

República Dominicana

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Hospital Doctor Luís Eduardo Aybar
Dirección General de Residencias Médicas y Postgrado
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria
Promoción 2009-2013

ACTITUDES ANTE EL VIH-SIDA EN ESTUDIANTES DEL TERCER Y CUARTO
AÑO DE BACHILLER DEL LICEO NOCTURNO REPÚBLICA DE ECUADOR DE
SANTO DOMINGO NORTE, EN EL AÑO ESCOLAR 2013 - 2014.
EN EL PERIODO DE ESTUDIO ABRIL-DICIEMBRE 2013



Tesis de pos grado para optar por el título de magister en la especialidad de:

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentante:

Dr. Omar Antonio Caraballo Segura

Asesoras:

Lic. Daysi Margarita Pérez Cabral

Dra. Claridania Rodríguez De Rosario

Los conceptos emitidos en la presente tesis de post grado son de la exclusiva responsabilidad del sustentante de la misma.

Distrito Nacional: 2014

CONTENIDO

I. Introducción...	1
I.1. Antecedentes...	2
I.2. Justificación...	3
II. Planteamiento del Problema...	4
III. Objetivos...	4
III.1. General...	4
III.2. Específicos...	4
IV. Marco Teórico...	5
IV.1. VIH/SIDA...	5
IV.1.1. Historia...	5
IV.1.2. Definición...	10
IV.1.3. Etiología...	13
IV.1.4. Clasificación...	14
IV.1.5. Fisiopatología...	15
IV.1.6. Epidemiología...	18
IV.1.7. Epidemiología...	21
IV.1.7.1. Clínico...	21
IV.1.7.2. Laboratorio...	22
IV.1.7.3. Imágenes...	23
IV.1.8. Diagnóstico diferencial...	25
IV.1.9. Tratamiento...	27
IV.1.10. Complicaciones...	32
IV.1.11. Pronóstico y evolución...	36
IV.1.12. Prevención...	37
V. Hipótesis...	43
VI. Operacionalización de las variables...	44
VII. Material y método...	51
VII.1. Tipo de estudio...	51
VII.2. Demarcación geográfica...	51
VII.3. Universo...	51
VII.4. Muestra...	51

VII.5. Criterio.	51
VII.5.1. Criterios de inclusión.	51
VII.5.2. Criterios de exclusión.	51
VII.6. Instrumento de recolección de datos.	51
VII.7. Procedimiento.	52
VII.8. Tabulación.	52
VII.9. Análisis.	52
VIII. Resultados.	54
IX. Discusión.	75
X. Conclusiones.	76
XI. Recomendaciones.	78
XII. Referencias.	79
XIII Anexos.	84
XIII.1. Cronograma.	84
XIII.2. Instrumento de recolección de datos	85
XIII.3. Costos y recursos	93
XIII.4. Evaluación...	94

AGRADECIMIENTOS

A Dios nuestro creador:

Por haberme dado tanto valor, sobre todo en aquellos momentos en que creía que los obstáculos eran invisibles y en los cuales solo necesitaba la fuerza de voluntad para seguir adelante.

Gracias mi Dios por darme la oportunidad y por ser mi compañero tanto en la tristeza como en el camino que me lleva al éxito.

A la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña:

Por abrirme la puerta, para que con dedicación y anhelos logre mis metas.

Al Hospital Luis Eduardo Aybar:

Por ser el albergue de quienes necesitamos el pan de la enseñanza, por acogernos a sus senos, para que con anhelos y dedicación lleguemos al camino del éxito.

A mis asesoras:

Dra. Claridania Rodríguez De Rosario, Licda. Daysi Margarita Pérez Cabral. Por su ayuda en la realización de esta investigación, ya que con ellas continua mi vida rumbo al éxito.

A mis maestros de la residencia:

Porque con ellos aprendí que para llegar al éxito hay que empezar a escalar y por compartir el pan de la enseñanza.

Al Director del Liceo Nocturno República de Ecuador:

Lic. Clodomino Alcántara. Por darme la oportunidad para que se realizar el estudio de investigación en dicho centro que tan dignamente dirige.

A Pedro Cordero:

Por ser mi fuente de auxilio en el momento que lo necesité y por ayudarme al momento de la aplicación del cuestionario.

El sustentante

DEDICATORIAS

A Dios:

Porque has sido mi guía, mi refugio en los momentos más difíciles y exitosos en la trayectoria de mi vida y porque más que compartir mi alegría has sido el motivo de ella.

Por haberme dado el don de la sabiduría y la fortaleza de seguir adelante sobre todo en aquellos momento en que me sentí derrumbado; gracias mi Dios por darme la oportunidad de lograr esta meta, porque siempre que te exclame ahí estuviste a mi lado a pesar de olvidarme en muchos momentos de ti, tu nunca te había olvidado de mí. Gracias Señor.

A mi esposa:

Dra. Gisel Milagros Pérez Cabral de Caraballo. Porque eres parte de este logro, por entender mis ausencias, mi tristeza, mi alegría y por estar siempre presente en esos momentos difíciles y precisos que pasaron con el tiempo hasta alcanzar el camino del éxito. Gracias mi amor, orgulloso y agradecido de tenerte a mi lado.

A mis hijos:

Giomar Jefferson y Giomahyra Gisela Caraballo Pérez. Porque esos momento que pasé, de alegrías, tristezas, desalientos, sueños, hambres, amargura, incomodidad, incompetencia, era con el objetivo de llegar a la meta que lleve al futuro para así llegar al éxito, para que ustedes tengan un mejor futuro, he aquí el triunfo, gracias mis hijos por esperar, por el tiempo hermoso que le robe junto a mí, por ser un espuelón más de mi superación. Gracias, lo adoro. Sigán el ejemplo.

A mi madre:

María De Los Santos Segura Urbaez. Creadora de mi vida, por el apoyo e interés puesto en mí, por tu apoyo de madre. Madre en mis labios no existe palabra para agradecerte lo que has hechos conmigo, por eso quiero compartir externamente tu esfuerzo, trabajo y ese amor de madre que siempre me has brindado. Te amo madre.

A mi sobrina:

Jarolyn Estefany Olivero Caraballo. Por ocupar ese vacío de padre que dejaba en mi ausencia en casa, por cuidar de mis hijos, por ser parte mi familia, gracias de corazón.

A mis suegros:

Rafael Pérez y Juana Cabral: por ser parte de este triunfo, por su apoyo cuando más lo necesite, sus consejos como padres y porque no por cuidar de mis hijos. Gracias de corazón estoy externamente agradecidos.

A mis hermanas:

Radaysa, Magnolia, Vivian Caraballo Segura: porque de una manera u otra robé tiempo del que podía dedicarle y porque no de una forma u otra colaboraron con el éxito. Gracias hermanas.

Esta dedicación va para mis amig@s, familias y compañer@s de residencia que de una manera u otra lucharon junto a mí y me apoyaron para poder llegar al camino de éxito. Gracias de corazón.

Dr. Omar Antonio Caraballo Segura

I. INTRODUCCIÓN

I.1. Antecedentes

La aparición del contagio por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y su expresión corporal y clínica a manera de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, dan representación a uno de los fenómenos sociales más importantes de finales del siglo XX. Describiéndola como el padecimiento contagioso de mayor relevancia a nivel mundial, sus resultados colmaron rápidamente la esfera médica y biológica para situarse en el campo social, económico y político.

En el ámbito social, económico y político el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida continua constituyéndose en la agenda de los países desarrollados y en vía de desarrollo, debido al impacto del padecimiento en las poblaciones más afectadas: niños, mujeres y jóvenes, a su amplia propagación entre localidades con diferentes preferencias sexuales, y a su predisposición a concentrarse entre los grupos más desfavorecidos, necesitados y marginados de cada población.

El síndrome de la inmunodeficiencia humana se reconoció por primera vez en los Estados Unidos de América en 1981 en hombres homosexuales.

El virus de la inmunodeficiencia humana, causante del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida, se identificó en 1983.

Según algunas opiniones la transmisión espaciosa del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida empezó a finales del 1970 e inicios del de 1980 entre mujeres y hombres sexualmente promiscuos en África oriental y central y en hombres homosexuales y bisexuales en determinadas regiones urbanas de las Américas, Australia, Nueva Zelanda y Europa occidental. En el día de hoy el virus se está propagando en todo el mundo.¹

Se han identificado dos tipos principales del virus de inmunodeficiencia humana, que son: virus de inmunodeficiencia humana 1 (VIH-1) y virus de inmunodeficiencia humana 2 (VIH-2). El VIH-1 es el tipo sobresaliente en el mundo. El VIH-2 se localiza especialmente en África occidental, pero se han informado casos en África oriental, Europa, Asia y América Latina. Existen al menos 10 subtipos genéticamente

¹ Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). HIV/AIDS among blacks, Florida, 1999-2004. Morbidity Mortality Weekly Report 56:69-73.

diferentes de HIV-1, pero hasta el momento su importancia biológica y epidemiológica es poco clara.

El VIH-1 y el VIH-2 se transmiten del mismo modo, pero la principal vía de transmisión es la relación sexual sin protección entre mujeres y hombres heterosexuales o entre hombres homosexuales. También se transmite por los productos sanguíneos, de órganos donados y del semen. La transmisión por la sangre ocurre especialmente por la utilización de agujas, jeringas u otros instrumentos difícilmente esterilizados que traspasan la piel y por procedimiento de transfusiones con sangre infectada.

Finalmente, una madre portadora puede transmitir el virus durante la gestación, trabajo del parto y la lactancia materna, lo que se conoce como transmisión vertical.²

1.2. Justificación

El objetivo de este estudio es el de identificar las actitudes, y las prácticas que tienen los estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador, en relación con las enfermedades de transmisión sexual, especialmente el VIH/SIDA, sus causas, los métodos de prevención, etc.

² Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). HIV/AIDS among blacks, Florida, 1999-2004. Morbidity Mortality Weekly Report 56:69-73.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La infección por el VIH por lo tanto, es una enfermedad transmisible causada por un retrovirus que afecta directa y fundamentalmente, entre otros, al sistema inmunológico y al nervioso produciendo su destrucción. Tiene un amplio espectro de manifestaciones clínicas, que van desde la infección aguda inicial, pasando por un largo período de portador asintomático de años de duración, hasta desembocar en una serie de infecciones oportunistas y/o neoplasias que definen el estadio más avanzado y mortal de la enfermedad.³

En nuestro país a pesar de los avances en el sistema de salud y la ley de seguridad social, las cifras sobre pacientes positivos al VIH/SIDA siguen en aumento; es por esta razón que me veo en la motivación de realizar una investigación que nos oriente sobre las actitudes ante el VIH-SIDA en los estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador, de la República Dominicana.

Es por esto que surge el interés de responder a la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las actitudes ante el VIH/SIDA de los estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013 - 2014?

³ Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). HIV/AIDS among blacks, Florida, 1999-2004. *Morbidity Mortality Weekly Report* 56:69-73.

III. OBJETIVOS

III.1. General.

1. Identificar las actitudes ante el VIH/SIDA de los estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013 - 2014.

III.2. Específicos.

1. Caracterizar el sexo, la edad y el estado civil de los estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013 - 2014.
2. Describir el componente cognitivo de las actitudes sobre la prevención del VIH/SIDA que tienen los estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013 - 2014.
3. Describir el componente conductual de las actitudes en relación a la infección por el VIH/SIDA que tienen los estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013 - 2014.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. VIH/SIDA.

IV.1.1. Historia.

La fuente más probable de la introducción de VIH/SIDA como una enfermedad de humanos era la transmisión del virus de la inmunodeficiencia del chimpancé a los seres humanos. Cuando apareció la población humana hubo un cambio, o mutación, y con ella la posibilidad de ser transmitida entre humanos. La enfermedad empezó a propagarse en África, y después dispersarse por las otras partes del mundo.

El primer caso argumentado en el mundo del virus de inmune deficiencia humana (VIH) fue en un hombre de Kinshasa en La República Democrática del Congo en África en el año 1959.

Los primeros casos fundamentados en los Estados Unidos (EEUU) fueron en los últimos años de la década 70. Entre los años 1979 a 1981 hubo muchos casos de enfermedades raras en la población de homosexuales de los EEUU, enfermedades que anteriormente no se revelaban en personas de esta edad.

En el año 1982 el gobierno de los EEUU dispuso el nombre síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), para referir las enfermedades raras oportunistas que estaban manifestándose en la población homosexual y drogadicta. Asimismo en este año el gobierno de los EEUU abordó detallando los casos de SIDA en el país. En 1982 científicos de Paris revelaron un virus, lymphadenopathy associated virus, que pensaban era coherente a la enfermedad SIDA. En el año 1983 científicos de los EEUU confirmaron el virus. No pudieron descubrir el origen de transmisión de la enfermedad humana hasta el año 1999 cuando científicos revelaron HIV-1 en chimpancés en África.^{4, 5}

En Chile los primeros casos de SIDA emprendieron en el año 1984 con 6 personas homosexuales contagiadas viviendo en las regiones de Valparaíso, Bio-Bio, y Metropolitana. En 1985 fue el primer caso de VIH/SIDA en una mujer de la localidad chilena. El grupo de la población de Chile que hubo más casos en los

⁴ Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). HIV/AIDS among blacks, Florida, 1999-2004. *Morbidity Mortality Weekly Report* 56:69-73.

⁵ Boletín del Centro de Prevención de las ITS/VIH/SIDA: Serie por la Vida 1998; 1(2).

primeros años, fueron adultos jóvenes entre 20 a 49 años, con más casos constituidos en las edades de 30 a 39 años.^{6, 7,8}

Los principales casos de SIDA surgieron 1978, siempre con conclusión mortal. Popularmente se conoce a este padecimiento como peste rosa o peste del siglo XX. También se la llama la enfermedad de las tres H (hemofílicos, homosexuales y heroinómanos), mostrando a gran cantidad de personas en todo el mundo (registrándose los primeros casos en África), sin estilo de edad, sexo, raza o nivel de vida.^{9, 10}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica a este mal solamente como Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA) y el Comité Ejecutivo Internacional de la Taxonomía de los Virus (CITV) como Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

VIH/SIDA llegó a Chile en el período 1985, con una localidad mayormente fundada de homosexuales y trabajadores sexuales. Antes de eso en los EEUU y países de Europa los principales casos fueron mayormente entre las cantidades de homosexuales y drogadictos.¹¹

El VIH está relacionado con otros virus que producen enfermedades parecidas al SIDA. Se cree que este virus se trasladó de los animales a los humanos a inicios del siglo XX. Existen dos virus diferentes que causan SIDA en las especies humanas, el VIH-1 y el VIH-2. Del primero la especie reservorio son los chimpancés, de cuyo virus propio, el SIVcpz, deriva. El VIH-2 proviene del SIVsm, propio de una variedad de monos de África Occidental. En ambos casos la transmisión entre especies se ha originado varias veces, pero la actual enfermedad resulta de la extensión del grupo

⁶ Chile. Ministerio De Salud. Departamento De Epidemiología. Evolución Del VIH/SIDA Chile, 1984-2010. Print.

⁷ Chile. Ministerio De Salud. División De Prevención Y Control De Enfermedades. Manual De Formación Básica En Consejería Para El VIH Y Las ITS. 2011. Print.

⁸ Chile. ONUSIDA. Informe Nacional Sobre Los Progresos Realizados En La Aplicación Del UNGASS. 2010. Print.

⁹ López Moran E, Marín Ferreiro A. La Candidiasis como manifestación bucal en el Sida. [Periódico en línea] 2001; 38(1): [3pantallas]. [Citado 12 Dic 2007]: Disponible en: URL:<http://www.west01101.pdf>.

¹⁰ Bailde García G. La Investigación Acción. Una alternativa metodológica para trabajar VIH/SIDA en comunidad. Caracas: OPL-SIDA; 1997:1.

¹¹ ONUSIDA. Resumen mundial de la epidemia VIH/SIDA 2007. Ginebra: ONUSIDA; 2007.

M del VIH-1, originario según estimaciones de un contagio producido en África Central, donde el virus muestra la máxima diversidad, en la primera mitad del siglo XX.^{12, 13, 10,}

La pandemia existente arrancó en África Central, pero fue inadvertida mientras no empezó a afectar a localidad de países ricos, en los que la inmunosupresión del SIDA no podía confundirse fácilmente con agotamiento debida a otras causas, sobre todo para sistemas médicos y de control de enfermedades muy dotados de recursos. La espécimen humana más antigua que se sepa que contiene VIH fue tomada en 1959 a un marino británico, quien aparentemente la contrajo en lo que ahora es la República Democrática del Congo. Otras muestras que sujetaban el virus fueron encontradas en un hombre estadounidense que murió en 1969 y en un marino noruego en 1976. Se cree que el virus se contrajo a través de actividad sexual, posiblemente a través de prostitutas, en las áreas urbanas de África. A medida que los primeros contagiados viajaron por el mundo, fueron llevando el mal a varias ciudades de distintos continentes.^{14, 15}

En la actualidad, la forma más común en que se transmite el VIH es a través de relaciones sexual desprotegida y al compartir agujas entre consumidores de drogas inyectables. El virus además puede ser transmitido desde una madre embarazada a su hijo (transmisión vertical). En el pasado también se transmitió el SIDA a través de transfusiones de sangre y el uso de productos derivados de ésta para el tratamiento de la hemofilia o por el uso simultáneo de material médico sin esterilizar; sin embargo, hoy en día esto ocurre muy raramente, salvo lo último en zonas pobres, debido a los controles realizados sobre estos productos.

La era del SIDA principió oficialmente el 5 de junio de 1981, cuando los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) que es Centros para el Control y

¹² Bimbela Pedrola J, Piqueras Cruz L. SIDA y jóvenes: La prevención por vía sexual. Granada: EASP; 1997:20-60

¹³ Boletín del Centro de Prevención de las ITS/VIH/SIDA: Serie por la Vida 1998; 1(2).

¹⁴ Q. C. Klinty. Torres J. Patogénesis de la infección por VIH/SIDA. En: Gustavo Reyes Terán Servicio de Infectología. HIV Medicine 2003, México DC. 1ra edic; 2003.1.

¹⁵ Dr. Gustavo Rojas Lara, Dra. Tessie Caballero Vaillant., Dr. Luis Ernesto Flez Báez., Dra. Adela Ramírez., Dra. Ana Navarro, Yordana Dolores, MPH, Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, año 2009.

Prevención de Enfermedades de Estados Unidos llamaron a una conferencia de prensa donde describieron cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en Los Ángeles. Al mes siguiente se comprobaron varios casos de sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer de piel. Las primeras constataciones de estos casos fueron efectuadas por el Dr. Michael Gottlieb de San Francisco.¹⁶

Pese a que los médicos conocían tanto la neumonía por *Pneumocystis carinii* como el sarcoma de Kaposi, la aparición vinculada de ambos en varios pacientes les llamó la atención. La mayoría de estos pacientes eran hombres homosexuales sexualmente activos, muchos de los cuales también sufrían de otras enfermedades crónicas que más tarde se identificaron como infecciones oportunistas. Los ensayos sanguíneos que se les hicieron a estos pacientes mostraron que faltaban del número adecuado de un tipo de células sanguíneas llamadas T CD4+. La mayoría de estos pacientes murieron en pocos meses.

Por la presencia de unas manchas de color rosáceo en el cuerpo del contagiado, la prensa comenzó a llamar al SIDA, la «peste rosa», causando una confusión, atribuyéndola a los homosexuales, aunque pronto se hizo notar que también la sufrían los inmigrantes haitianos en Estados Unidos, los consumidores de drogas inyectables y los receptores de transfusiones sanguíneas, lo que originó a hablar de un club de las cuatro haches que incluía a todos estos grupos considerados de riesgo para adquirir la enfermedad. En 1982, el nuevo mal fue denominada oficialmente con el nombre de Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), nombre que reemplazó a otros propuestos como Gay-related immune deficiency (GRID).^{17, 18}

Hasta 1984 se mantuvieron distintas teorías sobre la posible causa del SIDA. La teoría con más apoyo proyectaba que el SIDA era una enfermedad básicamente, epidemiológica. En 1983 un grupo de nueve hombres homosexuales con SIDA de

¹⁶ Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). HIV/AIDS among blacks, Florida, 1999-2004. *Morbidity Mortality Weekly Report* 56:69-73.

¹⁷ López Moran E, Marín Ferreiro A. La Candidiasis como manifestación bucal en el Sida. [Periódico en línea] 2001; 38(1): [3pantallas]. [Citado 12 Dic 2007]: Disponible en: URL:<http://www.west01101.pdf>.

¹⁸ Bailde García G. *La Investigación Acción. Una alternativa metodológica para trabajar VIH/SIDA en comunidad*. Caracas: OPL-SIDA; 1997:1.

Los Ángeles, que habían tenido parejas sexuales en común, incluyendo a otro hombre en Nueva York que mantuvo relaciones sexuales con tres de ellos, valieron como base para establecer un patrón de infección típico de las enfermedades contagiosas.¹⁹

Otras teorías indican que el SIDA brotó a causa del excesivo uso de drogas y de la alta actividad sexual con diferentes parejas. Asimismo se proyectó que la inoculación de semen en el recto durante la práctica de sexo anal, mezclado con el uso de inhalantes con nitrito llamados poppers, producía supresión del sistema inmune. Pocos especialistas tomaron en serio estas teorías, aunque algunas personas todavía las promueven y niegan que el SIDA sea producto de la infección del VIH.²⁰

La teoría más registrada actualmente, sustenta que el VIH proviene de un virus llamado «virus de inmunodeficiencia en simios» (SIV, en inglés), el cual es semejante al VIH y causa síntomas similares al SIDA en otros primates.

En 1984, dos científicos franceses, Françoise Barré-Sinoussi y Luc Montagnier del Instituto Pasteur, aislaron el virus de SIDA y lo depuraron. El Dr. Robert Gallo, Estadounidense, pidió muestras al laboratorio francés, y adelantándose a los franceses proyectó la noticia de que había descubierto el virus y que había realizado la primera prueba de detección y los primeros anticuerpos para combatir a la enfermedad. Después de varias controversias legales, se decidió compartir patentes, pero el descubrimiento se le imputó a los dos investigadores originales que aislaron el virus, y solo a ellos dos se les atribuyó el Premio Nobel conjunto, junto a otro investigador en el 2008, reconociéndolos como auténticos descubridores del virus, aceptándose que Robert Gallo se valió del material de otros investigadores para realizar todas sus observaciones. En 1986 el virus fue denominado VIH. El descubrimiento del virus cedió el desarrollo de un anticuerpo, el cual se empezó a utilizar para identificar dentro de los grupos de riesgo a los infectados. También cedió empezar investigaciones sobre posibles tratamientos y una vacuna.

¹⁹ Boletín del Centro de Prevención de las ITS/VIH/SIDA: Serie por la Vida 1998; 1(2).

²⁰ Beatrice H. Hahn, Origen del VIH y La Pandemia del Sida, 2006

En esos períodos las víctimas del SIDA eran aisladas por la comunidad, los amigos e incluso la familia. Los niños que adquirían SIDA no eran aceptados por las escuelas debido a los rechazos de los padres de otros niños; éste fue el caso del joven estadounidense Ryan White. La gente temía aproximarse a los infectados ya que pensaban que el VIH podía contagiarse por un contacto casual como dar la mano, abrazar, besar o compartir utensilios con un infectado.

