

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León
Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Medicina



TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICO Y CIRUJANO

**Conocimiento, Estigma y Discriminación sobre
VIH y Sida en personal de salud de Atención
Primaria en el Occidente de Nicaragua 2019.**

AUTORES:

Br. Claudia María Villatoro Gallardo

Br. María Belén Sánchez Ruíz

TUTORES:

William Ugarte Guevara, PhD

Médico-Epidemiólogo

Armando José Matute Moreno, PhD

Médico Internista e Infectólogo

León, 2019



Índice

Resumen.....	3
1. Introducción	4
2. Antecedentes	6
3. Justificación	9
4. Planteamiento del problema	10
5. Objetivos	11
❖ General.....	11
❖ Específicos	11
6. Marco teórico	12
I. Características sociodemográficas de la población en estudio.....	13
II. Conocimiento de VIH y Sida en el personal de salud.	14
III. Nivel de estigma y discriminación sobre VIH y Sida en la población de estudio.	17
a. Estigma	18
b. Discriminación	23
IV. Relación que existe entre las variables sociodemográficas y el conocimiento, estigma y discriminación.....	24
7. Material y métodos.....	29
I. Tipo de estudio:	29
II. Lugar de estudio:	29
III. Periodo de estudio:	29
IV. Población:.....	29
V. Fuente de datos e instrumento de recolección de datos:	30
VI. Procedimiento de la recolección de datos:.....	31
VII. Análisis:.....	32
VIII. Operacionalización de las Variables:	34
XI. Aspectos éticos:.....	36
8. Resultados	37
9. Discusión.....	43
10. Conclusiones.....	47
11. Recomendaciones	49
12. Referencias bibliográficas:	50
13. Anexos.....	55



Resumen

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento, estigma y discriminación sobre VIH y Sida en personal de salud de atención primaria en el Occidente de Nicaragua en el periodo de Abril-Julio del año 2019.

Diseño metodológico: Se realizó un estudio de corte transversal tipo CAP. Nuestra población final estuvo compuesta por 148 de 207 participantes en el departamento de León. En el caso del departamento de Chinandega, nuestra población final estuvo compuesta por 175 participantes de 212 trabajadores en el cual 323 trabajadores de la salud decidieron participar de forma voluntaria y los datos fueron obtenidos usando una encuesta estructurada a partir del instrumento estandarizado por USAID.

Resultados: La mayoría de la población entrevistada están entre la edad de 25-34 años, las mujeres representan el grupo predominante en ambas áreas de estudio. Los trabajadores del personal de la salud demostraron un conocimiento suficiente en aspectos relacionados con la transmisión del VIH sin embargo en lo que se refiere al conocimiento sobre el marco legal que protege a las personas con VIH y Sida y las responsabilidades del personal de salud se encontró un conocimiento insuficiente. Los resultados demuestran una fuerte asociación estadística entre el estigma y la discriminación y ser joven, mujer, del departamento de León, con experiencia laboral menor a 11 años y tener conocimiento insuficiente relacionado al VIH.

Conclusiones: El nivel del conocimiento influye en las practicas de los encuestados y una buena actitud influye en desarrollar una buena practica sin embargo una buena practica esta en dependencia hoy en dia en mitos, creencias y sobre todo el miedo a tatar con personas con VIH y Sida lo que impide en brindar una atencion medica de calidad a estos pacientes aun teniendo el conocimiento suficiente acerca de esta enfermedad y la forma de su contagio es por eso que es necesario tomar medidas para poder radicar con estos mitos y sobre todo el miedo al contagio, asi evitar practicas estigmatizadoras y discriminatorias que pueden provocar daños fisicos y psicologicos que son irreversible para esta poblacion.



1. Introducción

El Sida es una enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Desafortunadamente, el VIH produce la destrucción de la capacidad del organismo para combatir diversas infecciones y enfermedades que en ausencia de tratamiento pueden generar la muerte (1). Según datos de ONUSIDA se han estimado desde el inicio de la epidemia hasta la fecha en promedio 75 millones de personas infectadas. Desde el primer caso confirmado, las víctimas acumuladas superan los 35,4 millones. Esta situación fue más manifiesta en las primeras dos décadas de la epidemia debido a falta de tratamiento oportuno y consistente.(2-4)

Los trabajadores de la salud tienen la responsabilidad y el compromiso de brindar a todas las personas atención de calidad sin discriminación alguna. Sin embargo, aún existen mitos y creencias relacionados con el VIH y Sida que llevan a prácticas de estigma social hacia las personas seropositivas y hacia aquellos con sospecha de infección. El estigma por parte del personal de la salud tiene grandes implicaciones en la calidad del servicio que se brinda a estas personas. El rechazo y la discriminación hacen que las personas VIH positivas no acudan oportunamente a los servicios de salud y no reciban el tratamiento cuando lo necesitan. (5)

En conjunto con el estigma, se debe precisar que el diagnóstico de VIH y Sida tiene un impacto negativo en los individuos que ocasiona un desequilibrio físico, psicológico y social. Esto afecta no solo a la persona portadora del virus sino también todo su entorno. Se genera miedo a la muerte con la subsecuente aparición de ansiedad, depresión y aislamiento.(6, 7)

El riesgo de contagio por VIH y Sida debe ser especialmente considerado ya que pueden estar expuestas las personas del campo laboral continuamente a sangre y otros fluidos, Por lo anterior es importante que el personal de salud conozca los mecanismos de contagio del VIH y Sida cumpliendo cabalmente las Normas de Bioseguridad. De igual forma deben de respetar las leyes establecidas para la protección de los pacientes con VIH así evitar estigmatizar y discriminar a esta población.(8, 9)



El VIH y Sida es la enfermedad que mayor repercusión social ha tenido a lo largo de la historia y sigue afectando a millones de personas en todo el mundo. Cada vez acuden más personas a los centros sanitarios, por ello necesitamos profesionales bien formados para poder atender a este tipo de pacientes. Es por ello que a lo largo de nuestra investigación profundizamos sobre el Conocimiento, estigma y discriminación sobre VIH y Sida en personal de salud de atención primaria en el Occidente de Nicaragua.



2. Antecedentes

Al iniciarse la epidemia, en el decenio de 1980, se consideró que las mujeres tenían un riesgo marginal de contraer un virus que aparentemente sólo afectaba a los hombres que tenían relaciones sexuales con hombres, a las profesionales del sexo y a los consumidores de drogas por vía intravenosa (10). Tres años después se incluyó a la población de haitianos considerándose a esta condición como la enfermedad de las 4 H (hemofílicos, homosexuales, haitianos y heroínómanos). (11)

El Center for Diseases Control and Prevention (CDC) de Atlanta, Estados Unidos (41), comunicó un aumento de casos por *Pneumocystis carinii* y de Sarcoma de Kaposi (tipo de cáncer de piel) en hombres menores de 40 años, mayoritariamente homosexuales activos sin vínculos directos entre ellos. Lo que llamó la atención fue que ambas enfermedades nunca habían sido relaciones con ningún cuadro clínico por lo que se interpretó la existencia de un agente infeccioso sexualmente transmisible (12). La enfermedad fue relacionada directamente con hombres homosexuales, titulándola con la célebre y poco feliz denominación de peste rosa.

A partir del año 1982 se comienza a relacionar a la enfermedad con la transfusión de sangre. En Enero se comunica el caso del primer hemofílico afectado. Es por este motivo que el CDC alertó sobre los riesgos que existen con respecto a los bancos de sangre. Se recomendó a homosexuales y a drogadictos que se abstengan de donar sangre.(12) Hasta entonces se pensó que la enfermedad afectaba solamente a hombres, pero en ese mismo año se detectó el primer caso en una mujer. Todos estos casos tenían en común la adicción a la heroína por vía intravenosa. Para Julio de ese mismo año se diagnostica a 19 personas haitianas. (10)

A partir de 1983 aparecen en Europa, Canadá y EUA las primeras normas para el control del VIH/ SIDA; el tema inicial fue la garantía de contar con sangre segura. Para 1984, dos países de América Latina, Chile y Venezuela, tenían sus propias normas de prevención y control sobre el VIH/SIDA. Al año siguiente, México y



Panamá publicaron normas técnicas sobre el VIH/SIDA; le siguieron Guatemala (1986) y El Salvador, aunque con un carácter netamente clínico. En la década de los noventa, se promulgaron en América Latina y El Caribe leyes que normaban la prevención y el control del VIH y Sida, pero éstas eran escasas y presentaban vacíos para la protección de los derechos humanos. (27)

Fue en 1985 cuando se desarrolló la prueba de detección del virus y comienzan las conferencias internacionales. La primera tiene lugar en Atlanta, Estados Unidos. El mundo comienza a tener noción de esta nueva situación emergente. El ministerio de Salud Pública de Estados Unidos da a conocer el primer informe sobre el SIDA en el cual se enfatiza la importancia de los métodos de protección para prevenir el contagio (12). En 1987 se descubre el primer fármaco antirretroviral para tratar la infección, el AZT (zidovudina).(10)

La Declaración de Londres (10,12), que adoptó en 1988 la Cumbre Mundial de los Ministros de Salud sobre los Programas para la Prevención del VIH, fue una de las primeras declaraciones internacionales en reconocer que la discriminación contra las personas infectadas por el VIH y las personas que tienen SIDA y determinados grupos de población y su estigmatización en la salud pública debe evitarse (12). Este principio ha sido reiterado por muchos organismos internacionales desde entonces, incluidas la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS y la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y confirmado por la Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH y Sida, celebrada en 2001. (11,12)

Sin embargo, la evolución en los diagnósticos hizo pensar en que se trataba de una enfermedad infecciosa y fue en 1993 cuando se identificó el virus causante de la nueva enfermedad (11). Es en este momento histórico cuando el acrónimo sida (síndrome de la inmunodeficiencia adquirida) se convierte en el nombre oficial de la enfermedad producida por el VIH. (10)

USAID/PASCA ha venido apoyando desde el año 1998 los estudios de CID/Gallup en población general en los cuales se han evidenciado las actitudes discriminatorias presentes en la sociedad hacia las personas con VIH.(13, 14)



Desde 1999, en Nicaragua se decreta la Ley 238, de “Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA” (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), que garantiza entre otros aspectos, el respeto la vida de la gente portadora del virus. (27)

El Proyecto Calidad en Salud, es un proyecto con financiamiento de USAID, realizó un estudio en el año 2007 en proveedores de salud sobre los niveles de estigma y discriminación presentes en diversas categorías de personal (médicos, paramédicos, administrativos, etc.).(14, 15)

Lo mismo ocurrió en la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009 (16), realizada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Nacional de Estadística donde hombres y mujeres entre los 15 - 59 años, y 49 años mostraron altos índices de estigma y discriminación hacia las ITS, VIH y las personas afectadas.(14, 16)

En el 2009, Visión Mundial en el marco del proyecto del Fondo Mundial realizó una investigación especial sobre el porcentaje de personas con VIH que declaran haber sufrido violaciones a sus Derechos Humanos y que pusieron la denuncia encontrando niveles relativamente altos de violaciones a sus derechos y muy bajo porcentaje de denuncia.(14, 17)

En el año 2010, la Procuraduría de los Derechos Humanos, la Red Legal y su Observatorio de Derechos Humanos, la Alianza de Personas que Viven con VIH la OPS/OMS y ONUSIDA elaboraron el Primer Informe Nacional sobre la Situación de los Derechos Humanos de las personas con VIH y poblaciones en más alto riesgo, en el cual analizaron 313 denuncias correspondientes a los años 2008-2010 (18). Los resultados del informe documenta que del total de las denuncias revisadas el 46.52% fue por violación al derecho a la salud, el 13.16% por el derecho a la vida y la integridad y el 9.0% por igualdad ante la ley.(14, 18)



3. Justificación

El VIH y Sida son una emergencia sanitaria mundial que no es posible manejarlo fácilmente en los entornos caracterizados por sistemas de salud debilitados en infraestructura, procedimientos y conocimientos. El VIH y Sida, así pues, obliga a capacitar y sensibilizar urgentemente a los proveedores de salud en los aspectos relacionados a la atención integral sobre todo con enfoque de derechos humanos, en especial con el derecho a la atención de salud (18, 19). Tanto el estigma como la discriminación representan lo opuesto a este derecho. Ambos aumentan los prejuicios y las desigualdades existentes. Desafortunadamente, debilitan a las personas que ya están socialmente marginadas y estrechamente asociadas con el VIH y Sida. (8, 20)

Dichas prácticas suelen manifestarse a manera de estigma y discriminación. Desafortunadamente surgen como resultado de la falta de conocimiento sobre la enfermedad, creencias, miedos y temor al contagio. Todo esto constituye un gran obstáculo para que las personas practiquen comportamientos protectores como realizarse la prueba de tamización para garantizar un diagnóstico oportuno o adherirse al tratamiento indicado (19, 21). A pesar de ser de suma relevancia la comprensión de estos fenómenos no se ha encontrado estudios en el contexto de Nicaragua.

