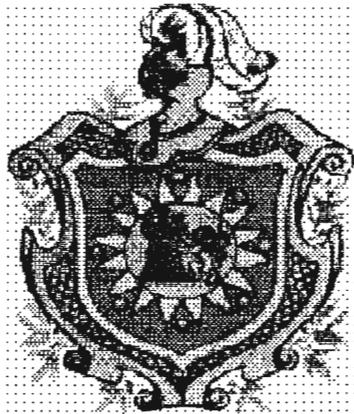


**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua  
Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud  
Escuela De Salud Pública de Nicaragua**

T- 210  
WC 503  
G 0.3  
2003



**Tesis  
Para optar al Título de Maestro en Salud Pública**

**“Conocimientos, Actitudes y Prácticas con relación al VIH/ SIDA en las adolescentes, Amas de casa y Trabajadoras Sexuales. Barrio Bóer. Departamento de Managua. Segundo semestre del 2003.**”

**Autoras:**

*Apineda*  
**Dra. Patricia González Morales.  
Dra. Sandra Junieth Palma G.  
Dra. Alexandra Pereira Martín.**

**Tutor:**

**Dr. Pedro J. Leiva López  
Especialista en Epidemiología  
Docente Investigador CIES- UNAN**

**Managua, Septiembre 2003.**

## *Agradecimientos Especiales*

*Agradecemos a Dios por la fortaleza espiritual que nos permitió llevar a cabo este trabajo investigativo.*

*A nuestro tutor: Dr. Pedro Joaquín Leiva López por su apoyo incondicional, por sus juiciosos comentarios indispensables para la realización de este trabajo investigativo.*

*A la Lic. Alma Lila Pastora Zeulli por el estímulo y confianza brindada, por sus valiosos comentarios ya que tuvo la amabilidad y el tiempo para darnos las orientaciones necesarias que permitieron la finalización de este estudio.*

*A Sergio Baldelomar, Róger Torrente, Lissette Barbosa, Pablo Romero y Roberto Bobadilla, quienes desinteresadamente nos apoyaron en el procesamiento de la información facilitándonos la culminación de nuestra investigación.*

## *“Dedicatoria”*

*A Dios por sobre todas las cosas, por iluminar mi camino y darme fortaleza para lograr alcanzar mi meta propuesta.*

*A las personas que más quiero mis padres:*

*Sr. Heriberto González Navarrete*

*Dra. Ninfa Mariana Morales Canelo*

*Que gracias a sus consejos, confianza y apoyo contribuyeron a que alcanzara un peldaño más en mi formación profesional.*

*A mi tía, Olga Morales Canelo por brindarme su cariño y apoyo incondicional.*

*A todas las personas que dedicaron tiempo, paciencia, conocimientos, sacrificios que hicieron posible la realización y defensa de ésta tesis monográfica.*

*Dra. Patricia González Morales.*

## *“Dedicatoria”*

*Gracias Señor por permitirme realizar este sueño, darme la sabiduría para comprender que “Las únicas personas que jamás se equivocan son las que nunca hacen nada...” y poder compartir con mis seres queridos el fruto de largas horas de ausencia, esfuerzo y dedicación.*

*He decidido dedicar este trabajo a todos aquellas personas que me incentivaron cada minuto de mi vida a salir adelante, a dar lo mejor de mi y tratar de ser mejor cada día, por comprender que no siempre se obtienen las metas fácilmente, que sin esfuerzo personal, sin su apoyo y comprensión no habría superado con éxito este reto.*

*Esto es por y para ustedes:*

*A la memoria de mi padre fallecido: Jacobo Sergio Palma Dávila.*

*Mi mamá Yolanda Grillo Orochena, mis herman@s Yolanda, Ángela, Gioconda, Sergio, Emir y Rita Elena; por su apoyo incondicional, por ser testigos y participes fieles en la ardua labor que representó la elaboración de esta tesis.*

*Socorro Pineda y René Silva por enseñarme a buscar libremente lo que satisficiera mis ansias de realización personal y profesional.*

*Donald Flemming mi gran amigo, mi hermano, mi padre, por tus valiosos consejos, por abrirme las puertas a una realidad y sobre todo por recordarme siempre mantener “Los Ojos en la meta...”.*

*Eugenio Fabián Casco Zelaya por estar siempre a mi lado compartiendo cada uno de mis logros.*

*Dra. Sandra Junieth Palma G.*

*“Dedicatoria”*

*A Dios por ser mi ángel de la guarda que me ilumina, guía, protege y me da la fortaleza para seguir siempre adelante.*

*A mi familia:*

*Mi esposo: Juan Carlos Aguerri Ch.*

*Por el apoyo incondicional que me ha dado a lo largo de este nuevo reto que fue el poder culminar mis estudios de maestría.*

*Por su confianza, paciencia y solidaridad que me dió siempre, invaluable al permitirme llegar hasta el final.*

*A mis hijos: Juan Carlos, Valeria, Maria Fernanda y María Alexandra.*

*Por las horas de ausencia que significaron un tiempo valioso, consumido en más conocimiento que sabremos aprovechar y disfrutar juntos.*

*Dra. Alexandra Pereira Martín.*

## RESUMEN

Se realizó un estudio de corte transversal para determinar las características generales, conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes, amas de casa y trabajadoras sexuales del barrio Bóer de la ciudad de Managua. El instrumento utilizado fue una encuesta de preguntas abiertas y cerradas; el procesamiento del texto y las tablas se realizaron en Microsoft Word 98, para la tabulación y el análisis se utilizó el paquete Epiinfo 6.04 y los gráficos se diseñaron en Power Point.

El universo lo constituyó 816 adolescentes, 1716 amas de casa y las trabajadoras sexuales presentes en el momento de la entrevista. La muestra estuvo conformada por 203 adolescentes, 234 amas de casa y 42 trabajadoras sexuales.

Los adolescentes, amas de casa y trabajadores sexuales del barrio Bóer tienen edades comprendidas entre los 15 – 34 años, la escolaridad promedio fue de secundaria para los adolescentes y amas de casa y de primaria para las trabajadoras sexuales. Los adolescentes y trabajadoras sexuales en su mayoría son solter@s y las tres cuartas partes de las amas de casa son casadas y acompañadas. Con relación a la ocupación que desempeñaban es relevante el hecho que la mitad de los adolescentes está estudiando, el resto no hace nada y sólo una minoría realiza trabajo informal; las amas de casa se dedican la mayoría al cuidado de su casa y una minoría al trabajo informal de costura, lavado y planchado entre otros; y una minoría de las trabajadoras sexuales se dedica al trabajo doméstico entre otros.

En relación al nivel de conocimiento los adolescentes, amas de casa y trabajadoras sexuales tienen un conocimiento malo del VIH/SIDA, ya que en su mayoría no manejan términos médicos del VIH/SIDA, síntomas, pasos del uso adecuado del condón, la existencia de la ley del SIDA o ley 238 que trata de la promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el SIDA; no conocen la existencia de tratamiento ya que el SIDA únicamente lo asocian a una enfermedad incurable y mortal.

En relación a la actitud que tienen ante el tema del VIH/SIDA los adolescentes, amas de casa y trabajadoras sexuales, predominó en su mayoría la actitud positiva.

Los adolescentes y amas de casa tienen prácticas sexuales inadecuadas desde el punto de vista del sexo seguro enfocado hacia la utilización del condón, ya que la mayoría consideran que sus parejas son fieles, no lo ven como una necesidad. Esto puede ser debido a que no se consideran un grupo de riesgo, o porque tradicionalmente se ha considerado al condón como de uso exclusivo de las personas promiscuas y solo una minoría los utiliza como método de planificación familiar.

En cambio las trabajadoras sexuales tienen prácticas sexuales adecuadas porque en su mayoría utilizan el condón siempre que tienen relaciones sexuales debido al intercambio constante de pareja. Ellas son capacitadas en la promoción del sexo seguro a través de organismos no gubernamentales que trabajan en el barrio como son la Asociación de Trabajadores para la Educación, Salud e Integración Social (TESIS) y el Instituto Centroamericano de la Salud (ICAS).

## INDICE

I.	Introducción.....	1
II.	Antecedentes.....	3
III.	Justificación.....	7
IV.	Planteamiento del Problema.....	8
V.	Objetivos.....	9
VI.	Marco de Referencia.....	10
VII.	Diseño Metodológico.....	39
VIII.	Resultados.....	48
IX.	Análisis y Discusión.....	57
X.	Conclusiones.....	67
XI.	Recomendaciones.....	69
XII.	Bibliografía.....	70

Anexos

## I. INTRODUCCIÓN

La problemática generada por la epidemia del VIH/SIDA es única por su complejidad, tanto desde la perspectiva de Salud Pública como desde la perspectiva de desarrollo humano. En este contexto, existe la necesidad de ponerle rostro a la epidemia y combatir la negación, el estigma y el secreto que rodea al VIH/SIDA.

La aceptación de la epidemia como una realidad que afecta a toda la sociedad es un pre – requisito para facilitar tanto su prevención y control como el cuidado de las personas afectadas por ella.

Según las estimaciones de los expertos internacionales en los próximos diez años el SIDA recortará en un 20 % los presupuestos gubernamentales, afectará los gastos del desarrollo y reducirá en un 13 % el ingreso de los países más pobres. En América Latina la epidemia es un mosaico complejo de patrones de transmisión en el que el VIH continúa propagándose a través de las relaciones sexuales entre varones, relaciones entre varones y mujeres y por el uso de drogas intravenosas. El impacto individual y en la familia que provoca el SIDA llega a ser un freno para el desarrollo humano sostenible ya que afecta a la población productiva y reproductiva.

Nicaragua, es el país Centroamericano con la detección más tardía y con los menores niveles de incidencia VIH/SIDA, sin embargo, altos índices de migración laboral y de retorno en los últimos años, el tipo de patrón epidemiológico, el comportamiento geométrico de la epidemia y el limitado acceso a la información en lo que respecta a la prevención del VIH / SIDA, lo coloca en un lugar propicio para la diseminación activa de la epidemia.

La identificación de aquellos individuos que se hallan bajo mayor riesgo y el concentrar los esfuerzos en ellos parecería tener sentido al menos a corto plazo. Sin embargo, no existe una forma garantizada para identificar el grado de riesgo. No siempre es posible reconocer quien se halla bajo riesgo y quién no.

Las trabajadoras sexuales por razones laborales, sociales, físicas o por su conducta, son consideradas de tener mayor riesgo de estar en contacto con el VIH/SIDA. El dirigirse específicamente hacia las trabajadoras del sexo puede distorsionar la percepción del riesgo del VIH para el resto de las mujeres. La comprensión de cómo esta enfermedad ha afectado

a la mujer está deformada por la forma en la que se ha singularizado a las trabajadoras del sexo.

Muchos piensan, equivocadamente, que la mujer casada no se encuentra en peligro. Las propias mujeres puede que no se den cuenta del grado de riesgo al que están expuestas. Las mujeres están constituyendo uno de los grupos de más rápido crecimiento en contraer la infección de VIH en el mundo. Así mismo, está cambiando la forma de transmisión siendo predominante la heterosexual. Debido a estos cambios, hoy, este es un grupo de alto riesgo. Este hecho está asociado a las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres en la mayoría de las sociedades y muy arraigadas en Nicaragua. El que una mujer entre dentro de una cierta categoría de riesgo no quiere decir que vaya a permanecer bajo dicha categoría indefinidamente.

En la lucha por detener la propagación del VIH/SIDA, los jóvenes son ahora el centro de atención. Es conocido que más de la mitad de las infecciones por el VIH que se producen en la actualidad afectan a los jóvenes. Todos los días, seis mil jóvenes de menos de 24 años de edad se infectan por el VIH/ SIDA. De acuerdo a la información más actualizada y disponible, unos 11,8 millones de jóvenes de 15 a 24 años viven con VIH / SIDA en el mundo. Los países están cada vez más preocupados sobre la salud y la salud sexual de la juventud, especialmente ante la epidemia del VIH/ SIDA<sup>1</sup>.

Aunque los primeros años del VIH / SIDA hayan transcurridos en Nicaragua de manera "silenciosa", en una década o más, y a menos que desde ahora se implementen planes efectivos de prevención en un marco ético y de derechos humanos, los efectos de la epidemia pueden ser devastadores.

En Nicaragua se han realizado pocos estudios en relación a los conocimientos, actitudes y prácticas que tiene la población del VIH / SIDA sobre todo en el grupo poblacional de las amas de casa. El presente estudio se realizó en el barrio Bóer de la ciudad de Managua con el objetivo de identificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que tienen l@s adolescentes, amas de casa y trabajadoras sexuales para que en base a estos resultados los diferentes actores involucrados diseñen políticas, planes, estrategias que ayuden a disminuir o prevenir la propagación del VIH/SIDA, favoreciendo así la salud de todos los nicaragüenses.

---

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Salud sexual y VIH/ SIDA en adolescentes y jóvenes. Mayo 2003.

## II. ANTECEDENTES

Desde que los primeros casos de la enfermedad SIDA fueron diagnosticados a finales de los años setenta, la epidemia se transformó en pocos años en el más complejo y devastador problema de salud pública y de desarrollo en toda la historia de la humanidad.

Se estima que al final de 2001 en todo el planeta había 40 millones de personas viviendo con el VIH. En muchas partes del mundo en desarrollo, la mayoría de las nuevas infecciones se producen en adultos jóvenes, siendo particularmente vulnerables las mujeres jóvenes. Cerca de una tercera parte de las personas que actualmente viven con el VIH / SIDA tienen entre 15 y 24 años de edad. En su mayor parte no saben que son portadores del virus. Muchos otros millones de personas no saben nada o saben muy poco acerca del VIH para protegerse así mismas contra él.<sup>2</sup>

En todo el mundo 800 mil niños contrajeron la infección en el 2001, según ONUSIDA. El 50% de las nuevas infecciones de adultos se producen en jóvenes entre 15 y 24 años de edad. Esto quiere decir que diariamente se infectan unas 6 mil personas. Catorce millones de niños son huérfanos de uno o ambos padres por culpa del SIDA. Esta cifra tiende a aumentar.

En China las infecciones por el VIH aumentaron en aproximadamente 70% en los primeros 6 meses del 2001. En Rusia y Europa oriental es donde la infección avanza con mayor rapidez. En Centroamérica Honduras es el epicentro de la epidemia del SIDA en América Latina, ya que tiene el mayor número de casos 14,600 seropositivos.

En países con epidemias del VIH generalizadas, como la República centroafricana, Guinea Ecuatorial, Lesotho y Sierra Leona, más del 80% de las mujeres jóvenes de 15 –24 años no tienen suficientes conocimientos sobre VIH. En Somalia, solo el 26% de las muchachas ha oído hablar de SIDA y a penas un 1% sabe como evitar la infección. En Ucrania, aunque el

---

<sup>2</sup> ONUSIDA. Resumen mundial de la Epidemia de VIH / SIDA. Diciembre de 2001.

99% de las muchachas ha oído hablar del SIDA, sólo el 9% puede mencionar las tres principales maneras de evitar la infección.<sup>3</sup>

Nicaragua es el país centroamericano donde más tardíamente inicia la epidemia. Las primeras personas detectadas viviendo con el VIH, resultaron ser 25 extranjer@s usuari@s de drogas intravenosas. La primera persona viviendo con el VIH /SIDA de origen nicaragüense fue diagnosticado en 1987, se trataba de un heterosexual de 30 años, originario del suroeste del país quien falleció un mes después del diagnóstico; a partir de entonces, la tendencia de la epidemia ha sido evidentemente ascendente.

