



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA-MANAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA 2001 - 2003



ENTORNO SOCIAL DE LAS PERSONAS CON VIH/SIDA, CHOLUTECA, HONDURAS ENERO 2002 A JUNIO 2003

Informe de tesis para optar al título de Maestro en
Epidemiología

Autores: Marilia López Souza de Calderón
Carlos Alberto Gonzáles Flores

TUTOR: Julio Piura López MD. MSc.

Managua, Octubre, 2003

T
235
QW
700
L864
2003

“... yo se vivir con esta enfermedad”

* Paciente entrevistado perteneciente al grupo de estudio.

Dedicatoria

A los seres humanos que viven con el VIH en todo el mundo
quienes son víctimas de esta mortal infección,
además de la discriminación, estigmatización y tabúes
en su entorno.

A nuestros seres más queridos,
que día a día nos brindaron su apoyo
incondicional
Y que son motivos de nuestros
esfuerzos para seguir adelante

Agradecimientos

Al Doctor Julio Piura, maestro y tutor por su gran ayuda.

A la Doctora Martha González, Coordinadora y guía en esta investigación.

A los Docentes del CIES, por brindar sus conocimientos en esta maestría.

A las Autoridades de la Secretaría de Salud de Honduras, por permitirnos realizar nuestros estudios.

Al personal de la Clínica de Atención Integral ITS/VIH/SIDA, por su valiosa cooperación.

A nuestros compañeros de estudio, por su amistad y solidaridad

Resumen

Este estudio transversal cuantitativo, representa el primer esfuerzo para caracterizar el entorno social de los pacientes de VIH/SIDA en la ciudad de Choluteca, una de las 6 ciudades con mayor prevalencia de SIDA en Honduras. Los objetivos que guiaron esta investigación fueron: conocer el perfil de padecimiento, las limitantes sociales, el apoyo de la familia y el papel que juegan los servicios de salud en la atención de estos pacientes. Mediante un diseño transversal, fueron entrevistados (as) por conveniencia 16 pacientes de Choluteca diagnosticados de enero del 2002 a junio de 2003, a quienes se aplicó un cuestionario, complementando la información con las fichas de vigilancia epidemiológica de VIH y otros documentos disponibles.

Teniendo en cuenta que en Choluteca el primer caso de VIH/SIDA fue registrado en 1987 se observa que la epidemia va en ascenso según lo informa el sistema de salud pública.

Los resultados de este estudio (en base a los pacientes entrevistados) reflejan que a pesar que los pacientes cuentan con el apoyo familiar, así como una red de consejeros para apoyo psicológico y una clínica especial en prevención y tratamiento del VIH/SIDA en Choluteca, éstos no es suficiente para controlar y dar respuesta ante la epidemia.

El estudio muestra que la edad mas frecuente esta entre 25 y 34 años, el sexo masculino y el área suburbana predominaron; en cuanto al aspecto perceptivo reflejo el deseo de vivir, y se evidencio el conocimiento de su enfermedad alrededor de las dimensiones biológicas, psicológica y social; sus padecimientos mas frecuente fueron procesos propios de la enfermedad con frecuentes hospitalizaciones. Se destaca la ausencia de relación conyugal estable, bajo nivel educativo, limitación laboral, discriminación, estigmatización y tabú relacionados con su padecimiento; la conducta sexual predominante fue la heterosexual, evidenciándose el rechazo familiar debido a su condición. En cuanto a acceso a servicios de salud el 75% de los casos han utilizado los servicios de atención especializada y refirieron que la consejería recibida fue positiva.

Indice

	Página
Dedicatoria	<i>i</i>
Agradecimiento	<i>ii</i>
Resumen	<i>iii</i>
I INTRODUCCION	1
II ANTECEDENTES	3
III JUSTIFICACIÓN	6
IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
V OBJETIVOS	8
VI MARCO DE REFERENCIA	9
VII DISEÑO METODOLOGICO	31
VIII DESCRIPCION DE RESULTADOS	38
IX ANALISIS DE RESULTADOS	46
X CONCLUSIONES	50
XI RECOMENDACIONES	51
XII BIBLIOGRAFÍA	53
ANEXOS	55

I. Introducción

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles. Esto ha llevado a poner especial acento en el “Entorno Social del paciente con VIH”.

Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto de “calidad de vida” o “entorno social”, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.

Los indicadores tradicionales de morbilidad / mortalidad están dando paso a esta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras, y en esta línea, la meta de la atención en salud, la cual se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de las Condiciones de Vida del paciente.¹

Este flagelo que afecta a la humanidad ha tenido como consecuencia 42 millones de personas con el VIH/SIDA para el 2002, de los cuales 95% residen en países en vías de desarrollo.²

En América Latina y el Caribe se estima que 1.8 millones de adultos y niños viven con el VIH, incluidas las 190,000 (2002) que contrajeron el virus el año pasado. Se perciben importantes diferencias en los niveles de la epidemia y en las tendencias de la transmisión del VIH. En la actualidad, en América Latina hay 1,4 millones de personas que viven con el VIH/SIDA y 420,000 en el Caribe.

¹ Felc, D. y Perry, J. Quality of life: It s Definition and Measurement. Research in Developmental Disabilities 1995;16(1);51-74

² Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA/OMS. Actualización de la epidemia del SIDA; 2002

En América Central y el Caribe, la vía de transmisión del VIH es principalmente heterosexual, siendo las relaciones sexuales peligrosas y el cambio de pareja frecuente entre los jóvenes uno de los factores más importantes que impulsan la epidemia. Existen otras dinámicas poderosas que favorecen la propagación del VIH, notablemente la combinación de las presiones socioeconómicas y la alta movilidad de la población (incluido el turismo).

El Caribe es la región más afectada del planeta, con tasas de prevalencia del VIH en adultos tan sólo superados por las de África subsahariana. En algunos países del Caribe, el VIH SIDA ha pasado a ser una causa principal de mortalidad, los más afectados son Haití y las Bahamas, donde las tasas de prevalencia del VIH en adultos están por encima del 4%; pero eso no significa que la epidemia se concentre únicamente en el Caribe.³

Honduras es reconocida como el centro de la epidemia del VIH/ SIDA en América Latina. La zona sur de Honduras es una zona de pobreza, con alto grado de analfabetismo, desempleo y con gran afluencia migratoria ya que es un corredor obligado por la existencia de la carretera Panamericana; siendo estos factores determinantes para la diseminación de la infección del VIH en la población menos favorecida económicamente, lo que al final traerá un impacto negativo mayor en las condiciones de vida de las familias afectadas.

En el presente estudio se enfocó la problemática de los pobladores de Choluteca sorprendidos por la epidemia del VIH y hacer un análisis de percepción del paciente sobre los temas: enfermedades prevalentes, apoyo familiar, acceso a servicios de salud y su entorno social. Para ésto se seleccionaron pacientes diagnosticados VIH en los años 2002 y el primer semestre del 2003 en esta ciudad, aplicando cuestionario complementado con información del hospital local, y la ficha de vigilancia epidemiológica de VIH entre otros.

³ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA/OMS. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA; 2002.

II. Antecedentes

El año 2001 marcó los 20 años del SIDA en el mundo con una epidemia mucho más grave de lo previsto, con esto el aprendizaje ha sido enorme y sabemos que esta epidemia está en sus primeras fases, y que las respuestas eficaces son posibles sólo cuando se aplican en gran escala.

La epidemia del SIDA cobró más de 3 millones de vidas en el 2002, y se estima que 5 millones de personas contrajeron el virus de inmunodeficiencia humana (HIV) a lo largo del año; lo que eleva a 42 millones el número de personas que viven con el virus en todo el mundo.⁴

Mientras la humanidad se adentra en la tercera década de la epidemia del SIDA, la evidencia de su impacto es irrefutable, propagándose de forma descontrolada. La epidemia está arrebatando a los países los recursos y capacidades de los que dependen la seguridad y el desarrollo humano. En algunas regiones, el VIH/SIDA en combinación con otras crisis, está sumiendo en la miseria a sectores cada vez más altos de la población.

En Europa Oriental y Asia Central, el número de personas que vivían con el VIH en el 2002 se elevó a 1.2 millones. El VIH/SIDA se está propagando rápidamente por los estados Bálticos, la Federación de Rusia y diversas repúblicas de Asia Central.

En Asia y el Pacífico, 7.2 millones de personas viven actualmente con el VIH, el avance del VIH/SIDA en esta región es debido en gran medida a la epidemia creciente en China, donde un millón de personas viven hoy en día con el VIH y donde las estimaciones oficiales proveen que esa cifra se multiplique inexorablemente durante la próxima década.

También persiste un potencial considerable de crecimiento en la India, donde casi 4 millones de personas están viviendo con el VIH.

Las últimas estadísticas reflejan que en los Estados Unidos hay entre 650,000 y 900,000 personas infectadas con el virus HIV.

En Honduras hay un fuerte impacto de esta enfermedad, siendo considerado el país de Centro América que ha reportado mayor número de casos en total 17,354, especialmente en los departamentos de Cortés con 7,854 casos (San Pedro Sula) y Francisco Morazán con 5,837 casos (Tegucigalpa) hasta finales del 2002.

Desde 1987 en los departamentos de Choluteca y Valle que conforman la región sanitaria del Sur de Honduras se viene detectando en forma creciente este problema y para diciembre del 2002 existe un total de 1,031 casos acumulados de VIH reportados por el laboratorio del sistema público, y en ese mismo año en Choluteca ciudad cabecera departamental, informó 52 casos (37%) de 142 casos nuevos de esta región.

Por la alta prevalencia, es conveniente realizar un estudio que pueda ser utilizado para dar a conocer la problemática del paciente VIH en esta zona del país. Las pocas investigaciones existentes, solamente están orientadas a identificar incidencia entre grupos específicos de población (trabajadoras comerciales del sexo (TCS), hombres que tienen sexo con otros hombres, y hombres o mujeres privados (as) de libertad), en donde la prevalencia de VIH es al alrededor de 8%-10%.

Como parte del Estudio Multicéntrico Centroamericano de VIH/SIDA y Comportamiento en TCS, se utilizó un muestreo por conglomerados en dos

⁴ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA/OMS. Resumen Mundial de la Epidemia de

etapas en las ciudades de Tegucigalpa y San Pedro Sula. En el caso de Puerto Cortes y San Lorenzo/ Monjaras y Nacaome se llevó a cabo un censo, en vista que el número de TCS encontradas no superaba la muestra estimada para estos sitios, se enumeraron un total de 544 mujeres TCS. La muestra integró 165 TCS en Tegucigalpa (99 TCS fijas y 66 ambulantes), 209 en San Pedro Sula (99 TCS fijas y 110 ambulantes) , 89 en Puerto Cortés (7 fijas y 82 ambulantes) y 81 en el área de San Lorenzo (50 fijas y 31 ambulantes) esta última es parte de la Región Sur .

