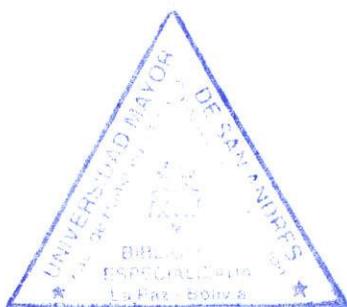


MARC

T-2802

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA



[Handwritten signature]
 S. Beltrán C.
 Inicial

TESIS DE GRADO

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA EN PERSONAL MÉDICO, ENFERMERÍA Y LABORATORIO EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON VIH/SIDA DEL CENTRO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA CDVIR-LA PAZ”

113 h.

POSTULANTE: RUBEN LUIS RODRIGUEZ CALDERON

TUTOR: Lic. RODRIGO DE URIOSTE NARDIN

[Handwritten signature]
 TUTOR

LA PAZ – BOLIVIA
 2012

Tesis 2802

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA EN PERSONAL MÉDICO, ENFERMERÍA Y LABORATORIO



EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON VIH/SIDA DEL CENTRO DE VIGILANCIA

EPIDEMIOLÓGICA CDVIR-LA PAZ”

EN MEMORIA

De mi querido padre Santiago, por haberme enseñado con tanto amor que con esfuerzo y sacrificio es posible alcanzar las metas.



DEDICATORIA

A Dios por darme las fuerzas para continuar en este paso.

A mi madre: Juana Calderón Vda.

De Rodríguez quien continuamente me dio amor, esperanza y fe para seguir adelante.

A mis hermanos quienes: quienes siempre estuvieron a mi lado luchando en la vida.

A mis sobrinos que me alegraron los días.



AGRADECIMIENTO Y RECONOCIMIENTO

Mis más sinceros agradecimientos a la Universidad Mayor de San Andrés, y a todos los profesores de la carrera de Psicología.

En especial al meritorio profesor Lic. Rodrigo De Urioste Nardín, mi especial agradecimiento por su valiosa cooperación en la elaboración de la presente Tesis de Grado.

Hago extensivo mi reconocimiento a los distinguidos catedráticos: de Psicología.

Dr. Sergio Iván Bejarano Carvajal

Dr. Rodolfo López Hartmann.

A los distinguidos amigos y compañeros de estudio:

Lic. Mary Sol Gordillo

Dr. Damián Marco Bertíz.



ÍNDICE

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.- INTRODUCCIÓN	1
1.1.- JUSTIFICACIÓN.....	2
1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.3.- DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL.....	10

CAPÍTULO II

OBJETIVOS

2.1.- OBJETIVO GENERAL.....	13
2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
2.3.- HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	14

CAPÍTULO III

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

3.1.-CONCEPTOS BÁSICOS DEL VIH/SIDA	15
3.2.- ORÍGENES DEL VIH	16
3.3.- EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA	19
3.3.1.-SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA EN EL MUNDO ENERO DE 2010.....	19
3.3.2.-SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA ENERO DE 2010.....	28
3.3.3.- SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA EN BOLIVIA	29
3.3.4.- ESTADÍSTICAS DE VIH/SIDA EN BOLIVIA DICIEMBRE DEL 2009	31
3.4.- CASOS DE VIH-SIDA EN BOLIVIA AUMENTAN EN 100% EN ESTE 2010.....	32
3.5.-VULNERABILIDAD DE LA SOCIEDAD ANTE LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA.....	33
3.5.1.-VULNERABILIDAD DE LA MUJER ANTE EL VIH/SIDA	33
3.5.2.- VULNERABILIDAD DE LOS NIÑOS/AS ANTE EL VIH/SIDA	35



EPIDEMIOLOGICA CDVIR-LA PAZ”

3.5.3.- VULNERABILIDAD DE LOS JÓVENES Y ADOLESCENTES ANTE EL VIH/SIDA.....	37
3.5.4.- VULNERABILIDAD AL VIH/SIDA Y GÉNERO	38
3.5.5.- VULNERABILIDAD DE COMUNIDADES GAYS, LESBICAS, BISEXUALES Y TRANSEXUALES (GLBT) ANTE EL VIH/SIDA.....	39
3.6.- FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH	41
3.6.1.- CONDICIONES PARA QUE PUEDA TRANSMITIRSE EL VIH	41
3.6.2.- VIAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH	43
3.6.2.1.-TRANSMISIÓN SEXUAL	43
3.6.2.2.- TRANSMISIÓN SANGUINEA	44
3.6.2.3.- TRANSMISIÓN PERINATAL	45
3.7.- FORMAS POR LA CUALES NO SE TRANSMITE EL VIH/SIDA.....	46
3.8.- PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA	48
3.8.1.- PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....	49
3.8.2.- PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN SANGUINEA	51
3.8.3.- PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN PERINATAL.....	51
3.9.- PRUEBAS DE LABORATORIO PARA LA DETECCIÓN DEL VIH/SIDA.....	52
3.9.1.- TIPOS DE PRUEBAS PARA LA DETECCIÓN DEL VIH/SIDA.....	52
3.9.2.- INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	53
3.9.3.- CONFIABILIDAD DE LAS PRUEBAS DE ANTICUERPOS	54
3.9.4.-PRUEBAS ANÓNIMAS.....	55
3.9.5.- REVELACIÓN DE NOMBRES	56
3.9.6.- NOTIFICACIÓN A LA PAREJA	56
3.9.7.- PRUEBAS PARA POBLACIONES ESPECÍFICAS	57
3.9.7.1.- MUJERES EMBARAZADAS	57
3.9.7.2.- RECIÉN NACIDOS Y NIÑOS	57
3.10.- SÍNTOMAS DE INFECCIÓN DEL VIH/SIDA.....	58
3.10.1.- EL PERIODO DE VENTANA	59
3.10.2.- SÍNTOMAS PRINCIPALES.....	60
3.10.3.- SÍNTOMAS ADICIONALES QUE PUEDEN ASOCIARSE.....	61
3.10.4.- ETAPAS DE LA INFECCIÓN POR EL VIH.....	62
3.10.4.1.- FASE DE INFECCIÓN AGUDA.....	62
3.10.4.2.- FASE DE INFECCIÓN ASINTOMÁTICA	62
3.10.4.3.- LINFADENOPATÍA GENERALIZADA PERSISTENTE	63
3.10.4.4.- FASE SIDA	63
3.11.- TRATAMIENTO DEL VIH/SIDA	63
3.11.1.- INICIO DEL TRATAMIENTO.....	64



EPIDEMIOLOGICA CDVIR-LA PAZ”

3.11.2.- GRUPOS DE MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES	65
3.11.2.1.- INHIBIDORES NUCLEÓSIDOS/NUCLEÓTIDOS DE TRANSCRIPTASA INVERSA	65
3.11.2.2.- INHIBIDORES NO NUCLEÓSIDOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA	66
3.11.2.3.- INHIBIDORES DE LA PROTEASA.....	66
3.11.2.4.- INHIBIDORES DE LA FUSIÓN E INHIBIDORES DE LA ENTRADA.....	66
3.11.2.5.- INHIBIDORES DE LA INTEGRASA.....	67
3.11.3.- TERAPIA COMBINADA (CÓCTEL O TRITERAPIA).....	68
3.12.- LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA (PVVS).....	70
3.12.1.- LA VIDA SEXUAL DE LAS PVVS	72
3.12.2.- MEDIDAS PARA QUE LA PVVS MEJORE SU SEXUALIDAD	73
3.12.3.- DISCRIMINACIÓN DE LA SOCIEDAD A LAS PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA	74
3.12.4.- DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON VIH	76
3.13.- ACTITUD.....	77
3.13.1.- FASES DE INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD	79
3.13.3.- CONDUCTAS QUE FAVORECEN A UNA BUENA ATENCION INTEGRAL A PACIENTES CON VIH/SIDA EN LA ADHERENCIA	80
3.14.- REFLEJO DEL CONOCIMIENTO EN LA PRÁCTICA MÉDICA EN LA PREVENCIÓN DEL SIDA.....	81

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1.- MÉTODO	85
4.2.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	85
4.3.- TIPO DE DISEÑO	85
4.4.- POBLACIÓN.....	86
3.5.- MUESTRA.....	86
4.6.- VARIABLES.....	87
4.6.1.-IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	87
4.7.- DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES	87
4.8.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	88
4.9.- INSTRUMENTOS.....	89
4.9.1.- ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO.....	89



4.9.2.- CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO.....	90
4.9.3.- ESCALA DE VALORES DEL INSTRUMENTO.....	92
4.10.- FORMA DE APLICACIÓN	93
4.11.- PROCEDIMIENTO	93

CAPÍTULO V

EXPOSICIÓN DE RESULTADOS

5.1.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS GENERALES	94
5.2.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS POR ÁREAS	96
5.2.1.- ÁREA DE LOS CONOCIMIENTOS.....	96
5.2.2.- ÁREA DE LA ACTITUD	105
5.1.3.- ÁREA DE LA PRÁCTICA MÉDICA	107

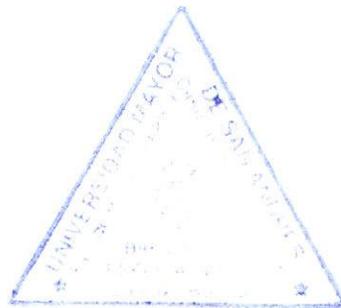
CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1.- CONCLUSIONES.....	111
CONCLUSIÓN GENERAL	111
6.2.- RECOMENDACIONES	112

BIBLIOGRAFIA

ANEXO





**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA EN PERSONAL MÉDICO,
ENFERMERÍA Y LABORATORIO EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON
VIH/SIDA DEL CENTRO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA CDVIR-LA PAZ”**

**CAPITULO I
INTRODUCCIÓN**

1.- INTRODUCCIÓN

Desde que comenzó la notificación del primer caso de VIH/SIDA en Bolivia en 1985 el impacto de esta pandemia, ha generado problemáticas personales, sociales y económicas. debido a la concepción de información irresponsable creando miedos sociales en torno a la sexualidad, miedos relacionados con el consumo de drogas y a grupos de personas con mayor exposición a la epidemia, este tipo de casos han generado no solo grandes problemas colectivos derivados de la pandemia estas ha calado a amplios sectores de la sociedad desde organismos mundiales de salud pioneros de la lucha de la sobre vivencia del ser humano hasta llegar a individuos particulares quienes viven, experimentan sufrimientos, enfermedades, miedos, prejuicios, clandestinidad y en el peor de los casos una muerte con bastante dolor, estos factores generan una vulnerabilidad específica ante las consecuencias devastadoras de la pandemia, según informes presentados por el Ministerio de Salud y Deportes mediante el Centro de Vigilancia Epidemiológica y el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA se han registrado incrementos estrepitosos en estos últimos años.

La presente investigación tiene como finalidad analizar el nivel de conocimiento, actitud y práctica médica del personal médico, enfermería y laboratorio en la atención de las personas viviendo con el virus del VIH/SIDA (PVVS) del Centro Departamental de Vigilancia y Referencia Epidemiológica de la ciudad de La Paz (CDVIR-LA PAZ).

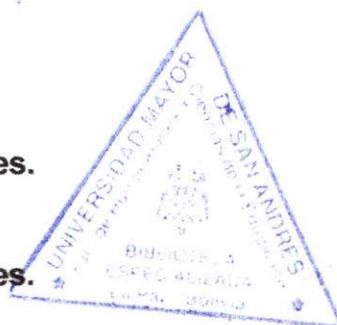


El primer capítulo describe la justificación, planteamiento del problema y el diagnóstico institucional en cuanto a la problemática del VIH/SIDA. El segundo capítulo describe los objetivos y la hipótesis de la investigación. El tercer capítulo refleja la fundamentación teórica de la investigación. El capítulo cuarto describe la metodología de la investigación. El capítulo quinto se aprecia el análisis y exposición de los resultados. En el capítulo sexto se describe las conclusiones y recomendaciones de la investigación. En el capítulo séptimo adjuntan los anexos los instrumentos de la investigación.

1.1.- JUSTIFICACIÓN:

Al principio de la tercera década del VIH/SIDA, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) estiman que a escala mundial al final del año 2003 viven 40 millones de adultos, adolescentes y niños con el VIH y SIDA; 3.5 millones de ellos son menores de 15 años. En algunas regiones del mundo, como África Sub Sahariana, África del Norte y Medio Oriente y el Caribe, más del 50% de las personas que actualmente viven con el VIH o SIDA son mujeres adolescentes. Estimaciones mundiales a fines de 2009, expresan el índice de personas viviendo con el virus del VIH/SIDA ha tenido un elevado número de personas infectadas por la pandemia:

Personas que viven con el VIH/SIDA	90 millones.
Nuevas infecciones por el VIH	15 millones.
Defunciones por causa del VIH/SIDA	10 millones.





Durante el año 2008 siete millones de personas se han infectado con el virus: casi la mitad de esta población son adolescentes, indicando una tendencia hacia una epidemia que afectará cada año más personas con características similares.

En 1984 se detecta el primer caso de SIDA en Bolivia, en la ciudad de Santa Cruz, el segundo caso fue notificado en Cochabamba en Octubre de 1985, estas dos primeras notificaciones de bolivianos que viven con VIH eran de sexo masculino y el probable país de transmisión ha sido por el Brasil.

En el periodo 1986 a 1990 se tienen notificados 45 casos, Santa Cruz: 29, La Paz: 11, Cochabamba: 2 y Beni: 3.²

Desde 1984 hasta el tercer trimestre de la gestión 2008 se han registrado 7.005 casos notificados seropositivos al VIH, para una preponderancia acumulada de 0.05%. Sin embargo la prevalencia de esta infección ha mostrado un comportamiento ascendente en ese periodo, pese al sub registro que existe en la notificación de casos de VIH en nuestro país. Más del 53% de los casos notificados se encuentran en Santa Cruz, el 21% en la ciudad de La Paz, el 15% en la ciudad de Cochabamba y el 11% de los casos distribuidos en los departamentos restantes

El grupo de edad más afectado se encuentra entre los 15 y 34 años con un 75 % del total de casos; la probable vía de transmisión en un 95% es la sexual, y el 1% la transmisión es vertical o también conocida como transmisión de madre a hijo.

La preferencia sexual de los casos de VIH y SIDA notificados es la heterosexual en un 77%, un 15% en homosexual, y el 6% bisexual.

La epidemia del VIH/SIDA representa un desafío sin precedente para las comunidades, las naciones y la comunidad internacional, un desafío a la supervivencia, los derechos y el desarrollo humano.

Las consecuencias de la diseminación de la epidemia del VIH/SIDA en los países en vías de desarrollo debe ser entendido dentro del contexto de los problemas

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA EN PERSONAL MÉDICO, ENFERMERÍA Y LABORATORIO
EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON VIH/SIDA DEL CENTRO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA CDVIR-LA PAZ”**



sociales y económicos que experimentan, ya de suyo críticos: pobreza, hambruna, escasez de alimentos, sanidad y cuidados en salud inadecuados, subordinación de seres humanos y políticas de ajuste que asignan recursos insuficientes a los sectores sociales.

Estos factores generan una vulnerabilidad específica ante las consecuencias devastadoras de la epidemia del VIH/SIDA las penurias económicas, sociales, familiares y laborales conducen a actividades que magnifican los riesgos de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) e implica que muchas personas particularmente los adolescentes no puedan protegerse contra la infección.³

Desde el año 1992 el Ministerio de Salud de Bolivia, con el apoyo financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID/Bolivia), y Los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de Norteamérica se implementó una estrategia de prevención dirigida a poblaciones vulnerables, con la apertura de los Centros Departamentales de Vigilancia y Referencia (CDVIR) de ITSMIH/SIDA, iniciando este proyecto en una primera etapa en la ciudad de La Paz y posteriormente este programa se extendió a las 9 capitales de departamento en todo el país.

El año 1994 se implementan estos centros en las ciudades de Oruro, Sucre, Potosí, y Beni, y finalmente Cobija. Se conforman equipos multidisciplinarios en cada centro constituidos por médicos, enfermeras, nutricionistas, trabajadoras sociales, bioquímicas, y psicólogos, para desarrollar un enfoque integral en la atención.

Estos Centros de especialidad tuvieron el apoyo desde 1.994 – 1999 por el Centros para el Control de Enfermedades (CDC) y se dio continuidad y fortalecimiento a estos centros a través del Proyecto de Salud Integral (PROSIN).

² 172 Bono S. Lidia. "SIDA Perfil de una epidemia". (1995): Página 5 Ídem. Página 11.

³ Reid, Elizabeth (1998) "La Epidemia del VIH y El Desarrollo". Nueva York. Traducido al Español por Juan Jacobo Hernández. Página 8



El Proyecto de Salud Integral PROSIN, tuvo un rol muy importante en el desarrollo del Programa Nacional de ITS – VIH y SIDA del Ministerio de Salud y Deportes, como la implementación en los nueve departamentos de los Centros Departamentales de Vigilancia de ITS-VIH y SIDA dependientes del SEDES.

A pesar de que se cuenta con bastantes centros de información la epidemia del VIH/SIDA en nuestro país se ha venido multiplicando, hoy en día según estadísticas registradas por la Red Nacional de Personas que Viven con el VIH de Bolivia (REDBOL) existen legalmente registrados alrededor de 21.000 casos en Bolivia donde el departamento con mayor índice de personas viviendo con el virus del VIH/SIDA se encuentra en la ciudad de La Paz y un 75% son adolescentes a pesar de que el ministerio de salud y deportes ha logrado introducir programas de prevención contra lo que es la pandemia del VIH/SIDA con la colaboración de países como España y los EE.UU. pero las políticas que estos a su vez aplican no han logrado alcanzar a la población en general.⁴

Teniendo en cuenta que los casos de VIH/SIDA en Bolivia siguen incrementándose día a día, se cuestiona y se plantea si los centros que existen están cumpliendo su rol de atención profesional ante los seres humanos especialmente con las PVVS, de ahí que surge la siguientes interrogantes:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de VIH/SIDA en personal de salud en nuestra región? ¿Se está realizando un enfoque integral para la promoción de salud en torno a la población que se asiste?



1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Los conocimientos sobre distintos aspectos de la vida han evolucionado situaciones, que tienen que ver con el avance de la tecnología, sin embargo a pesar de que estamos rodeados de muchos descubrimientos científicos, un aspecto tan importante como es la salud sexual misma que esta encaminada al mejoramiento de la calidad vida de las relaciones personales y de los servicios de salud sexual no deberían estar meramente orientados al asesoramiento y la atención en materia de producción e infecciones de transmisión sexual.

La salud sexual demanda el compromiso de todos y descansa en el ejercicio de una sexualidad responsable y en correspondencia con los derechos humanos, los gobiernos del mundo reconocieron los derechos reproductivos, afirmándose el derecho universal a la salud sexual, además del respeto a la integridad física y el derecho a no sufrir discriminación ni cohesión en todos los asuntos con la vida sexual y reproductiva de las personas.

Dentro de este aspecto fundamental de la salud sexual y reproductiva es menester mencionar aspectos fundamentales tales como la pandemia del VIH/SIDA, ya que la pandemia pone en riesgo la salud de millones de personas en todo el mundo. La rápida expansión de la transmisión del virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el aumento en el número de casos de SIDA constituyen hoy en día una gran preocupación primordial de los gobiernos y de la propia colectividad que habita el mundo.

Desde que comenzó la pandemia del VIH/SIDA en países del mundo, se observó el desarrollo de una serie de prejuicios que desembocaban en la estigmatización y la discriminación de las personas viviendo con el virus del VIH/SIDA (PVVS) debido a la concepción de información irresponsable creando miedos sociales en torno a la sexualidad, miedos relacionados con el consumo de drogas y a grupos de personas con mayor exposición a la epidemia.

⁴ Análisis de la Situación de la Epidemia del VIH/SIDA (1999) Min. Salud Página 29.



Desde la notificación del primer caso de SIDA en Bolivia ocurrida en 1985 el impacto del VIH/SIDA, ha generado problemáticas personales, sociales y económicas. La preocupación actual de la situación en Bolivia, América Latina y el mundo en cuanto a la aparición del VIH/SIDA; a principios de los años ochenta hizo tener no solo grandes problemas colectivos derivados de la pandemia, esta ha calado a amplios sectores de la sociedad desde organismos mundiales de salud pioneros de la lucha de la sobrevivencia del ser humano hasta llegar a individuos particulares quienes viven, experimentan sufrimientos, enfermedades, miedos, prejuicios, clandestinidad y en el peor de los casos una muerte con bastante dolor, estos factores generan una vulnerabilidad específica ante las consecuencias devastadoras de la pandemia, según informes presentados por el Ministerio de Salud y Deportes mediante el Centro de Vigilancia Epidemiológica y el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA se han registrado incrementos estrepitoso en estos últimos años.

Según Bronfman, M., 2004 menciona que: Desde el inicio de los estudios sobre el VIH/SIDA, éstos estuvieron asociados a las migraciones, pero no de manera suficiente. Los autores nos dicen que los estudios sobre los orígenes de la infección por razones obvias fueron priorizados, y aquellos asociados a la diseminación por movilidad de las poblaciones, quedaron relegados. En la actualidad, nos dicen, constituye un reto avanzar en "los factores estructurales que restringen y determinan el comportamiento de la población ante esta infección, la salud pública tiene ante sí el desafío de incidir en las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que incrementan la vulnerabilidad de la población frente al VIH/SIDA, mediante acciones que impliquen la cooperación técnica entre diferentes países en diferentes regiones".⁵

Esta preocupación también ha alcanzado a la psicología y numerosos investigadores que han buscado en su seno las herramientas que les permitan

⁵ Bronfman, M., (2004) Origenes del VIH/SIDA En América Latina. Página 256

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA EN PERSONAL MÉDICO, ENFERMERÍA Y LABORATORIO
EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON VIH/SIDA DEL CENTRO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA CDVIR-LA PAZ”**



contribuir a la búsqueda de soluciones a la problemática de la transmisión de la pandemia del VIH/SIDA en Bolivia”.

Todo esto ha tenido un efecto negativo en la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA ya que las mismas personas que viven con el virus del VIH/SIDA se sienten culpables y avergonzadas no pudiendo emitir sus opiniones ni participación en la lucha contra la problemática que como país de manera silenciosa atravesamos, de la misma forma el estigma asociado a la epidemia no ha permitido el debate abierto sobre sus actos impidiendo la adecuada información, orientación y educación a las demás personas para poder realizar una prevención de la pandemia.⁶

A partir del conocimiento de estas actitudes enraizadas en los miedos y prejuicios de muchas personas que teniendo una boca, unas manos, unos pies, unos ojos, una vida, un corazón les es muy difícil poder abordar desde un inicio hasta el final lo que es la problemática en cuestión por factores sociales, laborales, familiares y culturales.

La transmisión de la pandemia del VIH/SIDA en Bolivia esta libremente al alcance de todas los seres humanos ya que en este sentido la problemática no es de unos cuantos grupos como las trabajadoras sexuales comerciales y los homosexuales como aún en día se sigue considerando grupos de alto riesgo, si no mas bien es de las distintas situaciones de riesgo que existe en cualquier contexto social, cultural, económico, laboral, etc.

Las campañas de prevención primaria del SIDA implementadas por organismos de salud han procurado incrementar el nivel de conocimiento sobre las formas de adquisición y transmisión del VIH, así como de las manifestaciones clínicas del SIDA y su prevención mediante la práctica de la abstinencia, la fidelidad de pareja o el uso del condón en aquellos con relaciones sexuales coitales. Sin embargo, diversos estudios sobre el grado de conocimiento su impacto en las prácticas sexuales de

⁶ Resolución Ministerial No.711 (2002) Prevención y Vigilancia de VIH/SIDA. Bolivia



personas de diferentes poblaciones, han mostrado una variabilidad e inconsistencia considerables en muchos seres humanos.

El abordaje integral de las personas viviendo con el virus del VIH/SIDA (PVVS), requiere de un adecuado conocimiento en torno al comportamiento fisiopatológico de la infección así como de los fenómenos psicosociales que provoca, por lo que se vuelve una necesidad imperante la educación continua e integral de esta patología.

Los estudios o reportes acerca de la actitud que tiene el personal de salud ante el VIH/SIDA, se han basado principalmente en las actitudes de discriminación estigmatización ante estos pacientes, lo cual ha estado relacionado con los conocimientos que tienen los profesionales de la salud de la infección por el VIH.

En Bolivia el 34% de personal de salud refirió que tiene o tendría miedo de atender a una persona con el VIH/SIDA, por miedo a la “transmisión” y a la falta de material de bio seguridad para realizar el test a todos los pacientes en los servicios de salud. El 32% afirmó que tiene el derecho de rechazar la atención a una persona seropositiva al VIH infectada con SIDA (Valdez y Saudan, 1998).

En España en el Hospital de Huelva, se estudió la actitud y los conocimientos del personal de enfermería sobre el paciente VIH/SIDA en el periodo 2001- 2002; en el cual se detectó, además de un gran miedo a la transmisión, deficiencias en cuanto a ciertos conocimientos específicos respecto a la infección.

De igual forma en Barcelona en otro estudio realizado por Tomas Sábado, Joaquín y Cols a estudiantes de enfermería, durante el primer trimestre del 2002 - 03, se reportó también actitudes prejuiciosas y negativas ante el SIDA.⁷

En el 2004 se realizó un estudio para valorar los conocimientos, actitudes y práctica en personal de salud del Hospital Roberto Calderón el cual reveló un mayor porcentaje de conocimiento en médicos residentes, una actitud positiva sobre esta

⁷ <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida>



patología en médicos residentes y especialistas y actitud negativa en médicos internos. En términos generales se demostró buenas prácticas.

La atención que se da a pacientes que viven con VIH/SIDA se debe de basar en aspectos éticos, que permitan ofrecer a estos pacientes una atención integral, completa, equitativa, respetuosa; sin que sean víctimas de la discriminación y estigmatización por parte del personal de salud.⁸

Por lo antes descrito es importante analizar el conocimiento que tienen los profesionales de salud sobre el VIH y SIDA, así mismo las actitudes y prácticas médicas ante un paciente portador de la infección

Para, que esto sirva como insumo para orientar las políticas y estrategias de salud en el manejo de esta patología y corregir las debilidades de atención del personal que permitan mejorar integralmente la atención a estos pacientes.

La rápida evolución de la educación para la salud, ha ocurrido en muchos casos sin una base teórica, enfocando más el aspecto práctico, y olvidando que conocimiento, junto con la actitud positiva, favorece conductas específicas de conservación y promoción de la salud. Por lo tanto es necesario contestar las siguientes interrogantes: ¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de VIH/SIDA en personal de salud en el CDVIR-LA PAZ? ¿Se está realizando un enfoque integral para la promoción de salud en torno a la población que se asiste?

1.3.- DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL:

El Centro de Vigilancia Epidemiológica CDVIR - LA PAZ, también conocido como Centro Piloto es un ente normativo de Certificación y Acreditación de los servicios tanto públicos como probados a nivel departamental.

Este Centro de referencia tiene como máxima autoridad al director del servicio Departamental de Salud, a través de la unidad de Epidemiología Departamental.

⁸ <http://saludpublica.bvsp.org.bo/sys/s2a.xic?DB=B&S2=2&S11=8548&S22=b>



Contando también con el servicio de la carnet sanitario y un centro de administración, en las dependencias del Centro se encuentra el área de Epidemiología como el Programa de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, con su componente asistencial y operativo, el laboratorio del Programa Malaria y Leishmaniasis, laboratorio del Programa de Chagas.