Por lo tanto, realizar este estudio fue de mucha importancia para identificar la presencia, magnitud del estigma y la discriminación y valorar el impacto de las intervenciones. Se debe hacer consciencia, sensibilizar al personal de salud que realizando prácticas estigmatizadoras y discriminatorias a la población que sufre esta condición provoca daños que pueden llegar a ser irreversibles. Hay que fortalecer los conocimientos para que puedan llegar a ser útil tanto al personal de la salud, estudiantes y otros investigadores, así aportar a que se vaya reduciendo el estigma y discriminación del VIH y Sida en el personal de la salud.



4. Planteamiento del problema

El estigma y la discriminación representan dos de las expresiones históricas más desafiantes del abordaje de la epidemia del VIH y Sida. Están muy arraigadas y se han manifestado profundamente en diferentes niveles de la estructura social, a pesar de todos los logros y progresos en la educación. A nivel institucional el estigma y discriminación se han encontrado en personas de alto nivel de formación como el personal de salud.

La evidencia ha demostrado que la actitud y el comportamiento del personal de salud están más influenciados por los mitos, creencias y emociones que en relación al conocimiento científico. No se ha encontrado evidencia en Nicaragua sobre publicaciones similares que permitan conocer la magnitud de cómo se manifiesta este fenómeno en el personal de salud. Es por lo tanto que hemos formulado la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de conocimiento, estigma y discriminación sobre el VIH y Sida en el personal de salud de atención primaria en el Occidente de Nicaragua?



5. Objetivos

❖ General

Determinar el nivel de conocimiento, estigma y discriminación sobre VIH y Sida en personal de salud de atención primaria en el Occidente de Nicaragua en el periodo de Abril-Julio del año 2019.

❖ Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Evaluar el conocimiento sobre VIH y Sida en el personal de salud.
3. Establecer el nivel de estigma y discriminación sobre VIH y Sida en la población de estudio.
4. Determinar la relación que existe entre las variables sociodemográficas y el conocimiento, estigma y discriminación relacionado al VIH y Sida.



6. Marco teórico

Generalidades

Estigma: En la infección por el VIH es muy difícil desligar los aspectos médicos de los aspectos sociales. Sin embargo, mientras en el ámbito médico se han producido en los últimos años grandes avances que han aumentado mucho la esperanza y la calidad de vida con VIH, estos avances no han reflejado una disminución del rechazo social que suscita la infección (5, 15).

El estigma vinculado al VIH y Sida se en múltiples factores:

- El desconocimiento de la enfermedad.
- Los conceptos erróneos sobre cómo se transmite el VIH.
- La falta de acceso al tratamiento.
- Imposibilidad de curar el Sida.
- Los prejuicios y temores relacionados con diversas cuestiones socialmente delicadas, como la sexualidad, la enfermedad y la muerte y el consumo de drogas.

Discriminación: Muchas personas son discriminadas no solo por tener la infección sino porque se les presupone prácticas de riesgo que no se consideran adecuadas, como las relaciones con su sexualidad, su orientación sexual o su identidad de género. De esta manera surgen la Homofobia y la Transfobia como una forma de violencia y discriminación que fomenta un ambiente inseguro para estas personas alejándolas de los servicios de salud preventivos y de atención establecidas. Vincular a la población Homosexual, Bisexual y Transexual con el VIH-Sida provoca más discriminación cuando lo que realmente provoca la infección por el VIH es el tipo de práctica sexual no protegida (15).

En resumen las actitudes discriminatorias producen efectos tales como:



- Miedo al aislamiento social que en muchas ocasiones aleja a las personas discriminadas de los servicios sanitarios para realizarse una prueba de detección del VIH.
- Limitación de las relaciones interpersonales lo que conlleva de nuevo al aislamiento.
- Actitudes de evitación a las visitas médicas que pueden facilitar la transmisión del VIH por desconocimiento del estado serológico.

I. Características sociodemográficas de la población en estudio.

Población: El estudio estuvo enfocado en el sector de salud en los cuales se van a incluir médicos, enfermeras y laboratorista. Según estudios encontrados el estigma y la discriminación tiene un mayor predominio en los licenciados de enfermería ya que estos están en mayor contacto con dichos pacientes. (28, 29)

Del personal que atienden en el sistema de salud en Nicaragua, el 52.8% corresponde a Médicos varones y 47.2% corresponde a Médicos mujeres. El 7.1% corresponde a Enfermeros y 92.9% a Enfermeras. Los Enfermeros Auxiliares corresponde a 1.4% y el porcentaje de Enfermeras Auxiliares es de 98.6% del total del personal contratado. (3)

Edad poblacional: El rango de edad con el que trabajamos fue de 19-70 años ya que tomamos en cuenta al personal con poca y mucha experiencia. Hemos encontrado evidencias de que debido al poco contacto con pacientes VIH y Sida las edades predominantes para presentar estigma y discriminación oscilan entre 24- 32 años. (22, 23, 28)

Género: Según los estudios que hemos revisados, en los diferentes campos laborales el personal de salud masculino se ha comprobado de que tiende a generar mayor discriminación que el personal femenino. Es de especial interés el análisis de la relación entre sexo y edad. (24)



Sector de la salud: La población que tienen un menor conocimiento o no han tratado con personas con VIH y Sida está más susceptible a tener miedo y por ende estigmatizan y discriminan a dichas personas. En algunos estudios el mayor problema radica en el estrato medio, la capacidad que desarrollan las personas depende del tipo y cantidad de estímulos que reciben dentro del proceso educativo básico, esto puede diferir en función al tipo de centro educativo de procedencia, puede significar poca estimulación y por ende falta del desarrollo de habilidades y capacidades para la formación profesional tomando en cuenta la relación que existe entre el estilo de vida y la salud.(22, 24)

Status laboral: En este caso nos enfocamos en el personal de la salud ya que tienen las bases y herramientas

II. Conocimiento de VIH y Sida en el personal de salud.

El personal de salud debe de mantener un constante estudio y actualización sobre los aspectos relacionados al VIH y Sida para mantener las habilidades necesarias que le permitan tratar este tema de manera abierta y libre de prejuicios. Se comprende que, a mayor conocimiento sobre la enfermedad, habrá menos estigma, pero el miedo neutraliza dichos conocimientos y evita una atención de calidad a estas personas.(24)

a. Conocimientos acerca la legislación.

Según la ONUSIDA, las actividades para combatir el estigma y la discriminación relacionados con el VIH y Sida parecen condenados al fracaso a falta de un marco legal propicio. Las intervenciones contra la discriminación tienen que realizarse en forma simultánea con el establecimiento de un marco legal favorable que comprenda leyes genéricas antidiscriminación que cubran la atención de salud (25). Varios países han aprobado leyes nuevas que prohíben la discriminación



relacionada con el VIH y Sida, que a veces estipulan la conexión entre el VIH y Sida y los derechos humanos, como Costa Rica y Honduras. En lo que a los servicios de salud se refiere, tales leyes confirman generalmente que a las personas con VIH y Sida no se les deben negar atención y tratamientos apropiados y a menudo otras obligaciones, como confidencialidad y tamizaje de los productos sanguíneos. Sin embargo, las leyes también pueden ordenar a los servicios de salud que notifiquen a las parejas de los pacientes VIH positivos, lo cual anula la cláusula de confidencialidad. (2)

Se ha observado que la falta de acceso a los tratamientos antirretrovirales puede ser tanto causa como consecuencia del estigma y la discriminación. En varios países de las Américas se han usado las leyes vigentes para obligar a los gobiernos a reconocer el derecho de las personas que viven con el VIH y Sida al tratamiento antirretroviral gratis, debido a que no pueden pagarlo. En Brasil, el gobierno se comprometió a hacérselo después de protestas vehementes de las organizaciones no gubernamentales; En Costa Rica, Venezuela y otros países, las organizaciones demandaron a los gobiernos para que reconocieran estos derechos y se distribuyeran los medicamentos.(49)

Las leyes que previenen la discriminación contra los hombres homosexuales existen en pocos países, pero pondrían tener efecto importante en la discriminación relacionada con el VIH y Sida en los demás países de América Latina y el Caribe y en otras partes del mundo. Las leyes que protegen a los consumidores de drogas inyectables de la discriminación son más difíciles de implementar, considerando que en la mayor parte de los casos las drogas que se inyectan son ilegales. (26)

b. Conocimientos de las leyes en Nicaragua

La ley número 238 fue la primera que se implementó reglamento que establece las normas de aplicación e interpretación en la promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH y Sida, de la República de Nicaragua. En éste, se garantiza la no discriminación, confidencialidad y autonomía personal de las



personas que viven con VIH y Sida. Las pruebas de VIH deben ser voluntarias y su resultado confidencial. No se podrá revelar el estado serológico de ninguna persona, y el estado se compromete a entregar a la sociedad información científica veraz y relacionada con los derechos humanos y el VIH y Sida. (27)

Pero el 26 de mayo del 2015 surge una nueva reforma la ley 820 garantizando el acceso universal a terapias antirretrovirales, tratamientos para enfermedades oportunistas, condones y otros métodos anticonceptivos para la prevención, priorizando a las personas con VIH y en condición de Sida, poblaciones con mayor vulnerabilidad, riesgo y población en general. Establece que el fundamento de sus disposiciones son el derecho a la vida y la salud, así como los derechos humanos universales, consignados en diversos instrumentos nacionales e internacionales, contenidos en el artículo 46 de la Constitución Política de la República, los principios éticos de no discriminación, confidencialidad y autonomía personal, los cuales deben regir su aplicación y las normas que se deriven de ellas.(9)

c. Conocimientos sobre mecanismos de transmisión y factores de riesgo del VIH en profesionales de salud.

Los profesionales en Costa Rica, Honduras, tienen conocimientos correctos sobre las principales vías de infección. En una publicación sobre conocimientos del personal de la salud respecto al VIH y Sida encontramos que un gran número de los encuestados manifestaron un conocimiento “regular” de las medidas de transmisión del virus. Un 98% contestó correctamente que el virus puede transmitirse al mantener relaciones sexuales sin protección, pero un 96% contestó que esa es la única manera de contraer o infectarse por VIH. Los encuestados indican en un (97,1%) la vía sexual como la más importante para la transmisión del virus. Sin embargo, hay un gran desconocimiento de otros factores de riesgo, como lactancia materna (98%), uso inadecuado de material corto-punzante (82%) y uso de drogas (90,1%). (28, 29)



d. Conocimientos y aplicación de medidas de prevención o bioseguridad durante la práctica clínica

Los profesionales conocen cuándo deben aplicar las medidas de bioseguridad con pacientes infectados. Es importante educar en bioseguridad al profesional para tratar de conocer correctamente cuáles son los principales mecanismos de prevención y qué medidas hay que llevar en caso de accidente con material corto punzante.(30, 31)

En Brasil los profesionales reconocen la legislación vigente como fundamental para ordenar el trabajo cotidiano, fortaleciendo la necesidad e importancia del uso de los equipos de protección individual en los servicios de salud. (28, 32, 33)

e. Necesidad y eficacia de intervención educativa acerca del VIH y Sida.

El personal médico que han recibido cursos de actualización acerca de la enfermedad manifiesta actitudes más favorables hacia los pacientes seropositivos (77%) (34, 35). Es importante educar a los expertos en salud para fortalecer ciertos aspectos sobre la enfermedad y tratar de mejorar la atención con el objetivo de satisfacer las necesidades de salud de las personas infectadas. Las intervenciones educativas logran mejorar el conocimiento de los trabajadores de salud en torno a las leyes existentes sobre VIH y Sida, aspectos sobre bioseguridad y vías de transmisión. A través de la educación es posible modificar los conocimientos y actitudes del profesional de la salud.(28, 31, 32, 35)

III. Nivel de estigma y discriminación sobre VIH y Sida en la población de estudio.



a. Estigma

Con el trabajo de Irving Goffman (1963), lo define como un atributo que desacredita profundamente a la persona, que la contamina y la convierte en alguien manchada, prescindible. Estos, crearon el término estigma para referirse a signos corporales, los signos, consistían en cortes o quemaduras en el cuerpo e indicaban que la persona había cometido un delito grave, era un traidor o un esclavo. La persona se convertía a través de la marca en una persona mancillada, alguien a quien había que evitar, especialmente en los lugares públicos (24) . La psicología social empieza a estudiar el estigma a partir de 1980. (19, 26, 36, 42)

ONUSIDA define el estigma y la discriminación en relación con el VIH como un proceso de desvalorización de las personas que viven o están asociadas con el VIH y Sida. La discriminación se desprende del estigma y se refiere al tratamiento injusto y malintencionado de una persona a causa de su estado serológico real o percibido en relación con el VIH (4, 19). Resultados del reciente estudio de la Sociedad Española Interdisciplinaria del VIH y Sida. Este estudio encuentra, entre otros resultados, que una de cada tres personas en España evitaría el contacto con una persona con VIH y Sida en diferentes escenarios abarcando los sistemas de salud y los de la vida cotidiana.(22)

Encuestas anónimas encontraron que el 40% de las personas con VIH y Sida habían experimentado discriminación como resultado de la infección por el VIH y uno de cada cinco había perdido un lugar para quedarse o un trabajo debido a su estado de VIH. (36)

i. Causas de estigmatización.