La prevalencia (según el estudio multicéntrico) de VIH fue de 10.1%, en el total de mujeres estudiadas. Las prevalencias más altas se presentaron en San Pedro Sula con 13.0% y área de San Lorenzo con 9.1%; en Tegucigalpa se encontró una prevalencia de 8.1% y las mas baja se encontró en Puerto Cortes con 7.5%.⁵

⁵ Secretaría de Salud de Honduras, Departamento de ITS /VIH/SIDA, Regiones Sanitaria Metropolitana, N° 3 y N° 4. Estudio Multicentrico Centroamericano de

III. Justificación

Se consideró necesario hacer un estudio sobre el entorno social de los pacientes que conviven con el virus del VIH de la ciudad de Choluteca, por que contribuirá con información para contrarrestar el incremento acelerado del número de personas infectadas y afectadas.

La epidemia de VIH/SIDA está fuertemente vinculada a los comportamientos de las personas, en ese sentido existen diferencias sustanciales entre los individuos, que hacen que el análisis de toda la población como un grupo homogéneo, dificulte la posibilidad de aproximarse a la comprensión real del problema.

Para conocer el contexto de la enfermedad se debe recurrir a observaciones y mediciones del estado de salud, basadas en el efecto de ésta, en aspectos como las funciones físicas, salud mental, la medida de la valoración que el paciente hace de su propia vida, y del deseo de una mejor salud o fundamentalmente de prolongar más su vida.

En este momento no se cuenta con análisis profundo y seguimiento de pacientes diagnosticados en esta región, en relación al entorno social, solamente hemos procesado la información generada por la ficha de vigilancia epidemiológica, atención de pacientes e informes de laboratorio.

Además, existe interés del gobierno actual de Honduras que ha definido como una de sus prioridades de salud la problemática del VIH, por lo que se consideró que un estudio dirigido a conocer el entorno social puede aportar importantes insumos para formular su programa operativo en esta región y así orientar el apoyo internacional.

IV. Planteamiento del problema

Con base a lo antes expuesto se planteó la siguiente pregunta general:

¿Cuál es el entorno social de los pacientes VIH/SIDA en la Ciudad de Choluteca, Región Sur de Honduras, durante el periodo de enero de 2002 a junio de 2003?

Las preguntas específicas fueron las siguientes:

1. ¿Cuál es el perfil de padecimiento que sufren estos pacientes?
2. ¿Cuáles serían de las limitantes sociales de los pacientes con VIH/SIDA?
3. ¿Existe el apoyo familiar ante el paciente VIH/SIDA?
4. ¿Cómo es el rol que ejercen los servicios de salud con relación al paciente VIH/SIDA?

V. Objetivos

Objetivo general

Analizar el entorno social de los pacientes con VIH/SIDA de la Ciudad de Choluteca, durante el período de enero de 2002 a junio de 2003.

Objetivos específicos

- 1 Caracterizar el perfil de padecimientos de los personas con VIH/SIDA incluidas en el estudio.
- 2 Identificar algunas limitantes sociales relevantes en los pacientes con VIH/SIDA.
- 3 Analizar el apoyo familiar dado a las personas con VIH/SIDA que integran la muestra de estudio .
- 4 Establecer el rol que ejercen los servicios de salud en los pacientes con VIH/SIDA.

VI. Marco de referencia

Infección es causada por uno de los diversos retrovirus relacionados que se incorporan en el ADN de la célula del huésped y producen una amplia variedad de manifestaciones clínicas, que comprenden desde el estado de portador asintomático hasta la patología debilitante grave e incluso mortal.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un síndrome de inmunodeficiencia secundario a la infección con el VIH, que se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas, procesos malignos, lesiones neurológicas y muchos otros síndromes.⁶

6.1 Etapas de la infección por VIH

- **Fase de Infección Aguda:** se refiere particularmente al periodo comprendido desde que el VIH ingresa al organismo de una persona, hasta la formación de anticuerpos específicos contra el VIH, esta etapa es por lo regular de 2 a 8 semanas y en el mayor de los casos puede pasar inadvertida o con manifestaciones clínicas que pueden semejar las de un resfriado.
- **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.
- **Fase SIDA:** Representa el estadio clínico más avanzado de la infección por VIH, causando una disminución del sistema inmune, que condiciona la aparición de infecciones oportunistas o neoplasias (cánceres), inmunodependientes. por otra parte se producen otras entidades patológicas como la encefalopatía y síndrome caquético.

⁶ Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica novena edición española. Océano.

6.2 Algunos síntomas del SIDA

- Fatiga persistente e inexplicable
- Fiebre, escalofríos y sudores nocturnos
- Pérdida de peso inexplicable (pérdida de peso corporal de 10% en el curso de 1 ó 2 meses).
- Nódulos linfáticos (ganglios hinchados por más de 2 meses)
- Manchas rosadas, moradas o café que no desaparecen que están elevadas y que no duelen al tacto (relacionadas con el sarcoma de kaposi).
- Manchas blancas en la boca de aspecto brillante y de textura parecida al plástico (relacionada con el *Cándida albicans*).
- Diarrea persistente
- Tos seca y persistente (que no produce expectoración de flemas) acompañada muchas veces de sensación de sofocación (posiblemente relacionada con *Pneumocystis carini*).

6.3 Infecciones oportunistas menores y mayores según el compromiso vital

- **Neumonía por Pneumocistis Carini:** Es la más común de las infecciones oportunistas en gente con SIDA, es causado por un hongo o protozooario, muy común que se encuentra en la tierra, oficinas, casas o en cualquier otra parte. La neumonía es una enfermedad en la que aparece líquido en los pulmones, causando tos y/o dificultad al respirar. La tos es improductiva o sea que no se produce flema junto a la tos.
- **Tuberculosis pulmonar:** Es una de las manifestaciones oportunistas mayores que se presentan en el aparato respiratorio. Los síntomas son parecidos a los que se presentan en una persona no VIH positivo. Aparecen filtrados y cavitación hacia las bases; para las personas con inmunidad destruida la tuberculosis presenta además síntomas no específicos tales como

fiebre, pérdida de peso y fatiga, también aparecen manifestaciones extrapulmonares que afectan la médula ósea, nódulos linfáticos, hígado y sistema nervioso central.

- **Mycobacterium Avium Intracellulare (MAI):** bacteria relacionada con la tuberculosis, causa de debilidad extrema y pérdida de masa muscular, que puede estar acompañada de fiebre, sudoraciones nocturnas, pérdidas de peso y dolores.
- **Toxoplasmosis:** Causada por un protozooario llamado *Toxoplasma gondii*, los síntomas son: fiebre, debilidad, confusión, ataques, mareos y dolores de cabeza. Puede infectar el cerebro, corazón y pulmones. Se transmite por la tierra y heces del gato.
- **Criptococosis cerebromeningea:** Es causada por un hongo llamado *Cryptococo neoformans*, puede ser igual que la neurotoxoplasmosis de origen endógeno; sus síntomas son fiebre, cefalea y rigidez de nuca.
- **Leucocencefalopatía multifocal progresiva:** Causado por un virus, infecta al cerebro, causando pequeños abscesos. Los síntomas son pérdida de memoria, pérdida del control motriz, ataques y cambios repentinos en el estado de ánimo.
- **Citomegalovirus (CMV):** infección viral que pertenece a la familia de los herpes es muy común en la población, usualmente causa síntomas similares a los de la gripe. Cuando hay inmunosupresión puede causar daño severo a los pulmones, hígado, ojos y otros órganos.
- **Retinitis por Citomegalovirus:** Otra enfermedad frecuente que afecta el sistema nervioso central en pacientes VIH positivos se presenta con trastornos

visuales como los que describe el paciente al ver sombras o la impresión de ver puntos que flotan, estas manifestaciones van aumentando al punto que pueden llevar a la pérdida de la visión si no se trata a tiempo.

- **Candidiasis Oral:** Causada por un hongo, es diagnóstico de SIDA cuando se encuentra en garganta o pulmones, es la afección más común de las personas viviendo con VIH.

- **Leucoplasia pilosa:** Son lesiones en forma de pequeñas columnas de color blanquecino que se encuentran en el dorso de la lengua o en sus bordes, no son dolorosas.

- **Herpes zoster:** Causada por el virus de la varicela zoster, en el caso de las personas infectadas con VIH, se caracterizan por la invasión de varios multidermatomas, con la presencia de lesiones vesiculosas que luego se van a ulcerar, también se encuentran lesiones costrosas, en todos los estadios se acompaña de dolor, ardor y prurito.

- **Criptosporidium:** causada por un protozoario, provoca diarrea severa que puede durar varios meses.

- ♦ **Sarcoma de Kaposi:** no es una infección oportunista sino un cáncer, el cual ataca el tejido conectivo y es caracterizado por manchas rosadas, rojas, púrpuras y cafés, que varían en forma y tamaño. Se puede localizar en cualquier parte del cuerpo y puede ser externo e interno. Las manchas no duelen o pican y normalmente tienen una consistencia mas dura que la piel que las rodea.

6.4 Atención Integral en Honduras

La atención integral de las personas que viven con el VIH/SIDA abarca elementos importantes, además de un mayor suministro de antirretrovirales.

Entre los elementos figuran los siguientes.

- Servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias disponibles y accesibles;
- Prevención y tratamiento de la tuberculosis;
- Prevención y tratamiento de las enfermedades relacionadas con el VIH;
- Cuidados paliativos;
- Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual;
- Prevención de nuevas transmisiones del VIH por medio de las tecnologías existentes (por ejemplo preservativo masculino y femenino, agujas y jeringas estériles), uso de tecnologías futuras (por ejem. vacunas, microbicidas) y cambio de comportamiento;
- Planificación familiar;
- Buena nutrición
- Apoyo social, espiritual, psicológico e internamiento;
- Respeto de los derechos humanos y Reducción del estigma asociado al VIH/SIDA.

La Atención Integral en VIH /SIDA consta de cuatro elementos interrelacionados:

Consejería y apoyo emocional:

- Apoyo Psicosocial y espiritual, en especial reducción del estrés y la ansiedad
- Planificación de la reducción del riesgo

- Suscitar la capacidad de sobrellevar la enfermedad, de aceptar su estado serológico en cuanto al VIH y su comunicación a otras personas.
- Vivir siendo VIH positivo.
- Planificación para el futuro de la familia.