La unidad de acreditación y Certificación fue creada para dar cumplimiento a los requisitos sanitarios mínimos para autorizar el funcionamiento y definir la categoría que corresponde a establecimientos públicos y privados de prestación de servicios a la población, así como verificar la observancia de los requisitos mínimos para el ejercicio profesional en los cuales se aplica la ley de los códigos de salud otorgando el certificado que corresponda

El programa de Carnet Sanitario, cuenta con personal médico, laboratorio y personal auxiliar, que se encarga de otorgar el carnet sanitario en testimonio del buen estado de salud de la población.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es el encargado de realizar las inmunizaciones a la población general y a la vigilancia de casos por mordeduras de animales, sospechoso por infección de rabia.

El componente asistencial y operacional, Centro Departamental de Vigilancia y Referencia (CDVIR) del Programa de ITS, VIH/SIDA, brinda atención integral médica, para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de dichas infecciones, a población general y grupos de poblaciones vulnerables como las trabajadoras comerciales sexuales (TSC) y personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS).

Cuenta con personal médico y de laboratorio especializado, de enfermería, de educación, psicología, trabajo social, nutrición, dermatología y auxiliar. Además de las actividades existentes que realiza tiene un plan de formación de recursos humanos, dirigido al personal de salud del sistema público y privado del

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA EN PERSONAL MÉDICO, ENFERMERÍA Y LABORATORIO
EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON VIH/SIDA DEL CENTRO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA CDVIR-LA PAZ”**



Departamento. Por otra parte la unidad de laboratorio es coordinadora departamental de la red de Laboratorios del Departamento dependiente del Instituto Nacional de Laboratorios en Salud, INLASA.

El Laboratorio del Programa de Malaria y Leishmaniasis realiza actividades de diagnóstico, capacitación, supervisión y logística de insumos para la red de laboratorios del programa en el departamento.

El laboratorio del Programa de Chagas, recientemente implementado cumple funciones de confirmación de casos y capacitación para el diagnóstico en las redes del departamento.⁹

⁹ Programa Departamental De ITS/VIH/SIDA (2006) Manual de Bioseguridad. Página 12 - 13



CAPÍTULO II

OBJETIVOS

2.1.- OBJETIVO GENERAL

Analizar los conocimientos, actitudes y prácticas en personal médico, enfermería y laboratorio en la atención de pacientes con VIH/SIDA del Centro de Vigilancia Epidemiológico CDVIR- La Paz.

2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- **Evaluar el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA en médicos, enfermeras, laboratoristas en la atención de pacientes con VIH/SIDA del Centro de Vigilancia Epidemiológico CDVIR- La Paz.**
- **Conocer las actitudes que tiene el personal médico, enfermeras, laboratoristas en la atención de pacientes con VIH/SIDA Centro de Vigilancia Epidemiológico CDVIR- La Paz.**
- **Determinar las prácticas del personal médicos, enfermeras, laboratoristas en la atención de pacientes con VIH/SIDA Centro de Vigilancia Epidemiológico CDVIR- La Paz.**

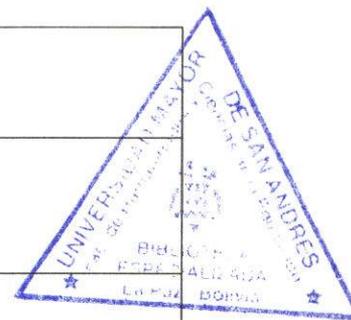
Los resultados de la presente investigación se llevaron con un tipo de muestra no probabilística, realizándose una selección con sujetos voluntarios.

La muestra esta conformada por personal de salud del Centro de Vigilancia Epidemiológica CDVIR – LA PAZ, como se refleja en el siguiente cuadro:

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA EN PERSONAL MÉDICO, ENFERMERÍA Y LABORATORIO
EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON VIH/SIDA DEL CENTRO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA CDVIR-LA PAZ”**



PROFESIONALES VOLUNTARIOS	
MEDICOS	7
LABORATORISTAS	9
ENFERMERAS	14



Esta investigación se realizó utilizando un cuestionario que evalúan los conocimientos, las actitudes y la práctica médica en la atención de las personas que viven con VIH/SIDA.

Según cronograma establecido, el cuestionario fue administrado en el mes de junio en tres diferentes días, disponiendo de un día para cada grupo de profesionales.

2.3.- HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Los conocimientos, actitudes y práctica en personal médico, enfermería y laboratorio en la atención de personas con VIH/SIDA del centro de vigilancia epidemiológica CDVIR - LA PAZ son inadecuados.



CAPÍTULO III

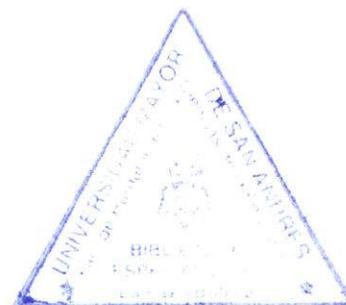
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

3.1.-CONCEPTOS BÁSICOS DEL VIH/SIDA

Las siglas del VIH/SIDA significan:

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida



Síndrome: Enfermedad o Condición caracterizada por un Conjunto de síntomas y signos que se presentan simultáneamente.

Inmunodeficiencia: debilitamiento importante del sistema inmunológico.

Adquirida: contraído por el paciente durante su vida, que no es congénito.

En inglés: AIDS, HIV

El virus es un agente que causa enfermedades, infecciones al hombre, animales y plantas dependiendo su naturaleza.

Los virus son extremadamente pequeños, y como los parásitos, se ven obligados a invadir alguna célula sensible para realizar sus actividades vitales (reproducción, metabolismo), lo que perjudica a la célula en la cual se ha introducido provocando la ruptura de la misma.

Los virus son incapaces de multiplicarse fuera de una célula ya que sobreviven un tiempo limitado fuera de ella.

La mayoría de personas piensan que el VIH es igual a SIDA, pero se equivocan, hay mucha diferencia.

El VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) es el virus que causa el SIDA; y SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida) es una etapa de la infección que se caracteriza por el debilitamiento de las defensas haciendo que cualquier otra



enfermedad produzca grandes daños al organismo debilitado; éstas son las llamadas “enfermedades oportunistas”.

El VIH es diferente a la mayoría de los virus porque ataca el sistema inmunitario. El sistema inmunitario le permite al cuerpo combatir las infecciones. El VIH encuentra y destruye un tipo particular de glóbulos blancos (las células T o CD4) utilizados por el sistema inmunitario para combatir las enfermedades.

El SIDA representa la etapa final de la infección por el VIH. Es posible que una persona infectada con el VIH tarde varios años en alcanzar esta etapa, aun sin recibir tratamiento. En las personas que tienen el SIDA, el virus ha debilitado su sistema inmunitario a tal grado que al cuerpo se le dificulta combatir las infecciones.

El sistema inmunitario defiende al organismo de las agresiones que le ocasionan diferentes tipos de microorganismos e impide, a su vez, la proliferación de células malignas. Este sistema actúa en todo el cuerpo por medio de un tipo especial de glóbulos blancos, los linfocitos. De estos existen dos grandes grupos:

- Los linfocitos T atacan directamente a los invasores
- los linfocitos B producen unas sustancias que llamamos anticuerpos que son específicas para cada microbio

3.2.- ORÍGENES DEL VIH

Desde 1981 se detectaron casos sorprendentes de infección por *Pneumocystis jiroveci* (entonces designado *Pneumocystis carinii*), un hongo emparentado con las formas originales de los Ascomycetes, conocido por infectar a pacientes severamente inmunodeprimidos. Inicialmente se observó un grupo de casos semejantes en los que estaban implicados varones homosexuales y donde aparecía a la vez infección por citomegalovirus y candidiasis. Se pensó primero que la causa debía estar ligada a prácticas comunes entre la población homosexual masculina.

Pronto empezaron a aparecer casos que afectaban a varones o mujeres heterosexuales usuario de drogas intravenosas, así como a sus hijos; también entre pacientes no homosexuales y con hábitos saludables que habían recibido



transfusiones de sangre entera o de productos sanguíneos por su condición de hemofílicos. Pronto se pensó, por criterios básicamente epidemiológicos, que la causa debía ser un agente infeccioso que se transmitía de forma semejante a como lo hace el virus de la hepatitis B.

Distintos equipos empezaron a buscar un virus asociado a los casos conocidos de inmunodeficiencia adquirida, tal vez un retrovirus como el que se sabía producía la inmunodeficiencia del gato o como el HTLV, productor de un tipo de leucemia. En 1983, en el Instituto Pasteur de París, un equipo dedicado a la investigación de la relación entre retrovirus y cáncer dirigido por J.C. Chermann, F. Barré-Sinoussi y L. Montagnier, encontró un candidato al que denominó lymphadenopathy-associated virus (virus asociado a la linfadenopatía, LAV).

En 1984 el equipo de R. Gallo, descubridor del HTLV, único retrovirus humano conocido entonces, confirmó el descubrimiento, pero llamando al virus human T lymphotropic virus type III (virus linfotrópico T humano tipo III, con las siglas HTLV-III). Se produjo una subsecuente disputa sobre la prioridad en la que quedó claro que Gallo había descrito el virus sólo después de haber recibido muestras de los franceses. Como parte de la resolución del conflicto, el virus adquirió su denominación definitiva, human immunodeficiency virus (HIV) que en castellano se expresa como virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Debido a la forma explosiva con que apareció la epidemia en 1981, muchos científicos pensaron que se enfrentaban a una nueva enfermedad provocada por un nuevo agente infeccioso inédito, hubo incluso quienes dijeron que se trataba de un virus creado por la CIA o la KGB. Sin embargo, los orígenes del SIDA pese a que no están totalmente claros, son muy diferentes.

Los virus del SIDA, el VIH-1 y el VIH-2, podrían constituir una invención antigua de la naturaleza, según sospechan los biólogos; pertenecen a la familia de los retrovirus, virus cuya información genética está contenida en una molécula de ARN en vez de ADN, como es habitual en la mayoría de los seres vivos.



El descubrimiento en 1989 del VIH-2 ALT, una variante del VIH-2 que es más antigua que algunos virus del SIV, parece indicar que el virus del SIDA existía en el continente africano incluso un siglo antes de que surgiera la epidemia.

Los primeros casos notificados en África y Europa datan de 1959, y en Norteamérica de 1968

En la historia de la búsqueda del virus no se puede dejar de hablar del célebre "Paciente 0" de dónde pareció partir la epidemia en los primeros momentos. Se trata de Gaetan Dugas un auxiliar de vuelo homosexual y extremadamente promiscuo que reconoció haber tenido más de mil compañeros sexuales. A partir del VIH aislado en su sangre se identificaron, investigando a pacientes de todo el mundo, a más de 40 casos de VIH de idénticas características, repartidos por multitud de países que tenían en común además el haber compartido sexo entre ellos.

Contribuyó indudablemente a extender la enfermedad por todo el mundo, algo que ocurrió en un tiempo récord, pero también ayudó a reconocer que la enfermedad era muy contagiosa y que ciertas actitudes podían ayudar a su diseminación, por lo tanto era posible tomar medidas para reducir la tasa de infecciones.

Fue en este escenario cuando en junio de 1981 se comunicó, en una revista científica, el primer caso de neumonía por *Pneumocystis carinii* en un paciente homosexual. Este germen era hasta entonces muy poco frecuente salvo en sujetos con las defensas bajas. Casi simultáneamente se publicaron varios casos de Sarcoma de Kaposi en pacientes jóvenes y los acontecimientos se sucedieron vertiginosamente. Ambas eran enfermedades raras que aparecían sólo en sujetos inmunodeprimidos, es decir, sin capacidad para defenderse de las infecciones y de algunos tumores. En pocos meses se describieron casos similares en otros países occidentales, fundamentalmente europeos, y cundió la alarma.

En los años 70 la liberación sexual estaba en su apogeo. Siguiendo esta corriente, la comunidad gay de algunos países había decidido salir a la calle y mostrarse sin complejos. En ciudades como San Francisco o Nueva York proliferaban los garitos donde además de copas y música se consumía sexo sin restricciones.



Según investigaciones de aquella época, en una sola visita a estos locales (saunas, discotecas o clubes especiales) se producían una media de 2,7 contactos sexuales. Proliferaron entonces las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y era frecuente encadenar o padecer a la vez gonorrea, sífilis, herpes genital y toda una ristra de enfermedades asociadas a la promiscuidad. Sin embargo, no fue suficiente para modificar los hábitos sexuales de la época. Eran tiempos felices y la mayoría de estos problemas se arreglaban con antibióticos.¹⁰

3.3.- EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA

3.3.1.-SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA EN EL MUNDO ENERO DE 2010



¹⁰ Bono S. Lidia. "SIDA Perfil de una epidemia". (1995). Página 107

Daniels, Victor G "SIDA : Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ". México -1985:2234

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA EN PERSONAL MÉDICO, ENFERMERÍA Y LABORATORIO
EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON VIH/SIDA DEL CENTRO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA CDVIR-LA PAZ”**



Country Name	Valué
Sudáfrica	5,700,000
Nigeria	2,600,000
India	2,400,000
Mozambique	1,500,000
Tanzania	1,400,000
Zimbabwe	1,300,000
Estados Unidos	1,200,000
Kenia	1,200,000
Zambia	1,100,000
República Democrática del Congo	1,100,000
Etiopía	980,000
Uganda	940,000
Rusia	940,000
Rusia	940,000
Malawi	930,000
Brasil	730,000
China	700,000
Tailandia	610,000
Camerún	540,000
Costa de Marfil	480,000
Ucrania	440,000
Sudán	320,000
Botswana	300,000
Vietnam	290,000
Indonesia	270,000
Lesoto	270,000

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA EN PERSONAL MÉDICO, ENFERMERÍA Y LABORATORIO
EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON VIH/SIDA DEL CENTRO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA CDVIR-LA PAZ”**



Ghana	260,000
Birmania; Myanmar	240,000
Chad	200,000
Namibia	200,000
México	200,000
Suazilandia	190,000
Angola	190,000
Colombia	170,000
República Centroafricana	160,000
Italia	150,000
Ruanda	150,000
España	140,000
Francia	140,000
Burkina Faso	130,000
Togo	130,000
Haití	120,000
Argentina	120,000
Burundi	110,000
Venezuela	110,000
Malí	100,000
Pakistán	96,000
Guinea	87,000
Irán	86,000
Malasia	80,000
Congo	79,000
Reino Unido	77,000

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA EN PERSONAL MÉDICO, ENFERMERÍA Y LABORATORIO
EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON VIH/SIDA DEL CENTRO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA CDVIR-LA PAZ”**



Perú	76,000
Camboya	75,000
Canadá	73,000
Nepal	70,000
Senegal	67,000
Benín	64,000
República Dominicana	62,000
Níger	60,000
Guatemala	59,000
Sierra Leona	55,000
Papúa-Nueva Guinea	54,000
Alemania	53,000
Gabón	49,000
Eritrea	38,000
El Salvador	35,000
Liberia	35,000
Portugal	34,000
Chile	31,000
Honduras	28,000
Jamaica	27,000
Ecuador	26,000
Suiza	25,000
Somalia	24,000
Paraguay	21,000
Marruecos	21,000
Argelia	21,000
Polonia	20,000

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA EN PERSONAL MÉDICO, ENFERMERÍA Y LABORATORIO
EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON VIH/SIDA DEL CENTRO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA CDVIR-LA PAZ”**



Panamá	20,000
Países Bajos	18,000
Australia	18,000
Guinea-Bissau	16,000
Uzbekistán	16,000
Yibuti	16,000
Rumania	15,000
Bélgica	15,000
Madagascar	14,000
Mauritania	14,000
Trinidad y Tobago	14,000
Mauricio	13,000
Corea del Sur	13,000
Bielorrusia	13,000
Guyana	13,000
Bangladesh	12,000
Kazajistán	12,000
Yemen	12,000
Guinea Ecuatorial	11,000
Grecia	11,000
Uruguay	10,000
Tayikistán	10,000
Libia	10,000
Letonia	10,000
Estonia	9,900
Austria	9,800

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA EN PERSONAL MÉDICO, ENFERMERÍA Y LABORATORIO
EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON VIH/SIDA DEL CENTRO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA CDVIR-LA PAZ”**



Costa Rica	9,700
Japón	9,600
Egipto	9,200
Moldavia	8,900
Filipinas	8,300
Gambia	8,200
Bolivia	8,100
Azerbaiyán	7,800
Nicaragua	7,700
Puerto Rico	7,397
Surinam	6,800
Suecia	6,200
Cuba	6,200
Bahamas	6,200
Laos	5,500
Irlanda	5,500
Israel	5,100
Dinamarca	4,800
Singapur	4,200
Kirguizistán	4,200
Sri Lanka	3,800
Túnez	3,700
Belice	3,600
Hungría	3,300
Líbano	3,000
Noruega	3,000
Georgia	2,700

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA EN PERSONAL MÉDICO, ENFERMERÍA Y LABORATORIO
EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON VIH/SIDA DEL CENTRO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA CDVIR-LA PAZ”**



Hong Kong	2,600
Armenia	2,400
Finlandia	2,400
Barbados	2,200
Lituania	2,200
República Checa	1,500
Nueva Zelanda	1,400
Omán	1,300
Bosnia y Hercegovina	900
Cabo Verde	775
Jordania	600
Fiyi	600
Bulgaria	346
Eslovenia	280
Islandia	220
Croacia	200
Groenlandia	100
Iraq	0
Eslovaquia	0
Mongolia	0
Luxemburgo	0
Macedonia	0
Brunei	0
Bután	0
Bahráin	0
Siria	0



La repercusión directa e indirecta del VIH/SIDA en la fuerza laboral se puede medir en términos macroeconómicos, según el estudio de la OIT. En los países donde se cuantificó la repercusión entre 1992 y 2002, la tasa de crecimiento del PIB fue inferior en un 0,2 por ciento anual (equivalente a 25.000 millones de dólares por año) y la tasa de crecimiento del PIB per cápita fue inferior en un 0,1 por ciento anual (equivalente a 5 dólares per cápita por año).

En el informe también se señala que:

- La epidemia tendrá diversas repercusiones para las mujeres en los países más afectados por el VIH/SIDA. Independientemente de que trabajen de forma productiva dentro o fuera de sus hogares, el tiempo de trabajo de las mujeres se verá afectado por el hecho de que son quienes se ocupan principalmente del cuidado de los enfermos. Además, las mujeres jóvenes están registrando ahora los incrementos más altos en las tasas de prevalencia del VIH. Por último, cuando las mujeres se ocupan de la agricultura de subsistencia (en la mayoría de África), la carga de cuidar de los miembros de la familia enfermos de SIDA, la necesidad de obtener ingresos para reemplazar la pérdida de ingresos de la persona con SIDA y el peso de cuidar de otros miembros de la familia, sobre todo niños y personas de edad, pueden restarles el tiempo de que disponen para las actividades agrícolas, lo que pondría en peligro su capacidad para proporcionar alimentos a sus hogares y bienestar a los miembros de la familia.
- En los países más afectados, la repercusión del VIH/SIDA afectará a gran parte de la fuerza laboral en los sectores público y privado, así como a la agricultura, la economía informal y a las mujeres y los niños. En el informe se indica que la repercusión del VIH/SIDA será especialmente grave en los sectores de la educación y la salud, donde la proporción del personal educativo y sanitario que está muriendo de VIH/SIDA puede alcanzar una cifra tan alta como el 40 por ciento para 2010.
- En las zonas rurales de los países más afectados, el VIH/SIDA está empeorando la situación económica de los hogares rurales más pobres,



extenuando la capacidad de las comunidades rurales para hacer frente a la adversidad y agravando seriamente la inseguridad alimentaria existente.

- Los niños no recibirán los cuidados y consejos de sus padres, o se verán obligados a abandonar la escuela y buscar un trabajo que no sólo pondrá en peligro su bienestar físico sino que además les privará de educación, calificaciones y formación, amenazando así los objetivos de eliminar el trabajo infantil y promover el desarrollo sostenible.

"El desafío para las políticas nacionales es cómo abordar los temas relacionados con el capital humano y crear los medios para sostener la oferta y calidad de los bienes y servicios públicos", dice el informe. "Además, con objeto de obtener una masa crítica de respuestas a la epidemia, ha de fomentarse un entorno político favorable, con especial énfasis en el marco jurídico, que apoye la capacidad educativa y de creación de empleo, la integración como objetivo de la estrategia de desarrollo y la reducción de la pobreza".

- Hay diversas formas de responder a la epidemia del VIH/SIDA en el mundo del trabajo, según el informe: la OIT estableció un programa en 2001 y elaboró un repertorio de recomendaciones prácticas el mismo año para guiar la respuesta a la epidemia en el lugar del trabajo.
- Varios países han adoptado legislación progresista en forma de leyes revisadas o nuevas que pueden desempeñar una función importante de mitigación de la repercusión del VIH/SIDA en el lugar de trabajo y de protección de los derechos de las personas que viven con el VIH/SIDA.
- En muchos países se están desplegando esfuerzos para dar respuestas que se centren tanto en la prevención como en el tratamiento, que incluyen la adopción de políticas sectoriales de ámbito nacional, los esfuerzos comunitarios para reducir el estigma y la discriminación, las iniciativas del sector privado para promover la prevención, las comunicaciones para modificar los comportamientos de los trabajadores y, por último, los programas de tratamiento en el lugar del trabajo, que una serie de empresas considera



cada vez más como la opción menos costosa para mantener los niveles de rentabilidad y garantizar el crecimiento.

Aunque la OIT destaque la grave repercusión que el VIH/SIDA tiene en la fuerza laboral, en las sociedades rurales y en la economía, también hace hincapié en que en el lugar de trabajo se encuentra muy probablemente una parte de la solución.

"El lugar de trabajo es un medio ideal para lograr un enfoque integrado sobre el VIH/SIDA", comentó Odile Frank, coordinadora del informe. "El trabajo provee un lugar donde hablar de VIH/SIDA es importante, donde las estrategias de prevención pueden promoverse en forma directa, y donde el tratamiento puede ser excepcionalmente productivo".

El sistema tripartito que caracteriza a la OIT le permite hacer lo que ninguna otra organización internacional puede hacer, es decir, movilizar a los trabajadores, a los empleadores y a los gobiernos para llevar a todos los rincones del mundo del trabajo mensajes vitales de prevención y ayuda.

3.3.2.-SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA ENERO DE 2010

En América Latina el índice de personas que están infectadas por el virus del VIH/SIDA se ha incrementado de 1.8 millones a 2.5 millones de seropositivos. 5,200 personas mueren anualmente por SIDA, hasta enero del 2010.

Qué está alimentando esta epidemia en los países de América Latina? El virus del VIH se transmite principalmente al tener relaciones sexuales sin protección (tanto en relaciones heterosexuales como homosexuales) y al usar drogas inyectables. Los factores que contribuyen a la propagación del VIH/SIDA son, entre otros:

Factores sociales: incluyen la pobreza y las relaciones desiguales entre los géneros, donde las mujeres dependen económicamente de los hombres y tienen menos oportunidades de negociar y tener relaciones sexuales seguras, así como la actividad sexual precoz entre los jóvenes.

Inestabilidad política y económica conducente a la migración y movilidad de las personas, lo que deriva en la separación de las familias y el establecimiento de



nuevas relaciones que facilitan la transmisión del virus. Tales crisis tienen como resultado el empobrecimiento de las personas, quienes se ven obligadas a recurrir a mecanismos para sobrellevar la situación que las exponen a la infección. Otra consecuencia de la inestabilidad es la disminución de los recursos disponibles para ejecutar programas contra el VIH/SIDA.

Estigma y discriminación son realidades que enfrentan las personas que viven con VIH/SIDA —homosexuales, trabajadoras sexuales, consumidores de drogas inyectables y demás grupos de riesgo. Estas actitudes alimentan la epidemia al mantenerla oculta.

La falta de capacidad de ejecución debilita la efectividad de los programas diseñados para prevenir el contagio del VIH o brindar tratamiento a quienes viven con la enfermedad. La alta rotación de recursos humanos, exacerbado por las crisis políticas y económicas y la epidemia misma, debilita aún más la capacidad de los países de reaccionar ante la epidemia.¹¹

3.3.3.- SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA EN BOLIVIA

El primer caso de Sida en Bolivia fue reportado en 1984, desde entonces las notificaciones aumentan de manera considerable cada año que pasa. Hasta septiembre del 2004, el número de casos de VIH/Sida reportados en Bolivia fue de 1257 personas, pero se estima que para cada caso reportado existen 10 casos que no fueron diagnosticados. De esta forma, se estima que hasta septiembre del 2004 había 1257 casos de VIH/Sida en Bolivia.

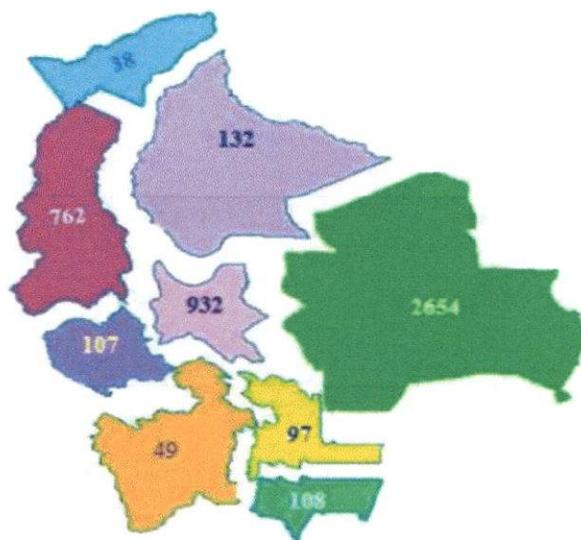
Los departamentos con más casos son Santa Cruz con 51% del total de los casos, seguido por La Paz con 26% y Cochabamba con 13%. Datos de junio del 2004 revelan que la incidencia de casos de VIH/Sida por región apunta a Cochabamba como el departamento con mayor número de casos nuevos, 50% del total de los casos nuevos.

¹¹ With HIV. Resumen CDC0411. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.



La distribución geográfica muestra que 89% de los casos se distribuyen en los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz este hecho se explica por una mayor concentración poblacional en tales departamentos y presumiblemente a una mayor exposición a determinados factores de riesgo.

Los datos de la gestión 2010 muestran una situación similar aunque se registra un aumento significativo en el reporte del departamento de Cochabamba principalmente en lo que se refiere transmisión vertical.



El perfil del enfermo con Sida en Bolivia es de varones (73%), solteros (52%, 29% son casados y 19% se desconoce su estado civil) y heterosexuales (61%).

La vía de transmisión más común es la vía sexual (95%), que puede ser prevenida con el uso del condón de manera adecuada.

Una PVV en Bolivia necesitaría 1200 dólares por mes sólo para comprar medicamentos. En cambio, el condón, que podría evitar la infección en la mayoría de los casos, cuesta apenas 1 boliviano.