El estigma se ha vinculado por mucho tiempo con enfermedades que provocan reacciones emocionales intensas por su relación con la desfiguración y muerte, el VIH y Sida es campo fértil para que el estigma se arraigue. Ante el resultado reactivo a la prueba de VIH se observan diferencias en la respuesta inmediata según el sexo



y la orientación sexual de las personas. Por los signos y síntomas relacionados al sida presentados al momento del diagnóstico, hay dos grupos que viven de forma diferente el estigma asociado al VIH: por un lado están quienes ante la evidencia de signos y síntomas reciben comentarios de personas de la comunidad; y por el otro están quienes, por no tener signos y síntomas que hagan sospechar la presencia del virus o porque fueron diagnosticados en otras regiones del país, no viven el estigma de forma directa pero tienen el temor de ser descubiertos. (24, 43)

El estigma aumenta cuando se ignora el mecanismo de transmisión del VIH, y aumenta el miedo de las personas y las comunidades al contagio por contacto ordinario. El estigma relacionado con las enfermedades se puede reducir mediante la educación. (19, 24, 26, 41)

ii. Funciones de estigmatizar a los otros.

Después del diagnóstico que permite a la biomedicina determinar si una persona es portadora del VIH y Sida, se inicia un proceso de estigmatización bajo la dinámica de oposición normal/anormal, que lleva consigo procesos de inclusión y exclusión tanto espaciales como relacionales que configuran un entramado de sentidos, haciendo percibir al enfermo como el monstruo que ataca a la sociedad. Frente al estigma el individuo que posee el atributo se puede colocar en calidad de desacreditado, en el primer caso el atributo que puede estigmatizar al individuo no es conocido por su grupo, en el segundo el grupo social sabe y conoce del atributo que origina el estigma generando procesos de estigmatización. En este marco, la construcción del estigma, incluye el señalamiento de diferencias significativas entre categorías de personas y mediante dicho señalamiento, su inserción en sistemas o estructuras de poder (42, 44) , Aunque la persona oculte ante su medio la enfermedad, una vez diagnosticada como portadora de VIH o seropositiva queda definitivamente instalada en el imaginario social como un moribundo haciendo referencia a la última y letal etapa. (45, 46)

La teoría integrada de la amenaza señala que el prejuicio surge cuando un grupo se siente amenazado por otro. Las amenazas pueden ser diversas y desde este



enfoque teórico se distinguen cuatro. En primer lugar, la amenaza puede ser realista cuando se percibe que el exogrupo amenaza el bienestar y los recursos del propio grupo. En segundo lugar, puede ser simbólica si se percibe que el exogrupo posee unos valores y costumbres contrarios a los del endogrupo. Otro tipo de amenaza tiene que ver con la ansiedad intergrupala que se produce cuando la persona se siente incómoda y no sabe cómo comportarse en las interacciones con los miembros del exogrupo. Finalmente, los rasgos que componen el estereotipo negativo de un grupo vienen a constituir una amenaza para el endogrupo. Desde este punto de vista, los grupos estigmatizados supondrían algún tipo de amenaza para el grupo mayoritario.(22, 47)

iii. Categorías del estigma.

Cada estigma provoca un grado de rechazo diferente y además ese rechazo se basa en emociones diferentes, las personas con una orientación sexual o identidad de género que se aparta de lo establecido socialmente, como son los homosexuales, las lesbianas o las transexuales, las personas con VIH o las personas usuarias de drogas.(24)

Otras clasificaciones más recientes distinguen entre tres categorías de estigmas: Los estigmas categorizados como físicos tienen en común aspectos como apariencia física, deficiencia física y mental, alteraciones orgánicas y enfermedades. Los estigmas socioculturales se definen por rasgos de etnia o procedencia geográfica, comportamiento desviado, características religiosas, víctimas de conductas desviadas y víctimas de desigualdades sociales. Finalmente, los estigmas psicológicos se identifican únicamente por su alteración mental.(22, 42, 48, 49)

Existe otra clasificación en función de las personas que lo ostentan. Esta clasificación divide el estigma en dos categorías, el estigma declarado y el estigma internalizado (26, 50, 51). El primero de ellos hace referencia a las actitudes sociales y conductas de rechazo, así como a las actitudes discriminatorias hacia las



personas estigmatizadas. Por su parte, el estigma internalizado, se refiere a la interiorización por la persona estigmatizada de las creencias y actitudes negativas que el grupo mayoritario tiene hacia ella y que se traduce en diferentes sentimientos de auto-estigmatización y en conductas de auto-exclusión. (19, 22)

iv. Dimensiones del estigma.

Una de las propuestas de dimensionalidad del estigma es la de Jones. Estos autores identificaron seis dimensiones de las condiciones estigmatizantes: 1) El grado de visibilidad, 2) La dirección de la marca , si se va haciendo más saliente o se va debilitando progresivamente con el tiempo , 3) El grado en que es disruptivo , lo que se refiere al grado en que la característica estigmatizante interfiere con el curso de la interacción interpersonal , 4) Estética , lo que tiene que ver con las reacciones subjetivas a la falta de atractivo del estigma, 5) Origen de la marca estigmatizante , lo que implicaría la responsabilidad personal por el estigma y 6) riesgo , que incluye el peligro percibido de la condición estigmatizante para los otros . (22, 52)

v. Personas afectadas.

El estigma por el VIH y Sida afecta a hombres y mujeres, jóvenes y viejos, ricos y pobres. Involucra a las personas que se sabe que han contraído el virus, como los profesionales del sexo y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, a las familias de los enfermos y a quienes los cuidan.(24, 53).

Personas con hemofilia: En teoría, personas que pueden contraen el virus de productos sanguíneos contaminados, padecen menos estigmatización que las personas infectadas por contacto sexual o inyección de drogas. (24)

Niños: Teóricamente, la estigmatización de los niños infectados por el VIH en el útero es menor que en los adultos. (24)

Pobres: La pobreza aumenta la vulnerabilidad al VIH. La falta de medios económicos puede llevar a relaciones sexuales por dinero o por intercambio y la carencia de educación obstaculiza las actividades de prevención. Con frecuencia,



la compra de condones no está al alcance de los medios de quienes quisieran adquirirlos. Al mismo tiempo, se considera a las personas pobres con VIH irresponsables e incurables. (24,53)

Mujeres: Las mujeres que comercian con el sexo sufren estigmatización en casi todas las sociedades si han contraído el VIH. Ese estigma a menudo se extiende a muchas mujeres que contraen el VIH del esposo o pareja estable el VIH y Sida guarda una correlación tan alta con la promiscuidad que se presume, con frecuencia, que las mujeres con el virus son promiscuas, al margen de su historia sexual.(25, 54, 55)

Hombres homosexuales: La homofobia, que se define como temor, odio o desaprobación de las relaciones sexuales entre hombres y de los hombres homosexuales, es anterior al estigma y la discriminación al VIH y Sida. Las relaciones sexuales entre hombres afectan a estos de dos maneras: falta de servicios y renuencia a acudir a los servicios. Cuando los servicios están disponibles, el estigma y la discriminación relacionados con las relaciones sexuales entre hombres impiden que muchos hombres tengan acceso a la orientación sobre el VIH y Sida, a las pruebas y a los servicios asistenciales(24, 25, 53, 55)

vi. Los efectos del estigma en el plano social.

La exclusión social (6) tiene que ver con el trazado de una frontera moral, una línea que sirve para agrupar a los que tienen reconocidos todos sus derechos y para separarlos de quienes no los tienen. La exclusión social es un concepto complejo y gira en torno a principios de justicia y reconocimiento de derechos. Además puede abarcar diferentes niveles de gravedad. En este sentido, los diversos grupos estigmatizados, dependiendo de sus características, son víctimas de diferentes niveles y síntomas de exclusión social. Desde sufrir molestias cotidianas, como prejuicios sutiles, hasta ser víctimas de expresiones más graves, como la hostilidad manifiesta o la violencia (22, 54,55)



b. Discriminación

El significado original de “discriminar” era observar las diferencias. Sin embargo, con el transcurso del tiempo, la palabra ha adquirido el significado de tomar actitudes activas o pasivas que perjudiquen a personas que pertenecen, o se cree que pertenecen, a un grupo determinado, en particular a un grupo estigmatizado.(24, 43)

La discriminación puede ser legislativa sancionada por leyes o políticas o comunitaria, acción o falta de acción en contextos menos formales, como los lugares de trabajo o los entornos sociales. Asimismo, las normas internacionales también proporcionan definiciones para la discriminación. “La Convención Interamericana sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidades” considera que la discriminación consiste en cualquier diferencia, exclusión o restricción que viole los derechos humanos y las libertades fundamentales de una persona. La discriminación consta de tres componentes: las actitudes discriminatorias, el comportamiento discriminatorio y la discriminación. Los dos primeros se aplican a las personas que están dentro de la norma social; en cambio, el último se aplica a la relación entre los que están dentro de la norma social y los estigmatizados.(22, 24)

- i. Estigma y discriminación relacionados con la infección por VIH y el sida en el escenario de la prestación de servicios de salud.

Se ha señalado con frecuencia que los servicios de atención en salud pueden ser ámbitos donde el estigma relacionado con el VIH y el sida son fuertes(55, 61) . Inicialmente, las actitudes negativas hacia las personas con dicha condición se asociaron con el temor al contagio y a la muerte. (50, 55)

También se desperdicia la oportunidad que tienen los profesionales de la salud para ejercer su papel en la prevención de la enfermedad y en contribuir al bienestar físico, emocional y social de las personas. El estigma y la discriminación dirigidos contra



las personas con VIH y Sida no sólo vulneran los derechos humanos, sino también las obligaciones y los principios éticos de las profesiones de salud. (50, 53)

ii. Cero discriminaciones en la atención de salud.

Las Naciones Unidas designaron el 1 de marzo como Día de Cero Discriminación, después de que el ONUSIDA pusiera en marcha su campaña en favor de la discriminación cero en el Día Mundial de la Lucha contra el SIDA en 2013. Hoy nos centramos en la discriminación cero en los establecimientos sanitarios. La discriminación puede afectar a personas que se considera que corren el riesgo de contraer el VIH y a personas que viven con el VIH. (53)

La OMS, en colaboración con la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, el ONUSIDA y otros asociados, está tratando de garantizar que los trabajadores sanitarios tengan la preparación adecuada para prestar una atención centrada en las personas. Desde el punto de vista colectivo lo que se pretende es acabar con las políticas y prácticas que refuerzan la estigmatización y la discriminación en los establecimientos sanitarios y crear entornos en que las personas accedan a los servicios encargados del VIH sin temor alguno. (53)

IV. Relación que existe entre las variables sociodemográficas y el conocimiento, estigma y discriminación.

El VIH nos está haciendo pensar desde hace 30 años sobre temas que antes no se hablaban como son la sexualidad, la diversidad sexual, la población Transgenero, la promoción de derechos etc. La discriminación y el estigma constituyen dos obstáculos enormes para la prevención y atención eficaz de la epidemia, con graves consecuencias en términos de pérdida calidad de vida para las personas que viven con VIH.(23, 24)



Un estudio sobre denuncias de estigmatización y discriminación hacia personas que viven con VIH realizado en el año 2011 en el marco de las acciones de asistencia técnica y de cooperación entre el Equipo Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH y Sida la Comisión Nacional de Sida – CONASIDA, permitió identificar los lugares donde se ubican estas prácticas discriminatorias (54). Este estudio reveló que el sector de la salud es donde se ha registrado la mayor cantidad de casos de discriminación y estigma hacia personas que viven con VIH. (54, 55)

a. Enfoque basado en los derechos humanos.

El enfoque basado en los derechos humanos es un marco conceptual que desde el punto de vista normativo está basado en las normas internacionales de derechos humanos y desde el punto de vista operacional está orientado a la promoción y la protección de los derechos humanos. En la práctica, este enfoque permite analizar las desigualdades existentes, corregir las prácticas discriminatorias y fortalecer la capacidad de reivindicar derechos. El enfoque de derechos toma como principios la universalidad, la igualdad y la no discriminación, la interdependencia e integralidad de todos los derechos, la participación e inclusión, la rendición de cuentas y el imperio de la ley (54) . Este enfoque consiste en servir de herramienta para identificar y analizar las desigualdades que forman parte de los problemas más importantes del desarrollo para corregir las prácticas de carácter discriminatorio y de las injustas relaciones de poder que dificultan el progreso.(55)

b. Actitud de profesionales de la salud y estudiantes ante el portador del VIH y Sida.

La asistencia a pacientes seropositivos origina elevados niveles de estrés y preocupación por la posibilidad de contraer el VIH, aunque esto funciona como un factor de protección frente a la infección. Un 50,6% de los expertos sentiría un ligero malestar si adaptara su área de atención directamente con pacientes seropositivos, pero esto no originaría una actitud discriminatoria ni tampoco el abandono de su



área de atención. Las actitudes de enfermeros dirigidas hacia pacientes con VIH y Sida han experimentado una ligera mejoría durante los últimos años debido a los conocimientos y actitudes acerca del sexo, educación previa en VIH y Sida y experiencia en el cuidado de seropositivos en comparación con el resto del personal de la salud que predomina el miedo (54,55) . También existe todavía gran proporción de profesionales que exhiben actitudes negativas sustentadas por conocimientos, mitos y creencias erróneas que van en detrimento del cuidado de estos pacientes. (28,49).

c. Adquisición de aptitudes.