6.5 Manejo Clínico

Diagnóstico precoz y acertado, que incluye pruebas, tratamiento racional y seguimiento.

El Tratamiento antirretroviral es una herramienta esencial de la respuesta a la morbilidad y mortalidad causadas por el VIH/SIDA. No obstante, no es la única para poder hacer frente con éxito al VIH/SIDA, las personas que viven con el virus deben tener acceso a una amplia gama de opciones de tratamiento, atención y apoyo: proporcionadas en forma continua. Este proceso de atención debe cubrir las necesidades en evolución de las personas, a medida que su enfermedad se desarrolla y progresa por las diferentes fases de la infección por VIH.

Cuidado de Enfermería:

- Promoción de prácticas de higiene y nutrición adecuada.
- Cuidados Paliativos.
- Atención domiciliaria
- Educación a los proveedores de atención domiciliaria
- Educación a los proveedores de atenciones en el hogar y a la familia
- Promoción de las medidas de precaución universal.

Apoyo Social:

- información
- Provisión de apoyo por otros miembros de la comunidad

- Servicios de beneficencia
- Apoyo espiritual
- Asesoramiento legal.

Principios

Para satisfacer las necesidades físicas, emocionales, sociales y económicas de las personas que viven con VIH/SIDA, la atención debería regirse por los siguientes principios:

- **Respeto:** por los derechos humanos y la dignidad individual
- **Accesibilidad y Disponibilidad:** a nivel local se presta la atención apropiada.
- **Equidad:** se prestan servicios de atención en salud a todas las personas que viven con VIH/SIDA, independientemente de su sexo, edad, raza, etnia, orientación sexual, nivel de ingresos y lugar de residencia.
- **Coordinación e integración:** velar porque haya una gama continua de atención de salud procedente de todos los proveedores y a todos los niveles del sistema de cuidados.
- **Eficiencia y eficacia:** se presta atención eficaz a costos razonables para la sociedad, demostrada por medio de actividades constantes de monitoreo y evaluación.⁷

⁷ Departamento de ITS/VIH/SIDA y Salud Mental (Honduras), Normas de Atención en Consejería ;2002

6.6 La epidemia del SIDA

El compromiso de los países ante la epidemia para reducir sus efectos ha aumentado de forma acusada, algunos están preparando programas gubernamentales para distribuir medicamentos antirretrovíricos a los pacientes de VIH/SIDA, pero existen grandes disparidades en la calidad y alcance de los programas de terapia antirretrovírica en los diferentes países.

El amplio acceso al tratamiento que tienen las personas que viven con el VIH/SIDA, en países como Argentina, Brasil y Uruguay, no se ha igualado todavía en otros países de las Américas; hasta hace poco América Central experimentaba una gran brecha en el acceso al tratamiento. Sin embargo, ahora países como Costa Rica y Panamá están proporcionando este acceso.

Actualmente, los países caribeños están desarrollando una estrategia regional para acelerar y ampliar el acceso al tratamiento y atención para las personas que viven con el VIH/SIDA. Actividades de protección sin descanso a las poblaciones vulnerables, se ha convertido en el centro de interés en una iniciativa regional en América central.

El SIDA ha sido un problema relevante en el mundo especialmente en los países en vías de desarrollo (África y Latinoamérica); Honduras ocupa el quinto lugar en el continente americano en tasa oficial de casos acumulados, reportando casi el 50% de todos los casos de la región centroamericana⁸. Cerca de 3 cuartas partes de los casos de SIDA notificados en América Central, son el resultado de las relaciones sexuales entre varones y mujeres; en algunas islas del Caribe, el fenómeno de mujeres jóvenes que tienen relaciones sexuales con varones mayores es particularmente destacado, y deja reflejado en el hecho de que la tasa

de VIH entre las muchachas de 15 y 19 años de edad es hasta 5 veces más elevada que la de los muchachos del mismo grupo de edad.

Las investigaciones realizadas entre las profesionales del sexo en la capital Guyana, Georgetown, han puesto de manifiesto que el 46% de las encuestadas estaban viviendo con el VIH/SIDA, que más de un tercio no utilizaba nunca un preservativo con sus clientes y que cerca de las 3 cuartas partes no utilizaban un preservativo con sus parejas habituales. La probabilidad que el virus se propague a la población general es, por tanto, alta.

En diversos países que se encuentran en las etapas iniciales de la epidemia, ciertos cambios económicos y sociales significativos están creando condiciones y tendencias que favorecen la propagación rápida del VIH; por ejemplo, las diferencias sociales amplias, el acceso limitado de los servicios básicos y el aumento de la migración.

Las mejores proyecciones actuales indican que, entre 2002 y 2010, otros 45 millones de personas contraerán el VIH en 126 países de ingresos bajos o medianos (que actualmente tienen epidemias concentradas o generalizadas), a menos que el mundo logre articular y potenciar drásticamente un esfuerzo global de prevención. Más del 40% de estas infecciones corresponderán a Asia y el Pacífico (una región que experimenta actualmente el 20% de las nuevas infecciones anuales).

Si para el 2005 se pusiera en práctica un conjunto integral de medidas de prevención, el número de nuevas infecciones podría recortarse a 29 millones para 2010. Esto también contribuiría a alcanzar el objetivo de reducir en un 25% los niveles de prevalencia del VIH, entre los jóvenes en 2010 (tal como se establece en la Declaración del compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, adoptada por

⁸ Comisión Nacional de Lucha contra el SIDA(Honduras). II Plan Estratégico Nacional de Lucha Contra el VIH/SIDA 2003-2007.

los gobiernos de todo el mundo en junio del 2001. Pero cualquier demora en la ejecución de un programa exhaustivo de prevención cercenará los beneficios potenciales.

Especialmente positivas son las respuestas que involucran y confieren prioridad en los jóvenes, tal como lo demuestran las experiencias de Etiopía, Sudáfrica, Uganda y Zambia. Los niveles de prevalencia del VIH en mujeres jóvenes de Addis Abeba disminuyeron en más de un tercio entre 1995 y 2001. En adolescentes embarazadas en Sudáfrica los niveles de prevalencia en VIH se redujeron en una cuarta parte entre 1998 y 2001. La prevalencia sigue siendo inaceptablemente alta, pero estas tendencias positivas confirman la utilidad de invertir en repuestas dirigidas a los jóvenes.

La trayectoria futura de la epidemia mundial de VIH/SIDA dependerá de que la humanidad sea capaz o no de proteger a los jóvenes, donde quiera que se encuentren y frente a la epidemia y sus secuelas.

Al igual que algunos sectores de la sociedad corren un riesgo especial de infección por el VIH, ciertas condiciones que favorecen el crecimiento de la epidemia, tal como lo demuestran las actuales urgencias alimentarias en África Meridional, la epidemia del SIDA se esta entremezclando progresivamente con crisis humanitarias más generales. El riesgo de propagación del VIH, aumenta a menudo cuando arraiga la desesperación y se escinden las comunidades, también se deteriora la capacidad para frenar el crecimiento de la epidemia y proporcionar tratamiento, asistencia y apoyo adecuado.

En África la prevalencia del VIH no se ha estabilizado a un cierto limite natural, las tasas de VIH sigue aumentando y en algunas localidades afecta a mas de 40% de las mujeres embarazadas.

En Asia los informes contradicen que algunas partes son de alguna manera inmune al VIH, Indonesia por ejemplo donde hasta ahora no se conocía casos de VIH se encuentra ahora con una epidemia creciente.

En Europa oriental y Asia central, el supuesto de que la epidemia quedaría confinada a grupos marginados, como los consumidores de drogas intravenosas, se ha convertido en la peor de las ilusiones. Efectivamente, una tasa de crecimiento explosiva esta teniendo la inevitable consecuencia de la propagación del virus entre la población general y en los países de ingresos elevados, donde en los últimos años los titulares de los periódicos han destacado la reducida mortalidad por SIDA; los aumentos en las prácticas sexuales peligrosas y en las infecciones por el VIH han pasado casi desapercibidos.

Si bien la falta de acción ha demostrado ser un error de consecuencias devastadoras, las pruebas de que la acción contra el SIDA consigue resultados positivos no habían sido nunca tan evidentes como ahora.

La mayoría de los pacientes con HIV tiene un gran deseo de vivir, y siente que su vida es mejor que antes de adquirir la infección. En los Estados Unidos hay entre 650,000 y 900,000 personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (HIV); para evaluar su calidad de vida en relación a la enfermedad puede recurrirse a determinaciones del estado de salud, basadas en el efecto de la enfermedad en aspectos como las funciones físicas o la salud mental, o a medidas de la valoración que el paciente hace de su propia vida, del deseo de una mejor salud o de una existencia más prolongada.

Utilizando esta última aproximación, un estudio realizado entre pacientes del Centro de Enfermedades Infecciosas de la Universidad de Cincinnati buscó establecer cuales son sus percepciones con respecto a su calidad de vida, en la cual los participantes respondieron a un cuestionario en el que se les preguntaba si su vida había mejorado o empeorado desde el momento del diagnóstico, si

cambiarían los años de vida remanentes por un estado de salud mejor, y si preferirían continuar con la enfermedad o participar en una hipotética "apuesta" cuyo resultado podría ser sanar por completo o morir de inmediato.

Mediante otra serie de preguntas se estableció la importancia de la espiritualidad o la religión en la vida de los individuos. El grupo en estudio incluía pacientes con diversos grados de gravedad, desde portadores hasta enfermos de SIDA.

El análisis de los resultados demostró que la mitad de los participantes pensaba que su vida era mejor en la actualidad que antes de contraer el virus, y sólo el 29% consideraba que era peor.

Por lo tanto, se hizo evidente una preferencia por una vida prolongada en lugar de una salud perfecta durante menos tiempo. Los factores que contribuyeron a esta elección fueron, en la mayoría de los casos, los valores espirituales y religiosos y la preocupación por los hijos.

En general los investigadores detectaron una mayor valoración del tiempo de vida sobre la calidad de la misma, los participantes no expresaron en promedio, una preferencia significativa entre vivir cinco años más en su estado actual de salud y vivir 4.75 años totalmente sanos. Estos resultados no fueron diferentes entre los pacientes con SIDA y los sintomáticos, los infectados por el HIV, así como los enfermos de SIDA, manifiestan un deseo importante de vivir, y consideran que su vida ha mejorado desde su diagnóstico.

El éxito del tratamiento esta íntimamente relacionado con el apego, en muchas ocasiones, este se ve afectado por restricciones alimenticias que generan desórdenes gástricos o una inadecuada nutrición, reduciendo las posibilidades de llevar adecuadamente el tratamiento. Adicionalmente, a medida que progresa la enfermedad, aparecen signos y síntomas de infección que puede alterarse de manera importante el estado nutricional de los pacientes con síntomas como

fatiga, fiebre, deshidratación, náuseas y vómito; lo que deriva en una ingesta adecuada de alimentos y provoca pérdida de peso y desnutrición.

