

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA

***“CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS VIH/SIDA DE LA
POBLACIÓN DE 20 A 30 AÑOS DE EDAD, DEL BARRIO
IXOBEL, POPTÚN, PETÉN”***

Estudio descriptivo y transversal con enfoque cuantitativo ha realizarse
en la población de 20 a 30 años del Barrio Ixobel, Poptún, Petén, en
los meses de abril-mayo 2008.

Patricia Lorena Pérez Berges de Roque
Carné: 200518343

ASESORA : MSc. Rutilia Herrera Acajabón
REVISORA: Mg. Enma Judith Porras

Tesis

Presentada ante las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas –
USAC - Escuela Nacional de Enfermeras/os de Guatemala

Previo a optar el grado de Licenciada en Enfermería

GUATEMALA, JULIO 2008.



CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO (CUM)
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA
 6 Avenida 3-55 zona 11, Teléfonos 2440-4477, 2440-8592, 2472-1392
 E-mail guatenfiria@yahoo.com Guatemala, C.A.



LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
 GUATEMALA A TRAVÉS DE
 LA DIRECCIÓN DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA

AUTORIZA LA IMPRESIÓN DEL TRABAJO DE TESIS
 TITULADO

**“CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS VIH/SIDA DE LA POBLACIÓN DE 20 A
 30 AÑOS DE EDAD, DEL BARRIO IXOBEL, POPTÚN, PETÉN”**

Presentado por la estudiante: Patricia Lorena Pérez Berges de Roque
 Carné: 200518343
 Trabajo Asesorado por: MSc. Rutilla Herrera Acajábón
 Y Revisado por: Mg. Enma Judith Porras

Quienes lo avalan de acuerdo al Normativo de Tesis y Exámenes Generales, Grado Académico de
 LICENCIATURA DE ENFERMERÍA. PUNTO NOVENO, INCISOS 9.1 Y 9.2 del ACTA 32-2004.

Dado en la ciudad de Guatemala a los diecisiete días del mes de Julio del año 2008.



MSc. Rutilla Herrera Acajábón
 DIRECTORA



Vo.Bo.

Dr. Jesús Amulfo Oliva Leal
 DECANO



Dr. Jesús Amulfo Oliva Leal
 DECANO
 2000-2010



CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO (CUM)
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA
6 Avenida 3-55 Zona 11, Teléfonos: 2440-4477, 2440-8592, 2472-1392
E-mail: guatenfria@yahoo.com Guatemala, C.A.



Guatemala 17 de Julio de 2008

Profesores
UNIDAD DE TESIS
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala
Presente.

Se les informa que la Enfermera:

Patricia Lorena Pérez Berges de Roque

Ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

“CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS VIH/SIDA DE LA POBLACIÓN DE 20 A 30
AÑOS DE EDAD, DEL BARRIO IXOBEL, POPTÚN, PETÉN”

Del cual el autor se hace responsable del contenido, y el asesor y revisor damos la aprobación de la metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

MSc. Rutia Herrera Acababón
ASESORA

Mg. Enma Judith Porras
REVISORA

ÍNDICE

Agradecimientos	i
Resumen	iii
I. Introducción	1
II. Definición y análisis del problema	2
1. Antecedentes	2
2. Definición del problema	6
3. Delimitación del problema	6
4. Alcances y límites	6
4.1. Criterios de inclusión	6
4.2. Criterios de exclusión	7
5. Planteamiento del problema	7
III. Justificación	8
IV. Objetivo	10
V. Revisión teórica y de referencia	11
6. El virus de inmunodeficiencia adquirida (vih)	11
6.1. Características generales:	12
6.2. El sistema inmunológico humano	12
6.3. Fases	15
6.4. Efectos sobre el sistema inmunológico	16
6.5. Portadores asintomáticos del virus vih	17
6.6. Causas, incidencia y factores de riesgo	18
6.7. Desarrollo de la enfermedad	18
6.8. Medios de contagio	20
6.9. Generalidades del virus de inmunodeficiencia humana. El vih.	21
6.10. Formas de prevención	22
6.11. Enfermedades secundarias que padece la persona con vih y sida	23
6.12. Principales medicamentos que se utilizan en el hospital	24
6.13. Principales programas del ministerio de salud en vih y sida	25
7. Cuidados a personas que conviven con el virus del sida pvvs	25
8. Conocimiento	27
8.1. Conocimiento transparente	27
8.2. Conocimiento real científico	28
VI. Materiales y métodos	29
9. Tipo de estudio	29
10. Unidad de análisis	29

11. Población y muestra	29
12. Variable	29
12.1. Operacionalización de variables	30
13. Descripción detallada de las técnicas y procedimientos que se utilizaron	34
14. Aspectos éticos de la investigación	35
14.1. Derecho a la autodeterminación	35
14.2. Derecho a la intimidad	35
14.3. Derecho al anonimato y confidencialidad	35
14.4. Derecho al trato justo	35
14.5. Derecho a la protección ante la incomodidad y el daño	35
14.6. Comprensión del consentimiento informado	35
VII. Análisis y discusión de resultados	36
VIII. Conclusiones	54
IX. Recomendaciones	55
X. Bibliografía	56
XI. Anexos	58
15. Cronograma de actividades	59
16. Instrumento de investigación	61
17. Carta de autorización del estudio de campo	63
18. Consentimiento informado	64

AGRADECIMIENTOS

A DIOS; ¿A quién tengo yo en los cielos sino a ti? Y fuera de ti nada deseo en la tierra. (Salmo 73:25)

A MI ESPOSO; Francisco Javier Roque Torriente por su paciencia, comprensión, por su empeño, por su fuerza, por su amor, por se tal y como es..., por que lo quiero. Es la persona que más directamente ha sufrido las consecuencias de la investigación realizada. Realmente él me llena por dentro para conseguir un equilibrio que me permita dar el máximo de mí. Nunca le podré estar suficientemente agradecida.

A MIS HIJOS/AS; Silvana Patricia, Rashella Lubia Yolanda, Javier Isaac y David Francisco; por ser la fuente de mi inspiración y motivación para superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor. Que mi triunfo sea para ellos un ejemplo de superación.

A MIS PADRES; Arturo y Lubia que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño, y todo ello con una dosis de amor sin pedir nunca nada a cambio.

A MIS HERMANOS/AS, Luis Arturo y Rosa Fabiola; por su apoyo incondicional.

A MIS ABUELOS/AS (+); por compartir las alegrías, las penas y por siempre tener palabras de aliento.

A MIS CUÑADOS/AS; mil gracias por su apoyo incondicional.

A MIS SOBRINOS/AS; Amarilis, Aroldo, Joel, Bélgica, Luis y Amy; gracias por estar conmigo y apoyarme siempre.

A MIS SUEGROS; Francisco Roque Zambrana (+) y Yolanda Torriente Peñalver; por sus sabios consejos.

A MIS AMIGAS; Nilda Azucena Godoy de Alegría, María Leticia Palencia Cario y Marbella Solares; gracias por apoyarme en momentos difíciles y mantener una amistad sincera.

A MIS COMPAÑEROS DE PROMOCIÓN; quisiera nombrarlos a cada uno de usted pero son muchos. Gracias por su amistad y experiencias compartidas durante el desarrollo de la carrera. Dios los bendiga.

A LOS DOCENTES; a cada uno de ellos que ayudaron en nuestra formación.

A LA MAGÍSTER RUTILIA HERRERA; persona inigualable en el desarrollo de la superación de la enfermería en Guatemala y porque a través de su persona se llevó a cabo el desarrollo de la carrera en el departamento de El Petén,

permitiendo de esta manera la preparación académica de las enfermeras en el Departamento.

A LAS LICENCIADAS BÁRBARA ANLEU Y SARA LORENA LÓPEZ DE QUIÑÓNEZ; quienes transmitieron los conocimientos en el desarrollo de la carrera y compartieron las experiencias de docencia estudiante.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA; institución que nos abrió las puertas hacia el conocimiento científico.

A LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA; porque a través del personal docente nos transmitieron los conocimientos.

AL HOSPITAL ROOSVELTH. DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA; por habernos abierto las puertas de la institución.

AL HOSPITAL DE SAN BENITO, PETEN "PROSPERO PENADOS DEL BARRIO"; por habernos permitido realizar nuestras practicas.

A LA ESCUELA DE ENFERMERIA "MARIA RAFOLS"; agradecimiento sincero por el apoyo brindado en la licenciatura.

A PETÉN; entrañable terruño que me permite convivir con nuestros semejantes.

A POPTÚN, PETÉN; en donde nació el tema de investigación del estudio.

A LA MUNICIPALIDAD DE POPTÚN, PETÉN; quien permitió recabar la información en el barrio seleccionado.

A LA COMUNIDAD DE NUEVO HORIZONTE, SANTA ANA, PETÉN; que me permitió realizar la práctica y proporcionar conocimientos para mi formación como profesional de enfermería.

A LAS PERSONAS DEL BARRIO IXOBEL Y DEL BARRIO SANTA MARÍA DE POPTÚN PETÉN; que de manera generosa me abrieron las puertas de sus hogares y de su conocimiento, lo cual permitió la realización de este estudio.

AL ÁREA DE SALUD PETÉN SUR ORIENTAL Y AL HOSPITAL DISTRITAL POPTÚN PETÉN; por la socialización de información proporcionada, la cual fue valiosa para fundamentar el estudio.

A todas las personas que de alguna forma apoyaron la realización del estudio, muchas de las cuales no he mencionado, les presento mis sinceros agradecimientos.

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio se realizó con el objetivo de describir los conocimientos que tiene la población de las edades de 20 a 30 años del Barrio Ixobel de Poptún Petén, sobre el virus VIH/SIDA. La idea de realizar esta investigación parte de la preocupación que se tiene en relación que, a pesar que se han implementado estrategias, emitido acuerdos, normas y procedimientos, no se han hecho realidad como se quisiera en la población; o por lo menos no han dado el impacto necesario y esto puede reflejarse cuando se ven los casos de los jóvenes que consultan a los servicios de salud presentando ya la sintomatología y como resultado se obtiene el dato positivo de padecer VIH/SIDA.

La información se recolectó de manera sistemática y el planeamiento de esta investigación denominado también protocolo, se le aplicaron los aspectos de validez interna, externa y de constructo, las principales fuentes para enriquecer la revisión teórica y de referencia fueron: consulta a libros de texto relacionados con el tema, sitios de Internet, así como trabajos de tesis anteriores y la experiencia de la investigadora en sus labores cotidianas.

Los resultados se dan a conocer en resumen en el aspecto de conclusiones: el resultado del 14% de la población que no dió respuesta a las formas de contagio que existen, porque en ellos es latente el riesgo de contagiarse por el mismo desconocimiento que se tiene de las formas en que pueden adquirir esta enfermedad. Otro riesgo es que el 20% de los encuestados opinaron que no es importante protegerse en el momento de darse las relaciones sexuales, esto último puede ser el resultado de algunos patrones culturales. Este dato se relaciona con el 18% que responde no conocer de las enfermedades oportunistas que provoca el padecimiento del VIH/SIDA. Respecto de los cuidados a las personas con VIH/SIDA, el 44% indica que sí los conoce, esto deja ver que la mayoría no está preparada para atender a las personas con este padecimiento.

Otro dato importante es que el 44% de los sujetos de estudio dicen que creen que las personas del barrio no aceptan a las personas que viven con VIH, lo cual podría repercutir en el dato que dieron del desconocimiento de los cuidados a personas con esta enfermedad; así como el que el 48% de los sujetos indica que en el barrio hay un grupo encargado de velar por la educación del VIH, sin embargo no indican de qué forma ni dónde está ubicado. La poca información también la reflejan cuando el 62% responde que no sabe si en los hospitales existen o no medicamentos para el tratamiento de VIH.

Este documento es importante como apoyo de referencia para las instituciones y equipos de salud para mejorar la calidad de vida de los guatemaltecos.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

1. ANTECEDENTES

El desarrollo de la epidemia del VIH/SIDA está asociado con desigualdades sociales expresadas en accesos diferenciales a oportunidades de protección y cuidado de la salud, en diferentes contextos socioeconómicos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó para el año 2000 unos 40 millones de infectados con VIH en el mundo, de los cuales más del 90% vivían en países pobres, donde las tasas de infección tenderán a aumentar por la deficiente oferta de sistemas sanitarios y los limitados recursos preventivos y asistenciales.¹

La epidemia del VIH/SIDA también se asocia con desigualdades de clase social debido a que la prevalencia del VIH y la incidencia del SIDA son mayores en áreas donde la población pertenece a estratos socioeconómicos inferiores, como es el caso de México.²

Las diferencias de género son otra expresión de las desigualdades asociadas con la epidemia, puesto que son un componente central en las posibilidades de lograr posiciones socioeconómicas de mayor o menor privilegio. Estas diferencias implican una mayor probabilidad de que los hombres transmitan el VIH a sus parejas sexuales mujeres³ y en mayor medida en contextos de pobreza.

La epidemia ha tenido efectos importantes en la población adolescente y joven de América Latina y El Caribe. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimó en 1997 que la mitad de todas las nuevas infecciones se presentaban en personas menores de 25 años de edad y que la mayoría se infectaba por la vía sexual.⁴

En el año 1981 se registra por las instituciones el primer caso de SIDA en Guatemala y a partir de entonces se han ido incrementando progresivamente hasta la fecha, su incidencia se encuentra marcada en la población de 20 a 50 años. A finales de 1999 el registro de casos era de 73 mil personas portadoras del VIH/SIDA, de esas 73 mil, 71 mil eran de 15 a 49 años, y 28 mil son mujeres, 1600 menores de 14 años,⁵ estadísticas que motivan a realizar el estudio sobre los

¹ Mertens TE, Low-Beer D. HIV and AIDS: Where is the epidemic going? Bull World Health Organ 1996; 74:1-2-129.

² González-Block MA, Liguori AL. El SIDA en los estratos socioeconómicos de México. En: González-Block MA, Liguori, AL, ed. Perspectivas de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México. Instituto Nacional de Salud Pública, 1992: 21-36.

³ Sherr L. Tomorrow's era: Gender, psychology and HIV infection

⁴ Organización Panamericana de la Salud. Salud de los adolescentes. Plan de Acción 1998-2001 sobre salud y desarrollo del adolescente en las Américas. Washington, D. C.: Organización Mundial de la Salud, 1997.

⁵ <http://www.reproductiverights.org/esp.vi.lac-guatemala.html> Consultada el 30 de abril de 2007

conocimientos de la población adulta (20 a 30 años) del Barrio Ixobel de Poptún, Petén, sobre la transmisión del VIH/SIDA, ayudó a establecer acciones estratégicas de cómo poder contribuir a solventar el presente problema de salud, que afecta a la población en general de Guatemala. El poseer conocimientos acerca de cualquier problema de salud que se presenta, ayuda a tomar acciones para disminuir el incremento de la situación problema a la que se está enfrentando.

Desde el apareamiento del VIH/SIDA, el gobierno a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se lanza a crear estrategias para la protección de la población e implementar leyes y normativas de prevención y promoción. El apoyo de los países desarrollados también se ha hecho presente, por medio de la creación de entidades dedicadas específicamente al VIH/SIDA⁶. Algunos estudios han dicho que el 60% de la población es portadora del virus, algunos son portadores sanos y otros ya en fase de SIDA⁷. Lo más preocupante es que, a pesar que se han implementado estrategias, emitido acuerdos, normas y procedimientos, no se han hecho realidad como se quisiera en la población; o por lo menos no han dado el impacto necesario. Y esto puede reflejarse cuando se ven los casos de los jóvenes que consultan a los servicios de salud y ya presentan la sintomatología y los análisis dan resultados positivos. Ésta es otra de las razones que motiva la realización de esta investigación.