Las intervenciones que sólo proporcionan información son menos eficaces para reducir el estigma que las intervenciones que combinan la información con el desarrollo de aptitudes. Las aptitudes que ayudan a los trabajadores de salud a interactuar con los pacientes con respeto y sin discriminación, puede adoptar muchas formas: representación de roles, imaginación y desensibilización en grupos.(53)

d. Prevención del agotamiento.

En algunas ocasiones, el agotamiento es el resultado de intentos para superar el estigma y la discriminación. Sin embargo, puede inadvertidamente transformarse en la causa de discriminación. La intensidad del agotamiento del personal que trabaja con pacientes con el VIH y Sida podría disminuir como consecuencia de la introducción de los tratamientos antirretrovirales, aunque eso todavía no se haya confirmado. (53,54)

e. Cursos de capacitación.

Desde el comienzo de la epidemia, se ha observado que los programas educativos para los trabajadores de salud aumentan sus conocimientos, reducen su aprensión y les dan tranquilidad al trabajar con clientes con el VIH y Sida. En los últimos diez

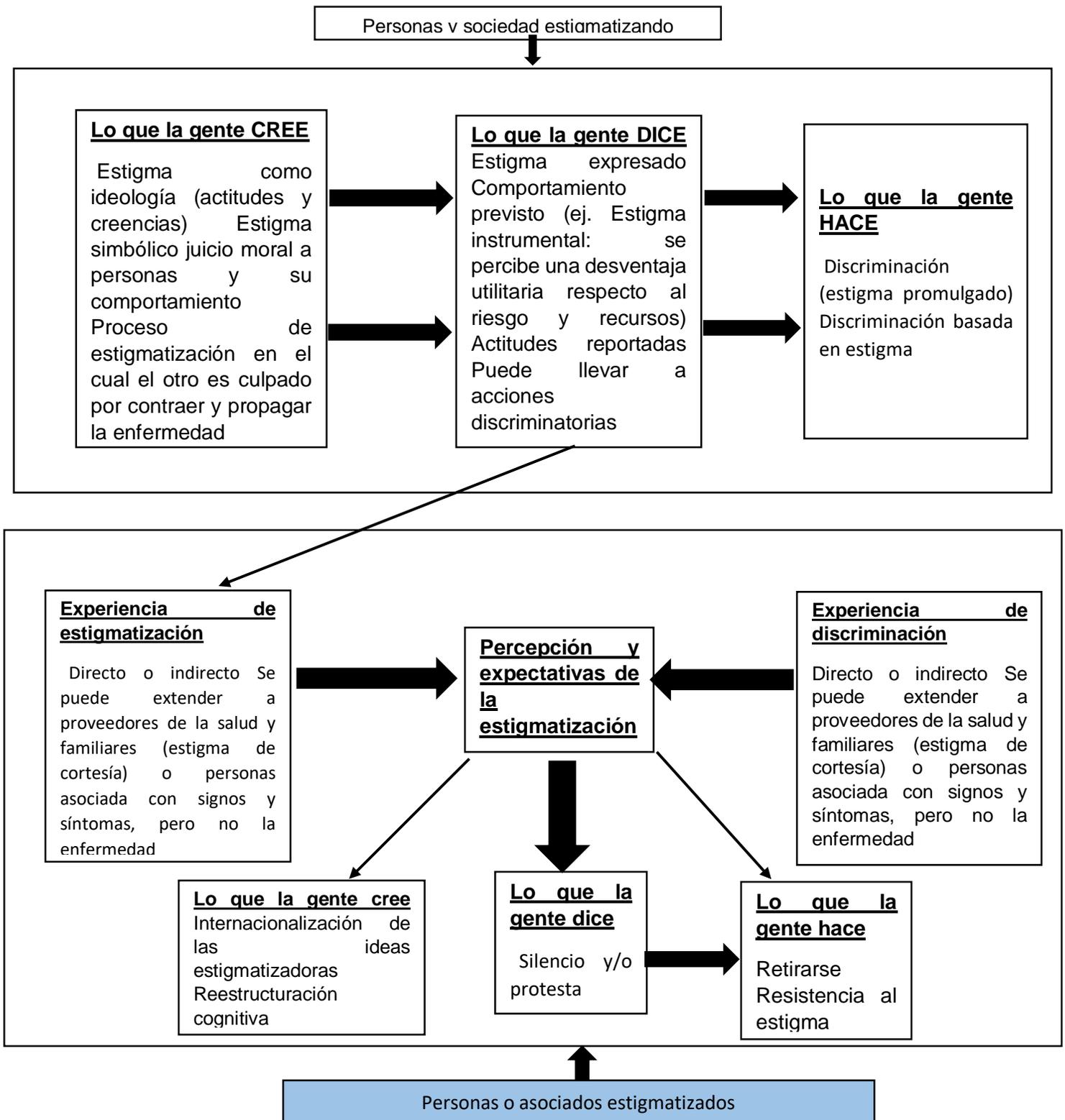


años, se han impartido cursos en varios países: entre ellos, China, Nigeria, Tailandia y en 1993 en los Estados Unidos. (23)

El método de capacitación más común es el taller en el que se usan distintas técnicas, desde conferencias hasta representación de roles a fin de comunicar la información y alentar a los participantes a analizar sus propias actitudes y las de los demás con respecto al VIH y Sida. se desarrollan aptitudes y se enseñan los principios de la confidencialidad y el consentimiento fundamentado.(23)



Como se relacionan los diferentes tipos de estigma y discriminación.



Tomado de: comprendiendo el estigma sobre VIH y Sida (14)



7. Material y métodos

I. Tipo de estudio:

Este trabajo se llevó a cabo mediante un estudio de corte transversal tipo CAP. El estudio tipo CAP nos permitió evaluar el conocimiento de los trabajadores seleccionados. Luego a través de las actitudes a la hora de brindar atención a pacientes con VIH positivos medimos el estigma y con las prácticas la discriminación que desempeñan a la hora de brindar cuidados de salud a la población con VIH y Sida.

II. Lugar de estudio:

El estudio se realizó en el occidente de Nicaragua donde abarcamos los departamentos de León y Chinandega. En ambos departamentos se trabajó con las áreas de atención primaria, incluyendo las áreas rurales y urbanas de tal manera en Chinandega nos extendimos un poco más e incluimos el municipio del Viejo Sur (José Rubí) donde trabajamos con las áreas de atención primaria (centros y puestos de salud).

III. Periodo de estudio:

Abril 2019 - Julio 2019.

IV. Población:

Según el registro reportado por el SILAIS del departamento de León 207 personas conforman el personal que labora en atención primaria. Nuestra población final estuvo compuesta por 148 participantes. En el caso del departamento de Chinandega, nuestra población final estuvo compuesta por 175 participantes de 212 trabajadores reportados. Luego de varias visitas en total 323 participantes decidieron participar de forma voluntaria.



1. *Criterios de inclusión:*

- Médicos, enfermeras, auxiliares, laboratoristas que están en contacto directo con los pacientes.
- Personas con tiempo laboral mayor de 6 meses.
- Que voluntariamente acepten participar.

2. *Criterios de exclusión:*

- Estudiantes de la carrera de la salud.
- Personal administrativo o de limpieza.

V. Fuente de datos e instrumento de recolección de datos:

Fuente de datos: fue primaria ya que procedimos a la búsqueda de los datos mediante una encuesta auto-administrada para evitar sesgos de información y motivar la participación.

Instrumento de recolección de datos: El cuestionario fue elaborado a partir del instrumento estandarizado por USAID (71) para medir en el personal de salud el estigma y discriminación relacionado al VIH y Sida. Inicialmente la versión preliminar fue revisada y aprobada por parte de nuestros tutores y colaboradores voluntarios. La encuesta consta de 4 secciones con preguntas cerradas y de múltiple escogencia (Ver anexo). Las preguntas incluyen desde variables sociodemográficas como edad, sexo, profesión, tiempo laboral, estado civil, y preguntas sobre las manifestaciones de estigma y discriminación.

Finalmente, el instrumento consta de cuatro secciones:

- A. *Datos sociodemográficos*, consta de 11 preguntas.
- B. *Conocimiento relacionado al VIH* (15 preguntas) Mecanismo de transmisión y falsas ideas acerca de la transmisión del VIH (5), Maneras



para prevenir el riesgo de transmisión sexual (5) y Leyes de promoción y protección de las personas con VIH y Sida (5).

- C. *Estigma relacionado al VIH y Sida*, particularmente relacionado al Miedo, Vergüenza, Juicio y Culpa que siente el personal sobre la atención a pacientes con VIH y Sida, consta de (12) preguntas.
- D. *Discriminación relacionada al VIH y Sida*: se abordaron las prácticas discriminatorias incluyendo la divulgación del estado de portador de una persona con VIH o Sida, consta de (9) preguntas.

Antes de la aplicación final del instrumento se desarrolló una prueba piloto en el municipio de Télica con 10 miembros del personal de atención primaria. Con el propósito de obtener información sobre el llenado del instrumento, el proceso de la recolección de información y detectar inconsistencias.

VI. Procedimiento de la recolección de datos:

Inicialmente, solicitamos autorización mediante cartas dirigidas a cada uno de los directores de los SILAIS quienes nos pusieron en contacto con los centros de salud. Nos comprometimos a respetar la confidencialidad de la información, usar adecuadamente los datos y presentar un reporte al final del estudio. También se realizó una solicitud para la aprobación por el Comité de Ética para Investigaciones Biomédicas.

Una vez aprobada la realización de nuestro estudio, visitamos cada uno de los centros y puestos de salud personalmente en horarios que no interfirieron con las labores de los participantes y les explicamos los objetivos, propósito, riesgos y beneficios de la investigación indicando que la participación es voluntaria y anónima. Para tal fin se solicitó su consentimiento informado escrito y una vez que aceptaron participar cada persona llenó la encuesta en dispositivos electrónicos utilizando el programa EpiCollet del Instituto Imperial de Londres. Toda la información recolectada fue exportada a una base en el programa Excel, Windows.



Sin embargo, hacemos énfasis que a la hora que acudimos a cada centro y puesto de salud en ambos departamentos tuvimos algunos inconvenientes con algunos participantes. Debido a la alta demanda de servicios de salud esto produjo atrasos con la disposición a llenar la encuesta por lo que teníamos que volver de nuevo a otra hora e incluso otro día a realizar las encuestas. Además, en este periodo de tiempo estaba latente la epidemia del dengue.

VII. Análisis:

Dado por concluido el periodo de recolección de la información, se procedió a exportar los datos del programa Excell al Programa SPSS versión 20 (IBM, ArmonK, NY, USA) para ser finalmente analizados.

Para describir las características sociodemográficas de los participantes se dividieron en variables cualitativas (sexo, religión, procedencia, profesión) y cuantitativas (edad y tiempo laboral). Para determinar los datos de interés empleamos frecuencias simples para variables cualitativas. Para variables cuantitativas empleamos medidas de tendencia central tales como media y moda así mismo datos de dispersión como desviación estándar, valores mínimos y máximos.

El conocimiento se analizó mediante una escala de conocimiento de 15-ítems. Las cuales midieron el conocimiento funcional en un formato de respuestas Si/No/No sé/Rechaza responder. Para efecto de análisis cruzado cada categoría fue dicotomizado desde (1) = para todas las respuestas correctas y (0) = para las respuestas incorrectas, "no sabe" y "rechaza responder". También para el análisis cruzado la escala de conocimiento se analizó a través de la construcción de un indicador de conocimiento, la suma de los dos puntajes igualmente fue dicotomizado desde (1) = "conocimiento general correcto" si todas las respuestas son correctas y (0) = "conocimiento general incorrecto" si menos del 100% de las respuestas fueran correctas. Las preguntas referentes a Estigmatización y Discriminación se analizaron de acuerdo a las dimensiones específicas. Para Estigma porcentaje de personas que tienen Miedo, Vergüenza, Juicio y Culpa. Se consideró como



presencia de Estigma si alguien refiere manifestar alguna de las anteriores. Lo mismo aplica para Discriminación. Para tal fin se agruparon las repuestas de acuerdo al nivel de acuerdo o desacuerdo.

Estadísticos de tipo frecuencias y porcentajes de todas y cada una de las variables de forma individual, así como de las relaciones de las variables principales conocimiento, actitudes y prácticas sobre el estigma y discriminación sobre VIH y Sida. Se empleó la prueba de Chi Cuadrado con un nivel de significancia estadística para P menor de 0.05. Cada uno de los resultados obtenidos se presentó en cuadros y gráficos. Se utilizó el OR y su respectivo intervalo de confianza para estimar la fuerza de asociación entre las variables que demostraron ser significativas con la prueba de Chi cuadrado.