En un principio la agrupación de homosexual fue acusada de la aparición y posterior expansión del SIDA en Occidente. Incluso algunos grupos religiosos llegaron a expresar que el SIDA era un castigo de Dios a los homosexuales (esta declaración aún es popular entre ciertas minorías de creyentes cristianos y musulmanes). Otros señalan que el estilo de vida «depravado» de los homosexuales era responsable de la enfermedad. Aunque en un principio el SIDA se propagó más de prisa a través de las comunidades homosexuales, y que la mayoría de los que padecían la enfermedad en Occidente eran homosexuales, esto se correspondía, en parte, a que en esos tiempos no era común el uso del condón entre homosexuales, por considerarse que éste era sólo un método anticonceptivo. Por otro lado, la difusión del mismo en África fue principalmente por vía heterosexual.

El SIDA pudo propagarse rápidamente al concentrarse la atención sólo en los homosexuales, esto contribuyó a que la enfermedad se desarrollara sin control entre heterosexuales, particularmente en África, el Caribe y luego en Asia.

IV.1.2. Definición

Virus: es un agente infeccioso microcelular incapaz de sobrevivir por sí solo, necesita invadir una célula de un organismo vivo para sobrevivir.

La Inmunodeficiencia: es un estado patológico en el que el sistema inmune no cumple con el patrón de protección que le incumbe dejando el organismos vulnerable para la infección. Se refiere a la desvalorización del sistema inmunológico de nuestro cuerpo. En cuanto a la palabra Humana en el VIH/SIDA se refiere que el VIH solo ataca a los seres humanos, y no puede reproducirse en el organismo de otros seres vivos como los insectos y otros animales.

Síndrome es el conjunto de varios signos y síntomas.²¹

Inmune: es sistema inmunológico que constituye la defensa frente a las ataques de microbios, parásitos, virus, etc. Este está formado por los glóbulos blancos y los anticuerpos.

Deficiencia: es el debilitamiento importante del sistema inmunitario que disminuye la capacidad de proteger el organismo.

Adquirida: es cuando una enfermedad es contraída por el enfermo durante su vida. No se hereda.

Se le llama infección de transmisión sexual, a aquella que universalmente se contrae al tener relaciones sexuales con una persona infectada. Establece un factor importante el acto sexual como momento de transmisión de este tipo de padecimiento.

La organización mundial de la salud ha cambiado la dominación de enfermedades de transmisión sexual (ETS) por infecciones de transmisión sexual (ITS) por considerar que el término enfermedad es inadecuado para las infecciones que no producen manifestación, las cuales son las que se presentan con mayor repetición especialmente en mujeres.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana: es un virus que mata o daña las células del sistema inmunológico del organismo. Es inducido por un virus que se llama HIV o VIH que consiste en la imposibilidad del sistema inmunitario para hacer frente a las infecciones y otros procesos patológicos. El SIDA es una etapa avanzada de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Se trata de un retrovirus que aborda las defensas del organismo y altera la capacidad para defenderse de las enfermedades bacterianas, parásitos y hongos. El sistema inmunológico concentra diversos tipos de células, entre otras los glóbulos blancos encargados de luchar

²¹ Álvarez Vázquez L, Rodríguez Cabrera A. Proyecto educativo para la prevención del VIH/SIDA en una población con conducta de riesgo. En: La investigación sexual y reproductiva. La Habana: Publicaciones azucareras; 2004:171-93. Ministerio de Educación. Programa Director de Promoción y Educación para la Salud en el Sistema Nacional de Educación; 1998:2.

contra los agresores externos. El VIH especialmente mata a un tipo de células, los linfocitos CD4 que integran el sistema inmunológico.²²

Se ha desarrollado el SIDA sólo cuando se muestra un conjunto de signos y síntomas que indican que las defensas están disminuidas porque se contrajo el virus. Es posible estar infectado con el VIH, es decir, ser VIH positivo o portador del virus, y todavía no haber desarrollado el SIDA. Desde el instante en que el virus ingresa al cuerpo hasta que surgen los síntomas puede pasar mucho tiempo, entre 10 y 12 años, período que puede extenderse si se comienza un tratamiento temprano. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que se trata de plazo promedio integral que varían de país en país y se transforman sustancialmente con el propio desarrollo de la epidemia en cada lugar y con la evolución de los tratamientos.

El SIDA no es resultado de un trastorno hereditario, sino secuela de la exposición a una infección por el VIH, que facilita el desarrollo de nuevas infecciones como los tumores y otros procesos. Este virus permanece oculto y destruye un cierto tipo de linfocitos, células encargadas de la defensa del sistema inmunitario del organismo. El SIDA es una enfermedad infecciosa que agrede al sistema inmunológico.

El Center of Disease Control (CDC) (2011) dice que «VIH es el virus de la inmunodeficiencia humana, cuando el virus produce el síndrome de inmunodeficiencia adquirida se llama SIDA». El SIDA es el conjunto de síntomas y signos producidos por el VIH. También puede definirse como la fase terminal de una infección por VIH.

El VIH 1 es posible que provenga del chimpancé y podría haber existido hace largo tiempo en poblaciones humanas que lo disimulaban relativamente bien. El VIH 2 causa igualmente SIDA pero su transmisión es más difícil y causa la enfermedad con menor frecuencia y menor rapidez que el VIH 1.

El virus del VIH es débil y muere fácilmente fuera del cuerpo (solo resiste algunos minutos). Es sensible al calor. Se destruye a 56 grados Celsius en 30 minutos. Se

²² Álvarez Vázquez L, Rodríguez Cabrera A. Proyecto educativo para la prevención del VIH/SIDA en una población con conducta de riesgo. En: La investigación sexual y reproductiva. La Habana: Publicaciones azucareras; 2004:171-93. Ministerio de Educación. Programa Director de Promoción y Educación para la Salud en el Sistema Nacional de Educación; 1998:2.

destruye con los desinfectantes comunes como el cloro el alcohol o cualquier detergente. Dentro del cuerpo se transcribe rápidamente, con un promedio de 10 mil millones de nuevos virus por día. Tiene gran capacidad de mutación, creando nuevos tipos de la misma especie de virus. Por esto es difícil encontrar vacunas y tratamientos.

El VIH entra en nuestro cuerpo por una «puerta de entrada», que puede ser cualquier grieta de nuestra piel o de nuestras mucosas (boca, vagina, pene, ano) incluyendo cualquier laceración o herida microscópica. Inmediatamente los Macrófagos tratan de destruirlo y como no pueden hacerlo, entonces los linfocitos T4 dan la voz de alarma a los demás linfocitos T8 y linfocitos B. El VIH entonces ataca a los Linfocitos T4, penetrando en su interior e imposibilitando que este controle la actividad de los demás linfocitos.²³

IV.1.3. Etiología

En un sentido preciso, el SIDA no es una enfermedad causada por el virus de inmunodeficiencia humana. De hecho, el VIH sólo es el agente etiológico de algunos procesos patológicos como el complejo de demencia asociado al SIDA. El SIDA es expresión de una inmunosupresión que amplía las probabilidades de que un portador del VIH desarrolle enfermedades causadas por infecciones que, en personas con sistemas inmunes normales, no se presentarían. Entre estas se encuentran la infección por *Histoplasma*, *Toxoplasma* y *Candida albicans*, hongos que se hallan en ambientes cotidianos o en el organismo humano, pero que sólo son patógenos generalmente en condiciones de inmunosupresión. La prevalencia de las enfermedades oportunistas varía en función de las condiciones de vida de cada país o lugar. Por ejemplo, en 1994, en México casi el 70 por ciento de las personas con SIDA habían enfermado por infección de citomegalovirus, mientras que en Tailandia la proporción era de 4 por ciento.

²³ Álvarez Vázquez L, Rodríguez Cabrera A. Proyecto educativo para la prevención del VIH/SIDA en una población con conducta de riesgo. En: La investigación sexual y reproductiva. La Habana: Publicaciones azucareras; 2004:171-93. Ministerio de Educación. Programa Director de Promoción y Educación para la Salud en el Sistema Nacional de Educación; 1998:2.

Hay muchas formas de transmisión de VIH/SIDA. El más señalado es no usar un condón al tener relaciones sexuales con una persona que tiene VIH/SIDA, y el sexo anal sin protección que es más riesgoso que sexo de vagina. Además en las relaciones sexuales anales entre hombres, la persona receptiva tiene más riesgo que la persona insertiva. Pueden contagiarse además en actos de sexo orales pero el riesgo de transmisión es mucho más bajo en comparación al sexo vaginal y anal. También al disfrutar muchas parejas sexuales se arriesga a un más el riesgo de contraer el virus, y el riesgo es más profundo cuando tienen otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Compartir instrumentos para inyectarse drogas representa otro modo de transmisión del virus.²⁴

Finalmente existe la transmisión vertical de una embarazada a su bebé cuando no usa las drogas para prevenirla. Hay otras formas de transmisión también pero son muchos menos usuales.

IV.1.4. Clasificación

Existen dos tipos del virus de VIH que son el VIH1 y el VIH2, y ambos producen efectos destructivos de las células T CD4+, que son las células que previenen el cuerpo humano de otras enfermedades. Cuando se presenta la enfermedad, la persona presenta síntomas como la influenza durante algunas semanas, y después de eso no hay otro síntoma, entonces es muy dificultoso de identificarla. También las personas pueden vivir sanamente por años sin los síntomas, pero todavía la enfermedad está progresando en su cuerpo, y pueden transmitir el virus a otras personas.^{25, 26,27}

²⁴ Chile. Ministerio De Salud. Departamento De Epidemiología. Evolución Del VIH/SIDA Chile, 1984-2010. Print.

²⁵ Bimbela Pedrola J, Piqueras Cruz L. SIDA y jóvenes: La prevención por vía sexual. Granada: EASP; 1997:20-60.

²⁶ Boletín del Centro de Prevención de las ITS/VIH/SIDA: Serie por la Vida 1998; 1(2).

²⁷ Q. C. Klinty. Torres J. Patogénesis de la infección por VIH/SIDA. En: Gustavo Reyes Terán Servicio de Infectología. HIV Medice 2003, México DC.1ra edic; 2003.1.

IV.1.5. Fisiopatología

Habitualmente, los glóbulos blancos y anticuerpos atacan y destruyen a cualquier organismo extraño que entra al cuerpo humano. Esta respuesta es regularizada por un tipo de células llamados linfocitos CD4. Desafortunadamente, el VIH aborda específicamente a las células que expresan el receptor CD4, una de los más significativos son los linfocitos T CD4+ y entra en ellos. Una vez dentro, el virus evoluciona su material genético de cadena simple (ARN) a uno de cadena doble (ADN) para incorporarlo al material genético propio del huésped (persona infectada) y lo manipula para replicarse o hacer copias de sí mismo. Cuando las nuevas copias del virus salen de las células a la sangre, escudriñan a otras células para atacar. Mientras, las células de donde salieron mueren. Este ciclo se repite una y otra vez.⁴⁰

Cuando el VIH ingresa a la célula T4, rápidamente transforma su ARN en ADN para poder entrar en el núcleo del linfocito y poder reproducirse. Este linfocito invadido por el VIH se convierte en una producción de virus.

En la primera fase de la infección hay una gran producción de virus, hasta 10 mil millones por día. Al mismo tiempo el organismo reacciona produciendo también millones de anticuerpos y glóbulos blancos contra el VIH para neutralizarlo. Esta disputa de nuestro organismo dura muchos años, hasta que el sistema de defensa se debilita por la incapacidad de las células T de estimular el mecanismo de defensa celular.

El contagio puede ocurrir sin que la persona infectada se dé cuenta de ello, hasta que se le manifieste el mal o cuando trasmite por contacto sexual a otra persona, que sí presenta los síntomas de la enfermedad.

Un individuo infectado, que tiene relaciones sexuales irresponsables puede afectar a otras muchas personas, mientras él está incubando todavía la enfermedad y mucho antes que le desarrollen los primeros síntomas. También se refiere al grupo de infecciones que se transmiten por la presencia de fluidos corporales infectados (semen, líquido pre-eyaculatorio, sangre, fluidos vaginales, leche materna) que estén en contacto con vía de entrada al cuerpo como pueden ser las mucosas y heridas

abiertas, cabe señalar que debe existir lesiones en las mucosas de la boca, recto, vagina y pené para que se transfiera el VIH.²⁸

Para defenderse de esta producción de virus, el sistema inmune de una persona produce muchas células CD4 diariamente. Paulatinamente el número de células CD4 disminuye, por lo que la persona sufre de inmunodeficiencia, lo cual expresa que la persona no puede defenderse de otros virus, bacterias, hongos y parásitos que causan enfermedades, lo que deja a la persona susceptible de sufrir enfermedades que una persona sana sería capaz de enfrentar, como la neumonía atípica y la meningitis atípica. Estas enfermedades son principalmente infecciones oportunistas. Dado que el organismo tiene mecanismos de control de crecimiento celular dependiente de células CD4, la destrucción progresiva de estas células producirá que estos mecanismos no sean adecuadamente regulados, lo que origina en consecuencia la presencia de algunas neoplasias (cáncer) que no ocurrirían en personas que no estén infectadas. El VIH, además, es capaz de infectar células cerebrales, produciendo algunas afecciones neurológicas.

Como en los otro retrovirus, la información genética del virus está en forma de ARN, que contiene las «instrucciones» para la síntesis de proteínas estructurales, las cuales al unirse conformarán al nuevo virus (virión); es decir sus características hereditarias, que le son necesarias para replicarse. Normalmente, en la naturaleza el ADN o ácido desoxirribonucleico es una fuente de material genético desde la que se originará una copia simple de ARN, pero en el caso del VIH, éste logra invertir el sentido de la información, produciendo ADN a partir de su simple copia de ARN, evolución que se denomina transcripción inversa, que una característica de los retrovirus. El virus inserta su información genética en el mecanismo de reproducción de la célula (núcleo celular), gracias a la acción de la transcriptasa reversa.

El VIH se multiplica, después de la fase aguda primaria de la infección, en los órganos linfoides, sobrecargándolos con un esfuerzo que termina por provocar una

²⁸ Dr. Gustavo Rojas Lara, Dra. Tessie Caballero Vaillant., Dr. Luis Ernesto Flez Báez., Dra. Adela Ramírez., Dra. Ana Navarro, Yordana Dolores, MPH, Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, año 2009.

disminución severa de la elaboración de linfocitos. El debilitamiento de las defensas abre la puerta al desarrollo de infecciones oportunistas por bacterias, hongos, protistas y virus. En muchos casos los microorganismos responsables están presentes desde antes, pero desarrollan una enfermedad sólo cuando dejan de ser contenidos por los mecanismos de inmunidad celular que el VIH devasta. Ninguna de estas enfermedades agrede sólo a los VIH positivos, pero algunas eran casi desconocidas antes de la epidemia de VIH y en muchos casos las variantes que conducen o definen al SIDA son diferentes por su desarrollo o su epidemiología.

El virus del SIDA ingresa al organismo a través de la sangre, el semen y los fluidos vaginales y una vez incorporado ataca el sistema inmunológico. Este sistema está compuesto por un conjunto de componentes que incluyen células, anticuerpos y sustancias circulantes que enfrente a todo elemento que sea registrado como ajeno o extraño. Esto sucede, especialmente con los agentes infecciosos como bacterias, hongos, virus y parásitos.

Frente a la presencia de agentes infecciosos el sistema inmunológico moviliza para defenderse células llamadas linfocitos. Los linfocitos, al ser invadidos por el virus VIH pierden su capacidad para inspeccionar y enfrentar a los agentes extraños, los que aprovechan la oportunidad de esta caída de la vigilancia inmunológica para proliferar. Para multiplicarse, el virus pone en actividad un mecanismo específico de los retrovirus por el cual copia su genoma (conjunto de información genética de un ser vivo) de ARN, en el ADN de la célula. La presencia del virus estimula la actividad reproductiva de los linfocitos pero, dado que tienen copiado el genoma del VIH, en vez de reproducirse, multiplican células virales.

A medida que el virus se reproduce, el organismo se hace cada vez más sensible ante enfermedades contra las cuales, en tiempos normales puede defenderse. A estas enfermedades se han nombrados como enfermedades oportunistas. La caída de las defensas no es masiva y uniforme sino que permite con mayor probabilidad la aparición de ciertas enfermedades: infecciones (las más frecuentes son las pulmonares, y también otras producidas por diversos virus, bacterias, hongos y

parásitos), y distintos tipos de cáncer (los más comunes son lo que perturban la piel y los ganglios linfáticos).

Uno de los indicadores más evidentes del avance de la infección y del desarrollo del SIDA, es la aparición de las enfermedades oportunistas. Por eso se le considera «marcadoras» o «trazadoras». Marcan la presencia y evolución de la infección. A ellas se suman los efectos directos del virus en el organismo, que incluyen, entre otros, trastornos del sistema nervioso y del aparato digestivo. Cuando el portador del VIH desarrolla este conjunto de afecciones se le considera como un enfermo de SIDA.

Como se expuso anteriormente, puede suceder que el VIH, una vez ingresado al organismo permanezca en tranquilidad dentro de los linfocitos invadidos. En esta situación, el paciente no tiene síntomas, por eso se le llama portador asintomático. Sin bien no presenta síntomas el portador asintomático puede infectar a otras personas sin saberlo.²⁹

IV.1.6. Epidemiología

En Chile desde la llegada de la enfermedad VIH/SIDA, en 1984, hasta diciembre del año 2010 había 24.014 casos documentados de VIH/SIDA en la población chilena. Hasta el año 2010 hubo una exageración de la prevalencia de VIH/SIDA en la población chilena, pero después del año 2010, las tasas comenzaban a reducir.^{2, 4}

En Chile la primordial vía de exposición de VIH/SIDA es a través de las relaciones sexuales, representando el 96,6 por ciento de infecciones entre los años 2006-2010. Hombres que tienen sexo con hombres es el grupo con más transmisiones, 55 por ciento declaradas en 2006-2010. Pero además en los últimos años hubo un aumento de exposición heterosexual.³⁰

En los países occidentales el índice de infección con VIH ha disminuido ligeramente debido al acogimiento de prácticas de sexo seguro por los varones

²⁹ Dr. Gustavo Rojas Lara, Dra. Tessie Caballero Vaillant., Dr. Luis Ernesto Flez Báez., Dra. Adela Ramírez., Dra. Ana Navarro, Yordana Dolores, MPH, Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Cara de Enfermedad, año 2009.

³⁰ Chile. Ministerio De Salud. Departamento De Epidemiología. Evolución Del VIH/SIDA Chile, 1984-2010. Print.

homosexuales y (en menor grado) a la existencia de repartición gratuita de jeringas y campañas para instruir a los usuarios de drogas inyectables acerca del peligro de compartir las jeringas. La propagación de la infección en los heterosexuales ha sido un poco más lenta de lo que originalmente se temía, posiblemente porque el VIH es ligeramente menos transmisible por las relaciones sexuales vaginales (cuando no hay otras enfermedades de transmisión sexual presentes) que lo que se creía antes.

Sin embargo, desde fines de los años 1990, en algunos grupos humanos del Primer Mundo los índices de infección han empezado a mostrar signos de incremento otra vez. En el Reino Unido el número de personas diagnosticadas con VIH se aumentó un 26 por ciento desde 2000 a 2001. Las mismas tendencias se notan en EE.UU. y Australia. Esto se atribuye a que las generaciones más jóvenes no recuerdan la peor fase de la epidemia en los ochenta y se han cansado del uso del condón. El SIDA permanece siendo un problema entre las prostitutas y los usuarios de drogas inyectables. Por otro lado el índice de muertes debidas a enfermedades relacionadas con el SIDA ha disminuido en los países occidentales debido a la aparición de nuevas terapias de contención efectivas (aunque más costosas) que demoran el desarrollo del SIDA.³¹

En países subdesarrollados, en particular en la zona central y sur de África, las malas condiciones económicas y la falta de educación sexual debido a causas principalmente religiosas, dan como resultado un excelso índice de infección.

En algunos países más de un cuarto de la población adulta es VIH-positiva; solamente en Botsuana el índice llega al 35,8 por ciento.

La situación en Sudáfrica (con un 66% de cristianos y con el presidente Thabo Mbeki, que comparte, aunque ya no de manera oficial, la opinión de los «Disidentes del SIDA») se está deteriorando rápidamente. Sólo en 2002 hubo casi 4,7 millones de infecciones. Otros países donde el SIDA está causando estragos son Nigeria y Etiopía, con 3,7 y 2,4 millones de infectados el año 2003, respectivamente. Por otro lado, en países como Uganda, Zambia y Senegal se han iniciado programas de

³¹ ONUSIDA. Resumen mundial de la epidemia VIH/SIDA 2007. Ginebra: ONUSIDA; 2007.

prevención para reducir sus índices de infección con VIH, con distintos grados de éxito.

Las tasas de infección de VIH también han aumentado en Asia, con cerca de 7,5 millones de infectados en el año 2003. En julio de 2003, se estimaba que había 4,6 millones de infectados en India, lo cual constituye aproximadamente el 0,9 por ciento de la población adulta económicamente activa. En China, la cantidad de infectados se estimaba entre 1 y 1,5 millones, aunque algunos creen que son aún más los infectados. Por otra parte, en países como Tailandia y Camboya se ha mantenido firme la tasa de infección por VIH en los últimos años.³²

Últimamente ha habido preocupación respecto al rápido crecimiento del SIDA en la Europa oriental y Asia central, donde se estima que había 1,7 millones de infectados a enero de 2004. La tasa de infección del VIH ha ido en aumento desde mediados de los 1990, debido a un trastorno económico y social, acentuación del número de usuarios de drogas inyectables y aumento del número de prostitutas. En Rusia se reportaron 257 000 casos en 2004 de acuerdo a; en el mismo país existían 15 000 infectados en 1995 y 190 000 en 2002. Algunos afirman que el número real es cinco veces el estimado, es decir, cerca de un millón. Ucrania y Estonia también han visto aumentar el número de infectados, con estimaciones de 500 000 y 3700 a comienzos de 2004, respectivamente.³³

A pesar de que la infección del VIH comenzó centralizándose básicamente en hombres, al día de hoy, las mujeres suponen el 50 por ciento de las personas infectadas con el VIH. Incluso en regiones como el África Subsahariana, las mujeres constituyen el 60 por ciento del total de la población con VIH.

En República Dominicana la epidemia de VIH y SIDA muestra un progreso favorable en los últimos años, coincidiendo descensos en la incidencia de la infección por el VIH, de casos de SIDA y de mortalidad. Sin embargo, se estiman 57,260 personas infectadas por el VIH que tendrán una supervivencia larga, y

³² Mujeres y Niñas y el Sida. Investigaciones para el VIH. Oficina para Investigaciones del SIDA. Institutos Nacionales. Plan Fiscal. 2003.

³³ Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA. Guía para los comunicadores sociales. La Habana: MINSAP; 2005:15.

muchas de las cuales requerirán de atención médica, tratamiento farmacológico y apoyo social.