En México, Cuernavaca, se realizó un estudio denominado Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres⁸. El objetivo que se trazó esta investigación fue describir conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes de distintos estratos socioeconómicos, mediante un análisis de consenso cultural. Es un estudio transversal muestral descriptivo y correlacional. Cuestionario aplicado a 758 adolescentes de Guadalajara, Jalisco, México, entre julio de 1995 y marzo de 1996. Análisis: a) consenso por estratos y género con análisis factorial, b) estimación de patrón cultural de respuestas correctas y de concordancia de respuestas individuo/grupo por correlaciones r de Pearson. Entre los resultados se pudo observar altos grados de consenso en todos los estratos. La concordancia de conocimientos individuo/grupo fue mayor en estratos superiores. El patrón de respuestas correctas mostró a) conocimientos similares sobre formas de transmisión casual, características del SIDA y alto riesgo en trabajadoras del sexo comercial, y b) diferencias basadas en dudas e incertidumbres sobre la protección del condón, la distinción VIH/SIDA y la transmisión en clínicas. La principal conclusión fue que los conocimientos son homogéneos en todos los estratos y se orientan hacia un modelo biomédico. Sin embargo, contienen elementos de duda e incertidumbre que precisan de intervenciones informativas segmentadas.

⁶ Manual de Consejería en VIH/SIDA/ETS para personal de Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Pág. 1-17.

⁷ Acuerdo Número 317-2002 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Pág. 1-17

⁸ Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, Jalisco, México.

En lo que respecta al índice de morbilidad, con frecuencia se ha atendido a personas con alguna infección de transmisión sexual, entre las más frecuentes: papilomatosis, herpes genital y tricomoniasis vaginal. Se reconoce el riesgo que presencia del VIH cuando existe presencia de alguna infección no tratada a tiempo con su medicamento respectivo; puesto que en su mayoría la población muchas veces tiende a automedicarse y no asistir a algún servicio de salud.

El Barrio Ixobel se encuentra ubicado en la parte sur del municipio de Poptún Petén, cuenta con una población de 878 habitantes desde su fundación en 1968, del total de habitantes 473 son hombres y 405 son mujeres.

Se pudo observar que la población del municipio de Poptún, en relación a Personas Viviendo con VIH/SIDA (PWVS) solamente se tienen registros de 34 hombres y 23 mujeres diagnosticadas con el virus del SIDA, de esta población 6 hombres y 4 mujeres han fallecido. Aún no se cuenta con registros actualizados de población PWVS de este municipio, puesto que la mayor parte de usuarios que son diagnosticados con el virus son referidos al departamento de Izabal para su tratamiento y terapias de control de carga viral. Por tal razón, el Área de Salud y Hospital de este distrito no tiene registros recientes, debido al desplazamiento de la población hacia otras comunidades vecinas¹¹

Se ha sabido por los medios de comunicación que para tratar la problemática del VIH/SIDA las instancias gubernamentales no cuentan con el presupuesto suficiente. Eso sucede probablemente por la proliferación tan alta con la que se está dando este fenómeno. Situación que da más argumentos para realizar el presente estudio, porque por medio del conocimiento pueden practicarse medidas de prevención para que disminuya el número de casos nuevos.

El grupo de estudio no ha alcanzado un grado académico más allá de sexto primaria y algunos tercero básico. La mayoría de varones se dedican a la albañilería y agricultura, mientras las mujeres al servicio de casa. Los jóvenes varones son dados al consumo de cigarrillos, bebidas alcohólicas y drogas.

Dentro del límite geográfico de dicho barrio no se cuenta con institución alguna que se dedique a la educación en salud y menos específicamente al tema del VIH/SIDA. Lo cual motivó a realizar la presente investigación para poder determinar si la carencia de conocimientos o el déficit de los mismos sobre el VIH/SIDA están permitiendo el incremento de casos, lo cual viene a ser problema no sólo de salud sino que también un problema social.

Todo lo anterior permite hacer el análisis sobre dicha problemática, asumiendo al mismo el grado de ignorancia y analfabetismo, por lo cual se espera que el

¹¹ Roque 2007. Trabajo de campo. Barrio Ixobel, Poptún, Petén.

presente sirva como una medida de reflexión para mejorar la salud de los guatemaltecos.

A la fecha no se tiene información alguna de que se haya realizado algún estudio con este enfoque en este barrio.

2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La población estuvo constituida por la más activa en las esferas sociales, laborales y productivas. Es por ello que se tomó la decisión de indagar sobre cuáles son los conocimientos que ellos tienen sobre el virus del VIH/SIDA. La población en estudio reflejó poca preparación escolar, y esto repercute en la visión de autocuidado que cada uno de ellos pueda tener y practicar, así como sus hábitos se inclinan a las diversiones en centros nocturnos y al consumo de bebidas alcohólicas y drogas. Lo anterior hace un contexto ideal para que la promiscuidad se dé y de esta manera la transmisión del VIH/SIDA se vuelve mayor. Además de ello, el Barrio no cuenta con ninguna institución que se dedique a la educación en salud y menos con enfoque a la prevención de la transmisión de este virus, posiblemente pudiera tomar sus medidas preventivas.

3. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El estudio abarcó a la población del Barrio Ixobel, Poptún que están en las edades de 20 a 30 años, a continuación se describen los ámbitos:

- 3.1. **Ámbito Institucional:** Municipalidad del municipio de Poptún, Petén
- 3.2. **Ámbito Geográfico:** Barrio Ixobel, Poptún, Petén.
- 3.3. **Ámbito Temporal:** Abril a mayo de 2008
- 3.4. **Ámbito Personal:** Población de 20 a 30 años

4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

La investigación permite hacer un registro detallado de las generalidades VIH/SIDA, formas de contagio del VIH/SIDA, formas de prevención, enfermedades oportunistas y cuidados a las personas con VIH/SIDA, mediante un enfoque cognoscitivo. El estudio geográficamente se desarrolló en el Barrio Ixobel del municipio de Poptún, Petén.

Por las características del estudio y en función del objetivo, el espacio de muestra ha sido diseccionado y localizado exclusivamente a la población de 20 a 30 años de edad del Barrio Ixobel, Petén.

4.1. Criterios de inclusión

Toda la población adulta del Barrio Ixobel, Poptún, Petén.

Toda la población que aceptó participar en el estudio de la investigación.

4.2. Criterios de exclusión

No se excluyó ninguna persona dentro del estudio de la investigación.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué conocimientos tiene la población de las edades de 20 a 30 años del Barrio Ixobel de Poptún Petén sobre la transmisión del virus VIH/SIDA; de abril a mayo de 2008?

III. JUSTIFICACIÓN

La investigación se fundamenta puesto que en la actualidad no se conoce ningún estudio sobre los conocimientos de las formas de transmisión del virus VIH/SIDA, realizado en el Barrio Ixobel Poptún, por lo que se consideró la investigación novedosa. Se buscó información sobre la realización de este tipo de estudio en algún otro espacio geográfico de Guatemala, sin embargo no se encontró ninguna información al respecto. En otros países hay algunas que se han realizado en adolescentes, no así con las edades que aquí se toman.

Esta investigación es de suma trascendencia porque los resultados obtenidos serán de punto de partida para establecer planes de trabajo, investigaciones posteriores, entre otros procesos, para ampliar el tema de conocimientos que la población tiene sobre la forma de transmisión del virus VIH/SIDA y de esa manera contribuir a la disminución de nuevos casos. Tomando en cuenta que el departamento de Petén representa la tercera parte del Territorio Nacional, su población es extensa y muy dispersa, además vive una migración e inmigración muy dinámica con los demás departamentos de la República y con habitantes de otros países. Lo que hace más complejo este aspecto porque por las características tropicales y de turismo del lugar la promiscuidad puede que se de con facilidad. El apareamiento de los casos de VIH/SIDA es responsable de causar cambio dentro de un grupo social. Es por ellos que el estudio tomó mayor importancia y más aún en la población comprendida entre las edades de 20 a 30 años porque es el período en que se realiza en la población adulta por ser la más afectada según las estadísticas obtenidas, y para que sirva como fuente de información o documental de consulta posteriormente.

El estudio tomó como base la teoría de enfermería del déficit del autocuidado de Dorotea E. Orem. Ella divide esta teoría en tres sub teorías interrelacionadas, la primera la llama del autocuidado que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas, a la segunda le denomina del déficit del autocuidado, que describe y explica cómo la enfermera puede ayudar a la gente y la tercera la llama de sistemas de enfermería, la cual describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la enfermería.¹²

El autocuidado es una función humana reguladora que debe de aplicar cada individuo, en forma deliberada para sí mismo con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado por tanto es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería.

¹² Tommey, Marriner Ann, Martha Raile Alligood. Modelos y Teorías en Enfermería 5ª edición. España 2003. Págs. 191-192

El autocuidado debe de aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continua en el tiempo, en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos¹³

La idea de identificar conocimientos sobre VIH/SIDA que posee la población adulta contribuyó en la búsqueda de estrategias para la solución del problema a través de acciones coordinadas intersectorialmente.

¹³ Tommey, Marriner Ann, Martha Raile Alligood. Modelos y Teorías en Enfermería 4ª edición. España 1998. Págs. 181

IV. OBJETIVO

Describir los conocimientos que tiene la población de las edades de 20 a 30 años del Barrio Ixobel de Poptún Petén, sobre el virus VIH/SIDA.

V. REVISIÓN TEÓRICA Y DE REFERENCIA

1. EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH)

Eran los años 70¹⁴, la liberación sexual estaba en su apogeo. Siguiendo esta corriente, la comunidad gay de algunos países había decidido salir a la calle y mostrarse sin complejos. En ciudades como San Francisco o Nueva York proliferaban los garitos donde, además de copas y música, se consumía sexo sin restricciones.

Según investigaciones de aquella época, en una sola visita a aquellos locales (saunas, discotecas o clubes especiales) se producían una media de 2,7 contactos sexuales. Proliferaron entonces las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y era frecuente encadenar o padecer a la vez gonorrea, sífilis, herpes genital y toda una lista de enfermedades asociadas a la promiscuidad. Sin embargo, no fue suficiente para modificar los hábitos sexuales de la época. Eran tiempos felices y la mayoría de estos problemas se resolvían con antibióticos.

Fue en este escenario cuando, en junio de 1981¹⁵ se comunicó, en una revista científica, el primer caso de neumonía por *Pneumocystis carinii* en un paciente homosexual. Este germen era hasta entonces muy poco frecuente, salvo en sujetos con defensas bajas. Casi simultáneamente se publicaron varios casos de Sarcoma de Kaposi en pacientes jóvenes y los acontecimientos se sucedieron vertiginosamente. Ambas eran enfermedades raras que aparecían sólo en sujetos inmunodeprimidos, es decir, sin capacidad para defenderse de las infecciones y de algunos tumores. En pocos meses se describieron casos similares en otros países occidentales, fundamentalmente europeos, y cundió la alarma.

En ese momento se pensó que el motivo de estas raras infecciones estuviesen en el frecuente uso de drogas estimulantes por la comunidad gay que parecía ser la más afectada, también se propuso a la combinación simultánea de varias enfermedades de transmisión sexual (exóticos ETS) ahora denominadas Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) o al hecho de viajar a destinos. Sin embargo, una vez descrito el cuadro de inmunodeficiencia, comenzaron a comunicarse nuevos casos en sujetos no homosexuales: fundamentalmente adictos a las drogas intravenosas, hemofílicos y sujetos procedentes de la isla caribeña de Haití. En enero de 1983 se describió el primer caso de transmisión heterosexual. Esta enfermedad fue bautizada con el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o SIDA, un término que hace referencia a la falta de defensas que sufrían los pacientes y al hecho de que se adquiriese durante la vida, ya que hasta aquel momento la mayoría de los casos de inmunodeficiencia aparecían de forma congénita, es decir al nacer, o bien en pacientes que estuviesen recibiendo quimioterapia para el cáncer. Una vez que se

¹⁴ <http://www.ctv.es/USERS/fpardo/vihsn.htm> consultado el 30 de abril de 2007

¹⁵ *Ibid.*

supo que era el virus del VIH el responsable de la enfermedad, quedaba por determinar sus orígenes.¹⁶

En la historia de la búsqueda del virus no se puede dejar de hablar del célebre “paciente 0” de donde pareció partir la epidemia en los primeros momentos. Se trata de Gaetan Dugas, un auxiliar de vuelo, homosexual y extremadamente promiscuo que reconoció haber tenido más de mil compañeros sexuales. A partir del VIH aislado en su sangre se realizaron investigaciones a pacientes de todo el mundo, a más de 40 casos de VIH¹⁷ identificándose características similares y repartidos por multitud de países que tenían en común además el haber compartido sexo entre ellos. Contribuyó indudablemente a extender la enfermedad por todo el mundo, algo que ocurrió en un tiempo récord; pero también ayudó a reconocer que la enfermedad era muy contagiosa y que ciertas actitudes podían ayudar a su diseminación, por lo tanto era posible tomar medidas para reducir la tasa de contagios.

1.1. Características generales:

Desde el momento en que el VIH penetra en el organismo empieza a proliferar de forma continua.

Se podrían distinguir al menos tres fases evolutivas de la infección:

- Fase inicial, precoz o aguda;
- Fase intermedia o crónica y
- Fase final, de crisis o SIDA

Lo que favorece la aparición de la mayoría de las infecciones oportunistas y neoplasias características del SIDA.

El tratamiento con antirretrovirales y la profilaxis de las infecciones oportunistas ha modificado la evolución del SIDA.

Por la destrucción de los linfocitos CD4 producirá una inmunosupresión severa tanto es posible que no conozcamos la evolución que seguirá la infección por VIH hasta dentro de algunos años.

1.2. El sistema inmunológico humano

El sistema inmunológico, también llamado sistema inmune, es el sistema corporal cuya función primordial consiste en destruir los agentes patógenos que encuentra. Cualquier agente considerado extraño por un sistema inmunológico se denomina antígeno. La responsabilidad del sistema inmunológico es enorme y debe presentar una gran diversidad, con objeto de reaccionar de forma adecuada con los miles de antígenos, patógenos potenciales diferentes, que pueden invadir el cuerpo. Aún no se conocen en su totalidad los mecanismos fisiológicos complejos

¹⁶ Unidad de investigación epidemiológica y en servicios de salud de adolescente. Instituto Mexicano de Seguro Social. Guadalajara Jalisco, México.

¹⁷ <http://www.alianza-vih.com/info-vih-hist.htm> Consultado el 30 de abril de 2007

implicados en el sistema inmunológico, pero la investigación médica continúa desentrañándolos.

El sistema inmunológico consta de seis componentes principales, tres de los cuales son diferentes tipos de células, y los otros tres, proteínas solubles. Estos seis componentes pueden encontrarse en la sangre de diferentes formas.

1.2.1. Células

Las tres categorías de células inmunológicas son granulocitos, monocitos/macrófagos y linfocitos. Los granulocitos son las células con núcleo más abundantes en la sangre. Estas células fagocitan (ingieren) los antígenos que penetran en el cuerpo, sobre todo si estos antígenos han sido recubiertos en la sangre por inmunoglobulinas o por proteínas del sistema del complemento (descrito más adelante bajo el epígrafe proteínas). Una vez ingeridos, los antígenos suelen ser destruidos por las potentes enzimas de los granulocitos.¹⁸

Los monocitos constituyen un pequeño porcentaje de la totalidad de las células sanguíneas; cuando se encuentran localizados en los tejidos, fuera de la circulación sanguínea, experimentan cambios físicos y morfológicos y reciben el nombre de macrófagos. Al igual que los granulocitos, los monocitos también ingieren sustancias extrañas, interaccionan con las inmunoglobulinas y con las proteínas del complemento, y contienen enzimas potentes dentro de su citoplasma. Sin embargo, los monocitos alteran además los antígenos, haciendo que la respuesta inmune de tercer tipo de células inmunológicas, los linfocitos, sea más fácil y más eficaz.

En algunos aspectos, los linfocitos son las células más importantes del sistema inmunológico. Existen dos tipos principales de linfocitos: los linfocitos B y los linfocitos T. Los primeros son responsables de la inmunidad humoral o sexológica; es decir, los linfocitos B y sus descendientes directos, que reciben el nombre de células plasmáticas, son las células responsables de la producción de unos componentes del suero de la sangre, denominados inmunoglobulinas. Los linfocitos T son responsables de la inmunidad celular; es decir, atacan y destruyen directamente a los antígenos. Estas células también amplifican o suprimen la respuesta inmunológica global, regulando a los otros componentes del sistema inmunológico, y segregan una gran variedad de citoquinas.