El promedio mensual de personas que viven con el VIH/SIDA se ha venido incrementando de la siguiente manera: 2.75 en 1993; 4.75 en 1994; 3.8 en 1995; 4.83 en 1996; 5.08 en 1997; 5.8 en 1998 y finalmente 7.6 en los primeros nueve meses de 1999.

De acuerdo a registros del Ministerio de Salud se han acumulado hasta el año 2002, un total de 997 personas con resultados positivos al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), de los cuales 790 pertenecen al grupo de edad entre los 20- 40 años . Significa que la mayoría lo ha adquirido en la niñez, la adolescencia y empezando su juventud, la etapa productivamente activa. El reporte de casos procede de todos los SILAIS del país, teniendo la mayor incidencia la Región Autónoma Atlántico Sur (RAAS), Managua, Chinandega, León, Nueva Segovia y Masaya.

El sexo predominantemente afectado es el masculino con 81% de los casos reportados contra sólo el 19% en el femenino, lo cual representa una relación de 4.3 hombres por cada mujer (4.3:1). Los mecanismos de transmisión del VIH /SIDA reportados en Nicaragua coinciden con los que se han reportado mundialmente: transmisión vertical (madre-hijo), sexual, sanguínea, y drogas intra - venosas; de ellas, en más del 80% de los casos, la vía de transmisión predominante es la sexual.

Durante 1989 en Chile se realizó un estudio de conocimientos y actitudes del SIDA en un grupo de educadores y educandos el cual reveló que aunque el grado de conocimiento es

---

<sup>3</sup> OPS/ OMS. Diseminación selectiva de la información, Salud Sexual y VH/ SIDA en adolescentes y jóvenes. Mayo 2003. Managua, Nicaragua.

bueno no poseen adecuados conocimientos sobre mecanismos de transmisión y de prevención<sup>4</sup>.

Hasta la fecha en Nicaragua se han realizado diferentes investigaciones sobre los conocimientos, actitudes y prácticas, tanto en la población como en los trabajadores de la salud y las personas que conviven con el VIH/SIDA.

En 1990 se realizó un estudio CAP sobre el VIH/SIDA en estudiantes del V año de 4 institutos de Managua, utilizando un cuestionario autoadministrativo que fue completado por 451 estudiantes con un promedio de 18 años de edad. La encuesta reflejó que los conocimientos de los estudiantes acerca de la transmisión y prevención del SIDA eran insuficientes.

En un estudio sobre conocimiento sobre VIH/SIDA, realizado al personal de enfermería del SILAIS León (1995), reveló que este personal tiene buen nivel de conocimiento sobre etiología y vías de transmisión; deficiente conocimiento sobre período de ventana, prácticas sexuales de más riesgo, consejería, historia natural de la enfermedad, uso del condón y uso de soluciones que destruyen el VIH/SIDA.

La fundación Xochiquetzal, en una investigación sobre el impacto psico-social en las trabajadoras de la salud (1995-1996), revela como problemas la falta de información sobre bio-seguridad observadas por dicho personal y la notificación de casos en forma irregular.

En 1999 se realizó en el departamento de Chontales un estudio de valoración de conocimientos, actitudes y prácticas sobre ETS /VIH - SIDA en adolescentes de IV y V año de secundaria en la cual se encontró que el conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual fue satisfactorio no así sobre los métodos de planificación el cual fue deficiente sobre todo en los adolescente de 12 a 15 años.

---

<sup>4</sup> Bernal, N. Lucks, y cols." Conociminetos y Actitudes sobre SIDA en un grupo de educadores y educandos" ETS Rev. Chilena Enero - Marzo. 1989.

En 1999 se realizó un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH / SIDA en trabajadoras sexuales del Puerto de Corinto, encontrándose que tienen un adecuado conocimiento sobre el tema y un buen uso del Condón.

La fundación Xochiquetzal realizó un estudio en octubre del 2002 sobre conocimientos, actitudes y prácticas del VIH / SIDA en 100 habitantes de Chinandega, encontrándose que el conocimiento sobre el VIH / SIDA y uso del condón es regular y aceptable respectivamente <sup>5</sup>

En el barrio Bóer no existe ningún estudio sobre conocimiento, actitudes y prácticas dirigido a adolescentes, amas de casa y trabajadoras sexuales.

---

<sup>5</sup> Cortés B. Conocimientos actitudes y prácticas sobre VIH/ SIDA de la población de Chinandega, Octubre, 2002. Fundación Xochiquetzal. Managua. 2002.

### III. JUSTIFICACION

En la actualidad y aún con todos los avances científicos y sociales con los que contamos, el VIH/SIDA se ha convertido en la enfermedad más estigmatizada y menos comprendida de todos los tiempos. El rechazo con el que comúnmente reaccionamos ante el SIDA se debe en gran medida al desconocimiento, el temor a la enfermedad fatal y porque la población lo relaciona con patrones de conducta en el área sexual que no son socialmente aceptadas.

Aún cuando los datos reflejan que la epidemia en Nicaragua está en fase de incipiente desarrollo, y tomando en cuenta la experiencia de otros países, tenemos que reconocer que todas las tasas de prevalencia representan un peligro claro y vigente por lo que, el momento de actuar y enfrentar el avance de la mortal epidemia con todas las medidas disponible es ahora.

Por tanto es necesario determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que tienen acerca del VIH/SIDA en adolescentes, amas de casas y las trabajadoras sexuales del barrio Bóer de Managua, que es el departamento que ha tenido mayor incidencia de casos a nivel nacional.

Los resultados obtenidos de este estudio pueden contribuir a que el Ministerio de Salud (MINSAL), Ministerio de Cultura y Deporte (MECD), Alcaldías, Organismos no Gubernamentales (ONGs) e instituciones gremiales desarrollen y refuercen intervenciones dirigidas a la prevención y control del VIH/SIDA en los adolescentes, amas de casa y trabajadoras sexuales.

#### IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La epidemia del VIH/SIDA constituye uno de los problemas más serios de salud pública que jamás haya enfrentado la humanidad por las características mismas de la enfermedad y por sus devastadoras implicaciones sociales, culturales y económicas. Por esta razón se hace necesario realizar un estudio que permita determinar: ¿Cuáles son las características generales, conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los adolescentes, amas de casa y trabajadoras sexuales del barrio Bóer de Managua?.

## V. OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas con relación al VIH / SIDA que tienen l@s adolescentes, amas de casa y las trabajadoras sexuales del barrio Bóer del departamento de Managua en el segundo semestre del 2003.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Describir las características generales de l@s adolescentes, amas de casa y las trabajadoras sexuales.
2. Identificar los conocimientos que tienen l@s adolescentes, amas de casa y trabajadoras sexuales con relación al VIH / SIDA.
3. Identificar las actitudes que tienen l@s adolescentes, amas de casa y trabajadoras sexuales ante el VIH / SIDA.
4. Conocer las prácticas sexuales de l@s adolescentes, amas de casa y trabajadoras sexuales ante el VIH / SIDA.

## VI. MARCO DE REFERENCIA

El VIH / SIDA es una epidemia silenciosa que amenaza a toda la humanidad y en el último año registró una tendencia creciente en el ámbito mundial, pese a los esfuerzos internacionales por frenar este flagelo que ha cobrado millones de víctimas en todo el mundo. Según el último informe de la Organización de las Naciones Unidas contra el SIDA y Organización Mundial de la Salud (ONUSIDA / OMS) sobre este mal, el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que genera el SIDA, ha desencadenado una epidemia mundial que se ha extendido más de lo que se tenía previsto y se predijo hace más de una década.

Todas las regiones del mundo reportan casos de esta enfermedad, conocida como la pandemia del siglo, el SIDA. Su comportamiento en cada país es de diferente manera, caracterizándose por variaciones amplias de un país a otro e incluso entre cada región de un mismo país. A nivel mundial, se calcula que a diario ocurren 16,000 nuevos casos, situación que convierte a esta enfermedad en una gran amenaza para el desarrollo de las comunidades y los países, principalmente por que el 96% de las defunciones por esta causa se presentan en adultos jóvenes con edades comprendidas entre los 20 y 44 años, edad que coincide con la etapa económica y sexualmente más activa.

El virus no hace distinciones de género, raza, clase social o fronteras nacionales. Debido a su forma de transmisión, todos somos potencialmente vulnerables. Tanto nosotros como nuestros seres queridos corremos el riesgo de contraer o tener ya el VIH / SIDA.

### **1. Definición de Infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana**

Las siglas VIH significan virus de inmunodeficiencia humana. El VIH es una enfermedad de transmisión sexual. Como sucede con otras enfermedades de este tipo, se puede transmitir también a través de la sangre y durante el embarazo.

El síndrome de la 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.

Los virus cambian con facilidad o sufren mutaciones, y dos virus pueden combinarse para producir uno nuevo. El VIH tiene al menos dos variedades principales (VIH-1 y VIH-2) cada

una con un gran número de variantes. El conocimiento sobre como se desarrollo el virus hasta su estado actual y si proviene de otras especie animal nos puede ayudar en la búsqueda de una vacuna o una cura.

## **2. Epidemiología**

El SIDA en Nicaragua se caracteriza por ser una epidemia naciente o de Bajo nivel, según incidencia reportada por el Ministerio de Salud. El patrón de transmisión dominante es la vía sexual, el mismo que predomina en otros países de Centroamérica, el Caribe Este y Sur de África.

Existen diferentes percepciones con relación a la magnitud real de personas que viven con VIH/ SIDA en el país. Se menciona que a la fecha no se ha logrado diagnosticar a todas éstas , basados a un sub registro de la información y como se ha abordado para todas las ITS, existiendo factores y condiciones favorables que permiten la presencia de una mayor magnitud de la epidemia en el país.

El SIDA es la manifestación más grave de un espectro de procesos relacionados con el VIH. El riesgo de que una persona infectada con el VIH desarrolle el SIDA es del 1 -2% / año durante los primero años después de la infección y de alrededor de 5 % /año después. El riesgo acumulativo es del 35 - 45 % al cabo de 8-10 años de la infección original. Debido a la experiencia limitada con el VIH, se ignora cuál es el patrón de progresión del SIDA después de los primeros 10 años, aunque existe la posibilidad que desarrollen la enfermedad casi todas las personas infectadas con el virus. Además, quizás algunas de las secuelas a largo plazo de la infección con el VIH (otros procesos malignos y enfermedades neurológicas crónicas) no se hayan aún identificado debido a que podrían aparecer sólo después de un mayor tiempo de infección.

## **3. Fisiopatología**

Antes de contraer la infección, una persona puede verse expuesta al VIH una o muchas veces. A mayor frecuencia de exposición, mayores serán sus posibilidades de infección.

Para poder infectar a alguien, el VIH tiene que penetrar en el riego sanguíneo. Una vez en la sangre, el VIH ataca al sistema inmunológico. El sistema inmunológico protege al cuerpo mediante la producción en la sangre de células que combaten las enfermedades. Entre esas células se encuentran las células T4, cuyo papel es identificar al intruso y autorizar a otras células a que produzcan anticuerpos para eliminarlo. Una vez en el riego sanguíneo, el VIH se introduce y habita en las células T4. Para reproducirse, altera la estructura genética de las células en las que vive y las transforma en “fábricas de virus”.

Durante las primeras semanas posteriores a la infección, el virus se reproduce rápidamente. A partir de entonces, los anticuerpos contra el VIH empiezan a destruirlo, reduciéndolo a niveles mínimos, pero no son capaces de eliminar el virus del cuerpo por completo, posiblemente porque está “escondido” dentro de las células T4.

Es importante protegerse contra la exposición al virus, incluso después de haber contraído la infección, ya que la exposición repetida hace que aumente la cantidad de virus en el riego sanguíneo.

#### **4. Mecanismo de transmisión**

El VIH no puede mantenerse vivo por sí sólo o en el aire o el agua. Nadie puede contagiarse por compartir la vivienda o habitación con alguien que lo tenga; tampoco por el contacto normal en el colegio, el trabajo o al salir con un portador del virus.

No se sabe de nadie que haya resultado infectado por besar a alguien. Los besos y los besos profundos nunca han sido vinculados a la transmisión del VIH a pesar de que a veces se hayan cantidades minúsculas del VIH en la saliva, las mismas no son suficientes para ocasionar la infección, haría falta 32 litros de saliva para acumular suficiente VIH para que al besar sea una actividad que conlleve riesgo<sup>6</sup>.

La transmisión a otra persona requiere el contacto con líquidos corporales que contengan células o plasma infectado. El VIH puede estar presente en cualquier líquido o exudado que contenga plasma o linfocitos, en especial la sangre, el semen, secreciones vaginales, la

---

<sup>6</sup> Mujer y el VIH/SIDA

leche materna y la saliva. Sin embargo, no se ha descrito la transmisión por la saliva o los núcleos goticulares producidos al toser o al estornudar.

El VIH se transmite principalmente a través de:

El coito sin protección tanto vaginal como anal.

La sangre o productos hemoderivados infectados recibidos en una transfusión o inyección.

Los implementos utilizados para la inyección de drogas que contengan sangre infectada y sean compartidos o reutilizados sin haber sido limpiados entre usos.

El embarazo y posiblemente el parto.

La transmisión sexual ha sido responsable de la inmensa mayoría de los casos de la infección del VIH desde los inicios de la epidemia y el mantener relaciones sexuales sin protección constituye hoy en día la forma de contagio del VIH más común para la mujer.

Los afectados por alguna enfermedad en estado avanzado vinculada al VIH tienen mayores probabilidades de transmitirle la infección a sus parejas que los que todavía se encuentran bien o presentan únicamente signos menores de infección. Esto implica que el riesgo de infección está vinculado al grado de inmunodeficiencia o de enfermedad. Mientras mayor sea la frecuencia del contacto sexual sin protección mayores son las probabilidades de que el miembro infectado de la pareja contagie al otro. Esta variación también puede ser explicada debido a la presencia o ausencia de otros factores de riesgo.

La OMS ha estimado que en las relaciones heterosexuales las mujeres son de dos a cuatro veces más vulnerables biológicamente a la infección por el VIH que los hombres. Las explicaciones son varias: en primer lugar, el VIH necesita de células vivas para transmitirse; los fluidos corporales más ricos en células son los más infectantes, por lo tanto el semen, que es mucho más rico en células que los fluidos vaginales, concentra una mayor cantidad de virus. Una segunda razón es la calidad epitelial de la mucosa vaginal, que es más vulnerable a infecciones que el pene. Una tercera explicación es que el semen se mantiene vivo en el tracto vaginal o rectal por más tiempo, por lo que la exposición de las mujeres al virus es mayor. Algunos autores han calculado que las mujeres tienen, en algunas circunstancias, hasta doce veces más posibilidades de infectarse que los hombres. ( Rico y Liguori, 1998).

## 5. Síntomas

El SIDA es el final y la etapa más seria de la enfermedad producida por el VIH. Está caracterizada por signos y síntomas de inmunodeficiencia. La mayoría de los portadores del VIH no son conscientes de haber contraído la infección. El SIDA es precedido por la infección VIH, que puede no producir síntomas incluso durante 10 años antes de que la persona sea diagnosticada de SIDA. La infección aguda por VIH progresa a través del tiempo hasta llegar a ser infección por VIH asintomática y luego avanza terminando por convertirse en SIDA o enfermedad por VIH.

### - Síntomas principales

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 (tales como cóndida, neumocistis, etc).

Tumores (Sarcoma de Kaposi).

Erupciones en la piel u otras lesiones.

Pérdida de peso no intencionada.

Malestar general o inquietud.

Dolor de cabeza.