IV.1.7. Diagnóstico

IV.1.7.1. Clínico

En cuanto a los resultados de la historia clínica y el examen físico general del paciente, el médico realizará un examen neurológico minucioso para evaluar diversas funciones como son: aptitudes motoras y sensoriales, función nerviosa, audición y habla, visión, coordinación y equilibrio, estado mental, y cambios en el ánimo o la conducta. El médico puede indicar análisis de laboratorio y uno o más de los siguientes procedimientos para ayudar a diagnosticar complicaciones neurológicas del SIDA.

No todos los pacientes infectados con el virus VIH tienen SIDA. El criterio para diagnosticar el SIDA puede variar de zona en zona, pero el diagnóstico típicamente requiere: Un recuento absoluto de las células T CD4 menor a 200 por milímetro cúbico, o La presencia de alguna de las infecciones oportunistas típicas, causadas por agentes incapaces de producir enfermedad en personas sanas.

La persona infectada por el VIH es llamada «seropositiva» o «VIH positivo» (VIH+) y a los no infectados se les llama «seronegativos» o «VIH negativo» (VIH-). La mayoría de las personas seropositivas no saben que lo son.

La infección primaria por VIH es llamada «seroconversión» y puede ser seguida por una serie de síntomas inespecíficos, parecidos a los de una gripe, por ejemplo, fiebre, dolores musculares y articulares, dolor de garganta y ganglios linfáticos inflamados. En esta etapa el infectado es más transmisor que en cualquier otra etapa de la enfermedad, ya que la cantidad de virus en su organismo es la más alta que alcanzará. Esto se debe a que todavía no se desarrolla por completo la respuesta inmunológica del huésped. No todos los recién infectados con VIH sufren de estos síntomas y finalmente todos los individuos se vuelven asintomáticos.

Durante la etapa asintomática, cada día se promueven varios miles de millones de virus VIH, lo cual se acompaña de una disminución de las células T CD4+. El virus

no sólo se encuentra en la sangre, sino en todo el cuerpo, específicamente en los ganglios linfáticos, el cerebro y las secreciones genitales.

El tiempo que difiere el diagnóstico de SIDA desde la infección inicial del virus VIH es variable. Algunos pacientes desarrollan algún síntoma de inmunosupresión muy pocos meses después de haber sido infectados, mientras que otros se mantienen asintomáticos hasta 20 años.

La razón por la que algunos pacientes no desarrollan la enfermedad y porque hay tanta inestabilidad interpersonal en el avance de la enfermedad, todavía es objeto de estudio. El tiempo promedio entre la infección inicial y el desarrollo del SIDA varía entre ocho a diez años en ausencia de tratamiento.³⁴

IV.1.7.2. Laboratorio

Pruebas Serológicas de Detección del VIH.

Se nombra como pruebas serológicas a las realizadas sobre el suero, uno de los elementos de la sangre, para detectar anticuerpos. De este modo existen análisis serológicos para detectar distintos tipos de enfermedades: hepatitis B, sífilis, Chagas, toxoplasmosis y VIH. Normalmente se usa la expresión «seropositivo» como sinónimo de VIH positivos, pero ambos términos no significan lo mismo: la persona VIH positiva es seropositiva para el VIH.

La primera prueba que suele hacerse para descubrir la presencia del virus es conocida como Enzyme Linked Immuno-sorbent Assay (ELISA) que es una prueba de inmunoenzimática. Existen otras similares pero esta es la más frecuente. Esta prueba, como toda prueba serológica no registra el virus, sino los anticuerpos generados por el organismo para defenderse de él. Es decir, si hay anticuerpos, hay virus.

Toda prueba diagnóstica tiene dos características: la sensibilidad y la especificidad. La primera se refiere a la capacidad de detectar la presencia de determinada sustancia; la segunda se refiere a la capacidad de excluir toda sustancia que no sea la efectivamente buscada.

³⁴ Dilata JJ. Enfermedades de transmisión sexual. Barcelona: Proas Editores; 1996.

ELISA es una prueba muy sensible, ya que ante la mínima apariencia de anticuerpos del virus, e incluso elementos similares, dará un resultado positivo. Si el estudio da negativo es porque ciertamente el virus no está presente. La alta sensibilidad de esta prueba puede dar como resultado «falsos positivos» ante anticuerpos similares, lo que obliga a realizar una prueba confirmatoria. A las personas con resultado positivo, se les realiza una segunda prueba, más específica y menos sensible, para confirmar la presencia de anticuerpo de VIH y eliminar del grupo de los «positivos» a las personas que no están infectadas por el virus. La más frecuente es la Western-blot.

Hay un fase que se denomina «período ventana» y se utiliza para dar cuenta del tramo inicial de la infección durante el cual los anticuerpos generados por el organismo no son detectados por las pruebas serológicas habituales. Es necesaria una establecida cantidad de anticuerpos para que las pruebas puedan detectarlos. Esta fase se extiende desde el ingreso del virus al organismo hasta el momento en que este genera el número de anticuerpos necesario para ser captados por las pruebas de laboratorio. Puede durar tres meses, o más. Por esta razón es aconsejable repetir las pruebas cada tres meses a lo largo de un año.

Durante el «período ventana» las personas infectadas son seronegativas ya que el resultado de los estudios es negativo. Pero más allá de que no se revelen los anticuerpos en sangre, el período de ventana es un período de alta contagiosidad durante el cual el virus se está multiplicando de manera muy rápida.³⁵

IV.1.7.3. Imágenes

Las imágenes presenciadas por computación pueden revelar signos de inflamación cerebral, tumores y linfomas del sistema nervioso central (SNC), daño nervioso, hemorragia o sangrado interno, irregularidades de la materia blanca, y otras anormalidades cerebrales. Se usan varios procedimientos indoloros por imágenes para ayudar a diagnosticar las complicaciones neurológicas del SIDA.

³⁵ Protocolo de Atención a Personas Infectadas VIH/SIDA, Programa Nacional y Control de ITS/VIH/SIDA, El Salvador, Agosto 2000.

La tomografía computarizada usa rayos X y una computadora para producir imágenes bidimensionales de hueso y tejido, inclusive inflamación, incuestionables tumores y quistes cerebrales, daño cerebral de una lesión craniada, y otros trastornos. Proporciona más informaciones que una radiografía sola.

Las imágenes por resonancia magnética (IRM) usan una computadora, ondas de radio, y un campo magnético poderoso para originar una imagen definida tridimensional o una «rebanada» bidimensional de estructuras del cuerpo, inclusive tejidos, órganos, huesos y nervios. No utiliza radiación ionizada (como la radiografía) y les ofrece a los médicos una imagen mejor de los tejidos ubicados cerca de huesos.

La IRM funcional (IRMf) usa las propiedades magnéticas de la sangre para señalar áreas del cerebro que son activas y para observar cuánto tiempo permanecen activas. Puede valorar el daño cerebral de una lesión craniada o trastornos degenerativos como la enfermedad de Alzheimer, y puede identificar y monitorizar otros trastornos neurológicos, incluso el complejo de demencia del SIDA.

La espectroscopia por resonancia magnética (ERM) usa un campo magnético fuerte para estudiar la composición bioquímica y la concentración de las moléculas con base hidrogenada, algunas de las cuales son muy específicas a las células nerviosas, en distintas regiones del cerebro. Se usa experimentalmente para identificar lesiones cerebrales en las personas con SIDA.

La electromiografía (EMG), se usa para diagnosticar la disfunción muscular y nerviosa (como una neuropatía y daño de las fibras nerviosas causados por el virus de VIH) y enfermedad de la médula espinal. Registra actividad muscular espontánea y actividad muscular controlada por los nervios periféricos.

Una biopsia es la extracción y examen de tejido del cuerpo. Una biopsia cerebral, que implica la extracción quirúrgica de un pequeño trozo de cerebro o tumor, se usa para comprobar trastornos intracranianos y tipos de tumor. A diferencia de las otras biopsias, requiere de una hospitalización. Las biopsias musculares o nerviosas pueden auxiliar para diagnosticar los problemas neuromusculares, mientras que una

biopsia cerebral puede ayudar a diagnosticar un tumor, inflamación, u otra irregularidad.

El análisis del líquido cefalorraquídeo puede detectar cualquier hemorragia o sangrado cerebral, infecciones del cerebro o la médula espinal (como neurosífilis), y cualquier depósito perjudicial de líquido. Se extrae una muestra de líquido con una aguja bajo anestesia local, y se estudia para detectar cualquier irregularidad.³⁶

IV.1.8. Diagnóstico diferencial

El sistema nervioso puede ser afectado en múltiples niveles en sujetos infectados por el virus de inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH1). Las patologías neuromusculares dan lugar usualmente a los síntomas iniciales de la enfermedad por VIH pero éstos pueden ser disimulados por otras anomalías neurológicas centrales coexistentes como son la demencia, las lesiones cerebrales focales o las mielopatías.

Existen incomparables formas de neuropatías periféricas para distintos estadios de la enfermedad. Por ejemplo, la neuropatía demielinizante inflamatoria es frecuentemente su primera manifestación cuando existen niveles de linfocitos CD4 comparativamente altos; a medida que la inmunosupresión progresa, la incidencia de la polineuropatía distal simétrica aumenta; en estadios avanzados de la enfermedad (linfocitos CD4 menores a 50 células/mm³), los pacientes afectados pueden desarrollar infecciones oportunistas por Citomegalovirus con cuadros neurológicos de polirradiculopatías progresivas o mononeuritis multiplex. Adicionalmente el uso de drogas antirretrovirales y de otros agentes terapéuticos es comúnmente limitado por los efectos secundarios que ellos causan a nivel del sistema neuromuscular.

Polineuropatía distal simétrica: Puede ser diagnosticada en aproximadamente 30 por ciento de pacientes con SIDA; es prácticamente observada en estadios avanzados de la enfermedad con recuentos bajos de linfocitos CD4.

³⁶ Protocolo de Atención a Personas Infectadas VIH/SIDA, Programa Nacional y Control de ITS/VIH/SIDA, El Salvador, Agosto 2000.

La sintomatología más comúnmente referida es la de parestesias y disestesias («quemantes») distales en los miembros inferiores. Debilidad muscular concomitante no es frecuente en los estadios iniciales de la neuropatía, siendo más reveladora con la progresión tardía de la entidad. La asociación de este tipo de neuropatía con mielopatía es frecuente.

Desde el punto de vista histopatológico la polineuropatía distal simétrica puede ser identificada virtualmente en todos los pacientes que han fallecido por SIDA.

A la microscopía se observa usualmente degeneración de axones mielinizados y no mielinizados asociada a un proceso de inflamación con la presencia de linfocitos T, macrófagos activados y células CD8.

Polineuropatía inflamatoria demielinizante: Las neuropatías demielinizantes aguda y crónica son más frecuentemente observadas en sujetos seropositivos sin compromiso clínico establecido por la enfermedad viral.

La forma aguda de la neuropatía puede suceder en el momento de la seroconversión del paciente. Se determina por la instauración rápidamente progresiva de debilidad muscular distal y proximal de las 4 extremidades con arreflexia generalizada.

La forma crónica de la neuropatía se define por debilidad muscular lentamente progresiva asociada a síntomas sensoriales más relevantes con fases de exacerbación y remisión fluctuantes.

El análisis del líquido cefalorraquídeo demuestra la presencia de una pleocitosis linfocitaria (10 – 50 células por mm³) con elevación de la proteinorraquia (50 – 250 mg/dl).

Mononeuritis multiplex, aquí los pacientes afectados presentan un compromiso proximal y asimétrico de nervios periféricos con anormalidades motoras y sensoriales multifocales. En fases tempranas de la infección por VIH, en pacientes con niveles de linfocitos CD4 mayores a 200/mm³, se observan mononeuropatías que afectan uno o máximo dos nervios periféricos o pares craneales. El déficit oportuno usualmente mejora en el transcurso de pocos meses en forma espontánea o con la aplicación de terapia inmoduladora.

En otros pacientes en estadios avanzados de la enfermedad y con recuentos de linfocitos CD4 menores a 50 por mm³, se desarrolla una forma más severa de mononeuritis multiplex que implica a numerosos nervios de 2 o más extremidades y de regiones craneales.

Polirradiculopatía progresiva: es una condición neurológica de evolución velozmente progresiva y de buena respuesta a tratamientos antivirales establecidos tempranamente. Se observa especialmente en estadios avanzados de la enfermedad por VIH con conteos de Linfocitos CD4 considerablemente bajos. Un numeroso grupo de pacientes con esta neuropatía presenta infecciones coexistentes por citomegalovirus tales como retinitis, neumonía y gastroenteritis.

Otras patologías neuromusculares: Neuropatía autonómica; herpes zoster; neuropatía sensorial primaria; enfermedad de la motoneurona relacionada con el VIH.³⁷

IV.1.9. Tratamiento

En tiempos pasados no había ningún tratamiento del VIH/SIDA pero recientemente ha habido avances en el tratamiento de la enfermedad. Hay medicamentos que pueden desacelerar la progresión de VIH a SIDA y extender las vidas de las personas viviendo con el virus, pero todavía no hay una cura de VIH/SIDA.

Existen medicamentos antirretrovirales que han logrado aumentar la esperanza de vida de los portadores del virus al tiempo que reducen la probabilidad de que desarrollen las infecciones oportunistas. El gran impacto del SIDA es perceptible en los indicadores globales de salud, que muestran una declinación de la tendencia al alza de la esperanza de vida en los países con mayor prevalencia de la infección por VIH. Pero sin duda es en la vida de las personas en donde se manifiesta con mayor dureza. En zonas empobrecidas, miles de personas no cuentan con acceso a los antirretrovirales debido a su alto costo o a su indisponibilidad. El SIDA empobrece a las familias y a las comunidades, no sólo por su costo, sino porque los pacientes

³⁷ Protocolo de Atención a Personas Infeccionadas VIH/SIDA, Programa Nacional y Control de ITS/VIH/SIDA, El Salvador, Agosto 2000.

pueden estar incapacitados para ocuparse o desarrollar su vida normal a causa de las enfermedades. Un número importante de niños y niñas quedan en huerfanidad por causa de la mortalidad derivada del SIDA.

En la actualidad existen medicamentos, llamados antirretrovirales, que inhiben enzimas esenciales, la transcriptasa reversa, retrotranscriptasa o la proteasa, con lo que disminuyen la replicación del VIH. De este modo se frena el progreso de la enfermedad y la aparición de infecciones oportunistas, así que aunque el SIDA no puede adecuadamente curarse, sí puede convertirse con el uso continuado de esos fármacos en una enfermedad crónica relacionado con una vida larga y casi normal. La enzima del VIH, la retrotranscriptasa, es una enzima que transforma el ARN a ADN, por lo que se ha transformado en una de las principales dianas en los tratamientos antirretrovirales.

En el año 2007 la Agencia Europea de Medicamentos (EMEA por sus siglas en inglés) faculta el fármaco Atripla que combina tres de los antirretrovirales más usuales en una única pastilla. Los principios activos son el efavirenz, la emtricitabina y el disoproxilo de tenofovir. El medicamento está indicado para el tratamiento del virus-1 en los adultos.³⁸

El habitual denominador de los tratamientos aplicados en la actualidad es la mezcla de distintas drogas antiretrovirales, comúnmente denominada «cócte». Estos «cócteles» substituyeron a las terapias tradicionales de una sola droga que sólo se conservan en el caso de las embarazadas VIH positivas. Las diferentes drogas tienden a imposibilitar la multiplicación del virus y, hacen más lento el proceso de desperfecto del sistema inmunitario. El «cóctel» se compone de dos drogas inhibitoras de la transcriptasa reversa (las drogas) AZT, DDI, DDC, 3TC y D4T) y un inhibidor de otras enzimas las proteasas.

Al frenar diferentes enzimas, las drogas interceden en diferentes momentos del proceso de multiplicación del virus, frenando que dicho proceso llegue a término. La ventaja de la combinación reside, merecidamente, en que no se agrede al virus en un solo lugar, sino que se le dan sincrónicos y diferentes golpes. Los inhibidores de

³⁸ Informe de Investigación Evaluación Independiente, proyecto de la respuesta nacional multisectorial para prevención y atención de la epidemia del VIH/SIDA en Cuba. La Habana: ENSAP; 2005 Oct.

la transcriptasa inversa implantan una información genética equivocada o parcial que hace imposible la duplicación del virus y establece su muerte. Los inhibidores de las proteasas intervienen en las células ya infectadas frenando el «ensamblaje» de las proteínas necesarias para la formación de nuevas partículas virales.

En 2010 se evidenció la eliminación del virus de un paciente con leucemia al recibir un trasplante de médula de un donante con una muy rara mutación genética que lo vuelve inmune a una infección con HIV; se rescató de ambas enfermedades. Siendo una mutación muy rara y una operación con altos riesgos, el evento de que esto se vuelva una solución práctica es casi irreal de momento. A pesar de los resultados, las operaciones de este tipo exigen dosis de inmunosupresores para toda la vida. El defecto genético en cuestión hace que las células T no expresen el receptor CCR5 o CXCR4 que el virus necesita reconocer para entrar a la célula.

Según un trabajo realizado en el año 2007 por científicos de las universidades de Ulm y Hannover, en conjunto con científicos españoles, se ha descubierto una proteína en el semen humano, que proporciona la transmisión del virus VIH. Con frecuencia la cantidad de virus existente en el semen no alcanza los niveles mínimos esperables para que pueda producirse contagio. Sin embargo esta proteína llamada SEVI, desempeña un rol de facilitador para la expansión de la infección, con concentraciones de VIH en semen que de otro modo jamás hubieran causado contagio.

Esta proteína se presenta en dos formatos o arquitecturas diferentes. Es la SEVI de estructura amiloidea, la que cuenta con capacidad de convertirse en patógena o cambiar sus propiedades biológicas. Esta proteína ayuda considerablemente el contagio por semen, facilitando la infección y distribución del virus.

El SEVI interviene concentrando el virus en la superficie de la célula, que luego va a integrar en forma masiva hacia el citoplasma.

Miembros encarnados del movimiento Teorías disidentes son el Profesor de Biología molecular y celular Peter Duesberg, el matemático Serge Lang, la Física médica Eleni Papadopulos-Eleopulos, el biólogo molecular Harvey Bialy, el químico experto en inhibidores de la proteasa David Rasnick y los Premios Nobel Kary Mullis

(Química en 1993) y Walter Gilbert (Química 1980). Parte de estos científicos disidentes acusan a los científicos del SIDA ortodoxos de incapacidad científica y estafa deliberado. Según estos disidentes, los tratamientos aceptados oficialmente inducirían el SIDA, motivando que esta afirmación se ve respaldada por la farmacocinética de los medicamentos, y puede ser justificada con una lectura cuidadosa de los prospectos.³⁹

Internamente de la comunidad científica hay un gran consenso sobre VIH/SIDA. Y aunque todavía hay varios aspectos de la enfermedad que se omiten, se piensa que la información que establece la relación causal entre el VIH y el SIDA es contundente.

Las teorías disidentes son consideradas de pseudocientíficas por la mayoría de la comunidad científica, al negar la existencia de lo que se considera gran cantidad de evidencia empírica que contradice sus hipótesis. Consideran también que las hipótesis no cumplen requisitos científicos básicos: no cumplen la estrategia científica de la navaja de Occam, no contribuyen con evidencia empírica que demuestre anomalías en las teorías consolidadas, prefieren la evidencia de manera selectiva para validar las hipótesis y se basan en conocimientos obsoletos sobre virología.

Gran parte de la comunidad científica cree que la posición de aquellos que niegan la existencia del VIH o su relación con la enfermedad va en deterioro de la adopción de medidas preventivas y terapéuticas adecuadas, un ejemplo de ello fue la crisis humanitaria que sufrió Sudáfrica, tras el apoyo de estas teorías. En respuesta a las hipótesis de los disidentes del SIDA, en julio del 2000, más de 5000 científicos certificaron una declaración, conocida como la declaración de Durban, que tuvo como objetivo publicar en lenguaje comprensible los datos considerados como más probados sobre la enfermedad.

Según los partidarios de la teoría mayoritariamente aceptada, los partidarios de las teorías disidentes no brindan explicaciones científicamente convincentes de por qué muchos seropositivos desarrollan SIDA antes de empezar con el tratamiento, al

³⁹ Informe de Investigación Evaluación Independiente, proyecto de la respuesta nacional multisectorial para prevención y atención de la epidemia del VIH/SIDA en Cuba. La Habana: ENSAP; 2005 Oct.

cual suelen atribuir el síndrome. Los partidarios de las teorías disidentes dan varias explicaciones (consideradas como poco formales y faltas de evidencias) para la aparición del SIDA en individuos que no han empezado el tratamiento.

Los estudios de carga viral miden la cantidad de virus en sangre (no los anticuerpos) y no forman pruebas eficaces para el diagnóstico de la enfermedad, sino que son útiles, en combinación con el cálculo de linfocitos CD4, como indicadores de la evolución de los pacientes. En este momento existen tres métodos reconocidos para estudiar la carga viral (NABSA, BDNA, y PCR). Para confrontar los resultados a lo largo del tiempo conviene utilizar siempre el mismo método. Los estudios de dosaje de linfocitos CD4 como los de carga viral, deben efectuarse estando el paciente sin ningún proceso infeccioso en curso, no habiendo recibido una vacuna durante el último mes, y en un estado psicológico no alterado, pues estas circunstancias alteran sensiblemente el resultado de los análisis.

A partir del momento en que se descubre la infección, lo más importante es investigar cuál es el estado valor límite (que se ha fijado en 500/mm) que marca un desperfecto inmunológico que hace prever la aparición de las enfermedades oportunistas. Inmunológico del paciente a través del recuento de linfocitos CD4 y de la cantidad de virus circulante en la sangre (denominada carga viral).

El análisis viral sirve entonces como un componente pronóstico que orienta sobre cuál debe ser el tratamiento específico y cuándo comenzarlo. El consenso mayoritario es iniciar el tratamiento cuando los linfocitos CD4 estén por debajo de las 500 células/mm³, y la carga viral entre 5.000 y 10.000 copias/ml, aunque no hayan aparecido todavía síntomas menores (diarreas, fiebre inexplicable, candidiasis, herpes zoster) o las enfermedades oportunistas.

Las razones por las cuales estas drogas no eliminan totalmente el virus son de distinto tipo. Para reproducir el virus utiliza el sistema reproductivo de las células en que se introduce. Cabe ahora añadir que no todas las células tienen la misma velocidad de multiplicación (algunas tardan horas; otras, semanas, y otras, como las neuronas, no se multiplican). Se constituye entonces la siguiente cadena:

- 1) las drogas sólo pueden intervenir cuando el virus se está multiplicando;

- 2) el virus sólo puede multiplicarse cuando la célula se está transcribiendo
- 3) Las drogas podrán proceder en aquellas células que se estén transcribiendo y les será imposible entrar en aquellas que estén en período de latencia.

