV de Vivienda. Cifras Oficiales, 2005. www.inec.gob.ni.
18. MINSA, Vigilancia Epidemiológica. Programa de ITS y VIH/SIDA., Nicaragua, 2004
19. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia Mundial del SIDA. Cuarto reporte mundial, Julio, 2004. www.unaids.org
20. Organización Panamericana de la Salud (OPS). El control de las enfermedades transmisibles, 18^a edición. Washington. DC: OPS; 2005. (Publicación Científica y Técnica No. 613).
21. Rev. Cubana med trop, La Habana. Enero-Abril 2000, vol.52, n.1, p. 48-54, issn 0375 0760
22. Rodríguez M A, Mayorga R, Álvarez S, García A, Foreit K, Núñez C. Estudio de las conductas sexuales, las normas sociales, los derechos humanos y los contextos de riesgo de infección de VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Ciudad de Guatemala. 2002.
23. Teixidor JR, Guardia Massó J, Aguirre Errasti C, et al. Medicina Interna. MASSON, 1997, www.masson.es.
24. Toledo Herio de J, Navas Pinzón J, Navas Pinzón L et al. Los Adolescentes y el SIDA. Rev. Cubana med trop. Mayo- agosto. 2002, Vol.54, n.2, p.152- 157.
25. Trussel J, Warner DL, Hatcher R, et al. Condom Slippage and Breakage Rates. Fam Plann Perspect 1992; 24: 20-23.
26. Valdespino J, García M L, del Río Zolezzi A. Manual de encuestas sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas. (CACP) sobre SIDA y ETS. Financiado y elaborado por CONASIDA, OPS, OMS.
27. Vargas Gonzáles A, Nájera Pérez M. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo sobre ITS y VIH/SIDA en una población de 15 - 49 años en los Municipios de Terrabona y Chinandega. Junio - Diciembre del 2003. León, Nicaragua, 2004

28. Vera Lina M, López N, Orozco L C, Caicedo P. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes. Bucaramanga, Colombia, 1999
29. Wigersma L, Oud R. Safety and Acceptability of Condoms for use by Homosexual Men as a Prophylactic against Transmission of VIH During Anogenital Sexual Intercourse, Br Med J 1987; 295: 94

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

El objetivo de la siguiente entrevista es recolectar información sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VIH/SIDA en estudiantes de quinto año de las distintas carreras que oferta la UNAN - FAREM de Estelí, con fines meramente científicos.

I. DATOS GENERALES: Encierre en un círculo la opción correcta.

Nº. Encuesta: _____.

A) Carrera: _____

B) Edad en años:

a) 21 a 25 b) 26 a 30 c) 31 a 35 d) 36 a 40 e) Mayor de 40

C) Sexo: a) Masculino b) Femenino

D) Procedencia: a) Urbano b) Rural

E) Municipio: _____ Dpto. _____

F) Estado Civil:

a) Soltero/a b) Casado/a c) Acompañado/a d) Divorciado/a
e) Otros. Especifique: _____

II. CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA. Responda según usted crea conveniente.

A. Qué significa la palabra S.I.D.A.?

B. Qué significa VIH?

C) Conoce usted la diferencia entre ser portador (seropositivo) y tener SIDA?

- a) No.
b) Si, explique

D) El SIDA es producido por:
 a) Hongos b) Bacterias c) Virus d) Parásitos e) No sabe.

E) Cuánto tiempo tarda en manifestarse la enfermedad después de haberse infectado por el VIH:
 a) Menos de 1 mes b) 6 meses c) 1 año d) 5 años
 e) Depende del estado inmunológico del paciente f) No sabe.

Marque con una X para cada opción según crea conveniente

F) Señale todas las fuentes de dónde ha obtenido usted información sobre VIH/SIDA?

Fuentes	Si	No
Maestros/as.		
Televisión.		
Amigos/as.		
Periódicos.		
Padres.		
Personal de salud.		
La radio.		
Líderes religiosos.		
Internet.		
Otras. Cuales?		

G) De que manera se contagia el VIH?