Por ello, llevar una dieta que facilite el apego y ayude al éxito del tratamiento, es uno de los factores de mayor relevancia para brindar una mejor calidad de vida a los pacientes VIH positivos.

6.7 SIDA y derechos humanos

En un mundo con SIDA, la falta de protección de los derechos humanos puede convertirse en una cuestión de vida o muerte. A la inversa la salvaguarda de tales derechos puede permitir que las personas eviten la infección o si ya están infectadas afronten más satisfactoriamente sus efectos.

El VIH ha ahondado las fisuras sociales y económicas de las comunidades y sociedades y está ensanchando cada vez más tales grietas. En todo el mundo los más afectados por el VIH/SIDA, son los individuos y comunidades que tienen un acceso desigual a derechos sociales y económicos fundamentales. La negación de los derechos básicos limita las opciones de las personas para defender su autonomía, desarrollar medios viables de sustento y protegerse a sí mismas lo que las hace más vulnerable tanto a la infección por el VIH como al impacto de la epidemia sobre su vida.

Es necesario valorar el contexto de los derechos humanos, contemplar la epidemia desde esta perspectiva permite resaltar algunos de los requisitos previos para una respuesta eficaz: integrar principios, normas y criterios tal como están establecidos en los actuales instrumentos internacionales de los derechos humanos, y utilizar las instituciones nacionales e internacionales existentes para hacer realidad tales derechos.

Los derechos humanos que se relacionan de forma crítica con la reducción de la vulnerabilidad al VIH/SIDA y la mitigación del impacto de la epidemia están presentes en muchos de los actuales instrumentos de derechos humanos, con la declaración universal de derechos humanos, el pacto internacional sobre derechos económicos, sociales y culturales, el pacto internacional sobre derechos civiles y políticos, sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la convención sobre los derechos del niño.

Los principios de no discriminación, igualdad y participación son capitales para una estrategia eficaz contra el VIH/SIDA que integre los derechos humanos. En concreto, los principios más pertinentes de derechos humanos para proteger la dignidad de las personas infectadas y afectadas por el VIH/SIDA, así como para prevenir la propagación de la infección son: no discriminación, derecho a la salud, derecho a la igualdad entre hombres y mujeres, derecho de los niños, derecho a la intimidad, derecho a la educación e información, derecho al trabajo, derecho a casarse y fundar una familia, derecho de seguridad social, asistencia y bienestar social, derecho a la libertad y derecho a la libertad de movimiento.

En el contexto del VIH/SIDA, los gobiernos tienen la obligación de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos. Existe un marco de responsabilidad plasmado en una serie de instrumentos internacionales, establecidos a lo largo de los últimos 50 años.

El acceso desigual a tratamientos para el VIH que salvan la vida, es una violación flagrante de los derechos humanos, también influyen en la persistencia en los niveles actuales de estigmatización; ya que el estigma y la discriminación relacionados con el VIH, se deben en gran medida al hecho de que el VIH/SIDA es una enfermedad incurable y mortal. Así, el acceso creciente a medicamentos no solo ayuda a complementar el derecho a la salud y superar las desigualdades secundarias a la pobreza, sino que también modifica actitudes.

Entre los grupos afectados por la discriminación social figuran las mujeres, los niños y en muchos lugares los grupos étnicos y raciales, emigrantes y refugiados. Otros grupos sufren discriminación porque las actividades que realizan son objeto de sanción penal o desaprobación social; entre ellos las personas con diferentes orientaciones sexuales, profesionales del sexo, consumidores de drogas y prisioneros.

En todo el mundo el mayor riesgo fisiológico de las mujeres a contraer la infección por VIH se ve gravado por la privación económica, falta oportunidades de empleo, escaso acceso a educación, instrucción e información a normas y prácticas socioculturales.

Por consiguiente, el bajo nivel social y económico de las mujeres limita su poder para negociar el uso de preservativos, discutir la fidelidad con su pareja o romper relaciones peligrosas, esta incapacitación incrementa su vulnerabilidad al VIH; así la discriminación socioeconómica y sexual experimentada por las mujeres puede llegar a convertirse en última instancia en una amenaza para su vida.

La coacción sexual y la violencia en todas sus formas, dentro y fuera del matrimonio en tiempos de paz o en conflictos incrementan la amenaza que supone la infección por VIH para las mujeres. En estudios de base poblacional en todo el mundo el 10-50% de las mujeres comunica agresiones físicas por parte de una pareja íntima, y entre un tercio y la mitad de las mujeres sometidas a los abusos físicos también indican coacción sexual.

Otros grupos de máxima vulnerabilidad con los riesgos consiguientes de VIH/SIDA son las mujeres indígenas, refugiadas y desplazadas, las pertenecientes a ciertas sextas religiosas las inmigrantes y traficadas.

En Honduras la Ley especial del VIH/SIDA aun espera por su reglamentación, motivo por el que lo fundamental de su contenido se mantiene en el plano de las buenas intenciones. Persiste la virtual ausencia de una coordinación efectiva,

porque la comisión a nivel nacional se mantiene aun sin operación real. Persisten los comportamientos burocráticos que restan calidad a las acciones y servicios, por lo que está ausente un proceso sistemático de seguimiento y evaluación de las políticas y acciones de la estrategia iniciada.

Persiste el estigma y la discriminación generalizados en relación con el VIH/SIDA, a pesar de que aumentan la vulnerabilidad de las personas al aislarlas y privarlas de asistencia y apoyo, empeoran el impacto de la infección. En realidad obstaculizan todas las medidas de una respuesta eficaz desde la prevención hasta el tratamiento, asistencia y apoyo e incluso se transmiten a la siguiente generación, al aplicar una fuerte carga emocional sobre los hijos que pueden tener dificultades para afrontar el fortalecimiento de sus padres a causa del SIDA.

Pero el estigma y la discriminación no crecen en el vacío, surgen y se refuerzan a partir de otros estereotipos, prejuicios y desigualdades sociales, incluidas las relativas a géneros, nacionalidad, etnia y sexualidad, así como de actividades que se criminalizan (como comercio sexual, consumo de drogas o relaciones sexuales entre varones). El estigma, la discriminación y la violación de los derechos humanos crean un círculo vicioso al legitimarse y espolearse mutuamente.⁹

6.8 Tratamiento Antirretroviral

El uso combinado de agentes antirretrovirales (inhibidores de la transcriptasa inversa (ITI) análogos de los nucleósidos y no análogos de los nucleósidos e inhibidores de la proteasa (IP), se ha consolidado a nivel mundial como la mejor respuesta terapéutica para inhibir la replicación del VIH. La determinación de la carga viral es la prueba de laboratorio que indica la cantidad de virus de cada

⁹ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA/OMS. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA: 2002.

paciente, y es el parámetro que se desea reducir al máximo y por el mayor tiempo posible con la terapia.

Al dar terapia antirretroviral es necesaria la cuantificación de la carga viral, complementaria a los conteos del CD4, se considera esta cuantificación como el mejor parámetro respuesta al tratamiento e indirectamente de adherencia del paciente al mismo, además es la medida que indicara en forma más precoz la resistencia al tratamiento. Por tanto esta cuantificación será requisito para comenzar y cambiar el tratamiento y como índice pronóstico para evaluar la progresión de la enfermedad, es una prueba importante para la toma de decisiones del tratamiento. Múltiples estudios han demostrado que lograr una supresión de carga viral se asocia con un aumento de la sobrevida y una disminución de morbilidad asociada a la infección por el VIH.

La adecuada educación del paciente y su familia sobre la infección por VIH y su tratamiento es fundamental para asegurar la adherencia y tolerancia al mismo., es también necesario brindar un seguimiento cercano al paciente tanto clínico como de laboratorio para poder tomar a tiempo las decisiones de inicio o suspensión de tratamiento.

Los centros de atención médica donde se brinda el tratamiento antirretroviral a pacientes infectados con el VIH, serán unidades pilotos y deberán contar con médicos (as) entrenados que hayan desarrollado alguna experiencia en dicho manejo, así como infraestructura laboratorial apropiada; brindarán capacitación en el manejo de antirretrovirales a médicos (as) especialistas en medicina interna, pediatría, ginecología, y médicos (as) generales con énfasis en las indicaciones, administración, efectos adversos, interacciones medicamentosas, manejo de la resistencia viral, metodología de seguimiento y adherencia.¹⁰

¹⁰ Secretaría de Salud (Honduras). Guía de Manejo con Terapia Antirretroviral en pacientes VIH/SIDA: 2002

En Honduras dado que el cuidado de la salud en casa es muy importante para las personas que viven con VIH/SIDA, la buena atención no debe constituir una carga de trabajo para los familiares y amigos (a) sino una alternativa ideal para quienes no presenta complicaciones o manifestaciones críticas, inclusive en pacientes en fase terminal.

Por ello es necesario comprender los temores e incertidumbres de las personas que quieren atender a sus seres queridos, pero no saben como hacerlo.¹¹

6.9 Características de la ciudad de Choluteca

Para el año 2002 según la dirección General de Estadísticas y Censos, la población de Choluteca totalizaba 105,805 habitantes.

Los componentes del índice de desarrollo humano 2002 para el Depto. De Choluteca:

Índice de educación	0.638	Índice de salud	0.745
Índice de PIB	0.475	Tasa de analfabetismo	69.8
Tasa de desnutrición	33.0	Indicador de crecimiento Poblacional	2.8

- **Contexto de salud**

De acuerdo con los datos registrados la ciudad de Choluteca cuenta con 10 CESAMOS (Centro de Salud con Médico) y un Hospital Regional que tiene una Clínica de Atención Integral de ITS/VIH/SIDA.

Se estima que la mortalidad infantil es de 5.7% en los niños, la esperanza de vida para esta zona es un promedio 68 años; en los hombres es de un 66.4 años y en las mujeres 71.4 años, la población de este sector del país presenta

un perfil epidemiológico caracterizado por la ocurrencia de enfermedades tales como infecciones respiratorias, gastrointestinales, circulatorias, infecciones de la piel, así como las transmitidas por vectores, como el dengue y malaria. El SIDA esta en las 10 primeras causas de egreso del Hospital Regional, y es la primera causa de muerte en mujeres en edad reproductiva.

- **Contexto social**

El municipio cuenta con 145 escuelas de educación primaria públicas y 7 privadas, 49 jardines de niños de los cuales 9 son privados; 9 institutos de educación media públicos y 3 de carácter privado (1 de ellos de enseñanza técnica), se cuenta con 4 centros básicos de educación y 15 escuelas PROHECO).