VIII. Operacionalización de las Variables:

Variable	Concepto	Indicador	Valor
Características Sociodemográficas Edad	Años cumplidos desde que nació una persona hasta el momento del estudio.	Encuesta Sección:1 Ítems :1	Años cumplido de la persona
Sexo	Conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas que lo definen como hombre y mujer.	Encuesta Sección:1 Ítems :2	Hombre (1) Mujer (2)
Procedencia	Se emplea para designar el origen, el comienzo que ostenta algo, un objeto, una persona y del cual entonces procede.	Encuesta Sección:1 Ítems :6	Urbano (1) Rural (2)
Ocupación	Actividad o trabajo que realiza.	Encuesta Sección:1 Ítems :7	Médico (1) Enfermeros (2) Auxiliares (3) Bioanalista (4) Otros (5)
Tiempo laboral	Se contabiliza por el número de horas que el empleado ha de desempeñar para desarrollar su actividad laboral dentro del período de tiempo de que se trate: días, semanas o años.	Encuesta Sección:1 Ítems :8	Menos de 6 meses (1) 6 meses (2) Más de 6 meses(3)



Estado Civil	La relación en que se encuentran las personas que viven en sociedad respecto a los demás miembros de esta misma.	Encuesta Sección:1 Ítems :4	Soltero (1) Casado (2) Otros (3)
Conocimiento	Conjunto de datos o noticias relacionados con algo, especialmente conjunto de saberes que se tienen de una materia o ciencia concreta.	Encuesta Sección: 2 Ítems : 9-25	Correcto (1) Incorrecto (0)
Estigma	De origen griego, significa marca o mancha. Puede describirse como el proceso dinámico de devaluación que desacredita de forma significativa a una persona a los ojos de las demás.	Encuesta Sección:2 Ítems : 25	Presente (1) Ausente (0)
Miedo	Emoción natural que nos protege de un peligro real.	Encuesta Sección:3 Ítems :26-28	Presente (1) Ausente (0)
Vergüenza	Sentimiento ocasionado por alguna falta cometida, o por alguna acción deshonrosa y humillante.	Encuesta Sección:3 Ítems :29-35	Presente (1) Ausente (0)
Culpa	Responsabilidad que recae sobre alguien por haber cometido un acto incorrecto.	Encuesta Sección:3 Ítems :30-41	Presente (1) Ausente (0)
Juicio	Facultad del entendimiento que permite discernir y valorar.	Encuesta Sección:3 Ítems :31-41	Presente (1) Ausente (0)



Discriminación	Hace referencia a cualquier forma de distinción, exclusión o restricción arbitraria que afecte a una persona.	Encuesta Sección:4 Ítems :42	Presente (1) Ausente (0)
Rechazo	Rechazo es el proceso y la consecuencia de rechazar (resistir, negar o refutar). Al manifestar o concretar el rechazo hacia algo, la persona deja en evidencia que no lo acepta o tolera.	Encuesta Sección:4 Ítems :43-45	Presente (1) Ausente (0)
Divulgación	Publicación, propagación de un conocimiento.	Encuesta Sección:4 Ítems :46-47	Presente (1) Ausente (0)

XI. Aspectos éticos:

La presente investigación se realizó respetando en todo momento los derechos y garantías de los participantes de acuerdo a las normativas y declaraciones nacionales como internacionales, sobre todo la declaración de Helsinki. Se solicitó el permiso a las respectivas autoridades para llevar a cabo este estudio, incluyendo representantes del Ministerio de Salud, Comité Científico y de Ética de la UNAN León.

Es un compromiso en esta investigación garantizar que la información recolectada se utilizará con fines académicos y científicos con el fin de contribuir en gran medida con nuestro sistema de salud en el contexto de la mejora en la calidad de atención a los pacientes con esta condición. Junto con estas medidas se solicitó, tras su debida explicación, un consentimiento informado de nuestra población de estudio con el fin de que no haya ninguna duda del trabajo que está llevando a cabo asegurando la confidencialidad, el respeto, anonimato y la no maleficencia de la investigación.



8. Resultados

I. Datos sociodemográficos

Tabla 1. Descripción socio-demográfica de los 323 trabajadores de la salud participantes en el estudio.

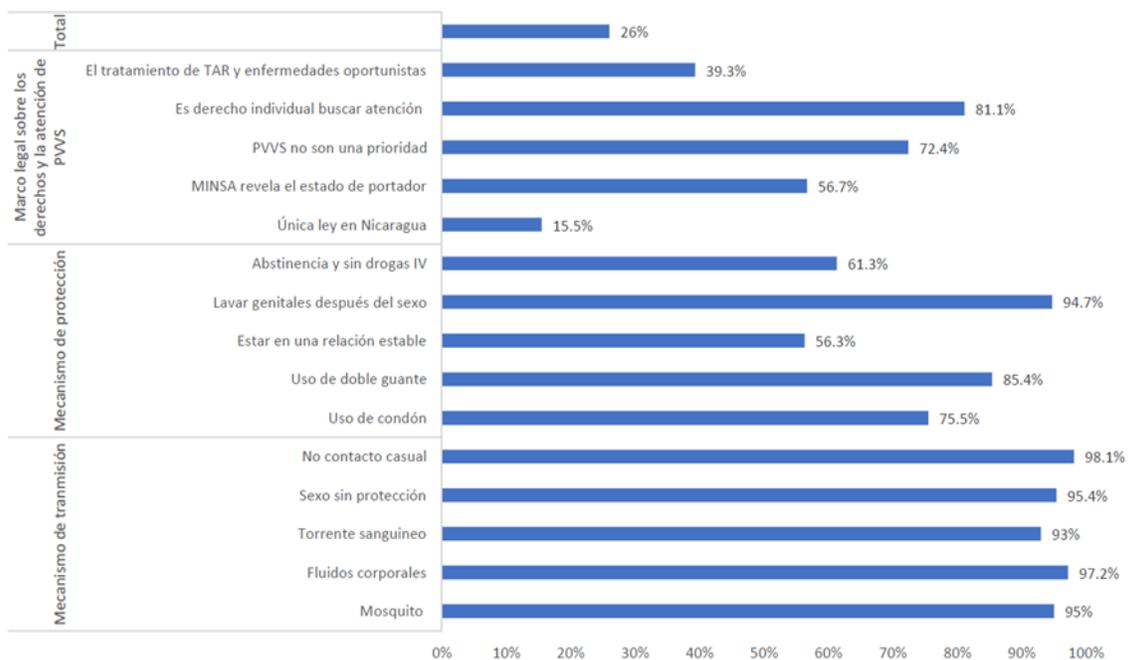
<i>Características sociodemográficas</i>	León N=148 (%)	Chinandega N=175 (%)	Total N=323 (%)
Profesión			
<i>Médicos</i>	54 (36.5)	52 (29.7)	106 (32.8)
<i>Enfermeros</i>	57 (38.5)	83 (47.4)	140 (43.3)
<i>Auxiliares</i>	29 (19.6)	21 (12)	50 (15.5)
<i>Bio-analista</i>	8 (5.4)	19 (10.9)	27 (8.4)
Edad			
<i>Media(DS)</i>	37,4 (±4,1)	37,8(±4,2)	37,7 (±4,2)
<i>19-24</i>	4 (2.7)	35 (20.1)	39 (12.1)
<i>25-34</i>	57 (38.5)	50 (28.7)	107 (33.1)
<i>35-44</i>	49 (33.1)	21 (11.5)	70 (21.7)
<i>45-54</i>	33 (22.3)	39 (22.5)	72 (22.3)
<i>55+</i>	5 (3.4)	30 (17.2)	35 (10.8)
Sexo			
<i>Mujer</i>	91 (61.5)	148 (84.6)	239 (74)
<i>Hombre</i>	57 (38.5)	27 (15.4)	84 (26)
Procedencia			
<i>Urbana</i>	120 (81.1)	137 (78.3)	257 (79.6)
<i>Rural</i>	28 (18.9)	38 (21.7)	66 (20.4)
Preferencias Religiosas			
<i>Católica</i>	86 (58.1)	116 (66.3)	202 (62.5)
<i>Evangélica</i>	48 (32.4)	43 (24.6)	91 (28.2)
<i>Otras</i>	14 (9.5)	16 (9.1)	30 (9.3)
Estado civil			
<i>Solteros</i>	52 (35.1)	74 (42.3)	126 (39)
<i>Acompañados</i>	12 (8.1)	29 (16.6)	41 (12.7)
<i>Casados</i>	78 (52.7)	68 (38.8)	146 (45.2)
<i>Otros</i>	6 (4.1)	4 (2.3)	10 (3.1)
Número de hijos			
<i>Media(DS)</i>	1,6 (±0,3)	1,5(±0,3)	1,5(±0,3)
<i>0</i>	41 (27.7)	48 (27.4)	89 (27.5)
<i>1-3</i>	92 (62.2)	114 (65.2)	206 (63.8)
<i>4-6</i>	15 (10.1)	13 (7.4)	28 (8.7)
Años laborando			
<i>Media(DS)</i>	11,5(±2,4)	9,0(±2,7)	10,1(±2,6)
Ha visto Px con VIH o SIDA en los últimos 12 meses			
<i>Si</i>	30 (20.3)	50 (28.6)	80 (24.8)
<i>No</i>	118 (79.7)	125 (71.4)	243 (75.2)



Los datos presentados en la tabla 1 demuestran que uno de cada 3 participantes eran médicos. La mayoría del personal en León y Chinandega son adultos jóvenes entre 25 a 34 años de edad. Llama la atención que en Chinandega 2 de cada 10 trabajadores están entre 19 a 24 años. Las mujeres representan el grupo predominante en ambas áreas de estudio. Sin embargo, es proporcionalmente mayor en Chinandega que en León. Ocho de cada diez trabajadores son procedentes de la zona urbana, en su mayoría de religión católica. La mayoría de los participantes se encontraban en una relación al momento de la encuesta y tenían entre 1 a 3 hijos. El personal reportó en promedio alrededor de 10 años de trabajar para el sistema de salud público. Tres de cada diez participantes de Chinandega y dos de cada diez de León mencionaron haber atendido a un paciente con diagnóstico de VIH o SIDA en los últimos 12 meses previos al estudio.

II. Conocimiento sobre el VIH y la Ley de Protección a las PVVS

Gráfica 1. Frecuencia de respuestas correctas relacionadas al conocimiento general acerca del VIH, Sida y el Marco Legal existente en Nicaragua entre 323 participantes



De acuerdo a los datos descritos en la gráfica 1 solo uno de cada cuatro participantes obtuvo una calificación correcta sobre el conocimiento general acerca del VIH, Sida y el Marco Legal existente en el país. Los trabajadores del personal



de la salud demostraron un conocimiento suficiente en aspectos relacionados con la transmisión del VIH. Progresivamente el conocimiento fue menor en relación a los mecanismos de protección excepto por la higiene de los genitales después del coito. En lo que se refiere al conocimiento sobre el marco legal que protege a las personas con VIH y Sida y las responsabilidades del personal de salud se encontró un conocimiento insuficiente.

III. Estigma relacionado al VIH y Sida

Tabla 2. Frecuencia de actitudes estigmatizantes relacionadas al VIH y Sida en 323 participantes

Dimensiones del Estigma	León N=148 (%)	Chinandega N=175 (%)	Total N=323 (%)
Dimensión 1: Miedo de transmisión casual o al contacto con PVVS			
<i>De tocar la ropa</i>	14 (9.5)	14 (8)	28 (8.7)
<i>Al vendar heridas</i>	59 (39.8)	62 (35.4)	121 (37.5)
<i>Obtener una muestra de sangre</i>	61 (41.2)	62 (35.4)	123 (38.1)
<i>Tomar la temperatura</i>	26 (17.6)	12 (6.8)	38 (11.8)
Dimensión 2: Vergüenza			
<i>De sí mismo por brindar atención a personas con VIH</i>	25 (17)	17 (9.7)	42(13)
<i>De que familiares y amigos conozcan que brinda atención a personas con VIH</i>	31 (21)	26 (15)	56 (17.3)
<i>De que los colegas conozcan que brinda atención a personas con VIH</i>	26 (17.6)	14 (7.4)	39 (12.1)
<i>Las personas con VIH de sí mismas</i>	17 (11.5)	16 (9.1)	33 (10.2)
Dimensión 3: Juicio y Culpa			
<i>La mayoría de personas con VIH han tenido muchas parejas sexuales</i>	42 (28.4)	92 (52.6)	134 (41.5)
<i>Las personas se contagian con VIH por que interactúan en actividades irresponsables</i>	53 (35.8)	101 (57.7)	154 (47.7)
<i>El VIH es un castigo por malas acciones</i>	12 (8.1)	18 (10.3)	30 (9.3)
<i>La mayoría de personas con VIH no les interesa si infectan a otras personas</i>	42 (28.4)	92 (52.6)	134 (41.5)

En la tabla 2 podemos apreciar las diferentes dimensiones que fueron consideradas para definir Estigma asociado al VIH. De forma general las dimensiones de Miedo, Juicio y Culpa fueron las de mayor frecuencia. Respecto al miedo los resultados



muestran una variación desde una menor frecuencia en lo referido tocar pertenencias de los pacientes (menor del 10%) y en mayor frecuencia a estar en contacto con fluido de los pacientes (aproximadamente un 40%). No se identificaron diferencias importantes entre León y Chinandega.