Los linfocitos T constituyen el 70% de todos los linfocitos. Tanto los linfocitos T como los linfocitos B tienen la capacidad de recordar, desde el punto de vista bioquímico, una exposición previa a un antígeno específico, de manera que si la exposición es repetida puede producirse una destrucción más eficaz del antígeno.

¹⁸ Manual de consejería para VIH/SIDA. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Junio 2005

1.2.2. Proteínas

Los tres tipos de proteína que forman parte del sistema inmunológico, y se encuentran disueltas en el suero (la porción líquida de la sangre), son las inmunoglobulinas, las citoquinas y las proteínas del complemento. Hay miles de clases diferentes de inmunoglobulinas, que reciben el nombre de anticuerpos; cada una de ellas se combina de manera exacta con un tipo específico de antígeno y contribuye a su eliminación. Esta inmensa diversidad es la característica principal del sistema inmunológico en conjunto.

Las citoquinas son compuestos solubles, responsables en gran parte de la regulación de la respuesta inmunológica. Si son segregadas por los linfocitos, reciben el nombre de linfoquinas; si son segregadas por los monocitos, se denominan monoquinas. Algunas citoquinas amplifican o incrementan una respuesta inmunológica que está en curso, otras hacen que las células proliferen, y otras pueden suprimir una respuesta inmunológica en funcionamiento.

El sistema inmunológico, al igual que otros sistemas corporales, debe ser regulado de esta forma, de modo que el sistema esté activo cuando sea necesario, pero que no lo esté de una manera patológica.

Las proteínas del complemento forman una familia de compuestos que, junto con las inmunoglobulinas, actúan para propiciar una respuesta inmunológica adecuada. Una vez que un anticuerpo se une específicamente a un antígeno, las proteínas del complemento pueden unirse al complejo formado de esta forma, y facilitan que las células inmunológicas lleven a cabo la fagocitosis.

Los seis componentes del sistema inmunológico actúan como un todo para desarrollar una respuesta inmunitaria eficaz. La investigación ha conseguido demostrar cómo suceden muchas de las etapas de este proceso; otras fases aún son especulativas y están siendo investigadas. Sin embargo, el proceso básico es el siguiente: cuando un antígeno patógeno, por ejemplo una bacteria, consigue superar la primera línea de defensa del cuerpo, por ejemplo la piel, se encuentra en primer lugar con los granulocitos y los monocitos, y es neutralizado en parte por anticuerpos preexistentes y por las proteínas del complemento. Después, los linfocitos y los macrófagos interaccionan en el lugar donde ha entrado la bacteria, amplificando la respuesta inmunológica; se sintetizan anticuerpos más específicos y eficaces, debido a la memoria inmunológica generada por la bacteria invasora. En los ganglios linfáticos más próximos puede tener lugar una amplificación similar de la respuesta inmunológica, así como en lugares más distantes, tales como el bazo y la médula ósea, donde también se sintetizan linfocitos.¹⁹

Si todo funciona, el sistema inmunológico supera a la bacteria, de manera que la enfermedad está ya bajo control. En este momento se ponen en funcionamiento

¹⁹ Manual de consejería para VIH/SIDA. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH-SIDA, Programa Nacional de Control y Prevención de Tuberculosis, Junio 2005

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA

***“CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS VIH/SIDA DE LA
POBLACIÓN DE 20 A 30 AÑOS DE EDAD, DEL BARRIO
IXOBEL, POPTÚN, PETÉN”***

Estudio descriptivo y transversal con enfoque cuantitativo ha realizarse
en la población de 20 a 30 años del Barrio Ixobel, Poptún, Petén, en
los meses de abril-mayo 2008.

Patricia Lorena Pérez Berges de Roque
Carné: 200518343

ASESORA : MSc. Rutilia Herrera Acajabón
REVISORA: Mg. Enma Judith Porras

Tesis

Presentada ante las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas –
USAC - Escuela Nacional de Enfermeras/os de Guatemala

Previo a optar el grado de Licenciada en Enfermería

GUATEMALA, JULIO 2008.



CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO (CUM)
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA
 6 Avenida 3-55 zona 11, Teléfonos 2440-4477, 2440-8592, 2472-1392
 E-mail guatenfria@yahoo.com Guatemala, C.A.



LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
 GUATEMALA A TRAVÉS DE
 LA DIRECCIÓN DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA

AUTORIZA LA IMPRESIÓN DEL TRABAJO DE TESIS
 TITULADO

**“CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS VIH/SIDA DE LA POBLACIÓN DE 20 A
 30 AÑOS DE EDAD, DEL BARRIO IXOBEL, POPTÚN, PETÉN”**

Presentado por la estudiante: Patricia Lorena Pérez Berges de Roque

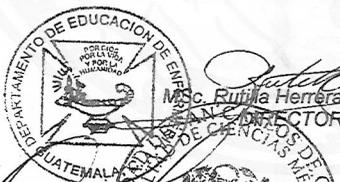
Carné: 200518343

Trabajo Asesorado por: MSc. Rutilia Herrera Acajábón

Y Revisado por: Mg. Enma Judith Porras

Quienes lo avalan de acuerdo al Normativo de Tesis y Exámenes Generales, Grado Académico de
 LICENCIATURA DE ENFERMERÍA. PUNTO NOVENO, INCISOS 9.1 Y 9.2 del ACTA 32-2004.

Dado en la ciudad de Guatemala a los diecisiete días del mes de Julio del año 2008.



MSc. Rutilia Herrera Acajábón
 DIRECTORA



Vo.Bo.

Dr. Jesús Arnulfo Oliva Leal
 DECANO



Dr. Jesús Arnulfo Oliva Leal
 DECANO
 2006-2010



CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO (CUM)
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA
6 Avenida 3-55 Zona 11, Teléfonos: 2440-4477, 2440-8592, 2472-1392
E-mail: guatenfria@yahoo.com Guatemala, C.A.



Guatemala 17 de Julio de 2008

Profesores
UNIDAD DE TESIS
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala
Presente.

Se les informa que la Enfermera:

Patricia Lorena Pérez Berges de Roque

Ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

"CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS VIH/SIDA DE LA POBLACIÓN DE 20 A 30
AÑOS DE EDAD, DEL BARRIO IXOBEL, POPTÚN, PETÉN"

Del cual el autor se hace responsable del contenido, y el asesor y revisor damos la aprobación de la metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

MSc. Ruthia Herrera Acájabón
ASESORA

Mg. Enma Judith Porras
REVISORA

ÍNDICE

Agradecimientos	i
Resumen	iii
I. Introducción	1
II. Definición y análisis del problema	2
1. Antecedentes	2
2. Definición del problema	6
3. Delimitación del problema	6
4. Alcances y límites	6
4.1. Criterios de inclusión	6
4.2. Criterios de exclusión	7
5. Planteamiento del problema	7
III. Justificación	8
IV. Objetivo	10
V. Revisión teórica y de referencia	11
6. El virus de inmunodeficiencia adquirida (vih)	11
6.1. Características generales:	12
6.2. El sistema inmunológico humano	12
6.3. Fases	15
6.4. Efectos sobre el sistema inmunológico	16
6.5. Portadores asintomáticos del virus vih	17
6.6. Causas, incidencia y factores de riesgo	18
6.7. Desarrollo de la enfermedad	18
6.8. Medios de contagio	20
6.9. Generalidades del virus de inmunodeficiencia humana. El vih.	21
6.10. Formas de prevención	22
6.11. Enfermedades secundarias que padece la persona con vih y sida	23
6.12. Principales medicamentos que se utilizan en el hospital	24
6.13. Principales programas del ministerio de salud en vih y sida	25
7. Cuidados a personas que conviven con el virus del sida pvs	25
8. Conocimiento	27
8.1. Conocimiento transparente	27
8.2. Conocimiento real científico	28
VI. Materiales y métodos	29
9. Tipo de estudio	29
10. Unidad de análisis	29

11. Población y muestra	29
12. Variable	29
12.1. Operacionalización de variables	30
13. Descripción detallada de las técnicas y procedimientos que se utilizaron	34
14. Aspectos éticos de la investigación	35
14.1. Derecho a la autodeterminación	35
14.2. Derecho a la intimidad	35
14.3. Derecho al anonimato y confidencialidad	35
14.4. Derecho al trato justo	35
14.5. Derecho a la protección ante la incomodidad y el daño	35
14.6. Comprensión del consentimiento informado	35
VII. Análisis y discusión de resultados	36
VIII. Conclusiones	54
IX. Recomendaciones	55
X. Bibliografía	56
XI. Anexos	58
15. Cronograma de actividades	59
16. Instrumento de investigación	61
17. Carta de autorización del estudio de campo	63
18. Consentimiento informado	64

AGRADECIMIENTOS

A DIOS; ¿A quién tengo yo en los cielos sino a ti? Y fuera de ti nada deseo en la tierra. (Salmo 73:25)

A MI ESPOSO; Francisco Javier Roque Torriente por su paciencia, comprensión, por su empeño, por su fuerza, por su amor, por se tal y como es..., por que lo quiero. Es la persona que más directamente ha sufrido las consecuencias de la investigación realizada. Realmente el me llena por dentro para conseguir un equilibrio que me permita dar el máximo de mí. Nunca le podré estar suficientemente agradecida.

A MIS HIJOS/AS; Silvana Patricia, Rashella Lubia Yolanda, Javier Isaac y David Francisco; por ser la fuente de mi inspiración y motivación para superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor. Que mi triunfo sea para ellos un ejemplo de superación.

A MIS PADRES; Arturo y Lubia que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño, y todo ello con una dosis de amor sin pedir nunca nada a cambio.

A MIS HERMANOS/AS, Luis Arturo y Rosa Fabiola; por su apoyo incondicional.

A MIS ABUELOS/AS (+); por compartir las alegrías, las penas y por siempre tener palabras de aliento.

A MIS CUÑADOS/AS; mil gracias por su apoyo incondicional.

A MIS SOBRINOS/AS; Amarilis, Aroldo, Joel, Bélgica, Luis y Amy; gracias por estar conmigo y apoyarme siempre.

A MIS SUEGROS; Francisco Roque Zambrana (+) y Yolanda Torriente Peñalver; por sus sabios consejos.

A MIS AMIGAS; Nilda Azucena Godoy de Alegría, María Leticia Palencia Cario y Marbella Solares; gracias por apoyarme en momentos difíciles y mantener una amistad sincera.

A MIS COMPAÑEROS DE PROMOCIÓN; quisiera nombrarlos a cada uno de usted pero son muchos. Gracias por su amistad y experiencias compartidas durante el desarrollo de la carrera. Dios los bendiga.

A LOS DOCENTES; a cada uno de ellos que ayudaron en nuestra formación.

A LA MAGÍSTER RUTILIA HERRERA; persona inigualable en el desarrollo de la superación de la enfermería en Guatemala y porque a través de su persona se llevó a cabo el desarrollo de la carrera en el departamento de El Petén,

permitiendo de esta manera la preparación académica de las enfermeras en el Departamento.

A LAS LICENCIADAS BÁRBARA ANLEU Y SARA LORENA LÓPEZ DE QUIÑÓNEZ; quienes transmitieron los conocimientos en el desarrollo de la carrera y compartieron las experiencias de docencia estudiantil.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA; institución que nos abrió las puertas hacia el conocimiento científico.

A LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA; porque a través del personal docente nos transmitieron los conocimientos.

AL HOSPITAL ROOSVELTH. DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA; por habernos abierto las puertas de la institución.

AL HOSPITAL DE SAN BENITO, PETEN "PROSPERO PENADOS DEL BARRIO"; por habernos permitido realizar nuestras practicas.

A LA ESCUELA DE ENFERMERIA "MARIA RAFOLS"; agradecimiento sincero por el apoyo brindado en la licenciatura.

A PETÉN; entrañable terruño que me permite convivir con nuestros semejantes.

A POPTÚN, PETÉN; en donde nació el tema de investigación del estudio.

A LA MUNICIPALIDAD DE POPTÚN, PETÉN; quien permitió recabar la información en el barrio seleccionado.

A LA COMUNIDAD DE NUEVO HORIZONTE, SANTA ANA, PETÉN; que me permitió realizar la práctica y proporcionar conocimientos para mi formación como profesional de enfermería.

A LAS PERSONAS DEL BARRIO IXOBEL Y DEL BARRIO SANTA MARÍA DE POPTÚN PETÉN; que de manera generosa me abrieron las puertas de sus hogares y de su conocimiento, lo cual permitió la realización de este estudio.

AL ÁREA DE SALUD PETÉN SUR ORIENTAL Y AL HOSPITAL DISTRITAL POPTÚN PETÉN; por la socialización de información proporcionada, la cual fue valiosa para fundamentar el estudio.

A todas las personas que de alguna forma apoyaron la realización del estudio, muchas de las cuales no he mencionado, les presento mis sinceros agradecimientos.

RESUMEN

En esta investigación se destaca información de suma importancia para la salud de los ciudadanos de Guatemala y en particular quienes viven en el Barrio Ixobel Poptún Petén. Los objetivos van dirigidos a describir los conocimientos que tiene la población de las edades de 20 a 30 años del Barrio Ixobel de Poptún Petén, sobre el virus VIH/SIDA. Para la recolección de información se elaboró un cuestionario de preguntas cerradas, el cual se basó en el protocolo de esta misma investigación y los sujetos de estudio fueron 80 personas, a quienes se les pasó el consentimiento informado y luego de ello aceptaron participar en esta investigación.

En los resultados se describen los indicadores que se consideraron necesario operacionalizar en las preguntas para dar respuesta al objetivo; los indicadores estudiados son: generalidades VIH/SIDA, formas de contagio de VIH/SIDA, formas de prevención de VIH/SIDA, enfermedades oportunistas y cuidados a las personas con VIH/SIDA.

Como relevante se considera el resultado del 14% de la población que no dio respuesta a las formas de contagio que existen, porque en ellos es latente el riesgo de contagiarse por el mismo desconocimiento que se tiene de las formas en que pueden adquirir esta enfermedad. Otro riesgo es que el 20% de los encuestados opinaron que no es importante protegerse en el momento de darse las relaciones sexuales, esto último puede ser el resultado de algunos patrones culturales. Este dato se relaciona con el 18% que responde no conocer de las enfermedades oportunistas que provoca el padecimiento del VIH/SIDA. Respecto de los cuidados a las personas con VIH/SIDA, el 44% indica que sí los conoce, esto deja ver que la mayoría no está preparada para atender a las personas con este padecimiento.

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio se realizó con el objetivo de describir los conocimientos que tiene la población de las edades de 20 a 30 años del Barrio Ixobel de Poptún Petén, sobre el virus VIH/SIDA. La idea de realizar esta investigación parte de la preocupación que se tiene en relación que, a pesar que se han implementado estrategias, emitido acuerdos, normas y procedimientos, no se han hecho realidad como se quisiera en la población; o por lo menos no han dado el impacto necesario y esto puede reflejarse cuando se ven los casos de los jóvenes que consultan a los servicios de salud presentando ya la sintomatología y como resultado se obtiene el dato positivo de padecer VIH/SIDA.

La información se recolectó de manera sistemática y el planeamiento de esta investigación denominado también protocolo, se le aplicaron los aspectos de validez interna, externa y de constructo, las principales fuentes para enriquecer la revisión teórica y de referencia fueron: consulta a libros de texto relacionados con el tema, sitios de Internet, así como trabajos de tesis anteriores y la experiencia de la investigadora en sus labores cotidianas.

Los resultados se dan a conocer en resumen en el aspecto de conclusiones: el resultado del 14% de la población que no dió respuesta a las formas de contagio que existen, porque en ellos es latente el riesgo de contagiarse por el mismo desconocimiento que se tiene de las formas en que pueden adquirir esta enfermedad. Otro riesgo es que el 20% de los encuestados opinaron que no es importante protegerse en el momento de darse las relaciones sexuales, esto último puede ser el resultado de algunos patrones culturales. Este dato se relaciona con el 18% que responde no conocer de las enfermedades oportunistas que provoca el padecimiento del VIH/SIDA. Respecto de los cuidados a las personas con VIH/SIDA, el 44% indica que sí los conoce, esto deja ver que la mayoría no está preparada para atender a las personas con este padecimiento.