Alternativas	Si	No	No sabe
Relaciones sexuales.			
Piquetes de mosquitos			
Compartir servicios higiénicos y baños			
Transfusiones sanguíneas			
Leche materna			
Tos/ Estornudos			
Besos			
Relaciones sexuales casuales con condón			
Lágrimas y sudor			
Uso de agujas contaminadas			
Darse un abrazo			
Utilizar los mismos cubiertos			
Compartir las hojas de rasurar			

H) Algunos de los signos y síntomas del VIH/SIDA son:

Alternativas	Si	No	No sabe
Pérdida de peso.			
Fiebre.			
Diarrea persistente			
Sudoración nocturna			
Moniliasis bucal o gusanillo			
Dolor abdominal.			
Verrugas/ Ulceras genitales.			
Demencia o locura.			
Exantemas o manchas rojas en la piel.			
Gomas axilares, inguinales y en el cuello			

I) Cuánto tiempo debe esperar después de haber tenido sexo con una persona VIH positiva para que la prueba resulte positiva?

- Inmediatamente.
- De 3-6 semanas.
- De 8- 12 semanas.
- Aprox. 10 años.
- No sabe.

J) De qué manera se previene la infección del VIH/SIDA?

Alternativas	SI	NO	No sabe
Practicando la abstinencia sexual.			
Teniendo sexo con una sola persona			
Teniendo relaciones homosexuales promiscuas.			
Teniendo relaciones heterosexuales promiscuas.			
Utilizando siempre un condón.			
Teniendo solamente sexo oral.			
Practicando la masturbación solitaria.			
Teniendo relaciones casuales sin condón			

K) La manera de saber si estás infectado por el VIH/SIDA verdaderamente es a través de:

- Los signos y síntomas que presentas.
- Los hallazgos del médico al examinar al paciente.
- Los resultados de laboratorio de una prueba de sangre para este fin.
- Otras. Especifique. _____
- No sabe.

L) Está disponible de forma gratuita la prueba de VIH en el MINSA para casos sospechosos?

- Si.
- No.
- No sabe.

- M) Existe tratamiento para prolongarle la vida a los que conviven con el VIH/SIDA?
 a) Sí b) No c) No sabe.

III. ACTITUD FRENTE AL VIH-SIDA.

Marque con una X en cada casilla según su grado de acuerdo en donde **TA/** Totalmente de acuerdo; **A/** De acuerdo **D/** Duda ; **DS/** Desacuerdo; **TDS/** Totalmente en desacuerdo

AFIRMACIONES DECLARATIVAS	GRADO DE ACUERDO				
	(1) TA	(2) A	(3) Duda	(4) DS	(5) TDS
Nunca permitiría que un hijo/a mío compartiera el salón de clases con un niño/a VIH positivo.					
No tendría relaciones sexuales con trabajadores/as del sexo porque todos/as están infectados/as con el VIH.					
No me relacionaría con trabajadores/as sexuales porque son irresponsables y nunca se protegen.					
No me agradan los homosexuales porque tienen SIDA					
Cuando combino licor o drogas con sexo me es más placentero					
A veces cuando me paso de tragos tengo sexo con desconocidos/as y sin protección					
Yo nunca me infectaría de SIDA porque soy casado/a					
Las personas VIH positivas me producen repulsión.					
Las personas VIH positivas me producen miedo					
No usaría drogas intravenosas porque corro mucho riesgo de adquirir el VIH/SIDA					
Si me infectara de VIH me suicido.					
No uso condones porque disminuye el placer sexual.					
Si la persona se ve limpia y sana yo no usaría un condón					
Yo uso condones porque disminuyen el riesgo de infección por VIH.					
Mi forma de protegerme es teniendo sexo con una sola persona.					
Como yo me siento sano, no necesito hacerme la prueba del VIH.					

I) Qué tipo de prácticas sexuales tienes?

- a) Sexo oral.
- b) Sexo vaginal.
- c) Sexo anal.
- d) Solo a y c.
- e) Sólo a y b
- f) Sólo b y c
- g) Todas las anteriores.
- h) No responde.

J) Cuantas parejas sexuales has tenido en los últimos 12 meses?

- a) Ninguna
- b) Uno/a
- c) De 2 a 4
- d) 5 o más
- e) No responde.

k) Utilizas drogas o alcohol en situaciones donde puede haber intercambio sexual?

- a) Si
- b) No
- c) No Responde