En lo referido a Vergüenza se aprecia que en general alrededor del 10% de los participantes expresaron estar apenadas si alguien conociera de sus servicios a personas con VIH. El mayor porcentaje se manifestó en respecto a la reacción de parte de familiares y amigos (17%). Se aprecia que uno de cada diez participantes considera que las personas con VIH deberían sentirse avergonzadas. De forma general los participantes de León reportaron una mayor frecuencia de actitudes de vergüenza que los de Chinandega.

Sobre las dimensiones de Juicio y Culpa se aprecia un mayor porcentaje de participantes de acuerdo con la manera en que valoran a las personas con VIH. Señalan actitudes irresponsables y riesgosas como representativas de las personas con VIH. Interesante mencionar que el VIH no fue considerado como un castigo en la mayoría de los casos (9%). El personal de Chinandega expresó el mayor porcentaje de acuerdo a esta dimensión.

IV. Discriminación relacionada al VIH y Sida

En lo que respecta a la discriminación es relevante mencionar que el personal de salud de León manifestó mayores prácticas discriminatorias que los participantes de Chinandega. Se evidenció que 8 de cada 10 trabajadores de la salud que han atendido a personas con VIH utilizaban varias estrategias para evitar contacto directo con personas con VIH (doble guante o varias medidas simultáneamente). Es importante destacar que aproximadamente entre 18% y 14% del personal de salud de León expresó rechazo hacía personas con VIH y que además eran usuarias de drogas inyectables, trabajadoras sexuales u hombres que tuvieran sexo con otros hombres (Ver tabla 3).



En lo que respecta a la Divulgación se aprecia que alrededor del 20% del personal de salud en León y el 6% en Chinandega expresaron que se “debe aislar a un paciente con VIH para evitar que otras personas se contagien” y “hay que divulgar el estado del portador para evitar poner en riesgo al personal de salud” (Ver tabla 3).

Tabla 3. Frecuencia de actos discriminatorios relacionados al VIH y Sida en 323 participantes

<i>Dimensiones de la Discriminación</i>	León N=148 (%)	Chinandega N=175 (%)	Total N=323 (%)
Dimensión 1: Rechazo al contacto con PVVS	(30)	(50)	(80)
<i>Personal de salud que brinden mala atención a pacientes con VIH ^α</i>	15 (50)	18 (36)	33 (41.2)
<i>Usa doble guante ^α</i>	23 (76.6)	41 (82)	64 (33.4)
<i>Implementa varias estrategias que no usa con otros pacientes para evitar contacto directo ^α</i>	26 (86.6)	43 (86)	69 (86.2)
<i>Personal de salud que no desee a pacientes con sospecha de VIH</i>	18 (12.1)	22 (12.6)	40 (12.4)
<i>No les brindaría atención a personas con VIH y que se inyectan drogas ilegales</i>	27 (18.2)	15 (8.6)	42 (13)
<i>No les brindaría atención a Hombres que tienen relaciones sexuales con otro Hombres</i>	21 (14.2)	15 (8.6)	36 (11.1)
<i>No les brindaría atención a trabajadoras sexuales</i>	24 (16.2)	16 (9.1)	40 (12.4)
Dimensión 2: Divulgación			
<i>Se debe aislar a un paciente con VIH para evitar que otras personas se contagien</i>	32 (21.7)	11 (6.3)	43 (13.3)
<i>Hay que divulgar el estado del portador para evitar poner en riesgo al personal de salud</i>	31 (21)	12 (6.8)	43 (13.3)

^α Se refiere a los participantes que atendieron a alguna persona con VIH en los últimos 12 meses

V. Relación que existe entre las variables sociodemográficas y el conocimiento, estigma y discriminación relacionado al VIH y Sida.

Los resultados presentes en la tabla 4 demuestran una fuerte asociación estadística entre el estigma y la discriminación y ser joven, mujer, del departamento de León, con experiencia laboral menor a 11 años y tener conocimiento insuficiente relacionado al VIH. Ser joven demostró ser casi 4 veces más asociado al Estigma y 6 veces asociado a la discriminación que los mayores de 35 años.



Las mujeres mostraron 2 veces más posibilidades de tener actitudes estigmatizadoras que los hombres. Esto no fue significativo en lo referente al discriminación.

Tabla 4. Asociación entre las variables sociodemográficas y el conocimiento, estigma y discriminación relacionado al VIH y Sida en 323 participantes

	Estigma Relacionado al VIH		X ² Valor de P	OR (IC 95%)	Discriminación relacionada al VIH		X ² Valor de P	OR (IC 95%)
	Si ^α 71 (22)	No 252 (78)			Si ^β 55 (17)	No 268 (83)		
Profesión								
Médicos	18 (17)	88 (83)	0.129	1.58 (0.84-2.86)	15 (14.1)	91 (85.9)	0.336	1.37 (0.71-2.61)
Enfermeros, Auxiliares y Bio-analista	53 (24.4)	164 (75.6)			40 (18.4)	177 (81.6)		
Edad								
19-34	50 (34.4)	96 (65.6)	0.000	3.86 (2.18-6.83)	44 (30.1)	102 (69.9)	0.000	6.51 (3.21-13.1)
35 a más	21 (12)	156 (88)			11 (6)	166 (94)		
Sexo								
Mujer	60 (25.1)	179 (74.4)	0.022	2.22 (1.10-4.47)	46 (19.2)	193 (80.8)	0.097	1.98 (0.92-4.25)
Hombre	11 (13.)	73 (87)			9 (10.7)	75 (89.3)		
Departamento								
León	40 (27)	108 (73)	0.044	1.72 (1.01-2.92)	33 (22.3)	115 (77.7)	0.020	1.99 (1.10-3.60)
Chinandega	31 (17.7)	144 (82.3)			22 (17.7)	153 (87.4)		
Años laborando								
Menos de 11 años	48 (27.2)	128 (72.8)	0.012	2.02 (1.16-3.52)	37 (21)	139 (79)	0.036	1.90 (1.03-3.51)
Once años o más	23 (15.6)	124 (84.4)			18 (15.6)	129 (87.8)		
Conocimiento total relacionado al VIH								
Suficiente	8 (9.5)	76 (90.5)	0.001	3.40 (1.55-7.44)	7 (8)	77 (92)	0.013	2.76 (1.19-6.37)
Insuficiente	63 (26.3)	176 (73.7)			48 (20)	191 (80)		

^α Si los participantes manifestaron 2 o más dimensiones de estigma

^β Si los participantes reportaron 2 dimensiones de discriminación



9. Discusión

Los hallazgos de este estudio demuestran la presencia de actitudes estigmatizantes y prácticas discriminatorias en el personal de atención primaria en salud del occidente de Nicaragua. El análisis se presenta desde la perspectiva de los prestadores de servicios de salud a través de sus testimonios y las respuestas en la encuesta sin incluir la visión y experiencia de las PVVS. Se espera que el personal de salud conozca plenamente los diferentes aspectos del VIH y Sida. Lo anterior incluye no solo el conocimiento sobre la infección, los mecanismos de protección y el marco legal existente (41). El personal de salud que participó presentó un nivel global de conocimiento bajo, sobre todo en lo que respecta al marco legal de Nicaragua. A pesar de que se ha mantenido un proceso de capacitación sistemática sobre el tema en Nicaragua (3).

Se ha logrado evidenciar que este fenómeno se manifiesta no solo desde la perspectiva de los usuarios de servicios de salud y PVVS, (6,17,21) argumentan que el estigma *internalizado* tiene un mayor peso en la construcción de la discriminación que el ejercido por otros agentes, por ejemplo, los prestadores de servicios. Asimismo, explican que el miedo al "contagio" del personal de salud por contacto casual con una PVVS se debe a la "imagen deteriorada de los pacientes" y la conceptualización negativa que se tiene de la enfermedad, más que a la falta de conocimientos. (7,28,32-35) Sin embargo, en este estudio se sostiene que el estigma está asociado a varias características sociales como ser mujer, joven, del departamento de León, con experiencia laboral menor a 11 años y tener conocimiento insuficiente relacionado al VIH. Centro América ha tenido apoyo de diferentes instituciones y agencias internacionales para abordar este fenómeno (50). A pesar de esto Nicaragua representa un país con una prevalencia de VIH en crecimiento (donde se ha logrado determinar la presencia de estigma en población general. (19, 21)

A lo largo del estudio apareció como una constante la mala calidad de atención a estos enfermos. Sin embargo, el estigma vinculado con el VIH/SIDA tiene



características peculiares, ya que a pesar de enmascararse en la incapacidad de los servicios y sistemas de salud para responder a las necesidades de todos sus usuarios, las PVVS sufren una violencia constante y específica durante la búsqueda y tránsito por el sistema de atención. Dentro de las prácticas encontradas se incluyen el señalamiento público de su padecimiento, negación de la atención, imposición de citas, aislamiento, pruebas de detección forzosas, violaciones a la confidencialidad de su diagnóstico, maltrato.

Las actitudes negativas se observan en aquellos proveedores de servicios de salud que realizan con mayor frecuencia este tipo de intervenciones relacionadas con el temor al "contagio" de una enfermedad incurable y el alto riesgo de infección que perciben(15-17). Sin embargo, en estas áreas hospitalarias también entran en juego las ideas preexistentes del personal de salud, por lo general desligadas de los avances científicos en el área o que tienen un alto grado de incredulidad hacia éstos, además de haber un silencioso debate ético acerca de la existencia de personas culpables e inocentes en la transmisión de la infección.

Las actitudes y opiniones estigmatizadoras recogidas de los testimonios de los proveedores de servicios entrevistados pueden entenderse si se considera que el VIH se percibe como una condición resultado de acciones y comportamientos en los cuales las PVVS son responsables de su infección. Esto lleva a formular una respuesta moralista sobre los comportamientos de HSH, personas trabajadoras sexuales y los usuarios de drogas IV y uso o no del condón. Se consolida así la creación de jerarquías entre las personas afectadas, los *culpables* por sus comportamientos sexuales y las *víctimas*, entre las que se incluye a las amas de casa, niños y los enfermos por una transfusión sanguínea. El esquema jerarquizado permite tratos diferenciados que se reflejan en procesos estigmatizadores y acciones discriminatorias. (31,35-37)

Las expresiones de estigma y discriminación relacionadas con el VIH/SIDA e identificadas en los prestadores de servicios de salud están dirigidas a grupos que, antes de la aparición del VIH/SIDA, ya eran condenados por sus comportamientos,



personas en quienes la presencia del SIDA mantiene un marca que anteriormente se atribuía al pecado.(1,18,19) Así, poblaciones históricamente estigmatizadas, como HSH, personas en TS y usuarios de drogas IV, son objeto de señalamientos y actos discriminatorios en los servicios de salud y en los momentos en que son más vulnerables, física y psicológicamente. El estigma hacia los médicos que atienden a las PVVS puede atribuirse a una práctica clínica en la que mantienen contacto con personas de dudosa reputación moral, lo que los hace cómplices de comportamientos anómalos. Se ejerce un estigma de *cortesía* (19, 22) hacia las personas que proporcionan atención a PVVS o a los médicos "sospechosos" de portar la infección. Debemos destacar que Chinandega es un departamento cercano a la frontera del país y una zona portuaria donde la prostitución y el consumo de drogas están más prevalentes. Además, se conoce que Chinandega y León corresponden a las zonas de mayor prevalencia de VIH en el país solo después del Caribe Norte y Managua. (3)

Dado que la prueba diagnóstica se utiliza en los servicios de salud como un instrumento para ofrecer o negar la atención a una PVVS, no salvaguarda la confidencialidad y la autonomía de la prueba; esto condiciona los derechos de las PVVS o los soslaya. La prueba se convierte entonces en un mecanismo y un instrumento discriminatorio, pese a que en el REGLAMENTO DE LA LEY NO. 820, LEY DE PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS ANTE EL VIH Y SIDA, PARA SU PREVENCIÓN Y ATENCIÓN se establece que la prueba de detección no se debe utilizar para fines ajenos a los de proteger la salud del individuo, ni se debe solicitar como requisito para recibir atención médica, además de que se debe regir por los criterios de consentimiento informado y confidencialidad. (9) Esta situación hace evidente la necesidad impostergable de incluir en los programas de entrenamiento y capacitación para personal de salud temas relacionados con la ética y los derechos humanos.

En este trabajo se manifiesta que el sistema de atención resulta una manifestación de lo que se juega en el resto de la sociedad. (21) De ello es posible concluir que la comprensión del estigma que ejercen los prestadores de servicios de salud hacia



grupos vulnerables a la infección del VIH no se podrá entender sino a la luz de la historia y evolución de un modelo médico ligado a intereses políticos, económicos, sociales, religiosos, culturales y morales como una forma más apropiada para prevenir esta condición de salud.