¡El Sida en Bolivia es una realidad! Su propagación o control depende de todos y de cada un de nosotros.¹²

¹² Programa Nacional ITS/VIH/SIDA Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación de grupos de PVVS (2008 - 2009 - 2010)

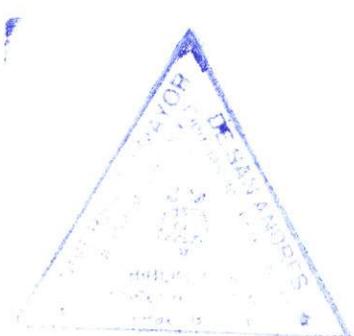
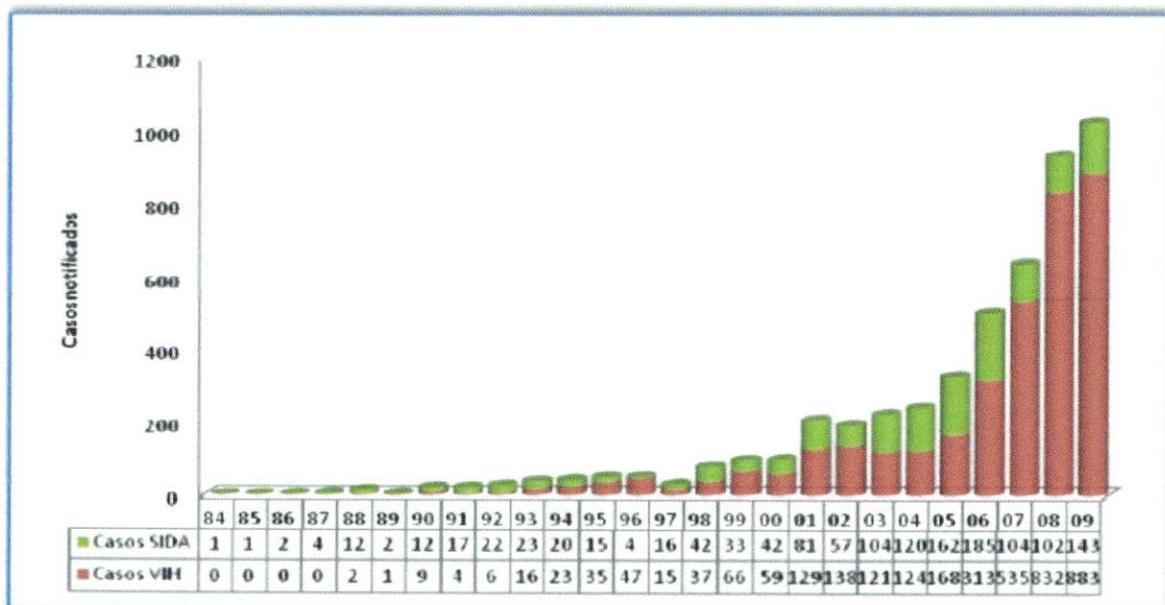


3.3.4.- ESTADÍSTICAS DE VIH/SIDA EN BOLIVIA DICIEMBRE DEL 2009

Bolivia: Estadísticas de VIH/sida, a diciembre de 2009

Número de casos notificados de VIH/SIDA (1984 - 2009)	4.889
Número de personas que fallecieron por causa sida (1984 - 2009)	498
Personas que fallecieron por sida (2009)	107
Número de personas que viven con VIH/SIDA (PVVs) (A diciembre de 2009)	4391
Casos notificados de VIH (1984 - 2009)	3.563
Casos notificados de SIDA (1984 - 2009)	1.326
Casos nuevos reportados entre enero y diciembre de 2009	1026
Número de PVVs con infección avanzada que reciben ARV	1087

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA - MSD





3.4.- CASOS DE VIH-SIDA EN BOLIVIA AUMENTAN EN 100% EN ESTE 2010

Bolivia, un país en vías de desarrollo y con una sociedad relativamente conservadora, en los últimos meses ha reportado un alarmante crecimiento del 100 por ciento de casos de VIH/SIDA.

El Ministerio de Salud de Bolivia registró en el primer semestre de este año 486 nuevos casos de VIH/Sida y en el mismo período de 2008 se reportaron 240 casos, lo que motivó la preocupación de las autoridades sanitarias del país.

La directora del Programa VIH/Sida del Ministerio de Salud, Carola Valencia, dijo que hay un total de 4.343 personas que viven con el virus en el país andino, de los cuales el 55 por ciento está en Santa Cruz, 18 por ciento en Cochabamba, 16 por ciento en La Paz y el 11 por ciento en el resto de los departamentos.

El número creciente de casos detectados es el resultado de la intensa campaña de difusión para que la población se haga pruebas rápidas para detectar si es portador o no del virus.

Según la especialista, las personas se sensibilizaron porque hasta hace poco nadie quería saber de esta problemática a pesar de que eran portadores del virus o pensaban que nunca contraerían el mal.

Las vías de transmisión del VIH son a través de las relaciones sexuales, transfusiones de sangre y perinatal (la mujer embarazada infectada transmite el virus a su hijo).

El informes señalan que el crecimiento de casos en la región boliviana de Santa Cruz se debe a aspectos culturales, donde las relaciones casuales son más frecuentes, además de que hay una fluida inmigración de países vecinos y de otros departamentos del país.

La población debe asumir responsabilidad de su vida sexual y seguir algunos caminos: fidelidad mutua, abstinencia sexual, que significa rechazar o postergar una relación de riesgo para no contraer una infección, y hacer uso correcto del condón masculino y femenino, recomendó Valencia.

Las pruebas de laboratorio son gratuitas en los centros de la red de salud que trabajan dentro de los programas departamentales VIH/Sida del Ministerio de Salud en todo el país, que cuentan con un control de calidad sistematizado.



Las pruebas de laboratorio nunca son reveladas, para evitar problemas a las personas portadoras del virus.¹³

3.5.-VULNERABILIDAD DE LA SOCIEDAD ANTE LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA.¹⁴

3.5.1.-VULNERABILIDAD DE LA MUJER ANTE EL VIH/SIDA

En estos tiempos, todos estamos expuestos al VIH/SIDA. Es importante saber que las características biológicas del cuerpo femenino, por una parte, y el ambiente sociocultural por otra, hacen que las mujeres estén más expuestas al contagio que los hombres.

Biológicamente hablando, el semen contiene más VIH que los fluidos vaginales; permanece más tiempo en la vagina y el tracto rectal que las secreciones vaginales en el pene; las adolescentes y adultas post menopáusicas tienen la mucosa vaginal más permeable al VIH; los desgarros y sangramientos durante la relación sexual multiplican los riesgos de infección; las ITS, muchas veces sin síntomas en la mujer, facilitan la transmisión del virus.

Los roles pasivos asignados y asumidos en las parejas, los prejuicios y mitos acerca de la sexualidad, que condicionan lo que significa ser una "mujer decente", las coloca en condiciones de vulnerabilidad. Tradicionalmente, las mujeres han sido educadas en función del goce masculino y temen exigir una relación sexual con responsabilidad; se asume que la mujer debe entregarse a un hombre que la "cuide y la represente" y por lo tanto, las decisiones masculinas no son cuestionadas, y menos, el uso del condón en una "relación sexual estable". Otro gran problema que enfrenta la mujer, es la violencia en todas sus manifestaciones, particularmente la sexual.

La mujer, cuando se expone a la infección, no solo pone en riesgo su salud. Puede quedar embarazada y comprometer a su descendencia también. Una embarazada

¹³ Ministerio de Salud -Programa Nacional ITS/VIH/SIDA (2010) Bolivia.

¹⁴ OPS (2009) Guía para la Atención Domiciliaria del VIH/SIDA, Washington D.C.

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA EN PERSONAL MÉDICO, ENFERMERÍA Y LABORATORIO
EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON VIH/SIDA DEL CENTRO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA CDVIR-LA PAZ”**



con VIH es más vulnerable a enfermedades o infecciones oportunistas. Si cumple las indicaciones médicas estrictamente, puede reducir a un 5% la posibilidad de transmitirle el virus a su hijo, pero aún así, estos pequeños quedarán huérfanos tempranamente y en muchos casos, quedan expuestos a la discriminación, el estigma y el abuso.

Según la OMS cada vez más mujeres contraen el VIH, y no sólo debido a relaciones fortuitas y desprotegidas, sino también como resultado de vínculos estables. Lo que significa que pueden ser infectadas por sus propios esposos y novios.

Todo eso obliga a extremar las medidas de protección y autocuidado. La mujer debe aprender a decir que NO, a no tolerar el acoso ni la violencia, a no limitarse al pedir ayuda y apoyo, a exigir responsabilidad.

El director del Centro de Investigación, Educación y Salud Sexual Reproductiva (CIES), regional La Paz, Fernando Álvarez, informó que una mujer por cada dos varones es portadora del virus del VIH-sida, pero estas cifras se achicaron de a poco con el paso de los años.

Reflexionó que en los primeros años de la aparición del virus había seis hombres por cada mujer. La población afectada se encuentra entre los 15 a 34 años.

Álvarez dijo que se asume que por cada persona detectada puede haber otras 6 a 7 personas probablemente infectadas. Bajo este sombrío panorama, el CIES lleva adelante el proyecto ITS-VIH/SIDA junto al Programa Nacional y Departamental con el objetivo de capacitar a la población sobre los métodos anticonceptivos y las infecciones de transmisión sexual. La entidad capacitó a personal que tiene el objetivo de informar a la población sobre prevención, tarea que hace énfasis en grupos de homosexuales, transexuales, trabajadoras sexuales, universitarios, policías y militares.

El CIES también sensibiliza a la población sobre el VIH-Sida con el objetivo de concienciar para que se hagan de forma voluntaria una prueba rápida de laboratorio que dura 10 minutos, cuyos resultados son manejados con absoluta reserva.

Este trabajo de sensibilización es encarado por promotores, que son personas que pertenecen a los grupos vulnerables.



Consideramos que es más eficaz que una trabajadora sexual informe a su similar las medidas de prevención en el circuito donde se manejan a que lo haga una persona de afuera.

Álvarez pidió a la ciudadanía tomar precauciones y no correr riesgos de contraer el virus. (Artículo La Razón, Mayo Bolivia).

3.5.2.- VULNERABILIDAD DE LOS NIÑOS/AS ANTE EL VIH/SIDA

Uno de los desafíos más trágicos y difíciles que plantea la epidemia de sida es el número creciente de niños y niñas que han perdido a sus progenitores o aquellos cuyas vidas no volverán a ser las mismas debido a la enfermedad. Se estima que en el 2010, el número de niños huérfanos por causa del sida podría superar los 25 millones. No hay nada que pueda hacer desaparecer el dolor que estos niños y niñas han sufrido ya. Sin embargo, un cambio consciente en nuestras atenciones y nuestros esfuerzos puede contribuir a aliviar el sufrimiento que muchos de ellos soportan, y a proporcionarles unas perspectivas mejores de futuro.

La mayoría de los niños huérfanos por culpa del sida viven en países en desarrollo, en su mayor parte (82%) en el África subsahariana. A medida que la infección se propaga, el número de niños que han perdido a sus progenitores debido al sida comienza a crecer también en otras regiones, por ejemplo en Asia, América Latina y el Caribe, y Europa oriental.

En una situación de empobrecimiento y a menudo sin progenitores que los eduquen y los protejan, los huérfanos y los niños vulnerables se enfrentan a un riesgo creciente de abuso y de infección por VIH. Muchos de ellos se ven obligados a realizar tareas peligrosas y sufren explotación sexual a cambio de dinero, *protección*, vivienda o alimentos.

La mayor parte de los niños con VIH adquieren la infección a través de su madre, lo cual puede ocurrir durante el embarazo, parto o la lactancia materna. Sin la aplicación de ninguna intervención durante estos tres períodos las tasas de Transmisión Materno Infantil (TMI) del VIH pueden variar entre un 15% y un 30%, siempre y cuando se use lactancia artificial, pero con lactancia materna prolongada



estas tasas pueden alcanzar valores tan altos como un 30% a un 45%.

Sin embargo la TMI puede ser reducida hasta en un 2% o aún menos si se usan intervenciones intensivas que incluyan antirretrovirales, intervenciones obstétricas como la cesárea electiva a las 38 semanas y el uso exclusivo de lactancia artificial. El tratamiento a la mujer embarazada debe considerar dos aspectos fundamentales:

_ el cuidado a la propia salud de la mujer

_ a reducción de la TMI

Por lo tanto la selección de los antirretrovirales deberá tener en cuenta ambos aspectos tratando siempre de no producir daños ni en la salud de la madre ni en el feto. Deben considerarse los efectos dañinos potenciales sobre ambos, incluyendo posibles efectos teratogénicos, alteración del curso normal del embarazo como parto pre-término y crecimiento intrauterino retardado. Aunque estudios recientes presentan evidencia de que estos riesgos no son grandes, deben de todas formas tenerse en cuenta.

De un 30-60% de los niños que se infectan por vía materna tienen niveles de virus detectables en sangre (por carga viral) dentro de las 48 horas de nacidos, indicando que la infección puede haber ocurrido durante su desarrollo intrauterino. Aproximadamente el 90% de los niños infectados presentarán marcadores virales a los 12-30 días de infección y casi el 100% entre los 30 y 90 días de nacido. Los patrones de carga viral son diferentes en los niños infectados perinatalmente si se comparan con los de los adultos. Los niños infectados generalmente presentan una carga viral que se mantiene con valores altos durante más tiempo que en los adultos hasta alrededor del primer año de vida. Luego comienza un lento decrecimiento pero raramente llega a ser indetectable de forma espontánea. El método de diagnóstico preferido para el diagnóstico de infección por VIH en la infancia es la PCR

A finales del 2007 Cuba reportó un total de 288 niños hijos de madres seropositivas y de ellos, 30 adquirieron el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). De los 30 niños con VIH por transmisión materno infantil, dos son asintomáticos y 10 fallecieron por esta causa. Los otros 18 se mantienen con tratamiento antirretroviral de gran actividad. Hay además 197 diagnosticados como no infectados o sanos, y 59 que



aún están en estudio, porque no han cumplido los dos años. Desde que se detectó el primer caso de sida en 1985, la isla puso en marcha un programa de prevención del VIH/sida con un componente de atención materno-infantil para disminuir la transmisión vertical (infección del niño durante el embarazo). Esta estrategia incluye los tratamientos antirretrovirales a la madre y los infantes que lo requieran, técnica de reacción en cadena de la polimerasa a los 15 días de nacido y atención especial a la familia.

3.5.3.- VULNERABILIDAD DE LOS JÓVENES Y ADOLESCENTES ANTE EL VIH/SIDA

Datos preliminares publicados en el informe ONUSIDA 2007 ponen de manifiesto cambios positivos en el comportamiento de riesgo entre los jóvenes de algunos de los países más afectados por la epidemia (Botswana, Camerún, Chad, Haití, Kenya, Malawi, Togo, Zambia y Zimbabwe). Estas tendencias señalan definitivamente que los esfuerzos de prevención están teniendo efecto positivo.

En Cuba se han obtenido datos en los últimos años que motivan a reflexionar sobre la necesidad de una educación sexual orientada hacia los valores morales y espirituales sobre los que descansa el comportamiento sexual de los jóvenes cubanos. Al indagar sobre la vida en pareja en la secundaria básica, se comprobó que cerca de la cuarta parte de los estudiantes de secundaria ha iniciado su vida sexual activa, más en 9no. grado que en 7mo., y más los muchachos que las muchachas.

En comparación con estudios anteriores, parece ser que hay una postergación del inicio de las relaciones sexuales, pero aún la mayoría no usan condón, aunque conocen sobre su uso.

La mayoría de los estudiantes de nivel medio y superior encuestados acepta o desea que se mantenga la fidelidad a la pareja, pero ven natural que un hombre "provocado" tenga otra relación sexual cuando se le presenta la ocasión.



La sexualidad, como dimensión humana, debe ser objeto de un proceso educativo donde la información, la formación y el desarrollo de valores en materia sexual, brinden a los jóvenes elementos necesarios para asumir actitudes positivas y responsables. La decisión de comenzar relaciones sexuales durante la adolescencia no debe ser tomada a la ligera. Es muy importante que padres, maestros y otros profesionales, les aseguren el acceso a información y recursos preventivos que los preparen para poder tomar decisiones acertadas.

No resulta nada fácil influir en el comportamiento, en la conducta. Esto es algo que no se forma "de hoy para mañana", pero sí puede ser el resultado de un proceso educativo y cultural que elimine paulatinamente los efectos del desconocimiento, la desinformación, los tabúes y los prejuicios. Las actividades de intervención educativa en los jóvenes deben cumplir parámetros, normas y evaluaciones que garanticen su eficacia

3.5.4.- VULNERABILIDAD AL VIH/SIDA Y GÉNERO

En los primeros años de la epidemia se observaba que los hombres superaban a las mujeres en el número de personas infectadas por el VIH. Las mujeres están asociadas a riesgos específicos y a la vulnerabilidad, incluyendo comportamientos tales como la relación sexual desprotegida o situaciones en las que las relaciones sexuales son forzadas. La vulnerabilidad al VIH, es una medida de la incapacidad de una persona o de una comunidad para controlar el riesgo de infección.

En muchos entornos, las mujeres, en particular las mujeres jóvenes, son especialmente vulnerables a la infección por VIH, en la medida en que puedan ser menos capaces que los hombres, para evitar las relaciones sexuales no consensuadas o coercitivas.

La vulnerabilidad está determinada por factores psicológicos, biológicos, sociales y epidemiológicos a ello se une el concepto social de la feminidad lo cual pone en peligro la salud de la mujer y actúa como un obstáculo para aquella que está tratando de adquirir conocimientos acerca de su salud reproductiva y sexual: el cuerpo el embarazo, el parto, la anticoncepción, las complicaciones de la reproducción y las Infecciones de Transmisión Sexual, incluido el VIH.



3.5.5.- VULNERABILIDAD DE COMUNIDADES GAYS, LESBICAS, BISEXUALES Y TRANSEXUALES (GLBT) ANTE EL VIH/SIDA

Dicho de una relación erótica que tiene lugar entre individuos del mismo sexo. Este es el concepto de homosexual para la Real Academia Española.

La OPS utiliza la expresión *hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres* (HSH) en el marco de la vigilancia epidemiológica y principalmente para referirse a la repercusión de la epidemia en dicho grupo. Sin embargo, utiliza la expresión *hombres homosexuales* para referirse a las personas cuya orientación e identidad es homosexual, incluidos *gays* y *transexuales*. El estigma y la discriminación son fenómenos que afectan a las personas y los grupos de personas con una identidad conocida, en este caso las diferentes comunidades de hombres cuya orientación homosexual es pública. No afectan —salvo indirectamente— a otros grupos de HSH.

Acuñado anteriormente como parte de la respuesta a la epidemia, el término *HSH* fue clave para mejorar las estrategias de prevención. Ayudó a asegurarse de que las intervenciones preventivas se adaptaban a las necesidades de diferentes grupos de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (incluidos los *hombres homosexuales*, *gays*, *transgéneros* y *hombres que actúan o se identifican a sí mismos como convencionales*). Se tuvo en cuenta que muchos de estos hombres no se perciben a sí mismos como *homosexuales* o *gays* ni se relacionan con los mensajes dirigidos a estas comunidades. El término ayuda a diferenciar entre el comportamiento (HSH) y la orientación sexual (*hombres homosexuales*).

Aunque la creación de la sigla HSH ha resultado extremadamente importante, también ha generado confusión en la terminología necesaria para abordar la cuestión de la epidemia. Algunas personas utilizan ahora HSH como sinónimo de *hombre homosexual*, suponiendo que este es un término menos estigmatizante. Algunos incluso utilizan la sigla HSH para dirigirse a los hombres homosexuales en los proyectos de prevención. Ambas prácticas son inadecuadas. Aunque es cierto que no todos los HSH se identifican a sí mismos como *hombres homosexuales*, la



mayoría de ellos no se identifican tampoco con el término HSH. Ambos términos son etiquetas y las etiquetas pueden asimilarse o, con mucha frecuencia, rechazarse.

Ser homosexual, bisexual, transexual o travesti no es una enfermedad, no es sinónimo de perversidad ni constituye delito alguno. No tienen su origen en la seducción a ninguna edad, no son contagiosas ni adquiridas por defectos educativos ni por malos ejemplos en el medio familiar. Son formas de expresión de la Diversidad Sexual, como lo es también la heterosexualidad.

Homosexual es la persona que siente atracción sexual fundamentalmente por otras personas del mismo sexo. Bisexual es la atracción sexual por personas de ambos sexos o persona que tiene relaciones sexuales con ambos sexos. A los homosexuales mundialmente se les identifica con la palabra *gay*, que en inglés significa alegre, divertido. A las mujeres con esta orientación se les conoce como *lesbianas*, por la isla de Lesbos, donde la poetisa griega Safo cantó a la belleza femenina.

Nadie sabe exactamente cómo la homosexualidad entró en la historia humana. Las prácticas relacionadas con la atracción erótica entre personas del mismo género han estado presentes desde el amanecer de la humanidad. Los registros más tempranos de conducta homosexual parecen encontrarse en las prácticas religiosas paganas de la antigüedad, pues incluían prácticas homosexuales en el culto a determinados dioses.

En el mundo no hay leyes vigentes que perjudiquen a los homosexuales. Sin embargo, a pesar de la sucesión generacional y de la importante ruptura que significó la Revolución cubana contra el moralismo machista, todavía pesan prejuicios y tabúes al respecto. No son pocos los que coinciden en decir que a partir de los 90, la sociedad cubana ganó en tolerancia con respecto al homosexualismo, y se ha llegado a hablar incluso de un *destape*, concepto que –al decir de los especialistas- encierra en sí mismo una alta dosis de prejuicio, a la vez que expresa una relativa apertura social al tema



Mayra Rodríguez, psicóloga y Master en Sexualidad del Centro Nacional de Educación Sexual, dice que los homosexuales son, simplemente, gente necesitada de reconocimiento como seres humanos, sin que se les rechace, pero también sin lástima. La sociedad ha tenido un cambio de actitud hacia estas personas, y podríamos decir que se les tolera. Pero no se les acepta, porque no existe una implicación sociológica para pensar que quienes difieren de nosotros por su preferencias sexuales, son iguales por su condición de individuos. De todas formas, considero que el gobierno hace bastante por cambiar esta situación, imposible de manifestarse distinta de un día para otro.

Los homosexuales no han cuestionado abiertamente los derechos que tienen, ni han exigido otros, a diferencia de algunos países donde los ciudadanos han sido parte de movimientos sociales imposibles de ignorar institucionalmente, y que han conducido a conquistas como el matrimonio, el derecho a la pensión y la adopción de hijos por parejas del mismo sexo.

La homosexualidad –una elección no tan minoritaria como algunos quisieran creer– sigue siendo generalmente valorada desde las trincheras del rechazo y la condena, a pesar de que cada vez son más las personas que deciden no mantener oculta su orientación homosexual

3. 6.- FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH¹⁵

3.6.1.- CONDICIONES PARA QUE PUEDA TRANSMITIRSE EL VIH

Para que pueda haber transmisión del VIH tienen que darse tres condiciones. Este concepto es muy importante para comprender el riesgo.

¹⁵ Bono S. Lidia. "SIDA Perfil de una epidemia". (1995). Página 107

Daniels, Victor G "SIDA : Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ". México -1985:2234



EL VIH DEBE ESTAR PRESENTE

Parece evidente, pero el VIH solamente puede transmitirse si una de las personas es portadora del VIH. Algunas personas presuponen que ciertas conductas (tales como el sexo anal) de por sí pueden causar el SIDA. Esto no es correcto; algunas conductas son más riesgosas, pero solamente si el VIH está presente.

◆ TIENE QUE HABER SUFICIENTE VIRUS

Incluso cuando hay VIH, lo importante es la concentración de VIH que haya. En la sangre, por ejemplo, el virus está muy concentrado. Una pequeña cantidad de sangre es suficiente para infectar a alguien. Pero la misma cantidad de otros fluidos (como el fluido vaginal o el pre-semen) no permitiría la transmisión porque el VIH está mucho menos concentrado en esos fluidos.

◆ EL VIH DEBE ENTRAR EN LA CORRIENTE SANGUÍNEA.

No es suficiente haber estado en contacto con un fluido infectado para contraer el virus. La piel no permite que el VIH se introduzca en el cuerpo. El VIH puede entrar sólo a través de una cortada nueva, lastimadura o roce abierto o a través del contacto con las membranas mucosas.

◆ FLUIDOS INFECCIOSOS

El VIH puede ser transmitido de una persona infectada a otra a través de los siguientes fluidos:

- sangre (incluyendo la sangre menstrual)
- semen
- secreciones vaginales
- de la madre al bebé a través de la leche materna

La sangre contiene la concentración más alta de virus, seguido de semen y de fluidos vaginales.



También podría transmitirse el VIH por:

- fluido pre-eyaculatorio (pre-semen)

No hay evidencia que el fluido pre-eyaculatorio transmita el VIH. En comparación con el semen, este fluido no proviene de los testículos, sino de las glándulas seminales. Sin embargo, el fluido pre-eyaculatorio puede contener pequeñas cantidades de semen y glóbulos blancos, que pueden transmitir el VIH. Sin embargo, no se ha podido demostrar que exista suficiente cantidad de virus para transmitir el VIH.

3.6.2.- VIAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH

3.6.2.1.-TRANSMISIÓN SEXUAL

- **Coito sexual anal o vaginal:** En los genitales y el recto, el VIH puede infectar las membranas mucosas directamente o entrar por cortadas o heridas ya existentes o que se hagan durante el acto sexual. Muchas de estas pueden ser indoloras y por lo tanto la persona no sabe que las tiene.
- **Sexo oral (contacto boca-pene, boca-vagina, boca-ano):** La boca es un entorno muy poco hospitalario para el VIH. Esta ruta es *mucho* menos riesgosa que el coito anal o vaginal. Sin embargo, se han dado casos documentados de transmisión del VIH por vía oral, así que no podemos decir que recibir semen, fluido vaginal o sangre infectados en la boca no tenga riesgo.
- **Estudios de la transmisión heterosexual:** Es evidente, a la vista de las investigaciones epidemiológicas y por simple sentido común, que el VIH puede transmitirse por vía sexual entre hombres y mujeres. Varias investigaciones con parejas femeninas de hemofílicos VIH positivos demuestran que la transmisión sexual puede ocurrir de hombre a mujer. Esta conclusión está apoyada por las estadísticas de mujeres que tienen SIDA cuyo único factor de riesgo fue el de tener relaciones sexuales un hombre que



tuviera SIDA. La transmisión sexual de mujer a hombre parece ser menos efectiva, pero definitivamente puede ocurrir.

3.6.2.2.- TRANSMISIÓN SANGUINEA

- **Compartir jeringas:** una jeringa puede pasar sangre directamente de una persona a otra. Esta es la manera más eficaz de transmitir el VIH.
- **Accidentes con jeringas:** Una investigación de más de 2.000 profesionales de la salud que viene realizándose desde hace varios años ha evaluado el riesgo de exponerse al VIH por contacto con sangre en un hospital. Más de 1.000 trabajadores sufrieron un accidente con jeringas que se habían utilizado en personas con el virus. El resto de los casos expuso de alguna manera las membranas mucosas al virus, por ejemplo mediante una salpicadura en la cara con sangre o vómito.

De entre todas las personas analizadas, solamente 21 mostraron señales de infección por VIH. Una de estas personas fue una enfermera que había sufrido múltiples accidentes con jeringas, incluyendo una ocasión en que se cayó encima de una jeringa llena de sangre, y todo el contenido entró a su cuerpo. Otro fue un trabajador de laboratorio que se cortó el dedo con un tubo de sangre infectada. Esta investigación demuestra que el SIDA es una enfermedad difícil de transmitir, y que la exposición al virus tan directa de estos trabajadores de la salud no fue suficiente para infectarlos, excepto en los casos más extremos.

- **Transfusiones de sangre:** desde marzo de 1985, toda la sangre que se usa en transfusiones en el mundo. ha sido analizada con la prueba de anticuerpos del VIH. Esta práctica ha eliminado casi totalmente el riesgo de infectarse en una transfusión. Otros países han implementado programas similares, pero en algunos aún hay problemas en la regularidad con que se lleva a cabo el procedimiento.
- **Tratamientos contra la hemofilia:** la hemofilia es una enfermedad genética (normalmente afecta a los hombres) por la que una persona no tiene la



capacidad de coagular sangre. Para controlar la enfermedad, los hemofílicos usan un factor de coagulación, llamado Factor VIII, que se prepara con la sangre de muchos donantes. En EE.UU., más de 90% de los hemofílicos tienen el VIH porque recibieron Factor VIII que estaba contaminado. Sin embargo, en la actualidad este producto se trata con calor para destruir el VIH. Además, actualmente hay productos equivalentes que son sintéticos y que no implican un riesgo de infección.