En cuanto a educación superior las dos universidades públicas tienen cobertura en esta zona, funcionando además la Universidad Católica Nuestra Sra. De la Paz.

De un número de alrededor de 10,000 estudiantes de educación media, mas del 50% son atendidos por las instituciones gubernamentales.

- **Servicios públicos**

El servicio de agua se presta aproximadamente a 7,500 abonados, actualmente la prestación del servicio es regular, ya que no cubre el 100% del total de la población. El área urbana solamente cuenta con 300 medidores de agua instalados, y un 90% de estos no funcionan. Choluteca tiene fuertes limitaciones en cuanto a la disponibilidad de agua potable, ya que solamente el 39% dispone de la misma.

¹¹ Secretaría de Salud(Honduras). Guía para atención de personas que viven con VIH/SIDA en el hogar:2002.

El servicio de aseo urbano antes del huracán Mitch tenía una cobertura del 60%, se estima que actualmente se cubre un 43% de la ciudad, quedando deficitaria la prestación de este servicio principalmente en barrios suburbanos.

En cuanto a la eliminación de excretas, el sistema que existe es muy limitado, cubriendo únicamente el 59% de la población urbana.

- **Contexto histórico**

En el presente siglo, la ciudad de Choluteca se conocía como centro urbano de importancia comercial, de servicios, de zona agro pastoril y sede de servicios gubernamentales del poder ejecutivo y jurídico del país.

Por estas condiciones la ciudad se integra al sistema de ciudades intermediarias de Honduras.

- **Contexto religioso**

Entre algunas tradiciones más comunes y conocidas está la celebración de la feria patronal, santiguar los alimentos, levantamiento del espíritu de los muertos, celebrar la semana santa, celebración del Cristo negro, celebrar la Navidad, baile de las palmas a los niños cuando se mueren, salida de los muertos de sus casas de pies para que no regresen los espíritus, celebrar la noche de colores, entre otras. Las autoridades religiosas designaron como patrona del municipio a la virgen de concepción un 08 de diciembre.

- **Contexto cultural**

La música y los bailes ceremoniales de los Chorotegas han sobrevivido en la tradición de los cacahutares, cuyo conjunto trae reminiscencias inocultables de los ritos ya perdidos que tienen una significación esotérica con ritmo y escenificación.

La danza de Linaca, el baile de iztoaca y san martín tienen un origen y significado místico y mágico, las más antiguas leyendas se refieren al baile del zopilote la danza del venado, el mono y la culebra.

El baile que interpreta la cacahutares que la voz moderna llama correa, es igual al baile de la culebra de los antiguos centroamericanos que evocan un sentido de sensualidad, así como la danza de la fertilidad.

Cholulteca cuenta con el casco histórico más grande del país y en este sector prevalece un aspecto colonial con casas de columnas esquineras y otros corredores exteriores, todas techadas con tejas de barro. Algunas de ellas se pueden observar en la calle colon, cabañas, Morazán y en la plaza se encuentran los edificios de la gobernación política, gobierno municipal y el antiguo casino de Cholulteca.

En esta misma plaza se encuentra además la casa donde nació José Cecilio del Valle, la iglesia Catedral conserva la pila bautismal hecha de piedra de una sola pieza, con las fechas de 1643 y la casa donde nació don Dionisio de Herrera.

Entre las bebidas típicas está el pozol, horchata, cebada, pinol, la chicha, el aguardiente, la cususa (bebida fuerte) y otros refrescos naturales, entre algunas comidas típicas del municipio está el atol de maíz, tamales de elote, tamales pisques, catrachas, carne azada, mondongo, nacatamales y yuca con chicharrón.

Contexto económico

Las primeras industrias de Cholulteca fueron las salineras y los productos derivados de la leche, hasta 1980 Cholulteca era considerada zona de emergencia por falta de empleo y fuentes de trabajo; con la industria camaronera este problema se ha ido erradicando al grado que hoy en día, las

meloneras y las camaroneras conservan la mayor parte de mano de obra en la zona Sur.

En la producción entre el año 1990 y 1998 el PIB real creció a una tasa promedio anual del 3.7%, y fue acelerado durante la segunda mitad de la década: un promedio anual del 3.9% entre 1995 y 1998 frente a 3.5% entre 1990 y 1995. Entre 1998 y 1999 se presentó una reducción de 1.9% como consecuencia de los efectos del Huracán Mitch.¹²

¹²Fundación de Desarrollo municipal. Plan de emergencia del Municipio de Choluteca,(Honduras);2001.

VII. Diseño Metodológico

Este estudio transversal es de tipo cuantitativo para conocer el entorno social del paciente VIH/SIDA en la ciudad de Choluteca, Honduras de enero del 2002 a junio del 2003.

Área del Estudio

Se tomó la Ciudad de Choluteca por contar con la clínica de atención integral del paciente con VIH/SIDA y dispone de una base de datos de los pacientes diagnosticados; además permite la accesibilidad geográfica. También aporta el mayor porcentaje de pacientes de la región sur.

Grupo de estudio

De 82 pacientes seropositivos VIH/SIDA, de Choluteca, 40 han tenido contacto permanente con la clínica Integral mediante atención espontánea, de estos se seleccionaron 16 (19.5%), por orden de llegada en un periodo predeterminado.

Criterios de selección

Estos pacientes están en tratamiento, y para el presente estudio se explicó el objetivo y se solicitó el consentimiento verbal a cada paciente, registrando aquellos que aceptaran, ya que la ley especial del paciente VIH/SIDA, en Honduras, orienta a la privacidad y confidencialidad.

Fueron excluidos:

- Pacientes fallecidos
- Menores de 15 años
- En estado terminal
- Con problema mental
- Que no acepte participar en el estudio.

Obtención de la información

El proceso de obtención de la información incluye dos fases:

1. Identificación de los casos y su localización
2. Seguimiento de casos captados hasta la fecha de estudio y realización de una entrevista.

Fuentes

Pacientes seleccionados como grupo de estudio.

Ficha de vigilancia de la infección del VIH.

Técnicas

Entrevistas estructurada a los pacientes seleccionados

Revisión documental

Instrumento

Cuestionario.

Procedimiento de obtención de la información:

Inicialmente se aplicó un cuestionario, anexando información recopilada según fuentes para dar salida a los objetivos.

Procesamiento y análisis de la información:

La información cuantitativa fue resumida en cuadros estadísticos y gráficos elaborado en software, Epiinfo 6.0 y el texto en Word; en forma porcentual y matricial para las cualitativas facilitando su comprensión.

Variables del estudio:

En relación al perfil de padecimientos de dichos pacientes se analizan los siguientes aspectos:

♦ **Socio-Demográficos**

Edad
Sexo
Procedencia

♦ **Perceptuales**

Opinión sobre VIH/SIDA
Conocimiento sobre VIH/SIDA

♦ **Servicios de Salud**

Padecimientos
Hospitalización

En relación a las limitantes sociales de los pacientes con VIH/SIDA se analizarán los siguientes aspectos:

Situación conyugal
Estado Civil
Escolaridad
Tipo de Ocupación
Dificultad de Empleo
Problemas Laborales Asociados a enfermedad
Discriminación
Condición de discriminación
Estigma
Condición de estigma

Tabú
Tipo de Tabú
Orientación sexual

En relación al apoyo familiar ante el paciente VIH/SIDA se analizan los siguientes aspectos:

Rechazo Familiar
Percepción del rechazo
Percepción del Apoyo
Miembro de la Familia que Brinda Apoyo
Ausencia del Cónyuge

En relación al rol que ejercen los servicios de salud en cuanto a dichos pacientes, se analizan los siguientes aspectos:

Oportunidad de la Atención
Acceso a Centro de Salud
Condiciones de Acceso al Centro de Salud
Acceso a Atención Terciaria
Utilidad de la consejería recibida
Percepción de la Atención recibida
Disponibilidad de personal para su Atención
Tipo de comunicación con el personal de salud

Definición operacional de las variables

Variable	Definición Operacional	Indicadores	Valores
Edad	Tiempo en años desde su nacimiento hasta el momento del estudio	Valor en años	20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49 mayor de 50
Sexo	Diferencia física y constitutivas de las personas	Genero	Masculino Femenino
Procedencia	Lugar de residencia al momento del estudio	Barrio de procedencia en la ciudad	Urbano Suburbano
Padecimientos		Nombre de la manifestación clínica	Anemia Enfermedades res. Herpes Candidiasis oral Tuberculosis Otras micosis Alergias Diarrea Tos
Hospitalización	Ingreso a un hospital para tratamiento medico	Tiempo en días de estancia hospitalaria	0 1 2 3 mas de tres.
Situación conyugal	Presencia de pareja en la misma vivienda por mas de 6 meses.	Relación actual de pareja	Estable Inestable Sin relación
Estado civil	Relación marital que se establece entre una pareja de diferente sexo.	Información según registro civil de Honduras	Soltero Casado Separado Viudo

Variable	Definición Operacional	Indicadores	Valores
Escolaridad	Años cursados en los diferentes niveles de educación estipulados por el ministerio de educación de Honduras.	Años completos de estudio	Analfabeta Primaria incomp. Primaria completa. Secundaria incompleta. Secundaria comp. Universitaria.
Tipo de ocupación	Oficio que desempeña un individuo.	Nombre de la ocupación	No trabaja Oficio domestico Comerciante Albañil Motorista Artesano Vigilante Perito mercantil
Dificultad de empleo	Barreras para la obtención de trabajo.	Percepción de dificultad en la obtención de trabajo	Si No
Discriminación	Dar trato de inferioridad a una persona	Percepcion de discriminacion hacia su persona	Si No
Estigma	Marca o señal adjudicado a una persona por ser paciente	Percepción de estimación hacia su persona	Si No
Tabú	Tema que no se puede tocar y esta en relación con la formación cultural	Percepción de efecto de tabú hacia su persona	Si No
Orientación sexual	Preferencia en relación a actividad sexual	Tendencia personal	Heterosexual Homosexual Bisexual
Rechazo familiar	No aceptar a su familiar por su condición de VIH	Percepción de rechazo por sus familiares	Si No
Apoyo familiar	Auxiliar a su familiar en condición de paciente VIH	Percepción de apoyo por sus familiares	Si No No contesto

Variable	Definición Operacional	Indicadores	Valores
Ausencia del cónyuge	Perdida de la pareja por cualquier causa después que esta con VIH.	Ausencia de pareja	Si No
Acceso a centros de salud	Clasificación en relación a facilidad de acceder o no a servicios de salud	Percepción de acceso a los centros de salud mas cercanos	Si No
Acceso a atención terciaria	Clasificación en relación a acceder a atención especializada en VIH.	Percepción de acceso a centro especializado en atención de pacientes VIH	Si No