Otro dato importante es que el 44% de los sujetos de estudio dicen que creen que las personas del barrio no aceptan a las personas que viven con VIH, lo cual podría repercutir en el dato que dieron del desconocimiento de los cuidados a personas con esta enfermedad; así como el que el 48% de los sujetos indica que en el barrio hay un grupo encargado de velar por la educación del VIH, sin embargo no indican de qué forma ni dónde está ubicado. La poca información también la reflejan cuando el 62% responde que no sabe si en los hospitales existen o no medicamentos para el tratamiento de VIH.

Este documento es importante como apoyo de referencia para las instituciones y equipos de salud para mejorar la calidad de vida de los guatemaltecos.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

1. ANTECEDENTES

El desarrollo de la epidemia del VIH/SIDA está asociado con desigualdades sociales expresadas en accesos diferenciales a oportunidades de protección y cuidado de la salud, en diferentes contextos socioeconómicos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó para el año 2000 unos 40 millones de infectados con VIH en el mundo, de los cuales más del 90% vivían en países pobres, donde las tasas de infección tenderán a aumentar por la deficiente oferta de sistemas sanitarios y los limitados recursos preventivos y asistenciales.¹

La epidemia del VIH/SIDA también se asocia con desigualdades de clase social debido a que la prevalencia del VIH y la incidencia del SIDA son mayores en áreas donde la población pertenece a estratos socioeconómicos inferiores, como es el caso de México.²

Las diferencias de género son otra expresión de las desigualdades asociadas con la epidemia, puesto que son un componente central en las posibilidades de lograr posiciones socioeconómicas de mayor o menor privilegio. Estas diferencias implican una mayor probabilidad de que los hombres transmitan el VIH a sus parejas sexuales mujeres³ y en mayor medida en contextos de pobreza.

La epidemia ha tenido efectos importantes en la población adolescente y joven de América Latina y El Caribe. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimó en 1997 que la mitad de todas las nuevas infecciones se presentaban en personas menores de 25 años de edad y que la mayoría se infectaba por la vía sexual.⁴

En el año 1981 se registra por las instituciones el primer caso de SIDA en Guatemala y a partir de entonces se han ido incrementando progresivamente hasta la fecha, su incidencia se encuentra marcada en la población de 20 a 50 años. A finales de 1999 el registro de casos era de 73 mil personas portadoras del VIH/SIDA, de esas 73 mil, 71 mil eran de 15 a 49 años, y 28 mil son mujeres, 1600 menores de 14 años,⁵ estadísticas que motivan a realizar el estudio sobre los

¹ Mertens TE, Low-Beer D. HIV and AIDS: Where is the epidemic going? Bull World Health Organ 1996; 74:1-2-129.

² Gonzáles-Block MA, Liguori AL. El SIDA en los estratos socioeconómicos de México. En: Gonzáles-Block MA, Liguori, AL, ed. Perspectivas de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México. Instituto Nacional de Salud Pública, 1992: 21-36.

³ Sherr L. Tomorrow's era: Gender, psychology and HIV infection

⁴ Organización Panamericana de la Salud. Salud de los adolescentes. Plan de Acción 1998-2001 sobre salud y desarrollo del adolescente en las Américas. Washington, D. C.: Organización Mundial de la Salud, 1997.

⁵ <http://www.reproductiverights.org/esp.vi.lac-guatemala.html> Consultada el 30 de abril de 2007

conocimientos de la población adulta (20 a 30 años) del Barrio Ixobel de Poptún, Petén, sobre la transmisión del VIH/SIDA, ayudó a establecer acciones estratégicas de cómo poder contribuir a solventar el presente problema de salud, que afecta a la población en general de Guatemala. El poseer conocimientos acerca de cualquier problema de salud que se presenta, ayuda a tomar acciones para disminuir el incremento de la situación problema a la que se está enfrentando.

Desde el apareamiento del VIH/SIDA, el gobierno a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se lanza a crear estrategias para la protección de la población e implementar leyes y normativas de prevención y promoción. El apoyo de los países desarrollados también se ha hecho presente, por medio de la creación de entidades dedicadas específicamente al VIH/SIDA⁶. Algunos estudios han dicho que el 60% de la población es portadora del virus, algunos son portadores sanos y otros ya en fase de SIDA⁷. Lo más preocupante es que, a pesar que se han implementado estrategias, emitido acuerdos, normas y procedimientos, no se han hecho realidad como se quisiera en la población; o por lo menos no han dado el impacto necesario. Y esto puede reflejarse cuando se ven los casos de los jóvenes que consultan a los servicios de salud y ya presentan la sintomatología y los análisis dan resultados positivos. Ésta es otra de las razones que motiva la realización de esta investigación.

En México, Cuernavaca, se realizó un estudio denominado Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres⁸. El objetivo que se trazó esta investigación fue describir conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes de distintos estratos socioeconómicos, mediante un análisis de consenso cultural. Es un estudio transversal muestral descriptivo y correlacional. Cuestionario aplicado a 758 adolescentes de Guadalajara, Jalisco, México, entre julio de 1995 y marzo de 1996. Análisis: a) consenso por estratos y género con análisis factorial, b) estimación de patrón cultural de respuestas correctas y de concordancia de respuestas individuo/grupo por correlaciones r de Pearson. Entre los resultados se pudo observar altos grados de consenso en todos los estratos. La concordancia de conocimientos individuo/grupo fue mayor en estratos superiores. El patrón de respuestas correctas mostró a) conocimientos similares sobre formas de transmisión casual, características del SIDA y alto riesgo en trabajadoras del sexo comercial, y b) diferencias basadas en dudas e incertidumbres sobre la protección del condón, la distinción VIH/SIDA y la transmisión en clínicas. La principal conclusión fue que los conocimientos son homogéneos en todos los estratos y se orientan hacia un modelo biomédico. Sin embargo, contienen elementos de duda e incertidumbre que precisan de intervenciones informativas segmentadas.

⁶ Manual de Consejería en VIH/SIDA/ETS para personal de Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Pág. 1-17.

⁷ Acuerdo Número 317-2002 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Pág. 1-17

⁸ Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, Jalisco, México.

En lo que respecta al índice de morbilidad, con frecuencia se ha atendido a personas con alguna infección de transmisión sexual, entre las más frecuentes: papilomatosis, herpes genital y tricomoniasis vaginal. Se reconoce el riesgo que presencia del VIH cuando existe presencia de alguna infección no tratada a tiempo con su medicamento respectivo; puesto que en su mayoría la población muchas veces tiende a automedicarse y no asistir a algún servicio de salud.

El Barrio Ixobel se encuentra ubicado en la parte sur del municipio de Poptún Petén, cuenta con una población de 878 habitantes desde su fundación en 1968, del total de habitantes 473 son hombres y 405 son mujeres.

Se pudo observar que la población del municipio de Poptún, en relación a Personas Viviendo con VIH/SIDA (PWVS) solamente se tienen registros de 34 hombres y 23 mujeres diagnosticadas con el virus del SIDA, de esta población 6 hombres y 4 mujeres han fallecido. Aún no se cuenta con registros actualizados de población PWVS de este municipio, puesto que la mayor parte de usuarios que son diagnosticados con el virus son referidos al departamento de Izabal para su tratamiento y terapias de control de carga viral. Por tal razón, el Área de Salud y Hospital de este distrito no tiene registros recientes, debido al desplazamiento de la población hacia otras comunidades vecinas¹¹

Se ha sabido por los medios de comunicación que para tratar la problemática del VIH/SIDA las instancias gubernamentales no cuentan con el presupuesto suficiente. Eso sucede probablemente por la proliferación tan alta con la que se está dando este fenómeno. Situación que da más argumentos para realizar el presente estudio, porque por medio del conocimiento pueden practicarse medidas de prevención para que disminuya el número de casos nuevos.

El grupo de estudio no ha alcanzado un grado académico más allá de sexto primaria y algunos tercero básico. La mayoría de varones se dedican a la albañilería y agricultura, mientras las mujeres al servicio de casa. Los jóvenes varones son dados al consumo de cigarrillos, bebidas alcohólicas y drogas.

Dentro del límite geográfico de dicho barrio no se cuenta con institución alguna que se dedique a la educación en salud y menos específicamente al tema del VIH/SIDA. Lo cual motivó a realizar la presente investigación para poder determinar si la carencia de conocimientos o el déficit de los mismos sobre el VIH/SIDA están permitiendo el incremento de casos, lo cual viene a ser problema no sólo de salud sino que también un problema social.

Todo lo anterior permite hacer el análisis sobre dicha problemática, asumiendo al mismo el grado de ignorancia y analfabetismo, por lo cual se espera que el

¹¹ Roque 2007. Trabajo de campo. Barrio Ixobel, Poptún, Petén.

presente sirva como una medida de reflexión para mejorar la salud de los guatemaltecos.

A la fecha no se tiene información alguna de que se haya realizado algún estudio con este enfoque en este barrio.

2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La población estuvo constituida por la más activa en las esferas sociales, laborales y productivas. Es por ello que se tomó la decisión de indagar sobre cuáles son los conocimientos que ellos tienen sobre el virus del VIH/SIDA. La población en estudio reflejó poca preparación escolar, y esto repercute en la visión de autocuidado que cada uno de ellos pueda tener y practicar, así como sus hábitos se inclinan a las diversiones en centros nocturnos y al consumo de bebidas alcohólicas y drogas. Lo anterior hace un contexto ideal para que la promiscuidad se dé y de esta manera la transmisión del VIH/SIDA se vuelve mayor. Además de ello, el Barrio no cuenta con ninguna institución que se dedique a la educación en salud y menos con enfoque a la prevención de la transmisión de este virus, posiblemente pudiera tomar sus medidas preventivas.

3. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El estudio abarcó a la población del Barrio Ixobel, Poptún que están en las edades de 20 a 30 años, a continuación se describen los ámbitos:

- 3.1. **Ámbito Institucional:** Municipalidad del municipio de Poptún, Petén
- 3.2. **Ámbito Geográfico:** Barrio Ixobel, Poptún, Petén.
- 3.3. **Ámbito Temporal:** Abril a mayo de 2008
- 3.4. **Ámbito Personal:** Población de 20 a 30 años

4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

La investigación permite hacer un registro detallado de las generalidades VIH/SIDA, formas de contagio del VIH/SIDA, formas de prevención, enfermedades oportunistas y cuidados a las personas con VIH/SIDA, mediante un enfoque cognoscitivo. El estudio geográficamente se desarrolló en el Barrio Ixobel del municipio de Poptún, Petén.

Por las características del estudio y en función del objetivo, el espacio de muestra ha sido diseccionado y localizado exclusivamente a la población de 20 a 30 años de edad del Barrio Ixobel, Petén.

4.1. Criterios de inclusión

Toda la población adulta del Barrio Ixobel, Poptún, Petén.

Toda la población que aceptó participar en el estudio de la investigación.

III. JUSTIFICACIÓN

La investigación se fundamenta puesto que en la actualidad no se conoce ningún estudio sobre los conocimientos de las formas de transmisión del virus VIH/SIDA, realizado en el Barrio Ixobel Poptún, por lo que se consideró la investigación novedosa. Se buscó información sobre la realización de este tipo de estudio en algún otro espacio geográfico de Guatemala, sin embargo no se encontró ninguna información al respecto. En otros países hay algunas que se han realizado en adolescentes, no así con las edades que aquí se toman.

Esta investigación es de suma trascendencia porque los resultados obtenidos serán de punto de partida para establecer planes de trabajo, investigaciones posteriores, entre otros procesos, para ampliar el tema de conocimientos que la población tiene sobre la forma de transmisión del virus VIH/SIDA y de esa manera contribuir a la disminución de nuevos casos. Tomando en cuenta que el departamento de Petén representa la tercera parte del Territorio Nacional, su población es extensa y muy dispersa, además vive una migración e inmigración muy dinámica con los demás departamentos de la República y con habitantes de otros países. Lo que hace más complejo este aspecto porque por las características tropicales y de turismo del lugar la promiscuidad puede que se de con facilidad. El apareamiento de los casos de VIH/SIDA es responsable de causar cambio dentro de un grupo social. Es por ellos que el estudio tomó mayor importancia y más aún en la población comprendida entre las edades de 20 a 30 años porque es el período en que se realiza en la población adulta por ser la más afectada según las estadísticas obtenidas, y para que sirva como fuente de información o documental de consulta posteriormente.

El estudio tomó como base la teoría de enfermería del déficit del autocuidado de Dorotea E. Orem. Ella divide esta teoría en tres sub teorías interrelacionadas, la primera la llama del autocuidado que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas, a la segunda le denomina del déficit del autocuidado, que describe y explica cómo la enfermera puede ayudar a la gente y la tercera la llama de sistemas de enfermería, la cual describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la enfermería.¹²

El autocuidado es una función humana reguladora que debe de aplicar cada individuo, en forma deliberada para sí mismo con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado por tanto es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería.

¹² Tommey, Marriner Ann, Martha Raile Alligood. Modelos y Teorías en Enfermería 5ª edición. España 2003. Págs. 191-192

El autocuidado debe de aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continua en el tiempo, en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos¹³

La idea de identificar conocimientos sobre VIH/SIDA que posee la población adulta contribuyó en la búsqueda de estrategias para la solución del problema a través de acciones coordinadas intersectorialmente.

¹³ Tommey, Marriner Ann, Martha Raile Alligood. Modelos y Teorías en Enfermería 4ª edición. España 1998. Págs. 181

IV. OBJETIVO

Describir los conocimientos que tiene la población de las edades de 20 a 30 años del Barrio Ixobel de Poptún Petén, sobre el virus VIH/SIDA.

V. REVISIÓN TEÓRICA Y DE REFERENCIA

1. EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH)

Eran los años 70¹⁴, la liberación sexual estaba en su apogeo. Siguiendo esta corriente, la comunidad gay de algunos países había decidido salir a la calle y mostrarse sin complejos. En ciudades como San Francisco o Nueva York proliferaban los garitos donde, además de copas y música, se consumía sexo sin restricciones.

Según investigaciones de aquella época, en una sola visita a aquellos locales (saunas, discotecas o clubes especiales) se producían una media de 2,7 contactos sexuales. Proliferaron entonces las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y era frecuente encadenar o padecer a la vez gonorrea, sífilis, herpes genital y toda una lista de enfermedades asociadas a la promiscuidad. Sin embargo, no fue suficiente para modificar los hábitos sexuales de la época. Eran tiempos felices y la mayoría de estos problemas se resolvían con antibióticos.

Fue en este escenario cuando, en junio de 1981¹⁵ se comunicó, en una revista científica, el primer caso de neumonía por *Pneumocystis carinii* en un paciente homosexual. Este germen era hasta entonces muy poco frecuente, salvo en sujetos con defensas bajas. Casi simultáneamente se publicaron varios casos de Sarcoma de Kaposi en pacientes jóvenes y los acontecimientos se sucedieron vertiginosamente. Ambas eran enfermedades raras que aparecían sólo en sujetos inmunodeprimidos, es decir, sin capacidad para defenderse de las infecciones y de algunos tumores. En pocos meses se describieron casos similares en otros países occidentales, fundamentalmente europeos, y cundió la alarma.