Gracias a la disponibilidad de tratamiento antirretrovirales, las personas con VIH pueden llevar una vida normal, la correspondiente a una enfermedad crónica, sin las infecciones oportunistas características del SIDA no tratado.⁴⁰

IV.1.10. Complicaciones

Los trastornos del sistema nervioso relacionados con el SIDA pueden estar producidos directamente por el virus del VIH, por ciertos cánceres e infecciones oportunistas (enfermedades causadas por bacterias, hongos y otros virus que de otro modo no afectarían a las personas con sistemas inmunitarios sanos), o por efectos tóxicos de los medicamentos usados para tratar los síntomas. Otros trastornos neuro-SIDA de origen desconocido pueden estar influenciados, pero no están originados directamente por el virus.

El complejo de demencia del SIDA, o encefalopatía asociada con VIH, se origina primordialmente en personas con infección por VIH más avanzada. Los síntomas son encefalitis, cambios en la conducta, y una declinación gradual en la función cognitiva, incluyendo problemas de concentración, memoria y atención. Las personas con el complejo además muestran un retraso progresivo en la función motora y pérdida de la dexteridad y la coordinación. Si se deja sin tratar, el complejo puede ser irremediable.

Los linfomas del sistema nervioso central (SNC) son tumores cancerosos que inician en el cerebro o están causados por un cáncer que se propagó de otro lugar del cuerpo. Los linfomas del SNC casi siempre están asociados con el virus de Epstein-Barr. Los síntomas comprenden cefalea, convulsiones, problemas de la oftalmológico, mareos, trastorno del habla, parálisis y deterioro mental. Los pacientes con SIDA pueden desarrollar uno o más linfomas en el SNC.

⁴⁰ Informe de Investigación Evaluación Independiente, proyecto de la respuesta nacional multisectorial para prevención y atención de la epidemia del VIH/SIDA en Cuba. La Habana: ENSAP; 2005 Oct.

La meningitis criptocóccica se presenta en alrededor del 10 por ciento de los pacientes con SIDA no tratados y en otras personas cuyos sistemas inmunitarios han sido gravemente deprimidos por una enfermedad o medicamentos. Está producida por el hongo *Cryptococcus neoformans*, que se localiza comúnmente en la tierra y en los excrementos de pájaros. Primero el hongo invade los pulmones y se propaga a las cubiertas del cerebro y la médula espinal, causando inflamación. Los síntomas son fatiga, fiebre, cefalea, náuseas, amnesia, confusión, somnolencia y vómitos. Si se deja sin tratar, los pacientes con meningitis criptocóccica pueden entrar en coma y morir.⁴¹

Las infecciones por citomegalovirus (CMV) pueden producirse concomitantemente con otras infecciones. Los síntomas de encefalitis por CMV son parecidos en los brazos y piernas, problemas con la audición y el equilibrio, estado mental alterado, demencia, neuropatía periférica, coma, y enfermedad de la retina que puede llevar a la ceguera. La infección por CMV de la médula espinal y los nervios puede dar debilidad en los miembros inferiores y algo de parálisis, dolor lumbar intenso y pérdida de la función vesical. Además puede producir neumonía y enfermedad gastrointestinal.

Las infecciones del virus del herpes a menudo se ven en los pacientes con SIDA. El virus del herpes zoster, que causa la varicela y el herpes, puede infectar el cerebro y producir encefalitis y mielitis.

El herpes, no es más que una erupción de ampollas y dolor intenso en el área de la piel alimentada por un nervio infectado.

En las personas expuestas a herpes zoster, el virus puede persistir latente en el tejido nervioso durante años hasta que se reactiva como herpes. Esta reactivación es común en las personas con SIDA debido a sus sistemas inmunitarios debilitados. Los signos de herpes son ampollas dolorosas, picazón, hormigueo y dolor en los nervios.

Los pacientes con SIDA pueden sufrir de varias formas diferentes de neuropatía, cada una fuertemente asociada con una etapa específica de enfermedad con

⁴¹ Protocolo de Atención a Personas Infeccionadas VIH/SIDA, Programa Nacional y Control de ITS/VIH/SIDA, El Salvador, Agosto 2000.

inmunodeficiencia activa. La neuropatía periférica describe daño en los nervios periféricos, la amplia red de comunicaciones que comunica información desde el cerebro y la médula espinal a todas las otras partes del cuerpo.

Los nervios periféricos también envían información sensorial de vuelta al cerebro y la médula espinal. El VIH daña las fibras nerviosas que acuden a conducir las señales y puede causar varias formas diferentes de neuropatía. La polineuropatía sensorial distal origina una sensación de entumecimiento o una de hormigueo o ardor de leve a dolorosa que normalmente comienza en las piernas y los pies. Estas sensaciones pueden ser particularmente fuertes por la noche y pueden propagarse a las manos. Las personas afectadas tienen una sensibilidad aumentada al dolor, el tacto u otros estímulos. El inicio habitualmente se produce en las etapas tardías de la infección por VIH y pueden afectar a la mayoría de los pacientes en etapas avanzadas de VIH.

La neurosífilis, el resultado de una infección sifilítica tratada insuficientemente, parecer ser más frecuente y progresar más rápidamente en las personas con infección por VIH. Puede originar una degeneración lenta de las células y las fibras nerviosas que llevan información sensorial al cerebro. Los síntomas, que pueden no aparecer durante décadas luego de la infección inicial y varían de un paciente a otro, son debilidad, reflejos disminuidos, marcha inestable, degeneración articular progresiva, pérdida de la coordinación, episodios de dolor intenso y sensación perturbada, cambios en la personalidad, demencia, sordera, deterioro visual, y respuesta alterada a la luz. La enfermedad es más frecuente en hombres que en mujeres. El inicio es común en la mitad de la vida.

La leucoencefalopatía multifocal progresiva (PML) especialmente afecta a personas con sistemas inmunitarios deprimidos (incluida cerca del 5 por ciento de las personas con SIDA). PML está causado por el virus JC, que viaja al cerebro, infecta sitios múltiples, y destruye las células que producen mielina, la cubierta grasa protectora de muchos nervios y células cerebrales del cuerpo. Los síntomas encierran diversos tipos de deterioro mental, pérdida de la visión, perturbaciones del habla, ataxia, parálisis, lesiones cerebrales, y por último coma. Algunos pacientes

también pueden presentar memoria y cognición comprometidas, y puede haber convulsiones. La PML evoluciona despiadadamente; la muerte generalmente sobreviene a los 6 meses de los síntomas iniciales.

Los trastornos psicológicos y neuropsiquiátricos pueden originarse en diferentes fases de la infección por VIH y SIDA y pueden adoptar formas complejas y distintas. Algunas enfermedades, como el complejo de demencia del SIDA, están producidas directamente por la infección por VIH al cerebro, mientras que otras pueden estar desencadenadas por los medicamentos usados para combatir la infección. Los pacientes pueden tener ansiedad, trastornos depresivos, aumento de tendencias de suicidio, paranoia, demencia, delirio, deterioro cognitivo, confusión, alucinaciones, anormalidades de la conducta, malestar, y manía aguda.

El accidente cerebrovascular causado por una enfermedad cerebrovascular ha sido estimado como una complicación del SIDA, aunque la asociación entre SIDA y el accidente cerebrovascular puede ser mucho mayor que lo que se pensó anteriormente. Los investigadores de la Universidad de Maryland realizaron el primer estudio basado en la población para cuantificar un riesgo de accidente cerebrovascular asociado con SIDA y encontraron que éste aumenta las probabilidades de presentar un accidente cerebrovascular hasta diez veces. Los investigadores señalan que se necesitan estudios adicionales para confirmar esta asociación. Estudios anteriores han revelado que la infección por VIH, otras infecciones, o la reacción del sistema inmunitario del cuerpo al VIH pueden producir anormalidades o hacer que los vasos sanguíneos respondan menos a los cambios en la presión arterial, lo que puede llevar a la ruptura y al accidente cerebrovascular hemorrágico.

La encefalitis toxoplásmica, igualmente llamada toxoplasmosis cerebral, se presenta en alrededor del 10 por ciento de los pacientes con SIDA no tratados. Está producida por el parásito *Toxoplasma gondii*, transportado por los gatos, pájaros y otros animales y puede presentarse en suelo contaminado con excremento de gato y a veces en la carne cruda o mal cocinada. Después que el parásito invade el sistema inmunitario, permanece allí; sin embargo, el sistema inmunitario de una persona

sana puede rechazar al parásito, evitando la enfermedad. Los síntomas comprenden encefalitis, fiebre, cefalea intensa que no responde al tratamiento, debilidad en un lado del cuerpo, convulsiones, letargo, aumento de la confusión, problemas de visión, mareos, problemas al hablar, problema de la marcha, vómitos y cambios en la personalidad. No todos los pacientes muestran signos de infección.

La mielopatía vacuolar produce que la vaina protectora de mielina se desprenda de las células nerviosas de la médula espinal, formando pequeños agujeros denominados vacuolas en las fibras nerviosas. Los síntomas incluyen piernas débiles y rígidas e inestabilidad para caminar. La marcha se dificulta a medida que evoluciona la enfermedad y finalmente muchos pacientes requieren una silla de ruedas. Algunos pacientes además contraen demencia del SIDA. La mielopatía vacuolar puede afectar hasta al 30 por ciento de los pacientes adultos con SIDA no tratados, y su incidencia puede ser aún mayor en los niños infectados con VIH, etc.⁴²

IV.1.11. Pronóstico y evolución

En cuanto al pronóstico, es variable en cuanto a duración. La edad cronológica del paciente, el mecanismo de contagio y la forma de manifestación parece influir en el tiempo que queda de vida al individuo. El tratamiento con antirretrovirales ha mejorado la prolongación de la supervivencia en el tiempo: antes de ellos, la supervivencia del 30-50 por ciento de los infectados era de aproximadamente dos años y menos del 10-20 por ciento de los infectados vivía cuatro años.

En los pacientes con linfomas del SNC el pronóstico es malo debido a la inmunodeficiencia avanzada y en aumento.⁴³

La Encuesta Demográfica y de Salud del 2007 en la República Dominicana incluyó la prueba de VIH en más de 51,000 hombres y mujeres. Según los resultados de la encuesta, menos del 1 por ciento (0.8 por ciento) de Dominicanos de 15-49 años resultaron con VIH.

⁴² Protocolo de Atención a Personas Infectadas VIH/SIDA, Programa Nacional y Control de ITS/VIH/SIDA, El Salvador, Agosto 2000.

⁴³ Conocimientos y comportamientos sexuales en torno al VIH-SIDA en la población de estudiantes de pregrado de la Universidad Santa María la Antigua Disponible en: URL: [http://www.usma.ac.pa/web/DI/imagenes/IPC%20No.%204/p.03 12%20Fajardo.pdf](http://www.usma.ac.pa/web/DI/imagenes/IPC%20No.%204/p.03%2012%20Fajardo.pdf).

La tasa de prevalencia de VIH es justamente la misma para hombres y mujeres. La tasa de prevalencia es levemente mayor en la zona rural que en la urbana, tanto para hombres como para mujeres.

La tasa de prevalencia de VIH ascendió con la edad hasta alcanzar el máximo para el grupo de 30-34 años (1.4 por ciento) entre las mujeres. La mayor tasa para hombres se observa en el grupo de 35-39 años (1.6 por ciento).

La prevalencia de VIH varía desde el 0.4 por ciento en la región VI hasta el 1.6 por ciento en la región VII.

La prevalencia de VIH reduce a medida que aumenta el nivel de educación, fundamentalmente entre mujeres. Las mujeres sin educación tienen una probabilidad diez veces mayor de tener VIH en igualdad con aquéllas con educación secundaria o superior.

La prevalencia de VIH para mujeres se elevó dramáticamente con el número de parejas sexuales. Las mujeres que han tenido 10 o más compañeros sexuales en toda su vida tienen riesgos 25 veces mayores que las mujeres que apenas han tenido una pareja. La relación entre prevalencia de VIH y el número de parejas asimismo se cumple para los hombres, pero no tan dramáticamente.

La prevalencia de VIH en los bateyes aumenta con la edad y alcanza un máximo de 8 por ciento entre las mujeres de 45-49 años y de 9 por ciento entre los hombres de 40-44 años.⁴⁴

IV.1.12. Prevención

Inmediatamente que el individuo contrae el VIH, es altamente probable que en el transcurso de su vida llegue a desarrollar SIDA. Si bien algunos portadores persisten en estado asintomático por largos períodos de tiempo, la única manera de evitar el SIDA consiste en la prevención de la infección por VIH. La única vía para la transmisión del virus es a través de los fluidos corporales como la sangre. Este virus no se puede transmitir a través de la respiración, la saliva, el contacto casual por el tacto, dar la mano, abrazar, besar en la mejilla, masturbarse mutuamente con otra

⁴⁴ Encuesta Demográfica y de Salud del 2007 en la República Dominicana (ENDESA 5007).

persona o compartir utensilios como vasos, tazas o cucharas. En cambio, hipotéticamente es posible que el virus se transmita entre personas a través del beso boca a boca, si ambas personas tienen llagas sangrantes o encías llagadas, pero ese caso no ha sido documentado y además es considerado muy improbable, ya que la saliva contiene concentraciones mucho más bajas que por ejemplo el semen.^{45,46}

La infección por VIH por las relaciones sexuales ha sido justificado de hombre a mujer, de mujer a hombre, de mujer a mujer y de hombre a hombre. El uso de condones de látex se sugiere para todo tipo de actividad sexual que incluya penetración. Es importante destacar que se debe usar el condón hecho del material látex, pues otro condón que existe en el mercado, hecho a base de material orgánico, no es efectivo para la prevención. Los condones tienen una tasa estimada del 90-95 por ciento de efectividad para evitar el embarazo o el contagio de enfermedades, usándolo correctamente, esto es, si es bien conservado, abierto con cuidado y correctamente colocado, es el mejor medio de protección contra la transmisión del VIH. Se ha confirmado frecuentemente que el VIH no pasa efectivamente a través de los condones de látex intactos.

El sexo anal, debido a la delicadeza de los tejidos del ano y la facilidad con la que se llagan, se considera la actividad sexual de más inseguridad. Por eso los condones se recomiendan también para el sexo anal. El condón se debe usar una sola vez, desechándolo y usando otro condón nuevo cada vez. Debido al riesgo de desgarrar (tanto el condón como la piel y la mucosa de la paredes vaginales y anales) se recomienda el uso de lubricantes con base acuosa. La vaselina y los lubricantes basados en aceite o petróleo no deben usarse con los condones porque debilitan el látex y lo vuelven propenso a rasgarse.^{47,48,49}

⁴⁵ Documento de estudio y declaración VIH/SIDA. Consejo mundial de Iglesias. Guía de estudios sobre el VIH/SIDA del consejo Mundial de Iglesias. Enfrentando al Sida- El Desafío. La Respuesta de las Iglesias.

⁴⁶ Iglesias PM. Nivel de conocimiento de los trabajadores de la salud sobre VIH/SIDA. Municipio 10 de octubre 2002. Tesis de Maestría de Educación y Promoción de Salud. La Habana. 2003.

⁴⁷ Documento de estudio y declaración VIH/SIDA. Consejo mundial de Iglesias. Guía de estudios sobre el VIH/SIDA del consejo Mundial de Iglesias. Enfrentando al Sida- El Desafío. La Respuesta de las Iglesias.

En términos de transmisión del VIH, se considera que el sexo oral tiene menos riesgos que el vaginal o el anal. Sin embargo, la relativa falta de investigación definitiva sobre el tema, acompañada a información pública de dudosa veracidad e influencias culturales, han llevado a que muchos crean, de manera errónea, que el sexo oral es seguro. Aunque el componente real de transmisión oral del VIH no se conoce aún con precisión, hay casos evidenciados de transmisión a través de sexo oral por inserción y por recepción (en hombres). Un estudio concluyó que el 7,8 por ciento de hombres infectados en San Francisco probablemente recibieron el virus a través del sexo oral. Sin embargo, un estudio de hombres españoles que tuvieron sexo oral con compañeros VIH+ a sabiendas de ello no identificó ningún caso de transmisión oral. Parte de la razón por la cual esa evidencia es conflictiva es porque detectar los casos de transmisión oral es problemático. La mayoría de las personas VIH+ tuvieron otros tipos de actividad sexual antes de la infección, por lo cual se hace difícil o imposible aislar la transmisión oral como causa. Factores como las úlceras bucales, etc., también son difíciles de aislar en la transmisión entre personas sanas. Se recomienda prácticamente no permitir el ingreso de semen o fluido preseminal en la boca. El uso de condones para el sexo oral reduce aún más el riesgo potencial. El condón que haya sido utilizado ya para la práctica del sexo oral, debe descartarse. En caso de que exista coito posterior, se utilizará un nuevo profiláctico; ya que las microlesiones que se producen en el látex por el roce con las piezas dentarias, ceden el paso del virus.

Por la vía parenteral el VIH se transmite cuando se comparten agujas entre usuarios de drogas inyectables, y éste es uno de las maneras más comunes de transmisión en personas que usan sustancia ilícita. Todas las organizaciones de prevención del SIDA proponen a los usuarios de drogas que no compartan agujas, y que usen una aguja nueva o debidamente esterilizada para cada inyección. Los centros y profesionales del cuidado de la salud y de las adicciones disponen de información sobre la limpieza de agujas con lejía. En los Estados Unidos y en otros

⁴⁸ Hernández Ruiz A D, Mercado y marketing en el Socialismo. Centro de Estudios de Técnicas de Dirección. Universidad de La Habana. 2005.

⁴⁹ Iglesias PM. Nivel de conocimiento de los trabajadores de la salud sobre VIH/SIDA. Municipio 10 de octubre 2002. Tesis de Maestría de Educación y Promoción de Salud. La Habana. 2003.

países occidentales están disponibles agujas gratis en algunas ciudades, en lugares de intercambio de agujas, donde se reciben nuevas a cambio de las usadas, o en sitios de inyecciones seguras.

El personal de salud pueden prevenir la extensión del VIH desde pacientes a trabajadores y de paciente a paciente, siguiendo normas universales de asepsia o aislamiento contra sustancias corporales, tales como el uso de guantes de látex cuando se ponen inyecciones o se manejan desechos o fluidos corporales, y lavándose las manos frecuentemente.

La probabilidad de infectarse con el virus VIH a causa de un pinchazo con una aguja que ha sido usada en una persona infectada es menor de 1 entre 200. Una apropiada profilaxis post exposición con medicamentos anti-VIH logra contrarrestar ese riesgo, reduciendo al mínimo la probabilidad de seroconversión.⁵⁰

Los métodos preventivos de transmisión de la enfermedad son amplios, pero algunos son difíciles de implementar correctamente, por razones de la cultura conservadora, que llegó de la influencia de la iglesia católica.⁵¹

Los métodos fundamentales son: la institución de un programa nacional en que las personas de 13 a 64 años deben hacer la prueba de VIH una vez, y las personas de mayor riesgo de contraer la enfermedad deben hacerse la prueba VIH/SIDA con más frecuencia. Otro método es abstenerse de cualquier actividad sexual, o solo tener una pareja sexual en una relación mutuamente monógama. De igual forma si tiene una pareja sola en su vida hay menos probabilidad de contraer el virus. Usando un condón de látex correctamente y contantemente es otra manera de prevenir la transmisión de VIH/SIDA, pero en muchos países, como Chile, hay resistencia a este método de prevención.

Usar tratamientos para las ITS también es un método para bajar el riesgo de transmisión de VIH/SIDA. La circuncisión masculina reduce también la probabilidad de transmisión en relaciones sexuales entre mujeres y hombres durante sexo vaginal. El no uso de las drogas inyectables también disminuye el riesgo de

⁵⁰ Iglesias PM. Nivel de conocimiento de los trabajadores de la salud sobre VIH/SIDA. Municipio 10 de octubre 2002. Tesis de Maestría de Educación y Promoción de Salud. La Habana. 2003.

⁵¹ Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA. Guía para los comunicadores sociales. La Habana: MINSAP; 2005:15.

transmisión. Buscar un tratamiento directamente después de un encuentro sexual de riesgo a veces puede ayudar a prevenir la manifestación de la enfermedad, a esto se le denomina profilaxis pos exposición.

Finalmente la participación a talleres y campañas de información sobre cómo se puede reducir los riesgos de transmisión en la sociedad también puede disminuir la probabilidad de transmisión en un país o región.

Según un estudio que informaba que el estar circuncidado podría reducir significativamente la probabilidad de que un hombre se infecte de una mujer seropositiva por penetración vaginal. Los rumores en este sentido, producidos a partir de trabajos anteriores no concluyentes, han aumentado la popularidad de la circuncisión en algunas partes de África.

Un trabajo relacionado estima que la circuncisión podría convertirse en un factor significativo en la lucha contra la extensión de la epidemia.

En cuanto a resistencia natural investigaciones fortalecieron que de hecho existen personas más inmunes al Virus, debido a una mutación en el genoma llamada «CCR5-delta 32». Según se cree, habría aparecido hace 700 años, cuando la peste bubónica diezmó a Europa. La teoría dice que los organismos con ese gen impiden que el virus ingrese en el glóbulo blanco. Este mecanismo es análogo al de la peste negra. El VIH se desarrolla en estas personas de manera más lenta, y han sido denominados como «no progresores a largo plazo».⁵²

Después de la sangre, la saliva fue el segundo fluido del cuerpo donde el VIH se aisló. El origen del VIH salivar son los linfocitos infectados de las encías (gingiva). Estas células emigran dentro de la saliva en una razón de un millón por minuto. Esta migración puede aumentar hasta 10 veces (diez millones de células por minuto) en enfermedades de la mucosa oral, las cuales son frecuentes en un huésped inmunodeficiente.

Estudios inmunocitoquímicos recientes muestran que en los pacientes con SIDA hay una concentración más alta de VIH en los linfocitos salivares que en los linfocitos de la sangre periférica. Esto indica que los linfocitos infectados reciben una

⁵² Iglesias PM. Nivel de conocimiento de los trabajadores de la salud sobre VIH/SIDA. Municipio 10 de octubre 2002. Tesis de Maestría de Educación y Promoción de Salud. La Habana. 2003.

estimulación antigénica por la flora oral lo que da lugar a una mayor expresión del virus.

Según algunos estudios, los programas que promueven la abstinencia sexual como método preventivo exclusivo no han demostrado su utilidad para disminuir el riesgo de contagio del virus.

En el África subsahariana, y otros países subdesarrollados, se ha mostrado eficaz en la lucha contra el SIDA, el fomento de la monogamia y el retraso de la actividad sexual entre los jóvenes.

Según un estudio publicado en la revista científica especializada Science Translational Medicine, un equipo de investigadores del Servicio de Enfermedades Infecciosas y SIDA del Hospital Clínico de Barcelona ha dado un paso más en este camino al mostrar una vacuna terapéutica que ha mostrado en los ensayos resultados alentadores.

En las pruebas realizadas a 36 pacientes que seguían una terapia antirretroviral (conocida como TAR), tras la vacunación de prueba «cambió el equilibrio virus / huésped a favor del huésped», o lo que es lo mismo, el virus perdía la batalla de la infección. Según los datos, tras 12 semanas la disminución de la carga viral gracias a la vacuna era del 90 por ciento, aunque posteriormente el virus se hace resistente y consigue disminuir el efecto de la vacuna.