- **Otros productos sanguíneos:** además de la sangre entera, las plaquetas (células rojas) pueden transmitir el virus. Pero este producto también se analiza actualmente para descartar la presencia de VIH. No hay otros productos sanguíneos que transmitan el VIH. La gamma globulina y la vacuna de la hepatitis B no transmiten el VIH. La gamma globulina puede, en ocasiones, transmitir anticuerpos al VIH, pero no el propio virus, y estos anticuerpos desaparecen después de algunos meses.

3.6.2.3.- TRANSMISIÓN PERINATAL

- la transmisión vertical, o de madre a hijo, puede suceder antes o durante el parto, y a través de la leche materna. Solamente el 25% de los bebés nacidos de una madre VIH+ nacen con el VIH, y eso sin que la madre tome ningún tratamiento. Este porcentaje puede reducirse al 5% a 8% si la madre toma AZT en las últimas etapas del embarazo. Los recientes estudios presentados en la 12ª Conferencia Mundial sobre el SIDA señalan que el riesgo puede reducirse incluso al 2% si la madre toma AZT y tiene un parto por cesárea. Se están llevando a cabo otros estudios para determinar si el lavado vaginal y el empleo de supositorios antivirales por vía vaginal antes del parto son eficaces para reducir la transmisión perinatal.

La leche materna contiene VIH, y aunque una pequeña cantidad de leche no representa un riesgo significativo de infección para los adultos, sí es riesgosa para



los niños. En la 12ª Conferencia Mundial sobre el SIDA, la Organización Mundial de la Salud de las Naciones Unidas presentó la recomendación de que las mujeres VIH positivas no den el pecho a sus hijos. Incluso si la madre está tomando AZT, la transmisión del VIH mediante la leche materna es del 5%.

INSEMINACIÓN ARTIFICIAL:

El semen donado se analiza para descartar la presencia del virus. Los donantes reciben la prueba de anticuerpos cuando dan la muestra. El semen se congela durante seis meses, y al término de este periodo, el donante recibe una segunda prueba para confirmar el análisis. El semen no se utiliza antes de completar este procedimiento.

3.7.- FORMAS POR LA CUALES NO SE TRANSMITE EL VIH/SIDA

A) INSECTOS

El VIH no es transmitido por mosquitos, moscas, pulgas, abejas u otros insectos similares. Si un insecto chupa sangre de alguien infectado con el VIH, el virus muere en el estómago del insecto (mientras este digiere la sangre). El VIH solo puede vivir en células **humanas**. Los mosquitos no transmiten el VIH por dos razones:

- El mosquito chupa sangre pero inyecta saliva. La sangre de una persona no es inyectada en la próxima víctima del mosquito.
- El VIH muere dentro del cuerpo del mosquito. La gente se confunde algunas veces porque los mosquitos transmiten la malaria. Pero en este caso, la malaria utiliza el cuerpo del mosquito para reproducirse. El VIH no puede hacerlo.

Estos hechos se confirman por la epidemiología. En áreas donde los mosquitos son comunes y donde hay muchos casos de SIDA, la distribución de casos de SIDA en la población es la misma que en otras áreas. Si los mosquitos transmitiesen el VIH, habría un número mayor de niños y ancianos infectados en esos lugares.



B) COMPARTIENDO PLATOS, UTENSILIOS O COMIDA

El VIH no se transmite a través del contacto cotidiano. El VIH no se transmite por la saliva y por lo tanto es imposible contraerlo al compartir tazas, vasos, un tenedor, un sandwich o una fruta.

Tres investigaciones realizadas en los Estados Unidos, Europa y África han demostrado que el VIH no puede ser transmitido ordinariamente mediante actividades normales, ni aún cuando las personas estén viviendo cerca. Todas las investigaciones examinaron hogares con personas que tenían VIH para ver si algunas de estas habían podido infectar con el VIH. Se excluyó el contacto sexual. En muchos de de estos hogares tenían un niño pequeño con VIH. Estos niños siguieron jugando con sus hermanos como lo hacen los niños: luchando, peleando, escupiendo, compartiendo la comida y la ropa y muchas otras actividades. Ningún miembro de estos hogares mostró señales de infección. Esta investigación demuestra que el VIH es difícil de transmitir, y que ni siquiera el contacto íntimo que suele haber entre los niños es suficiente para transmitir el virus.

C) ALBERCAS, PISCINAS, ETC.

Las sustancias químicas utilizadas en este tipo de instalaciones matan instantáneamente al VIH.D) ANIMALES DOMÉSTICOS

Los seres humanos son **los únicos** que pueden tener el VIH. Algunas personas piensan que pueden contraer el virus de animales, porque estos pueden ser portadores de virus que producen deficiencias inmunológicas similares en sus propias especies (por ejemplo el Virus de Inmunodeficiencia Felina, VIF, que afecta a los gatos y el Virus de Inmunodeficiencia de los Simios, VIS). Sin embargo, ninguno de estos virus puede ser transmitido a la gente, ni el VIH puede ser transmitido a estos animales.



E) CONTACTO CON SALIVA,

LÁGRIMAS, TRANSPIRACIÓN, HECES U ORINA

El VIH **no se transmite por la saliva, y existen muchas pruebas que respaldan esto.** En una investigación que incluyó a 79 hombres con SIDA, solamente se pudo encontrar el virus en la saliva de un hombre. Este hombre tenía PCP, afta oral, y otras lesiones en la boca y garganta. Incluso así, la concentración de virus en su saliva era 10.000 veces menor que en su sangre.

A esta investigación podemos sumar la evidencia de muchas otras personas que han tenido contacto de saliva con personas VIH positivas, por un beso, compartiendo comida y de muchas otras formas; no podemos encontrar ninguna evidencia de que estas actividades hayan transmitido el virus ni una sola vez.

Recientes hallazgos sugieren que la saliva podría contener una enzima que mata al VIH. Lo cierto es que hay muchos factores que hacen que la boca sea un sitio muy poco hospitalario para el VIH, tales como los ácidos, las encimas, el aire y la dilución del virus en la saliva.

3.8.- PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA¹⁶

La década de los 70, marca un momento nuevo en relación con las enfermedades e infecciones ligadas a las relaciones sexuales, por lo que se produce un vuelco en el clásico concepto de enfermedades venéreas, al de enfermedades de transmisión sexual (ETS); dado por un incremento en cierto tipo de prácticas sexuales que ocasionó variedad en agentes etiológicos anteriormente no implicados en ellas. Más recientemente el término usado es infecciones de trasmisión sexual (ITS).

Las ITS están muy relacionadas con el comportamiento humano y vale la pena subrayar el carácter mundial de este fenómeno, que si bien su magnitud exacta no es conocida, es palpable un ascenso del que sólo aflora una pequeña parte que revela

¹⁶ Fundación SIDA <http://www.sfaf.org>



que existen otros problemas de índole social donde la voluntad de los hombres juega un papel fundamental.

Los adultos jóvenes son un grupo vulnerable a estas enfermedades, pues en la adolescencia y luego en la juventud se forman nuevos patrones de conducta que pueden durar toda la vida; de ahí que el nivel de educación sexual de nuestras comunidades será un soporte a la salud sexual considerada como la integración de los elementos somáticos, emocionales, sociales e intelectuales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y potencien la personalidad, la comunicación y el amor.

Desde la más remota antigüedad han existido enfermedades relacionadas con la sexualidad; sin embargo, nos ha tocado en nuestros días vivenciar las causas del incremento y de esta forma se ha concluido que el decrecer de la edad de la madurez sexual con una entrada más temprana a la vida sexual activa, la libertad sexual cada vez mayor, la existencia de tratamiento eficaz para algunas ITS - que ha dado una falsa seguridad a las poblaciones juveniles, quienes desconocen la fármaco resistencia, u olvidan la posibilidad de adquirir una infección-enfermedad VIH-SIDA-, la comercialización del sexo, la industria del sexo, turismo sexual, han favorecido que aumenten las cifras a nivel internacional.

La prevención de infección del VIH depende directamente del pleno conocimiento de los modos de infección ya antes mencionados.

"El VIH se ha identificado en casi todos los fluidos corporales como sangre, semen, secreciones vaginales, saliva, lágrimas, leche materna, liquido cefalorraquídeo, liquido amniótico, saliva y liquido de lavado bronco alveolar".

3.8.1.- PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Definitivamente la forma más segura y absoluta de prevención por vía sexual es la abstinencia, de esta, a esta le sigue el mantener relaciones sexuales monógamas



con una pareja VIH-negativa, aunque la seguridad de este método es relativo, ya que nunca se puede saber si realmente los dos individuos son completamente "fieles".

Después de estos, el método más seguro conocido para evitar la transmisión de VIH es mediante la práctica de "sexo seguro" incluyendo estas la masturbación mutua y el sexo vaginal o anal con condón de látex.

Para que la prevención del VIH por medio del condón sea efectiva se deben considerar varios factores como: que el condón este bien colocado, utilizar un condón nuevo para cada coito, que el condón sea de látex, que el condón este lubricado con lubricantes a base de agua.

El preservativo es eficaz en la prevención de todas las infecciones de transmisión sexual.

A) USO DEL PRESERVATIVO MASCULINO

1. Comprobar su fecha de caducidad y retirarlo de su envoltorio con precaución de no deteriorarlo.
2. Colocárselo en el pene en erección antes de cualquier penetración.
3. Si carece de depósito, crearlo dejando un espacio libre de 2 cm a lo largo de la punta del pene y apretar la punta del depósito para expulsar el aire.
4. Desenrollar el preservativo hasta la base del pene.
5. Para evitar que el esperma se derrame hay que retirarse y retirar el preservativo sujetándolo por la base antes del que pene se quede flácido.
6. El preservativo se debe utilizar sólo una vez y tirarlo a la basura con cuidado.
7. Evitar utilizar lubricantes de base grasa, como la vaselina, ya que pueden deteriorar el látex.



B) USO DEL PRESERVATIVO FEMENINO

Consiste en una fina bolsista plástica con un anillo flexible en sus extremos; el anillo más pequeño se introduce en la vagina apretándolo para darle una forma alargada y con un dedo se empuja hacia el interior con el fin de adherirlo al cuello del útero. El otro anillo queda fuera de la vagina.

Al igual que el preservativo masculino sólo debe utilizarse una vez.

3.8.2.- PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN SANGUINEA

A) EN USUARIOS DE DROGAS INTRAVENOSAS

Definitivamente la forma más efectiva para evitar la transmisión por este medio es el evitar el uso de estas sustancias.

Después le sigue el evitar el uso de agujas en grupo (compartir jeringas).

B) CONTACTO CON PRODUCTOS HEMATOLÓGICOS:

Actualmente el riesgo de adquirir VIH por un transfusión sanguínea es bajo, pero se han tenido que aplicar varias medidas preventivas ya que muchos probables portadores de VIH, acuden a donar sangre dando información falsa de sus hábitos sexuales con tal de recibir un examen de VIH gratuito y confidencial.

Es por eso que la prevención para en contagio por este medio depende de las tácticas del gobierno para fomentar una libre donación de sangre basada en la confidencialidad, honestidad, ética y llevar a cabo con la mayor precisión las respectivas pruebas de VIH al donador.

3.8.3.- PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN PERINATAL

La prevención a la infección de este medio es bastante segura en la actualidad, el modo más eficaz de evitar la transmisión del VIH de la madre al hijo es la



administración de zidovudina después de la decimotercera semana de gestación, complementada con zidovudina intravenosa durante el parto y 6 semanas de tratamiento al recién nacido.

También se recomienda que las madres infectadas con VIH no amamenten a sus hijos.

3.9.- PRUEBAS DE LABORATORIO PARA LA DETECCIÓN DEL VIH/SIDA¹⁷

3.9.1.- TIPOS DE PRUEBAS PARA LA DETECCIÓN DEL VIH/SIDA

Hay diferentes tipos de pruebas o técnicas para detectar el VIH, y las más comúnmente utilizadas son:

◆ PRUEBA RÁPIDA

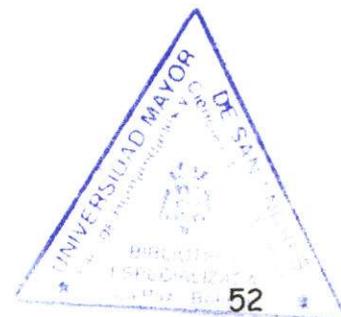
Es una prueba cualitativa de un solo uso la cual utiliza una mezcla de antígenos para detectar anticuerpos del VIH1 y VIH2, en suero, plasma o sangre total su procesamiento dura aproximadamente media hora.

◆ PRUEBA DE ELISA

Elisa (Enzyme Linked Inmunosorbent assay – Ensayo Inmunoenzimático), es una prueba sensible que puede detectar pequeñas cantidades de anticuerpos, que genera el organismo frente a la prueba del VIH.

◆ WESTERN BLOT

Es la prueba de confirmación de un resultado reactivo (positivo) para el VIH, que hubiera dado reactivo en una prueba rápida o en una prueba de Elisa. Esta prueba tiene una alta sensibilidad y especificidad de más del 99% y por eso es la prueba que por excelencia es utilizada para la confirmación de los resultados.





3.9.2.- INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Un resultado **positivo** significa:

- Que la persona es VIH-positiva.
- Que es portadora del virus y debe tomar precauciones para no transmitirle el virus a alguien más.

Un resultado **positivo NO** significa:

- Que la persona tenga el SIDA.
- Que necesariamente vaya a desarrollar el SIDA.
- Que sea inmune al SIDA por tener los anticuerpos.

Un resultado **negativo** significa:

- Que no se encontraron anticuerpos al VIH en la muestra de sangre.

Un resultado **negativo NO** significa:

- Que la persona no tenga el HIV
- Que la persona sea inmune al VIH o SIDA.
- Que tenga resistencia a la infección.
- Que nunca vaya a desarrollar el SIDA.

Un resultado **"indeterminado"** de la prueba Western Blot (poco común) significa:

- Que todo el procedimiento de prueba debe repetirse con otra muestra de sangre, normalmente varias semanas más tarde.

¹⁷ GUIA DE CAPACITACION DE LA PRUEBA DE DETECCION DEL VIH, MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, PROGRAMA NACIONAL ITS/VIH/SIDA, BOLIVIA 2008.



3.9.3.- CONFIABILIDAD DE LAS PRUEBAS DE ANTICUERPOS

La confiabilidad de una prueba médica depende de dos factores: el nivel de sensibilidad de la prueba y el grado de especificidad. La prueba ELISA es sumamente sensible (99,5%), lo que significa que puede detectar cantidades muy pequeñas de anticuerpos al VIH. Gracias a eso se reduce la probabilidad de que dé un resultado "falso negativo" cuando hay anticuerpos al VIH. Suponiendo que una persona se haga la prueba después del periodo de ventana, si la ELISA da un resultado negativo, es prácticamente imposible que haya VIH. La elevada sensibilidad de esta prueba implica que tiene una especificidad ligeramente baja. Esto significa que en algunas ocasiones puede dar un resultado "falso positivo". Para contrarrestar esta posibilidad, se administran automáticamente otras pruebas confirmatorias cuando la ELISA da un resultado positivo.

La prueba Western Blot y es muy específica para detectar anticuerpos al VIH, por lo que pueden descubrir casi siempre los resultados falsos positivos de la ELISA. Los CDC afirman que la confiabilidad combinada de la ELISA junto con la Western Blot es de prácticamente el 100%. Los CDC recomiendan volver a hacer dos veces la prueba ELISA si el primer resultado es positivo. Si las dos pruebas adicionales son positivas, entonces debe administrarse una prueba confirmatoria. Solamente cuando esta prueba da también un resultado positivo se considera definitivamente positivo. Los centros de pruebas siguen automáticamente este procedimiento, así que los resultados que reciben los clientes son totalmente confiables. Las personas que reciban un resultado negativo con la prueba de ELISA después del periodo de ventana deben considerarse negativas si no han estado en una situación de riesgo después de hacerse la prueba.

Algunas personas sienten mucha angustia ante la remota posibilidad de estar infectadas, aunque sus resultados sean negativos. Aunque esto es técnicamente posible, y de hecho se han documentado algunos pocos casos así, la posibilidad de que esto suceda es pequeñísima. Es posible que algunas personas, aferrándose a esa pequeña probabilidad de un resultado "falso negativo" o bien porque deseen tener resultados sin esperar a que pase el periodo de ventana, quieren aprender



sobre la prueba PCR o por otros tipos de pruebas de, pero esta prueba no es adecuada en estos casos porque ha sido diseñada para otras cosas.

3.9.4.-PRUEBAS ANÓNIMAS

La prueba de anticuerpos se ofrece de forma anónima y gratuita en distintos centros de salud localizados en casi todos los condados de California. El anonimato significa que nadie tiene acceso a los resultados de la prueba pues nadie sabrá el nombre de la persona que fue a tomarla. Remitimos a mucha gente a estos centros porque:

- Proporcionan educación y consejería de buena calidad.
- La prueba es usualmente gratuita.
- Los resultados son confiables.
- El anonimato protege la identidad de la persona para efectos de posible discriminación o cuestiones de seguro médico. Algunas veces, por el mero hecho de tomar una prueba de anticuerpos, el seguro médico puede rechazar la solicitud de inscripción, aun si el resultado es negativo.

Pruebas anónimas *nunca* dan resultados por escrito. Sólo algunos de los centros dan la prueba también de manera confidencial pagando una cuota extra, y en este caso es posible obtener un certificado (por ejemplo, para inmigración). En algunos centros de pruebas es preciso llamar para hacer una cita; en otros condados se puede llegar sin cita dentro de ciertas horas. A cada persona se le asigna un código (compuesto de letras y números) que le servirá de identificación. Casi todos los ATS ofrecen asesoramiento antes de la prueba y evaluación de riesgos. Normalmente se extrae una muestra de sangre, pero en algunos lugares se administra la prueba OraSure, con la que no es preciso sacar sangre. La persona regresa en una a dos semanas para recoger los resultados. Por ley, nadie puede acompañar a la persona al entrar a recibir el resultado, pero una pareja o acompañante puede entrar después de recibir el resultado.



3.9.5.- REVELACIÓN DE NOMBRES

Actualmente existe una cierta presión política para exigir la "revelación de nombres" de las personas VIH positivas. Los casos de SIDA (y de otras enfermedades contagiosas tales como la tuberculosis y la sífilis) deben declararse a los departamentos del condado o a los departamentos estatales de salud pública en los 50 estados del país. Estos datos, a su vez, se declaran a los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) en Atlanta por razones estadísticas a nivel nacional. Aunque los CDC no reciben información personal, tales como el nombre o el número de seguro social, ***muchos estados sí*** mantienen esa información en sus archivos. En algunos estados, incluyendo el de California, no se exige declarar la infección por VIH (pero sí el diagnóstico de SIDA). Algunas agencias de salud pública, científicos, y organizaciones han movido hilos políticos para exigir la revelación obligatoria de nombres en todos los estados. Su opinión es que con ello aumentará la precisión de los datos estadísticos que monitorean el desarrollo de la epidemia, que son los datos empleados para aprobar legislaciones civiles, programas de educación y prevención, y para recaudar fondos.

La Fundación y muchas otras agencias de servicios contra el SIDA siguen mostrándose en contra de la revelación de nombres por la posible discriminación de las personas que tengan resultados positivos, lo cual podría desanimar a muchas personas a tomar la prueba.

3.9.6.- NOTIFICACIÓN A LA PAREJA

El Protocolo Confidencial de Registro del Paciente (PHO) pregunta el nombre, dirección y teléfono de la persona o personas que hayan tenido relaciones sexuales con la persona que toma la prueba. Después trata de localizar y notificar a la pareja que puede estar en riesgo de tener el VIH, y le aconseja que tome la prueba. El PHO no revela el nombre de la persona que tomó la prueba, pero en algunos casos esto puede ser obvio, especialmente si la pareja ha tenido relaciones sexuales con muy pocas personas.



Las personas que quieran tomar una prueba confidencial deben informarse de las condiciones del centro de pruebas: ¿tendrían que someterse a la notificación obligatoria a la pareja si los resultados fueran positivos?

Hay centros de pruebas confidenciales que no lo hacen. Los programas de notificación a la pareja no son algo nuevo, pues se han aplicado durante años a los casos de tuberculosis y sífilis. Lo que sí es nuevo es que, excepto en algunas zonas protegidas como el Área de la Bahía, el conocimiento del estado VIH de una persona puede emplearse legalmente como argumento de discriminación o finalización de un contrato de trabajo o arriendo de vivienda. Recientemente, una decisión de la Corte Suprema ha incluido a las personas VIH positivas, aunque sean asintomáticas, dentro del grupo de "clase protegida" dentro de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), lo que en teoría puede impedir este tipo de discriminación. En la práctica, todavía está por ver qué tanta protección real tienen las personas VIH positivas acogidas a la ley ADA.

3.9.7.- PRUEBAS PARA POBLACIONES ESPECÍFICAS

3.9.7.1.- MUJERES EMBARAZADAS

La prueba de anticuerpos puede no ser apropiada para una mujer embarazada que se ha expuesto recientemente al VIH. Si está tratando de decidir si continúa o termina el embarazo, no podrá esperar los 3 a 6 meses que se requieren para que el resultado de la prueba sea confiable. En esos casos, su médico puede pedir una prueba de carga viral para ayudarla a tomar decisiones sobre su embarazo.

3.9.7.2.- RECIÉN NACIDOS Y NIÑOS

Las pruebas de anticuerpos para niños menores de 12 años y bebés menores de 18 meses presentan problemas especiales:

- **Niños menores de 18 meses.** Hay dos razones por las que la prueba de anticuerpos no es adecuada para niños tan pequeños. En primer lugar, es posible que un niño al nacer sea VIH positivo pero en realidad no esté



infectado por el VIH. Esto sucede porque las mujeres VIH positivas transfieren sus anticuerpos al feto, pero aunque no reciban ningún tratamiento hay un 75% de posibilidades de que no transmita el virus al bebé (véanse las secciones sobre las Mujeres y los Niños VIH positivos).

- La otra razón es que la madre puede infectarse al final del embarazo, con lo que no tendría anticuerpos detectables y entonces aunque el niño fuera VIH negativo en realidad podría estar infectado. Hasta que el sistema inmunológico del niño no esté totalmente desarrollado (tarda de 12 a 18 meses en desarrollarse) la prueba de anticuerpos no es confiable. Si se sospecha la presencia de VIH, es preciso que el niño tome una prueba de carga viral para determinar con precisión su estado VIH.
- **Niños menores de 12 años.** Deben recibir una prueba a través de sus pediatras. Los ATS no llevan a cabo pruebas en niños menores de 12 años.
- **Jóvenes entre 12 y 25 años.** Pueden pedir citas individuales especialmente para jóvenes en algunos ATS. Así, recibirán consejería especializada con el mismo consejero antes y después del examen.

3.10.- SÍNTOMAS DE INFECCIÓN DEL VIH/SIDA.¹⁸

VIH. No puede saber si La única manera de saber con seguridad si usted está infectado es haciéndose la prueba del está infectado simplemente con base en los síntomas, porque muchas personas infectadas con el VIH no tienen síntomas por varios años. Hay personas que se ven y se sienten sanas pero están infectadas. De hecho, una cuarta parte de las personas infectadas con el VIH en muchos países del mundo y Bolivia no saben que están infectadas.

¹⁸ Daniels, Victor G "SIDA : Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ". México -1985



3.10.1.- EL PERIODO DE VENTANA

El periodo ventana o también denominado periodo de espera es el tiempo que una persona infectada tarda en desarrollar los anticuerpos al virus. Para el 97% aproximadamente de las personas infectadas, el periodo de ventana es de 3 meses. Después de 6 meses casi todas las personas que tengan el virus habrán desarrollado anticuerpos al mismo. Un resultado negativo 6 meses después del último riesgo es suficiente para descartar la posibilidad de infección. Algunas personas han oído que los anticuerpos son detectables antes de tres meses. Es cierto que la mitad de las personas infectadas tienen anticuerpos detectables tres semanas después de la infección, pero se estableció un periodo de espera de tres meses para que los resultados fueran confiables para casi todo el mundo.

El periodo de ventana con las últimas pruebas ELISA de cuarta generación varía de 10 a 14 días. Este periodo puede prolongarse máximo por 6 meses.

- El periodo de espera de tres meses es válido para el 97% de la población. Tres meses después de haberse expuesto al VIH la mayoría de las personas pueden confiar en los resultados de la prueba.
- A veces las personas están muy angustiados y desean hacerse la prueba poco después de la situación de riesgo. Preguntan cosas como "¿qué tan confiable es la prueba después de seis semanas de ponerme en riesgo?".
Si usted toma una prueba seis semanas después del riesgo y le sale negativa, ¿se quedaría más tranquilo/a? Si es así, vaya a hacerse la prueba. Pero recuérdale que para tener una certeza total, debe repetir la prueba otra vez a los seis meses del riesgo.
- Algunas personas han oído que el VIH toma años en detectarse. **Los síntomas del SIDA** pueden tomar años en desarrollarse, pero el VIH



es detectable a los tres meses de la infección, y resulta asintomático para casi todo el mundo.

3.10.2.- SÍNTOMAS PRINCIPALES

Entre estos síntomas figuran:

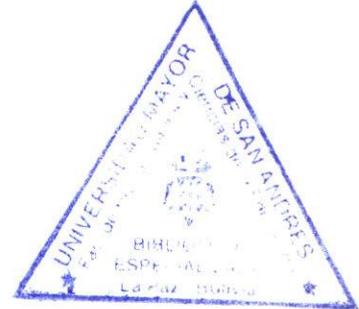
- (a) una marcada reducción del peso corporal;
- (b) diarrea, fiebre o una tos que puede durar más de un mes;
- (c) un fuerte cansancio;
- (d) erupciones dolorosas en la piel,
- (e) glándulas o ganglios inflamados.

Sin embargo, todos estos síntomas pueden ser también síntomas de enfermedades que padecen personas que no están infectadas con el VIH o que no tienen el SIDA. Un análisis de sangre hecho por un agente de salud puede determinar si una persona tiene o no el VIH.

- ◆ Agotamiento prolongado e inexplicable.
- ◆ Glándulas hinchadas (nódulos linfáticos).
- ◆ Fiebre que dure más de 10 días.
- ◆ Resfriados.
- ◆ Exceso de sudor, especialmente de noche.
- ◆ Lesiones de boca incluyendo llagas y encías hinchadas y dolorosas.
- ◆ Dolor de garganta.
- ◆ Tos.
- ◆ Acortamiento de la respiración.
- ◆ Cambio en los hábitos, incluyendo el estreñimiento.
- ◆ Diarrea frecuente.



- ◆ Síntomas de una infección específica (tal como cándida, neumocistis).
- ◆ Tumores (sarcoma de Kaposi)
- ◆ Erupciones en la piel u otras lesiones.
- ◆ Pérdida de peso no intencionada.
- ◆ Malestar general o inquietud.
- ◆ Dolor de cabeza.



3.10.3.- SÍNTOMAS ADICIONALES QUE PUEDEN ASOCIARSE

- ◆ Deterioro del habla.
- ◆ Atrofia muscular.
- ◆ Pérdida de memoria.
- ◆ Disminución de la función intelectual.
- ◆ Hinchazón general.
- ◆ Hinchazón de las articulaciones.
- ◆ Dolor de las articulaciones.
- ◆ Intolerancia al frío.
- ◆ Cansancio o dolor de huesos.
- ◆ Comportamiento extraño o inusitado.
- ◆ Movimientos lentos, flojos o letárgicos.
- ◆ Inquietud, tensión, y estrés
- ◆ Bultos en la ingle.
- ◆ Picor generalizado (prurito).
- ◆ Úlceras genitales.