Síntomas adicionales que pueden asociarse con esta enfermedad

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).

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

## **6. Factores que influyen para la diseminación del VIH / SIDA**

Existen determinados factores que influyen para que el virus VIH se difunda más de prisa en unas sociedades y más despacio en otras Entre los factores que están incidiendo en la diseminación del VIH/SIDA en la población nicaragüense, se señalan los siguientes:

1. A pesar que estudios demuestran que la población tiene un nivel básico de conocimiento sobre el VIH/ SIDA, todavía no existen cambios sustanciales en el compartiendo sexual.
2. En general, una de las prácticas de riesgo más frecuente es tener relaciones sexuales sin protección.
3. Tabúes y mitos sobre el uso de condones.
4. Cultura patriarcal - machista de la sociedad, donde el hombre ejerce total control sobre el sexo, la sexualidad y capacidades reproductivas de la mujer.
5. Migración poblacional, tanto al interior del país como a nivel internacional que incrementa el número de relaciones sexuales casuales y número de parejas sexuales. Importante es el punto geográfico que ocupa Nicaragua, en el centro del istmo, siendo paso obligado para las rutas de migración norte - sur o viceversa.
6. Situación de pobreza generalizada que conlleva al comercio sexual, donde dichas personas se ven obligadas a realizar prácticas sexuales inseguras, alcoholismo, drogadicción que a su vez conlleva a comportamiento de riesgo.

7. Características reproductivas de la población: Inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales en l@s adolescentes con muy poca experiencia y conocimiento, que conlleva también a prácticas sexuales desprotegidas.
8. Limitaciones en el Sistema de Salud, que hasta el momento no ha logrado implementar un programa estratégico integral de prevención, que apunte además a corregir el subdiagnóstico, subregistro, informes incompletos y mecanismos de notificación deficientes entre otros.

## **7. Factores de riesgo que propician la infección del VIH/SIDA**

El tener más de una pareja sexual no representa un riesgo en sí. Pero no siempre puede saberse si la persona con la que se están manteniendo relaciones sexuales es portadora del VIH o no, o si ha tenido otras parejas portadoras del VIH. Por lo tanto, a mayor número de compañeros mayor es el riesgo desconocido. Es mayor el número de hombres que admiten tener relaciones extramatrimoniales que el de mujeres, posiblemente porque de verdad lo hagan con mayor frecuencia. Al preguntárseles a los hombres cuántas parejas sexuales han tenido, frecuentemente exageran, mientras que la mujer mantiene esta información más secreta.

El coito sin protección no sería un problema en sí mismo si toda persona permaneciese en una relación monógama de por vida. Sin embargo, el tener más de un compañero a lo largo de toda la vida, como parte de relaciones y encuentros de todo tipo, resulta una práctica muy extendida entre personas de todas las edades y preferencias sexuales (casados y solteros, hombres y mujeres).

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) no tratadas aumentan el riesgo de infección por el VIH durante una relación sexual. Las personas que actualmente padecen una ITS tienen 2 a 9 veces más probabilidades de infectarse por el VIH. Las ITS ulcerosas sin tratar (herpes, sífilis, chancroide) aumentan enormemente el riesgo de transmisión del VIH con cada contacto sexual, las lesiones causadas por estas infecciones ofrecen una fácil puerta de entrada para la infección del VIH, ya sea que las lesiones se encuentren en la persona infectada por el VIH o en la no infectada. Muchas mujeres no saben que sufren una Infección

de Transmisión Sexual (ITS) o no reciben o tienen acceso a tratamientos. Muchas más puede que no tengan el poder de decidir si quieren o no mantener relaciones sexuales, incluso si ellas y /o sus compañeros sufren una infección de este tipo.

Las personas que usan drogas intravenosas tienen riesgo de contraer el VIH/SIDA al compartir las agujas y jeringas para inyectarse o cuando las jeringas y agujas son usadas repetidamente sin tener una desinfección adecuada. Sin embargo, es esencial considerar que la vía de administración no es el único factor que determina la vulnerabilidad respecto al VIH, ya que independientemente de que las drogas sean administradas por vía intravenosa, intramuscular, oral o a través de inhalaciones, su uso induce o favorece un comportamiento sexual de mayor riesgo. En Nicaragua el uso de drogas inyectadas es poco conocido, entre 195 personas detenidas por cualquier delito o transgresión en las estaciones de policía, el 2% dijo que había consumido drogas usando jeringas.<sup>7</sup>

La transmisión del VIH a través de la sangre es la fuente de infección cuya prevención depende más de los servicios de la red de salud pública. La persona puede contraer la infección a través de una transfusión si los productos hemoderivados que reciba contienen el VIH.

Las personas que frecuentemente tienen prácticas sexuales con personas desconocidas (sexo casual) son un riesgo muy importante para la transmisión del VIH. Estudios realizados en la Gran Bretaña, Suiza, Dinamarca y Suecia han observado, que los viajeros sobre todo los hombres solos y los jóvenes de ambos sexos, tienen relaciones sexuales en los lugares que visitan. Muchos profesionales viajan y emigran por razones de política internacional, diplomacia, negocios y comercio, proyectos de ayuda humanitaria, guerra, y vacaciones.

Las madres con el virus del SIDA pueden contagiar a sus hijos durante el embarazo, parto o aún cuando los amamantan.

---

<sup>7</sup> MINSA / CICAD- OEA / OPS, 1994.

Las trabajadoras sexuales están más relacionadas con el virus del SIDA no sólo por el alto número de compañeros sexuales, sino porque en este grupo es común el uso de drogas intravenosas.

## **8. Prácticas sexuales que propician la propagación del VIH/SIDA**

### **- Relaciones bisexuales y homosexuales**

En las últimas dos décadas, gracias al movimiento de homosexuales y lesbianas, un mayor número de personas sienten que pueden ser francas acerca de sus relaciones sexuales;

Resulta poco común el que una mujer le transmita a otra el VIH a través de las relaciones sexuales, pero es algo que sucede. Debido a que únicamente han sido registrados unos cuantos casos a nivel internacional, se ha asumido la creencia (mantenida en parte por muchas lesbianas) de que las prácticas sexuales realizadas entre mujeres son más seguras que aquéllas en las que participan los hombres.

Las relaciones sexuales entre mujeres son más seguras porque no se practica el coito pero las lesbianas pueden padecer de enfermedades de transmisión sexual, y las relaciones sexuales entre mujeres pueden involucrar la exposición oral o por otra vía a la mucosidad vaginal y rectal y a la sangre menstrual, el uso compartido de ayudas sexuales para la penetración vaginal y anal y prácticas que causan irritación o lesiones a los tejidos o sangrado. Las lesbianas a veces utilizan drogas o tienen relaciones sexuales con hombres.

En un estudio realizado en los Estados Unidos por la Dra. Joyce Hunter del Centro de VIH para estudios clínicos y de la conducta en Nueva York en 1998, informó de la existencia de 109,311 casos de mujeres con SIDA de las cuales 2,220 habían incurrido en actos sexuales con mujeres, no obstante la mayoría habían tenido otros comportamientos de riesgo como el uso de drogas inyectables, relaciones sexuales con hombres sin usar preservativos o haber recibido sangre. De las 2,220 mujeres 347 tuvieron relaciones con mujeres y de estas el 98% uso drogas<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Colaboradores. CIPAC. Costa Rica. VIH / SIDA en parejas lesbianas. Revista Closet. No 33. Mayo del 2003.

### **- Coito vaginal o anal sin protección**

Casi todos los casos de transmisión sexual del VIH suceden a través del coito vaginal o anal sin protección entre hombre y mujer, o a través del coito anal entre hombres, si uno de los miembros de la pareja es portador del VIH. El coito vaginal y anal son las prácticas sexuales más comunes y frecuentes prácticamente en todas las culturas .

De acuerdo a varios estudios, las parejas heterosexuales practican la penetración anal con la misma frecuencia que los hombres homosexuales. En algunas culturas, la penetración anal resulta una práctica común para conservar la virginidad antes del matrimonio y cuando la infibulación hace imposible el coito vaginal.

El VIH puede vivir en el semen y en los espermatozoides del hombre, en el revestimiento, en la mucosidad cervical y vaginal de la mujer, en el revestimiento rectal de ambos.

### **- El sexo oral sin protección**

Se sabe de muy pocos casos en los que el sexo oral haya sido la única conducta sexual de riesgo entre dos hombres o dos mujeres. El sexo oral en sí es muy común, pero el que una pareja heterosexual sólo practique el sexo oral y nunca el coito parece ser poco común.

La infección puede ser causada por la presencia en la boca del semen, mucosidad vaginal o rectal y posiblemente la sangre menstrual y su ingestión. El riesgo de contagio puede ser mayor si la boca, las encías o la garganta se encuentran irritadas, inflamadas y /o presentan llagas abiertas, lesiones o sangrado. Es posible que el sexo oral constituya una práctica de mayor riesgo cuando involucra la presencia de semen o sangre menstrual, pero sigue siendo mucho más segura que el coito sin protección.

### **- Prácticas sexuales en las que están presentes otros fluidos corporales**

Las prácticas sexuales que puedan hacer sangrar durante el coito representan un alto riesgo. La inserción de los dedos o un puño en la vagina o el recto puede ocasionar lesiones causadas por ejemplo por las uñas o por una penetración brusca. La penetración brusca también puede lesionar los tejidos. Las lesiones del tejido rectal se puede dar con facilidad ya que el revestimiento de esta zona es muy fino y seco, lo que puede ocasionar que el recto se

vuelva muy vulnerable a la infección. El VIH puede estar presente en pequeñas cantidades en las heces y la orina. Las prácticas sexuales que involucran el contacto vaginal, anal u oral con estas sustancias son consideradas arriesgadas, aunque no han sido notificados casos de transmisión del VIH por esta vía.

### **- Estrategias para un sexo más seguro**

La fidelidad en la pareja es válida siempre y cuando ninguno de los dos tenga el VIH, y no corra riesgo de contraerlo por otras vías de contagio, y siempre y cuando se sean fieles todo el tiempo. Muchas mujeres afectadas por el VIH sólo han tenido una pareja sexual durante toda su vida, y muchas otras sólo dos o tres ( uno a la vez ) por un período de muchos años. La fidelidad no las ha protegido cuando su pareja les era infiel o ya tenía el VIH cuando empezó la relación.

Decir que no al sexo es un mensaje que frecuentemente ha sido dirigido a los adolescentes. La adolescencia es un período de experimentación tanto de sexualidad como de relaciones interpersonales. Los hombres de todas las edades presionan a las muchachas para que tengan relaciones sexuales con ellos. Algunas preferirían decir que no a estos encuentros y este tipo de estrategia las ayuda durante un cierto tiempo, pero no de forma indefinida. El problema está en poder anticipar cuándo van a necesitar otro tipo de consejo. Otras jóvenes saben que quieren tener relaciones y así lo hacen, para ellas este tipo de estrategia no es la adecuada.

Negarse a tener relaciones sexuales es una estrategia que algunas personas seropositivas han utilizado para proteger a su pareja de la infección sin tener que revelarles su status del VIH o cómo contrajeron el contagio.

En general, decir que no al sexo se puede considerar como la estrategia más eficaz, ya que "lo que no haces no te puede hacer daño". En la práctica, este método puede resultar problemático. A pesar de ello, es él que más se promueve, en parte debido a que, al igual que sucede con la fidelidad mutua, es visto con beneplácito por muchos dirigentes religiosos.

**- Reducir la cantidad de personas con las que se mantiene relaciones sexuales; o evitar tener varios compañeros a un mismo tiempo**

Para quienes tengan más de una pareja, una forma práctica aunque estrictamente no muy segura de reducir las posibilidades de contagio es disminuir la cantidad de personas con las que mantienen relaciones sexuales. Sin embargo, hay muchas formas de interpretar lo que significa “ tener relaciones con varias personas a la vez”.

Para la mujer que ofrece sus servicios sexuales a cambio de dinero, comida o vivienda, su fuente de supervivencia es el de mantener relaciones sexuales con muchos hombres. Esta estrategia entra en conflictos con sus necesidades básicas, ya que si disminuyen sus clientes, su fuente de ingresos se ve reducida. Una alternativa para esta mujer sería aumentar el precio de sus servicios para poder así ganar la misma cantidad de dinero con menos clientes.

Para otras mujeres, tener relaciones con varias personas significa tener “ amores de una noche” , en este tipo de relación no existe ningún interés / compromiso emotivo y en realidad se trata simplemente de un eufemismo para la promiscuidad.

Es posible que la mujer que considere el sexo como una forma de compromiso con su pareja no piense que tener una serie de relaciones monógamas consecutivas puede ser considerada como tener relaciones con varias personas. Para muchas mujeres, una relación interpersonal segura puede ser aquella que dura unos cuantos meses y que se piensa que va a continuar.

**- El uso de condones**

Esta es la única técnica eficaz para efectuar el coito con menor riesgo, si uno de los integrantes de la pareja ha tenido, está teniendo o va a tener relaciones sexuales con otras personas.

El coito con condón es mucho más seguro que las relaciones sin protección. A mayor uso del condón, menor es la frecuencia de exposición al virus. El índice de transmisión del VIH cuando usa el condón de forma consistente y correcta es muy baja o hasta inexistente.

En la práctica, no resulta fácil utilizar el condón con cada compañero y en todas las ocasiones en las que se tenga relaciones sexuales. De hecho, son muchos los que usan el condón de vez en cuando, o con algunas parejas sí y con otras no. Muchos hombres y mujeres están más inclinados a utilizar condones con parejas casuales que con sus esposas o parejas regulares. Por lo tanto, son los esposos y las parejas regulares las que pueden correr mayor riesgo el uno con el otro, debido a que no se quiere poner en tela de juicio o amenazar el amor o la confianza. Esto es también cierto para las trabajadoras del sexo. Además, muchas mujeres temen una reacción violenta y / o el abandono si piden a sus compañeros que utilicen condones.

Hay hombres con el VIH que no usan condones porque no quieren que sus compañeras les pregunten si están infectados. El miedo al rechazo puede hacer que prefieran relaciones casuales de una noche, si creen que este tipo de relaciones no los obliga a utilizar condones o a confesar a su pareja que tienen el VIH.

Hay quienes rechazan el condón porque lo perciben como un símbolo de desconfianza y porque dicen que interfiere con el placer sexual, sin que importe el grado de riesgo al cual se enfrentan o la relación interpersonal en la que se encuentran. Esta es sólo una lista parcial de las razones por las cuales muchas personas no utilizan condones cuando ellas o sus parejas pueden correr riesgo.

Enfatizar sólo el hecho de que existe cierta resistencia al uso del condón es en sí contraproducente y puede ayudar a mantener una imagen negativa del condón totalmente inmerecida. Para muchas personas que los usan, los condones son sinónimos de confianza y placer sexual.

## **- Utilización segura y efectiva del condón**

Para utilizar el condón de manera segura, hay que conocerlo muy bien. Muchos hombres y mujeres ni siquiera han visto nunca un condón, y mucho menos han llegado a utilizarlo. A la mayoría no se les ha enseñado a usarlo. El condón debe ser utilizado con todo compañero, no simplemente los casuales, y para toda penetración vaginal o anal.

En lo referente a la prevención de las ITS y el VIH, todos los días son iguales. En el caso de aquellas personas que creen que pueden dejar de utilizarlo frecuentemente, se debe enfatizar la importancia del uso consistente cuando este presente una ITS.