10. Conclusiones

A través de los hallazgos del presente estudio se puede concluir que:

1. La mayoría de los participantes eran mujeres y del personal de enfermería. Todos los participantes reportaron algún tipo de preferencia religiosa. Sobresalió el grupo de edad menor de 34 años. El personal reportó promedio laborar desde hace 11 años en el sistema público de salud.
2. Como es de esperar los participantes tienen muy altos conocimientos en lo referente a los mecanismos de transmisión del VIH. El nivel de conocimiento se apreció disminuir en lo que respecta a las medidas de protección. Los conocimientos respecto al marco legal que aborda el tema del VIH y Sida en Nicaragua fueron los más bajos. Desafortunadamente de forma general el conocimiento sobre VIH fue suficiente solo para uno de cada cuatro participantes.
3. Es evidente la presencia de actitudes estigmatizantes en las diferentes dimensiones medidas. Sobresalen la dimensión de Miedo, Juicio y Culpa. Esta última más presente en Chinandega que en León.
4. Las prácticas discriminatorias, aunque en menor frecuencia, también fueron identificadas entre los participantes. Destaca el hecho que los trabajadores de León reportaron una proporción mayor que los de Chinandega.



5. Se identificó asociación estadística significativa entre el estigma y la discriminación y ser joven, mujer, del departamento de León, con experiencia laboral menor a 11 años y tener conocimiento insuficiente relacionado al VIH



11. Recomendaciones

1. Se debe de continuar de forma sistemática la capacitación de sensibilización de los trabajadores de la salud y otros garantes de derechos en Nicaragua respecto al VIH, Sida y otras enfermedades o condiciones estigmatizantes. Sobre todo en zonas del país más afectadas tales como el Caribe y las zonas rurales.
2. Los procesos de formación deben de estar dirigidos a todo el personal sobre todo a los más jóvenes que por su inexperiencia y el medio asociado a la enfermedad pueden estar expresando actitudes estigmatizantes y prácticas discriminatorias.
3. Se debe abordar dentro de los temas de formación lo referido al marco legal y de derechos humanos existente en el país. Este proceso se debe llevar en colaboración con las instituciones de educación superior, además con agencias de cooperación y organismos locales.
4. En Nicaragua el modelo de prestación de servicios para personas con VIH y Sida y cualquier condición estigmatizante debe estar centrado en las personas.
5. Realizar investigaciones similares a nuestro estudio para monitorear el progreso e impacto de las intervenciones desarrolladas con los diferentes niveles del sistema de salud público y previsional de acuerdo con el Reglamento vigente en el país. Consideramos importante realizar este estudio en las diferentes clínicas especializadas en la atención a personas con VIH.



12. Referencias bibliográficas:

1. ONUSIDA. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA 2013.
2. Ministerio de la Protección Social. Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA. Informe Nacional. 2010.
3. Ministerio de Salud de Nicaragua. Nicaragua VIH y Sida. 2017 Disponible <http://codeni.org.ni/wp-content/uploads/2017/07/Nicaragua-Mujeres-y-VIH-AMP-9-junio-2017.pdf>.
4. ONUSIDA. Hoja informativa del ONUSIDA sobre el estigma y la discriminación. 2003.
5. Rosa Y VN. Percepción de competencias y adiestramiento profesional especializado relativo al VIH/SIDA en estudiantes y profesionales de la salud: el estigma como un indicador de necesidad. 2008.
6. Cantú R ÁJ, Torres E, Martínez O. Impacto psicológico en personas que viven con VIH-SIDA en Monterrey, México. 2012.
7. Massiah E RT, Jacobs C, St John AM, Inniss V, Walcott J. Stigma, discrimination, and HIV/AIDS knowledge among physicians in Barbados. 2004.
8. Guzmán Roque I VNE, Rodríguez Gonzalez M. Evaluación de conocimientos sobre VIH/Sida ocupacional en el personal de Enfermería de un hospital de tercer nivel de atención. 2008.
9. La Gaceta No. 120 Asamblea Nacional. REGLAMENTO DE LA LEY NO. 820, LEY DE PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS ANTE EL VIH Y SIDA, PARA SU PREVENCIÓN Y ATENCIÓN. 2015.
10. Agirrezabal A. Sida y mundo laboral: una aproximación desde la Teoría de las Representaciones Sociales. 2004.
11. Brier JCJ, Christina Hanhardt and Dan Royles HIV/AIDS In U.S History : A conversation about Early Popular Histories of HIV/AIDS. 2017.
12. Almeida E, De Semir, V, Pérez, N, Revuelta, G. El SIDA en los medios de comunicación: análisis comparativo El País, La Vanguardia y The New York Times en los 20 años de historia de la enfermedad (1981-2001). 2002.
13. Guatemala CdIRd. Decreto 27-95, Ley Sobre Bancos de Sangre y Servicios de Medicina Transfusional, 1995 y su reforma, Decreto Número 64-98. 1995.



14. Víctor Hugo Fernández SR, Henry Escalante, Ariel Armenteros, Joel Ambrosio, Alma de León, Berta Chete/Jakelin Guzmán, Rocío Samayoa, Iris López/ Indira Franco, Mónica González, Ana Castillo, Rubén Antonio Pagés, Andrés Alonso, Valentina Torriceli Índice de Estigma y Discriminación en Personas con VIH. 2011.
15. Salud UCe. Estigma y discriminación relacionados a las ITS y el VIH en los proveedores de Salud hacia los grupos vulnerables. 2007.
16. Socia MdSPyA. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009. 2010.
17. Mundial FMv. "Porcentaje de Personas que Viven con VIH o sida que declaran que sus Derechos Humanos han sido respetados", Guatemala. 2009.
18. Humanos PdID. Red Legal de los Derechos Humanos Alianza de Personas con VIH: "Informe Nacional de Situación de los Derechos Humanos. 2010.
19. UNAIDS. AIDS Data 2018. ONUSIDA/Organización Mundial de la Salud, 2018.
20. Pública MdIPsDGdS. Plan Nacional de Respuesta Ante el VIH y el SIDA Colombia 2008-2011. 2008.
21. Ugarte Guevara WJ. Averting HIV and AIDS epidemic in Nicaragua: Studies of prevalence, Knowledge, attitudes and behavior. Acta Universitatis Upsaliensis. 2012.
22. APODACA MJFRD. La percepción del estigma en las personas con VIH: sus efectos y formas de afrontamiento. 2011.
23. Francisco Chong Villarreal CFC, Laura Huicochea Gómez, Guadalupe del Carmen Álvarez Gordillo y René Leyva Flores. Estrategias de personas con VIH para enfrentar el estigma asociado al VIH/sida. Pacientes del Hospital General de Huixtla, Chiapas 2012.
24. Salud oPdl. Comprension y respuesta al estigma y a la discriminacion por el VIH y Sida en el sector de la salud 2003.
25. ONUSIDA G. Comparative Analysis: Research studies from India and Uganda: HIV and AIDS-related Stigma, Discrimination and Denial. 2001.
26. ONUSIDA G. A conceptual framework and basis for action: HIV/AIDS and discrimination. 2002.
27. La Gaceta No. 238 LANDLRDN. REGLAMENTO DE LA LEY No. 238 LEY DE PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS ANTE EL SIDA. 1999.
28. Uribe AF OL. Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida en profesionales de la salud de Costa Rica y Honduras. 2011.



29. Edith Rivas R ARL, Mauricio Barría P ,Sepúlveda RC. Conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA de estudiantes de Enfermería de las Universidades de La Frontera y Austral de Chile. 2009.
30. A MG. Actitudes y Conocimientos de profesionales de enfermería sobre el paciente VIH/SIDA. 2004.
31. Rodríguez Heredia OI ABA, Barbé Agramonte A, Delgado Rodríguez N. Intervención educativa sobre bioseguridad en trabajadores de la Salud. 2010.
32. Cabieses B FL, Villarroel LA, Cianelli R, Miner S, Bernales M. Conocimientos y riesgo ocupacional de VIH en trabajadores de salud primaria chilenos. 2011.
33. GM GT. Conocimiento Sobre la Transmisión Ocupacional del VIH y las Normas de Bioseguridad en Profesionales de la Salud. 2010.
34. Valdez Carrizo E VCA, Apaza Alcaraz M. Conocimientos, Actitudes y Prácticas del personal de Salud sobre el VIH/SIDA de Cochabamba, estudio comparado, 12 años después. 2010.
35. Conejeros I EH, Ferrer L, Cabieses B, Cianelli R. Conocimientos, actitudes y percepciones de enfermeros y estudiantes de enfermería hacia VIH/SIDA. 2010.
36. Crocker J, Major, B. y Steel, Fiske, D. Gilbert y G. Lindzey . Social stigma , Handbook of Social Psychology . 1998.
37. Molero FJFM, M.C. Moya, E. Gaviria e I. Prejuicio y estigma: efectos y posibles soluciones en Brasil. 2007.
38. Heatherton TF, Kleck, R. E, Hebl, M. F, y Hull, J. G. The social psychology of stigma. 2000.
39. Major ByOB, L.T. The Social Psychology of Stigma. Annual Review of Psychology. 2005.
40. Simbayi LC KS, Strebel A, Cloete A, Henda N, Mqeketo A. Internalized stigma, discrimination, and depression among men and women living with HIV/AIDS in Cape Town, South Africa. 2007.
41. CDC Editorial Note JotAMA. "HIV-Related Knowledge and Stigma – United States, 2000". 2000.
42. Goffman E. Stigma: otes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs: Prentice-Hall. 1963.
43. Tobler CA. Repercusiones y raíces estructurales del estigma y de la discriminación relacionados con la infección por VIH en la atención en salud de los pacientes. 2012.
44. Parker RA, P. El Estigma y sus efectos discapacitadores. 2002.



45. Sontang S. La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas. . 2003.
46. HERZLICH C. Le sens du mal, Anthrologie, Historie, Sociologie de la Maladie. 1983.
47. Solomon S, Greenberg, J, y Pyszczynski, T. . A terror management theory of social behaviour: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. 1991.
48. Quiles MNyM, M. D. . El estigma social: la diferencia que nos hace inferiores. 2008.
49. Marichal FyQ, M. N. La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman. Psicothema. 2000.
50. Aggleton P, Parker, R, & Maluwa, M. . Stigma, Discrimination and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean. Inter-American Development . 2003.
51. Tsutsumi Ayl, T. Quality of Life and Stigma. 2010.
52. Jones E, Farina, A, Hastorf, A. H, Markus, H, Miller, D. T, y Scott, R. A. Social stigma: The psychology of marked relationships. New York: Freeman. 1984.
53. AIDS Brown L (Lisanne) MK, Trujillo L. "Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: what have we learned?". 2003.
54. ONUSIDA. Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con el Vih. 2001.
55. Aggleton P PP. Campaña mundial contra el SIDA 2002-2003. Marco conceptual y base para la acción: estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA. 2002.
56. Positivo V. Situaciones de Discriminación que Afectan a las Personas Viviendo con VIH/SIDA en Chile. 2002.
57. Bierbrauer G. Social Justice and Political Ideology in an immigrant country. 2000.
58. Stangor C, Swim, J. K, Sechrist, G. B, DeCoster, J, Van Allen, K. L, Y Ottenbreit, A. Ask, Answer, and Announce: Three stages in perceiving and responding discrimination. 2003.
59. Major ByE, C. P. . Stigma and Social Exclusion. En D. Abrams, M. A. Hogg y J. M. Marques (Eds.), The Social Psychology of Inclusion and Exclusion. 2005.
60. Morales JF. El estudio de la exclusión social en la Psicología Social. 2003.
61. Ruiz-Torres Y, Cintrón-Bou, F, & Varas-Díaz, N. AIDS-Related Stigma and Health Professional in Puerto Rico. 2007.
62. Amuzu JA, A, & Chien, L. . HIV/AIDS Stigma and Discrimination: Legal Perspectives. 2008.
63. Salud OMdl. cero discriminación en la atención de salud. 2016.



64. (2005) O. Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH Estudios de caso de intervenciones exitosas. 2005.
65. (2011) CO. Estudio sobre estigma y discriminación hacia personas que viven con VIH. 2011.
66. (2006). OdACdINUpIDH. Preguntas Frecuentes sobre el Enfoque de Derechos Humanos en la Cooperación para el Desarrollo. 2006.
67. 2004 MGA. Actitudes y Conocimientos de profesionales de enfermería sobre el paciente VIH/SIDA. 2004.
68. Uribe AF OL. Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida en profesionales de la salud. . 2011.
69. Rey Leon I CM, Valdivia JC ,Sánchez Dávila AM. Comportamiento del personal de salud ante procedimientos médicos en personas seropositivas. 2007.
70. M H. "Burnout and AIDS care-related factors in HIV community Clinical Nurse Specialists in the North of England". 1999.
71. Project Hp. Measuring HHIV Stigma and Discrimination Among Health Facility Staff : Standardized Brief Questionnaire 2013.
72. Fluss SS. Legislación internacional sobre el SIDA. En: Fuenzalida H, Linares AM, Serrano D, ed. Aportes de la ética y el derecho al estudio del SIDA. Washington, D.C.: OPS, 1991; Publicación Científica No. 530: 8-23
73. O. Fuenzalida H, Linares AM, Serrano D. Normatividad sobre el SIDA en América Latina y El Caribe. En: Fuenzalida H, Linares AM, Serrano D, ed. Aportes de la ética y el derecho al estudio del SIDA.. Washington, D.C.: OPS, 1991; Publicación Científica No. 530:24-44.
74. USAID.Nicaragua Health Profile.2019 Disponible <https://www.usaid.gov/nicaragua/health>



13. Anexos



I. Consentimiento informado participantes de Investigación

La presente investigación es conducida por **Br. Claudia M Villatoro y Br. María Belén Sánchez**, de la **Universidad Nacional Autónoma- León**. La meta de este estudio es **Determinar el nivel de conocimiento, estigma y discriminación sobre VIH y Sida en personal de salud del Occidente de Nicaragua en el año 2018-2019**

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas del cuestionario le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por **Br. Claudia M Villatoro y Br. María Belén Sánchez**.