- ◆ Visión borrosa.
- ◆ Visión doble (diplopía).
- ◆ Manchas negras en la visión.
- ◆ Ceguera o visión disminuida.
- ◆ Dolor torácico.
- ◆ Dolor en la parte baja de la espalda.
- ◆ Dolor abdominal.
- ◆ Pérdida de apetito, indigestión, u otro trastorno gastrointestinal.
- ◆ Dolor muscular.
- ◆ Entumecimiento y estremecimiento.

3.10.4.- ETAPAS DE LA INFECCIÓN POR EL VIH

3.10.4.1.- FASE DE INFECCIÓN AGUDA:

Es el periodo comprendido desde que el VIH ingresa al organismo, hasta la formación de anticuerpos específicos contra el VIH

Esta etapa es por lo regular de 8 a 12 semanas

En la mayoría de los casos puede pasar inadvertida o con manifestaciones clínicas similares a un resfriado.

3.10.4.2.- FASE DE INFECCIÓN ASINTOMÁTICA:

Etapa después de la seroconversión hasta que aparecen los primeros síntomas y signos de la inmunodeficiencia

Puede extenderse hasta más de 10 años.



3.10.4.3.- LINFADENOPATÍA GENERALIZADA PERSISTENTE:

Durante esta etapa se presenta inflamación de los ganglios linfáticos, como un signo evidente de que se encuentran trabajando para contrarrestar la infección por el VIH.

Es posible que aquí se presenten las primeras manifestaciones como fiebres ocasionales, diarreas de corta duración, sudoraciones nocturnas, pérdida de peso, fatiga, etc.

3.10.4.4.- FASE SIDA:

Esta es la última etapa de la infección por el VIH

Se relaciona con la presencia de enfermedades sistémicas como el Síndrome de Desgaste y una serie de infecciones oportunistas, es decir aquellas producidas por agentes extraños al organismo que ante un sistema inmunocompetente

- No produce ninguna enfermedad concreta, pero estas se producen por que el huésped tiene un sistema inmunocomprometido;
- Estas enfermedades pueden ser tan graves que ocasionen la muerte de las personas en etapa de SIDA.
- En esta etapa es posible que se presenten neoplasias como Sarcoma de Kaposi.

3.11.- TRATAMIENTO DEL VIH/SIDA¹⁹

Cabe destacar que aquí se entiende por tratamiento, cualquiera considerado como tal por el universo simbólico de las personas infectadas y no exclusivamente la asistencia médica de la medicina oficial.

Mientras el personal de salud sólo menciona la asistencia psicológica- al que valora como auxiliar-, en los seropositivos se registra la utilización de diversos tipos de recursos terapéuticos.



En el interior de la comunidad médica, la atención psicológica es considerada en una "forma de contención emocional del paciente y su familia" y no un recurso-instrumento terapéutico complementario.

El desarrollo de enfermedades degenerativas como el cáncer y de las patologías crónicas y las "escasas" respuestas desde la medicina- fundamentalmente en lo que hace al tratamiento ha llevado a la modificación de la práctica médica de lo que se denominan "medicinas blandas". Sin embargo, cuando se indaga entre los profesionales acerca de otras terapias posibles, la mayoría, instalada en el modelo infectólogo de la enfermedad, las descarta o desvaloriza. Sólo algunos señalan como "alternativas" la homeopatía o el Hansi, pero descalificándolos y quitándoles status científico. No reconocen otro tipo de terapias y las aceptan en tanto no interfieran en los tratamientos biomédicos.

Tanto el Hansi como la biomedicina y las terapias suaves que se practican en occidente, si bien parten de modelos teóricos distintos, sin embargo coinciden en su confianza en vencer la enfermedad y aún la muerte.

A diferencia de los médicos, las personas seropositivas señalan una amplia y difundida utilización combinada de prácticas curativas que incluye los tratamientos psicológicos, la homeopatía, la acupuntura, las terapias "paralelas" (Reiki, Insight, Flores de Bach, Yoga, etc.), los grupos de apoyo y autoayuda, lo religioso y la combinación entre estas posibilidades.

Las posibilidades de acceder y experimentar los distintos tratamientos dependen del nivel socioeconómico del enfermo y del tiempo transcurrido de saberse seropositivo.

La heterogeneidad de recursos terapéuticos "alternativos", nos habla de la amplitud de la epidemia y de las respuestas sociales.

3.11.1.- INICIO DEL TRATAMIENTO

Para iniciar un tratamiento en pacientes con VIH/SIDA primeramente debemos conocer los medicamentos que se utilizan y que tipo de reacciones causan en el organismo del pacientes.

¹⁹ Bono S. Lidia. "SIDA Perfil de una epidemia". (1995).



Estos medicamentos conocidos como antirretrovirales son medicamentos para el tratamiento de la infección por el retrovirus VIH, causante del SIDA.

El tratamiento consiste en medicamento que las personas deben tomar cada día por el resto de sus vidas. Para entender más acerca del tratamiento, necesita tener algún conocimiento básico de VIH y SIDA.

El tratamiento antirretroviral para el VIH consiste en medicamentos que combaten la infección del VIH mismo, reduciendo la duplicación del VIH en el cuerpo. Generalmente estos medicamentos son llamados:

- Antirretrovirales
- Medicamentos anti-VIH
- Antivirales VIH

El Virus de Inmunodeficiencia Humana pertenece a la familia de retrovirus humanos (Retroviridae), dentro de la subfamilia de lentivirus. Se conoce el VIH 1 y VIH 2. Es ARN y su característica principal es la transcripción inversa de su ARN genómico a ADN por actividad de la transcriptasa inversa. Provoca importante inmunodeficiencia al afectar la inmunidad celular principalmente a través del agotamiento de los linfocitos CD4 por los cuales tiene mayor afinidad, también invade macrófagos y células dendríticas.

3.11.2.- GRUPOS DE MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES

Existen cinco grupos de medicamentos anti-VIH. Cada uno de estos grupos ataca al VIH de manera diferente.

3.11.2.1.- INHIBIDORES NUCLEÓSIDOS/NUCLEÓTIDOS DE TRANSCRIPTASA INVERSA

El primer grupo de medicamentos antirretrovirales son los Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos de la Transcriptasa Inversa (INTI o INTR). Constituyeron el primer tipo de medicamento disponible para tratar la infección del VIH en 1987. Los INTI (también conocidos como nucleósidos análogos) interfieren con la acción de una proteína del VIH denominada transcriptasa inversa necesaria para que el virus haga



nuevas copias de sí mismo. La mayoría de los regímenes contienen al menos dos de estos medicamentos.

3.11.2.2.- INHIBIDORES NO NUCLEÓSIDOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA

El segundo grupo de medicamentos antirretrovirales son los Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa (INNTI o INNTR), que comenzaron a aprobarse en 1997. Al igual que los INTI, los INNTI (también conocidos como no nucleósidos) detienen la duplicación del VIH dentro de las células inhibiendo la transcriptasa inversa.

3.11.2.3.- INHIBIDORES DE LA PROTEASA

El tercer tipo de antirretrovirales es el grupo de los inhibidores de la proteasa. El primer inhibidor de la proteasa fue aprobado en 1995. Los inhibidores de la proteasa, como su nombre lo indica, inhiben la proteasa, que es otra proteína involucrada en el proceso de duplicación del VIH.

3.11.2.4.- INHIBIDORES DE LA FUSIÓN E INHIBIDORES DE LA ENTRADA

El cuarto grupo de antirretrovirales está compuesto por los inhibidores de la entrada, que incluyen a los inhibidores de la Fusión. Los inhibidores de la entrada previenen el ingreso del VIH a las células inmunológicas humanas.

Un inhibidor de la fusión, comúnmente denominado T-20, fue autorizado tanto en los Estados Unidos como en Europa desde 2003, pero solo para ser utilizado por personas que ya han probado otros tratamientos. El T-20 difiere de los otros antirretrovirales en que necesita ser inyectado (de lo contrario es digerido en el estómago).

En agosto de 2007, un nuevo tipo de inhibidor de la entrada conocido como Maraviroc fue autorizado en los Estados Unidos. Este nuevo medicamento se conoce como un inhibidor de CCR5 ya que bloquea al correceptor CCR5 en las células inmunológicas humanas, previniendo que el VIH se adhiera a la superficie de las células.



3.11.2.5.- INHIBIDORES DE LA INTEGRASA

El grupo final de antirretrovirales consiste en solamente una droga, el raltegravir, que fue aprobado en los U.E. en octubre de 2007. Raltegravir inhibe una enzima denominada el integrase, que el VIH necesita para insertar su material genético en las células humanas.

Fármaco	Dosis habitual	Comentarios	Principales efectos secundarios
Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos			
Zidovudina (AZT)	250 mg /12 h o 200 mg /8 h	Eficacia en la prevención de la transmisión vertical del VIH	Anemia, macrocitosis, neutropenia, miopatía
Didanosina (ddI)	200 mg (125 mg si peso < 60 Kg) /12 h	Debe tomarse con amortiguador del pH gástrico	Pancreatitis, neuropatía periférica
Zalcitabina (ddC)	0,75 mg /8 h	-	Neuropatía periférica, úlceras orales
Estavudina (d4T)	40 mg (30 mg si peso < 60 Kg) /12 h	-	Neuropatía periférica
Lamivudina (3TC)	150 mg /12 h	El mejor tolerado del grupo	Escasos
Abacavir	300 mg /12 h	El más potente del grupo	Reacción de hipersensibilidad
Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos *			
Nevirapina	200 mg /12 h	Rápido desarrollo de resistencias	Erupciones cutáneas
Delavirdina	400 mg /8 h	Rápido desarrollo de resistencias	Erupciones cutáneas
Efavirenz	600 mg /día	El más potente del grupo	Erupciones cutáneas, confusión, mareo
Inhibidores de la proteasa *			
Saquinavir	600 mg /8 h	Escasa biodisponibilidad	Diarrea, náuseas, cefalea
Ritonavir	600 mg /12 h	El más potente y el que presenta más interacciones medicamentosas	Frecuentes. Vómitos, diarrea, parestesias, hipertrigliceridemia, etc.
Indinavir	800 mg /8 h	-	Hiperbilirrubinemia, nefrolitiasis
Nelfinavir	750 mg /8 h	-	Diarrea
Amprenavir	1200 mg /12 horas	-	Diarrea, vómitos



3.11.3.- TERAPIA COMBINADA (CÓCTEL O TRITERAPIA)

Los expertos están de acuerdo que el efecto de dos medicamentos antirretrovirales (Biterapia) es superior al empleo de uno sólo (Monoterapia), y que el tratamiento combinado con tres drogas (Triterapia) es la terapia mínima óptima recomendada y es superior a la combinación de dos. Esta combinación, ataca el virus en distintas etapas de su ciclo de vida.

No existen estudios que demuestren cuál es la mejor combinación de antirretrovirales, pero al comenzar, es razonable hacerlo con las que ya han sido probadas, de esta forma los riesgos y beneficios pueden ser más fáciles de evaluar. El tratamiento antirretroviral está orientado a inhibir la transcriptasa, desde la aprobación de zidovudina en 1987 por la FDA en E.U se han generado y aprobado 5 nucleósidos de transcriptasa así como otros grupos de fármacos empleados en la Terapia antirretroviral Altamente Activa (TARGA). Entre estos se encuentran:

- Inhibidores de la transcriptasa reversa análogos nucleósidos (ITRAN)
- Zidovudina (AZT)
- Lamivudina (3TC)
- Stavudina (d4T)
- Didanosina (ddI)
- Abacavir (ABC)
- Tenofovir (TFV)
- Inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleósidos (ITRNN)
- Efavirenz (EFV)
- Nevirapina (NVP)
- Inhibidores de Proteasa (IP)
- Indinavir (IDV)
- Ritonavir RTV)
- Lopinavir/ritonavir (LPV/r)
- Indinavir/ritonavir (16, 17)



Las combinaciones más recomendadas son:

- 2 ITRAN Y 1 ITRNN.
- 2 ITRAN Y 1 ó 2 IP (en el caso de reforzamiento con uso de ritonavir).
- 3 ITRAN.

El embarazo es una indicación indiscutible para el inicio del tratamiento antirretroviral (ARV). El Ministerio de Salud en Nicaragua ya cuenta con las pautas de tratamiento ARV en embarazadas y recién nacidos VIH positivos como una estrategia más en el fortalecimiento en la lucha contra el VIH y SIDA.

Se inicia el tratamiento para pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en las siguientes situaciones:

- Aquellas personas que no tienen una necesidad urgente de la terapia están expuestas innecesariamente a los efectos secundarios de los medicamentos.
- Cuánto más tiempo la persona se halle expuesta a los medicamentos, puede debilitarse con mayor rapidez, ya que el virus va desarrollando resistencia a los mismos, y por lo tanto, pueden comenzar a agotar sus opciones antes de que los medicamentos puedan suministrar un beneficio significativo.
- La presión que implica iniciar la terapia y de manera temprana puede desanimar por completo a algunos a tomar la misma, ya que deben tomar el tratamiento cuando aún se sienten saludables lo cual podría generar temor o resistencia cuando realmente más lo necesiten.
- Puede generar un descuido en la adherencia al tratamiento por parte de la persona, ya que siente muy poca presión por parte de la enfermedad, ya que aún se sienten bien con o sin tratamiento.
- Después de varias revisiones, se recomienda que los médicos discutan y ofrezcan el tratamiento a personas con recuentos de células CD4+ por debajo de 350 o cargas virales por encima de 30,000 a 50,000.



Sin embargo, los estudios no pueden pronosticar cómo un individuo en particular va a responder al tratamiento, o cómo le va a ir si no lo toma. Un estudio puede reportar la respuesta promedio observada en los grupos bajo estudio, pero a otros les puede ir mucho mejor o mucho peor.

En este sentido no existe un momento "correcto" para comenzar el tratamiento, ello depende más bien de considerar muchos factores relacionados al estado en que se encuentre la persona: físicamente, psicológicamente, socioeconómicamente, anímicamente, etc.

La mejor alternativa puede ser diseñar un programa personal elaborado conjuntamente por un equipo interdisciplinario y el mismo paciente.

Cabe destacar, la gran importancia que reviste la participación del paciente en dicha elaboración, ya que debe sentirse cómodo con su programa y sentir que direcciona su propia situación.

3.12.- LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA (PVVS)²⁰

Las personas que han adquirido el VIH/SIDA no son diferentes al común de la gente pues recordemos que todas las personas pueden ser susceptibles de adquirir la infección independientemente de su preferencia sexual, raza, sexo, posición social o económica, creencias religiosas o políticas, edad, etc. Además físicamente no se les ven cambios, pues pueden estar durante mucho tiempo asintomáticas y si toman tratamiento antirretroviral continuarán saludables.

Por el hecho de tener esta condición de salud no se pierden los derechos que se tienen como ser humano, ni se puede limitar su vida, en muchas ocasiones a pesar de las crisis emocionales que pueden surgir cuando se sabe que se tiene la infección, muchas personas viviendo con VIH o SIDA han aprendido a valorar y a vivir la vida con más intensidad, amor y a sacarle más provecho.

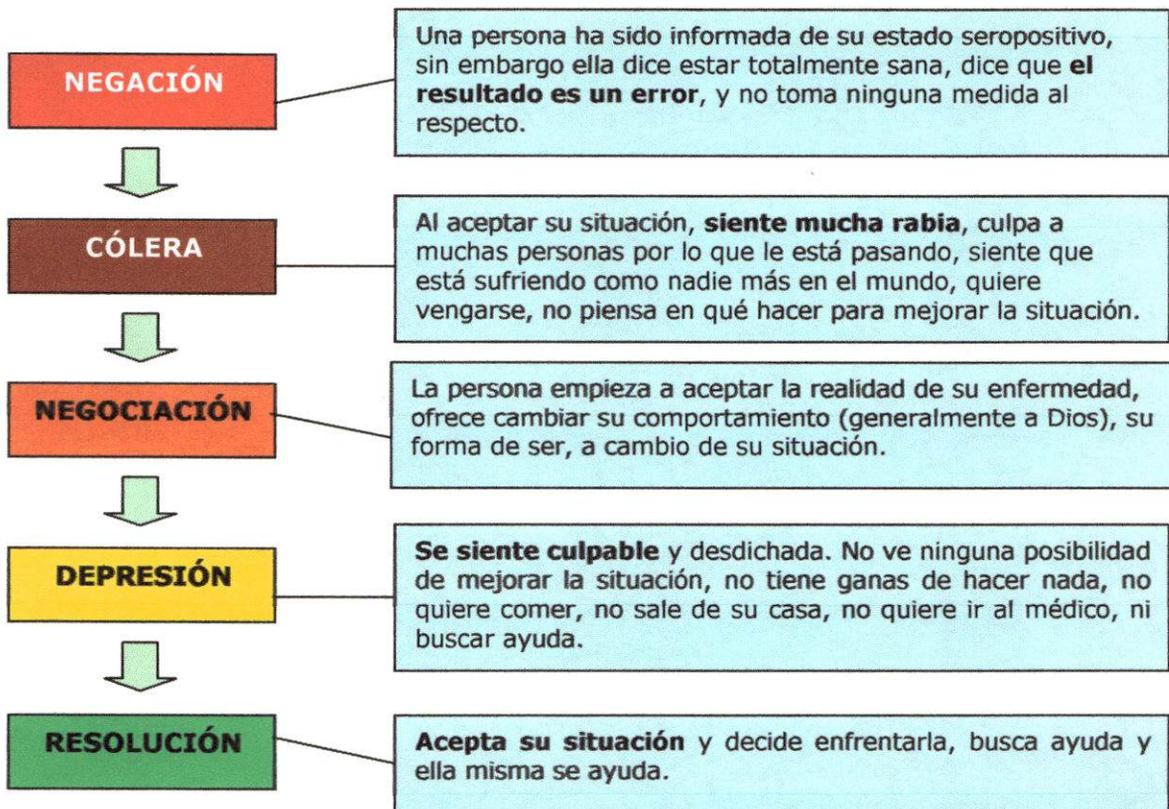
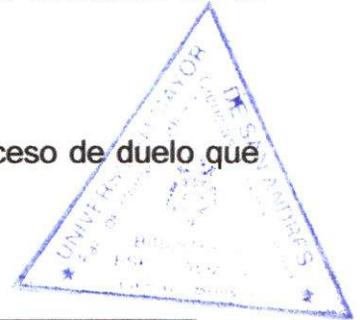
El bienestar de una persona depende de su salud física y mental. La salud mental puede verse alterada por aspectos externos o internos de la persona. El VIH/SIDA

²⁰ GUIA PARA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA, FAMILIARES Y AMIGOS, EN BOLIVIA, LIC. ANNE SAUDAN, INSTITUTO PARA EL DESARROLLO HUMANO, PROGRAMA SIDACCION, BOLIVIA ENERO 2002.



tiene un alto impacto psicológico en las personas, afectando la evolución de la enfermedad y las posibilidades de mejorar ésta.

Cuando una persona se entera que tiene el VIH entra en un proceso de duelo que evoluciona de la siguiente manera:



Una vez que la PVVS acepta su estado y busca ayuda, ésta ha dado un gran paso, ya que ha resuelto su duelo. Sin embargo durante el transcurso de la infección y enfermedad nuevamente pasará por varios estados emocionales desencadenados por motivos internos o externos a la persona. Una PVVS podrá sentir miedo de lo que le pueda pasarle física y psicológicamente y/o de sentirse sola. Sentirá ansiedad como una manifestación de miedo o de impotencia. Podrá deprimirse y querer dejar atrás el esfuerzo psicológico y económico hecho para frenar su enfermedad, y por lo tanto dejar la Terapia Antirretro Viral de Gran Actividad (TARGA). Esta depresión



puede llevarla a tener ideas suicidas. Se sentirá culpable de haber adquirido el VIH, de hacer sufrir a su familia o de la posibilidad de haber contagiado a otras personas. Asimismo puede defenderse con otras herramientas como fantasías sobre su estado (pensar o decir: “en realidad no estoy enfermo, ya me curé”) o egocentrismo (piensan que todas las personas que la rodean deben hacer todo por él o ella, exigen atención exagerada de sus familiares o pareja).

Tratándose de una infección que se transmite por la vía sexual, los problemas psicosexuales estarán presentes en la vida de la PVVS desde el primer día que se entera de su estado. Si no nos damos cuenta de éstos y se hace una buena intervención, estos problemas influirán de manera considerable en el estado psicológico de la persona y por lo tanto en la adherencia al tratamiento, así como en la seguridad con la que se va relacionar con otras personas, porque pensará exageradamente en la posibilidad de que les va a transmitir el virus.

3.12.1.- LA VIDA SEXUAL DE LAS PVVS

La cancelación de la vida sexual es frecuente entre las PVVS, es decir que dejan de tener relaciones sexuales, incluso con otras PVVS. Los sentimientos de culpa hacen creer que si a través del sexo adquirieron la infección, éste ya no debe ser practicado. La depresión lleva a perder interés en las actividades diarias, especialmente en las placenteras. Muchas personas sin VIH tienen dificultades en tener una buena vida sexual, porque existe un gran estigma de la sociedad, es decir: lo que la gente piensa de ellos. Imaginémonos entonces que esto, en una PVVS, lo hace aún más difícil.

El temor a contagiar a otra persona altera aún más la vida sexual. Estas disfunciones pueden haber existido antes de la infección, como ya se dijo, en la vida sexual de las personas y empeoran con el conocimiento de que ha sido infectado. Por ejemplo, personas con orientaciones sexuales hacia su propio sexo (homosexuales, bisexuales) pueden haber sufrido discriminaciones previas y éstas se agravan con el diagnóstico. La pareja de la PVVS puede abandonar el hogar al enterarse de su estado, y esto altera aún más su vida sexual. Luego de esto la persona puede tener



temor a iniciar una nueva relación por el rechazo que pueda causar por ser HIV positivo.

Por otro lado, se sabe que, cuando las PVVS empiezan a tomar el TARGA y de pronto aspectos personales como: su capacidad física, su forma de verse, su energía para hacer las cosas empieza a mejorar notablemente (es decir: la PVVS se siente mejor, más atractiva, más sana), muchas veces **rechazan su vida anterior**, por ejemplo a su pareja. Esto debe ser conocido por ellos para que sepan manejarlo. Además debemos recordar que volver a sentirse emocional y físicamente bien es un proceso que debe acompañarse de soporte, porque puede ser difícil aunque no parezca.

3.12.2.- MEDIDAS PARA QUE LA PVVS MEJORE SU SEXUALIDAD

Primero que nada debemos acostumbrarnos a hablar libremente con ellos, **sin prejuicios** de ningún tipo hacia su orientación sexual, si es que esta fuera diferente a la nuestra. Debemos recordar que no estamos en la capacidad de juzgar a nadie.

- **COMPARTIR SUS TEMORES CON OTROS:** el sólo saber que existen otras personas con problemas muy similares es muy tranquilizante. Ya no se está sólo en la situación, no puede ser tan "anormal" ni "raro" tener esos problemas si más de una persona también los tiene. Pueden compartir ideas sobre cómo enfrentar la vida sexual de ahora en adelante.
- **EXPERIMENTAR NUEVAS SENSACIONES CON SU CUERPO:** la sexualidad no debe limitarse a la estereotipada imagen que se tiene de un hombre y una mujer teniendo coito (relaciones sexuales) genital. Es decir: el sexo no es solamente la penetración, las personas deben conocer su cuerpo y otras formas de darse placer, ya sea solas o con otra persona sin que haya necesariamente coito. Mientras más mitos y mentiras sobre el placer se rompan y más informados estén sobre su sexualidad, aumentarán las



posibilidades de una vida sexual plena. **La vida sexual es personal**, y no debe ser interferida por nadie, ni por alguna religión u obligación.

- **RELACIONARSE DE MANERA AFECTIVA:** El afecto les trae muchas satisfacciones, sentirse queridos, aceptados y necesitados por otras personas. Si la persona da afecto, recibirá afecto, y eso le permitirá también tener una vida sexual más placentera.
- **APRENDER Y PRACTICAR EL SEXO SEGURO:** al informar a la PVVS y a su pareja sobre las prácticas del sexo seguro - cómo y cuándo hacerlo- sentirán más confianza y libertad de tener sexo sin riesgo a contagiarse. Es obligación del MINSA alcanzar a todas las PVVS, métodos seguros (condón) para tener sexo sin temor.

Todas estas recomendaciones harán que la PVVS se sienta mejor y más segura y esto hará también que se muestre mejor dispuesta a cumplir con el TARGA.

3.12.3.- DISCRIMINACIÓN DE LA SOCIEDAD A LAS PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA

a) Inadecuado cuidado profesional: el personal de salud no dedica el tiempo necesario y no trabaja con un equipo de profesionales para un adecuado manejo de la PVVS. Es más: suele ocurrir que se trata mal y en menor tiempo a las PVVS y esto va en contra de nuestras profesiones y de la ética.

b) Estigmatización y aislamiento de la familia: los familiares y amigos sienten vergüenza y aíslan a la PVVS, y la señalan, con el dedo o con comentarios a espaldas.

c) Pérdida de empleo: el ser VIH positivo puede llevar a que se le despedida de su centro de trabajo.

d) Violencia física y/o psicológica: la desinformación de la sociedad sobre el VIH lleva a actitudes agresivas por parte de algunas personas y no



necesariamente implica golpes o agresiones por ejemplo: si una persona por ignorancia no quiere compartir un vaso, o un asiento en un micro, con una PVVS, la está agrediendo psicológicamente, y esto puede doler mucho más que un golpe.

e) Restricción de viajes: el estar infectado con VIH puede dificultar la obtención de visas para viajar al extranjero, ya sea por trabajo o turismo.

f) Presiones familiares y sociales sobre los que brindan ayuda: muchas veces no sólo discriminan a las PVVS sino también a las personas que ayudan a las PVVS.

g) Negativa a brindar cuidados de salud: la falta de información por parte del personal de salud conlleva a que algunas veces se nieguen a realizar procedimientos por miedo a contagiarse.

h) Registros obligatorios: Obligar a las PVVS a decir que son VIH positivos, por ejemplo para poder trabajar en ese lugar.

i) Rechazo a brindar alojamiento: conseguir un alojamiento en el lugar donde vive o a donde viaja puede ser difícil por discriminación.

j) Actitud negativa para brindar acceso a la educación, especialmente a los niños: los niños deben ser educados para, cuando sean grandes, poder llegar a ser algo en la vida. A los niños con VIH SIDA muchas veces se le niega este derecho. En Lima, a principios del 2004, ocurrió un caso que fue comentado por muchos medios de comunicación y, a pesar de esto, la niña tuvo que ser cambiada de escuela.

k) Análisis obligatorios sin consentimiento: por ejemplo cuando un empleador sospecha que uno de sus trabajadores tiene VIH y la engaña para conseguir que se haga el examen de sangre.



3.12.4.- DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON VIH.³⁹

Las personas viviendo con VIH o SIDA tienen los mismos derechos y deberes que cualquier otra persona.

No pueden ser despedidas de sus trabajos, lugares de vivienda, estudio, clubes deportivos, etc. Pues no son un riesgo de salud para los demás y por ningún caso pueden ser discriminadas ni estigmatizadas por su condición de salud. En Colombia, el sistema de seguridad social esta en la obligación de suministrarle todos los medicamentos y exámenes que requiera; existe reglamentación al respecto que protege los derechos de éstas personas: Decreto 1543, ley 972, ley 100 y Constitución Nacional; y mecanismos legales como la tutela que hacen efectivo el cumplimiento de esta reglamentación.

Así mismo su condición de salud es privada y no puede hacerse pública pues se vulnera el derecho a la intimidad, quien así lo haga puede ser sancionado penalmente.

Las personas viviendo con VIH, pueden llevar una vida completamente normal, pues existen tratamientos que permiten tener una buena calidad de vida.