VIII. Descripción de resultados

Perfil de los pacientes

El grupo de edad más frecuente esta entre 25 y 34 años con un 62.5%. El sexo predominante fue el masculino con el 68.8%. Los pacientes procedían del área suburbana en el 56.3% y urbana en el 43.7%. (Ver Tabla 1 y mapa 1)

Opinión sobre VIH/SIDA

Los resultados del estudio (proveniente de la entrevista a personas viviendo con VIH/SIDA) evidencian el dilema entre la vida y la muerte de estos pacientes, resaltándose su deseo por la vida y sentido de responsabilidad ante la sociedad, lo cual se expresa en los siguientes testimonios:

“Es una enfermedad muy dura, se sufre demasiado y uno quiere vivir”

“Es una enfermedad transmisible, infecciosa y mortal”

“Es una enfermedad mortal, que lo va debilitando poco a poco y no me siento mal por tener esta enfermedad”

“Es una enfermedad común que varias personas la padecen”

“Es una enfermedad mortal por lo tanto hay que ser consciente y no contagiar a las demás personas”

“Enfermedad mortal que gracias a Dios me siento bien”

“Es una enfermedad común como cualquiera otra siempre y cuando aprenda a vivir con ella, yo se vivir con esta enfermedad”

Conocimiento sobre el SIDA

Se evidencia el conocimiento de los pacientes en relación a las dimensiones biológica, psicológica y social de una enfermedad, resaltándose los siguientes testimonios:

“VIH/SIDA tomando sus medicamentos las personas pueden vivir 10 a 20 años y cuidando su salud, porque el virus es bien activo”

“Tratar que esta enfermedad no se transmita, trabajar la prevención”

“Uno tiene que soportar varias situaciones cuando tiene esta enfermedad, que ataca a la humanidad sin medida”

“Es una enfermedad que psicológicamente afecta a las personas, es lo que las mata”

“Es mortal”

“Es contagiosa, es mortal al no tratarse”

Padecimientos de las personas con VIH/SIDA

Los principales padecimientos expresados por los pacientes se resumen en la tabla 2, en donde se observa que las enfermedades infecciosas (15), anemia (3) y alérgica (1) son las más frecuentes señalados por los pacientes, los cuales podrían estar asociados según los pacientes a las condiciones propias de su enfermedad. (Ver Tabla 2)

Hospitalización

De acuerdo a los resultados de las entrevistas, fueron hospitalizados en alguna ocasión el 62.5 % de los pacientes objeto de estudio después del diagnóstico. (Ver tabla 3)

Limitantes sociales de los pacientes con VIH/SIDA

Según los resultados del estudio se destaca la ausencia de relación conyugal estable con un 56%.

Así mismo el 50 % de los pacientes corresponden a solteros, incluyéndose en esta categoría aquellos de condición conyugal "unión libre".

Según los resultados del estudio, 3 de cada 4 pacientes (75%) finalizaron el nivel primario de educación formal el cual en Honduras corresponde a 6 años de estudio.

Se encontró que el 25% de los pacientes son desocupados y el 18.7% corresponden a oficios domésticos refiriéndose éstos últimos a oficios realizados por mujeres en el hogar.

El 62.5 % de los pacientes han tenido experiencias desfavorables en cuanto a la obtención de empleo. El presente estudio demuestra que las personas siguen encontrando dificultades para acceder a un trabajo, según testimonio:

"algunas empresas exigen el examen de VIH"

"le mandan a hacer el examen a uno y si está positivo no me van a dar el trabajo"

"Sólo me dan el trabajo de noche por la misma discriminación".

"la situación del país es difícil y prefieren a la gente que no tiene VIH"

Se observa un predominio de pacientes (56%) que han sentido alguna experiencia de discriminación.

Se destaca en los resultados el ocultamiento de la enfermedad por los pacientes ante el temor a la discriminación, sin embargo esto conlleva a una auto discriminación, esto se evidencia en los siguientes testimonios:

“En el hospital por la enfermedad”

“Por mi familia y por la comunidad, ya no se bañaban en el río donde lo hacían”

“Por mis amistades”

“No siento discriminación porque no cuento mi enfermedad”

“A los demás no les hablo de mi problema por temor a discriminación y como ellos no saben no me discriminan”

“Es una enfermedad mortal que da mucho problema en la sociedad, que cierra la oportunidad de trabajo”

La mayoría (56.25%) de los pacientes consideran que ha sido estigmatizados en algún momento desde que tienen su enfermedad.

Similar a las condiciones de discriminación, se refleja en los pacientes un proceso de autoestigmación recurriendo al ocultamiento de la enfermedad como estrategia de autoprotección, evidenciándose en los siguientes testimonios:

“Por amigos y vecinos”

“Por enfermeras y médicos”

No le decían su nombre sino “las cuatro tablas” en la comunidad

“Porque me cuido pero cuando tenga un problema con alguien me van a decir”

“Talvez no se dan cuenta, no he tenido problema, pero he visto en otros compañeros”.

En el estudio no parece que el tabú sea frecuente en esta población (18.7%). Es importante la afectación indirecta del tabú alrededor de otros miembros de la familia del paciente con VIH/SIDA, resaltándose en los siguientes testimonios:

“No conmigo, pero la gente los separa porque tienen un tabú de que transmite por las manos”

“Directamente a mi no, pero por como tratan a mi hermana sí”

La conducta sexual más significativa fue la heterosexual con un 75 % de los pacientes estudiados. (Ver aspectos sociales en Tabla 4).

Apoyo familiar ante el paciente VIH/SIDA

El 43% de las personas viviendo con el VIH/SIDA entrevistadas refirió la existencia de rechazo de su familia debido a su condición. Un aspecto relevante para los pacientes en relación a su entorno, es la percepción del rechazo, en el cual se destaca la propia familia, resaltándose esto en los siguientes testimonios:

“Todos me han rechazado, no permiten que los visite, a excepción de mi mamá y mi abuela”.

“Toda la familia me ha rechazado”.

“En algún momento de mis hermanas”

Solamente el 43.75% de la población reciben apoyo familiar, pero a pesar de la condición de rechazo se manifiestan expresiones de apoyo de parte del ámbito familiar, expresadas en los siguientes testimonios:

“mi mamá, mi abuela y un hermano”

“de mis diez hermanos ocho sí me apoyan y mi madre también”

“mis padres y mi esposa”

“dos hermanos”

“mi madre”

“abuela y mi hija”

“de mis padres”

“toda mi familia”

“mi hermana”

En el grupo de pacientes objeto de estudio solamente en cuatro de los casos se identificó ausencia del cónyuge (2 por muerte y 2 por separación) con el cual convivía al inicio de la enfermedad. (Ver apoyo familiar en Tabla 5)

Rol de los servicios de salud en cuanto a personas con VIH/SIDA

En relación a la atención médica recibida en todos los casos de estudio se valoró como oportuna, lo cual podría estar relacionado a la presencia de la Clínica de atención integral en la cual han sido atendidos estos pacientes en la ciudad o en el caso del Hospital de referencia en Tegucigalpa el cual cuenta con un Departamento de Infectología específico para estos pacientes.

Sólo en un caso se evidenció dificultades de acceso a Centros de salud. En este caso se evidenció dificultades en el acceso, se dio el siguiente testimonio:

“por discriminación aquí en el sur no hay gente confiable, yo no los visito”

En un 75 % de los casos han utilizado los servicios de la atención terciaria, siendo los principales motivos acceso al tratamiento antirretroviral y exámenes especializados, habiendo sido facilitado este acceso en muchos casos por la gestión de la Clínica de Atención Integral de Choluteca. En los 25 % restantes a pesar de tener acceso no han acudido a estos servicios de atención terciaria probablemente por aspectos funcionales de programación de la Clínica. (Ver Tabla 6)

El 100% de los pacientes en cuestión recibieron apoyo psicológico a través de la consejería, resaltándose las siguientes valoraciones:

“Ha sido poco pero me ha ayudado mucho”

“Me ha ayudado bastante a enfrentar mis problemas”

“me ha ayudado”

“me ha ayudado mucho”

“en el Hospital del Tórax me ayudó mucho”.

En todos los casos del grupo de estudio consideran que la atención es buena, especialmente en la Clínica de Atención Integral de Choluteca, destacándose las siguientes valoraciones:

“los demás de Choluteca no me ha gustado, pero la Doctora y enfermera de la Clínica son amables y considero buena atención”

“en la Clínica de VIH es buena”

“en la Clínica es excelente con sensibilidad humana”

“siempre están anuentes a atender”.

“siempre me han apoyado”.

“es excelente”.

“una parte es buena porque ya tenemos medicamentos que más nos ayudan a tener una mejor vida”.

En la mayoría de los casos los pacientes consideraron que hay suficiente disponibilidad de personal para atender a los pacientes sin embargo en los restantes se plantearon las siguientes valoraciones:

“necesitamos más personal”

“falta otro médico”

“debería de haber más”

En general la comunicación con el personal de salud de la Clínica Integral es positiva según lo reflejan las siguientes valoraciones:

“es buena, más con la doctora”

“en algunos muy bien”

“regular porque ha mejorado la comunicación”

“buena la comunicación con todo el personal”

“por medio de amistades”

IX. Análisis de los resultados

A partir del análisis de la tendencia de casos en Choluteca en el período de 1987 al 2003, se observa un comportamiento similar a la Región Sanitaria del Sur de Honduras, (ver gráfico en anexos), destacándose una disminución transitoria en los años 1998 al 2000, probablemente relacionada con la falta de expectativas de respuesta de los pacientes ante los servicios de salud, especialmente en cuanto a la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales y además de las condiciones de desastre relacionadas con el Huracán Mitch.

En los últimos años ha habido un nuevo incremento probablemente asociado a la disponibilidad de medicamentos, aumentó las expectativas de los usuarios del programa, destacándose que la mayoría de los casos se ubican en las zonas suburbanas, que corresponden a los barrios periféricos de Choluteca. (Ver mapa en anexos).

Las características epidemiológicas de la enfermedad en el grupo de estudio se corresponde con la tendencia de la ciudad de Choluteca y la Región sur Honduras.