Para conseguir parar el avance del virus del SIDA los investigadores pulsaron células dendríticas (aquellos linfocitos que muestran antígenos al sistema inmunitario) de los propios pacientes con VIH y las inactivaron con calor. De este modo, cuando las células dendríticas mostraban al virus a los linfocitos encargados de eliminar al agente infeccioso externo, el VIH no conseguía infectar al linfocito (como ocurre normalmente), sino que consigue transmitir convenientemente el mensaje para activar el sistema inmunitario y terminar con el agente externo infectante.⁵³

⁵³ Iglesias PM. Nivel de conocimiento de los trabajadores de la salud sobre VIH/SIDA. Municipio 10 de octubre 2002. Tesis de Maestría de Educación y Promoción de Salud. La Habana. 2003.

V. HIPÓTESIS

Las actitudes ante el VIH/SIDA de los estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013 - 2014, son suficientes.

VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Según años cumplidos al momento de responder el cuestionario.	Cualitativa Nominal Politómica	➤ 14-16 años ➤ 17-19 años ➤ >20 años
Sexo	Sexo biológico de pertenencia	Cualitativa Nominal Dicotómica	➤ Masculino ➤ Femenino
Estado Civil	Relación marital que tienen las personas refrendadas o no por la ley.	Politómica	➤ Casado(a) ➤ Soltero (a)
Identificación de Infecciones de transmisión sexual.	Se consideró reconocidas correctamente todas las ITS cuando se identificaron la Sífilis, Gonorrea, SIDA, Moniliasis, Trichomoniasis, Condiloma y Hepatitis B. Se consideró reconocidas correctamente algunas de las ITS cuando se identificó solo algunas de ellas. Se consideró reconocidas incorrectamente la Lepra y la Tuberculosis cuando fueron identificadas como ITS.	Cualitativa Nominal Politómica	➤ Reconocidas correctamente todas las ITS* ➤ Reconocidas Correctamente alguna de las ITS. ➤ Reconocidas incorrectamente la Lepra y la Tuberculosis como ITS
Gravedad de la enfermedad	Se refiere a las actitudes del encuestado en cuanto a la severidad de la enfermedad. Se agruparon en otros criterios las categorías de grave y como cualquier otra	Cualitativa, Nominal Dicotómica	➤ Otros criterios ➤ Muy grave*

	y muy grave cuando se identificaba esa categoría como tal.		
Significado de Seropositividad al VIH	Según actitudes del entrevistado del significado de seropositividad al VIH.	Cualitativa Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La persona está infectada por el virus y no lo transmite. ➤ La persona está infectada por el virus y lo trasmite.* ➤ La persona está enferma de SIDA. ➤ No sabe
Identificación de vías de transmisión.	<p>Se consideró vía sexual, sanguínea y de madre a hijo cuando identificaron uso de jeringuillas no estériles, cuchillas y máquinas de afeitar, relaciones sexuales sin condón, de madre a hijo, y lactancia materna.</p> <p>La categoría al menos una de ellas se tuvo en cuenta para los que identificaran correctamente alguna vía de las anteriormente descritas.</p> <p>La categoría no identificaron ninguna correcta incluyó a los que contestaron incorrectamente.</p>	Cualitativa Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sexual, sanguínea y de madre a hijo* ➤ Identificaron al menos una de ellas ➤ No identificaron ninguna correcta

Reducción del riesgo de contraer el VIH	Según la capacidad del encuestado de identificar elementos protectores de contraer la enfermedad	Cualitativa Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Usando siempre el condón en cualquier tipo de relación sexual ➤ Manteniendo relaciones sexuales con un solo compañero(a) no infectado ➤ Manteniendo relaciones sexuales con un solo compañero(a) fiel ➤ Abstinencia sexual ➤ Evitando el sexo anal ➤ Evitando el uso de jeringuillas utilizadas por otra persona ➤ Todos las anteriores*. ➤ Ninguno de los anteriores.
Actitudes al momento de ponerse el condón.	Según refiera el encuestado	Cualitativa Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Antes de la eyaculación ➤ Antes de la penetración* ➤ Antes de la excitación ➤ No sé
Consideración de comportamiento sexual responsable	Según percepción del encuestado sobre conductas sexuales responsables	Cualitativa Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Abstinencia sexual* ➤ Tener relaciones sexuales con sólo una pareja estable y fiel sin necesidad de usar el condón

			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tener relaciones sexuales con sólo una pareja estable y fiel además de usar el condón* ➤ Tener relaciones con varias parejas pero usando siempre el condón ➤ Tener relaciones sexuales con parejas "sanas" sin usar condón.
Tiempo de espera para realización de prueba de VIH	Según las actitudes que tenga el encuestado sobre el período de seroconversión de la enfermedad	Cuantitativa Discreta	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Una semana ➤ De 2 a 4 semanas ➤ De 5 a 8 semanas ➤ De 9 a 12 semanas* ➤ De 13 a 24 semanas ➤ Más de 24 semanas
Vías de obtención de La información sobre VIH-SIDA	Según el lugar donde haya obtenido la información.	Cualitativa Nominal. Politómica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Televisión ➤ Radio ➤ Afiches ➤ Folletos ➤ Familiares ➤ Médicos ➤ Enfermera ➤ Compañías de ➤ Prevención ➤ Amigos ➤ Escuela ➤ Trabajo en la comunidad
Antecedente de	Según la historia anterior	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si

relaciones sexuales	del encuestado de haber tenido relaciones sexuales al momento del estudio	Nominal Dicotómica	➤ No
Edad de comienzo de las relaciones sexuales	Según edad en años cumplidos en el momento de su primera relación sexual.	Cuantitativa Continua	➤ <14 años ➤ 14-16 años ➤ 17-19 años
Utilización del condón en la primera relación sexual	Según utilización del condón en la primera vez que el encuestado tuvo relación sexual.	Cualitativa Nominal Dicotómica	➤ Si ➤ No
Tipo de preferencia sexual	Según inclinación del encuestado a mantener relaciones sexuales con personas del mismo sexo, del sexo opuesto o de ambos sexos	Cualitativa Nominal Politómica	➤ Solo con hombres ➤ Solo con mujeres ➤ Con hombres y ocasionalmente con mujeres ➤ Con mujeres y ocasionalmente con hombres ➤ Ninguna
Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses	Según declaración del encuestado	Cuantitativa Discreta	➤ Una o dos parejas ➤ Tres o más parejas
Relaciones sexuales con pareja estable en los últimos 12 meses	Según percepción en el individuo acerca de la estabilidad en el tiempo de su pareja sexual.	Cualitativa Dicotómico	➤ Uno o dos parejas ➤ Tres o más parejas
Uso de condón con pareja estable	Según auto declaración del encuestado considerando no siempre los que	Cualitativa Nominal Dicotómica	➤ Siempre ➤ No Siempre

	respondían eventualmente, con frecuencia o nunca y siempre los que marcaban la propia opción.		
Relaciones sexuales con parejas ocasionales en los últimos 12 meses	Según declaración del encuestado de haber tenido relaciones sexuales con otra persona diferente a su pareja sexual estable en los últimos 12 meses.	Cualitativa Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No
Uso del condón con parejas sexuales ocasionales	Según Auto declaración del encuestado acerca del uso permanente o no del condón	Cualitativa Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Siempre ➤ No Siempre
Uso del condón con parejas sexuales ocasionales	Según declaración del encuestado	Cualitativa Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Usted ➤ Su pareja ➤ Decisión mutua ➤ No recuerda
Razones por las cuales no usa el condón	Según declaración del encuestado de las razones que influyeron en la no utilización del condón.	Cualitativa Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No está disponible ➤ Es muy caro ➤ La pareja no quiere ➤ No le gusta usarlo ➤ Usa anticonceptivo ➤ Piensa que no es necesario ➤ Le da pena comprarlo ➤ No sabe
Solicitud de prueba voluntaria de VIH	Según hayan solicitado la realización de la prueba del VIH/SIDA	Cualitativa Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No
Cambio hacia	Según la percepción que	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si

conducta sexual responsable	tengan los encuestados de haber tenido cambios en su conducta sexual.	Nominal Dicotómica	➤ No
Tipo de influencia de las diferentes actividades sobre el VIH-SIDA que se exponen en los medios.	Según percepción de los encuestados acerca de en qué influyeron las diferentes actividades que se exponen en los medios de difusión.	Cualitativa Nominal Politémica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lo que piense sobre su vida sexual ➤ Su conducta sexual ➤ Su forma de relacionarse con el otro sexo ➤ Adopción de un comportamiento sexual seguro. ➤ Solidaridad con personas que tiene el VIH ➤ Ninguna ➤ No sabe

* Se consideraron las respuestas correctas de cada pregunta.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII.1. Tipo de estudio

Se realizó una investigación con un diseño de estudio observacional descriptivo de corte transversal.

VII.2. Área de estudio

Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013 - 2014.

VII.3. Universo

El universo estuvo integrado por la totalidad de los estudiantes del referido centro de estudio que cursan el año escolar 2013 – 2014 en la tanda nocturna.

VII.4. Muestra

Está representada por todos los estudiante que cursan el tercer y el cuarto año de bachiller en el año escolar 2013 – 2014.

VII.5. Criterios

VII.5.1. De inclusión

Está dado por todos los estudiantes del Liceo Nocturno República de Ecuador que cursan el año escolar 2013 - 2014 y que se encuentren en el momento del estudio.

VII.5.2. De exclusión

Se excluyeron los estudiantes que no estén presentes al momento del estudio y aquellos que no estén cursando el tercer o cuarto año de bachiller.

VII.6. Instrumento de recolección de los datos

Después de realizar una revisión bibliográfica sobre el VIH/SIDA, se recogieron los datos mediante un cuestionario confeccionado para ser aplicado a jóvenes del

tercer y cuarto año del bachiller que estudian en el Liceo Nocturno República de Ecuador, de Santo Domingo Norte en año escolar 2013 – 2014.

El cuestionario diseñado consto de 27 preguntas divididas en tres secciones. La primera sección referente a los datos personales, la segunda sección que recogió información sobre las variables que miden el componente conductual y la tercera sección que constó de preguntas que miden las actitudes. La investigación se llevó a cabo desde el principio del mes de abril hasta el mes de noviembre 2013. El cuestionario se aplicó al principio del año escolar 2013 - 2014, durante el mes de noviembre, para esto se utilizó las tandas nocturna.

VII.7. Procedimiento

Para la realización de esta investigación se solicitó la autorización de las autoridades correspondiente del centro educativo a investigar, y se procedió la aplicación del cuestionario a los estudiantes presentes que haya cumplido con los criterios ya mencionado.

VII.8. Tabulación

Las informaciones que se obtuvo fueron llevadas a una base de datos confeccionada en Excel para Windows y procesada mediante un programa estadístico.

VII.9. Análisis

Se realizó un análisis estadístico descriptivo utilizando medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas. Los resultados obtenidos fueron llevados a cuadros y gráficos estadísticos.

VII.10. Aspectos éticos

Se solicitó por escrito el consentimiento de la Dirección del Liceo y de los estudiantes que serán objeto de investigación.

El cuestionario fue totalmente anónimo para mantener las identidades en total, se les explicó a los estudiantes los objetivos de la investigación y la importancia de su participación para la implementación de estrategias beneficiosas para todas las poblaciones estudiantiles del Liceo en esta problemática.

Después de realizar el cuestionario, quedó bajo la custodia del investigador con todas las medidas de seguridad y el manejo de los datos se realizó con todo el rigor necesario.

VIII. RESULTADOS.

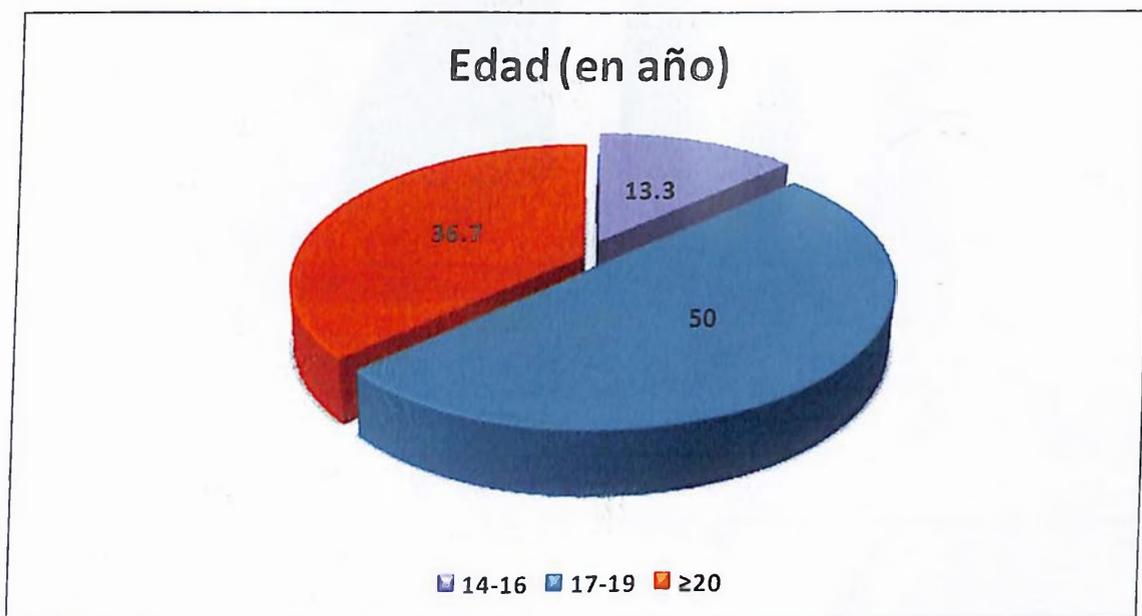
Cuadro 1. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según edad.

Edad (en año)	Frecuencia	%
14-16	12	13.3
17-19	45	50.0
≥20	33	36.7
Total	90	100.0

Fuente: Directa.

El 50.0 por ciento de los encuestados presentaron un rango de edad de 17-19 años, el 36.7 por ciento presentaron una edad mayor o igual de 20 años y el 13.3 por ciento presentaron una edad de 14-16 años de edad.

Grafico 1. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según edad.



Fuente: cuadro 1

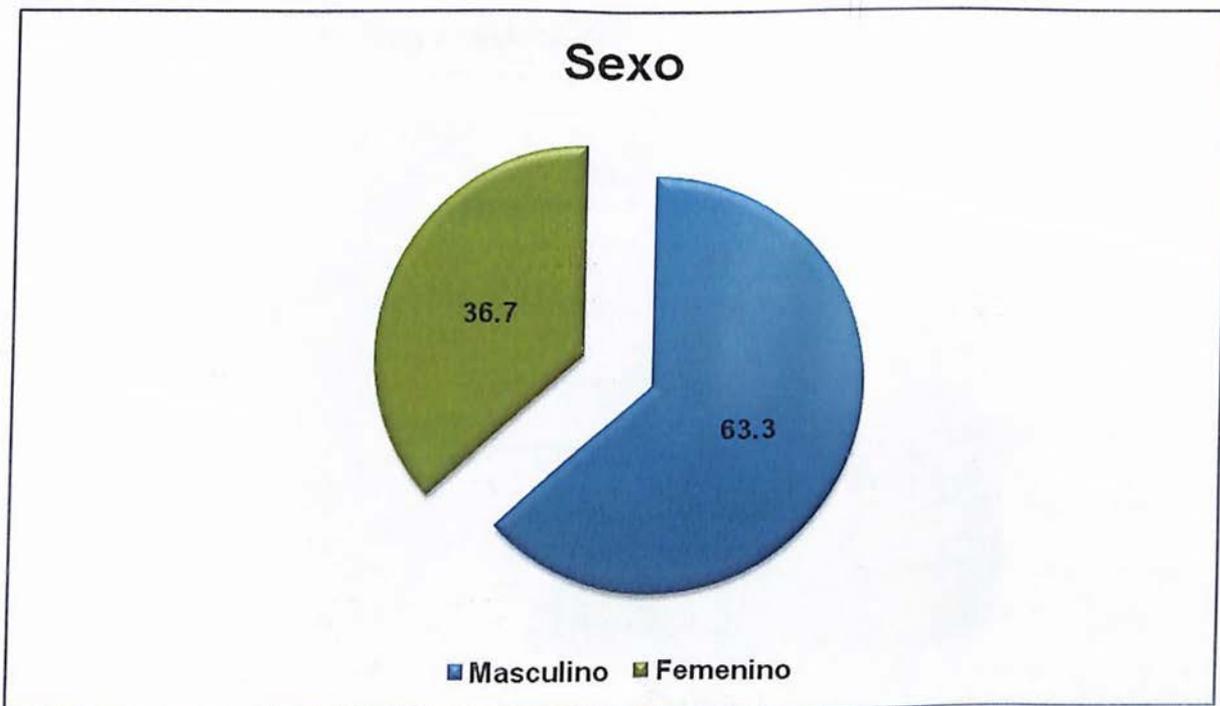
Cuadro 2. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	57	63.3
Femenino	33	36.7
Total	90	100.0

Fuente: Directa.

El 63.3 por ciento de los encuestados pertenecen al sexo masculino y el 36.7 por ciento pertenecen al sexo femenino.

Grafico 2. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según sexo.



Fuente: cuadro 2.

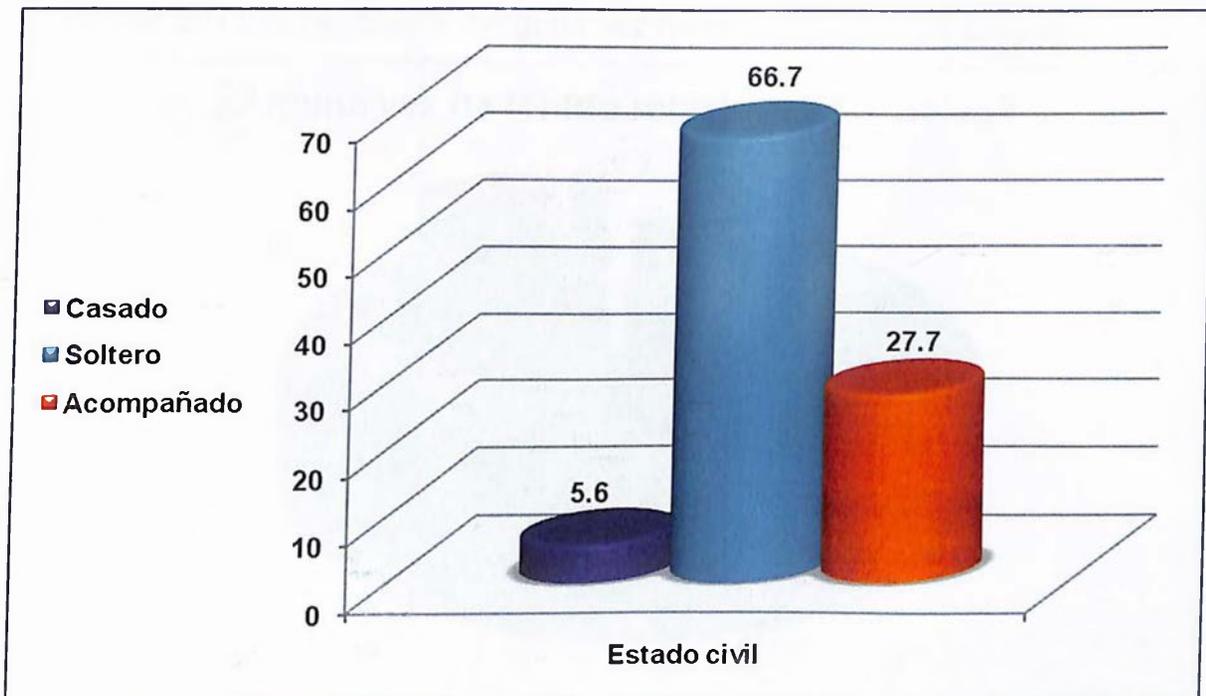
Cuadro 3. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según estado civil.

Estado civil	Frecuencia	%
Casado	5	5.6
Soltero	60	66.7
Acompañado	25	27.7
Total	90	100.0

Fuente: Directa.

El 66.7 por ciento de los encuestados según su estado civil eran solteros, el 27.7 por ciento estaban acompañados y el 5.6 por ciento eran casados.

Grafico 3. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según estado civil.



Fuente: cuadro 3.

Cuadro 4. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales?

¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales?	Frecuencia	%
Si	81	90.0
No	7	7.8
No responde	2	2.2
Total	90	100.0

Fuente: Directa.

El 90.0 por ciento de los encuestados respondieron si, a que alguna vez han tenido relaciones sexuales, el 7.8 por ciento respondió no y el 2.2 por ciento de los entrevistados no respondió a la pregunta.

Grafico 4. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales?



Fuente: Cuadro 4.

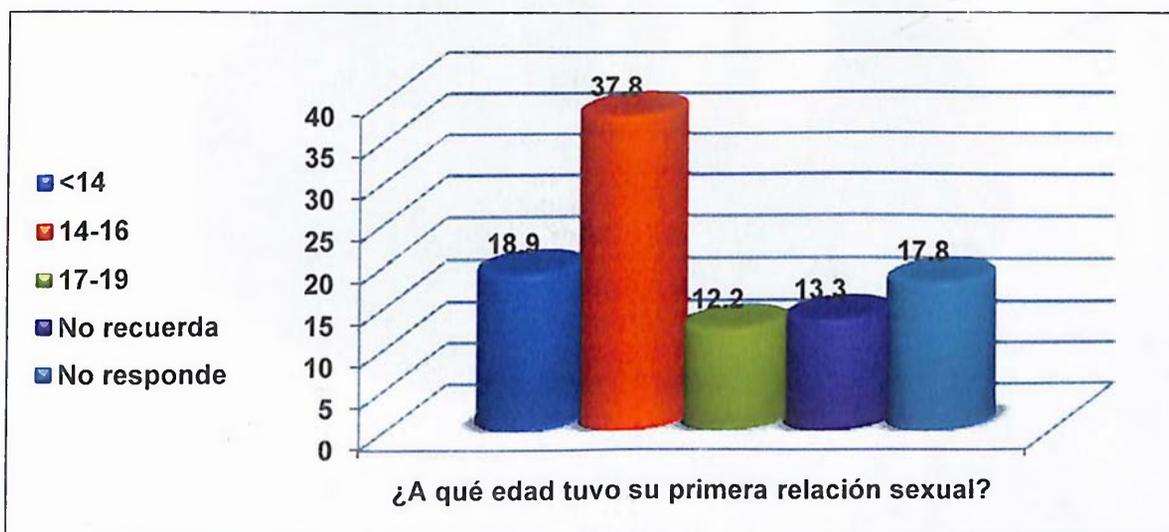
Cuadro 5. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?	Frecuencia	%
<14	17	18.9
14-16	34	37.8
17-19	11	12.2
No recuerda	12	13.3
No responde	16	17.8
Total	90	100.0

Fuente: Directa.