En ese momento se pensó que el motivo de estas raras infecciones estuviesen en el frecuente uso de drogas estimulantes por la comunidad gay que parecía ser la más afectada, también se propuso a la combinación simultánea de varias enfermedades de transmisión sexual (exóticos ETS) ahora denominadas Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) o al hecho de viajar a destinos. Sin embargo, una vez descrito el cuadro de inmunodeficiencia, comenzaron a comunicarse nuevos casos en sujetos no homosexuales: fundamentalmente adictos a las drogas intravenosas, hemofílicos y sujetos procedentes de la isla caribeña de Haití. En enero de 1983 se describió el primer caso de transmisión heterosexual. Esta enfermedad fue bautizada con el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o SIDA, un término que hace referencia a la falta de defensas que sufrían los pacientes y al hecho de que se adquiriese durante la vida, ya que hasta aquel momento la mayoría de los casos de inmunodeficiencia aparecían de forma congénita, es decir al nacer, o bien en pacientes que estuviesen recibiendo quimioterapia para el cáncer. Una vez que se

¹⁴ <http://www.ctv.es/USERS/fpardo/vihsn.htm> consultado el 30 de abril de 2007

¹⁵ *Ibid.*

supo que era el virus del VIH el responsable de la enfermedad, quedaba por determinar sus orígenes.¹⁶

En la historia de la búsqueda del virus no se puede dejar de hablar del célebre "paciente 0" de donde pareció partir la epidemia en los primeros momentos. Se trata de Gaetan Dugas, un auxiliar de vuelo, homosexual y extremadamente promiscuo que reconoció haber tenido más de mil compañeros sexuales. A partir del VIH aislado en su sangre se realizaron investigaciones a pacientes de todo el mundo, a más de 40 casos de VIH¹⁷ identificándose características similares y repartidos por multitud de países que tenían en común además el haber compartido sexo entre ellos. Contribuyó indudablemente a extender la enfermedad por todo el mundo, algo que ocurrió en un tiempo récord; pero también ayudó a reconocer que la enfermedad era muy contagiosa y que ciertas actitudes podían ayudar a su diseminación, por lo tanto era posible tomar medidas para reducir la tasa de contagios.

1.1. Características generales:

Desde el momento en que el VIH penetra en el organismo empieza a proliferar de forma continua.

Se podrían distinguir al menos tres fases evolutivas de la infección:

- Fase inicial, precoz o aguda;
- Fase intermedia o crónica y
- Fase final, de crisis o SIDA

Lo que favorece la aparición de la mayoría de las infecciones oportunistas y neoplasias características del SIDA.

El tratamiento con antirretrovirales y la profilaxis de las infecciones oportunistas ha modificado la evolución del SIDA.

Por la destrucción de los linfocitos CD4 producirá una inmunosupresión severa tanto es posible que no conozcamos la evolución que seguirá la infección por VIH hasta dentro de algunos años.

1.2. El sistema inmunológico humano

El sistema inmunológico, también llamado sistema inmune, es el sistema corporal cuya función primordial consiste en destruir los agentes patógenos que encuentra. Cualquier agente considerado extraño por un sistema inmunológico se denomina antígeno. La responsabilidad del sistema inmunológico es enorme y debe presentar una gran diversidad, con objeto de reaccionar de forma adecuada con los miles de antígenos, patógenos potenciales diferentes, que pueden invadir el cuerpo. Aún no se conocen en su totalidad los mecanismos fisiológicos complejos

¹⁶ Unidad de investigación epidemiológica y en servicios de salud de adolescente. Instituto Mexicano de Seguro Social. Guadalajara Jalisco, México.

¹⁷ <http://www.alianza-vih.com/info-vih-hist.htm> Consultado el 30 de abril de 2007

implicados en el sistema inmunológico, pero la investigación médica continúa desentrañándolos.

El sistema inmunológico consta de seis componentes principales, tres de los cuales son diferentes tipos de células, y los otros tres, proteínas solubles. Estos seis componentes pueden encontrarse en la sangre de diferentes formas.

1.2.1. Células

Las tres categorías de células inmunológicas son granulocitos, monocitos/macrófagos y linfocitos. Los granulocitos son las células con núcleo más abundantes en la sangre. Estas células fagocitan (ingieren) los antígenos que penetran en el cuerpo, sobre todo si estos antígenos han sido recubiertos en la sangre por inmunoglobulinas o por proteínas del sistema del complemento (descrito más adelante bajo el epígrafe proteínas). Una vez ingeridos, los antígenos suelen ser destruidos por las potentes enzimas de los granulocitos.¹⁸

Los monocitos constituyen un pequeño porcentaje de la totalidad de las células sanguíneas; cuando se encuentran localizados en los tejidos, fuera de la circulación sanguínea, experimentan cambios físicos y morfológicos y reciben el nombre de macrófagos. Al igual que los granulocitos, los monocitos también ingieren sustancias extrañas, interactúan con las inmunoglobulinas y con las proteínas del complemento, y contienen enzimas potentes dentro de su citoplasma. Sin embargo, los monocitos alteran además los antígenos, haciendo que la respuesta inmune de tercer tipo de células inmunológicas, los linfocitos, sea más fácil y más eficaz.

En algunos aspectos, los linfocitos son las células más importantes del sistema inmunológico. Existen dos tipos principales de linfocitos: los linfocitos B y los linfocitos T. Los primeros son responsables de la inmunidad humoral o serológica; es decir, los linfocitos B y sus descendientes directos, que reciben el nombre de células plasmáticas, son las células responsables de la producción de unos componentes del suero de la sangre, denominados inmunoglobulinas. Los linfocitos T son responsables de la inmunidad celular; es decir, atacan y destruyen directamente a los antígenos. Estas células también amplifican o suprimen la respuesta inmunológica global, regulando a los otros componentes del sistema inmunológico, y segregan una gran variedad de citoquinas.

Los linfocitos T constituyen el 70% de todos los linfocitos. Tanto los linfocitos T como los linfocitos B tienen la capacidad de recordar, desde el punto de vista bioquímico, una exposición previa a un antígeno específico, de manera que si la exposición es repetida puede producirse una destrucción más eficaz del antígeno.

¹⁸ Manual de consejería para VIH/SIDA. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Junio 2005

1.2.2. Proteínas

Los tres tipos de proteína que forman parte del sistema inmunológico, y se encuentran disueltas en el suero (la porción líquida de la sangre), son las inmunoglobulinas, las citoquinas y las proteínas del complemento. Hay miles de clases diferentes de inmunoglobulinas, que reciben el nombre de anticuerpos; cada una de ellas se combina de manera exacta con un tipo específico de antígeno y contribuye a su eliminación. Esta inmensa diversidad es la característica principal del sistema inmunológico en conjunto.

Las citoquinas son compuestos solubles, responsables en gran parte de la regulación de la respuesta inmunológica. Si son segregadas por los linfocitos, reciben el nombre de linfoquinas; si son segregadas por los monocitos, se denominan monoquinas. Algunas citoquinas amplifican o incrementan una respuesta inmunológica que está en curso, otras hacen que las células proliferen, y otras pueden suprimir una respuesta inmunológica en funcionamiento.

El sistema inmunológico, al igual que otros sistemas corporales, debe ser regulado de esta forma, de modo que el sistema esté activo cuando sea necesario, pero que no lo esté de una manera patológica.

Las proteínas del complemento forman una familia de compuestos que, junto con las inmunoglobulinas, actúan para propiciar una respuesta inmunológica adecuada. Una vez que un anticuerpo se une específicamente a un antígeno, las proteínas del complemento pueden unirse al complejo formado de esta forma, y facilitan que las células inmunológicas lleven a cabo la fagocitosis.

Los seis componentes del sistema inmunológico actúan como un todo para desarrollar una respuesta inmunitaria eficaz. La investigación ha conseguido demostrar cómo suceden muchas de las etapas de este proceso; otras fases aún son especulativas y están siendo investigadas. Sin embargo, el proceso básico es el siguiente: cuando un antígeno patógeno, por ejemplo una bacteria, consigue superar la primera línea de defensa del cuerpo, por ejemplo la piel, se encuentra en primer lugar con los granulocitos y los monocitos, y es neutralizado en parte por anticuerpos preexistentes y por las proteínas del complemento. Después, los linfocitos y los macrófagos interactúan en el lugar donde ha entrado la bacteria, amplificando la respuesta inmunológica; se sintetizan anticuerpos más específicos y eficaces, debido a la memoria inmunológica generada por la bacteria invasora. En los ganglios linfáticos más próximos puede tener lugar una amplificación similar de la respuesta inmunológica, así como en lugares más distantes, tales como el bazo y la médula ósea, donde también se sintetizan linfocitos.¹⁹

Si todo funciona, el sistema inmunológico supera a la bacteria, de manera que la enfermedad está ya bajo control. En este momento se ponen en funcionamiento

¹⁹ Manual de consejería para VIH/SIDA. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH-SIDA, Programa Nacional de Control y Prevención de Tuberculosis, Junio 2005

mecanismos autorreguladores supresores que detienen la respuesta inmunológica; las citoquinas tienen²⁰ gran importancia en este proceso supresor.

Si el sistema inmunológico no está autorregulado de una manera adecuada, se pueden originar otras enfermedades de naturaleza inmunopatológica. Una vez que el antígeno es destruido mediante esta combinación de acciones, el sistema inmunológico está preparado para responder de una manera más eficaz si el mismo tipo de microorganismo invadiera de nuevo el cuerpo. Si dicha preparación es adecuada para neutralizar totalmente a una bacteria específica antes de que ésta produzca la enfermedad, se dice entonces que existe inmunidad frente a dicha enfermedad.

1.3. Fases

1.3.1. Inicial

Independientemente de su mecanismo de transmisión, las manifestaciones que aparecen tras la penetración del VIH en el organismo pueden guardar relación con la dosis infectante, la virulencia de la cepa de VIH y la capacidad de respuesta del sujeto infectado.

El VIH se disemina e invade muchos tejidos. Especialmente el tejido linfoide y los ganglios linfáticos. El paciente infectado puede o no presentar sintomatología; por lo general existe un cuadro de síndrome mononucleósico al que no se le suele prestar demasiada atención.

A las 2-6 semanas del contagio, se detecta antígeno del VIH (antígeno p24), el cultivo viral se positiviza y existen muchos linfocitos CD4 infectados; progresivamente van apareciendo los anticuerpos circulantes (4-12 semanas) y la inmunidad celular y el antígeno p24 desaparece y descienden las células infectadas. En este período puede existir una inmunodepresión pasajera que puede facilitar la aparición o reactivación de algunas infecciones oportunistas.

1.3.2. Crónica

Ésta fase tiene una duración variable estimada en varios años y en ella persiste la proliferación viral, aunque a bajo nivel. Se estima que 1 de cada 10,000 linfocitos CD4 circulantes estaría infectado pero sólo en el 10% de ellos existiría replicación viral.

Los pacientes suelen estar asintomático 10, con o sin adenopatías, cifra baja de plaquetas y mínimos trastornos neurológicos puestos de manifiesto por pruebas electrofisiológicas.

Aunque existen amplias variaciones individuales, se estima que en 10 años el 50% de los adultos y el 80% de los niños habrán evolucionado a estadios más

²⁰ Manual de consejería para VIH/SIDA. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH-SIDA, Programa Nacional de Control y Prevención de Tuberculosis, Junio 2005

avanzados, aunque la progresión de la enfermedad puede verse influida por numerosos factores.

1.3.3. Final

Se caracteriza por un aumento de la replicación del VIH (que podría producirse en 1 de cada 10 linfocitos CD4) y coincide clínicamente con una profunda alteración del estado general del paciente (wasting en cuanto a supervivencia. La edad, el mecanismo de contagio, la forma de presentación parecen síndrome, síndrome de desgaste), aparición de graves infecciones oportunistas, ciertas neoplasias y alteraciones neurológicas, de modo que se dice que el infectado por el VIH tiene SIDA.

El pronóstico es variable influir en la supervivencia. El tratamiento con antirretrovirales ha favorecido la prolongación de la supervivencia en el tiempo: Antes de ellos la supervivencia no era superior al 30-50% a los 2 años y menor del 10-20% a los 4 años.

Manifestaciones clínicas en la fase aguda

Los principales síntomas y signos son:

- Fiebre y/o sudoración, 97%
- Adenopatías, 77%
- Odinofagia (dolor al tragar), 73%
- Erupción cutánea, 70%
- Artralgias y mialgias (dolor de articulaciones y músculos), 58%
- Trombopenia, 51%
- Leucopenia, 38%
- Diarrea, 33%
- Cefalea (dolor de cabeza), 30%
- Elevación de las transaminasas, 23%
- Anorexia, náuseas o vómitos, 20%
- Hepato y/o esplenomegalia (aumento del tamaño de hígado o bazo), 17%

1.4. Efectos sobre el sistema inmunológico

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un miembro de la familia de virus conocida como Retroviridae (retrovirus), clasificado en la subfamilia de los Lentivirinae (lentivirus). Estos virus comparten algunas propiedades comunes: periodo de incubación prolongado antes de la aparición de los síntomas de la enfermedad, infección de las células de la sangre y del sistema nervioso y supresión del sistema inmunitario. La característica única que distingue a los retrovirus y permite su clasificación es la necesidad de transformar su información genética, que está en forma de ARN, en ADN (proceso de transcripción inversa) mediante una enzima que poseen, conocida como transcriptasa inversa.

La infección humana por el virus VIH produce una compleja enfermedad denominada Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que puede tardar en desarrollarse más de diez años. El descubrimiento de la relación entre el

Las células CD4+ huésped eventualmente mueren, aunque los científicos no saben exactamente cómo sucede esto. La capacidad del cuerpo para combatir las enfermedades disminuye a medida que el número de CD4+ se reduce, hasta llegar a un punto crítico en el que se establece que la persona se encuentra en etapa de SIDA – el Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida.²⁵

El VIH es un tipo especial de virus llamado retrovirus. Aunque más sencillos que los virus ordinarios, los retrovirus tienden a ser más difíciles de combatir. Implantan sus genes en el ADN células que atacan, de manera que la célula huésped se reproduce en células que también contienen el virus.

Los retrovirus hacen réplicas de sus genes en las células atacadas con un alto nivel de errores. La velocidad a la cual se reproduce el VIH resulta en un acelerado ritmo de mutación del virus a medida que se disemina. Más aún, el revestimiento que envuelve a la partícula del VIH está compuesto del mismo material que algunas células humanas, lo que dificulta que el sistema inmunológico pueda distinguir entre las partículas virales y las células saludables.

1.10. Formas de prevención

Dentro de las formas de prevención del VIH y SIDA se encuentra:

La abstinencia sexual; es la opción personal de evitar las relaciones sexuales. Es la única forma 100% segura de prevenir las infecciones de transmisión sexual.

Caricias, masajes, besos y abrazos, sin tener penetración.

Sexo vaginal, anal, oral sin intercambio de fluidos, con utilización de una barrera protectora, condón/campo de látex.²⁶

En situaciones que se puede prever la necesidad de una transfusión, operaciones quirúrgicas programadas, etc., se sugiere que la persona vaya haciéndose extracciones sucesivas, de modo tal que se le haga una autotransfusión.

Fidelidad mutua con un compañero/a que no está infectado/a; es la opción personal de tener relaciones sexuales con una sola pareja, y que ésta a su vez opte por lo mismo, para así excluir el riesgo de ser infectado por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

El condón o preservativo: es una funda de látex delgada y flexible, diseñada para usarse sobre el pene erecto en la relación sexual. Debe emplearse correcto y constante en cada relación sexual.²⁷

Actualmente la sangre que es donada para ser transfundida es analizada previamente en los bancos de sangre de los hospitales, lo que garantiza que la sangre infectada no sea transfundida.

²⁵ Manual para la facilitación sobre consejería para VIH/SIDA. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Junio 2005

²⁶ ONUSIDA, OMS. Poner al descubierto la epidemia del VIH y SIDA. Ginebra, Suiza. Versión española. Marzo 2001.

²⁷ Manual para la facilitación sobre consejería para VIH/SIDA. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Junio 2005

En lo que se refiere a usuarios de drogas por vía endovenosa, el utilizar una jeringa que estuvo en contacto con sangre infectada y que luego ingresara en el torrente sanguíneo de otra persona, conlleva un riesgo altísimo de transmisión de la infección; por tal razón no se debe utilizar jeringas u objetos corto punzantes no esterilizados.

Recomendar a las mujeres que viven con VIH/SIDA con bebés, en aquellos casos en que sea posible, suplir el amamantamiento por leche en biberón, ya que el VIH está presente en la leche materna. En aquellas situaciones donde el único alimento posible es la leche materna, es recomendable no abandonarla.

Se considera más seguros los partos por cesárea que los naturales para proteger al bebé de una posible infección, siempre y cuando la madre no se encuentra en control prenatal.