Según los resultados del estudio, la edad más frecuente fue la del grupo de 25 a 34 años, de sexo masculino y de procedencia sub-urbana. En cuanto a los padecimientos más frecuentes fueron anemias, infecciones respiratorias, herpes y candidiasis del total del grupo de estudio. Además 62.5 % de pacientes en algún momento fueron hospitalizados. Al comparar estos datos con la literatura y datos nacionales se observa un comportamiento similar, en los cuales se destacan altos índices de costos relacionados con los eventos de hospitalización de pacientes con VIH. En relación a la situación nacional se destacan la dieta adecuada, como

complemento al tratamiento y la presencia de trastornos gástricos que se relaciona con anemia.

En base a estos resultados relevantes, el caso de VIH/SIDA del grupo de estudio es típicamente un adulto joven, masculino, de procedencia sub-urbana con padecimientos asociados a su enfermedad y con eventos de hospitalización, lo cual se corresponde con la literatura, y la tendencia a nivel de la Región Sur de Honduras.

En relación a la literatura, un estudio realizado entre pacientes con VIH por parte de la Universidad de Cincinnati, en el cual se incluyen pacientes con diversos grados de gravedad, desde portadores hasta enfermos de SIDA. El análisis de los resultados demostró que la mitad de los participantes pensaban que su vida era mejor en la actualidad que antes de contraer el virus, y sólo el 29 % consideraban que era peor.

Por lo tanto, ante el dilema de la vida y la muerte, el estudio de los casos de la Clínica Integral, evidencia una opción de vida de los pacientes sobre la base de sus conocimientos y sentido de responsabilidad social ante su enfermedad.

En relación a la situación conyugal, un 50 % de los casos no tiene pareja estable, mientras que el 75 % de los casos completaron su primaria sin alcanzar ninguno de los casos niveles superiores. Se destaca que hasta en un 25% están desempleados y un 18.7% corresponden a oficios domésticos, que es la ocupación más representativa del grupo. En el grupo de estudio se observó que en un 43% ha habido percepción de discriminación de alguna forma, igualmente se evidenció el mismo porcentaje en cuanto a la presencia de estigmas. Además en un 14 % se observó la presencia de tabúes asociados a la enfermedad.

En el mundo, los más afectados por el VIH son los individuos y comunidades, que tienen un acceso desigual a los derechos sociales y económicos fundamentales. En base a lo anterior, la falta de relación conyugal estable, bajo nivel de

escolaridad, condición de desempleo o subempleo, junto con la auto discriminación, auto estigmación y los tabúes asociados a la enfermedad, constituyen barreras relevantes para su integración laboral y social.

En los resultados del estudio se destaca que hasta en un 43.75 % de los casos objeto de estudio, han percibido alguna experiencia de rechazo por parte de sus familiares, aunque también se evidenció hasta en un 50% el apoyo por algún miembro de la familia.

La adecuada educación del paciente y su familia sobre la infección por VIH y su tratamiento es fundamental para asegurar la adherencia y tolerancia al mismo. Por lo tanto, a pesar de expresiones de rechazo a nivel familiar asociado a la enfermedad, predomina una posición de apoyo por algunos miembros de la familia, lo que se percibe como aspecto complementario relevante a la acción de los servicios de salud.

Por otra parte, en relación a la disponibilidad de recursos humanos para la atención de estos casos, en su mayoría consideraron que hay suficiente disponibilidad de personal para su atención, y además resaltaron que la comunicación con el personal de salud de la Clínica Integral es positiva.

En relación a la utilidad de la consejería que se brinda a dichos pacientes, el 100% de los mismos recibieron apoyo psicológico, resaltándose su valoración positiva por parte de los pacientes en estudio.

Por otra parte, en un 94 % de los casos se ha percibido como accesible los Centros de salud, y además en un 75 % de los casos han utilizado los servicios de la atención terciaria, siendo los principales motivos acceso al tratamiento antirretroviral y exámenes especializados, habiendo sido facilitado este acceso en muchos casos por la gestión de la Clínica de Atención Integral de Choluteca.

En los 25 % restantes a pesar de tener acceso no han acudido a estos servicios de atención terciaria probablemente por aspectos funcionales de programación de la Clínica.

Según literatura los centros de salud pilotos deberán contar con médicos (as) entrenados que hayan desarrollado alguna experiencia en dicho manejo, así como infraestructura laboratorial apropiada; brindaran capacitación en el manejo de antirretrovirales a médicos (as) especialistas en medicina interna, pediatría, ginecología, y médicos (as) generales con énfasis en las indicaciones, administración, efectos adversos, interacciones medicamentosas, manejo de la resistencia viral, metodología de seguimiento y adherencia.

Por lo tanto en base a lo anterior, se destaca que la disponibilidad y nivel de comunicación de los recursos humanos, la calidad de la consejería recibida y la oportunidad y acceso a los servicios, constituyen condiciones relevantes favorables de los servicios de salud para su atención integral.

X. Conclusiones

1. El caso de VIH/SIDA del grupo de estudio es típicamente un adulto joven, masculino, de procedencia sub-urbana con padecimientos asociados a su enfermedad y con eventos de hospitalización, lo cual se corresponde con la literatura, y la tendencia a nivel de la Región sur de Honduras.
2. Ante el dilema de la Vida y la muerte, el estudio evidencia una opción de vida de los pacientes sobre la base de sus conocimientos y sentido de responsabilidad social ante su enfermedad. La falta de relación conyugal estable, bajo nivel de escolaridad, condición de desempleo o subempleo, junto con la auto discriminación, auto estigmación y los tabúes asociados a la enfermedad, constituyen barreras relevantes para su integración laboral y social.
3. A pesar de expresiones de rechazo a nivel familiar asociado a la enfermedad, predomina una posición de apoyo por algunos miembros de la familia, lo que se percibe como aspecto complementario relevante a la acción de los servicios de salud.
4. La disponibilidad y nivel de comunicación de los recursos humanos, la calidad de la consejería recibida y la oportunidad y acceso a los servicios, constituyen condiciones relevantes favorables de los servicios de salud para su atención integral.

X. Conclusiones

1. El caso de VIH/SIDA del grupo de estudio es típicamente un adulto joven, masculino, de procedencia sub-urbana con padecimientos asociados a su enfermedad y con eventos de hospitalización, lo cual se corresponde con la literatura, y la tendencia a nivel de la Región sur de Honduras.
2. Ante el dilema de la Vida y la muerte, el estudio evidencia una opción de vida de los pacientes sobre la base de sus conocimientos y sentido de responsabilidad social ante su enfermedad. La falta de relación conyugal estable, bajo nivel de escolaridad, condición de desempleo o subempleo, junto con la auto discriminación, auto estigmación y los tabúes asociados a la enfermedad, constituyen barreras relevantes para su integración laboral y social.
3. A pesar de expresiones de rechazo a nivel familiar asociado a la enfermedad, predomina una posición de apoyo por algunos miembros de la familia, lo que se percibe como aspecto complementario relevante a la acción de los servicios de salud.
4. La disponibilidad y nivel de comunicación de los recursos humanos, la calidad de la consejería recibida y la oportunidad y acceso a los servicios, constituyen condiciones relevantes favorables de los servicios de salud para su atención integral.

2. Implementar en el ámbito comunitario un Centro Comunitario de Documentación e Información que fomente habilidades de lectura, análisis y promoción de pensamiento crítico de líderes y agentes comunitarios ante el problema de VIH/SIDA.
3. Desarrollar estrategias de divulgación de la Ley especial del VIH.

XII. Bibliografía

ADRIAN WENBAC doctor en Quiropráctica. Entrevista. disponible en
URL:[http://www. Adrianwenbac.com](http://www.Adrianwenbac.com).

Comisión Nacional del SIDA (Honduras).II Plan Estratégico Nacional de Lucha
Contra el VIH/SIDA 2003-2007.

Departamento de ITS/VIH/SIDA y Salud Mental (HONDURAS). Normas de -
Atención en Consejería VIH/SIDA; 2002

El manual Merck de diagnóstico y terapéutica novena edición española Océano.

Felce, D. y Perry, J. *Quality of life: It's Definition and Measurement*. -
Research in Developmental Disabilities 1995;16(1):51-74.

Fundación Asistencial Materno-Infantil de Ayuda a Niños Carecidos y
Desaparecidos. Aprender sobre VIH-SIDA, Vigilancia de Infecciones 1996-
2002.htm

Fundación de Desarrollo municipal. Plan de emergencia del Municipio de
Choluteca,(Honduras);2001.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA/OMS. Actualización de
la epidemia del SIDA; 2002

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA/OMS. Informe sobre la
epidemia mundial de VIH/SIDA; 2002.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA/OMS. Principios y
técnicas sobre consejería en VIH/SIDA; 2002.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA/OMS. Resumen
Mundial de la Epidemia de VIH/SIDA, América Latina y el Caribe; 2001.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA/OMS. Resumen
Mundial de la Epidemia de VIH/SIDA; 2002 .

Región Sanitaria # 4(Honduras). Evaluación Anual; 2002.

Secretaría de Recursos Naturales SERNA(Honduras).Informes del estado
del ambiente;2000.

Secretaria de Salud de Honduras, Departamento de ITS /VIH/SIDA, Regiones Sanitaria Metropolitana, N° 3 y N° 4. Estudio Multicentrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y comportamiento en mujeres trabajadoras comerciales del sexo en Honduras; 2002.

Secretaria de Salud (HONDURAS). Guía de manejo con terapia Antirretroviral en pacientes con infección VIH/SIDA; 2002.

Secretaria de Salud(HONDURAS). Guía para atención de personas que viven con VIH/SIDA en el hogar;2002.

SIDA-VIDA. HTM Annals of Internal Medicine 1999 Aug; 131(3):194-8.

Anexos

*ENTORNO SOCIAL DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA
EN CHOLUTECA-HONDURAS. ENERO 2002 A JUNIO 2003*

CUESTIONARIO

1. ¿Que Opina sobre el SIDA?
2. ¿Qué enfermedades ha padecido después que adquirió el VIH
3. ¿Ha estado hospitalizado? cuantas veces
4. ¿ Que sabe usted sobre el VIH/SIDA?
5. ¿ Que entiende usted por discriminación ¿sabe usted que es discriminación?
6. ¿ Usted cree que ha sido discriminado , porque ?
7. ¿Qué entiende por estigma ¿Usted sabe que significa estigma?
8. ¿Usted siente que ha sido victima de estigma ¿por qué?
9. ¿Usted sabe que significa Tabú?
10. ¿Alguna vez ha sido perjudicado por efecto de Tabú en su entorno?
11. ¿Ha tenido usted problemas en conseguir trabajo? si tiene trabajo ha existido algún problema por su enfermedad ?

12. ¿Usted ha recibido rechazo de su familia o se siente apoyado por ella?

13. ¿ Quien lo ha apoyado de su familia?