El 37.8 por ciento de los encuestados respondieron sostenido su primera relación sexual de 14-16 años, el 18.9 por ciento de menos de 14 años, el 12.3 por ciento de 17-19 años, el 17.8 por ciento no respondieron la pregunta y el 13.3 por ciento de los entrevistados no recuerda.

Grafico 5. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual.



Fuente: cuadro 5.

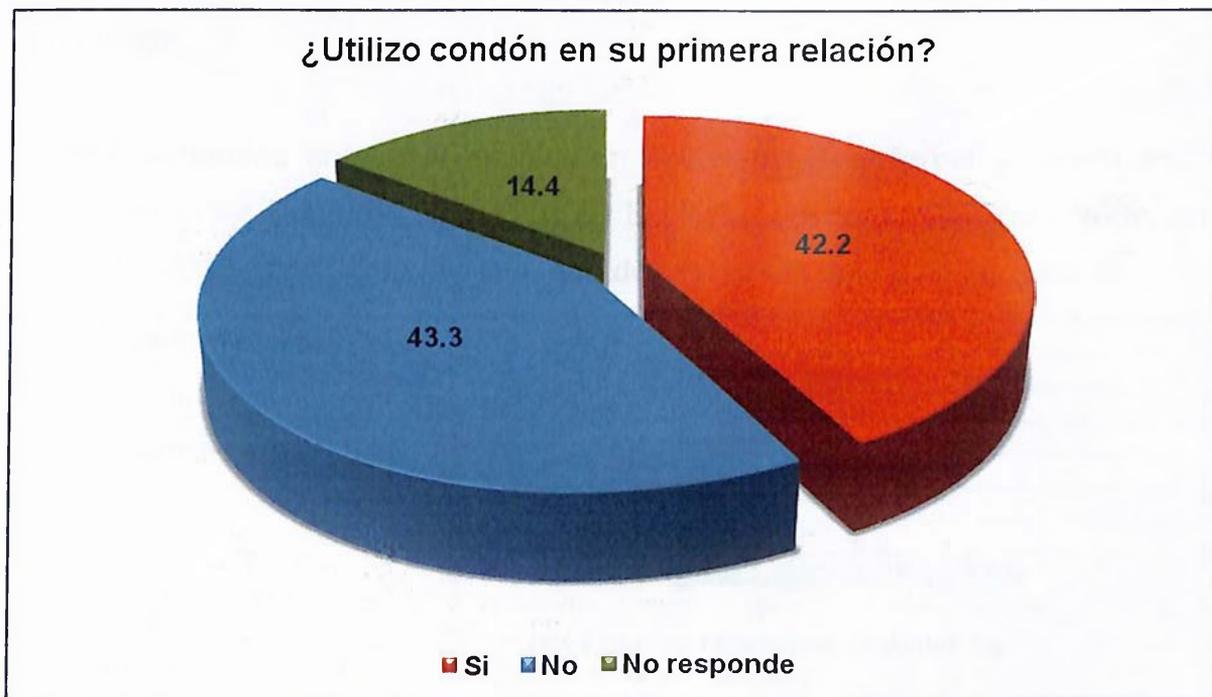
Cuadro 6. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según ¿Utilizo condón en su primera relación?

¿Utilizo condón en su primera relación?	Frecuencia	%
Si	38	42.2
No	39	43.3
No responde	13	14.4
Total	90	100.0

Fuente: Directa.

El 43.3 por ciento de los encuestados respondió no haber utilizado condón en su primera relación, el 42.2 por ciento respondieron si haber utilizado y el 14.4 por ciento no respondió.

Grafico 6. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según ¿Utilizo condón en su primera relación?



Fuente: cuadro 6.

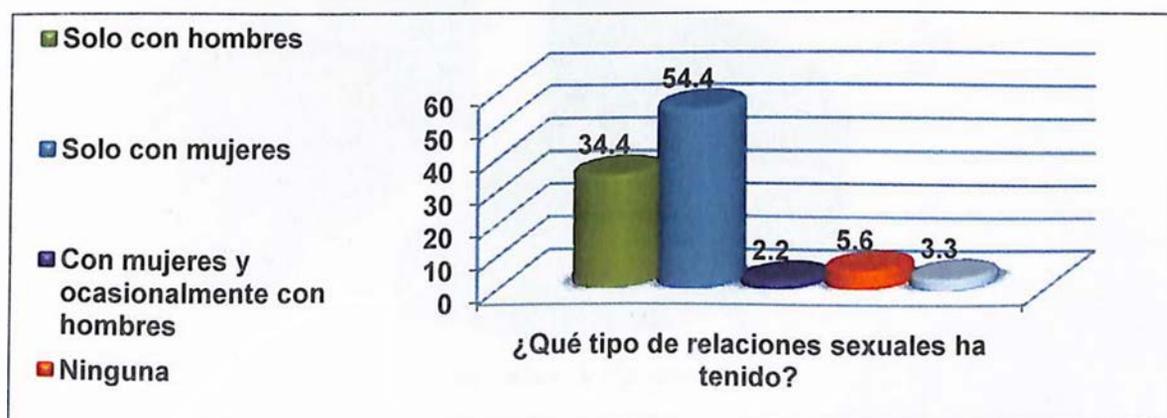
Cuadro 7. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según ¿Qué tipo de relaciones sexuales ha tenido?

¿Qué tipo de relaciones sexuales ha tenido?	Frecuencia	%
Solo con hombres	31	34.4
Solo con mujeres	49	54.4
Con mujeres y ocasionalmente con hombres	2	2.2
Ninguna	5	5.6
No responde	3	3.3
Total	90	100.0

Fuente: Directa.

El 54.4 por ciento de los encuestados respondieron haber tenido relaciones sexuales solo con mujeres, el 34.4 por ciento respondieron haber tenido relaciones solo con hombres, el 5.6 por ciento respondió nunca haber tenido relaciones sexuales, el 2.2 por ciento respondieron haber tenido relaciones con mujeres y ocasionalmente con hombres y el 3.3 por ciento de los entrevistados no respondieron.

Grafico 7. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según ¿Qué tipo de relaciones sexuales ha tenido?



Fuente: cuadro 7.

Cuadro 8. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según ¿Ha tenido relaciones con una pareja estable en los últimos 12 meses?

¿Ha tenido relaciones con una pareja estable en los últimos 12 meses?	Frecuencia	%
Si	53	58.9
No	27	30.0
No responde	10	11.1
Total	90	100.0

Fuente: Directa.

El 58.9 por ciento de los encuestados respondieron si haber tenido relaciones con parejas estables los últimos 12 meses, el 30.0 por ciento de los entrevistados respondieron no y el 11.1 por ciento de los entrevistados no respondieron.

Grafico 8. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según ¿Ha tenido relaciones con una pareja estable en los últimos 12 meses?



Fuente: cuadro 8.

Cuadro 9. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según ¿Ha usado condón con su pareja estable los últimos 12 meses?

¿Ha usado condón con su pareja estable los últimos 12 meses?	Frecuencia	%
Eventualmente	17	18.9
Con frecuencia	20	22.2
Nunca	30	33.3
Siempre	23	25.6
Total	90	100.0

Fuente: Directa.

El 33.3 por ciento de los encuestados respondieron nunca haber usado condón con su pareja estable los últimos 12 meses, el 25.6 por ciento respondieron que siempre usan condón, el 22.2 por ciento respondieron que lo usan con frecuencia y el 18.9 por ciento respondieron utilizar condón con su pareja eventualmente.

Grafico 9. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según ¿Ha usado condón con su pareja estable los últimos 12 meses?



Fuente: Cuadro 9.

Cuadro 10. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según ¿Has tenido relaciones ocasionales con otras personas diferente a su pareja sexual estable en los últimos 12 meses?

¿Has tenido relaciones ocasionales con otras personas diferente a su pareja sexual estable en los últimos 12 meses?	Frecuencia	%
Si	36	40.0
No	39	43.3
No responde	15	16.7
Total	90	100.0

Fuente: Directa.

El 43.3 por ciento de los encuestados respondieron no haber tenido relaciones con otras personas a diferencia de su pareja estable, el 40.0 por ciento respondieron si haber tenido y el 16.7 por ciento de los entrevistados no respondieron.

Grafico 10. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según ¿Has tenido relaciones ocasionales con otras personas diferente a su pareja sexual estable en los últimos 12 meses?



Fuente: Cuadro 10.

Cuadro 11. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según ¿Ha usado condón en las relaciones sexuales ocasionales?

¿Ha usado condón en las relaciones sexuales ocasionales?	Frecuencia	%
Eventualmente	11	12.2
Con frecuencia	14	15.6
Nunca	15	16.7
Siempre	42	46.7
No responde	8	8.9
Total	90	100.0

Fuente: Directa.

El 46.7 por ciento de los encuestados respondieron usar condón siempre en las relaciones sexuales ocasionales, el 16.7 por ciento respondieron nunca usarlo, el 15.6 por ciento respondieron usar condón con frecuencia, el 12.2 por ciento respondieron usar condón eventualmente.

Grafico 11. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según ¿Ha usado condón en las relaciones sexuales ocasionales?



Fuente: Cuadro 11.

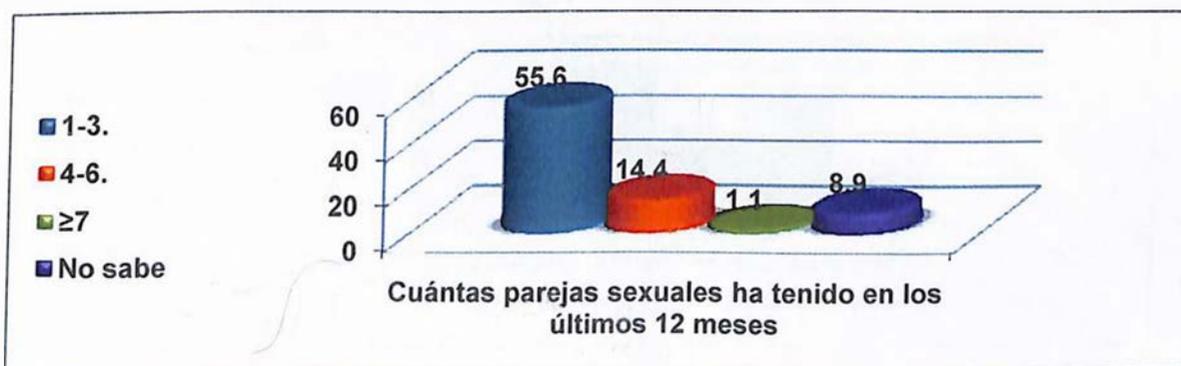
Cuadro 12. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 12 meses?

¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 12 meses?	Frecuencia	%
1-3	50	55.6
4-6	13	14.4
≥7	1	1.1
No sabe	8	8.9
Ninguno	18	20.0
Total	90	100.0

Fuente: Directa.

El 55.6 por ciento de los encuestados respondieron haber tenido de 1-3 parejas sexuales, el 14.4 por ciento tuvieron de 4-6 parejas, el 8.9 por ciento de los entrevistados no sabe, el 1.1 por ciento tuvieron igual o más de 7 parejas y el 20.0 por ciento no tuvieron parejas sexuales.

Grafico 12. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 12 meses?



Fuente: Cuadro 12.

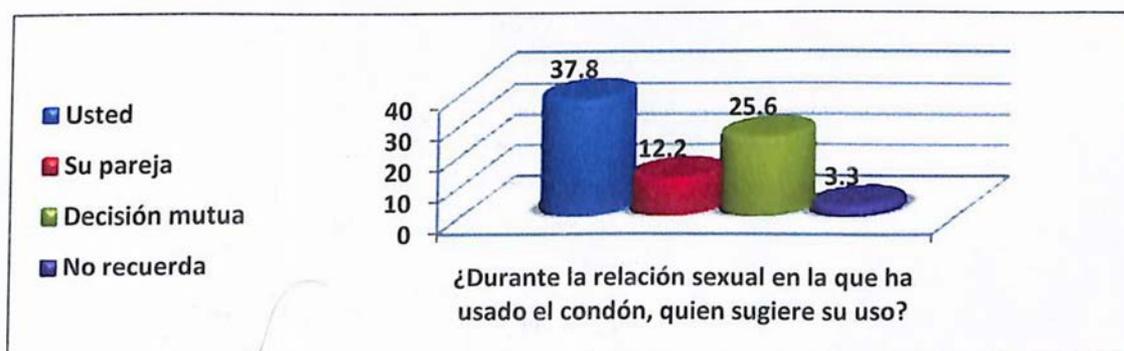
Cuadro 13. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según ¿Durante la relación sexual en la que ha usado el condón, quien sugiere su uso?

¿Durante la relación sexual en la que ha usado el condón, quien sugiere su uso?	Frecuencia	%
Usted	34	37.8
Su pareja	11	12.2
Decisión mutua	23	25.6
No recuerda	3	3.3
No responde	19	21.1
Total	90	100.0

Fuente: Directa.

El 37.8 por ciento de los encuestados respondieron que durante la relación sexual quien sugirió el uso del condón fue usted, el 25.6 por ciento fue por Decisión mutua, el 12.2 por ciento fue su pareja, el 3.3 por ciento no recuerda y el 21.1 por ciento de los entrevistados no respondieron.

Grafico 13. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según ¿Durante la relación sexual en la que ha usado el condón, quien sugiere su uso?



Fuente: cuadro 13.

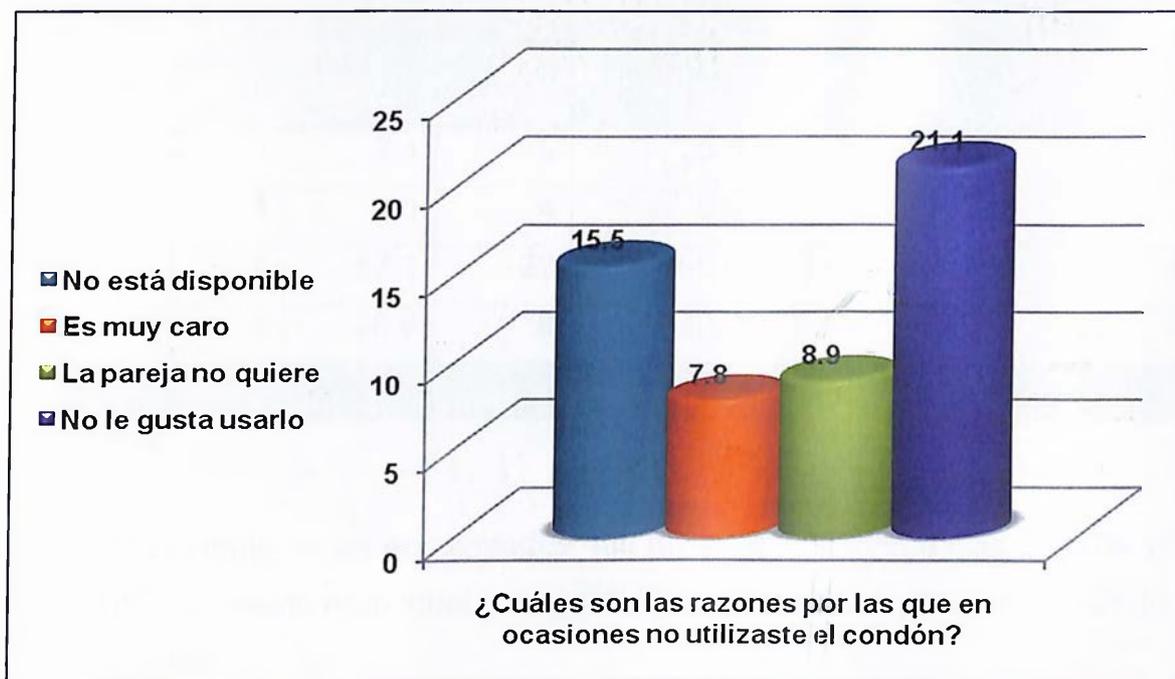
Cuadro 14. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según ¿Cuáles son las razones por las que en ocasiones no utilizaste el condón?

¿Cuáles son las razones por las que en ocasiones no utilizaste el condón?	Frecuencia	%
No está disponible	14	15.5
Es muy caro	7	7.8
La pareja no quiere	8	8.9
No le gusta usarlo	19	21.1
Usa anticonceptivo	5	5.6
Piensa que no es necesario	6	6.7
No sabe	1	1.1
No responde	30	33.3
Total	90	100.0

Fuente: Directa.

El 21.1 por ciento de los encuestados respondieron que las razones por la que en ocasiones no utilizan el condón es porque no les gusta usarlo, el 15.5 por ciento no está disponible, el 8.9 por ciento es porque la pareja no quiere, el 7.8 por ciento es porque es muy caro, el 6.7 por ciento piensan que no es necesario, el 5.6 por ciento usan anticonceptivo, el 1.1 por ciento no sabe y el 33.3 por ciento de los entrevistados no respondieron.

Grafico 14. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según ¿Cuáles son las razones por las que en ocasiones no utilizaste el condón?



Fuente: cuadro 14.

Cuadro 15. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según edad y actitudes

Actitudes	Edad (años)						total	
	14-16		17-19		≥20			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Malas	1	7.1	9	20.5	4	12.5	14	15.6
Regulares	1	7.1	4	9.0	2	6.3	7	7.8
Buenas	8	57.1	22	50.0	10	31.2	40	44.4
Muy buenas	4	28.6	9	20.5	16	50.0	29	32.2
Total	14	100.0	44	100.0	32	100.0	90	100.0

Fuente: Directa.

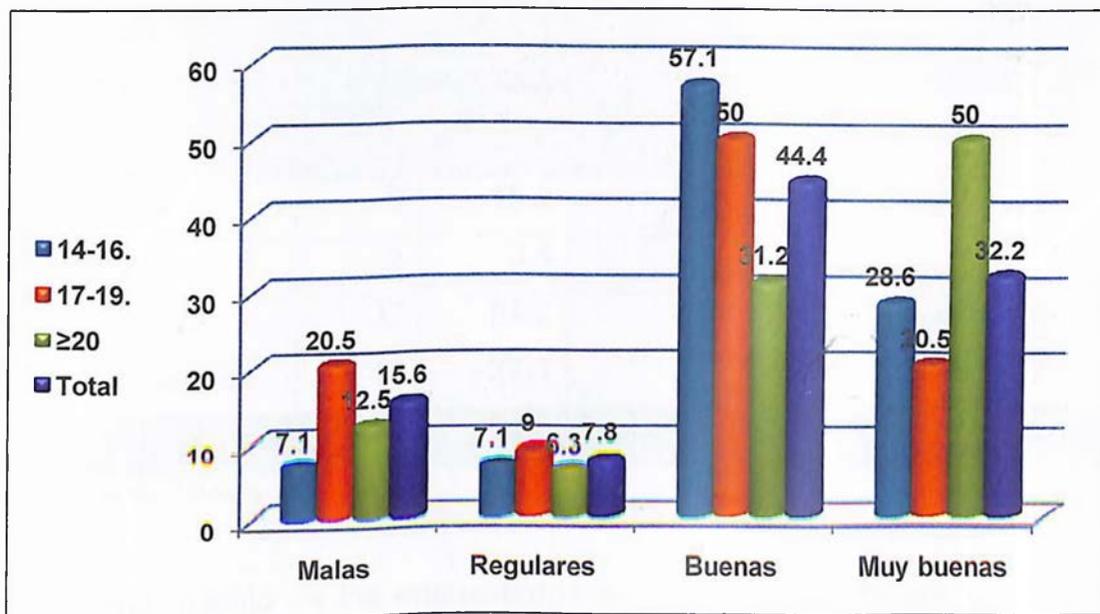
El 20.5 por ciento de los encuestados que tuvieron actitudes malas eran de 17-19 años, el 12.5 por ciento eran igual o mayor de 20 años y el 7.1 por ciento eran de 14-16 años de edad.

El 9.0 por ciento de los encuestados que tuvieron actitudes regulares eran de 17-19 años, el 7.1 por ciento eran de 14-16 años y el 6.3 por ciento eran igual o mayor de 20 años de edad.

El 57.1 por ciento de los encuestados que actitudes buenas eran de 14-16 años, el 50.0 por ciento eran de 17-19 años, el 31.2 por ciento eran igual o mayor de 20 años de edad.

El 50.0 por ciento de los encuestados que tuvieron actitudes muy buenas eran igual o mayor de 20 años, el 28.6 por ciento eran de 14-16 años y el 20.5 por ciento eran de 17-19 años de edad.

Grafico 15. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según edad y actitudes.



Fuente: cuadro 15.

Cuadro 16. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según sexo y actitudes.

Actitudes	Sexo				total	
	Masculino		Femenino			
	F	%	F	%	F	%
Malas	9	15.3	5	16.1	14	15.5
Regulares	2	3.4	5	16.1	7	7.8
Buenas	32	54.2	8	25.8	40	44.4
Muy buenas	16	27.1	13	41.9	29	32.2
Total	59	100.0	31	100.0	90	100.0

Fuente: Directa.

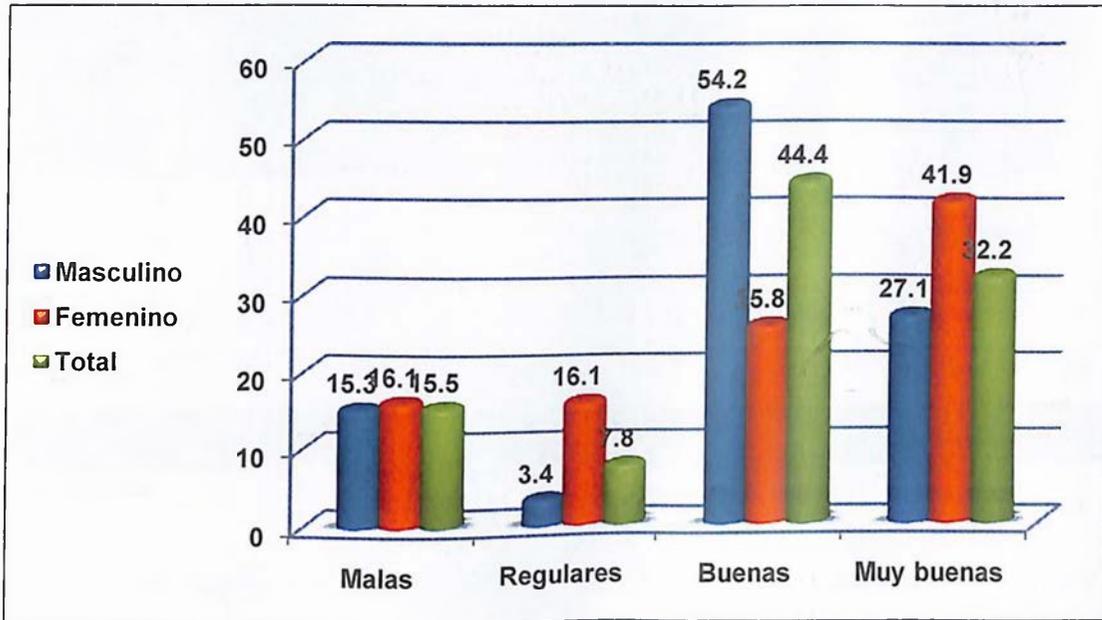
El 16.1 por ciento de los encuestados con actitudes malas pertenecían al sexo femenino y el 15.3 por ciento pertenecían al sexo masculino.