Las instrucciones de los condones con frecuencia son poco claras o están escritas en un estilo o vocabulario difícil de entender. Las ilustraciones pobremente concebidas pueden ser lo más confuso de todo. El grado de exactitud o adaptabilidad de muchos de los folletos para ser utilizados en diversas culturas varía drásticamente.

Debido a ello, la OMS con la asistencia técnica del Programa de Tecnología Apropriada para la Salud (PATH), creó un volante fácilmente adaptable con ilustraciones e instrucciones sobre el uso correcto del condón.

### **- Técnica correcta de colocación del condón:**

1. Abrir el paquete con cuidado para que el condón no se desgarre. No desenrollar el condón antes de ponerlo.
2. En el caso de hombres no circuncidados hay que empujar la piel del prepucio hacia atrás. Apretar la punta del condón con los dedos y colocarlo sobre el extremo del pene en erección.
3. Mantener todavía apretada la punta del condón y desenrollarlo hasta que cubra completamente el pene.
4. Ponerse siempre el condón antes de penetrar a la pareja.
5. Tras la eyaculación, sujetar el condón alrededor del aro y extraer el pene de la vagina antes de que el mismo pierda rigidez.
6. Remover el condón sin que se derrame el líquido (semen).

## 7. Tirar el condón a la basura o enterrarlo.

Los organismos de la Sociedad Civil como XOCHIQUETZAL, CLNSS, ONUSIDA, CEPRESI, ASONVISIDA y la Fundación Nimehuatzin, vienen trabajando con una perspectiva amplia y con un enfoque de derechos humanos contribuyendo a la elaboración y promulgación de la Ley 238 publicada en 1996.

“La Ley del SIDA” o ley 238 consta de 40 artículos distribuidos en cinco capítulos. Incluye los principios éticos de no discriminación, confidencialidad, el consentimiento informado y la autonomía personal. Gran parte de su contenido marca una diferencia con la legislación anterior de otros contextos sobre el mismo tema del VIH/ SIDA, en la que los derechos humanos eran apenas un apéndice o una declaración de intenciones. La ley 238 convierte la promoción de los derechos humanos en la estrategia correcta para suscitar una respuesta multisectorial a la epidemia de VIH en un país en desarrollo con altos índices de pobreza y una deuda externa onerosa. Por ello ha sido calificada como una ley de derechos humanos enormemente progresiva y un modelo para la región.

Existen diferentes ONGs que trabajan en la temática del VIH/SIDA como son la Fundación Xochiquetzal y Nimehuatzin, las cuales brindan atención integral humanizada (atención médica, consejería, atención psicológica para ell@s y sus familias, tratamiento profiláctico, etc.).

Según el Plan Estratégico del MINSA se han realizado actividades importantes para el control de la epidemia, pero por diferentes causas no han logrado un mayor desarrollo y por lo tanto su impacto ha sido menor. En términos prácticos, esto quiere decir que deben ser analizadas y ser retomadas para elevar el nivel de respuesta y mejorar la atención a l@s usuarias.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE LUCHA CONTRA LAS ETS /VIH /SIDA. NICARAGUA. 200-2004.

## 9. Adolescentes

Los adolescentes de cualquier país del mundo, son un grupo importante de la sociedad, ya que constituyen una manifestación del pasado más reciente de esa sociedad y constituirán el grupo que marcará las pautas del futuro.

Ahora más que nunca existe conciencia que los jóvenes son parte importante de la población y que requieren consideración, ya que sus problemas no sólo existen a nivel individual, sino que de una u otra manera reflejan los problemas más amplios y complejos de las sociedades de las que forman parte.

La población juvenil presenta características especiales en las cuales los riesgos principales son asociados a factores provenientes del mismo individuo en especial de la esfera del comportamiento. Especial importancia revisten los diversos aspectos referentes a la salud reproductiva encontrándose que en el desarrollo de éstos como problemas, contribuyen situaciones tales como el inicio de las relaciones sexuales, la disociación entre actividad sexual y vida reproductiva, inaccesibilidad a los sistemas de atención de salud, etc. Por ello, el abordaje de este tema debe de hacerse desde una perspectiva motivadora y multisectorial. Es necesario considerar que la sexualidad es un tema sobre el cual existe una gran diversidad de opiniones, sea cual sea la sociedad en la cual se estudie principalmente porque es un aspecto de la vida en el cual se involucran sentimientos y emociones y, además por que está relacionado con creencias y valores.

Existen algunos factores que influyen en la sexualidad juvenil como son:

La ambigüedad cultural:

Esta se traduce en normas contradictorias para los niños y jóvenes. Lo que es lícito y aceptable para un adulto, no lo es para un adolescente. Es así como los adolescentes mienten " porque es necesario". Mientras que a los niños y adolescentes se les prohíbe, aduciéndose una serie de normas y principios que pareciera, sólo ellos deben cumplir.

El papel de los medios de comunicación:

El papel que estos han jugado ha contribuido a sobre-erotizar el medio en el cual se vive. La televisión, por ejemplo, presenta habitualmente programas que sobre dimensionan el aspecto

erótico y sexual sean estos para adultos o para un público más joven. De igual manera, los medios escritos también le dan una gran importancia a este aspecto. Otro factor, muy relacionado como los anteriores corresponde al papel que juega la música en la cual se encuentra con mucha frecuencia una temática con gran contenido erótico.

El machismo:

A través de estas actitudes se entregan pautas de conducta más permisivas para los hombres y muy conservadoras para las mujeres, tanto en la vida cotidiana como a través de los medios de comunicación.

La doble moral que existe en la sociedad:

Estas manifiestas actitudes que al momento de traducirse en conductas llegan a ser en ocasiones diametralmente opuestas. A modo de ejemplo se puede mencionar que un canal de televisión predica una serie de valores y normas que no se reconocen en muchos de sus programas, en que por el contrario se presentan situaciones absolutamente anormales o no aceptadas.

El poder Político:

Por el significado que tiene la sociedad y los intereses que afecta, se evade el tema de la sexualidad, o si lo hace es de manera poco efectiva ya que por ser una temática sensible, al abordarse se puede contraponer con los intereses de grupos determinados, por ende, afectar al grupo político que lo manifiesta.

La educación sexual en la adolescencia es un tema bastante controversial en nuestro país. A través de la historia se ha demostrado que en muchos pueblos la educación sexual, ha sido prohibida, mala e indebida. Hablar de sexo es todavía para muchas personas, despertar en los y las adolescentes ideas y pensamientos malsanos y creen que al callar y no mencionar temas sexuales dejan de existir los problemas relacionados con la sexualidad. Culturalmente hemos concebido a la sexualidad como las relaciones sexuales y no le hemos dado, por falta de educación o información el verdadero sentido que tiene. La educación sexual trata de impartir una información progresiva de lo que es la sexualidad humana para su formación, tanto en lo biológico, como en lo afectivo-social.

Muchos jóvenes empiezan a tener relaciones sexuales sin haber recibido información exacta acerca de la sexualidad, esta falta de información puede hacerles correr el riesgo de embarazos no planificados, de infecciones de transmisión sexual (ITS) y del VIH/ SIDA. La educación sexual puede ser un medio para ayudar a los adolescentes a prevenir estos problemas y tener un mejor desarrollo humano.

Varios estudios han demostrado que la educación sexual puede ayudar a atrasar el primer acto sexual en los adolescentes que no están sexualmente activos. Para los adolescentes que ya tiene relaciones sexuales, incluidos los que están casados, la educación sexual puede aumentar el uso correcto y sistemático de la anticoncepción o la protección contra las ITS.<sup>1</sup>

El aumento de la urbanización el impacto de los medios de comunicación masiva en los patrones de conducta, la mayor fragilidad de las estructuras familiares y muchos otros factores han influido sobre el comportamiento sexual de los adolescentes. Los adolescentes que tienen problemas de conducta y que comienzan a exhibir comportamientos riesgosos como actividad sexual con varias parejas o uso de alcohol y drogas a edades tempranas, están más expuestos a contraer la infección por el VIH.

Aún cuando el número de adolescentes infectados por el VIH es mucho menor que el de adultos, expertos en el tema sugieren que la infección por el VIH en este grupo de edad puede convertirse en un problema de gran magnitud en un futuro próximo. Además, los adolescentes infectados presentaran las manifestaciones del SIDA. La infección por el VIH en los adolescentes, por otra parte, plantea una serie de problemas éticos y legales relacionados con el diagnóstico de la infección y la comunicación de los resultados a sus padres.

En los adolescentes, las infecciones por el VIH se transmiten en la misma forma que en los adultos, o sea por contacto sexual, por compartir agujas y jeringas contaminadas con el virus, ó por transfusiones de sangre o componentes.

El aumento de los embarazos en las adolescentes es una manifestación del incremento de las relaciones sexuales a edades tempranas, y da una pauta de los peligros que enfrentan los adolescentes, en las sociedades modernas, de contraer no sólo el SIDA sino otras

enfermedades de transmisión sexual. Preparar a los adolescentes, para enfrentar estos peligros requiere no sólo acciones provenientes del sector de la salud, sino también la participación de los sectores educativos, laborales, culturales y legales en campañas y programas de educación diseñados para cambiar el comportamiento sexual de los adolescentes.

Nicaragua presenta una ventaja comparativa en relación con otros países en torno a la prevalencia del VIH / SIDA, no significa que no se deba actuar beligerantemente contra la epidemia. La utilización del condón en las relaciones sexuales brinda una doble protección a los usuarios ante las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el SIDA, y de ahí la necesidad de promocionar más la utilización de este preservativo. De acuerdo a la tendencia que se ha visto hasta ahora hay un crecimiento a nivel de la demanda de preservativos en las unidades de salud, lo que no puede decirse que es un aumento en su uso.

En Nicaragua ha tenido una baja utilización, pero eso no sólo tiene que ver con patrones culturales ya que tiene que ver con el diseño de las estrategias relacionadas con la utilización de métodos anticonceptivos, que han sido diseñados para la mujer, sobre todo para las embarazadas. Si en Nicaragua los programas de planificación familiar tuvieran mayor vinculación con los que se desarrollan para combatir el VIH / SIDA y si los servicios se ampliaran a los hombres, lógicamente la demanda de preservativos aumentarían y disminuirían los riesgos de contraer la enfermedad.

En Nicaragua hay una población creciente en edad reproductiva y con patrones culturales de inicio a temprana edad de las relaciones sexuales, que obliga a intensificar las campañas para promover el uso de los preservativos en todos los niveles. Además la falta de una educación formal y en aspectos sexuales en la población, tampoco está contribuyendo y estas condiciones son un terreno fértil para una expansión rápida del virus.

## **10. Amas de casa**

La condición de las mujeres es una asignatura pendiente en muchas áreas, el inequitativo acceso a la salud particularmente a la salud sexual y reproductiva las ha lacerado como sector social y por ende a la sociedad en su conjunto y a toda la humanidad; es un asunto que debe abordarse desde la perspectiva de género y los derechos humanos.

---

<sup>1</sup> Barnett, Bárbara. La educación retrasa el inicio de la vida sexual. *Network en Español*. 17 (3) (17-20).1997

La primera mujer a la que se le diagnosticó SIDA en México fue una ama de casa de 52 años de edad, cuya única conducta de riesgo era el mantener relaciones sexuales con su marido sin la utilización de condones, este caso fue reportado en el año de 1985.

Hasta ahora la mayoría de los estudios sobre la mujer y el SIDA han respondido a los papeles sociales que se les han asignado a las mujeres, es decir, como madres y prostitutas. No se aborda la problemática de las mujeres en función de sí mismas, si no de otros, ya sean los hijos o los hombres.

La mayor vulnerabilidad de las mujeres al virus que causa el SIDA y la dificultad particular que tienen para evitarlo o disminuir el riesgo de infección, resultan cada vez más evidentes; las mujeres son biológica, epidemiológica y socialmente más vulnerables que los hombres con relación al VIH( Rico y Liguori, 1998).

Sin embargo, son los factores sociales los que probablemente ponen más en riesgo a las mujeres; las normas sociales y las representaciones culturales que establecen patrones de conductas diferentes para cada uno de los géneros, se traducen en desventajas para las mujeres con respecto a los hombres en distintas esferas de la vida social.

Se ha documentado en diversos estudios que los factores biológicos y epidemiológicos por sí mismos ponen a la mujer en desventajas ; pero probablemente los más determinantes son los factores sociales. Los roles de género, aunque varíen según las épocas, las clases sociales y las regiones del mundo, siempre marcan diferencias en la conducta sexual de los varones y de las mujeres. Las normas, prescripciones y representaciones socio-culturales tienden a establecer estereotipos y patrones de moral sexual diferentes, y en las mujeres determinan comportamientos precisos de exposición diferencial al VIH.

Los roles tradicionales de género promueven la idea de que para un hombre lo esperado y socialmente aceptado es tener varias parejas sexuales, mientras que para una mujer lo apropiado es tener relaciones sexuales con una sola persona. Esto hace que para las mujeres resulte difícil sugerir el uso de condón a su pareja sexual, ya que temen ser consideradas como demasiado experimentadas sexualmente; son estos tabúes sociales los que desalientan a las mujeres a hablar o informarse acerca de la sexualidad, porque se cree que la ignorancia es señal de pureza. (SSA, 1999).

Para millones de mujeres que se encuentran en riesgo por el hecho de tener actividad sexual, las opciones de disminuir el contagio mediante el uso del condón masculino y la disminución del número de parejas sexuales resultan poco viables, en muchos casos, la mujer no puede exigirle fidelidad a su pareja, negarse a una relación sexual o negociar con su pareja el uso del condón, la sola sugerencia de su uso implica la desconfianza en la lealtad de la pareja, con o sin razón para dudar. Paradójicamente para muchas mujeres la principal práctica de riesgo es tener relaciones sexuales con su esposo o pareja estable.

La mujeres en general no tiene una clara conciencia de estar en riesgo de infectarse. Esto se puede deber a la falta de información o a que no saben nada sobre los hábitos sexuales de sus parejas y no se habla de ello. Pero muchas veces, aunque tengan el temor de contraer el SIDA o quieran adoptar conductas menos riesgosas, las mujeres no tiene el poder para hacerlo. Para muchas mujeres las relaciones sexuales suelen estar vinculadas directa o indirectamente a la seguridad económica; temen que al negar los deseos sexuales de sus compañeros no les den dinero para el alquiler, cuidado de sus hijos, los alimentos u otros artículos que constituyen un medio de sobrevivencia económica. Asimismo el temor a perderlo o a la violencia masculina obstaculiza el uso de algún método de prevención de enfermedades. Datos de varios países indican que la violación, el abuso sexual y las relaciones sexuales forzadas son mucho más frecuentes de lo que generalmente se asume: el uso del condón no depende de las mujeres y su negociación es difícil, cuando no imposible.

Otro de los aspectos culturales que resultan de principal relevancia para el tema del SIDA y la MUJER es la bisexualidad masculina que en nuestro país ha funcionado como puente para el paso de la infección de la población homosexual a la heterosexual. En estudios recientes se ha observado que, sobre todo en los estratos de menores recursos económicos es común que los hombres mantengan relaciones sexuales en forma habitual con mujeres y que también lo hagan en el rol activo con otros hombres. Esta práctica sexual permite que no se conciban a sí mismos como homosexuales, ni sean estigmatizados socialmente como tales. Se trata de una conducta bisexual aceptada en el mundo masculino, la cual está determinada por diversas circunstancias culturales y económicas (Rico y Liguori, 1998).