14.¿Para las personas con pareja (unión libre):¿Ha perdido su pareja por el VIH o por otro problema?

15.¿Ha recibido atención medica cuando la ha necesitado para esta enfermedad?

16.¿Considera que tiene dificultades de acceso a los centros de salud ,
SI ___ NO ___en caso que si explique porque

17 ¿Su condición requiere tratamiento Antirretroviral?
Si lo necesita , lo tiene o no?

18. ¿ Ha recibido apoyo de Consejería?

19. ¿ Usted considera que la atención medica que esta recibiendo es buena?
Si ___NO___ explique ¿por qué?

20.¿ Hay suficiente personal para atender los pacientes?
SI ___ NO ___

21.¿Cómo ha sido su comunicación con el personal de la unidad de salud donde usted asiste?

22.¿Usted ha visitado un centro especializado en VIH/SIDA?
SI ____ NO ____ En caso que si hace cuanto tiempo?

Tablas de Resultados

Tabla 1 **Distribución porcentual del perfil de las personas con VIH/SIDA**

Perfil	Número	Porcentaje
Edad		
20-24 años	1	6.3
25-29 años	4	25.0
30-34 años	6	37.5
35-39 años	2	12.5
40-44 años	0	0.0
45-49 años	1	6.3
50 y más	2	12.5
Total	16	100.0
Sexo		
Masculino	11	68.8
Femenino	5	31.2
Total	16	100.0
Procedencia		
Urbana	7	43.7
Sub-Urbana	9	56.3
Total	16	100.0

Fuente: Ficha epidemiológica

Tabla 2 **Distribución porcentual de los padecimientos de las personas con VIH/SIDA**

Enfermedades y síntomas	Número	Porcentaje
Anemia	3	18.7
Enfermedades respiratorias	3	18.7
Herpes	3	18.7
Cándidiasis	3	18.7
Tuberculosis	2	12.5
Otras micosis	2	12.5
Alergia	1	6.5
Diarrea	1	6.5
Tos	1	6.5
Total	16	100.00

Tabla 3 **Distribución porcentual de antecedentes de hospitalización de las personas con VIH/SIDA**

Enfermedades y síntomas	Número	Porcentaje
Hospitalización		
No ha estado hospitalizado	6	37.5
Una hospitalización	3	18.7
Dos hospitalizaciones	2	12.5
Tres hospitalizaciones	3	18.8
Más de tres hospitalizaciones	2	12.5
Total	16	

Fuente: Entrevista a pacientes

Tabla 4 Distribución porcentual de las limitantes sociales de las personas con VIH/SIDA

Características sociales	Número	Porcentaje
Relación conyugal		
Estable	7	43.7
Inestable	6	37.5
Sin relación	3	18.7
Total	16	100.0
Estado civil		
Soltero (a)	8	50.0
Casado (a)	5	31.3
Separado (a)	2	12.5
Viudo (a)	1	6.2
Total	16	100.0
Escolaridad		
Primaria incompleta	4	25.0
Primaria completa	7	43.8
Secundaria incompleta	2	12.5
Secundaria completa	3	18.7
Total	16	100.0
Ocupación		
No trabaja	4	25.0
Oficios domésticos	3	18.7
Comerciante	2	12.5
Albañil	2	12.5
Motorista	2	12.5
Artesano	1	6.3
Vigilante	1	6.3
Perito mercantil	1	6.3
Total	16	100.0
Dificultad de empleo		
Si	10	62.5
No	6	37.5
Total	16	100.0
Discriminación		
Si	9	56.3
No	7	43.7
Total	16	100.0
Estigma		
Si	9	56.3
No	7	43.7
Total	16	100.0
Tabú		
Si	3	18.8
No	13	81.2
Total	16	100.00
Conducta sexual		
Heterosexual	12	75.0
Homosexual	3	18.8
Bisexual	1	6.2
Total	16	100.0

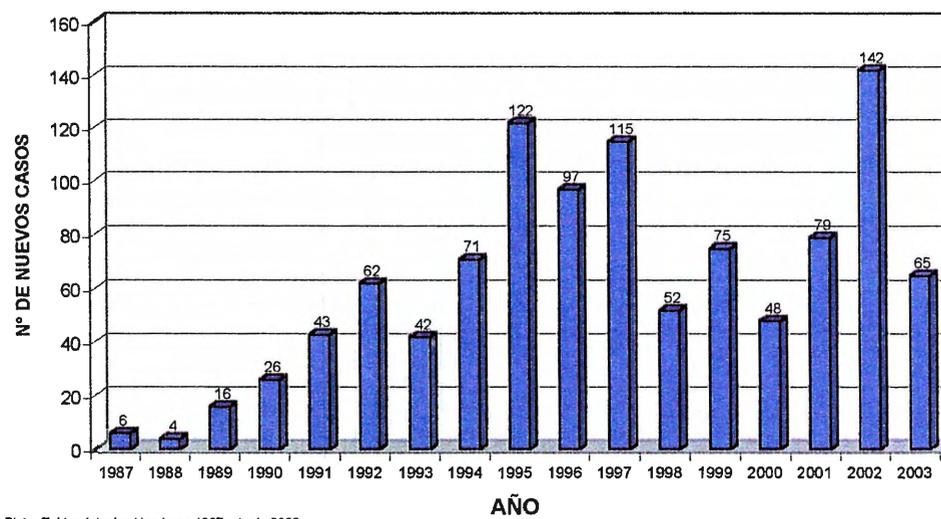
Tabla 5 Distribución porcentual del apoyo familiar que reciben las las personas con VIH/SIDA

Apoyo Familiar	Número	Porcentaje
Rechazo de la familia		
Si	7	43.7
No	9	56.3
Total	16	100.0
Perciben les dan apoyo		
Si	7	43.8
No	6	37.5
No respondió	3	18.7
Total	16	100.0
Pérdida de cónyugue		
Si	4	25.0
No	12	75.0
Total	16	100.0

Tabla 6 Distribución porcentual del rol de los servicios de salud para las personas con VIH/SIDA

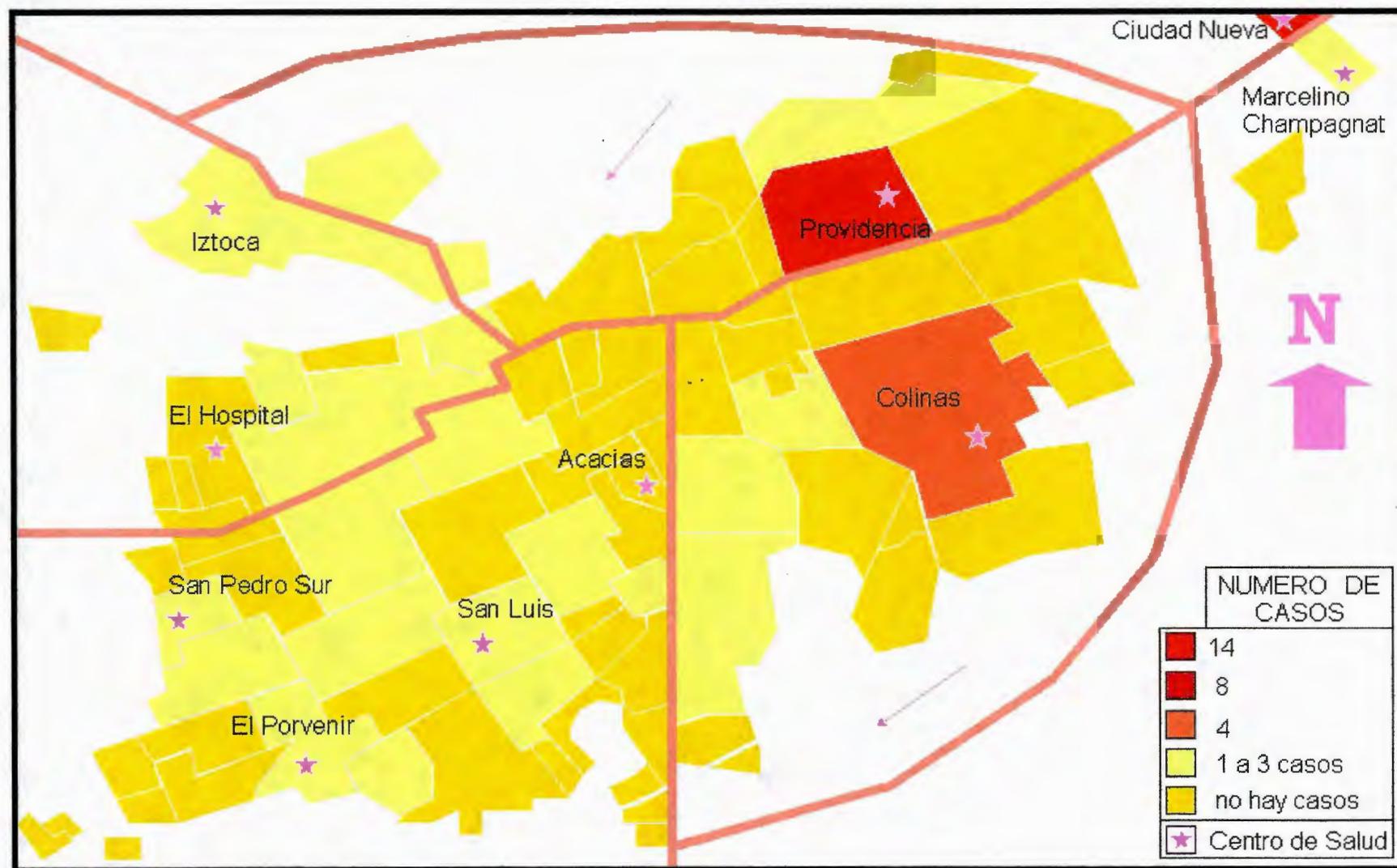
Rol de los servicios de salud	Número	Porcentaje
Usó los servicios de salud		
Si	15	93.8
No	1	6.2
Total	16	100.0
Atención Terciaria (especializada)		
Si	12	75.0
No	4	25.0
Total	16	100.0

**DISTRIBUCION DE CASOS VIH/SIDA POR AÑO 1987 A JUNIO 2003
EN REGIÓN SANITARIA N°4**



Fuente Ficha Epidemiologica Honduras 1987 - Junio 2003

DISTRIBUCION DE CASOS VIH/SIDA SEGUN BARRIO Y COLONIA EN LA CIUDAD DE CHOLUTECA ENERO 2002 A JUNIO 2003



**CLINICA DE ATENCION INTEGRAL VIH/SIDA
REPRESENTANTES DEL GRUPO DE ESTUDIO**



"AYUDENOS A QUITARNOS LA MASCARA"