El 16.1 por ciento de los encuestados con actitudes regulares pertenecían al sexo femenino y el 3.4 por ciento pertenecían al sexo masculino.

El 54.2 por ciento de los encuestados con actitudes buenas pertenecían al sexo masculino y el 25.8 por ciento pertenecían al sexo femenino.

El 41.9 por ciento de los encuestados con actitudes muy buenas pertenecían al sexo femenino y el 27.1 por ciento pertenecían al sexo masculino.

Grafico 16. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según sexo y actitudes.



Fuente: Cuadro 16.

Cuadro 17. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según estado civil y actitudes.

Actitudes	Estado civil						Total	
	Casado		Soltero		Acompañado			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Malas	0	0.0	12	20.0	3	11.5	15	16.7
Regulares	0	0.0	4	6.7	3	11.5	7	7.8
Buenas	2	50.0	25	41.6	12	46.2	39	43.3
Muy buenas	2	50.0	19	31.7	8	30.8	29	32.2
Total	4	100.0	60	100.0	26	100.0	90	100.0

Fuente: Directa.

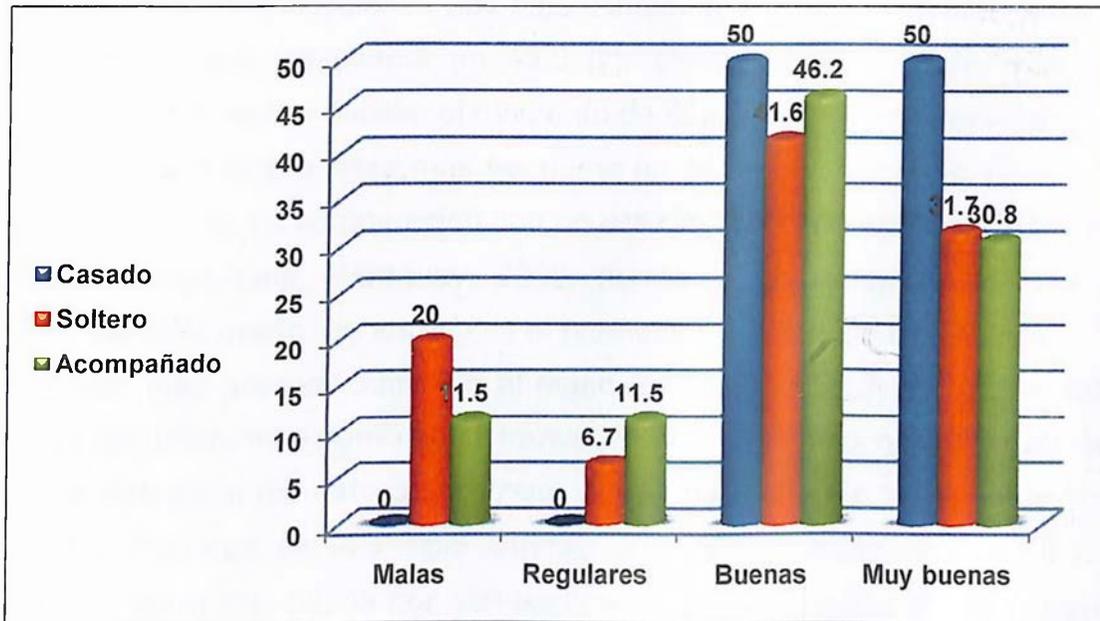
El 20.0 por ciento de los encuestados con actitudes malas eran solteros y el 11.5 por ciento estaban acompañados.

El 11.5 por ciento de los encuestados con actitudes regulares estaban acompañados y el 6.7 por ciento eran solteros.

El 50.0 por ciento de los encuestados con actitudes buenas eran casados, el 46.2 por ciento estaban acompañados y el 41.6 por ciento estaban solteros.

El 50.0 por ciento de los encuestados con actitudes muy buenas eran casados, el 31.7 por ciento eran solteros y el 30.8 por ciento estaban acompañados.

Grafico 17. Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013-2014. Según estado civil y actitudes.



Fuente: Cuadro 17.

IX. DISCUSIÓN.

En el Liceo República de Ecuador durante el año escolar 2013-2014 en la tanda nocturna, se encontraban matriculados un total de 400 estudiantes en el tercer y cuarto año habían matriculados 200 estudiantes, la encuesta pudo ser aplicada a 90 estudiantes lo que representa un 45.0 por ciento, el restante por ciento no se encontraba en el centro escolar al momento de la aplicación del cuestionario.

Se determinó que la edad más frecuente en este estudio fue de 17-19 años con un 50.0 por ciento; en comparación con un estudio realizado por Macchi ML *et al.*, en el Área Metropolitana, Paraguay, 2008, donde se encuestaron un total de 336 jóvenes del nivel medio, de los cuales el promedio de edad fue de 16 años.

El sexo más predominante fue el masculino con un 63.3 por ciento datos que representan diferencia significativa frente al sexo femenino que tuvo un 36.7 por ciento; a diferencia del estudio realizado por María E. Dávila *et al.*, en la Unidades Educativas Públicas, del Municipio Jiménez, Bogotá, Colombia, en el 2008, donde la población estuvo constituida por 329 estudiantes, de los cuales 57,2 por ciento eran del género femenino.

La mayoría de los estudiantes encuestados tuvieron su primera relación sexual a los 14-16 años; a diferencia de otro estudio realizado por Mercy Achiong Alemañy *et al.*, en el Instituto Preuniversitario Vocacional de Ciencias Exactas "Carlos Marx", Matanzas, Cuba, 2011, donde la edad media del inicio de las relaciones sexuales fue 13.8 años.

Según los resultados obtenidos en los cuestionarios realizados a los estudiantes del Liceo Nocturno República de Ecuador, durante el periodo de estudio, se determinó que la mayor parte de estos tienen actitudes buenas ante el VIH/SIDA para un 44.4, siendo los de 17-19 años los más frecuentes en este caso; estos datos se relacionan con un estudio realizado por María E. Dávila *et al.*, en la Unidades Educativas Públicas, del Municipio Jiménez, Bogotá, Colombia, en el 2008, donde el 40.9 por ciento reportó actitudes buenas. En otro estudio realizado por Edgar Navarro L. y Rusvelt Vargas Morath, en 412 adolescentes escolarizados de Barranquilla, Colombia, en 2003, donde el 43.7 por ciento de los encuestados tuvieron actitudes buenas, seguido del 32.3 por ciento con actitudes regulares.

X. CONCLUSIONES.

- Se determinó que la edad más frecuente fue entre 17-19 años con un 50.0 por ciento.
- El sexo más predominante fue el masculino con un 63.3 por ciento, dato que no representa diferencia significativa frente al sexo femenino que tuvo un 36.7 por ciento.
- La mayoría de los estudiantes encuestados eran solteros, para un 66.7 por ciento.
- Un 90.0 por ciento de los encuestados afirmó que alguna vez han tenido relaciones sexuales, de los cuales un 37.8 por ciento tuvo su primera relación sexual a los 14-16 años, cabe resaltar que el 42.2 por ciento utilizaron condón.
- La mayor parte de los estudiantes solo han tenido relaciones sexuales con mujeres, siendo estos el 54.4 por ciento, seguido del 34.4 por ciento con hombres.
- El 58.9 por ciento de los estudiantes afirmaron que han tenido relaciones con una pareja estable en los últimos 12 meses, de estos el 33.3 por ciento nunca utilizaron condón.
- El 43.3 por ciento de los estudiantes respondieron que no han tenido relaciones ocasionales con otras parejas diferentes a su pareja sexual estable en los últimos 12 meses, de los cuales el 46.7 por ciento siempre utilizaron condón.
- Un 55.6 por ciento de los estudiantes respondió que han tenido de 1-3 parejas sexuales en los últimos 12 meses.
- De los estudiantes encuestados el 37.8 por ciento sugieren el uso de condón durante la relación sexual.
- La mayoría de los estudiantes no utilizaron el condón en ocasiones porque no les gusta usarlo, para un 21.1 por ciento.

- Según las respuestas correctas en el cuestionario empleado a los estudiantes, se obtuvo que un 44.4 por ciento de estos tienen actitudes ante el VIH/SIDA buenas, seguido de un 32.2 por ciento muy buenas.

XI. RECOMENDACIONES.

- Implementar estrategias educativas para mejorar las actitudes acerca de la enfermedad, sus consecuencias y formas de prevención con la finalidad de proteger a este grupo de riesgo.
- Dada la mayor vulnerabilidad de los varones se requiere insistir en los mismos en las relaciones sexuales de mayor riesgo (parejas múltiples concurrentes o sucesivas, relaciones sexuales homosexuales, etc.).
- Consideramos que se deben aprovechar los datos del presente estudio para brindar mejor consejería y orientación preventiva a los estudiantes de dicho centro educativo y así fortalecer sus actitudes y conocimientos.
- Fortalecer las actividades educativas sobre los temas de Salud Sexual y Reproductiva, enfatizando el tema del VIH/SIDA.

XII. REFERENCIAS

- Álvarez Vázquez L, Rodríguez Cabrera A. Proyecto educativo para la prevención del VIH/SIDA en una población con conducta de riesgo. En: La investigación sexual y reproductiva. La Habana: Publicaciones azucareras; 2004:171-93. Ministerio de Educación. Programa Director de Promoción y Educación para la Salud en el Sistema Nacional de Educación; 1998:2.
- Asamoah-Odei, García-Calleja M, Boerma T .HIV prevalence and trends in sub-Saharan Africa: Nodcline and large subregional differences .Lancet, 364:35-40.
- Bailde García G. La Investigación Acción. Una alternativa metodológica para trabajar VIH/SIDA en comunidad. Caracas: OPL-SIDA; 1997:1.
- Bailde García G. La Investigación Acción. Una alternativa metodológica para trabajar VIH/SIDA en comunidad. Caracas: OPL-SIDA; 1997:1
- Bimbela Pedrola J, Piqueras Cruz L. SIDA y jóvenes: La prevención por vía sexual. Granada: EASP; 1997:20-60.
- Bimbela Pedrola J, Piqueras Cruz L. SIDA y jóvenes: La prevención por vía sexual. Granada: EASP; 1997:20-60.
- Boletín del Centro de Prevención de las ITS/VIH/SIDA: Serie por la Vida 1998; 1(2).
- Calderón de Muñoz D. Conocimientos, Prácticas y Actitudes en salud sexual y reproductiva de adolescente en iglesias evangélicas seleccionadas. Tesis para optar por el título de Máster en Salud Pública. La Habana, CUBA; 2004.
- Cándido Brito Méndez E, Guerra Rosales JM, Rodríguez Báez R Conducta de riesgo en infecciones de transmisión sexual y embarazo. Rev Cubana Med Gen Integr v.19 n.1 Ciudad de La Habana ene.-feb. 2003.
- Catterton A, Plinio MG Rosales JA, Ruiz de Gamboa A, Thompson BA, Anderson G, et al. Evaluación:una herramienta de gestión para mejorar el desempeño de los proyectos. Oficina de Evaluación Banco Interamericano de Desarrollo, marzo 1997.

- Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA. Guía para los comunicadores sociales. La Habana: MINSAP; 2005:15.
- Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA. Guía para los comunicadores sociales. La Habana: MINSAP; 2005:15.
- Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). HIV/AIDS among blacks, Florida, 1999-2004. *Morbidity Mortality Weekly Report* 56:69–73.
- Chile. Ministerio De Salud. Departamento De Epidemiología. Evolución Del VIH/SIDA Chile, 1984-2010. Print.
- Chile. Ministerio De Salud. División De Prevención Y Control De Enfermedades. Manual De Formación Básica En Consejería Para El VIH Y Las ITS. 2011. Print.
- Chile. ONUSIDA. Informe Nacional Sobre Los Progresos Realizados En La Aplicación Del UNGASS. 2010. Print.
- Conocimientos y comportamientos sexuales en torno al VIH-SIDA en la población de estudiantes de pregrado de la Universidad Santa María la Antigua Disponible en: URL: <http://www.usma.ac.pa/web/DI/images/IPC%20No.%204/p.0312%20Fajardo.pdf>
- Dilata JJ. Enfermedades de transmisión sexual. Barcelona: Proas Editores; 1996.
- Documento de estudio y declaración VIH/SIDA. Consejo mundial de Iglesias. Guía de estudios sobre el VIH/SIDA del consejo Mundial de Iglesias. Enfrentando al Sida- El Desafío. La Respuesta de las Iglesias.
- Domínguez García L. Psicología del desarrollo. Adolescencia y Juventud. Selección de lecturas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006: 9-22.
- Domínguez García L. Psicología del desarrollo. Adolescencia y Juventud. Selección de lecturas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006: 9-22.
- Dr. Gustavo Rojas Lara, Dra. Tessie Caballero Vaillant., Dr. Luis Ernesto Flez Báez., Dra. Adela Ramírez., Dra. Ana Navarro, Yordana Dolores, MPH, Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, año 2009.

- Dra. Beatrice H. Hahn, Origen del VIH y La Pandemia del Sida, 2006
- Drucker P., El nuevo rumbo de la gerencia. SUMMA. Edición Abril.1999.
- Echevarría Lucas, Lucía; María José del Río Pardo, Manuel Cause del Río: El sida y sus manifestaciones oftalmológicas. Avances tras la Haart. España, 2006; ISBN 84-9747-116-4.
- Encuesta Demográfica y de Salud del 2007 en la República Dominicana (ENDESA 5007).
- Finger, W; Los métodos de barreras requieren de uso constante. Revista Network. Vol, 16. No. 3, pag. 7-9 Family Health Internacional. 1996.
- García Hernández T, Rodríguez Ferra R, Castaño Hernández S. Efectividad de las técnicas participativas en los conocimientos de adolescentes sobre enfermedades de transmisión sexual. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(5):536-40.
- González A, Castellanos B. Sexualidad y géneros. Alternativas para su educación ante los retos del siglo XXI. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2003.
- González Hernández T, Rosado Padrón A. Uso del condón en estudiantes de enseñanza técnica y profesional. Rev. Cubana Enfermería. 16(1)40-5. 2000.
- Hernández R. y López Y. (2008) Importancia del grupo terapéutico de autoapoyo para personas que viven con VIH, así como para personas que conviven con ellos, Tesis de Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Hernández Ruiz A D, Mercado y marketing en el Socialismo. Centro de Estudios de Técnicas de Dirección. Universidad de La Habana. 2005.
- Iglesias PM. Nivel de conocimiento de los trabajadores de la salud sobre VIH/SIDA. Municipio 10 de octubre 2002. Tesis de Maestría de Educación y Promoción de Salud. La Habana. 2003.
- Informe de Investigación Evaluación Independiente, proyecto de la respuesta nacional multisectorial para prevención y atención de la epidemia del VIH/SIDA en Cuba. La Habana: ENSAP; 2005 Oct.

- López Moran E, Marín Ferreiro A. La Candidiasis como manifestación bucal en el Sida. [Periódico en línea] 2001; 38(1): [3pantallas]. [Citado 12 Dic 2007]: Disponible en: URL:<http://wwwest01101.pdf>.
- Macchi ML. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de educación, del área metropolitana, Paraguay. *Pediatría* 2006; 33(2).
- Mujeres y Niñas y el Sida. Investigaciones para el VIH. Oficina para Investigaciones del SIDA. Institutos Nacionales. Plan Fiscal. 2003.
- ONUSIDA. Resumen mundial de la epidemia VIH/SIDA 2007. Ginebra: ONUSIDA; 2007.
- ONUSIDA. Resumen mundial de la epidemia VIH/SIDA 2007. Ginebra: ONUSIDA 2007.
- OPS / OMS. Manual de Comunicación Social para Programas de Salud. Washington D.C. 1992.
- Pimentel RD, López Mazara MA, Herna Laveaux, et al. Nivel de conocimiento y comportamiento de estudiantes de ciencias de la salud con respecto al síndrome de inmunodeficiencia humana. *Rev. Med. Dom.* Vol.65, No.2, Mayo/agosto 2004.
- Piña JA, Corral V. Conocimientos y motivos asociados a comportamientos de riesgo y prevención relacionados con el SIDA. *APCL* 2001:19.
- Plan estratégico nacional ITS/VIH/SIDA, 2001-2006. Resolución Ministerial # 110, Cuba, 2001.
- PNUD/ FM / cub/ 03/018/A/01/99.Fortalecimiento de la respuesta nacional multisectorial para la prevención y atención de la epidemia del VIH/sida en la República de Cuba; 2003 jul.
- PNUD/ FM/cub/03/018/A/01/99.Fortalecimiento de la respuesta nacional multisectorial para la prevención y atención de la epidemia del VIH/sida en la República de Cuba; 2003 jul.

- Propagación del SIDA y la Tuberculosis: Una combinación Mortífera. Boletín Epidemiológico semanal del IPK [periódico en línea] Abril 2002]: 12(15): [1 pantalla] [citado 14 Abr 2007]: Disponible en URL: <http://www.ipk.sld.cu>.
- Protocolo de Atención a Personas Infectadas VIH/SIDA, Programa Nacional y Control de ITS/VIH/SIDA, El Salvador, Agosto 2000.
- Q. C. Klinty. Torres J. Patogénesis de la infección por VIH/SIDA. En: Gustavo Reyes Terán Servicio de Infectología. HIV Medicine 2003, México DC. 1ra edic; 2003.1.
- Rodríguez A. Estudio de las actitudes. En: Dávila Bello Z, Casales Fernández JC. Psicología Social. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2006:93-108.
- Sida: Conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo de estudiantes preuniversitarios en la ciudad del Cusco. Disponible en: URL: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/1997_n10/sida.htm Citado 12 Marzo 2007.
- The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health. Los Jóvenes y el VIH/SIDA ¿Podemos evitar una catástrofe? [Periódico en línea] [otoño del 2001]: XXIX (3). [Citado 4 Ene 2007]: XXIX (3): [2Pantallas]. Disponible en: RL: <http://www.poprepts@jhuccp.org>.
- UNICEF. Los jóvenes y el VIH/SIDA: Una oportunidad en un momento crucial [Documento en línea] Julio 2002[citado 2 Jul 2007]: [1pantalla]. Disponible en: URL:<http://www.unicef.org/espanol/sidacamp.htm>.
- Vera L M, López N, Orozco L C, Caicedo P. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes. Colombia Médica 2001:32(1).
- Vera LM, López N, Ariza D, Díaz LM, Flórez Y, Gimena Franco S, et al. Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. Revista Colombia Médica 2004; 35(2):62-8.

XIII. ANEXOS

XIII.1. Cronograma

Variables	Tiempo: 2013	
Selección del tema		Abril
Búsqueda de referencias	2013	Abril - Agosto
Elaboración del anteproyecto		Junio - Agosto
Sometimiento y aprobación		Junio - Agosto
Ejecución de las encuestas	2013	Junio - Agosto
Tabulación y análisis de la información		Noviembre
Redacción del informe		Diciembre
Revisión del informe		Diciembre
Encuadernación	2014	Enero
Presentación		Enero

XIII.2 Instrumento de recolección de los datos

Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013 - 2014.

El objetivo de este estudio es el de identificar las actitudes, y las prácticas que tienen los estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador en relación con las enfermedades de transmisión sexual, especialmente el VIH/SIDA, sus causas, los métodos de prevención etc.

Has sido seleccionado por estar entre los rangos comprendidos para dicho estudio y tu participación es de mucha utilidad para la implementación de estrategias beneficiosas para la población en esta problemática. Los datos que aportes serán utilizados solamente con fines científicos.

El cuestionario es totalmente anónimo. Usted no tiene la obligación de contestar todas las preguntas sólo las que gusten, aunque nos ayudaría mucho su participación.

20 de Noviembre del 2013.

Al: Lic. Clodomiro Alcántara
Director del Liceo Nocturno República de Ecuador.

Asunto: Carta de Consentimiento de la Institución

Por medio de la presente le solicito su consentimiento para que me permita realizar el estudio «Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte en el año escolar 2013 - 2014». La planificación de las actividades a realizar se le informarán previamente para su aprobación y los resultados del estudio se le comunicaran y podrán ser utilizados por la Escuela y/o Liceo.

Con alta estima y distinción se despide:



Santo Domingo D. N.
21 de Noviembre del 2013.

Carta de Consentimiento Informado

A quien pueda interesar:

Yo _____ por medio de la presente carta, después de haberseme explicado en que consiste el estudio, doy mi consentimiento escrito para participar voluntariamente en el estudio «Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013 - 2014. ».

Alumno: _____
(Firma)

CUESTIONARIO.