En los países pobres son las mujeres rurales las que sufren las peores consecuencias de la miseria. Las mujeres pobres son las que tienen los índices más altos de analfabetismo y los

niveles más bajos de educación. Algunas inclusive no tienen acceso a la radio o a la televisión, lo cual dificulta que se informen sobre el SIDA. A este proceso internacional se le ha denominado "*Femenización de la Pobreza*". Para las mujeres más pobres, el temor al SIDA es una más de sus preocupaciones, pero no la prioritaria.

La manera progresiva en que el SIDA ha venido afectando a las mujeres ha generado el que diferentes investigadores e investigadoras comiencen a analizar esta enfermedad desde la perspectiva de género en la que el principal análisis es ver como inciden las construcciones culturales de lo femenino y lo masculino en la transmisión del VIH, así como las relaciones de poder intra y entre géneros.

Se ha observado que para muchas mujeres las construcciones socioculturales de las interacciones sexuales entre hombres y mujeres crean barreras importantes para la adopción del sexo protegido o seguro, hecho que aunado al contexto económico complica aún más ésta situación. La construcción de la subjetividad femenina que incluyen atributos y roles ideales que enfatizan la ingenuidad sexual, la virginidad y la maternidad, dificulta el proceso de aprendizaje sobre sus cuerpos, la sexualidad y la prevención del VIH, lo cual limita su habilidad de tomar decisiones informadas sobre su comportamiento sexual y su salud reproductiva. También dificulta que las mujeres reciban tratamiento para infecciones de transmisión sexual y crea miedos sobre el uso del condón, al ser la virginidad un valor tanpreciado en las mujeres jóvenes, estas no reciben información, e incluso pueden practicar el sexo anal para protegerla.

Para entender la vulnerabilidad de las mujeres al VIH y sus opciones de prevención, también hay que estudiar las prácticas y actitudes de los hombres en relación con los roles de género y la importancia de las normas tradicionales de la masculinidad; así como el nivel de poder de la pareja masculina en la relación.

En el mundo entero, las mujeres declaran estar expuestas a un riesgo especial de contraer el VIH por su falta de poder para decidir cuándo, dónde y cómo tiene lugar una relación sexual. Lo que sin embargo no se reconoce con tanta frecuencia es que las creencias y expectativas culturales que determinan esta situación también contribuyen a aumentar la vulnerabilidad de los varones.

El número de infecciones por el VIH y el de defunciones por SIDA en los varones supera a los que corresponden a las mujeres en todos los continentes excepto en la región de África Subsahariana. Los varones jóvenes corren un mayor riesgo de contraer la infección que los varones adultos: cerca de una de cada cuatro personas con el VIH es un varón menor de 25 años. Una parte del esfuerzo para contener la epidemia de SIDA debe incluir el cuestionamiento de los conceptos perjudiciales sobre la masculinidad y cambiar muchas actitudes y comportamientos habituales, incluidas las formas como los varones perciben el riesgo y como se educa socialmente a los muchachos para convertirlos en hombres adultos.

En el mundo entero, los varones suelen tener más parejas sexuales que las mujeres, incluidas más parejas extra matrimoniales, con lo que aumenta su propio riesgo y el de sus parejas principales de contraer el VIH. Asimismo, hay más varones que mujeres que se inyectan drogas intravenosas, y por consiguiente es más probable que se infecten a sí mismos y a otras personas a través del uso de material de inyección contaminado. Y muchos varones que tienen relaciones sexuales con varones no saben cómo pueden protegerse a sí mismos o a sus parejas. El secreto, el estigma y la vergüenza relacionados con el VIH pueden impedir que muchos hombres y mujeres reconozcan que están infectados. En algunas instituciones donde no hay más que hombres, como las cárceles, los varones que en circunstancias normales prefieren a las mujeres como pareja sexual, a veces tienen relaciones sexuales con varones. La violencia contribuye a aumentar la propagación del VIH de diversas formas: a través de los conflictos bélicos y la migración que provocan, así como de las relaciones sexuales forzadas. Todos los años se producen millones de casos de violencia masculina contra las mujeres.

En un reciente informe se pone de manifiesto que por lo menos una de cada tres mujeres en todo el mundo ha sido golpeada, coaccionada a tener relaciones sexuales o víctima de abusos sexuales en algún momento de su vida. Se hace necesario encontrar el equilibrio justo entre reconocer cómo contribuye a la epidemia el comportamiento de los varones y su potencial para cambiar la situación. Como políticos, como trabajadores de primera línea, como padres, como hijos, como hermanos y como amigos, los hombres tienen mucho que aportar. Hay que estimular a los varones para que adopten comportamientos positivos y para que participen mucho más en el cuidado de su pareja y de su familia. Todo esto no significa poner fin a los programas de prevención orientados a las mujeres y varones.

## 11. Trabajadoras sexuales

La problemática económica que enfrenta el país es un elemento clave en la relación con la presencia del VIH/SIDA. Elevadas tasas de desempleo obligan a la población a buscar alternativas de sobrevivencia, dentro de las cuales se encuentran la venta de sexo.

De manera oficial hay un sin número de definiciones acerca de la prostitución y de las mujeres que trabajan como prostitutas. Todas estas concepciones sobre las trabajadoras del sexo se caracterizan por sustentarse en estereotipos e ideas machistas dominantes en nuestro medio, lo que distorsiona cualquier intento por analizar de manera integral y objetiva ésta cruda realidad, la que al igual que sus principales actores, hace rato dejó de ser en nuestro país un fenómeno social.

La prostitución debe entenderse como un sistema bien organizado y entronizado en el que se interrelacionan y actúan de común acuerdo para explotar económica y sexualmente a las trabajadoras del sexo una serie de personas naturales o jurídicas (instancias del gobierno central y municipal, rufianes, dueños de bares, night club, casas de citas, chivos, taxistas, vendedores ambulantes, policías, etc).

No debemos olvidar de que la prostitución existe como sistema, debido a que siempre ha habido la demanda de los servicios sexuales de esas mujeres por parte de los llamados "clientes", dentro de los cuales encontramos personas de diferentes posibilidades económicas.

Para muchas mujeres el vender servicios sexuales es su única fuente de ingresos, y puede que tan sólo sean los suficientes para sobrevivir. Únicamente en el caso de algunas mujeres se trata de una elección libre, bien sea porque les guste el trabajo, lo prefieran a otras opciones laborales, puedan ganar más que en otras actividades.

Cuando las políticas de economía nacional no ofrecen otro tipo de empleo asalariado para la mujer, y en épocas de alto desempleo, la mujer que cuente con poca educación o formación tiene pocas opciones que no sean la labor sexual. En algunas ocasiones, la mujer vende su cuerpo de vez en cuando para sobreponerse a adversidades económicas transitorias.

Los hombres ricos pueden pagar por el sexo fácilmente, pero también pueden permitirse estabilidad. Puede que el temor del SIDA les haga prescindir de aquellas relaciones sexuales que son sólo por placer sexual y no por intereses económicos. La mujer pobre, tenga o no

pareja, no siempre puede permitirse el lujo de tener estabilidad sexual y con frecuencia necesita buscar parejas nuevas para lograr cierta seguridad económica y social.

Un estudio realizado recientemente en México, indica que sólo un 0.8 por ciento de los casos de SIDA notificados han sido entre trabajadoras del sexo y un 9 por ciento entre amas de casa.

Cuando se culpa a las trabajadoras del sexo, se alienta el que se culpe, estigmatice y discrimine contra todas las mujeres. Ello permite también que los hombres que infectan a las trabajadoras del sexo y a sus propias esposas nieguen el hecho de que están infectando a los demás. También las que esposas pueden infectar a sus maridos, quienes a su vez pueden transmitir la infección a las trabajadoras del sexo.

Lógicamente es falso de tratar de afirmar que la prostitución es un problema de índole individual, respectivamente, aislado, por el contrario éste es la resultante del interactuar recíproco de una amplia gama de factores (sociales, psicológicos, culturales y económicos) donde al factor económico generalmente se le trata de asignar erróneamente ser la causa principal de que las mujeres se inicien en las actividades de prostitución y no como el catalizador del ingreso de ellas a este negocio.

## **12. Conocimiento**

El saber no existe en al cabeza del hombre desde el conocimiento de su vida, si no que se adquiere en el curso de ésta, es resultado del conocimiento. El proceso de enriquecimiento del hombre como nuevo saber se llama conocimiento, tanto el conocimiento empírico como el conocimiento científico nos ayuda a tomar decisiones de beneficio social.

Para que se produzca el proceso de conocimiento es necesario no sólo el sujeto, el hombre sino también el objeto, con el cual se relaciona, pero la base de este proceso la forman las acciones que ejerce el hombre sobre los objetos<sup>10</sup>.

Las acciones de este género, subordinadas aún objetivo cognoscitivo conciente constituyen en sí el verdadero pensamiento, aunque éste conserve la forma de procesos externos. Sus resultados cognoscitivos, generalizados mediante el lenguaje, se diferencian en principios de

---

<sup>10</sup> Durham. J. A. Op. cit

los resultados del reflejo sensible directo que se generalizan en las correspondientes formaciones sensitivas.

Se diferencian de estas últimas no sólo porque comprenden en sí las propiedades, vínculos y relaciones inaccesibles a la valoración sensitiva directa, sino también porque se transmiten en el proceso de la comunicación verbal con otras personas y forman el sistema de conocimientos que constituyen el contenido de la conciencia del colectivo de la sociedad. Gracias a esto, las nociones, conceptos, e ideas en las personas se forman, se generalizan y se someten a selección no sólo en el transcurso de la práctica individual (inevitablemente estrecha ilimitada a expensas de las casualidades), sino además sobre la base de la más amplia experiencia de la práctica social.

El concepto de conciencia está estrechamente vinculado al concepto de conocimiento la conciencia es primeramente, el entrar en conocimiento del mundo circundante, sirve para regular la conducta, para hacer que esta sea coherente con las necesidades de las personas y las condiciones objetivas en que dicha conducta se manifiesta.

La conciencia está condicionada por la fuerza de los objetos y fenómenos lo que significa que tener conciencia de algo no depende sólo del conocimiento o fenómeno sino además de la actitud que éste objeto o fenómeno provoque en las personas.

### **13. Actitudes**

Una actitud es una predisposición a reaccionar de manera sistemática favorable o desfavorable ante determinadas situaciones de su ambiente, ciertos aspectos del mundo que nos rodean<sup>11</sup>. La importancia de conocer la actitud de una persona, es que permite predecir como reaccionará ante los aspectos del mundo.

#### **Elementos de las actitudes**

Elemento cognoscitivo: formado por una idea, un conocimiento, una creencia cualquiera concerniente al objeto de la actitud. Lo importante de este elemento es la manera en que la persona ve el mundo y no como es el mundo en realidad.

---

<sup>11</sup> Bergeron, Jean-Louis y otros. Los aspectos humanos de la organización. Gaestan Morin. San José ICAP, 1993.

Elemento afectivo: formado por emociones o sentimientos que surgen cuando la persona se coloca frente al objeto, o simplemente, piensa en dicho objeto.

Elemento comportamental: formado por la tendencia a hacia la acción, no por la acción. Si la actitud es favorable, la persona se verá inclinada a expresarse en acciones como por ejemplo, acercarse al objeto, comprarlo, destacar sus méritos, etc.

### **Funciones de las actitudes**

Función unitaria: explica el impulso a buscar lo que percibimos como útil para nuestros fines o para al satisfacción de nuestras necesidades. Las aptitudes nos permiten clasificar muchos aspectos y objetos de nuestro ambiente en las categorías “ útil o perjudicial”, “ bueno o malo”.

Función de defensa del yo: algunas actitudes constituyen un mecanismo de defensa y no impiden que nos percibamos tal cual somos.

Función de expresión del yo y de los valores personales: muchas aptitudes nos permiten expresar y reforzar la imagen favorable que tenemos de nosotros mismos y de nuestros valores.

### **Fuentes de las actitudes**

Las actitudes del individuo tienen sus fuentes en:

La cultura: costumbres, valores, manera de vivir, etc. De la sociedad a la que pertenece.

Los grupos a los cuales pertenecen, además de aquellos a los cuales se desearía pertenecer.

La familia: las emociones, actitudes y creencias enraizadas en la familia explican la coherencia de un sistema cultural, implicando situaciones de riesgo físico, psicológicas y sociales que inciden en la formación de la personalidad la mayoría de veces de forma negativa e irreversible.

La familia es considerada un núcleo explicativo de patologías “ sociales” (desorganización social, ausencia del padre y responsabilidad paterna” que afectan a la familia o algunos de sus componentes. Es la principal causa determinados tabúes, resistencia, etc.

## **14. Prácticas sexuales**

Uno de los grandes retos para los servicios de salud, es la prevención primaria del SIDA. Es necesario que los esfuerzos se orienten a la modificación de actitudes y conductas de riesgo; por ello, es necesario identificar los factores que inciden de adoptar conductas preventivas a fin de diseñar intervenciones educativas específicas que lleven a modificar las actitudes negativas a reforzar las creencias positivas y a tener conocimiento de las medidas de protección.

La falta de información y comprensión de los jóvenes sobre aspectos relacionados sobre ITS / VIH / SIDA, se constituye en un factor de riesgo para estas enfermedades.

## VII. DISEÑO METODOLOGICO

### 1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el tiempo que nos permitió identificar las características generales y valorar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los adolescentes, amas de casa y las trabajadoras sexuales, del barrio Bóer sobre el VIH / SIDA en el período comprendido del segundo semestre del 2003.

### 2. Área de estudio

El presente estudio se realizó en el barrio Bóer que pertenece al distrito II de Managua. El barrio está conformado por 18 manzanas, las cuales están divididas en Bóer de arriba y Bóer de abajo. El barrio cuenta con energía eléctrica, agua potable y drenaje hidrosanitario. Su población es de 3,239 habitantes.

El Bóer de arriba denominado San Pedro está conformado por 4 manzanas. Cuenta con un parque, un cementerio, dos iglesias (evangélica y testigo de Jehová) y una Policlínica Central. El Bóer de abajo se encuentra conformada por 14 manzanas, cuenta con dos iglesias evangélicas y un preescolar. En el barrio están presentes dos casas de cita donde las trabajadoras sexuales ejercen la prostitución.

La actividad económica de la población es variada; la mayoría se dedica al comercio informal. Actualmente están presente en el barrio diferentes ONGs que trabajan en proyectos de atención a diferentes grupos poblacionales.

### 3. Universo:

Lo constituyó 816 adolescentes, 1,716 amas de casa del barrio Bóer y 42 trabajadoras sexuales.

#### **4. Muestra**

Se utilizó del paquete estadístico Epiinfo 6.04 el programa Statcalc para la selección de la muestra poblacional de l@s adolescentes y amas de casa.

A la población del barrio 3,239 habitantes se le aplicó el 25.2% que corresponde al porcentaje de adolescentes y el 53% que corresponde al porcentaje de amas de casa según ENDESA 2001. Correspondiendo a 816 la población para l@s adolescentes y 1,716 población para las amas de casa. Quedando la muestra de 203 entrevistas para l@s adolescentes y 234 entrevistas para las amas de casa, utilizándose una prevalencia de 50%, un 45% como peor resultado esperado y un 90% de intervalo de confianza

En el caso de las trabajadoras sexuales como no existen estadísticas de la población total en ENDESA 2001 se tomo como muestra al 100% de las trabajadoras sexuales que se encontraban en el momento de la entrevista en las casas de citas del barrio Bóer y sus alrededores (frente al estadio Cranshow, Ministerio del Trabajo MITRAB y la dupla sur), realizándose un total de 42 entrevistas.

La muestra estuvo determinada por los siguientes criterios de inclusión para los diferentes grupos poblacionales.

##### **Adolescentes:**

Edad de 15 a 19 años.