He sido informado (a) de que la meta de este estudio es: **Determinar el nivel de conocimiento, estigma y discriminación sobre VIH y Sida en personal de salud del Occidente de Nicaragua en el año 2018-2019**

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a **Br. María Belén Sánchez** al teléfono **78061533**



Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a **Br. María Belén Sánchez** al teléfono anteriormente mencionado.

Iniciales del Participante
Fecha

Firma del Participante



II. Encuesta.

Sección 1: DATOS SOCIO DEMOGRAFICOS

1. **Edad**_____
2. **Sexo:** M_____ H_____
3. **Religión:** Católico_____ Evangélico_____ Otro_____
4. **Estado Civil:** Casado_____ Soltero_____ Acompañado_____ Otro_____
5. **Número de Hijos:** _____
6. **Procedencia:** Urbano_____ Rural_____
7. **¿Cuál es tu trabajo actual?**

Medico_____ Enfermera_____ Auxiliar_____ Bioanalista_____
8. **¿Cuánto tiempo tiene de laborar en este centro de salud?**
_____/_____(años / meses)
9. **¿Alguna vez ha trabajado en un centro/clínica/hospital que se especialice en el cuidado y tratamiento de pacientes con VIH?**

Sí_____ No_____
10. **Si su respuesta es NO conteste la pregunta 10-A de lo contrario responda la pregunta 10-B**

10-A:

A. ¿En los últimos 12 meses aproximadamente a cuántos pacientes VIH positivo le ha brindado su servicio?_____
- B. En una semana, ¿A cuántos pacientes VIH positivo les brinda su servicio?_____

- 10-B**

Alguna vez ha recibido entrenamiento en alguno de los siguientes temas?

(Marque todas las que aplique)
- A. Estigma y Discriminación sobre VIH_____



- B. Control de la infección y precauciones universales_____
- (Incluyendo profilaxis posterior a la exposición)
- C. Consentimiento informado, privacidad y confidencialidad del paciente _____
- D. Población clave, estigma y discriminación _____

SECCION 2: CONOCIMIENTO

Conocimiento sobre el mecanismo de transmisión del VIH

11.El VIH se transmite a través de la picadura de un mosquito:

V___ F___ No se___

12.El VIH está presente en fluidos corporales como sangre, semen, secreciones vaginales y en la leche materna:

V_____ F_____ No se_____

13.Cualquier práctica que permita el ingreso del virus contenido en estos fluidos al torrente sanguíneo de otra persona a través de la piel o de las membranas mucosas, provoca una infección del VIH:

V_____ F_____ No se_____

14.Las personas que padecen este tipo de infecciones deberían estar conscientes que, si mantienen relaciones sexuales sin protección, su riesgo de contraer el VIH podría ser aún mayor:

V___ F___ No se_____

15.El VIH es transmitido a través de dar la mano, la tos, los estornudos, los implementos para comer, vasos, tazas, alimentos, albercas, asientos del inodoro, toallas, mascotas:

V_____ F_____ No se_____



Maneras de prevenir el riesgo de transmisión del VIH

16. El uso de condón previene 100% el riesgo de transmisión del VIH:

V___ F___ No se___

17. El uso de doble guante es la única manera de prevenir la transmisión al momento de tener contacto con un paciente:

V___ F___ No se___

18. El hecho de ser casado o de abstenerse de tener relaciones sexuales antes del matrimonio no garantiza, protección contra el VIH:

V___ F___ No se___

19. El hecho de lavarse el cuerpo después de mantener relaciones sexuales ayuda a prevenir la infección causada por el VIH:

V___ F___ No se___

20. Una persona que no tiene relaciones sexuales y no usa drogas inyectables(o que utiliza jeringas y agujas limpias o esterilizadas cuando lo hace) no tiene prácticamente ninguna probabilidad de contraer el VIH u otra ITS:

V___ F___ No se___

Leyes de promoción y protección de las personas con VIH y Sida

21. En Nicaragua la única ley que protege y promueve los derechos de personas con VIH es la ley 238:

V___ F___ No se___

22. De acuerdo con la ley es potestad del MINSA revelar el estado serológico del paciente si expone a riesgo a la sociedad:

V___ F___ No se___

23. No se debe de priorizar a las personas con mayor vulnerabilidad o riesgo, debe tratarse a todas las personas por igual:

V___ F___ No se___

24. Ninguna persona debe de ser presionada para recibir atención médica en caso de ser necesario:



V___ F___ No se___

25. Según la ley solo se debe garantizar terapia antiretrovirales y tratamiento para enfermedades oportunistas solo a las personas que lo soliciten:

V___ F___ No se___

SECCION 3: ACTITUDES

A continuación, preguntaremos sobre las preocupaciones que podría tener al estar expuesto a la infección del VIH

26. Que tan preocupado estaría de ser contagiado si hiciera cualquiera de las siguientes opciones :

A. Tocar la ropa de un paciente VIH positivo:

No preocupado___ poco preocupado___ preocupado___

Muy preocupado___

B. Vendar las heridas de un paciente con VIH:

No preocupado___ poco preocupado___ preocupado___

Muy preocupado___

C. Tomar muestras de sangre de un paciente con VIH:

No preocupado___ poco preocupado___ preocupado___

Muy preocupado___

D. Tomar la temperatura de un paciente con VIH:

No preocupado___ poco preocupado___ preocupado___

Muy preocupado___

La siguiente sección preguntaremos sobre las prácticas y experiencias que has vivido en tu tiempo laboral en este centro de salud



27. En los últimos 12 meses que tan seguido has visto lo siguiente en el centro de salud

Si _____ mira la pregunta 28

No _____ salta a la pregunta 29

No se _____ salta a la pregunta 29

28. En los últimos 12 meses que tan seguido has visto lo siguiente en el centro de salud.

A. Personal de salud que no desee tratar a personas que tienen o se sospecha que es VIH positivo:

Nunca ___ 1 o 2 veces ___ muchas veces___ La mayoría de veces___

B. Proveedores de salud que brinde una mala atención a una persona que tiene o se sospecha que es VIH positivo:

Nunca ___ 1 o 2 veces ___ muchas veces___ La mayoría de veces___

C. Proveedores de la salud hablando mal de persona que tiene o se sospecha que es VIH positivo:

Nunca ___ 1 o 2 veces ___ muchas veces___ La mayoría de veces___

29. Si la prevalencia es baja responda la pregunta 29-A, si esta es alta responda la pregunta 29-B.

29-A. Que tan preocupado estas sobre lo siguiente

Que las personas hablen mal de mí porque le brinde mi servicio a un paciente VIH positivo:

No preocupado___ poco preocupado___ preocupado___

Muy preocupado___



Que familiares y amigos me eviten por brindar mi servicio a pacientes VIH positivo:

No preocupado___ poco preocupado___ preocupado___
Muy preocupado___

Que colegas me eviten por brindar mi servicio a pacientes VIH positivo:

No preocupado___ poco preocupado___ preocupado___
Muy preocupado___

29-B. En los últimos 12 meses que tan seguido ha:

Percibido a personas hablando mal de usted por brindar sus servicios a pacientes VIH positivo:

Nunca ___ 1 o 2 veces ___ muchas veces___ La mayoría de veces___

Ha sido evitado por familiares o amigos por brindar sus servicios a pacientes VIH positivo:

Nunca ___ 1 o 2 veces ___ muchas veces___ La mayoría de veces___

Ha sido evitado por colegas de trabajo por brindar sus servicios a pacientes VIH positivo:

Nunca ___ 1 o 2 veces ___ muchas veces___ La mayoría de veces___

30. Que tan preocupado se siente usted al trabajar con un colega VIH positivo sin importar cuales sean sus deberes

No preocupado___ poco preocupado___ preocupado___
Muy preocupado___

La siguiente sección trata sobre las políticas institucionales que se aplican en el centro de salud.



31.No es aceptable realizarle una prueba serológica al paciente sin su conocimiento:

Fuertemente de acuerdo ___ de acuerdo___ desacuerdo___

Fuertemente desacuerdo___

32.Tendré problemas en mi trabajo si discrimino a un paciente VIH positivo:

Fuertemente de acuerdo ___ de acuerdo___ desacuerdo___

Fuertemente desacuerdo___

33.En el centro de salud están los instrumentos adecuados para disminuir el riesgo de transmisión del VIH:

Fuertemente de acuerdo ___ de acuerdo___ desacuerdo___

Fuertemente desacuerdo___

34.Existe un protocolo estandarizado en el centro que reduce mi riesgo de ser contagiado:

Fuertemente de acuerdo ___ de acuerdo___ desacuerdo___

Fuertemente desacuerdo___

35.Existe un manual escrito que se debe seguir para evitar que pacientes VIH positivo sean discriminados:

Fuertemente de acuerdo ___ de acuerdo___ desacuerdo___

Fuertemente desacuerdo___

36.Algunas de las personas con VIH no les interesa si infectan a otras personas:

Fuertemente de acuerdo ___ de acuerdo___ desacuerdo___

Fuertemente desacuerdo___



37. Las personas con VIH deberían avergonzarse de sí mismas:

Fuertemente de acuerdo ___ de acuerdo___ desacuerdo___
Fuertemente desacuerdo___

38. La mayoría de personas con VIH han tenido muchas parejas sexuales:

Fuertemente de acuerdo ___ de acuerdo___ desacuerdo___
Fuertemente desacuerdo___

39. Las personas se contagian con VIH por que interactúan en actividades irresponsables:

Fuertemente de acuerdo ___ de acuerdo___ desacuerdo___
Fuertemente desacuerdo___

40. El VIH es un castigo por malas acciones:

Fuertemente de acuerdo ___ de acuerdo___ desacuerdo___
Fuertemente desacuerdo___

41. A las mujeres con VIH se les debe permitir tener hijos:

Fuertemente de acuerdo ___ de acuerdo___ desacuerdo___
Fuertemente desacuerdo___

SECCION 4: PRACTICAS

42. ¿Normalmente usa alguna de las siguientes medidas al brindar su servicio a un paciente VIH positivo?

A. Evita contacto físico

Sí_____ No_____



B. Usa doble guante

Sí_____ No_____

C. Usa guantes durante todo el cuidado del paciente

Sí_____ No_____

D. Usa otro tipo de medida para el control de infección con paciente VIH positivo que no utilice con otro tipo de paciente

Sí_____ No_____

43. Si estuviera en mis manos, no le brindaría mis servicios a personas que se inyectan drogas ilegales:

Fuertemente de acuerdo _____

De acuerdo _____

Desacuerdo _____

Fuertemente desacuerdo _____

Prefiero no brindarles mis servicios porque:

Me ponen en un riesgo más alto de infección: Si_____ No_____

Participan en actividades inmorales: Si_____ No_____

No he recibido capacitación para trabajar con ellas: Si_____ No_____

44. Si estuviera en mis manos, no le brindaría mis servicios a hombres que tienen relaciones con otros hombres.

Fuertemente de acuerdo _____

De acuerdo _____

Desacuerdo _____



Fuertemente desacuerdo _____

Prefiero no brindarles mis servicios porque:

Me ponen en un riesgo más alto de infección: Si____ No____

Participan en actividades inmorales: Si____ No____

No he recibido capacitación para trabajar con ellas: Si____ No____

45. Si estuviera en mis manos, no les brindaría mis servicios a trabajadoras sexuales:

Fuertemente de acuerdo _____

De acuerdo _____

Desacuerdo _____

Fuertemente desacuerdo _____

Prefiero no brindarles mis servicios porque:

Me ponen en un riesgo más alto de infección: Si____ No____

Participan en actividades inmorales: Si____ No____

No he recibido capacitación para trabajar con ellas: Si____ No____

46. Se debe aislar a un paciente para evitar que otras personas se contagien:



Fuertemente de acuerdo _____

De acuerdo _____

Desacuerdo _____

Fuertemente desacuerdo _____

47. Hay que divulgar el estado del portador para evitar poner en riesgo al personal de la salud:

Fuertemente de acuerdo _____

De acuerdo _____

Desacuerdo _____

Fuertemente desacuerdo _____



Cronograma

Actividades	Meses	Hora
Introducción	Agosto	10 am
Antecedentes	Agosto	11 am
Justificación	Agosto	10 am
Planteamiento del problema	Agosto	10 am
Objetivos : general y específicos	Agosto	11 am
Marco teórico	Septiembre	11 am
Materiales y métodos	Septiembre	02 pm
Encuesta	Septiembre	02 pm
Consentimiento informado	Octubre	02 pm
Carta para solicitar permiso a los centros de salud.	Octubre	05pm
Reuniones con el tutor	Agosto Septiembre Octubre	11 am 02 pm 04 pm 05 pm