(Datos Generales)

- 1) Sexo: Masculino _____ Femenino _____
- 2) Edad: _____
- 3) Estado civil: Casado(a) _____ Soltero (a) _____ Acompañado (a) _____

(Historia sexual y uso del condón)

- 1) ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales?
 - a) Sí
 - b) No
 - c) No responde
- 2) ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?
 - a) Edad en años
 - b) No recuerda
 - c) No responde
- 3) ¿Utilizó condón en la primera relación sexual?
 - a) Sí
 - b) No
 - c) No responde
- 4) ¿Qué tipo de relaciones sexuales has tenido?
 - a) Solo con hombres
 - b) Solo con mujeres
 - c) Con hombres y ocasionalmente con mujeres
 - d) Con mujeres y ocasionalmente con hombres
 - e) Ninguna
 - f) No responde
- 5) ¿Ha tenido relaciones sexuales con una pareja estable en los últimos 12 meses?
 - a) Sí
 - b) No
 - c) No responde

- 6) ¿Ha usado condón con su pareja estable en los últimos 12 meses?
- a) Eventualmente
 - b) Con frecuencia
 - c) Nunca
 - d) Siempre
- 7) ¿Ha tenido relaciones ocasionales con otra persona (s) diferente a su pareja sexual estable en los últimos 12 meses?
- a) Sí
 - b) No
 - c) No responde
- 8) ¿Ha usado condón en las relaciones sexuales ocasionales?
- a) Eventualmente
 - b) Con frecuencia
 - c) Nunca
 - d) Siempre
- 9) ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 12 meses? _____
- 10) ¿Durante la relación sexual en la que ha usado el condón, quien sugiere su uso?
- a) Usted
 - b) Su pareja
 - c) Decisión mutua
 - d) No recuerda
 - e) No responde
- 11) ¿Cuáles son las razones por las que en ocasiones no utilizaste el condón?
- a) No está disponible
 - b) Es muy caro
 - c) La pareja no quiere
 - d) No le gusta usarlo
 - e) Usa anticonceptivo
 - f) Piensa que no es necesario
 - g) Le da vergüenza comprarlo
 - h) No sabe
 - i) No responde

(Actitudes)

- 1) ¿El SIDA es una enfermedad?
 - a) Como cualquier otra
 - b) Grave
 - c) Muy grave
 - d) No sabe

- 2) ¿La información que usted ha recibido sobre VIH-SIDA la obtuvo de?
 - a) Televisión
 - b) Radio
 - c) Prensa
 - d) Afiches
 - e) Folletos
 - f) Familiares
 - g) Médico
 - h) Enfermera
 - i) Campañas de prevención
 - j) Amigos
 - k) Trabajo en la comunidad
 - l) Escuela

- 3) De las siguientes enfermedades señale cuáles son de transmisión sexual:
 - a) Sífilis
 - b) Gonorrea
 - c) Sida
 - d) Moniliasis
 - e) Trichomoniasis
 - f) Condilomas
 - g) Hepatitis
 - h) Lepra
 - i) Tuberculosis

- 4) ¿Cree usted que el VIH puede transmitirse a través de?
 - a) Besos, abrazos y caricias
 - b) Uso de jeringuillas no estériles
 - c) Uso de vasos y cubiertos

- d) Cuchillas y máquinas de afeitar
 - e) Relaciones sexuales sin condón
 - f) Una persona aparentemente sana
 - g) Picada de un mosquito
 - h) Uso de servicios sanitarios
 - i) Madre a hijo
 - j) La lactancia materna
 - k) Piscinas
 - l) Pareja estable
 - m) Ninguna de las anteriores
- 5) ¿Cuándo una persona es seropositiva al VIH significa que?
- a) La persona está infectada por el virus y no lo transmite
 - b) La persona está infectada por el virus y lo transmite
 - c) La persona está enferma de SIDA
 - d) No sabe
- 6) ¿Después de una relación sexual desprotegida, usted debe esperar para realizarse la prueba de VIH?
- a) Una semana
 - b) Meno de 1 mes
 - c) 1-2 meses
 - d) 3 meses
 - e) 6 meses
 - f) 1 año
 - g) No sabe
- 7) ¿Cómo cree usted que se puede reducir el riesgo de contraer el VIH?
- a) Usando siempre el condón en cualquier tipo de relación sexual
 - b) Manteniendo relaciones sexuales con un solo compañero(a) no infectado
 - c) Manteniendo relaciones sexuales con un solo compañero(a) fiel
 - d) Abstinencia sexual
 - e) Evitando el sexo anal
 - f) Evitando el uso de jeringuillas utilizadas por otra persona
 - g) Todos los anteriores
 - h) Ninguno de los anteriores

- i) No responde
- 8) ¿El momento de ponerse el condón es?
- a) Antes de la eyaculación
 - b) Antes de la penetración
 - c) Antes de la excitación
 - d) No sé
 - e) No responde
- 9) ¿Qué considera usted un comportamiento sexual responsable?
- a) Abstinencia sexual
 - b) Tener relaciones sexuales con sólo una pareja estable y fiel sin necesidad de usar el condón
 - c) Tener relaciones sexuales con sólo una pareja estable y fiel además de usar el condón
 - d) Tener relaciones con varias parejas pero usando siempre el condón
 - e) Tener relaciones sexuales con parejas "sanas" sin usar el condón
- 10) ¿Ha solicitado alguna vez una prueba voluntaria de VIH?
- a) Sí
 - b) No
 - c) No responde
- 11) ¿Usted considera que ha tenido algún cambio en la conducta sexual hacia comportamientos responsable?
- a) Sí
 - b) No
- 12) ¿Considera usted que alguna actividad de la TV, Radio, Cine o material escrito sobre VIH ha influido en?
- a) Lo que piense sobre su vida sexual
 - b) Su conducta sexual
 - c) Su forma de relacionarse con el otro sexo
 - d) Adopción de un comportamiento sexual seguro
 - e) Solidaridad con personas que tiene el VIH
 - f) Ninguna
 - g) No sabe

XIII.3. Costos y recursos

XIII.3.1. Humanos			
Un sustentante o investigador Dos asesores (metodológico y clínico) Estadígrafo Digitador			
XIII.3.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	3 resmas	120	360.00
Papel Mistique	3 resmas	80.00	240.00
Lápices	2 unidad	10.00	20.00
Borras	2 unidad	5.00	10.00
Bolígrafos	2 Unidad	10.00	20.00
Sacapuntas	1 unidad	12.00	12.00
Computador Hardware: Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.;CD-ROM 52x Impresora Epson stylus 440 Scanner: Microteck 3700 Software: Microsoft Windows XP Microsoft Office XP MSN internet service Omnipage Pro 10 Dragon Naturally Speaking Easy CD Creator 2.0 Presentación: Sony SVGA VPL-SC2 Digital data Cartuchos Epson stylus 440			
	2 unidades	1600.00	3,200.00
XIII.3.3. Información			
Adquisición de libros Revistas Otros documentos Referencias (ver listado de referencias)			
XIII.3.4. Económicos*			
Papelería(copias)	1000 copias	00.75	750.00
Encuadernación	12 informes	250.00	3,000.00
Alimentación			6,000.00
Transporte			4,000.00
Imprevistos			2,000.00
Total			\$ 22,112.00

*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por el sustentante.

Plagiarism Report For 'Resumen de Tesis.doc'

How does Viper work.....?

[+] Read more..

Location	Title	Words Matched	Match (%)	Unique Words Matched	Unique Match (%)
0	0	0	0	0	0

Documents found to be plagiarised

Matching Content: No Plagiarised Text Found

Master Document Text

República Dominicana Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar Dirección General de Residencia Médicas y Posgrado Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria Promoción 2009 - 2013 Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013 - 2014. En el periodo de estudio Abril - Diciembre 2013. En el periodo de estudio Enero - Diciembre 2013. Tesis de pos grado para optar por el título de magister en la especialidad de: MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA Sustentante: Dr. Omar Antonio Caraballo Segura Asesoras: Dra. Claridania Rodríguez De Rosario (Metodológica) Lic. Daysi Margarita Pérez Cabral (Clínica) Los conceptos emitidos en la presente tesis de pos grado son de la exclusiva responsabilidad del sustentante del mismo. Distrito Nacional, D. N. 20114. I. INTRODUCCIÓN I.1. Antecedentes La aparición del contagio por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y su expresión corporal y clínica a manera de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, dan representación a uno de los fenómenos sociales más importantes de finales del siglo XX. Describiéndola como el padecimiento contagioso de mayor relevancia a nivel mundial, sus resultados colmaron rápidamente la esfera médica y biológica para situarse en el campo social, económico y político. En el ámbito social, económico y político el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida continúa constituyéndose en la agenda de los países desarrollados y en vías de desarrollo, debido al impacto del padecimiento en las poblaciones más afectadas: niños, mujeres y jóvenes, a su amplia propagación entre localidades con diferentes preferencias sexuales, y a su predisposición a concentrarse entre los grupos más desfavorecidos, necesitados y marginados de cada población. El síndrome de la inmunodeficiencia humana se reconoció por primera vez en los Estados Unidos de América en 1981 en hombres homosexuales. El virus de la inmunodeficiencia humana, causante del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida, se identificó en 1983. Según algunas opiniones la transmisión espaciosa del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida empezó a finales del 1970 e inicios del de 1980 entre mujeres y hombres sexualmente promiscuos en África oriental y central y en hombres homosexuales y bisexuales en determinadas regiones urbanas de las Américas, Australia, Nueva Zelanda y Europa occidental. En el día de hoy el virus se está propagando en todo el mundo. Se han identificado dos tipos principales del virus de inmunodeficiencia humana, que son: virus de inmunodeficiencia humana 1 (VIH-1) y virus de inmunodeficiencia humana 2 (VIH-2). El VIH-1 es el tipo sobresaliente en el mundo. El VIH-2 se localiza especialmente en África occidental, pero se han informado casos en África oriental, Europa, Asia y América Latina. Existen al menos 10 subtipos genéticamente diferentes de HIV-1, pero hasta el momento su importancia biológica y epidemiológica es poco clara. El VIH-1 y el VIH-2 se transmiten del mismo modo, pero la principal vía de transmisión es la relación sexual sin protección entre mujeres y hombres heterosexuales o entre hombres homosexuales. También se transmite por los productos sanguíneos, de órganos donados y del semen. La transmisión por la sangre ocurre especialmente por la utilización de agujas, jeringas u otros instrumentos difícilmente esterilizados que traspasan la piel y por procedimiento de transfusiones con sangre infectada. Finalmente, una madre portadora puede transmitir el virus durante la gestación, trabajo del parto y la lactancia materna, lo que se conoce como transmisión vertical. I.2. Justificación El objetivo de este estudio es el de identificar las actitudes, y las prácticas que tienen los estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador, en relación con las enfermedades de transmisión sexual, especialmente el VIH/SIDA, sus causas, los métodos de prevención, etc. II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA La infección por el VIH por lo tanto, es una enfermedad transmisible causada por un retrovirus que afecta directa y fundamentalmente, entre otros, al sistema inmunológico y al nervioso produciendo su destrucción. Tiene un amplio espectro de manifestaciones clínicas, que van desde la infección aguda inicial, pasando por un largo periodo de portador asintomático de años de duración, hasta desembocar en una serie de infecciones oportunistas y/o neoplasias que definen el estadio más avanzado y mortal de la enfermedad. En nuestro país a pesar de los avances en el sistema de salud y la ley de seguridad social, las cifras sobre pacientes positivos al VIH/SIDA siguen en aumento; es por esta razón que me veo en la motivación de realizar una investigación que nos oriente sobre las actitudes ante el VIH-SIDA en los estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador, de la República Dominicana. Es por esto que surge el interés de responder a la siguiente interrogante: "¿Cuáles son las actitudes ante el VIH/SIDA de los estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013 - 2014?" III. OBJETIVOS III.1. General. Identificar las actitudes ante el VIH/SIDA de los estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013 - 2014. III.2. Específicos. Caracterizar el sexo, la edad y el estado civil de los estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013 - 2014. Describir el componente cognitivo de las actitudes sobre la prevención del VIH/SIDA que tienen los estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013 - 2014. Describir el componente conductual de las actitudes en relación a la infección por el VIH/SIDA que tienen los estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de

Plagiarism Report For 'IV.docx'

How does Viper work.....?

[+] Read more..

Location	Title	Words Matched	Match (%)	Unique Words Matched	Unique Match (%)
0	0	0	0	0	0

Documents found to be plagiarised

Matching Content: No Plagiarised Text Found

Master Document Text

IV. MARCO TEÓRICO IV.1. Toma Actitudes ante el VIH-SIDA en estudiantes del tercer y cuarto año de bachiller del Liceo Nocturno República de Ecuador de Santo Domingo Norte, en el año escolar 2013 - 2014. En el periodo de estudio Abril - Diciembre 2013. En el periodo de estudio Enero - Diciembre 2013. IV.1.1. Historia La fuente más probable de la introducción de VIH/SIDA como una enfermedad de humanos era la transmisión del virus de la inmunodeficiencia del chimpancé, a los seres humanos. Cuando apareció la población humana hubo un cambio, o mutación, y con ella la posibilidad de ser transmitida entre humanos. La enfermedad empezó a propagarse en África, y después dispersarse por las otras partes del mundo. 1, 6 El primer caso argumentado en el mundo del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) fue en un hombre de Kinshasa en la República Democrática del Congo en África en el año 1959. Los primeros casos fundamentados en los Estados Unidos (EEUU) fueron en los últimos años de la década 70. Entre los años 1979 a 1981 hubo muchos casos de enfermedades raras en la población de homosexuales de los EEUU, enfermedades que anteriormente no se revelaban en personas de esta edad. En el año 1982 el gobierno de los EEUU dispuso el nombre síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), para referir las enfermedades raras oportunistas que estaban manifestándose en la población homosexual y drogadicta. Asimismo en este año el gobierno de los EEUU abordó detallando los casos de SIDA en el país. En 1982 científicos de París revelaron un virus, lymphadenopathy associated virus, que pensaban era coherente a la enfermedad SIDA. En el año 1983 científicos de los EEUU confirmaron el virus. No pudieron descubrir el origen de transmisión de la enfermedad humana hasta el año 1999 cuando científicos revelaron HIV-1 en chimpancés en África. 1, 6 En Chile los primeros casos de SIDA emprendieron en el año 1984 con 6 personas homosexuales contagiadas viviendo en las regiones de Valparaíso, Bio-Bio, y Metropolitana. En 1985 fue el primer caso de VIH/SIDA en una mujer de la localidad chilena. El grupo de la población de Chile que hubo más casos en los primeros años, fueron adultos jóvenes entre 20 a 49 años, con más casos constituidos en las edades de 30 a 39 años. 2, 3, 4 Los principales casos de SIDA surgieron 1978, siempre con conclusión mortal. Popularmente se conoce a este padecimiento como peste rosa o peste del siglo XX. También se la llama la enfermedad de las tres H (hemofílicos, homosexuales y heroínómanos), mostrando a gran cantidad de personas en todo el mundo (registrándose los primeros casos en África), sin estilo de vida, sexo, raza o nivel de vida. 7, 8 La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica a este mal solamente como Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA) y el Comité Ejecutivo Internacional de la Taxonomía de los Virus (CITV) como Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). VIH/SIDA llegó a Chile en el periodo 1985, con una localidad mayormente fundada de homosexuales y trabajadores sexuales. Antes de eso en los EEUU y países de Europa los principales casos fueron mayormente entre las cantidades de homosexuales y drogadictos. 4, 9 El VIH está relacionado con otros virus que producen enfermedades parecidas al SIDA. Se cree que este virus se trasladó de los animales a los humanos a inicios del siglo XX. Existen dos virus diferentes que causan SIDA en las especies humanas, el VIH-1 y el VIH-2. Del primero la especie reservorio son los chimpancés, de cuyo virus propio, el SIVcpz, deriva. El VIH-2 proviene del SIVsm, propio de una variedad de monos de África Occidental. En ambos casos la transmisión entre especies se ha originado varias veces, pero la actual enfermedad resulta de la extensión del grupo M del VIH-1, originario según estimaciones de un contagio producido en África Central, donde el virus muestra la máxima diversidad, en la primera mitad del siglo XX. 5, 6, 10, La pandemia existente arrancó en África Central, pero fue inadvertida mientras no empezó a afectar a localidades de países ricos, en los que la inmunosupresión del SIDA no podía confundirse fácilmente con agotamiento debida a otras causas, sobre todo para sistemas médicos y de control de enfermedades muy dotados de recursos. La especie humana más antigua que se sepa que contiene VIH fue tomada en 1959 a un marino británico, quien aparentemente la contrajo en lo que ahora es la República Democrática del Congo. Otras muestras que sujetaban el virus fueron encontradas en un hombre estadounidense que murió en 1969 y en un marino noruego en 1976. Se cree que el virus se contrajo a través de actividad sexual, posiblemente a través de prostitutas, en las áreas urbanas de África. A medida que los primeros contagiados viajaron por el mundo, fueron llevando el mal a varias ciudades de distintos continentes. 10, 11 En la actualidad, la forma más común en que se transmite el VIH es a través de relaciones sexuales desprotegidas y al compartir agujas entre consumidores de drogas inyectables. El virus también puede ser transmitido desde una madre embarazada a su hijo (transmisión vertical). En el pasado también se transmitió el SIDA a través de transfusiones de sangre y el uso de productos derivados de ésta para el tratamiento de la hemofilia o por el uso simultáneo de material médico sin esterilizar; sin embargo, hoy en día esto ocurre muy raramente, salvo lo último en zonas pobres, debido a los controles realizados sobre estos productos. La era del SIDA principió oficialmente el 5 de junio de 1981, cuando los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) que es Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos anunciaron a una conferencia de prensa donde describieron cinco casos de neumonía por Pneumocystis carinii en Los Ángeles. Al mes siguiente se comprobaron varios casos de sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer de piel. Las primeras constataciones de estos casos fueron efectuadas por el Dr. Michael Gottlieb de San Francisco. 1 Pese a que los médicos conocían tanto la neumonía por Pneumocystis carinii como el sarcoma de Kaposi, la aparición vinculada de ambos en varios

Plagiarism Report For 'Diagnostico.docx'

How does Viper work.....?

[+] Read more..

Location	Title	Words Matched	Match (%)	Unique Words Matched	Unique Match (%)
0	0	0	0	0	0

Documents found to be plagiarised

Matching Content: No Plagiarised Text Found

Master Document Text

IV.1.7. Diagnóstico

IV.1.7.1. Clínico

En cuanto a los resultados de la historia clínica y el examen físico general del paciente, el médico realizar un examen neurológico minucioso para evaluar diversas funciones como son: aptitudes motoras y sensoriales, función nerviosa, audición y habla, visión, coordinación y equilibrio, estado mental, y cambios en el niño o la conducta. El médico puede indicar análisis de laboratorio y uno o más de los siguientes procedimientos para ayudar a diagnosticar complicaciones neurológicas del SIDA. No todos los pacientes infectados con el virus VIH tienen SIDA. El criterio para diagnosticar el SIDA puede variar de zona en zona, pero el diagnóstico típicamente requiere: Un recuento absoluto de las células T CD4 menor a 200 por milímetro cúbico, o La presencia de alguna de las infecciones oportunistas típicas, causadas por agentes incapaces de producir enfermedad en personas sanas. La persona infectada por el VIH es llamada "seropositiva" o "VIH positivo" (VIH+) y a los no infectados se les llama "seronegativos" o "VIH negativo" (VIH-). La mayoría de las personas seropositivas no saben que lo son. La infección primaria por VIH es llamada "seroconversión" y puede ser seguida por una serie de síntomas inespecíficos, parecidos a los de una gripe, por ejemplo, fiebre, dolores musculares y articulares, dolor de garganta y ganglios linfáticos inflamados. En esta etapa el infectado es más transmisor que en cualquier otra etapa de la enfermedad, ya que la cantidad de virus en su organismo es la más alta que alcanzará. Esto se debe a que todavía no se desarrolla por completo la respuesta inmunológica del huésped. No todos los recién infectados con VIH sufren de estos síntomas y finalmente todos los individuos se vuelven asintomáticos. Durante la etapa asintomática, cada día se promueven varios miles de millones de virus VIH, lo cual se acompaña de una disminución de las células T CD4+. El virus no sólo se encuentra en la sangre, sino en todo el cuerpo, específicamente en los ganglios linfáticos, el cerebro y las secreciones genitales. El tiempo que difiere el diagnóstico de SIDA desde la infección inicial del virus VIH es variable. Algunos pacientes desarrollan algún síntoma de inmunosupresión muy pocos meses después de haber sido infectados, mientras que otros se mantienen asintomáticos hasta 20 años. La razón por la que algunos pacientes no desarrollan la enfermedad y porque hay tanta inestabilidad interpersonal en el avance de la enfermedad, todavía es objeto de estudio. El tiempo promedio entre la infección inicial y el desarrollo del SIDA varía entre ocho a diez años en ausencia de tratamiento.

IV.1.7.2. Laboratorio

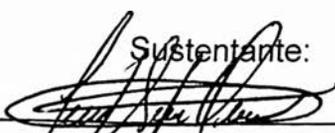
Pruebas Serológicas de Detección del VIH. Se nombra como pruebas serológicas a las realizadas sobre el suero, uno de los elementos de la sangre, para detectar anticuerpos. De este modo existen análisis serológicos para detectar distintos tipos de enfermedades: hepatitis B, sífilis, Chagas, toxoplasmosis y VIH. Normalmente se usa la expresión "seropositivo" como sinónimo de VIH positivos, pero ambos términos no significan lo mismo: la persona VIH positiva es seropositiva para el VIH. La primera prueba que suele hacerse para descubrir la presencia del virus es conocida como Enzyme Linked Immuno-sorbent Assay (ELISA) que es una prueba de inmunoenzimática. Existen otras similares pero esta es la más frecuente. Esta prueba, como toda prueba serológica no registra el virus, sino los anticuerpos generados por el organismo para defenderse de él. Es decir, si hay anticuerpos, hay virus. Toda prueba diagnóstica tiene dos características: la sensibilidad y la especificidad. La primera se refiere a la capacidad de detectar la presencia de determinada sustancia; la segunda se refiere a la capacidad de excluir toda sustancia que no sea la efectivamente buscada. ELISA es una prueba muy sensible, ya que ante la mínima apariencia de anticuerpos del virus, e incluso elementos similares, dar un resultado positivo. Si el estudio da negativo es porque ciertamente el virus no está presente. La alta sensibilidad de esta prueba puede dar como resultado "falsos positivos" ante anticuerpos similares, lo que obliga a realizar una prueba confirmatoria. A las personas con resultado positivo, se les realiza una segunda prueba, más específica y menos sensible, para confirmar la presencia de anticuerpo de VIH y eliminar del grupo de los "positivos" a las personas que no están infectadas por el virus. La más frecuente es la Western-blot. Hay un fase que se denomina "período ventana" y se utiliza para dar cuenta del tramo inicial de la infección durante el cual los anticuerpos generados por el organismo no son detectados por las pruebas serológicas habituales. Es necesaria una establecida cantidad de anticuerpos para que las pruebas puedan detectarlos. Esta fase se extiende desde el ingreso del virus al organismo hasta el momento en que este genera el número de anticuerpos necesario para ser captados por las pruebas de laboratorio. Puede durar tres meses, o más. Por esta razón es aconsejable repetir las pruebas cada tres meses a lo largo de un año. Durante el "período ventana" las personas infectadas son seronegativas ya que el resultado de los estudios es negativo. Pero más allá de que no se revelen los anticuerpos en sangre, el período de ventana es un período de alta contagiosidad durante el cual el virus se está multiplicando de manera muy rápida.

IV.1.7.3. Imágenes

Las imágenes presenciadas por computadora pueden revelar signos de inflamación cerebral, tumores y formas del sistema nervioso central (SNC), daño nervioso, hemorragia o sangrado interno, irregularidades de la materia blanca, y otras anomalías cerebrales. Se usan varios procedimientos indoloros por imágenes para ayudar a diagnosticar las complicaciones neurológicas del SIDA. La tomografía computarizada usa rayos X y una computadora para producir imágenes bidimensionales de hueso y tejido, inclusive inflamación, incuestionables tumores y quistes cerebrales, daño cerebral de una lesión craneana, y otros trastornos. Proporciona más informaciones que una radiografía sola. Las imágenes por resonancia magnética (IRM) usan una

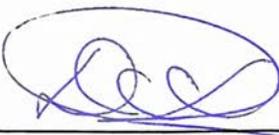
XIII.4. Evaluación

Sustentante:


Dr. Omar Antonio Caraballo Segura

Asesores:


Lic. Daysi Margarita Pérez Cabral
(Clínica)


Dra. Claridania Rodríguez (Metodológica)

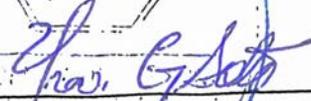
Jurados:

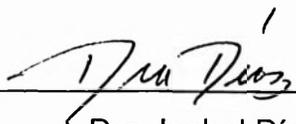


Dra. Gladis Soto
Coordinadora de la Residencia
Medicina Familiar y Comunitaria



Autoridades:


Dra. Isabel Díaz
Jefa de Servicio Medicina Familiar
y Comunitaria


Dra. Isabel Díaz
Jefa de Servicio Medicina Familiar
y Comunitaria



Dr. Edison R. Feliz
Jefe del Consejo de Enseñanza e Investigaciones



Dr. Jose Javier Asilis Zañer
Decano de la Facultad de Ciencias
de la Salud



Dr. Eduardo García
Director de la Escuela de Medicina

Fecha de presentación: 29/1/2014

Calificación: 100