Con o sin vida sexual activa.

Residente del barrio Bóer

Ambos sexos.

Que acepten participar en el estudio (respuesta verbal).

##### **Amas de casa**

Mujeres en edad fértil (15 -49 años)

Residente del barrio Bóer

Que acepte participar en el estudio(respuesta verbal).

## **Trabajadoras sexuales**

Que sean trabajadoras sexuales

Que acepte participar en el estudio (respuesta verbal)

### **5. Técnicas e instrumento de recolección de la información**

Se elaboró un cuestionario de preguntas abiertas y cerradas como instrumento de recolección de la información, el cual se validó con 10 personas de los diferentes grupos a estudiar. Una vez validado el cuestionario, mediante la técnica de la entrevista fue aplicada a toda la población en estudio.

El cuestionario está dividido en cinco secciones:

1. Características generales del Entrevistad@.
2. Nivel de conocimiento sobre el VIH / SIDA
3. Actitud ante el VIH / SIDA
4. Nivel de prácticas sexuales de l@s entrevistad@s.

### **6. Proceso de recolección de la información**

El período de recolección de datos fue en el mes de Julio del 2003. La información se recolectó durante la semana del 7 al 13 de Julio. Los 5 primeros días en horario de 1 a 6 p. m y el fin de semana (sábado y domingo) en horario de 9 a. m a 5 p. m para l@s adolescentes y las amas de casa.

La información para las trabajadoras sexuales se recolectó durante el mismo fin de semana en horario de 6 p. m en adelante. Para realizar las entrevistas previamente las dueñas de las casas cita (dos), orientaron la hora en que se encontraban las trabajadoras sexuales realizándose 21 entrevistas. En los alrededores del barrio se realizaron 21 entrevistas. La información fue recolectada por las investigadoras del estudio.

### **7. Variables del estudio**

1. Edad
2. Estado civil

3. Escolaridad.
4. Ocupación
5. Nivel de conocimiento sobre el VIH / SIDA
6. Actitud ante el VIH / SIDA
7. Nivel de Prácticas sexuales de l@s entrevistad@s.

## 8. Procesamiento y análisis de la información

Se procesaron y analizaron los datos mediante el paquete estadístico Epiinfo 6.04. Los datos recopilados fueron clasificados en tablas de distribución de frecuencias y cuadros cruzados de 2 x 2. Presentándose posteriormente en gráficos.

El nivel de conocimientos sobre el VIH / SIDA fue evaluado tomándose en cuenta el concepto, mecanismos de transmisión, síntomas, métodos de prevención, personas que tienen mayor riesgo de contraer la enfermedad, conocimiento de la ley 238, uso correcto del condón, conocimiento de donde se obtienen los condones, obtención de información, conocimiento de donde realizarse la prueba y conocimiento sobre la existencia de tratamiento considerándose como:

**Muy Bueno:** si respondió adecuadamente de 10 a 11 preguntas

**Bueno:** si respondió adecuadamente de 7 a 9 preguntas

**Regular:** si respondió adecuadamente de 4 a 6 preguntas

**Malo:** si respondió de 3 a ninguna pregunta.

Nota: para fines de presentación de los resultados se fusionaron los valores de nivel conocimiento regular y malo.

La actitud de l@s entrevistadas fue evaluado tomándose en cuenta las preguntas de la N°.17 a la 27 (ver anexo), considerándose como:

**Positivo:** si contesto que si a 7 o más preguntas

**Negativo:** si contesto que si a menos de 7 preguntas

El nivel de prácticas sexuales fue evaluado tomándose en cuenta las preguntas 31 - 36 (ver anexo) para l@s adolescentes y amas de casa, para las trabajadoras sexuales se tomo en cuenta las mismas preguntas exceptuando la número 32.

El nivel de prácticas sexuales se consideró como:

**Adecuadas:** aquella persona que independientemente del número de parejas sexuales y la vía por la cual práctica las relaciones utiliza siempre el condón.

**Inadecuadas:** aquella persona que independientemente del número de parejas sexuales y la vía por la cual práctica las relaciones no utiliza el condón.

Nota: en relación a las amas de casa con estado civil casada o acompañada (unión estable) el concepto de prácticas sexuales inadecuadas está orientado a prácticas riesgosas, ya que por su condición de tener pareja estable el preservativo es más utilizado como método de planificación familiar y no como método de prevención contra las ITS /VIH/SIDA

## 9. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Para el objetivo específico No. 1		
Variable	Definición	Valores
1. Edad	Número de años cumplidos al momento de la entrevista	15 - 19 años 20 - 24 años 25 - 29 años 30 - 34 años 35 - 39 años 40 - 44 años 45 - 49 años 50 a más
2. Estado civil	Relación marital que se establece entre una pareja de diferente sexo.	Casad@ Solter@ Acompañada(Unión estable)
3. Escolaridad	Años cursados en los diferentes niveles de educación estipulados por el ministerio de Educación Cultura y Deporte de Nicaragua.	Alfabetizada Analfabet@ Primaria Secundaria Universitaria Técnico
4. Ocupación	Oficio que desempeña un individuo	Ama de casa Estudiantes Trabajadora sexual Ninguna Otro
Para el objetivo específico No. 2		
5. Nivel de Conocimiento sobre el VIH / SIDA	Grado de dominio que se tiene sobre la enfermedad del VIH / SIDA al momento de la entrevista.	Muy Bueno Bueno Regular Malo
6. Conocimiento sobre que es el VIH / SIDA.	Tener información y conocimiento sobre que es el VIH / SIDA.	Enfermedad contagiosa ETS Virus Enfermedad incurable No sabe Otra
7. Mecanismo de transmisión del VIH / SIDA	Forma en que se transmite el VIH/ SIDA.	Relaciones sexuales Jeringas contaminadas Leche Materna Transfusión sanguínea No sabe Otra
8. Síntomas del VIH / SIDA	Manifestaciones clínicas del VIH / SIDA.	Diarrea Frecuente Agotamiento

		<p>Fiebre Tos Erupción de la piel Perdida de Peso No sabe Otro</p>
9. Métodos de prevención del VIH / SIDA	Manera con la que se previene el VIH / SIDA.	<p>No tener relaciones sexuales. Tener una sola pareja. Evitar el sexo con prostitutas. Usar condón. No usar drogas. No sabe. Otras.</p>
10. Grupos de Riesgo de contraer VIH / SIDA	Sectores de la población que por razones laborales físicas, conductas tienen un mayor riesgo de contacto con la enfermedad.	<p>Drogadicto (intravenoso) Trabajadoras sexuales Homosexuales Bisexual Sexo casual Hemofílicos Heterosexual Receptores de Transfusiones Jóvenes Los que tienen múltiples parejas sexuales sin protección Cualquier persona Otros No sabe</p>
11. Conocimiento sobre la Ley 238	Manejo de información de la existencia de la ley 238 del VIH / SIDA.	<p>SI NO</p>
12. Uso correcto del condón	Conocimiento de la técnica de colocación del condón.	<p>Ponerse con el pene erecto. Desenrollar poco a poco. Retirar el pene de la vagina cuando este erecto. Usar un condón nuevo en cada relación . Revisar el condón antes de usarlo No sabe Otros</p>

13. Fuentes de obtención del condón.	de del	Conocimiento de lugares donde se obtienen los condones.	Centro de Salud Clínica privada Farmacia ONGs Venta Hospital Otros No sabe
14. Fuentes de información sobre el VIH/SIDA	de	Diferentes medios donde han obtenido la información sobre el VIH / SIDA	Periódico T.V Centro de Salud Clínica privada Radio Amigos / familiares Colegios / Universidad ONGs No ha obtenido información No recuerda Otros
15. Lugar para realizarse la prueba del VIH / SIDA	para	Sitio que identificaron donde se puede realizar la prueba del VIH / SIDA	Clínica Centro de Salud Laboratorio Clínico Hospital Cruz Roja No sabe Otros
16. Tratamiento para el VIH / SIDA.		Conocimiento de la existencia de tratamiento para el VIH / SIDA	SI  NO
<b>Para el objetivo específico No. 3</b>			
17. Actitud ante el VIH / SIDA		Grado de actitud que se tiene entorno a la enfermedad del VIH / SIDA.	Positivo  Negativo
18. Condón como método de protección para el VIH / SIDA	como método de protección para el	Método de prevención para el VIH / SIDA	SI NO NO SE
19. Darle la mano a una persona con VIH / SIDA		Acción de estrechar la mano a una persona con VIH / SIDA.	SI NO  NO SE

20. Compartir cubiertos en la mesa con una persona VIH positiva	Usar o utilizar cubiertos en común con personas infectadas con VIH / SIDA.	SI NO NO SE
21. Personas infectadas con VIH / SIDA tienen el derecho de seguir trabajando mientras su condición lo permite.	Facultad que tiene una persona con VIH / SIDA de seguir trabajando mientras su estado de salud lo permita.	SI NO NO SE
<b>Para el objetivo específico No. 4</b>		
22. Nivel de prácticas sexuales	Grado de comportamientos entorno a las relaciones sexuales.	Adecuadas Inadecuadas
23. IVSA	Edad de inicio de las relaciones sexuales.	10 - 15 años 16 - 20 años 21 - 25 años 26 - 30 años 31 - a más.
24. Parejas sexuales	Números de parejas sexuales que ha tenido en el último año.	Uno Dos Tres Cuatro Cinco Más de cinco
25. Vías por las que se practican las relaciones sexuales	Diferentes vías por las que se practican las relaciones sexuales	Vaginal Oral Anal No responde
26. Utilización del condón durante las relaciones sexuales	Si utiliza siempre el condón cuando tiene relaciones sexuales	SI NO A veces
27. Utilización del condón en su última relación sexual	Uso del condón en su última relación sexual.	SI NO No tengo relaciones

## VIII. Resultados

Debido a que se tomó como intervalo de confianza el 90% en este estudio, los resultados obtenidos son una estimación de más o menos el 10%.

### 1. Resultados de l@s adolescentes

#### Datos generales

En relación a la edad el grupo etáreo más frecuente fue el de 18 años con un 25.1% (51), seguido de 19 años con un 24.1% (49)( ver tabla # 1)

El sexo que prevaleció fue el femenino con 59.1% (120) (tabla # 2).

Con relación al estado civil el que prevaleció fue el solter@ con 80.8% (164) (ver tabla # 3).

En relación al nivel de escolaridad la más frecuente fue la secundaria con un 72.4% (147) (ver tabla # 4)

Con respecto a la ocupación el 49.8% (101) son estudiantes ( ver tabla # 5).

#### Nivel de conocimientos de l@s adolescentes

En relación al nivel de conocimiento del VIH/SIDA el 97.5% (198) tienen conocimiento malo (ver tabla #6), ya que solamente el 49.8% (101) mencionó alguno de los síntomas del SIDA, siendo la pérdida de peso el de mayor frecuencia con un 20.2% (41), seguido de la fiebre con un 11.3% (23) (ver tabla #7); el 46.3% ( 94) mencionó alguno de los pasos del uso correcto del condón, siendo el más frecuente el ponerse con el pene erecto con un 29.6% (60) (ver tabla #8); el 97.5% (198) desconoce la Ley 238 (ver tabla # 9); el 63.1% (128) refirió que no existe tratamiento para el SIDA; el 36% ( 73) mencionó como concepto del SIDA que era una enfermedad contagiosa y una enfermedad incurable respectivamente (ver tabla # 12); el 52.7% ( 107) mencionó a las trabajadoras sexuales como una de las personas que tienen mayor riesgo de contraer el SIDA (ver tabla # 11).

El mayor conocimiento que tienen los adolescentes en relación al VIH/SIDA se basó en que el 93.1%(189) conoce algún mecanismos de transmisión del SIDA y de estos el 82.3% (167) mencionó las relaciones sexuales con mayor frecuencia, seguido de las jeringas

contaminadas con un 27.6% (56) (ver tabla # 13); el 89.7% ( 182) conoce algún método de prevención del SIDA y de estos el uso del condón fue el de mayor frecuencia con un 79.8% (162)(ver tabla #14); el 92.1% (187) obtuvo algún tipo de información sobre el SIDA, siendo el de mayor frecuencia el colegio con 44.3% (90), seguido de la televisión con 35.5% (72); el 73.9% (150) mencionó conocer donde se podía realizar la prueba del SIDA, siendo el de mayor frecuencia el centro de salud con 38.9% (79).

Al hacer la relación entre el nivel de conocimiento con edad encontramos que del conocimiento malo( 97.5%) (198) la edad de 18 años prevaleció con un 24.1% (49); el sexo femenino prevaleció con un 57.2% (116) ; el estado civil solter@ prevaleció con un 78.4%( 159); la escolaridad secundaria prevaleció con un 70.9% (144); la ocupación de ser estudiante prevaleció con un 47.2% (96).

### **Actitud de los adolescentes**

En relación a la actitud que tienen l@s adolescentes ante el VIH/SIDA, el 84.7% (172) tiene una actitud positiva (ver tabla # 15) ya que de todas las preguntas para valorar la actitud la mayoría fueron respondidas afirmativamente. El 92.6% (188) refirió estar de acuerdo en que se use el condón como método de protección para prevenir el SIDA ; el 85.2% (173) esta de acuerdo que las personas con VIH/SIDA tienen derecho a seguir trabajando mientras su condición lo permita; el 99% (201) refirió que es bueno que los maestros le hablen de VIH/ SIDA a los alumnos.

Sin embargo el 88.7% (180) refirió NO haberse realizado la prueba del SIDA y de estos el 40% (72) no se la ha realizado por no tener vida sexual activa.

En relación al nivel de conocimiento y actitud prevaleció en el conocimiento malo (97.5) la actitud positiva con un 82.8% (168)) (ver tabla # 17).

Al hacer la relación entre la actitud con edad encontramos que de la actitud positiva (84.7%) la edad de 19 años prevaleció con un 20.7% (42); el sexo femenino prevaleció con un 51.3%(104); el estado civil solter@ prevaleció con un 68% (138); la escolaridad secundaria prevaleció con un 62.6%(127).

## Nivel de prácticas de los adolescentes

En relación al nivel de prácticas del 44.8% (90) que han iniciado vida sexual activa, el 71.1% (64) tuvieron prácticas inadecuadas (ver tabla # 18) ya que la mayoría respondió negativamente a las preguntas realizadas para valorar las prácticas. El 63.7% (57) refirió que NO utilizan siempre el condón cuando tienen relaciones sexuales (ver tabla # 21); el 52.7% (47) no ha utilizado condón en su última relación sexual (ver tabla #22); de los que tuvieron relaciones sexuales con desconocidos o conocidos que ven en ocasiones (13.2%) (12), el 41.7%(5) no utilizó condón; el 81.4% (74)refirió practicar las relaciones sexuales por la vía vaginal.

En relación al nivel de conocimiento y nivel de prácticas, de los que iniciaron vida sexual activa (44.8%) (90), la práctica inadecuada prevaleció con un 71.1% (64) en los que tuvieron un nivel de conocimiento malo (97.5%).

Al hacer la relación entre el nivel de prácticas sexuales con la edad encontramos que de las prácticas inadecuadas (71.2%) l@s jóvenes de 19 años de edad prevalecieron con un 30%(27); el sexo femenino prevaleció con un 36.7% (33); el estado civil solter@ con un 32.2%(29); la escolaridad secundaria con un 46.7% (42); el no tener ninguna ocupación y el desempeñar otros tipos de ocupaciones prevalecieron con un 21.1% respectivamente ( 19 ).