Las personas que viven con VIH pueden llevar una vida sexual activa, pues son personas completamente normales como el común de las personas, es decir tienen las mismas necesidades sexuales, y no se les puede -castrar- o negar el derecho a la sexualidad, al afecto y al amor de pareja, pues es algo esencial en el ser humano que le gratifica y le permite comunicarse y amarse con otro ser, es decir los seres humanos no pueden perder sus derechos por una condición de salud en particular, porque de lo contrario se estarían asumiendo conductas discriminatorias.



3.13.- ACTITUD

Casi todas las definiciones del concepto de actitud, tal como ha sido elaborado por la psicología social, tienen en común el caracterizarla como una tendencia a la acción adquirida en el ambiente en que se vive y derivada de experiencias personales y de factores especiales a veces muy complejos. En general, el término actitud designa un estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones”.⁴⁰

“Tendencia o predisposición adquirida y relativamente duradera a evaluar de determinado modo a una persona, suceso o situación”.ⁱ

La actitud es la unidad de análisis de la psicología social puede ser definida como orientación sistemática de la conducta hacia determinados objetos del mundo social, como pueden ser personas, hechos o grupos.

Las actitudes no son conductas sino predisposiciones adquiridas para actuar selectivamente, conducirse de determinada manera en la interacción social. Tienen que ver con una forma de actuar. Operan como parte de un sistema de representación de la realidad, una vez incorporadas regulan la conducta.

Presenta cuatro características:

Direccionalidad: la actitud implica una relación sujeto- objeto que le da direccionalidad y la diferencia del rasgo de carácter o el hábito.

- ◆ **Adquirida:** Aprendidas en interacción, no existen actitudes innatas.
- ◆ **Más o menos durables:** son relativamente durables pero al mismo tiempo son factibles de ser modificadas por influencias externas.
- ◆ **Polaridad afectiva:** De la aceptación, hasta el rechazo.

³⁹ INFORME COMPARADO SOBRE LA SITUACION DEL VIH/SIDA Y LOS DERECHOS HUMANOS EN LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES, EDAGAR CARRASCO, ROBINSON CABELLO, LACADO, VENEZUELA, DICIEMBRE DEL 2003, pagina 33.



Toda actitud incluye 4 aspectos:

- ◆ Toda actitud posee un aspecto cognitivo: Se basa en creencias y opiniones hacia diferentes objetos o situaciones. Información que el sujeto adquiere en el medio social.
- ◆ Un aspecto afectivo: Las creencias y opiniones poseen componentes afectivos que generan atracción o rechazo.
- ◆ Un aspecto normativo: como “debe” el sujeto comportarse ante determinada situación u objeto.
- ◆ Un aspecto comportamental: En una situación específica estas creencias, opiniones, sentimientos y normas se traducen en acción. Por ejemplo, la discriminación.

Se considera a la actitud como el producto final del proceso de socialización, son aprendidas en el seno social y condicionarán las respuestas del sujeto hacia determinados grupos, objetos, hechos y situaciones. Se van construyendo y anclando en cada relación interpersonal. Los individuos incorporan valores, hacen atribuciones y actúan en función de ellas.⁴¹

Los profesionales de la salud desempeñan un importante papel en esta epidemia, no sólo por la atención que pueden prestar a las personas afectadas, sino también por la trascendencia que la opinión y la actitud de estos profesionales tienen a la hora de dar información para reducir las conductas de riesgo y evitar cualquier tipo de marginación de personas seropositivas y de infectados por el de SIDA.

Es en este punto donde se establece una clara retroalimentación entre la sociedad y los profesionales de la salud, pues estos reciben y resguardan, en cierta medida, los miedos, tabúes y prejuicios que tiene la sociedad, la actitud negativa hacia los pacientes se da entorno a la estigmatización en cuanto a la forma en que adquirieron el VIH y a la relación de esta con los grupo de riesgo en los que

⁴⁰ Ander-Egg E., *Técnicas de investigación social*, Hmanitas, Buenos Aires, 1987, 21 edición, pág. 251-252.

⁴¹ Vander Zanden James, *Manual de Psicología Social*, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 614.

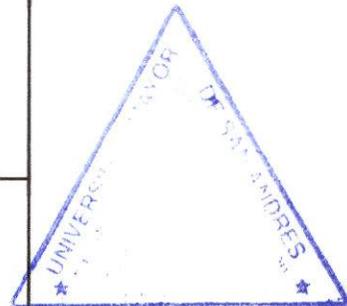


inicialmente se reportaba (hombres que tiene sexo con hombres, usuarios de drogas intravenosas, trabajadoras comerciales del sexo).

Incluso el personal de salud considera en algunas ocasiones que el VIH/SIDA no representa un problema o peligro inminente propio, por ser considerada una infección perteneciente a estos grupos de riesgo, y por lo tanto un justo castigo a las transgresiones sexuales que realizaron.

3.13.1.- FASES DE INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD⁴²

1. FASE INICIAL	a) Entrevista, historia psicológica. b) Evaluación. c) Informe.
2. FASE DE FORTALECIMIENTO DE CONDUCTA	Orientación y consejo.
3. FASE DE SOSTENIMIENTO	Grupos de apoyo emocional para pacientes y familiares.





3.13.3.- CONDUCTAS QUE FAVORECEN A UNA BUENA ATENCION INTEGRAL A PACIENTES CON VIH/SIDA EN LA ADHERENCIA.

Conocimiento emocional de sí mismo	Explorar la vida interior de uno mismo lleva a un mayor control y conciencia de cada acto.
Autoestima	Si la PVVS se valora , sus actitudes respecto a su estado y al mundo alrededor serán más positivas y asertivas.
Independencia	Es importante que la persona no se sienta dependiente de otra para seguir adelante. Es mejor que la misma persona se ocupe, dentro de sus posibilidades físicas de su cuidado personal. Una PVVS que trabaja y puede llevar su vida de manera independiente tendrá más fuerzas para enfrentar los problemas que puedan surgir durante el tratamiento y estará más atento a éste que una PVVS que depende económicamente de terceros.
Relaciones interpersonales	El contacto positivo con el personal de salud, la familia, amigos y otras PVVS, hará que la PVVS tome actitudes óptimas para su manejo terapéutico. Por ejemplo, si el médico tratante tiene una buena relación con la PVVS las probabilidades de que cumpla el tratamiento son mucho mayores.
Responsabilidad social y solución de problemas	Participar activamente en la sociedad, sentirse incluido en ella enfatiza la autoestima y hace que la persona se sienta necesaria. Ella debe cumplir su tratamiento por que el bienestar de otras personas y la solución de problemas dependen de ella.
Flexibilidad	Capacidad para adecuar sus emociones, pensamientos y comportamientos a situaciones cambiantes, se adaptan fácilmente a lo impredecible.
Tolerancia a la tensión	Capacidad para resistir los eventos adversos y las situaciones llenas de tensión, enfrentándolos activa y positivamente.
Control de impulso	Conocer los impulsos propios y saber qué los desencadenan, para canalizarlos de otra forma, evitará actitudes con impacto negativo en la adherencia a la TARGA.
Optimismo	Fomentar las actitudes positivas , las ganas de seguir adelante y el recordar los beneficios de seguir el TARGA impulsará a la PVVS a mantener una adecuada adherencia a ésta.

⁴² La Noción de actitud. Ficha de Cátedra de psicología social, Muchnik G y Seidman S., Buenos Aires, Univ. De Belgrano, (1983), PAGINA 72- 81.



3.14.- REFLEJO DEL CONOCIMIENTO EN LA PRÁCTICA MÉDICA EN LA PREVENCIÓN DEL SIDA⁴³

La promoción de salud y la prevención de infecciones son funciones principales a desarrollar por el personal de la salud en la Medicina General Integral. En la actualidad, la humanidad se ve asediada por el SIDA, una infección sin cura que ha provocado grandes discrepancias entre las personas al no tener sobre esta una verdad totalmente absoluta. Varios mitos y creencias erróneas circulan a diario respecto al tema. Pero ha sido a través del desarrollo y enriquecimiento del conocimiento y llevando éste a la práctica para comprobarlo, que las personas conocen más y mejor sobre esta epidemia mortal y sobre como prevenirla. Así han podido desmentir y eliminar prejuicios y mitos que atentaban contra la verdadera realidad del conocimiento de la infección. Veamos a continuación algunos ejemplos.

En cuanto al origen del SIDA se especulaba de su aparición en la mitad del Siglo XX a consecuencia de un virus preparado in Vitro en laboratorios Norteamericanos.

Sin embargo, un estudio científico situó el origen del SIDA en 1930 en el África Central, 20 años antes de lo que hasta ahora se creía. El hallazgo se dio a conocer en la VII Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas. La aparición del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) causante del SIDA fue producto de un salto de la especie animal a la humana. El VIS (Virus de Inmunodeficiencia Simia) se transmitió a los humanos mediante vía sanguínea, una vez en el cuerpo humano, el VIS mutó hacia VIH. Se estima que al menos existen 27 especies diferentes de primates que son portadores de virus de la misma familia del VIH. Brindar una información verdadera y abarcadora es un método eficaz para prevenir infección como el SIDA.

Atendiendo a las vías de transmisión, son diversas las polémicas originadas por la falta de conocimiento que aún persiste en la sociedad, no pocas personas afirmaban la posibilidad segura de transmisión a través de la saliva de los besos, del sudor y las lágrimas, o incluso sólo por el contacto físico o por compartir cubiertos.

⁴³ **Intervención psicológica en VIH/SIDA, GONZALES R.VICTORIA, Facultad de**



Al poner en práctica los conocimientos, se ha demostrado la falsedad de esas teorías y se han resumido las vías de transmisión del SIDA en:

- **Vía Sexual (Por contacto desprotegido)**
- **Vía sanguínea (Al compartir jeringuillas, cuchillas o someterse a transfusiones sin analizar la sangre debidamente)**
- **Vía de la madre al hijo (durante el parto hay posibilidades de que la madre infecte al bebé).**

El conocimiento adecuado sobre las vías posibles y no posibles de transmisión del SIDA es otro elemento crucial para prevenirla.

A menudo suele escucharse que es lo mismo ser seropositivo que tener SIDA.

Este es otro de los errores. El VIH es el agente que provoca el SIDA. Se dice que alguien es seropositivo, cuando ha dado positivo a la prueba con la que se localiza el VIH en una muestra de sangre. Sin embargo, se reserva hablar de que una persona tiene SIDA para cuando sus niveles de defensas (CD4) están por debajo de 200. El VIH realiza un trabajo destructivo y cuando el sistema inmunológico está bajo mínimos es que sobreviene entonces el SIDA. Por lo tanto podemos resumir que toda persona con SIDA es seropositiva, pero no todos los seropositivos tienen aun el SIDA.

Evaluar dudas y conocer con claridad los conceptos relacionados de alguna manera con el SIDA nos hace menos vulnerables a la confusión y por lo tanto nos enriquece en su prevención.

Hay quienes aseguran que todos los métodos anticonceptivos previenen también la transmisión del SIDA, o que los condones no son totalmente eficaces.

La primera teoría se ha demostrado que es falsa, todos los métodos previenen el embarazo, pero ninguno de los Dispositivos Intra Uterinos previenen el SIDA ni ninguna ITS. Esta condición solo la cumple el condón, sea masculino o femenino.



Por otra parte, es cierto que el uso del condón no es absolutamente 100% seguro para la prevención del SIDA, las pruebas de calidad indican una eficacia de un 98%. Pero el fallo del 2% solo encierra posibilidades de roturas por mal uso y el uso de condones en mal estado principalmente agotada la fecha de caducidad. No se incluye riesgo por porosidad, pues tanto los condones de látex como los de poliuretano están compuestos por tres capas interpuestas y se ha comprobado mediante pruebas electrónicas que el virus VIH tiene un tamaño de 27 nm. (Nanómetros) y el poro de mayor tamaño que le puede quedar a un condón es solo de 13 nm por lo que el virus no puede pasar

El conocimiento propio en la prevención del SIDA se nos revela como el más poderoso instrumento transformador de modelos y prejuicios ideológicos.

El tema del embarazo en una paciente que padece de SIDA es otro de los temas relacionados con la enfermedad que por excelencia causa gran confusión entre las comunidades humanas.

No necesariamente una mujer infectada de SIDA transmite a su bebé antes o durante el parto. Se ha demostrado que las posibilidades de transmitir el VIH al bebé son de 1 a 4, es decir el 25%. Se ha demostrado además que el tratamiento con retrovirales como el Zidovudine o Retrovir reduce grandemente ese riesgo. Estando embarazada debe continuar usándose el condón para prevenir otras infecciones o propagar el VIH, y una vez nacido el bebé se le realizará un análisis de VIH al niño aunque haya recibido el tratamiento estando embarazada. El bebé tendrá que tomar medicinas para impedir la infección con el VIH y la neumonía y la madre no puede dar de mamar a su hijo, puesto que la infección con VIH se puede pasar a través de la leche materna.

Una mujer portadora de SIDA que desea tener un hijo debe dirigirse a la consulta de su médico de la familia para recibir todas las orientaciones básicas referentes al tema de prevenir una futura transmisión del SIDA hacia su bebé durante el embarazo o parto.⁴⁴

⁴⁴ Teoría del Conocimiento en la prevención del SIDA a través de la Medicina General, Ramos Antonio (2010), pagina 85.

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA EN PERSONAL MÉDICO, ENFERMERÍA Y LABORATORIO
EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON VIH/SIDA DEL CENTRO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA CDVIR-LA PAZ”**



A la epidemia del VIH/SIDA también se asocian con desigualdad de clase social debida a que la prevalencia del VIH y la incidencia del SIDA son mayores en áreas donde la población pertenece a estratos socioeconómicos inferiores.

Debido al impacto epidemiológico que ha tenido, la OMS ha considerado que se trata de tres epidemias:

- 1) la infección por el VIH
- 2) el SIDA
- 3) la reacción económica, social, política y cultural.

Frente a la creciente epidemia del VIH el miedo puede estar relacionado con una falta de comprensión clara del modo de infección, del método de prevención y del estigma social relacionado con el VIH/SIDA. A veces la dimensión del miedo no guarda proporción con el riesgo real.

La tercera epidemia a la que se hacia referencia es la que amenaza tener efectos más devastadores; para ello cuenta con un instrumento riesgoso y efectivo: la discriminación. Esta se desarrolla con facilidad en lugares donde los conocimientos se basan en aspectos morales, religiosos y hasta supersticiosos, promoviendo una vez más esta negativa en todas las áreas, incluso la de salud. Dicho efecto es también el causante de variadas y diversas actitudes hacia las personas que conviven con el VIH, que provoca obstáculos que dificultan a su vez el crear políticas públicas, que incluyan la difusión de la información y lograr establecer programas adecuados para la prevención y atención a las personas infectadas con el VIH/SIDA. De esta forma se evitaría la discriminación y se mejorarían las acciones que se realizan en pro de disminuir la propagación de la infección.



CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1.- MÉTODO:

La presente investigación esta enmarcada dentro de la clasificación del estudio descriptivo, el cual se caracteriza porque “buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis” (Hernández, Fernández, Baptista, 1988; p. 60).

La investigación pretende analizar los conocimientos, actitudes y práctica médica del VIH/SIDA en el personal médico, enfermería y laboratorio del Centro de Vigilancia Epidemiológica CDVIR – LA PAZ.

4.2.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

La presente investigación tiene un diseño descriptivo, desde el punto de vista científico, describir es recolectar datos, para los investigadores cuantitativos, medir; y para los cualitativos, recolectar información.

Buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta aun análisis (Danhke, 1898).

4.3.- TIPO DE DISEÑO

◆ No experimental

El tipo de diseño que se empleará para esta investigación es el no experimental, debido fundamentalmente a que en este tipo de diseño, no existe manipulación de ninguna variable. Simplemente, se trata de observar situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente.



4.4.- POBLACIÓN:

La población esta conformada por todo el personal médico, enfermeras, laboratoristas que trabajan con pacientes con diagnóstico VIH/SIDA del Centro de Vigilancia Epidemiológica CDVIR – LA PAZ.

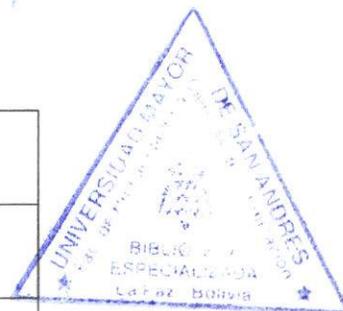
3.5.- MUESTRA:

El tipo de muestra que se empleará en la presente investigación, es de tipo no probabilística ya que se realizará la intervención con sujetos voluntarios Según Roberto Fernández Sampieri.

La muestra esta conformada por personal del área de salud, en un total de treinta sujetos: médicos, enfermeras y laboratoristas, del Centro de Vigilancia Epidemiológica CDVIR – LA PAZ, de los cuales: 7 son médicos, 14 enfermeras y 9 laboratoristas del Centro de Vigilancia Epidemiológica CDVIR- LA PAZ, para identificar cuales son sus conocimientos, actitudes y prácticas médicas en la atención a pacientes con VIH/SIDA.

Como indica en el siguiente cuadro:

PROFESIONALES VOLUNTARIOS	
MEDICOS	7
LABORATORISTAS	9
ENFERMERAS	14





4.6.- VARIABLES

4.6.1.-IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

V. # 1 CONOCIMIENTOS

V. # 2 ACTITUD

V. # 3 PRÁCTICA.

4.7.- DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

CONOCIMIENTO:

Los conocimientos constituyen un instrumento de comprensión de la realidad; los conceptos, juicios, razonamientos, las hipótesis, las teorías asimiladas y aplicadas permiten regular al hombre su comportamiento, operar y ejecutar la actividad humana (decisiones, acciones y reflexiones) métodos de investigación en psicología y pedagogía de Porfirio Tintaya pag.26

ACTITUD:

Las actitudes no son conductas sino predisposiciones adquiridas para actuar selectivamente, conducirse de determinada manera en la interacción social. Tienen que ver con una forma de actuar. Operan como parte de un sistema de representación de la realidad, una vez incorporadas regulan la conducta. Según Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 614.

PRÁCTICA MÉDICA:

La práctica médica es un método para prestar continua atención médica de calidad, en el contexto de la ética médica (Adoptada por la 40a Asamblea Médica Mundial Viena, Austria, septiembre de 1988 y eliminadas en la Asamblea General de la AMM, Santiago 2005).



4.8.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENCIONES	INDICADORES	MEDIDORES	ESCALAS	INSTRUMENTOS
Conocimientos	Información del VIH/SIDA.	Transmisión. Diagnostico. Tratamiento. Prevención	Preguntas De la 1 al 21	Bueno Regular Deficiente.	Cuestionario.
Actitud	Disposición , forma de percibir y pensar sobre VIH/SIDA	Comportamiento al atender PWVS Disposición para realizarse prueba diagnóstica Percepción del VIH SIDA como enfermedad prioritaria	Preguntas De la 22 al 27	Positiva Negativa	Cuestionario.
Práctica médica	Practicas Secuales Medidas de Bioseguridad.	Práctica sexual, uso De preservativos, Normas de Bioseguridad	Preguntas De la 28 al 36	Adecuada inadecuado	Cuestionario.



4.9.- INSTRUMENTOS:

4.9.1. ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO

Se utilizó un cuestionario que incluye 36 preguntas agrupadas por áreas de conocimiento, actitud y práctica médica los cuales están categorizados como varias posibilidades de respuestas:

Área del Conocimiento:

SI NO NO SABE.

Área de la Actitud:

DE ACUERDO DESACUERDO.

Área de la Práctica Médica:

SI NO.

Las preguntas van orientadas a conocimientos de los síntomas, modos de transmisión, riesgos asociados a prácticas sexuales y consumo de drogas, medidas de precaución cuando se manipula sangre y derivados como también las actitudes en el cuidado de las PVVS.

El instrumento utilizado a sido una encuesta por la doctora de Enfermería Chris Armtrong, E. De la Universidad de Lethgbridge (Canadá).

Cuyo instrumento ya validado fue utilizado en varios países de Latinoamérica como Uruguay, Perú, Colombia, Chile y Argentina. En coadyuvar al mejoramiento de la calidad en la atención en pacientes con VIH/SIDA.

El cuestionario, por lo tanto, es cerrado y el sujeto examinado ha de responder optando por una de las alternativas que se plantean.

Las alternativas que se ofrecen a cada pregunta han sido estudiadas y graduadas suficientemente, a fin de que permitan poder ofrecer posibilidades de respuesta a todos los sujetos.



4.9.2.- CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO:

CARACTERÍSTICAS DE ADECUACION

OBJETIVO:

El objetivo de este cuestionario es medir los conocimientos, las actitudes y la práctica médica del personal de salud del Centro de Vigilancia Epidemiológica CDVIR – LA PAZ en la atención a pacientes que viven con VIH/SIDA.

SISTEMA DE CORRECCION:

El sistema de corrección se basa en una plantilla de respuestas, en las cuales describen las respuestas correctas de cada ítem del cuestionario. Se muestran las respuestas correctas.

FORMA DE APLICACION:

Esta prueba se aplico de manera colectiva a todos los profesionales de salud por áreas la cual tuvo una duración de 30 a 45 minutos.

ANALISIS Y CALIDAD DEL INSTRUMENTO:

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

En el trabajo disponemos de un instrumento de medición el cual nos servirá para saber si se ha cumplido nuestra hipótesis. Para poder aplicar el instrumento se debe analizar su adecuación: al contexto, su confiabilidad y validez.

CONSISTENCIA:

Para lograr la adecuación y la estabilidad del instrumento se eligió tres expertos en la temática, a los cuales se les proveyó del instrumento para realizar el determinado análisis y las posibles observaciones que pudieron emerger del instrumento, luego se empleo la técnica tes- re test que consiste en aplicar en instrumento dos veces a la misma muestra y luego estimar la correlación entre los valores obtenidos en la primera y segunda administración. Se aplico el instrumento a la muestra de 20 personas y aproximadamente una semana después volvieron a responder al mismo.



El coeficiente de correlación dio 94.5% obteniendo un resultado satisfactorio dando a conocer que el instrumento es válido.

LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO:

Uno de los requisitos que debe cumplir un instrumento es para su aplicación es que las mediciones obtenidas mediante su administración posean consistencia y estabilidad.

Por esta razón se procedió al cálculo de la confiabilidad del instrumento utilizando el Coeficiente Alfa de CRONBACH.

COEFICIENTE ALFA DE CROMBACH:

El coeficiente alfa de CRONBACH indica en que grado el confundo de preguntas mide lo que realmente se desea, en otras palabras es un indicador de la consistencia de las pregunta del test.

Su valor puede variar entre 0 y 1, donde 0 significa confiabilidad nula y 1 representa una confiabilidad máxima. Sin embargo algunos investigadores indican que este coeficiente debe ser cercano a la unidad.

Este coeficiente se basa en el número de preguntas del test y el promedio de la correlaciones entre las preguntas el cual esta dado por la siguiente formula:

$$\alpha = \frac{N r}{1 + (N - 1) r}$$

N: es el número de ítems del instrumento, 36 preguntas.

r : es el promedio de las correlaciones entre los ítems.

La confiabilidad de los instrumentos la realizo mediante la formula Coeficiente Alfa de CRONBACH, el cual indica que el instrumento es consistente, y por tanto es valido, con un:

$$\alpha = 0.75$$



El presente cuestionario esta dividido en tres partes;

I PARTE:

Mide los conocimientos del personal salud a través de preguntas en cuanto la atención de PVVS

II PARTE:

A través de afirmaciones, mide las actitudes del personal salud en cuanto la atención de PVVS.

III PARTE:

Mide las prácticas médicas del personal salud a través de preguntas en cuanto la atención de PVVS.

4.9.3.- ESCALA DE VALORES DEL INSTRUMENTO:

Para valorar los Conocimientos se utilizó una escala de valores con amplitud de un rango de tres niveles:

Bueno: Si responden adecuadamente entre un 80 – 100% de las preguntas realizadas al personal de salud.

Regular: Si responden adecuadamente entre un 60 – 79% de las preguntas realizadas al personal de salud.

Deficiente: Si responden adecuadamente menos de un 59% de las preguntas realizadas al personal de salud

Para valorar Actitud se utilizó una escala de valores con amplitud de dos rangos:

Actitud Positiva aceptación del paciente, si el personal de salud responden de forma afirmativa entre un 51 – 100%

Actitud Negativa negación a la atención de PVVS, si el personal de salud responden negativamente entre un 0 a 50 %.



Para valorar las Prácticas se utilizó una escala de valores con amplitud de dos rangos:

Adecuada:

Si el personal de salud responde de forma afirmativa entre un 51 – 100 %

Inadecuada:

Si el personal de salud responden negativamente entre un 0-50 %

4.10.- FORMA DE APLICACIÓN

El presente cuestionario se lo realizó de forma individual y voluntaria al personal médico, enfermería y laboratoristas del Centro de Vigilancia Epidemiológica CDVIR – LA PAZ.

4.11.- PROCEDIMIENTO:

Los procesos para realizar la investigación son los siguientes:

- Visita al Centro de Vigilancia Epidemiológica CDVIR – LA PAZ.
- Coordinación con el director responsable del Visita al Centro de Vigilancia Epidemiológica CDVIR – LA PAZ.
- Aplicación del cuestionario “conocimientos, actitudes y prácticas médica de pacientes con VIH/SIDA”.
- **Análisis de resultados**
- Exposición de resultados
- Elaboración de informes preliminares
- **Elaboración del informa final**



CAPÍTULO V

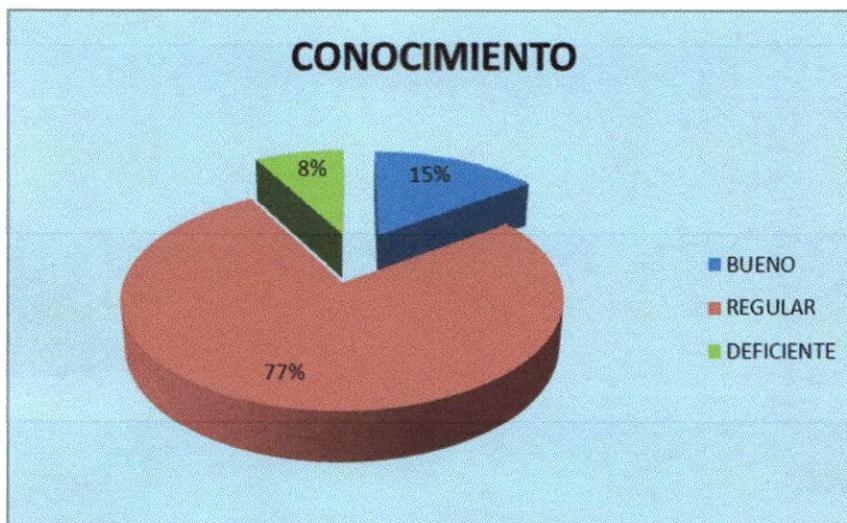
EXPOSICIÓN DE RESULTADOS

En la presente investigación se ha tomado a 30 sujetos de los cuales: 7 son médicos, 14 enfermeras y 9 laboratoristas del Centro de Vigilancia Epidemiológica CDVIR- LA PAZ, para identificar cuales son sus conocimientos, actitudes y prácticas médicas en la atención a pacientes con VIH/SIDA.

5.1.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS GENERALES

Para realizar el análisis general de los resultados obtenidos nos basamos en la escala de valores del instrumento:

- ♦ Para valorar los Conocimientos se utilizó una escala de valores con amplitud de un rango de tres niveles:



Bueno: Si responden adecuadamente entre un 80 – 100%.