1.11. Enfermedades secundarias que padece la persona con VIH y SIDA

Luego de producida la infección, pueden aparecer síntomas seguidos por cuadros caracterizados por una disminución de la capacidad de defensa del sistema inmunológico, por lo que el organismo comienza a ser blanco de ataques de gérmenes que normalmente no causan enfermedad, sino que "se aprovechan de la oportunidad" y por ello causan lo que se conoce como "enfermedades oportunistas"

En general estos cuadros presentan: severo malestar general, insomnio, pérdida de peso considerable, diarrea por más de 30 días, fiebre prolongada sin causa aparente, etc.²⁸

No todas las personas presentan las mismas enfermedades oportunistas (en todos los casos implican el debilitamiento del sistema inmunológico), en algunos casos se pueden presentar enfermedades cruzadas, o sea, más de una a la vez, y en otros casos sólo una; esto dependerá de la persona y no se puede anticipar con qué enfermedad oportunista se presentará la enfermedad.

Los más habituales son: Neumonía pos Pneumocistis carinii, cáncer de piel (Sarcoma de Kaposi), Tuberculosis y, en algunos casos, infecciones por hongos, bacterias y virus que incluso atacan al Sistema Nervioso Central.

Es importante considerar que cada región geográfica presenta determinadas enfermedades ligadas a las características del lugar, presentándose mayor propensión a la aparición de éstas.

²⁸ OPS-OMS. SIDA. La Epidemia de los Tiempos Modernos. Comunicación para la Salud No. 5, Washington D.C.; 1993.

1.12. Principales medicamentos que se utilizan en el hospital

Existen diferentes categorías de tratamientos:

- Antirretrovirales
- Medicamentos para tratar enfermedades oportunistas
- Profilaxis para prevenir nuevas infecciones

Los medicamentos antirretrovirales tienen como función bloquear la reproducción viral, ya sea inhibiendo la transcriptasa inversa o la proteasa del VIH.

Los inhibidores de transcriptasa inversa es la enzima viral encargada de copiar la cadena de ARN a ADN, esa es la enzima que el VIH utiliza para cambiar su mensaje químico o genético en una forma que pueda ser fácilmente insertada dentro del núcleo de la célula infectada.

Esta etapa en el proceso de auto-reproducción del VIH ocurre inmediatamente después de que el VIH infecta la célula, mucho antes de la etapa donde están involucrados los inhibidores de proteasa. Debido a que los inhibidores de proteasa y los inhibidores de transcriptasa inversa trabajan durante dos etapas diferentes en el proceso de auto reproducción del VIH, se está investigando el uso de los medicamentos de los dos grupos al mismo tiempo. Los inhibidores de la proteasa pueden reducir en gran cantidad el número de las nuevas copias infecciosas del VIH construidas dentro de las células. Si los inhibidores de la proteasa logran hacer que la mayoría de los nuevos virus del VIH sean defectuosos, la infección del VIH no se propagaría dentro del cuerpo tan rápidamente como lo hace ahora.

Como algunas de las células están en estado de latencia, si bien puede retardar la auto-reproducción del VIH, pocas de las nuevas células se infectarían con el VIH y las células infectadas finalmente morirían.

Se llama resistencia a la capacidad que tiene el VIH de cambiar su estructura química o genética, para que éste resista a los efectos de los medicamentos. De todos modos algunos patrones de resistencia pueden ser una ventaja en vez de ser una desventaja.²⁹

Todos los virus en el cuerpo de una persona infectada no se vuelven de repente resistentes a un medicamento al mismo tiempo, por lo tanto un medicamento puede continuar siendo efectivo contra muchos de los virus no resistentes que aún quedan en el cuerpo.

Se le llama resistencia cruzada cuando el VIH resiste dos o más medicamentos al mismo tiempo.

Medicamentos para enfermedades oportunistas: se encuentran aquellos medicamentos específicos para enfermedades oportunistas como Tuberculosis

²⁹ Cicalati Associates. Manual del Capacitador del VIH y SIDA. Nueva York, 2004.

(TBC), neumonías, etc. Los medicamentos son los mismos que se recetaba para cualquier persona que padezca estas enfermedades sin estar infectado por el VIH. Profilaxis para prevenir nuevas infecciones, ejemplo Bactrim. Zidovudina, también conocida como AZT (nombre de marca: Retrovir)

1.13. Principales programas del Ministerio de Salud en VIH y SIDA

Por su parte, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha implementado el Sistema Integral de Atención a la Salud (SIAS)³⁰, con el objeto de extender la cobertura del componente básico de atención en salud en áreas geográficas y poblaciones postergadas, incluyendo dentro de esta estrategia el “Plan Nacional de Atención Integral de el y la Adolescente, Joven y Adulto”, donde desarrollan los siguientes ejes temáticos: crecimiento y desarrollo, salud sexual y reproductiva, salud mental, salud bucodental, prevención de mortalidad prevalente, estilos de vida. Incluyendo la participación social y comunitaria con enfoque multicultural, multilingüe, multiétnico y de género.

Otro dato interesante es que actualmente existen dos programas fuertes dentro del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

- Programa Nacional de Prevención y Control de la ITS y VIH/SIDA
- Programa Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis

Dentro de los enfoques de población para la atención inmediata en consejería pre y post VIH/SIDA, se encuentran las Mujeres Embarazadas – ME –, Hombres que tienen sexo con hombre – HSH –, Mujeres trabajadoras del sexo – MTS –, Grupos vulnerables mediante la ejecución del tamizaje VIH/SIDA y Población General.

2. Cuidados a personas que conviven con el Virus del SIDA – PVVS –

El concepto de cuidar se ha definido por muchos teóricos y profesionales de enfermería de diversas maneras. Así el cuidar es el resultado de una construcción propia de cada situación, se origina con la identificación de los problemas de salud y las necesidades reales o potenciales de las personas, familias o colectivos que demandan cuidado.

- El cuidado es un proceso que busca el equilibrio de bienestar. Watson, Jean indica que existen perspectivas de cuidado:31
- El cuidado como rasgo humano, una condición natural del ser humano.
- El cuidado como un imperativo moral, como virtud de valor.
- El cuidado como afecto hacia sí mismo, hacia un paciente o hacia el trabajo.
- El cuidado como una interacción interpersonal, como algo que existe entre dos personas.

³⁰ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Política Salud para la adolescencia y juventud 2003-2012. Guatemala, Septiembre 2004

³¹ Watson, Jean. Assessing and measuring caring in nursing and health sciences 2001. New York. Springer Publishing Company.

El cuidado es una necesidad humana y todas las personas pueden brindar un cuidado, considerando que todos son cuidadores. Las acciones de cuidado se refieren a aquellas actividades que se ejecutan con el fin de ayudar a satisfacer las necesidades fisiográficas, psicológicas, sociales e incluso espirituales.

De acuerdo a lo anterior los principales cuidados que debe brindarse a las personas que padecen VIH y SIDA son:
Nutrición adecuada

¿Por qué es vital para la persona que vive con VIH/SIDA tener una nutrición adecuada?

Es de vital importancia, sobre todo si la persona está bajo régimen terapéutico con antirretrovirales. La nutrición es fundamental para el buen funcionamiento del sistema inmunológico como parte natural del organismo que combate todas las infecciones por virus, bacterias o cualquier otro microorganismo con el que se está en contacto a diario. El sistema inmune de la persona no será capaz de defenderlo adecuadamente de los ataques de estos agentes por mucho tiempo, por cuanto favorecerá la aparición de las primeras enfermedades oportunistas.³²

La buena nutrición no sólo es una de las formas más adecuadas con las que cuenta la persona para combatir el desarrollo del VIH, sino que además evita el síndrome del desgaste, donde la excesiva pérdida de peso y de apetito pueden provocar la muerte. A su vez, fortalece a las personas que viven con VIH-SIDA para que puedan soportar la terapia antirretroviral. ¿La nutrición debe ser igual para los portadores asintomáticos, los enfermos de SIDA y aquellos que tienen terapia?

Portador Asintomático: Toda persona que viva con el VIH, que no presenta síntomas de enfermedad, debe hacer una dieta natural y equilibrada, con una amplia variedad de alimentos que posean todo lo que el organismo necesita. Debe cumplir con las frecuencias alimentarias sin omitir ninguna de las comidas en el día; comer siempre que su apetito se lo sugiera, cuidándose de llegar a la saciedad. Su dieta debe estar compuesta por alimentos ricos en calorías que le ayuden a ganar o a aumentar su peso corporal.

Persona que vive con SIDA: la persona que ya ha desarrollado la enfermedad presenta alteraciones que le provocan desnutrición con pérdida de peso. La desnutrición se considera como una enfermedad que acelera la progresión al SIDA, al provocar la disminución de las defensas y aumentar el riesgo de infecciones oportunistas mayores. Una vez que la persona está desnutrida, este proceso se hace mayor, evidenciándose la limitación de tejidos de reparación, mala regeneración de lesiones, cicatrización retardada, debilitamiento, limitación

³² Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Manual ABCD. Programa Nacional de ITS-VIH-SIDA

de la actividad física, disminución del tejido corporal, aumento del riesgo de desarrollar algún tipo de cáncer, depresión, deterioro de la apariencia física y mala tolerancia a los tratamientos médicos. La desnutrición es una de las principales causas de la muerte del PVVS, por lo que es de vital importancia prevenirla desde un principio, con un tratamiento nutricional óptimo y sostenido.

Personas con tratamiento antirretroviral: desde que se introdujeron las terapias de combinación antirretroviral, las personas han visto aumentadas sus expectativas de vida, dada la repercusión positiva de éstas en el sistema inmunológico, al aumentar los CD4 y disminuir la carga viral. Sin embargo, estos fármacos ya sea de forma independiente o en combinación, producen en su mayoría efectos secundarios importantes, viéndose comprometida a ésta forma la calidad de vida de las personas que lo ingieren. Algunos de estos efectos son pérdida de peso, problemas con el azúcar o intolerancia a la glucosa, cambios orgánicos como la lipodistrofia, diarreas, entre muchos otros ya descritos anteriormente. Para poder hacer más óptima la calidad de vida de estas personas es importante velar por la calidad nutricional de sus dietas antirretroviral, si no a la totalidad de la comunidad PVVS.³³

Se debe utilizar la mayor cantidad de alimento para hacer una dieta variada y apetitosa. Alentar a la familia del PVVS a hacer variadas comidas de pequeñas cantidades al día. Utilizando alimentos hiperproteicos e hipercalóricos.

Evitar alimentos ácidos (cítricos, vinagre), salados o picantes que puedan provocar ardor y dolor.

Tomar alimentos blandos y suaves como purés, cremas, frutas en trocitos, carnes molidas o batidas, flanes, yogurt, sopas, etc.

Mantener un ambiente agradable de familia, que fomenten la solidaridad hacia el PVVS.

3. Conocimiento

El conocimiento, en su sentido más amplio, es una apreciación de la posesión de múltiples datos interrelacionados que por sí solos poseen menor valor cualitativo. Significa, en definitiva, la posesión de un modelo de la realidad en la mente.

A continuación se describen los niveles de conocimiento

3.1. Conocimiento aparente

Es el conocimiento que se logra gracias a los sentidos, es la base de toda ponencia científica, el punto de partida a través del cual se desarrolla y profundiza el proceso de comprensión real de la naturaleza. El conocimiento exige la

³³ Manual para la facilitación sobre consejería de VIH-SIDA. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Junio 2005.

aprobación de su origen y de la fuente de su verdad, para alcanzar un conocimiento aparente, basta con percibir los hechos de la realidad en forma sensible.³⁴

Existe un conocimiento aparente que los seres vivos utilizamos de vivencias, experiencias y comportamientos de la materia, de la vida y del universo, pero no necesariamente es un conocimiento real. Por tanto, el conocimiento aparente puede ser falso o real.

El conocimiento del personal de enfermería a los cuidados post operatorios de riñón en los pacientes de este tipo es fundamental debido a la magnitud de la intervención y al acto de amor que conlleva donar un órgano para salvar la vida de otra persona. Por ello se tiene que garantizar la calidad de los cuidados brindados para tener éxito en la recuperación de los pacientes trasplantados de riñón.

3.2. Conocimiento real científico

Es el movimiento de la razón que va del conocimiento primario al saber, de lo superficial a lo profundo multilateral por medio de la práctica. La esencia del conocimiento consiste en la auténtica generalización de los hechos basada en el cuidado de calidad y libre de riesgos.³⁵

El conocimiento científico es aquella verdad descubierta a través del proceso de investigación, basado en todas aquellas evidencias que nos llevan a indagar en la realidad para obtener una verdad con certeza.

El conocimiento científico tiene como objeto la realidad, es decir la naturaleza del movimiento, tiene dos puntos básicos que son:

La comprobabilidad, o sea que exige la aplicación de su origen y la fuente de su verdad.

El conocimiento científico aspira al conocimiento universal. El conocimiento es la base para el desempeño profesional de una disciplina o cualquier actividad que se desarrolle en enfermería, el conocimiento guía la práctica desde el conocimiento aparente empírico hasta el científico.³⁶

Todas las intervenciones quirúrgicas requieren de cuidados generales de enfermería, tiene que poseer conocimientos sobre nefrología, comprender la importancia de una diuresis adecuada en las primeras 24 horas, vigilar el área de incisión del injerto, palpando para ver la viabilidad, tener una observación integral

³⁴ Soto Barrera de Figueroa, Dilia Colombia. Tesis conocimientos personal auxiliar de enfermería prácticas de prevención de infecciones nosocomiales, 2006. Pág. 12.

³⁵ www.ibid_enlinea.com Pág. 13 Consultado 2007

³⁶ Soto Barrera de Figueroa, Dilia Colombia. Tesis conocimientos personal auxiliar de enfermería prácticas de prevención de infecciones nosocomiales, 2006. Pág. 14.

del paciente vigilado que no realice retención de líquidos chequeando edema palpebral, edema en miembros superiores e inferiores se le tiene que brindar una orientación adecuada a familia y paciente sobre auto cuidado contribuyendo con ello a mejorar la calidad de vida del paciente.

VI. MATERIALES Y MÉTODOS

1. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo descriptivo porque se basa en la obtención de información a través de documentos y fuentes directas, las cuales se pueden comprobar, así también se explora una realidad actual. Es de corte transversal porque se desarrolla en el tiempo determinado que corresponde a los meses de marzo a mayo 2008. Tiene un abordaje cuantitativo porque los datos que se recolectaron son presentados de forma numérica por medio de procedimientos estadísticos y en gráficas de barras.

2. UNIDAD DE ANÁLISIS

Población de 20 a 30 años de ambos sexos del Barrio Ixobel, Poptún, Petén.

3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estudiada son las 80 personas que viven en el Barrio Ixobel de Poptún Petén y que tiene de 20 a 30 años de edad.