## 2. Resultados de las amas de casa

### Datos generales

En relación a la edad el grupo etáreo más frecuente fue de 25 - 29 años y de 30-34 años con un 20.1%(47) respectivamente, seguido de un 17% (40) de 20 - 24 años ( ver tabla # 1) Con relación al estado civil el acompañado fue el más frecuente con un 42.7% (100) ( ver tabla # 2).

En relación al nivel de escolaridad la más frecuente fue la secundaria con un 47.4% (111), seguido de primaria con un 41.1% ( 25) ( ver tabla #3).

Con respecto a la ocupación el 87.6% (205) son amas de casa, el 4.3% (10) vendedoras informales (ver tabla # 4).

### Nivel de conocimientos de las amas de casa

En relación al nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA el 99.1% (232) tiene conocimiento malo (ver tabla #5 ), ya que solamente el 44% (103) mencionó alguno de los síntomas del SIDA, siendo la pérdida de peso el de mayor frecuencia con un 19.7% (46), seguido de las erupciones en la piel con 12.4% (29) (ver tabla # 6); el 41.5% ( 97) mencionó alguno de los pasos del uso correcto del condón, siendo el más frecuente el ponerse con el pene erecto con un 25.2% 59) (ver tabla # 7); el 98.3% ( 230) desconoce la Ley 238 (ver tabla # 8 ); el 66.2% (155) refirió que no existe tratamiento para el VIH/SIDA; el 52.1% (122) mencionó a las trabajadoras sexuales como una de las personas que tienen mayor riesgo de contraer el VIH/SIDA (ver tabla # 9).

El mayor conocimiento que tienen en relación al VIH/SIDA se basó en que el 95.3% (223) tiene algún conocimiento sobre los mecanismos de transmisión y de estos el 82.9% (194) mencionó las relaciones sexuales con mayor frecuencia (ver tabla # 11); el 88.9% (208) conoce algún método de prevención siendo el uso del condón el de mayor frecuencia con 74.8% (175) (ver tabla # 12); el 94.9% (222) obtuvo algún tipo de información, siendo a través de la T.V el de mayor frecuencia con 55.1% (129), seguido del Centro de Salud con

29.1% (68); del 76.1% (178) que mencionó conocer donde se puede realizar la prueba del SIDA el Centro de Salud fue el de mayor frecuencia con un 53.4% (125)

Al hacer relación entre el nivel de conocimiento con edad encontramos que del conocimiento malo (99.1), prevaleció entre 25-29 y 30-34 años prevaleció con un 20.1% (47) respectivamente; en estado civil el acompañado prevaleció con un 42.3% (99); la escolaridad secundaria prevaleció con un 46.6% (109); la ocupación de ser solamente amas de casa prevaleció con un 86.7% (203).

### **Actitud de las amas de casa**

En relación a la actitud que tienen las amas de casa ante el VIH/SIDA el 84.6% (198) fue positiva (ver tabla # 13), ya que de todas las preguntas para valorar la actitud la mayoría fueron respondidas afirmativamente. El 89.3% (209) refirió estar de acuerdo en que se use el condón como método de protección para prevenir el SIDA (tabla # 16); el 82.5% (193) refirió estar de acuerdo en que las personas con VIH/SIDA tienen derecho a seguir trabajando mientras su condición lo permita; el 98.3% (230) refirió que es bueno que los maestros le hablen de SIDA a los alumnos.

Del 77.4% (181) que refirió no haberse realizado la prueba del SIDA, el 28.6% (67) por no creer tener la enfermedad; el 79.9% (187) refirió que NO seguiría teniendo relaciones sexuales con protección con su pareja si estuviera enferma de SIDA.

En relación al nivel de conocimiento y actitud, prevaleció en el conocimiento malo (99.2)(232) la actitud positiva con un 83.9% (196).

Al hacer la relación entre la actitud con edad encontramos que los que tuvieron actitud positiva (83.9%) la edad de 25- 29 años prevaleció con un 17.5% (41); el estado civil acompañada prevaleció con un 34.4% (81); la escolaridad secundaria prevaleció con un 42.7% (100); la ocupación de ser solamente amas de casa prevaleció con un 73.1% (171).

## Nivel de prácticas de las amas de casa

En relación al nivel de prácticas el 88.9% (208) tiene prácticas inadecuadas, de estas el 21% (49) corresponde a las solteras, el 30.8% (72) casadas y 37.2% (87) a las acompañadas (ver tabla # 17). El 75.7% (177) refirió que NO utiliza siempre el condón cuando tiene relaciones (ver tabla # 19); el 86.3% (202) refirió no haber utilizado condón en su última relación sexual (ver tabla # 20); de las que tuvieron relaciones sexuales con desconocidos o conocidos que ven en ocasiones (2.1%) (5), el 100% utilizó condón; el 97.1% (227) refirió practicar las relaciones sexuales por la vía vaginal.

En relación al nivel de conocimiento y nivel de prácticas las que tuvieron un conocimiento malo ( 99.2%) (232) prevaleció las prácticas inadecuadas con 88.2% (206)(ver tabla # 21).

Al hacer la relación entre el nivel de prácticas con edad encontramos que de las prácticas inadecuadas ( 88.9%) (208), la edad de 30-34 años prevaleció con un 19.3%( 45); el estado civil acompañado prevaleció con un 37.2%(87); la escolaridad secundaria prevaleció con un 42.3% (99); la ocupación que prevaleció fue el ser solamente amas de casa con 77.4% (181).

### 3. Resultados de las Trabajadoras Sexuales

#### Datos generales

En relación a la edad el grupo etáreo más frecuente entre 20- 24 años con un 31%( 13), seguido del 25- 29 años con un 16.8% (7) ( ver tabla # 1).

Con relación al estado civil la soltera fue la más frecuente con 66.7% (28)(ver tabla #2).

En relación al nivel de escolaridad la más frecuente fue la primaria con un 47.6% (20), seguido de la secundaria con 28.6% (12) (ver tabla #3).

Con respecto a la ocupación el 71.4% (30) son trabajadoras sexuales, 9.5% (4) además de ser trabajadoras sexuales son domésticas (ver tabla #4).

#### Nivel de conocimientos de las trabajadoras sexuales

En relación al nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA el 78.6% (33) tiene un conocimiento malo (ver tabla #5), ya que el 97.6% (41) desconoce la Ley 238 (ver tabla # 6) el 78.6% (33) refirió que no existe tratamiento; el 47.6% (20) mencionó la pérdida de peso como síntoma, seguido de la fiebre con un 42.9% (18) (ver tabla # 8); el 59.5%( 25) mencionó a las trabajadoras sexuales como una de las personas que tienen mayor riesgo de contraer la enfermedad (ver tabla # 15).

El mayor conocimiento que tienen en relación al VIH/SIDA se basó en que el 97.6% ( 41) conoce algún mecanismos de transmisión y de estos el 92.9% (39) mencionó las relaciones sexuales con mayor frecuencia(ver tabla # 10); el 100% conoce algún método de prevención del SIDA siendo el uso del condón el de mayor frecuencia con un 100%(42) (ver tabla # 11); el 88.1% (37) mencionó alguno de los pasos del uso correcto del condón, siendo el más frecuente el revisar el condón antes de usarlo con 66.7%(28) (ver tabla # 12); el 97.6% (41) mencionó algún concepto del SIDA y de estos el 57.1% (24) refirió que era una enfermedad incurable y el 50% (21)una enfermedad contagiosa( ver tabla # 13).

Al hacer la relación entre el nivel de conocimiento con edad encontramos que en el conocimiento malo( 78.6%) (33), la edad de 25-29 años prevaleció con un 16.7.%(7); el

estado civil soltera prevaleció con un 47.6% (20); la escolaridad primaria prevaleció con un 35.9%(15); el 59.5% (25) no tenían otra ocupación a parte de ser trabajadoras sexuales.

### **Actitud de las trabajadoras sexuales**

En relación a la actitud que tienen las trabajadoras sexuales ante el VIH/SIDA, el 92.9% (39) fue positiva (ver tabla # 14) ya que de todas las preguntas para valorar la actitud, la mayoría fueron respondidas afirmativamente. El 97.6% (41) refirió estar de acuerdo en que se use el condón como método de protección; el 100% (42) refirió que es bueno que los maestros le hablen de SIDA a los alumnos; el 83.3% (35) refirió haberse realizado la prueba de SIDA; el 76.2% ( 32) refirió estar de acuerdo a que las personas con VIH/SIDA tienen derecho a seguir trabajando mientras su condición lo permita.

En relación a la pregunta a que si estuviera enferma de SIDA seguiría manteniendo relaciones sexuales con protección con su pareja el 81% (34) dijo que NO.

En relación al nivel de conocimiento y nivel de actitud, las que tuvieron un conocimiento malo ( 78.6%) (33) prevaleció la actitud positiva con un 73.8%(31).

Al hacer la relación entre la actitud con edad encontramos que de las que tienen una actitud positiva (92.9%) (39), la edad de 35-39 años prevaleció con un 16.7% (7); el estado civil soltera prevaleció con un 66.7% (28); la escolaridad primaria prevaleció con un 45.3%(19); el 64.3%(27) no tenían otra ocupación a parte de ser trabajadoras sexuales.

### **Nivel de prácticas de las trabajadoras sexuales**

En relación al nivel de prácticas el 88.1% (37) fueron adecuadas (ver tabla # 16 ) ya que la mayoría respondió afirmativamente a las preguntas para valorar las prácticas. El 90.5% (38) refirió que utiliza siempre el condón cuando tiene relaciones sexuales (ver tabla # 18); el 90.5% (38) refirió haber utilizado condón en su última relación (ver tabla # 19); de las que tuvieron relaciones sexuales con extranjeros (47.6%) (20), el 100% utilizó

condón; el 40.5% (17) refirió practicar las relaciones sexuales por la vía vaginal, seguido de un 33.3% (14) vaginal – oral; el 42.9% (18) refirió tener un promedio de clientes de 2-3 en un día.

En relación al nivel de conocimiento y nivel de prácticas, las que tuvieron conocimiento malo(78.6%) (33), las prácticas adecuadas prevalecieron con 71.5%( 30).

Al hacer la relación entre el nivel de prácticas con edad encontramos que de las prácticas adecuadas(88.1%) (37), la edad de 20-24 años prevaleció con un 23.8% (10); el estado civil soltera prevaleció con un 59.5% (25) ; la escolaridad primaria prevaleció con un 40.5%(17); el 59.5% (25) no tenían otra ocupación a parte de ser trabajadoras sexuales.

## IX. Análisis y Discusión de Resultados

### 1. Análisis y Discusión de Resultados de l@s Adolescentes

De acuerdo a las características generales de l@s adolescentes que participaron en el estudio se observó que las edades más frecuentes fueron entre 18 y 19 años, la mitad eran mujeres, en su mayoría solter@s, más de la mitad fueron estudiantes de secundaria.

Es notorio la falta de conocimiento que l@s adolescentes tienen con respecto al VIH/SIDA ya que casi tod@s tuvieron un conocimiento malo.

En relación a las preguntas que evaluaron el nivel de conocimiento se observó que no existe buen conocimiento de los síntomas del SIDA ya que la mitad de los entrevistad@s conoce alguno de ellos, siendo el más mencionado la pérdida de peso; en relación al uso correcto del condón la mitad mencionó algún paso para su adecuada colocación siendo el más frecuente el ponerse con el pene erecto.

Existe un desconocimiento general de la Ley 238 por parte de l@s adolescentes lo que refleja la poca divulgación e importancia que se le ha dado a la misma, en parte debido a que el VIH/SIDA se ha convertido en la enfermedad más estigmatizada de todos los tiempos y que todavía prevalecen tabúes de índole político, económico, ideológico, social y religioso que restringe a los programas y medios informativos a profundizar en el tema.

El conocimiento que l@s entrevistados tienen sobre el VIH/SIDA en su mayoría estudiantes, refirieron haberlo obtenido en el colegio; lo que podría reflejar que los temas impartidos en relación a la sexualidad sean superficiales. Esto concuerda con estudios realizados en otros países como una investigación realizada en varias ciudades de Quito, Ecuador sobre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas de los adolescentes sobre el sexo, la sexualidad y su relación con el VIH, donde se concluye que “en general, la educación sexual que se imparte a l@s adolescentes y

jóvenes ecuatorianos es escasa y superficial, ya que temas como el sexo y la sexualidad se han mantenido como tabúes”<sup>12</sup>.

Existe un conocimiento estigmatizado en relación a los grupos que tienen mayor riesgo de contraer el SIDA, ya que más de la mitad mencionó a las trabajadoras sexuales y los homosexuales como uno de los grupos de mayor riesgo. No existiendo una percepción clara del grado de riesgo al que todos estamos expuestos ante el VIH/SIDA. Según la literatura consultada es conocido que más de la mitad de las infecciones por el VIH que se producen en la actualidad afectan a los jóvenes.

A pesar de que l@s adolescentes reflejaron tener un conocimiento malo sobre el VIH/SIDA, un poco más de las tres cuartas partes manejan conceptos acertados de la definición del SIDA, siendo el más mencionado el ser una enfermedad contagiosa e incurable. Lo mismo sucedió con relación a los mecanismos de transmisión, ya que las tres cuartas partes de los entrevistados mencionó las relaciones sexuales como la más frecuente.

En relación a los métodos de prevención existe un conocimiento bueno ya que más de las tres cuartas partes mencionó el uso del condón, lo que refleja el impacto positivo que han generado los diferentes spot publicitarios acerca del uso del condón como mecanismo de prevención del VIH/SIDA.

Al analizar el nivel de conocimiento con la edad y la escolaridad se observó que no hay una relación directa, ya que los resultados evidenciaron que el conocimiento fue malo independientemente de la edad y la escolaridad, muy contrario a los resultados obtenidos en ENDESA 2001 en donde refiere que a mayor edad y escolaridad mayor conocimiento.

La mayoría de l@s entrevistados tiene una actitud positiva ante el VIH/SIDA. Esto demuestra que a pesar de que los adolescentes tuvieron un conocimiento malo sobre el VIH/SIDA tienen una idea general de la magnitud de la enfermedad; además tienen

---

<sup>12</sup> López. Arjona . Ana [on line. Sexualidad, sexo y VIH/SIDA: Movilización y comunicación social para la prevención del VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes. [CIESPAL@ciespal.org.ec](mailto:CIESPAL@ciespal.org.ec).

una escolaridad secundaria lo que podría contribuir a que tengan un mayor nivel de raciocinio. Por otro lado el sexo femenino fue el que predominó, demostrándose que las mujeres son más sensibles a los problemas sociales que los hombres por lo que en nuestra cultura prevalece la actitud machista.

La edad más frecuente en la que l@s adolescentes iniciaron su vida sexual activa fue entre 15 - 16 años, existiendo un aumento en la actividad sexual de jóvenes a edades cada vez más tempranas. Para algunos varones, la iniciación sexual temprana no siempre es una decisión personal. Presiones sociales, mensajes distorsionados en televisión, adultos “machos”, a los que perciben como modelo a imitar alientan a los adolescentes varones a asociar la masculinidad con la experiencia sexual prematura (Aguirre y Guell, 2002). En las sociedades machistas, las relaciones sexuales son un juego de poder, donde el hombre ostenta la autoridad; para los adolescentes tener muchas compañeras sexuales es un símbolo de éxito y de poder.

En muchos países de América Latina las mujeres y varones tienen el primer acto sexual entre 15 y 16 años. Sin embargo, aproximadamente un tercio inicia su actividad sexual sin haber cumplido los 15 años( OPS 2002).