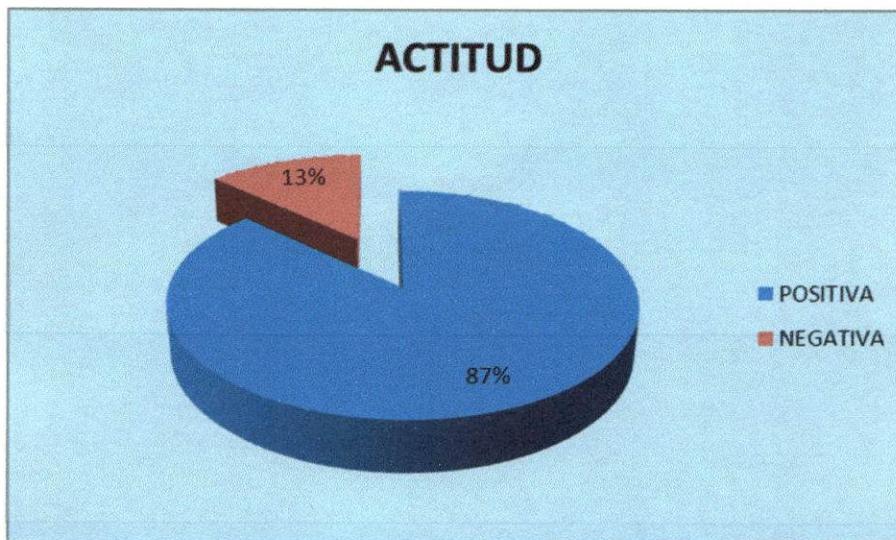
Regular: Si responden adecuadamente entre un 60 – 79%.

Deficiente: Si responden adecuadamente menos de un 59%.

Según los resultados generales obtenidos del 100% de la muestra, encontramos que un 15% posee un buen conocimiento, un 77% tiene un conocimiento regular y un 8% posee un conocimiento deficiente.



- ◆ Para valorar Actitud se utilizó una escala de valores con amplitud de dos rangos:

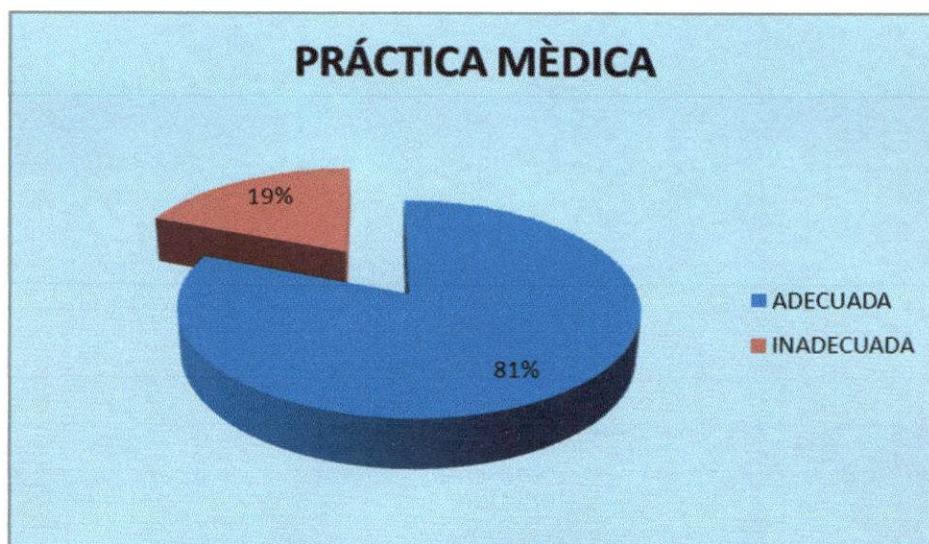


Actitud Positiva: aceptación del paciente, si el personal de salud responden de forma afirmativa entre un 51 – 100%

Actitud Negativa: negación a la atención de PVVS, si el personal de salud responden negativamente entre un 0 a 50 %

Según los resultados generales obtenidos del 100% de la muestra, encontramos que un 87% tiene una actitud positiva, y un 13% tiene una actitud negativa.

- ◆ Para valorar las Prácticas se utilizó una escala de valores con amplitud de dos rangos:





Adecuada: Si el personal de salud responde de forma afirmativa entre un 51 – 100 %

Inadecuada: Si el personal de salud responden negativamente entre un 0-50 %

Según los resultados generales obtenidos del 100% de la muestra, encontramos que un 81% tiene una actitud adecuada, y un 19% tiene una actitud inadecuada.

5.2.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS POR ÁREAS

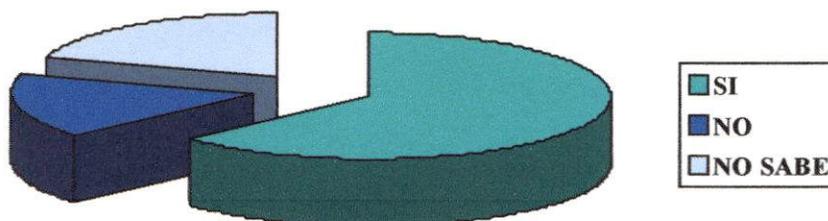
De acuerdo a los resultados obtenidos, se presentan a continuación los cuadros y el análisis de los resultados obtenidos por áreas y por preguntas.

- ◆ ÁREA DEL CONOCIMIENTOS.
- ◆ ÁREA DE LA ACTITUDES.
- ◆ ÁREA DE LA PRÁCTICA MÉDICA.

5.2.1.- ÁREA DE LOS CONOCIMIENTOS

A través de esta área se pretende medir los conocimientos del personal de salud a través de preguntas en cuanto a la atención de PVVS.

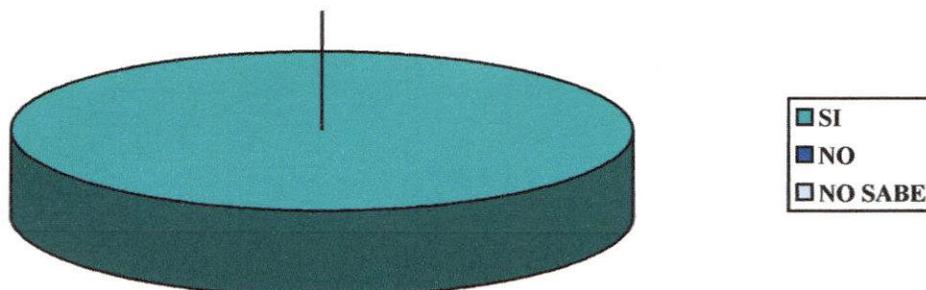
1.- El virus del VIH pertenece al grupo de Retrovirus y sub- familia Lentiviridae.



De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos que de los 30 profesionales del área de salud, 25 respondieron que SI, el virus del VIH pertenece al grupo de Retrovirus y sub- familia Lentiviridae, 3 que NO y 2 de ellos que NO SABEN.

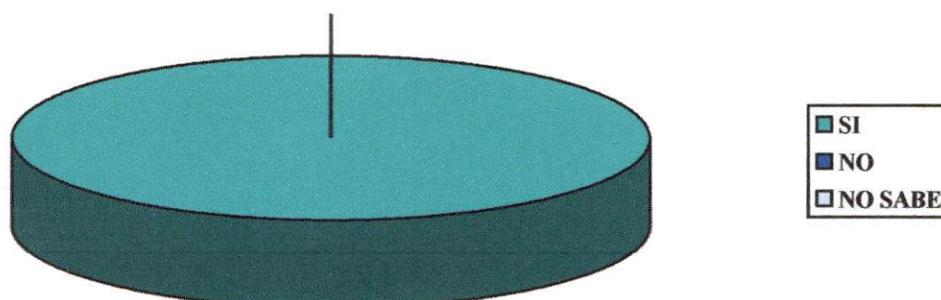


2.- Existe en Bolivia una ley de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH / SIDA.



De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos que de los 30 profesionales del área de salud, todos respondieron que en Bolivia existe una ley de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH / SIDA.

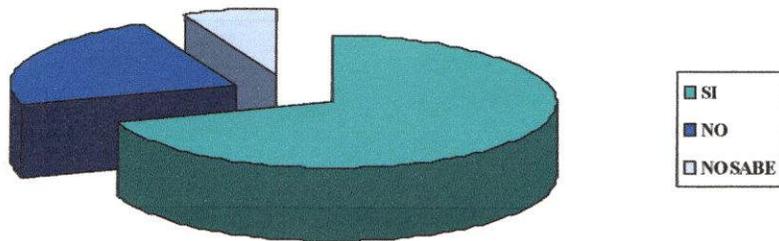
3.- El VIH ha sido detectado en sangre, semen, secreciones vaginales, orina, líquido cefalorraquídeo, lágrimas, saliva, heces y leche materna.



De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos que de los 30 profesionales del área de salud, todos respondieron que el VIH ha sido detectado en sangre, semen, secreciones vaginales, orina, líquido cefalorraquídeo, lágrimas, saliva, heces y leche materna.

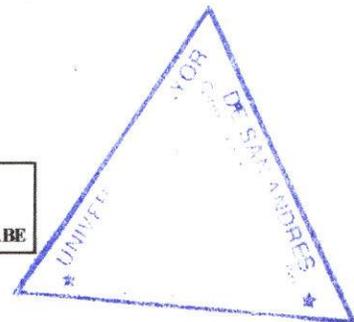
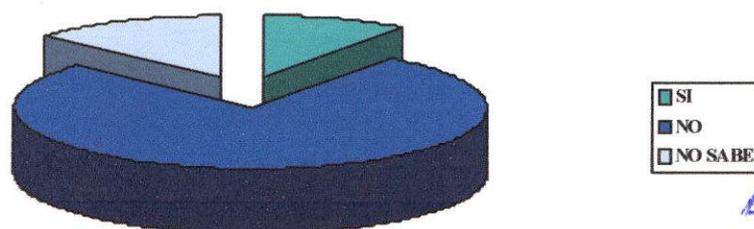


4.- Las vías de transmisión del VIH incluyen la transmisión sexual, a través de sangre, hemoderivados, transmisión perinatal, transplante de tejidos u órganos.



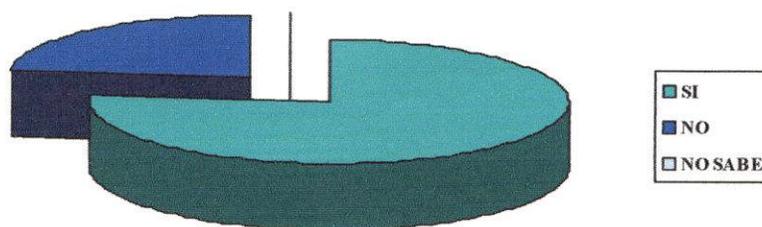
De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos que de los 30 profesionales del área de salud, 21 respondieron que las vías de transmisión del VIH incluyen la transmisión sexual, a través de sangre, hemoderivados, transmisión perinatal, transplante de tejidos u órganos, 7 que NO y 2 de ellos NO SABEN.

5.- En la transmisión vertical o perinatal solo el 10% de hijos nacidos de mujeres seropositivos presentan la infección.



De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos que de los 30 profesionales del área de salud, 3 respondieron que SI, en la transmisión vertical o perinatal solo el 10% de hijos nacidos de mujeres seropositivos presentan la infección, 23 que no y 4 NO SABEN.

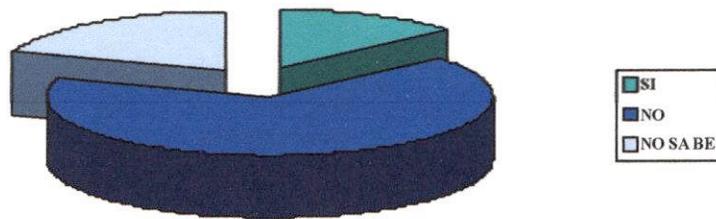
6.- El virus de inmunodeficiencia humana tiene afinidad exclusiva por los linfocitos CD4 y CD8.



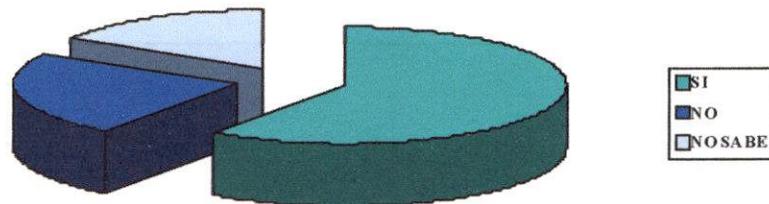


De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos que de los 30 profesionales del área de salud, 23 respondieron que SI, el virus de inmunodeficiencia humana tiene afinidad exclusiva por los linfocitos CD4 y CD8 y 7 que NO.

7.- En el diagnóstico de HIV la seroconversión es la presencia de antígenos en suero.

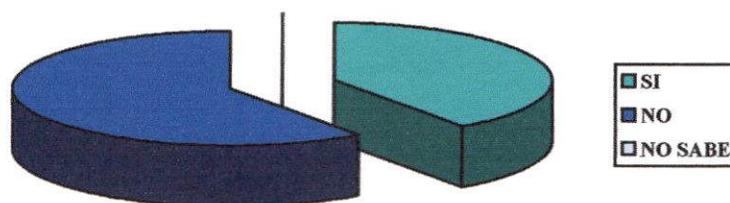


8.- La infección por VIH se divide en 3 grupos: 1) Infección primaria, 2) linfadenopatía generalizada persistente, 3) infección sintomática.



De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos que de los 30 profesionales del área de salud, 18 respondieron que SI, la infección por VIH se divide en 3 grupos: 1) Infección primaria, 2) linfadenopatía generalizada persistente, 3) infección sintomática, 7 que no y 5 NO SABEN.

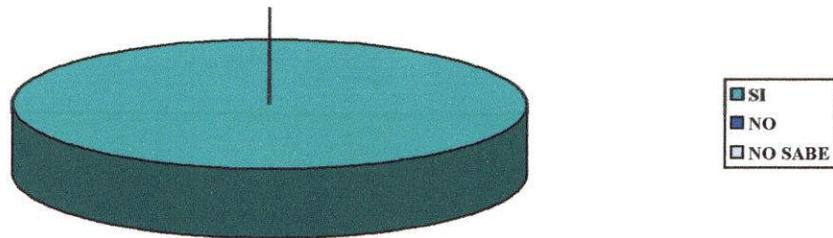
9.- Durante la infección primaria o seroconversión se presentan manifestaciones clínicas específicas.





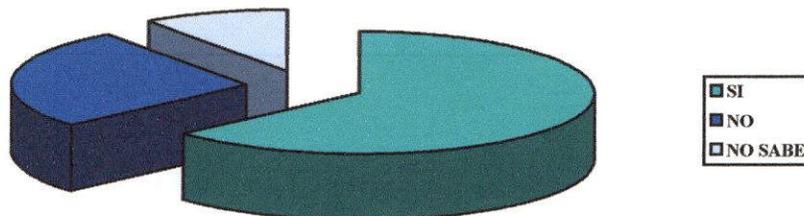
De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos que de los 30 profesionales del área de salud, 12 respondieron que SI, durante la infección primaria o seroconversión se presentan manifestaciones clínicas específicas y 18 que NO

10.- Los métodos directos de diagnósticos de VIH son ELISA y el Western Blot (el confirmativo).



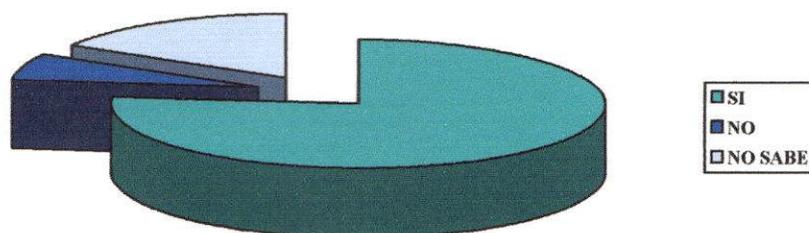
De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos que de los 30 profesionales del área de salud, todos respondieron que los métodos directos de diagnósticos de VIH son ELISA y el Western Blot (el confirmativo).

11.- La transfusión masiva, transplante de medula ósea, tratamiento inmunosupresores, son causa de falso positivo en las Pruebas de tamizaje para VIH / SIDA.



De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos que de los 30 profesionales del área de salud, 19 respondieron que SI, la transfusión masiva, transplante de medula ósea, tratamiento inmunosupresores, son causa de falso positivo en las Pruebas de tamizaje para VIH / SIDA, 8 que NO y 3 de ellos NO SABEN.

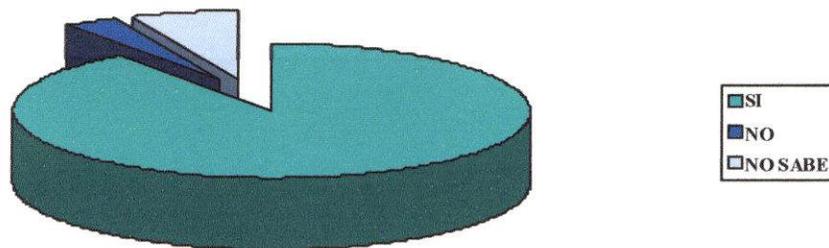
12.- La candidiasis orofaríngea, el carcinoma cervical in situ, diarrea mayor de un mes pertenece a la categoría clínica B.





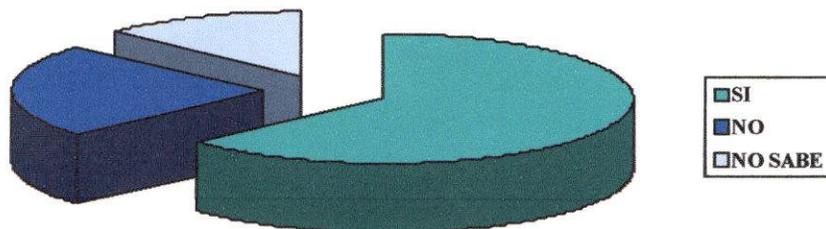
De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos que de los 30 profesionales del área de salud, 23 respondieron que SI, la candidiasis orofaríngea, el carcinoma cervical in situ, diarrea mayor de un mes pertenece a la categoría clínica B, 2 que NO y 5 de ellos NO SABEN.

13.- Existen 2 grandes grupos de antirretrovirales utilizados en el tratamiento VIH /SIDA.



De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos que de los 30 profesionales del área de salud, 27 respondieron que SI, existen 2 grandes grupos de antirretrovirales utilizados en el tratamiento VIH /SIDA, 1 que NO y 2 de ellos NO SABEN.

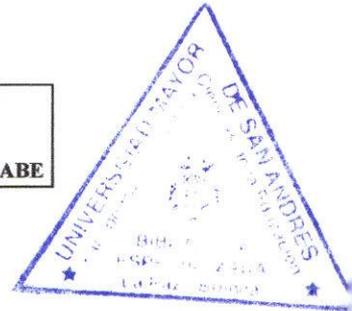
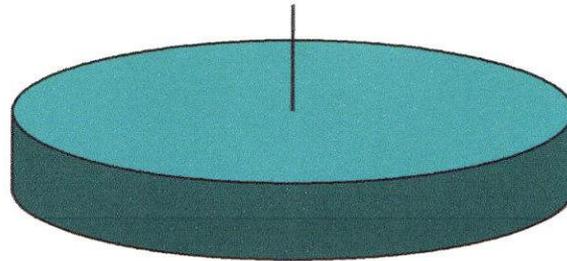
14.- Se sugiere iniciar tratamiento con conteo CD4 menor o igual a 250 células /mm³.



De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos que de los 30 profesionales del área de salud, 19 respondieron que SI, sugieren iniciar tratamiento con conteo CD4 menor o igual a 250 células /mm³, 7 que NO y 4 de ellos NO SABEN.

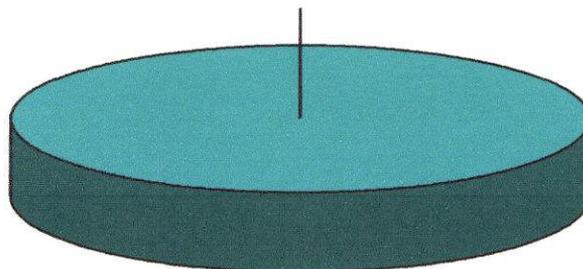


15.- Se llama Terapia antirretroviral altamente activa (TARA) a la combinación de al menos 2 antirretrovirales.



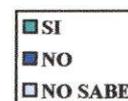
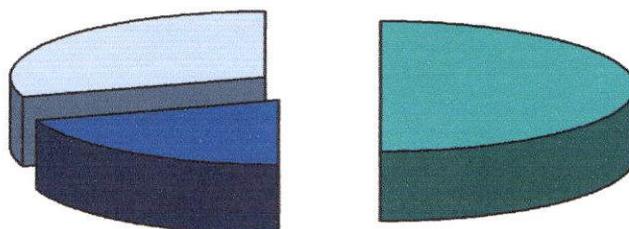
De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos que de los 30 profesionales del área de salud, todos respondieron que se llama Terapia antirretroviral altamente activa (TARA) a la combinación de al menos 2 antirretrovirales.

16.- La mayoría de los medicamentos antirretrovirales son Teratogénicos.



De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos que de los 30 profesionales del área de salud, todos respondieron que la mayoría de los medicamentos antirretrovirales son Teratogénicos.

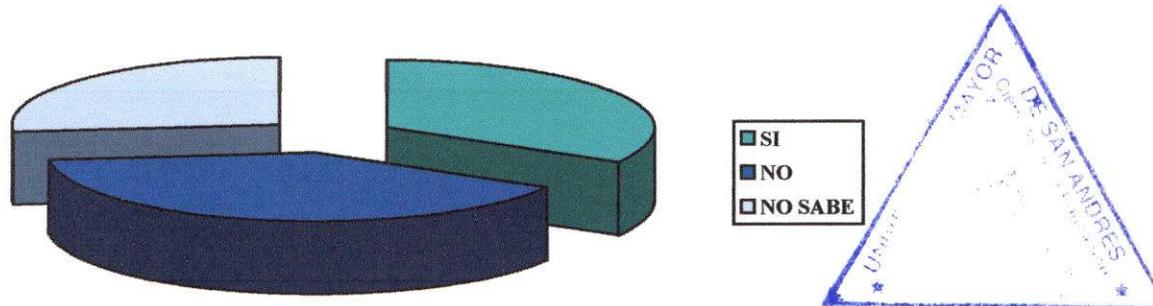
17.- En una embarazada sin tratamiento previo la infusión intravenosa de Zidovudina debe suspenderse 48 horas después del nacimiento.





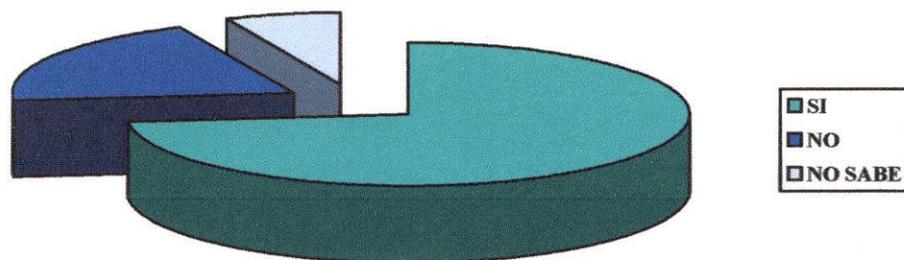
De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos que de los 30 profesionales del área de salud, 15 respondieron que SI, en una embarazada sin tratamiento previo la infusión intravenosa de Zidovudina debe suspenderse 48 horas después del nacimiento, 6 que NO y 7 de ellos NO SABEN.

18.- Cuando la embarazada recibe tratamiento con zidovudina la seropositividad en el neonato se reduce al 20%.



De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos que de los 30 profesionales del área de salud, 10 respondieron que SI, cuando la embarazada recibe tratamiento con zidovudina la seropositividad en el neonato se reduce al 20%, 12 que NO y 8 de ellos NO SABEN.

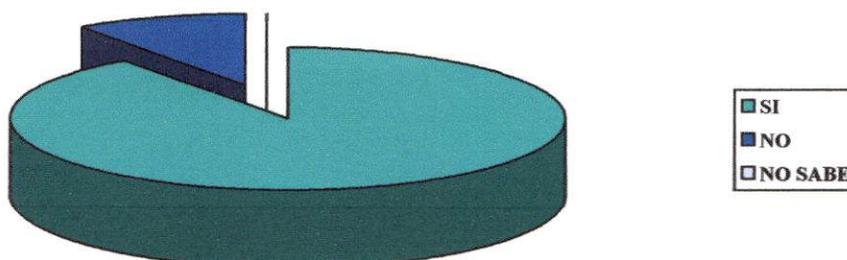
19.- En la transmisión perinatal del VIH más del 50% ocurre durante el trabajo de parto.



De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos que de los 30 profesionales del área de salud, 22 respondieron que SI, en la transmisión perinatal del VIH más del 50% ocurre durante el trabajo de parto, 6 que NO y 2 de ellos NO SABEN.

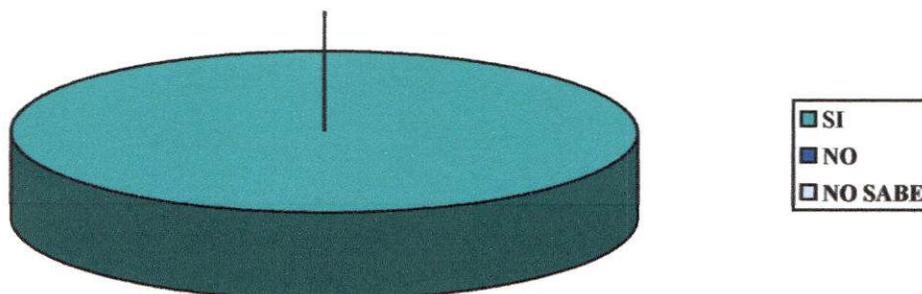


20.- La vía de nacimiento (parto vs. cesárea) tiene importancia en la transmisión vertical.



De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos que de los 30 profesionales del área de salud, 27 respondieron que SI, la vía de nacimiento (parto vs. cesárea) tiene importancia en la transmisión vertical y 3 de ellos NO

21.- Se denomina sexo seguro a las relaciones sexuales con prácticas (condón, masturbación, caricias mutuas) que eviten entrar en contacto con fluidos corporales con el propósito de reducir el riesgo de contraer el VIH u otra enfermedad de transmisión sexual.



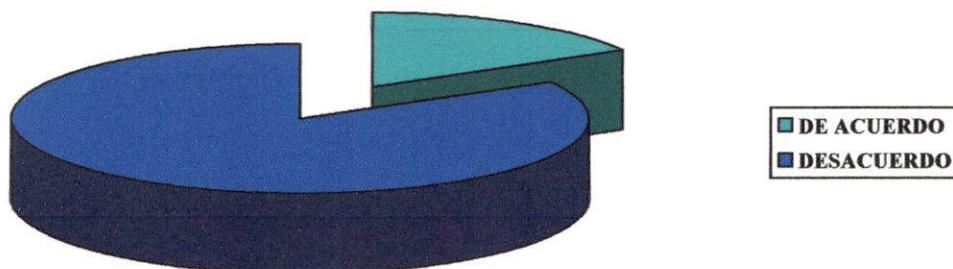
De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos que de los 30 profesionales del área de salud, todos respondieron que se denomina sexo seguro a las relaciones sexuales con prácticas (condón, masturbación, caricias mutuas) que eviten entrar en contacto con fluidos corporales con el propósito de reducir el riesgo de contraer el VIH u otra enfermedad de transmisión sexual.



5.2.2.- ÁREA DE LA ACTITUD.

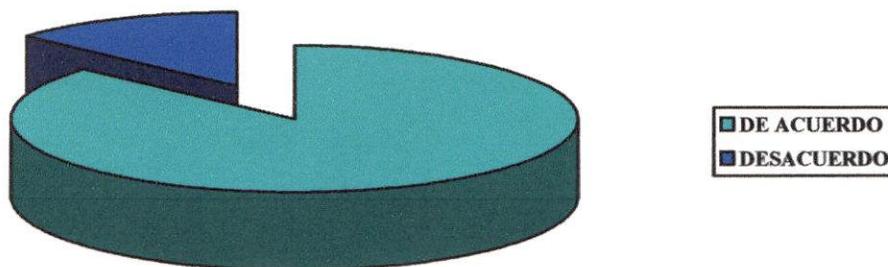
A través de afirmaciones, mide las actitudes del personal salud en cuanto la atención de PVVS.