4. VARIABLE

Conocimiento sobre el virus VIH y SIDA.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo	Variable	Definición operacional de la variable	Indicador	Preguntas
<p>Describir los conocimientos sobre el virus VIH/SIDA de la población de 20 a 30 años del barrio Ixobel Poptún Petén</p>	<p>Conocimientos sobre el virus VIH/SIDA de la población de 20 a 30 años del barrio Ixobel Poptún Petén</p>	<p>Son todos los elementos cognoscitivos que la población de 20 a 30 años en estudio tiene sobre el virus VIH y SIDA.</p>	<p>Generalidades VIH/SIDA</p>	<p>1. ¿Tiene conocimiento sobre el VIH? Sí No</p> <p>2. ¿Le sirven los conocimientos sobre el VIH? Sí No</p> <p>3. ¿Han venido personas que trabajan con el gobierno a hablar del VIH en el barrio? Sí No</p> <p>4. ¿Conoce los síntomas del VIH? Sí No</p> <p>5. ¿Sabe cuánto tiempo se lleva la enfermedad para desarrollarse en el cuerpo? Sí No</p> <p>6. ¿Sabe usted la diferencia entre lo que significa el VIH y SIDA? Sí No</p>

Objetivo	Variable	Definición operacional de la variable	Indicador	Preguntas
			<p>Formas de Contagio del VIH/SIDA</p> <p>Formas de prevención del VIH/SIDA</p>	<p>7. ¿Cuáles son las formas que se pueden dar para contagiarse del VIH?</p> <p>8. ¿Sobre qué aconsejaría a la población para prevenir el VIH?</p> <p>9. ¿Cree que es importante que en las escuelas eduquen de cómo prevenir el VIH? Sí No</p> <p>10. ¿Cree usted que es importante protegerse al tener relaciones sexuales? Sí No</p> <p>11. ¿Cree usted que hay interés de parte del Ministerio de Salud para autorizar talleres, seminarios, charlas, etc., a la población sobre el VIH? Sí No</p>

Objetivo	Variable	Definición operacional de la variable	Indicador	Preguntas
			<p data-bbox="191 496 244 655">Enfermedades oportunistas</p> <p data-bbox="415 443 493 655">Cuidados generales a las personas con VIH/SIDA</p>	<p data-bbox="191 161 381 408">12. ¿Conoce usted otras enfermedades que atacan a las personas infectadas con VIH? Sí No Cuáles</p> <p data-bbox="415 161 549 408">13. ¿Sabe usted cómo se debe tratar a las personas con VIH? Sí No</p> <p data-bbox="583 161 745 408">14. ¿Conoce algún lugar donde se cuiden a las personas infectadas con VIH? Sí No Menciónelo</p> <p data-bbox="779 161 969 408">15. ¿Hay en el barrio algún grupo encargado de velar por la educación de cómo prevenir el VIH? Sí No Menciónelo</p>

Objetivo	Variable	Definición operacional de la variable	Indicador	Preguntas
				<p>16. ¿Cree usted que las personas en el barrio aceptan a las personas con VIH? Sí No</p> <p>17: ¿Sabe usted si en los hospitales existen medicamentos para el tratamiento de pacientes enfermedades oportunistas? Sí No</p> <p>18. ¿Conoce usted alguna actividad que realiza el gobierno para disminuir los casos de VIH en el barrio? Sí No Describalas</p>

5. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE SE UTILIZARON

Para poder realizar el presente estudio se utilizó un instrumento, el cual fue elaborado por la investigadora, se realizó la prueba piloto en el barrio Santa María, Poptún, Petén con características similares del barrio donde se culminó con la investigación.

El instrumento constó de 18 interrogantes, las cuales permitieron describir los conocimientos sobre VIH/SIDA de la población de 20 a 30 años de edad, de las interrogantes formuladas 16 con respuestas directas y 2 interrogantes con respuesta abierta y cerrada, basadas en la variable enunciada de la investigación.

El instrumento fue pasado por la investigadora a la población muestra, visitándolos en sus hogares al azar para cumplir el 80% de la totalidad de la población del barrio, como se mencionó anteriormente. Previo a realizarse la entrevista para contestar dicho instrumento, se obtuvo la autorización de las personas mediante el consentimiento informado.

Después de modificar algunas preguntas se procedió con el estudio de campo en el Barrio Ixobel, Poptún, Petén y se entrevistaron a los sujetos en estudio con su previa anuencia de participación mediante el consentimiento informado.

Luego se procedió a utilizar la técnica manual de tabulación y los resultados se tabularon en cuadros y gráficas de barras, con el análisis de los mismos respondiendo al objetivo del estudio basándose éste en las referencias teóricas bibliográficas y en la experiencia de la investigadora.

6. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se realizó en base a principios éticos y se describen a continuación:

6.1. Derecho a la autodeterminación

Se brindó información a las personas sobre los fines del estudio

Se les permitió la libertad de participar o no en el estudio

Se les explicó que cuando ellos lo deseen pueden abandonar. No se violará ninguno de los principios bajo ninguna estrategia de coacción, mentira o engaño, ni negociación ilícita para encaminar las respuestas.³⁷

6.2. Derecho a la intimidad

La información obtenida de la opinión de las personas no será compartida, comentada o publicada sin la previa anuencia de las personas entrevistadas.

6.3. Derecho al anonimato y confidencialidad

En cada encuesta no se solicitó o exigió el nombre de la persona, se les proporcionaron las mismas oportunidades de participación a todos.

6.4. Derecho al trato justo

A todos los sujetos en estudio se les proporcionaron las mismas oportunidades de participación.

6.5. Derecho a la protección ante la incomodidad y el daño

Si a la persona de le produce daño o incomodidad mediante el cuestionario es mejor no realizarlo, para ello se tomó en cuenta:³⁸

- Los efectos no anticipados
- Incomodidad temporal
- Niveles inusuales de incomodidad temporal
- Riesgo de daño permanente
- Certeza de daño permanente

Para poder cumplir lo anterior se tomó en cuenta que las personas comprendieran el objetivo del estudio y aceptaran su realización.

6.6. Comprensión del consentimiento informado

A la persona se le explicó de manera clara el objetivo del estudio, posterior a ello aceptó participar en la investigación, lo que hizo de manera escrita (se presenta la carta de consentimiento en Anexos).

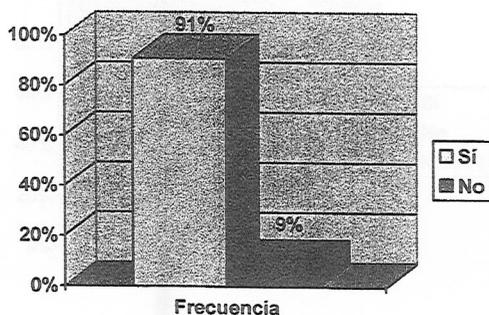
³⁷ Policopiado sobre la Ética en la Investigación de la Enfermería, aplicado en clase por la Magister Herrera, Rutilla. Pág. 179-181

³⁸ Soto Barrera de Figueroa, Dilia Colombia. Tesis conocimientos personal auxiliar de enfermería prácticas de prevención de infecciones nosocomiales, 2006. Pág. 12.

VII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

CUADRO Y GRAFICA NO. 1

Pregunta 1	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
¿Tiene conocimiento sobre el VIH?	Sí	73	91%
	No	7	9%
TOTAL		80	100%



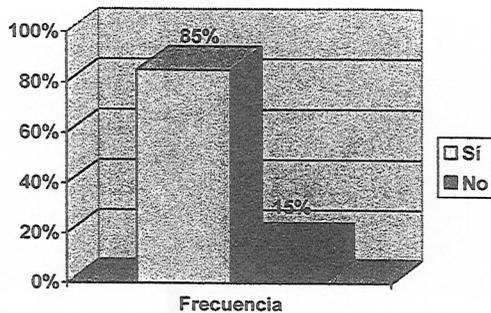
Fuente: Cuestionario de la investigación "Conocimiento sobre el virus VIH/SIDA de la población de 20 a 30 años de edad del Barrio Ixobel, Poptún, Petén. 2008"

Este resultado evidencia que la población en estudio en un 91% tiene conocimiento sobre el tema y esto es favorable porque a más conocimientos, menos probabilidades de padecer la enfermedad. Esto en concordancia con lo que dice el Manual de consejería, que "el poseer conocimientos acerca de cualquier problema de salud que se presenta ayuda a tomar acciones para disminuir el incremento de la situación problema a la que se está enfrentando".³⁹

³⁹ Manual de consejería en VIH/SIDA/ITS para personal de salud. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Pág. 3

CUADRO Y GRAFICA NO. 4

Pregunta 4	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
¿Conoce los síntomas del VIH?	Sí	68	85%
	No	12	15%
TOTAL		80	100%



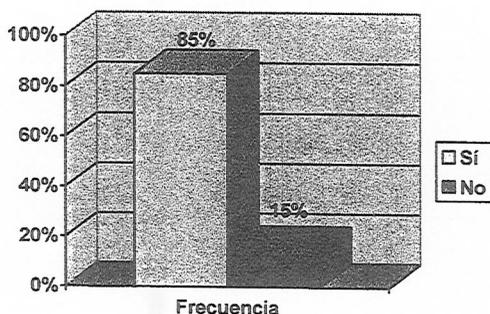
Fuente: Cuestionario de la investigación "Conocimiento sobre el virus VIH/SIDA de la población de 20 a 30 años de edad del Barrio Ixobel, Poptún, Petén. 2008"

El 85% de la población conoce los síntomas del VIH y el 15% admite lo contrario; es necesario que el 100% pueda informarse sobre los síntomas que tienen el VIH y SIDA, puesto que parte de los "fallecimientos de enfermos de SIDA no suelen deberse a la infección por el propio virus, sino a la aparición de infecciones oportunistas o al desarrollo de ciertos tumores."⁴¹

⁴¹ Manual de consejería en VIH/SIDA/ITS para personal de salud. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Pág. 3

CUADRO Y GRAFICA NO. 5

Pregunta 5	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
¿Sabe cuánto tiempo se lleva la enfermedad en desarrollarse en el cuerpo?	Sí	68	85%
	No	12	15%
TOTAL		80	100%



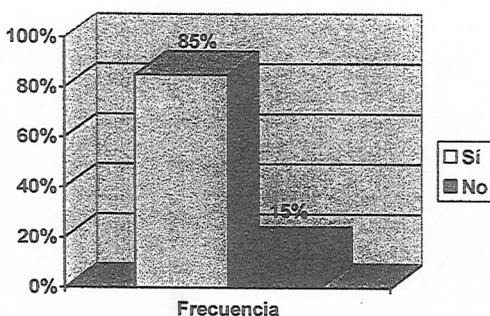
Fuente: Cuestionario de la investigación "Conocimiento sobre el virus VIH/SIDA de la población de 20 a 30 años de edad del Barrio Ixobel, Poptún, Petén. 2008"

El 85% sabe el tiempo en que la enfermedad se desarrolla en el cuerpo, mientras un 15% que no sabe. Es probable que estos resultados se deban a la escasez de oportunidades y desinterés en informarse sobre el VIH y SIDA. "La mayor parte de pacientes que conviven con el virus del SIDA asisten a los servicios de salud cuando existe presencia de alguna infección."⁴², razón por la cual es necesario que toda la población tenga acceso a esta información, para su tratamiento y control respectivo.

⁴² Manual de consejería en VIH/SIDA/ITS para personal de salud. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Pág. 3

CUADRO Y GRAFICA NO. 6

Pregunta 6	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
¿Sabe usted la diferencia entre lo que significa el VIH y SIDA?	Sí	73	91%
	No	7	9%
TOTAL		80	100%



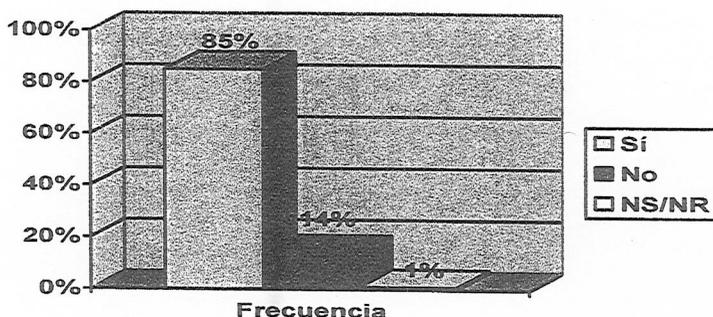
Fuente: Cuestionario de la investigación "Conocimiento sobre el virus VIH/SIDA de la población de 20 a 30 años de edad del Barrio Ixobel, Poptún, Petén. 2008"

Como se puede observar, el 91% de la población sabe lo que significa VIH y SIDA; y únicamente el 9% admite no conocerlo. Aun reconociendo que es mínima la población, es elemental que el 100% de ella sepa diferenciarlas, esto permitirá conocer el proceso con el que se produce el virus y su ritmo de mutación a medida que se disemina, atacando el sistema inmunológico, el que precisamente está encargado de defender el cuerpo de infecciones.⁴³

⁴³ Manual para la facilitación sobre consejería de VIH/SIDA. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Junio 2005

CUADRO Y GRAFICA NO. 7

Pregunta 7	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
¿Cuáles son las formas que se pueden dar para contagiarse del VIH?	Relaciones sexuales	47	59%
	Transfusiones de sangre	5	6%
	Objetos cortopunzantes	4	5%
	Madre a hijo (perinatal)	13	16%
	NS/NR	11	14%
TOTAL		80	100%



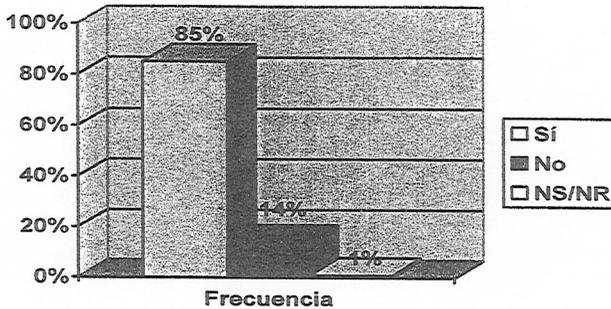
Fuente: Cuestionario de la investigación "Conocimiento sobre el virus VIH/SIDA de la población de 20 a 30 años de edad del Barrio Ixobel, Poptún, Petén. 2008"

Si se relaciona esta pregunta con el conocimiento que la población tiene sobre VIH/SIDA según Pregunta No.1 el 91%, solamente el 5% de esta población no recuerdan las formas de contagio de la infección; mientras que el 14% de la población encuestada no respondió. Sería importante que toda la población conozca sobre las formas de contagio del virus del SIDA, así se disminuiría el rechazo social y aumento de prejuicio⁴⁴ en contra de la homosexualidad.

⁴⁴ Gonzáles-Block MA, Liguori AL. El SIDA en los estratos socioeconómicos de México. En: Gonzáles-Block MA, Liguori, Al, ed. Perspectivas de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México. Instituto Nacional de Salud Pública, 1992, Págs. 21-36.

CUADRO Y GRAFICA NO. 8

Pregunta 8	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
¿Sobre qué aconsejaría a la población para prevenir el VIH?	Abstinencia	26	32%
	Fidelidad con la pareja	21	26%
	Protegerse con condón	11	42%
TOTAL		80	100%



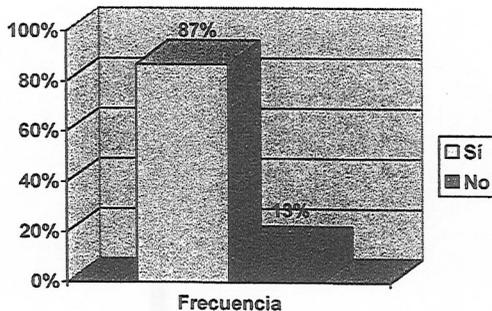
Fuente: Cuestionario de la investigación "Conocimiento sobre el virus VIH/SIDA de la población de 20 a 30 años de edad del Barrio Ixobel, Poptún, Petén. 2008"

El 32% de los encuestados indica que aconsejaría la abstinencia, y en ese sentido la OMS indica que ésta es la única forma 100 segura de prevenir las infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH y SIDA⁴⁵, un 26% dice que la fidelidad con un compañero/a que no está infectado es la opción, y el 42% afirma que aconsejaría el uso del condón como manera de prevención del VIH. Cualquiera de las tres que utilicen son formas para prevenir el riesgo de adquirir el VIH.

⁴⁵ ONUSIDA, OMS. Poner el descubierto la epidemia del VIH y SIDA. Ginebra, Suiza. Versión española, Marzo 2001.

CUADRO Y GRAFICA NO. 9

Pregunta 9	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
¿Cree que es importante que en las escuelas eduquen de cómo prevenir el VIH?	Sí	67	83%
	No	13	17%
TOTAL		80	100%



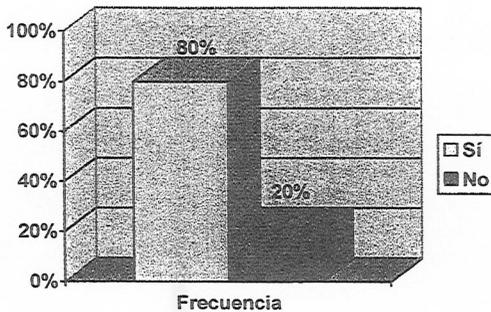
Fuente: Cuestionario de la investigación "Conocimiento sobre el virus VIH/SIDA de la población de 20 a 30 años de edad del Barrio Ixobel, Poptún, Petén. 2008"

El 83% está convencido de que sí es importante que se brinde educación en las escuelas y la práctica de la educación es una forma de disminuir los riesgos de contagio en la población; esto permitirá hacer hincapié sobre la importancia que tiene la abstinencia sexual, fidelidad mutua y uso correcto y continuo del condón. Sin embargo, esto se convierte en limitante para algunos establecimientos debido a los mitos y prejuicios, creencias religiosas y morales que algunos padres de familia manifiestan en el desarrollo de este tema.⁴⁶ El riesgo entonces se encuentra en el 17% que no le da importancia a la prevención del VIH, posiblemente sea porque no han comprendido la magnitud del problema.