22.- Atender a una persona que padece una infección de transmisión sexual como posible portador del VIH no es correcto.



Según los resultados obtenidos en esta área de la actitud de los 30 profesionales del área de salud, 5 respondieron que están DE ACUERDO, en atender a una persona que padece una infección de transmisión sexual como posible portador del VIH no es correcto y 25 están en DESACUERDO.

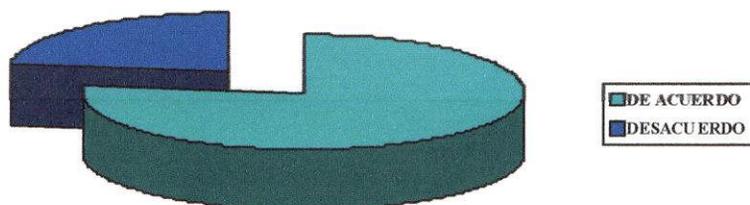
23.- Siente usted riesgo de adquirir el VIH.



Según los resultados obtenidos en esta área de la actitud de los 30 profesionales del área de salud, 26 respondieron que están DE ACUERDO, en sentir riesgo de adquirir el VIH y 4 están en DESACUERDO.



24.- Atender a pacientes con VIH / SIDA le ocasiona temor.



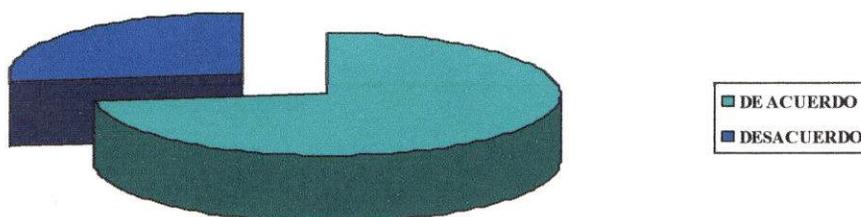
Según los resultados obtenidos en esta área de la actitud de los 30 profesionales del área de salud, 23 respondieron que están DE ACUERDO, que Atender a pacientes con VIH / SIDA le ocasiona temor y 7 están en DESACUERDO.

25.- Me negaría a realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos a un paciente con VIH aún con protección adecuada.



Según los resultados obtenidos en esta área de la actitud de los 30 profesionales del área de salud, todos respondieron que están en DESACUERDO, en negarse a realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos a un paciente con VIH aún con protección adecuada.

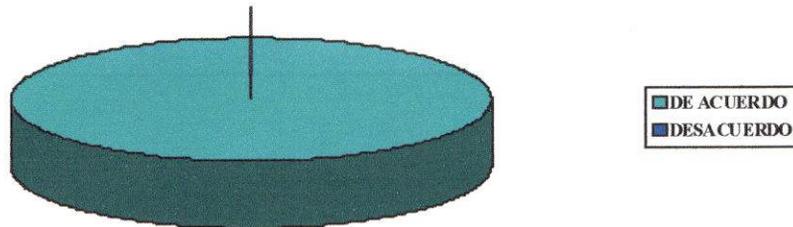
26.- Los materiales de bioseguridad que brinda el Centro son suficientes y adecuados.



Según los resultados obtenidos en esta área de la actitud de los 30 profesionales del área de salud, 22 respondieron que están DE ACUERDO, en que los materiales de bioseguridad que brinda el Centro son suficientes y adecuados y 8 están en DESACUERDO.



27.- Estaría dispuesto a realizarse la prueba del VIH en este momento

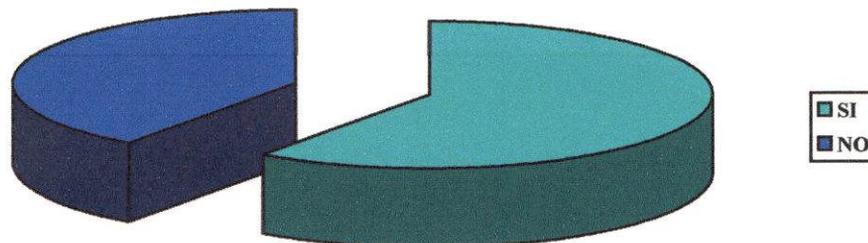


Según los resultados obtenidos en esta área de la actitud de los 30 profesionales del área de salud, todos respondieron que están DE ACUERDO, en realizarse la prueba del VIH en este momento.

5.1.3.- ÁREA DE LA PRÁCTICA MÉDICA

Mide las prácticas médicas del personal salud a través de preguntas en cuanto la atención de PVVS.

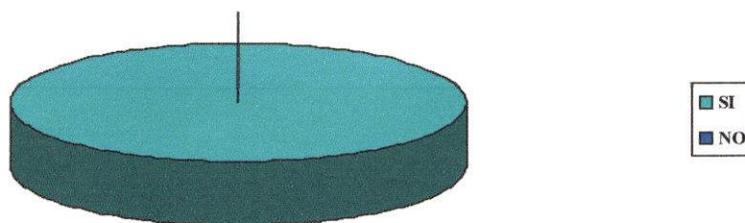
28.- Solicita usted una prueba para VIH en paciente de riesgo



Mediante los resultados obtenidos en el área de la práctica medica de los 30 profesionales del área de salud, 18 respondieron que SI, solicitan una prueba de VIH en pacientes de riesgo y 12 ellos que NO.

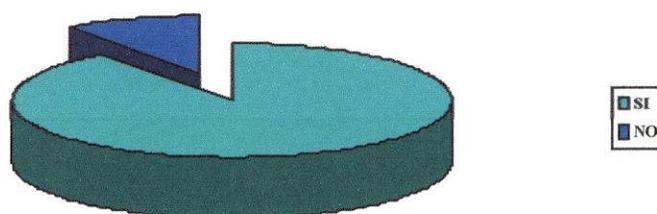


29.- Toma usted las medidas de protección médica necesarias al examinar a todos sus pacientes.



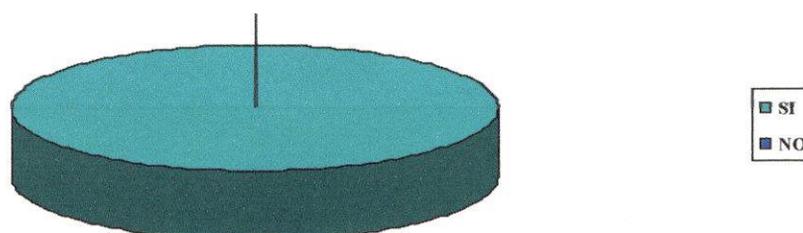
Mediante los resultado obtenidos en el área de la práctica médica de los 30 profesionales del área de salud, todos respondieron que SI, ya que ellos toman las medidas de protección médica necesarias al examinar a todos sus pacientes.

30.- Ha realizado procedimientos diagnósticos / terapéuticos en Pacientes con diagnósticos VIH (+).



Mediante los resultado obtenidos en el área de la práctica médica de los 30 profesionales del área de salud, 27 respondieron que SI, han realizado procedimientos diagnósticos / terapéuticos en Pacientes con diagnósticos VIH (+) y 3 ellos que NO

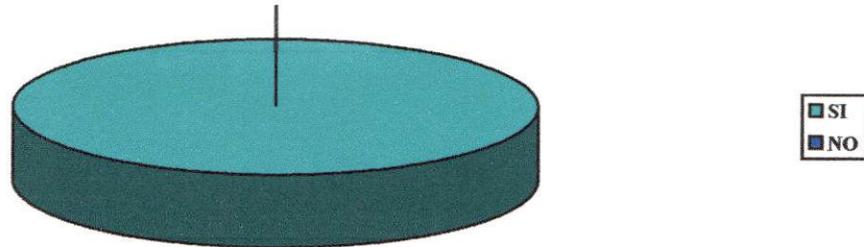
31.- Utiliza toda la protección médica brindada por el centro para Realizar o participar en un procedimiento quirúrgico en Pacientes con VIH (+).



Mediante los resultado obtenidos en el área de la práctica médica de los 30 profesionales del área de salud, todos respondieron que SI, utilizan toda la protección médica brindada por el centro para Realizar o participar en un procedimiento quirúrgico en Pacientes con VIH (+).

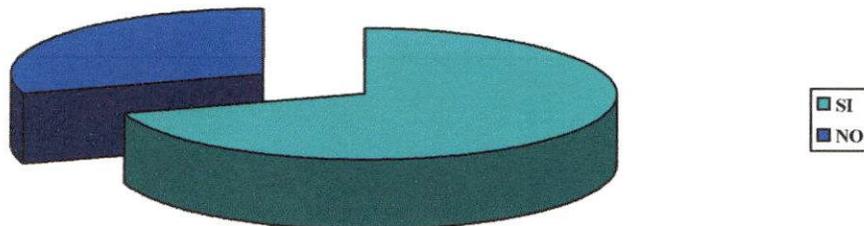


32.- Se ha realizado recientemente (últimos 3 años) algún test para detección del VIH.



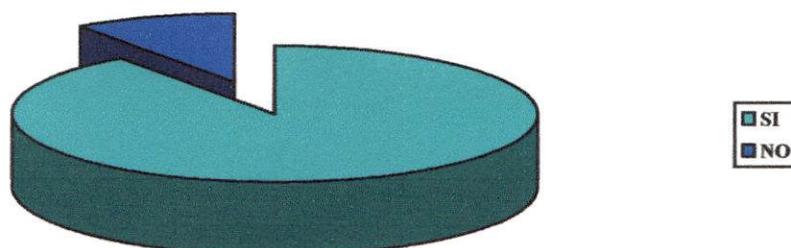
Mediante los resultado obtenidos en el área de la práctica médica de los 30 profesionales del área de salud, todos respondieron que SI, se han realizado recientemente (últimos 3 años) algún test para detección del VIH.

33.- En sus relaciones sexuales utiliza las medidas de prevención del VIH/SIDA.
Mediante los resultado obtenidos en el área de la práctica médica de los 30



profesionales del área de salud, 21 respondieron que SI, en sus relaciones sexuales utiliza las medidas de prevención del VIH/SIDA y 9 ellos que NO.

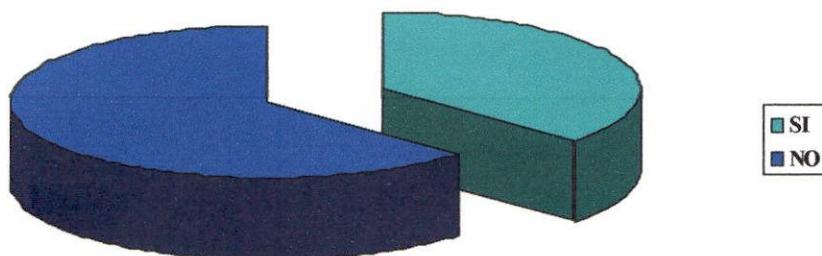
34.- Ha tenido alguna relación sexual con una pareja casual.



Mediante los resultado obtenidos en el área de la práctica médica de los 30 profesionales del área de salud, 23 respondieron que SI, ha tenido una relación sexual con una pareja casual y 7 ellos que NO.

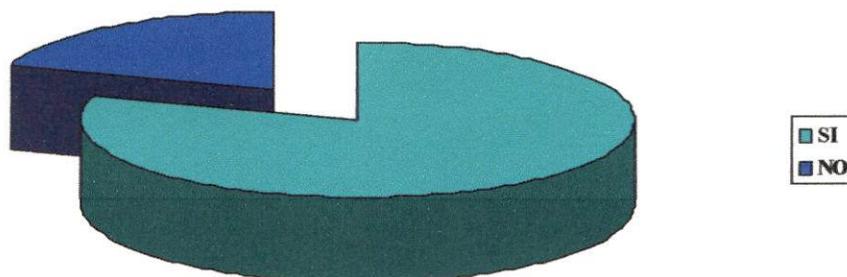


35.- Utiliza condón al tener relaciones con una pareja casual.



Mediante los resultado obtenidos en el área de la práctica médica de los 30 profesionales del área de salud, 11 respondieron que SI, han utilizado un condón al tener relaciones sexuales con una pareja casual y 19 ellos que NO.

36.- Tiene relaciones con una pareja estable.



Mediante los resultado obtenidos en el área de la práctica médica de los 30 profesionales del área de salud, 24 respondieron que SI, tienen relaciones sexuales con una pareja estable y 6 ellos que NO.



CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1.- CONCLUSIONES

En la presente investigación del personal de salud del CDVIR – LA PAZ, en cuanto al conocimiento, actitud y práctica médica de la atención a las PVVS, se llegaron las siguientes conclusiones a nivel general y específico.

CONCLUSIÓN GENERAL:

Dado que los médicos, enfermeras y laboratoristas son profesionales de la salud que se encuentran más directamente implicados en la atención a pacientes con VIH/SIDA, es responsabilidad de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales como el Ministerio de Salud y Deportes, actualizar continuamente los programas de formación, sensibilización y concientización; en la misma medida que avancen los conocimientos sobre la infección, incluyendo la forma de atención al paciente en sus diferentes estadios, a partir de la confirmación de la infección, el cuidado psicosocial, los aspectos éticos, la bioseguridad y el cuidado terminal. Teniendo en cuenta que tener un buen conocimiento coadyuva a reflejar una buena actitud positiva y de este una adecuada práctica médica en la atención a los pacientes que viven con VIH/SIDA, en los resultados de la investigación se encontró que la actitud positiva con un 87% siendo la más sobresaliente, en cuanto a la prevención, diagnóstico y tratamiento a los pacientes con VIH/SIDA, este resultado va de la mano de una adecuada práctica médica con un 81%, en la forma de atención a las PVVS, sin embargo para obtener una atención integral y eficiente no solamente se consideran importantes estas dos áreas mencionadas anteriormente, si no también el área del conocimiento en el cual los resultados obtenidos han sido regulares con un 77%. Esta situación no conduce a obtener una adecuada orientación en las alternativas de prevención, diagnóstico y tratamiento, lo



cual no facilita la misión de la consejería pre y post prueba vulnerando los derechos de las personas con VIH/SIDA.

CONCLUSIONES ESPECÍFICAS:

ÁREA DEL CONOCIMIENTO:

En el área del conocimiento se observa que el personal de salud en la atención a PVVS. Refleja un **conocimiento regular**, en cuanto a las características, fisiopatologías de la infección, transmisión, prevención, diagnóstico, tratamiento y marco legal del VIH/SIDA, esto podría deberse a que en Bolivia no se cuenta con una constante orientación, capacitación, actualización y predisposición del personal de salud en cuanto a la temática y mucho menos en la CDVIR – LA PAZ.

ÁREA DE LA ACTITUD:

Los resultados señalan que en la atención a los pacientes con VIH/SIDA la **actitud es positiva**, en cuanto a las formas de intervención, riesgos y miedos en los procedimientos de atención diagnóstica y terapéutica, lo cual implica que el personal de salud está consciente que la población vulnerable necesita mayor apoyo emocional que involucra no solo el conocimiento, sino más bien la calidad humana que se debería reflejar en el abordaje de este tipo de casos.

ÁREA DE LA PRÁCTICA MÉDICA:

En cuanto a la práctica médica del personal de salud se refleja una **atención adecuada** en el manejo de los pacientes con VIH/SIDA, Posiblemente estas prácticas médicas se deba a que la relación de sus conocimientos y las actitudes, hace que muestren un auto cuidado personal y profesional.



6.2.- RECOMENDACIONES

Según los resultados obtenidos se llegan a las siguientes recomendaciones:

- ◆ Fortalecer el conocimiento del personal de salud del área médica, enfermería y laboratorio del Centro de Vigilancia Epidemiológica CDVIR- LA PAZ a partir de talleres donde se sensibilice frente a la propia vulnerabilidad en relación del reflejo del otro y la otra.
- ◆ Promover una constante actualización de la información, orientación, capacitación y sensibilización, no solo en métodos diagnósticos, sino también en las diferentes formas de tratamiento e intervención en la atención de la población con VIH/SIDA.
- ◆ Auto reflexión del diálogo sobre la invisibilización, estigmatización y desgaste emocional en los procesos de intervención terapéutica.
- ◆ Fortalecer terapias de dialogo en las cuales este implícita la inclusividad, apropiación compartida, aprendizaje, humanidad, y las relaciones a largo plazo entre el personal de salud del área médica, enfermería y laboratorio del Centro de Vigilancia Epidemiológica CDVIR- LA PAZ y paciente
- ◆ Es importante realizar una evaluación previa y continua al personal de salud que presta la atención a los pacientes con VIH/SIDA, para la ejecución de una labor eficiente.
- ◆ Replicar la presente investigación en otros Centros Departamentales de Vigilancia y Referencia Epidemiológica del país.



BIBLIOGRAFIA

- ◆ ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA, MINISTERIO DE SALUD Y PREVISION SOCIAL, LÁ PAZ - BOLIVIA, 1999.
- ◆ ANDER-EGG E., TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL, HVMANITAS, BUENOS AIRES, 1987.
- ◆ CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE EL SIDA, WHITH HN. TORONTO, 2010.
- ◆ CUIDADO DE SALUD Y EL VIH/SIDA PARA PROFESIONAES DE LA SALUD Y PACIENTES, OFICIAN DE VIH/SDIA, FEDRERO 2004.
- ◆ FUNDACIÓN SIDA <http://www.sfof.org>
- ◆ GUIA PARA LAS PERSOANS QUE VIVIEN CON EL VIH/SIDA, FAMILIAREA Y AMIGOS, EN BOLIVIA, LIC. ANNE SAUDAN, ISTITUTO PARA EL DESARROLLO HUMANO, PROGRAMA SIDACCION, BOLIVIA ENERO 2002.
- ◆ GUIA DE SEXO SEGURO, EDTORIAL PROYECTO LAMBDA, SANT FE DE BOGOTÁ COLOMBIA, 1995.
- ◆ GUIA PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SDIA, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, WHSASHINTONG D.C. 1999.
- ◆ GUIA DE CAPACITACIÓN DE LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL VIH, MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, PROGRAMA NACIONAL ITSA/IH/SIDA, BOLIVIA 2008.
- ◆ GUIA DE RECOMENDACIONES PARA LA PROFILAXIS DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH Y TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN EMBARAZADAS, MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, PROGRAMA NACIONAL ITSA/IH/SIDA, LA PAZ - BOLIVIA 2007.
- ◆ <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida>
- ◆ <http://saludpublica.bvsp.org.bo/svs/s2a.xic?DB=B&S2=2&S11=8548&S22=b>
- ◆ INFORME COMPARADO SOBRE LA SITUACIÓN DEL VIH/SIDA Y LOS DERECHOS HUMANOS EN LA COMUINIDAD ANDINA DE NACIONES, EDITORES EDAGAR CARRASCO, ROBINSON CABELLO, LACADO, VENEZUELA, DICIEMBRE DEL 2003.

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA EN PERSONAL MÉDICO, ENFERMERÍA Y LABORATORIO
EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON VIH/SIDA DEL CENTRO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA CDVIR-LA PAZ”**



- ◆ INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN LA APLICACIÓN DE PWS, PROGRAMA NACIONAL ITS/VIH/SDIA, BOLIVIA 2008 AL 2010.
- ◆ INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN VIH/SIDA VICTORIA GONZÁLEZ RAMÍREZ
PROFESORA INVESTIGADORA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UMSNH
- ◆ LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA Y EL DESARROLLO, ELIZABETH REÍD, TRADUCIDO AL ESPAÑOL DR. JUAN JACOBO HERNÁNDEZ, NUEVA YORK, 1996.
- ◆ LA NOCIÓN DE ACTITUD. FICHA DE CÁTEDRA DE PSICOLOGÍA SOCIAL, MUCHNIK G Y SEIDMAN S., BUENOS AIRES, UNIV. DE BELGRANO, (1983).
- ◆ LECCIONES APRENDIDAD DEL VIH/SISA, FUNDACIÓN REDVHIDA, Lic. JULIO CESAR AGUILERA, SANTA CRUZ BOLIVIA, 2009.
- ◆ MANUAL DE PSICOLOGÍA SOCIAL, VANDER ZANDEN JAMES, BARCELONA, PAIDÓS, 1986
- ◆ MANUAL DE BIO SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RESIDUOS, PROGRAMAN DEPARTAMENTAL DE ITSA/VIH/SIDA, CDVIR LA PAZ, 2006.
- ◆ MANUAL DE ORIENTACIÓN PARA LA REALIZCION DE PRUEBA VOLUNTARIA DEL VIH, MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, UNICEF, PROGRAMA NACIONAL ITSA/VIH/SIDA, LA PAZ - BOLIVIA 2007.
- ◆ ORÍGENES DEL VIH/SIDA EN AMERICA LATINA, BRONFMAN, M. ,2009.
- ◆ PERDIL DE UNA EPIDEMIA, OMS-GINEGRA. 1995.
- ◆ PREVENCIÓN Y VIGILANCIA DEL VIH/SIDA EN BOLIVIA, RESOLUCIÓN MINISTERIAL NUMERO 711, BOLIVIA 2002.

PROGRAMA MUNICIPAL DE SIDA - SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA -INFECTÓ LOGIA DEL VIH/SDIA, DR. MARCELO G. LEGUIZAMÓN, URUGUAY, (2009), PAINA 24.

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), DANIELS. VICTOR.G. 1985. EDITORIAL MÉXICO.

TEORÍA DEL CONOCIMIENTO EN LA PREVENCIÓN DEL SIDA A TRAVÉS DE LA MEDICINA GENERAL, RAMOS ANTONIO (2010), PAGINA 85.

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA EN PERSONAL MÉDICO, ENFERMERÍA Y LABORATORIO
EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON VIH/SIDA DEL CENTRO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA CDVIR-LA PAZ”**



ANEXO



CUESTIONARIO

La información es confidencial y anónima por lo que solicita apoyo y sinceridad en sus respuestas.

I. DATOS GENERALES

Edad _____ Sexo _____

Profesión _____

II. CONOCIMIENTO

- 1) El virus del VIH pertenece al grupo de Retrovirus y sub- familia Lentiviridae.
Si _____ No _____ No Sabe _____
- 2) Existe en Bolivia una ley de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH / SIDA.
Si _____ No _____ No Sabe _____
- 3) El VIH ha sido detectado en sangre, semen, secreciones vaginales, orina, líquido cefalorraquídeo, lágrimas, saliva, heces y leche materna.
Si _____ No _____ No Sabe _____
- 3) Las vías de transmisión del VIH incluyen la transmisión sexual, a través de sangre, hemoderivados, transmisión perinatal, transplante de tejidos u órganos.
Si _____ No _____ No Sabe _____
- 4) En la transmisión vertical o perinatal solo el 10% de hijos nacidos de mujeres seropositivos presentan la infección.
Si _____ No _____ No Sabe _____
- 5) El virus de inmunodeficiencia humana tiene afinidad exclusiva por los linfocitos CD4 y CD8.

**"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA EN PERSONAL MÉDICO, ENFERMERÍA Y LABORATORIO
EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON VIH/SIDA DEL CENTRO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA CDVIR-LA PAZ"**



Si _____ No _____ No Sabe _____

6) En el diagnóstico de HIV la seroconversión es la presencia de antígenos en suero.

Si _____ No _____ No Sabe _____

7) La infección por VIH se divide en 3 grupos: 1) Infección primaria, 2) linfadenopatía generalizada persistente, 3) infección sintomática.

Si _____ No _____ No Sabe _____

8) Durante la infección primaria o seroconversión se presentan manifestaciones clínicas específicas.

Si _____ No _____ No Sabe _____

9) Los métodos directos de diagnósticos de VIH son ELISA y el Western Blot (el confirmativo).

Si _____ No _____ No Sabe _____

11) La transfusión masiva, trasplante de medula ósea, tratamiento Inmunosupresores, son causa de falso positivo en las Pruebas de tamizaje para VIH / SIDA.

Si _____ No _____ No Sabe _____

12) La candidiasis oro faríngea, el carcinoma cervical in situ, diarrea mayor de un mes pertenece a la categoría clínica B.

Si _____ No _____ No Sabe _____

13) Existen 2 grandes grupos de antirretrovirales utilizados en el tratamiento VIH /SIDA.

Si _____ No _____ No Sabe _____

14) Se sugiere iniciar tratamiento con conteo CD4 menor o igual a 250 células /mm³.

Si _____ No _____ No Sabe _____

15) Se llama Terapia antirretroviral altamente activa (TARA) a la combinación de al menos 2 antirretrovirales.

Si _____ No _____ No Sabe _____

16) La mayoría de los medicamentos antirretrovirales son Teratogénicos.



Si _____ No _____ No Sabe _____

17) En una embarazada sin tratamiento previo la infusión intravenosa de Zidovudina debe suspenderse 48 horas después del nacimiento.

Si _____ No _____ No Sabe _____

18) Cuando la embarazada recibe tratamiento con zidovudina la seropositividad en el neonato se reduce al 20%.

Si _____ No _____ No Sabe _____

19) En la transmisión perinatal del VIH más del 50% ocurre durante el trabajo de parto.

Si _____ No _____ No Sabe _____

20) La vía de nacimiento (parto vs. cesárea) tiene importancia en la transmisión vertical.

Si _____ No _____ No Sabe _____

21) Se denomina sexo seguro a las relaciones sexuales con prácticas (condón, masturbación, caricias mutuas) que eviten entrar en contacto con fluidos corporales con el propósito de reducir el riesgo de contraer el VIH u otra enfermedad de transmisión sexual

Si _____ No _____ No Sabe _____

III. ACTITUD

Las siguientes acápites pretenden recolectar información sobre sus actitudes en ejercicio profesional en relación al VIH / SIDA.

22) Atender a una persona que padece una infección de transmisión sexual como posible portador del VIH no es correcto.

De acuerdo _____ Desacuerdo _____

23) Siente usted riesgo de adquirir el VIH.

De acuerdo _____ Desacuerdo _____

24) Atender a pacientes con VIH / SIDA le ocasiona temor.

De acuerdo _____ Desacuerdo _____



25) Me negaría a realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos a un paciente con VIH aún con protección adecuada.

De acuerdo _____ Desacuerdo _____

26) Los materiales de bioseguridad que brinda el Centro son suficientes y adecuados.

De acuerdo _____ Desacuerdo _____

27) Estaría dispuesto a realizarse la prueba del VIH en este momento?

De acuerdo _____ Desacuerdo _____

IV. PRACTICAS.

Responda de acuerdo a lo que usted realiza en su práctica médica diaria y no a lo que idealmente realizaría.

28) Solicita usted una prueba para VIH en paciente de riesgo?

Si _____ No _____

29) Toma usted las medidas de protección médica necesarias al examinar a todos sus pacientes?

Si _____ No _____

30) Ha realizado procedimientos diagnósticos / terapéuticos en Pacientes con diagnósticos VIH (+).

Si _____ No _____

31) Utiliza toda la protección médica brindada por control para Realizar o participar en un procedimiento quirúrgico en Pacientes con VIH (+).

Si _____ No _____

32) Se ha realizado recientemente (últimos 3 años) algún test para detección del VIH.

Si _____ No _____

33) ¿En sus relaciones sexuales utiliza las medidas de prevención del VIH/SIDA?

Si ___ No ___

34. Ha teNido alguna relación sexual con una pareja casual

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA EN PERSONAL MÉDICO, ENFERMERÍA Y LABORATORIO
EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON VIH/SIDA DEL CENTRO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA CDVIR-LA PAZ”**



Si ___ No ___

35). Utiliza condón al tener relaciones con una pareja casual.

Si ___ No ___

36) Tiene relaciones con una pareja estable.

Si ___ No ___