⁴⁶ Cuestionario de la investigación "Conocimiento sobre el virus VIH/SIDA de la población de 20 a 30 años de edad del Barrio Ixobel, Poptún, Petén. 2008"

CUADRO Y GRAFICA NO. 10

Pregunta 10	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
¿Cree que es importante protegerse al tener relaciones sexuales?	Sí	64	80%
	No	16	20%
TOTAL		80	100%

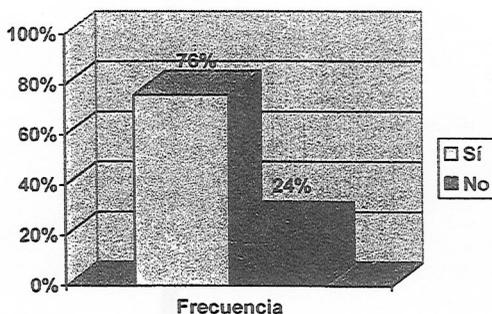


Fuente: Cuestionario de la investigación "Conocimiento sobre el virus VIH/SIDA de la población de 20 a 30 años de edad del Barrio Ixobel, Poptún, Petén. 2008"

El 80% de la población opinó que sí es importante protegerse al tener relaciones sexuales; no obstante, un 20% está en desacuerdo. Es necesario hacer conciencia en la población sobre el uso correcto y continuo del condón en cada relación sexual, especialmente cuando no se practica la abstinencia y la fidelidad. La mayor parte de personas que se contagian del virus VIH es por tener relaciones sexuales sin protección. La práctica de no protegerse es posible que se dé a causa de algunos patrones culturales.

CUADRO Y GRAFICA NO. 11

Pregunta 11	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
¿Cree usted que hay interés por parte del Ministerio de Salud Pública para autorizar talleres, seminarios, charlas, etc., a la población sobre VIH?	Sí	61	76%
	No	19	24%
TOTAL		80	100%



Fuente: Cuestionario de la investigación "Conocimiento sobre el virus VIH/SIDA de la población de 20 a 30 años de edad del Barrio Ixobel, Poptún, Petén. 2008"

Aunque el 76% opina que el Ministerio de Salud tiene interés para autorizar talleres, seminarios y charlas, el 24% está en desacuerdo, debido a la falta de información, comunicación y divulgación de los servicios de salud que brindan estas instancias. Es esencial poder brindarle seguimientos a las actividades que se desarrollan, mejorando el sistema de cobertura y divulgación de los servicios; para una mejor percepción de la población, especialmente en lo que se refiere a este tema del VIH SIDA.

CUADRO Y GRAFICA NO. 12

Pregunta 12	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
¿Conoce usted otras enfermedades que afectan a las personas infectadas con VIH?	Sí	58	72%
	No	22	18%
TOTAL		80	100%

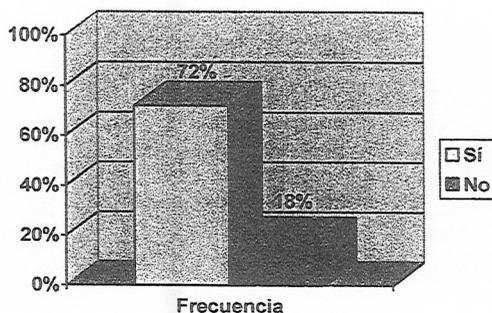
¿Cuáles?

Bronconeumonía

Anemia

Diarreas

Apertura a infecciones: sífilis, gonorrea, herpes, etc.

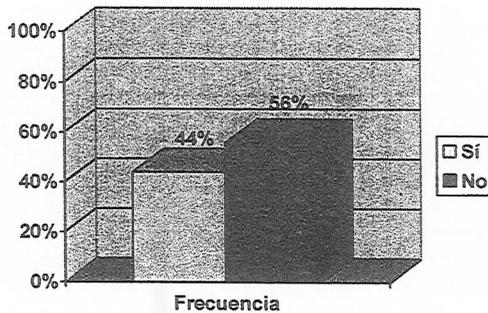


Fuente: Cuestionario de la investigación "Conocimiento sobre el virus VIH/SIDA de la población de 20 a 30 años de edad del Barrio Ixobel, Poptún, Petén. 2008"

El 72% de los encuestados respondió que sí conoce sobre otras enfermedades que atacan a las personas infectadas con VIH, entre las más mencionadas se encuentra la bronconeumonía, anemia, diarreas, apertura a infecciones como sífilis, gonorrea, herpes, entre otros. Es evidente observar que no toda la población conoce sobre estas enfermedades "oportunistas", lo cual pone en riesgo a la población que se ve afectada por esta infección.

CUADRO Y GRAFICA NO. 13

Pregunta 13	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
¿Sabe usted cómo se debe tratar a las personas infectadas con VIH?	Sí	35	44%
	No	45	56%
TOTAL		80	100%



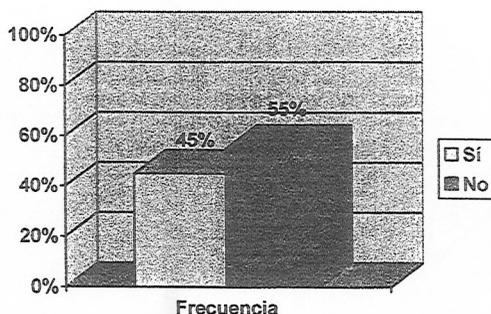
Fuente: Cuestionario de la investigación "Conocimiento sobre el virus VIH/SIDA de la población de 20 a 30 años de edad del Barrio Ixobel, Poptún, Petén. 2008"

En relación a la pregunta 13, sobre si sabe usted cómo se debe tratar a las personas infectadas con VIH, 45 personas que representa al 56% de los encuestados no conocen los cuidados que se le debe brindar a una persona infectada con el virus del SIDA y aunque el 44% dice que sí sabe cómo tratar a las personas infectadas, debe ponérsela especial atención a quienes no saben, porque es necesario que toda la población conozca sobre los cuidados que se le debe brindar a una persona infectada con VIH, así se podría prevenir el riesgo de reinfección. "Toda persona que conviva con el virus del SIDA, debe estar bajo tratamiento y velar por la calidad nutricional de sus dietas antirretrovirales"⁴⁷ para fortalecer el sistema inmunológico y retardar la presencia de algunas infecciones oportunistas.

⁴⁷ Manual para la facilitación sobre consejería de VIH/SIDA. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Junio 2005

CUADRO Y GRAFICA NO. 14

Pregunta 14	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
¿Conoce un lugar donde se cuidan a las personas infectadas con VIH?	Sí	36	45%
	No	44	55%
TOTAL		80	100%



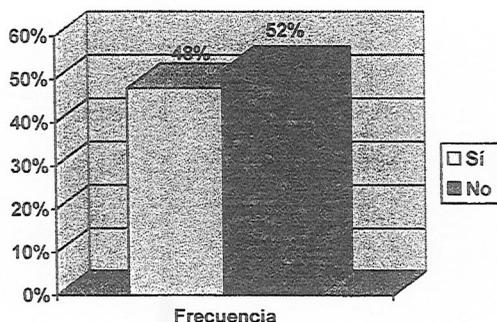
Fuente: Cuestionario de la investigación "Conocimiento sobre el virus VIH/SIDA de la población de 20 a 30 años de edad del Barrio Ixobel, Poptún, Petén. 2008"

Dentro de los lugares que menciona el 45% que indica conocer un lugar donde cuidan a las personas, se encuentran los hospitales regionales y la ONG Gente Nueva. Pese a que en Petén no existe un centro de atención específicamente para personas que tengan este padecimiento, el Ministerio de Salud Pública en alianza con otras organizaciones han impulsado actividades para la prevención y atención en VIH y SIDA para mujeres trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con hombres y mujeres embarazadas, proporcionando pruebas gratuitas y tratamiento antirretroviral.⁴⁸ Es necesario expandir los servicios que brinda el Ministerio de Salud en el departamento, para lograr la asistencia periódica de usuarios según distrito.

⁴⁸ Manual para la facilitación sobre consejería de VIH/SIDA. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Junio 2005

CUADRO Y GRAFICA NO. 15

Pregunta 15	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
¿Hay en el barrio algún grupo encargado de velar por la educación de cómo prevenir el VIH?	Sí	38	48%
	No	42	52%
TOTAL		80	100%

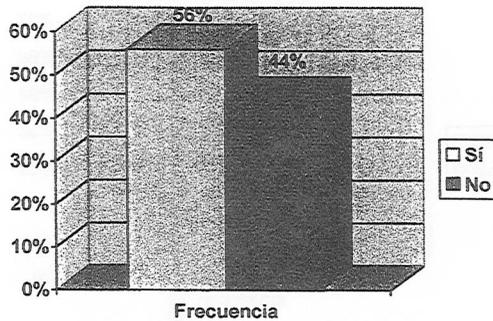


Fuente: Cuestionario de la investigación "Conocimiento sobre el virus VIH/SIDA de la población de 20 a 30 años de edad del Barrio Ixobel, Poptún, Petén. 2008"

En relación a esta pregunta, es evidente observar que el 48% de la población encuestada admite conocer instancias que se han dedicado a brindar información sobre VIH y SIDA en el barrio; mientras que el 52% desconoce estas instancias, por lo que se necesita mejorar el sistema de cobertura en salud dentro del barrio; puesto que esto pone en riesgo a la población, debido a la inasistencia de taller, charlas y seminarios con orientación en este temática. Al ampliar la pregunta, los encuestados manifiestan que al menos se ha tenido presencia de Aprofam y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

CUADRO Y GRAFICA NO. 16

Pregunta 16	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
¿Cree usted que las personas en el barrio aceptan a las personas con VIH?	Sí	45	56%
	No	35	44%
TOTAL		80	100%



Fuente: Cuestionario de la investigación "Conocimiento sobre el virus VIH/SIDA de la población de 20 a 30 años de edad del Barrio Ixobel, Poptún, Petén. 2008"

Aunque hay un mayor porcentaje de encuestados que indican que sí aceptan a las personas que padecen VIH, debe ponérsele atención al 44% que dice que el barrio no acepta a las personas con este padecimiento, por lo que es necesario implementar capacitaciones para sensibilizar a la población sobre la importancia de poder apoyar a estas personas para lograr su integración dentro su tratamiento y terapias de rehabilitación, puesto a que la mayor parte de la población que ha fallecido por la infección es por el rechazo social y psicológico.⁴⁹

⁴⁹ Manual de consejería para VIH/SIDA. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH-SIDA, Junio 2005

VIII. CONCLUSIONES

1. El 91% de los encuestados indica que sí tienen conocimientos generales sobre el VIH, esto se convierte en una fortaleza porque, a más conocimiento, menos probabilidades de padecer esta enfermedad. En este resultado ha tenido un papel muy importante el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social porque el 78% dice que el gobierno ha llegado a impartir enseñanza sobre este tema. Esto tiene concordancia con el 85% que dice sí conocer los síntomas que da el padecimiento del VIH.
2. En cuanto a las formas de contagio, el 86% indica opciones correctas como relaciones sexuales, transfusiones de sangre, objetos corto punzantes y de la madre al hijo en el periodo de gestación, sin embargo es de ponerle atención al 14% que no respondió ninguna porque en ellos puede ser que se encuentre el riesgo de contagiarse por este desconocimiento.
3. Entre las formas de prevención que los encuestados responden está la abstinencia, fidelidad a la pareja, protegerse con condón en el momento de tener relaciones sexuales, educación en las escuelas, y el desarrollo de talleres y seminarios a la comunidad. El riesgo existe en el 20% de los encuestados que opinan que no es importante protegerse en el momento de darse las relaciones sexuales, esto último puede ser el resultado de algunos patrones culturales.
4. Entre las enfermedades oportunistas que mencionaron los encuestados están la bronconeumonía, anemia, diarreas, sífilis, gonorrea y herpes. Se manifiesta el riesgo en el 18% que dice no conocer de estas enfermedades oportunistas.
5. Respecto de los cuidados a las personas con VIH SIDA, el 44% indica que sí los conoce, esto deja ver que la mayoría no está preparada para atender a las personas con este padecimiento. Este dato se relaciona con la información que brindan los encuestados sobre que como instituciones que atienden este tipo de pacientes sólo conocen los hospitales regionales y la ONG Gente Nueva, y más del 50% ni siquiera conoce esto. Otro dato importantes es que el 44% de los sujetos de estudio dicen que creen que las personas del barrio no aceptan a las personas que viven con VIH, lo cual podría repercutir en el dato que dieren del desconocimiento de los cuidados a personas con esta enfermedad.
6. El 48% de los sujetos de estudio indica que en el barrio hay un grupo encargado de velar por la educación del VIH; sin embargo, no indican de qué forma ni dónde está ubicado. La poca información también la reflejan cuando el 62% responde que no sabe si en los hospitales existen o no medicamentos para el tratamiento de VIH.

IX. RECOMENDACIONES

1. Que el área de salud elabore un programa educativo específicamente para este barrio sobre las generalidades y forma de prevención de adquirir el virus VIH SIDA.
2. Que las autoridades locales se organicen para realizar campañas de información general relacionada al tema de investigación.
3. Que las autoridades locales, en coordinación con las instituciones en salud en el Barrio, elaboren y gestionen un proyecto que tenga como objetivo crear una instancia para prevenir esta enfermedad y para atender correctamente a quienes ya la padecen.
4. Promover espacios de análisis y prevención del VIH y SIDA y proveer métodos anticonceptivos gratuitamente a la población vulnerable.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. ÁREA DE SALUD SUR ORIENTAL. Plan Estratégico Anual. 2008.
2. CICATELLI ASSOCIATES. Manual del Capacitador del VIH y SIDA. Nueva York, 2004.
3. GONZÁLES-BLOCK MA, Liguori AL. El SIDA en los estratos socioeconómicos de México. En: González-Block MA, Liguori, AL, ed. Perspectivas de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México. Instituto Nacional de Salud Pública, 1992: 21-36.
4. <http://www.alianza-vih.com/info-vih-hist.htm> Consultado el 30 de abril de 2007
5. <http://www.ctv.es/USERS/fpardo/vihsn.htm> consultado el 30 de abril de 2007
6. http://www.ibid_enlinea.com Pág. 13 Consultado 2007
7. <http://www.municipalidaddepooptunpten.org> Consultado en marzo
8. <http://www.reproductiverights.org/esp.vi.lac-guatemala.html> Consultada el 30 de abril de 2007
9. MERTENS TE, Low-Ber D. HIV and AIDS: Where is the epidemic going? Bull World Health Organ 1996; 74:1-2-129.
10. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, Acuerdo Número 317-2002.
11. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, Manual ABCD. Programa Nacional de ITS-VIH-SIDA. Programa Nacional de Control y Prevención de Tuberculosis, Junio 2005.
12. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, Manual de Consejería en VIH/SIDA/ETS para personal de Salud. Programa Nacional de Control y Prevención de Tuberculosis, Junio 2005
13. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, Manual de consejería para VIH/SIDA. Junio 2005 Programa Nacional de Control y Prevención de Tuberculosis.
14. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Manual de consejería en VIH/SIDA/ITS para personal de salud. Programa Nacional de Control y Prevención de Tuberculosis, Junio 2005
15. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Manual de consejería para VIH/SIDA. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH-SIDA, Programa Nacional de Control y Prevención de Tuberculosis, Junio 2005