En este estudio se observó que las tres cuartas partes de l@s adolescentes entrevistados tuvieron prácticas sexuales inadecuadas ya que menos de la mitad no utilizaban siempre el condón en sus relaciones sexuales independientemente de la edad, siendo las mujeres las que tuvieron mayores prácticas inadecuadas, probablemente sea debido a que históricamente se ha comportado de forma pasiva, impidiéndole proponer o exigir el uso del condón o negarse a la relación sexual si su compañero lo rehúsa. Las investigaciones realizadas en diversas partes del mundo demuestran que los varones tienen más poder de decisión que las mujeres respecto al modo en que tienen lugar las relaciones sexuales. Así, las mujeres que desean tener relaciones sexuales con arreglo a sus preferencias pueden verse faltas de poder de decisión por lo que se refiere a la prevención.

La desinformación sobre la utilidad y el efecto del condón, la falta de comunicación, los prejuicios existentes alrededor del tema, la ignorancia general sobre la sexualidad humana y quizás el peor de todos: la mayoría cree y confía en que "a mi nunca me sucederá" intervienen en gran medida en la propagación del VIH/SIDA.

## **2. Análisis y Discusión de Resultados de las Amas de casa**

De acuerdo a las características generales de las amas de casa que participaron en el estudio se observó que la mitad de las entrevistadas son mujeres jóvenes entre 25 – 34 años, habiendo su mayoría alcanzado una escolaridad primaria y secundaria donde la mayoría son casadas o acompañadas. Está demostrado que cuando la mujer se casa a temprana edad generalmente interrumpe sus estudios, dedicándose solamente a ser ama de casa.

Es notorio la falta de conocimiento que las amas de casa tienen con respecto al VIH/SIDA ya que casi todas tuvieron conocimiento malo.

En relación a las preguntas que evaluaron el nivel de conocimiento se observó un conocimiento malo sobre los síntomas del SIDA ya que menos de la mitad de las entrevistadas mencionó alguno de ellos, siendo el más frecuente la pérdida de peso; en relación al uso correcto del condón menos de la mitad mencionó algún paso siendo el más frecuente el ponerse con el pene erecto. Hay un desconocimiento general de la Ley 238 por parte de las amas de casa lo que refleja la poca divulgación e importancia que se le ha dado a la misma, en parte debido a que el VIH/SIDA se ha convertido en la enfermedad más estigmatizada de todos los tiempos. Además la mitad refirió que no existe tratamiento contra el SIDA probablemente por que casi la mitad de ellas definen al SIDA como una enfermedad incurable.

Existe un conocimiento desacreditado en relación a los grupos que tienen mayor riesgo de contraer el SIDA, ya que la mitad de las entrevistadas mencionó a las trabajadoras sexuales y una cuarta parte a los homosexuales como uno de los grupos de mayor riesgo. No existiendo una percepción clara del grado de riesgo al que todos estamos expuestos ante el VIH/SIDA. Muchos piensan, equivocadamente, que la mujer casada no se encuentra en peligro de adquirir la enfermedad, ellas mismas no se dan cuenta del grado de riesgo al que están expuestas. Se estima que en la

actualidad casi el 50% de las personas que viven con VIH/SIDA está conformado por mujeres según ONUSIDA. Julio 2002.

La falta de conocimiento que las amas de casa tienen sobre el VIH/SIDA en parte podría deberse a la escolaridad que ellas han alcanzado ya que casi la mitad eran de primaria, sin embargo casi la mitad tenían un nivel de escolaridad secundario evidenciándose los paradigmas que aún prevalecen en el sistema educativo en relación a temas relacionados con la salud sexual reproductiva. Además la mitad de las amas de casa obtuvieron la información a través de la televisión, en donde son pocos los documentales enfocados al VIH/SIDA, más que todo se presentan spot publicitarios los cuales tienen un mensaje más preventivo que educativo.

A pesar de que amas de casa reflejaron tener un conocimiento malo sobre el VIH/SIDA, casi todas mencionaron alguno de los mecanismos de transmisión, siendo las relaciones sexuales la más frecuente. Más de las tres cuartas partes mencionó alguno de los métodos de prevención, siendo el uso del condón el más frecuente, lo que refleja el impacto positivo que han generado los diferentes spot publicitarios acerca del uso del condón como mecanismo de prevención.

Según un estudio realizado por la Fundación Xochiquetzal sobre conocimientos, actitudes y prácticas de VIH/SIDA en la población de Chinandega reveló que no se necesita tener un alto nivel de escolaridad para conocer de forma aceptable sobre el uso del condón, sin embargo si se necesita haber alcanzado la primaria o la secundaria para tenerlo sobre el VIH/SIDA. Esto corresponde con la idea que el conocimiento sobre el condón es un conocimiento más objetivo y práctico, no se necesita ir a la escuela para aprenderlo, en cambio el conocimiento sobre VIH/SIDA es un conocimiento más académico y abstracto.

Al analizar el nivel de conocimiento con la edad y la escolaridad se observó que no hay una relación directa, ya que los resultados evidenciaron que el conocimiento fue malo independientemente de la edad y escolaridad, muy contrario a los resultados obtenidos en ENDESA 2001 en donde refiere que a mayor edad y escolaridad mayor conocimiento.

La mayoría de las entrevistadas tiene una actitud positiva ante el VIH/SIDA. Esto demuestra que a pesar de que las amas de casa tuvieron un conocimiento malo sobre el VIH/SIDA tienen una idea general de la magnitud de la enfermedad y además tienen un nivel de escolaridad secundaria lo que contribuye a tener un mayor nivel de raciocinio. Además casi todas consideraron que el SIDA es una enfermedad grave para su país, lo que coincide con la literatura consultada la cual refiere que el SIDA es una enfermedad grave (86%) además de que causa mucho miedo 82.7%; sin embargo, estos factores no hacen que las personas usen más el condón. Estudios han revelado que la imagen visual de los efectos deteriorantes del SIDA reducen el número de compañeros sexuales en ciertos grupos poblacionales <sup>13</sup>.

La mayoría de las amas de casa entrevistadas tuvieron prácticas sexuales inadecuadas por no utilizar siempre el condón en sus relaciones sexuales probablemente sea debido a que las mujeres que tienen parejas estables se les dificulta usar el condón como método. El condón es visto únicamente como método anticonceptivo según resultados de ENDESA-98, sólo el 2.7% de las mujeres en unión lo hacen para este fin.<sup>14</sup> Tomar iniciativa en cuanto al uso del condón las puede denigrar por su pareja como “cualquiera”, “vagas”, “infieles”, provocar dudas y celos acerca de la fidelidad, respeto y reputación, exponiéndose a ser maltratadas física y psicológicamente.

La mujer no tiene poder de decidir sobre su propio cuerpo. El hombre es el que determina el cómo y el cuándo tener la relación sexual la mujer no tiene poder de decisión. La comunicación sobre el sexo y sexualidad en la pareja es limitado, son temas que no pueden ser abordados fácilmente por lo que se hace necesario agotar las acciones que faciliten el cambio de estos paradigmas que promuevan el empoderamiento de las mujeres para decidir y ser protagonistas de su vida logrando su participación significativa en diferentes esferas de la sociedad.

---

<sup>13</sup> Mckusick J W. Coates T. “Reported changes in the sexual behavior of men at risk of AIDS”, San Francisco, 1982-84; The risk reduction in the AIDS Behavioral Research Project” In: paper presented at the meeting of the American Psychological Association. American Psychological Association, California. 1985.

### 3. Análisis y Discusión de Resultados de las Trabajadoras Sexuales

De acuerdo a las características generales de las trabajadoras sexuales que participaron del estudio casi la mitad de las entrevistadas son mujeres jóvenes entre 15 – 24 años, habiendo alcanzado un nivel de escolaridad primario y una cuarta parte secundario, y más de la mitad eran solteras lo que se corresponde con estudios realizados por el Instituto de Investigaciones Mujer y Cambio, en conjunto con la Asociación de Trabajadoras para la Educación, Salud e Integración Social (TESIS) en el que se encontró que la mitad de las mujeres que ejercen la profesión son jóvenes y sólo el 2% de la tercera de la tercera edad, con un nivel de escolaridad primaria y secundaria completa y más de la mitad eran solteras, dificultándoseles establecer una relación de pareja sólida.

En relación al nivel de conocimiento que las trabajadoras sexuales tienen con respecto al VIH/SIDA las tres cuartas partes tienen un conocimiento malo a pesar del trabajo que han venido realizando algunos Organismos no Gubernamentales (ONGs) como Xochiquetzal, Nimehuatzin, Tesis, Quincho Barrilete, Soy Nica, Ixchen entre otros, quienes imparten con frecuencia seminario– talleres educativos en temas relacionados a la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA a los que muchas veces rehúsan, ya que interfieren en su trabajo.

Hay un desconocimiento general de la Ley 238 por parte de las trabajadoras sexuales lo que refleja la poca divulgación e importancia que se le ha dado a la misma, en parte debido a que el VIH/SIDA se ha convertido en la enfermedad estigmatizada de todos los tiempos. Además la mitad refiere que no existe tratamiento contra el SIDA ya que menos de la mitad la consideran una enfermedad mortal e incurable.

Existe un conocimiento aceptable sobre los síntomas del SIDA, ya que casi la mitad mencionó la pérdida de peso y fiebre como los más frecuentes lo que se corresponde

---

<sup>14</sup> Nicaragua. ENDESA. Pág. 181.

con estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) sobre VIH/SIDA en trabajadoras del Sexo de Corinto Nicaragua 1998 (título para optar Maestría en Salud Pública) donde prevalecieron la fiebre (97%) y pérdida de peso (88%).

Existe un conocimiento desacreditado en relación a los grupos de mayor riesgo de contraer el SIDA, ya que ellas mismas se consideraron como grupos de alto riesgo al igual que los homosexuales. No existiendo una percepción clara del grado de riesgo al que todos estamos expuestos ante el VIH/SIDA.

El conocimiento bueno que las trabajadoras tienen con respecto al VIH/SIDA, probablemente en parte sea debido al trabajo realizado por las diferentes ONGs y las visitas que ellas realizan a los Centros de Salud.

A pesar de que las trabajadoras sexuales reflejaron tener un conocimiento malo sobre el VIH/SIDA, la mayoría mencionó algún mecanismo de transmisión, siendo las relaciones sexuales la más frecuente lo que se corresponde con estudio CAP sobre VIH/SIDA en trabajadoras del sexo de Corinto en Nicaragua 1998 (título para optar Maestría en Salud Pública) donde prevalecieron las relaciones sexuales en un 100%.

En relación a los métodos de prevención todas las trabajadoras mencionaron el uso del condón y más de la mitad mencionó alguno de los pasos para ponérselo correctamente, en parte este conocimiento es debido a que más de la mitad mencionó haber obtenido la información a través de las ONGs, las cuales hacen mucho énfasis en la prevención y uso adecuado del condón.

Al analizar el nivel de conocimiento con la edad y la escolaridad se observó que no hay una relación directa, ya que los resultados evidenciaron que el conocimiento fue malo independientemente de la edad y escolaridad, muy contrario a los resultados obtenidos en ENDESA 2001 en donde refiere que a mayor edad y escolaridad mayor conocimiento.

La mayoría de las entrevistadas tiene una actitud positiva ante el VIH/SIDA. Esto demuestra la sensibilización que se ha logrado en este grupo poblacional en relación a la enfermedad, ya que están claras que el SIDA es una enfermedad grave e incurable. Además que casi todas refirieron que se debe utilizar el condón como método de protección, sin embargo en algunas ocasiones prefieren correr el riesgo ya que muchas de ellas son el sustento de sus hogares. En estudios realizados en Côte d'Ivoire y en otros países africanos, las iniciativas para fomentar la utilización del preservativo a través de la comercialización social han obtenido un destacado éxito en cuanto a estimular la adquisición y el uso sistemáticos de ese producto.

La mayoría de las trabajadoras sexuales entrevistadas tienen prácticas sexuales adecuadas ya que en su mayoría utilizan siempre el condón en sus relaciones sexuales, probablemente sea debido a las intervenciones realizadas por muchas ONGs en torno a la realización de campañas de fomento hacia el uso del preservativo. A las trabajadoras sexuales, el problema de la no utilización de condones está ligado a un problema económico. A menudo se encuentran en la disyuntiva de tener que escoger entre la posible enfermedad o la pérdida del ingreso inmediato, incluso la agresión del cliente, que se niega a usar condones. La mayoría de las veces son los clientes quienes imponen el sexo desprotegido, sin condón. Esta falta de control sobre las "reglas del juego" aumenta cuando las trabajadoras sexuales e incluso los clientes, usan drogas o alcohol<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Programa Nacional del MINSA. Comportamiento de alto riesgo ante el SIDA en trabajadoras sexuales y homosexuales. 1995. Resumen de los principales hallazgos. Pág. 2.

## X. Conclusiones

Las edades más frecuentes en los diferentes grupos poblacionales entrevistados en el barrio Bóer fueron entre los 15 – 34 años, siendo edades sexualmente activas lo que pone en riesgo a nuestra población siendo un factor favorable para la diseminación del VIH/SIDA. La escolaridad promedio fue de primaria y secundaria lo que demuestra que solamente una parte de la población entrevistada logra entrar a la universidad, lo que repercute significativamente en el desarrollo humano sostenible del país.

Los tres grupos poblacionales reflejaron un deficiente conocimiento con respecto al VIH/SIDA lo que podría indicar que la educación sexual que se imparte en los colegios tiene un enfoque no integral. Cabe señalar que a pesar de que las trabajadoras sexuales tuvieron un conocimiento deficiente, fue mejor que el de los otros grupos, lo que puede deberse al trabajo realizado por Tesis e ICAS quienes favorecen la promoción de acciones de prevención y capacitación en temas alusivos al VIH/SIDA.

Las adolescentes, amas de casa y trabajadoras sexuales tienen en general una actitud positiva ante el tema del VIH/SIDA, lo que demuestra la imagen objetiva con que perciben la enfermedad. El espíritu de solidaridad y amabilidad que prevalece en nuestra cultura es un factor positivo que debe tomarse en cuenta en las diferentes acciones que se puedan emprender en relación a la sensibilización de la población en los diferentes niveles.

Las prácticas sexuales que prevalecen en los adolescentes fueron inadecuadas, lo que demuestra que tienen un comportamiento sexual propio de una sociedad culturalmente tradicional y machista donde existen aún muchos tabúes sobre la sexualidad y su abordaje, reafirmando la conducta pasiva que la mujer tiene ante prácticas de promoción de sexo seguro y utilización del condón.

Las prácticas sexuales en las amas de casa fueron inadecuadas, sin embargo al referirnos a las que tienen estado civil casada y acompañada las prácticas sexuales inadecuadas está orientada a prácticas riesgosas, ya que por su condición de tener una pareja estable son propensas a utilizar el condón como método de planificación familiar y no como método de prevención.

Por el contrario en las trabajadoras del sexo sus prácticas sexuales fueron adecuadas porque la mayoría utilizan el condón siempre que tienen relaciones sexuales, confirmándose el impacto positivo que han tenido los seminario – talleres impartidos por ONGs a la mayoría de ellas.

## XI. Recomendaciones

Que todos los actores sociales comprometidos en el abordaje del tema sobre VIH/SIDA, promuevan campañas de información, comunicación y educación (IEC) continua y sistemática dirigidas a toda la población del barrio Bóer, propiciando el consenso y la búsqueda de puntos de convergencia, así como la colaboración intersectorial desde un enfoque integral de promoción, prevención, legislación y planeación .

Al Ministerio de Educación: en base a su expertaje y a los debates que se han generado en torno al manual de salud sexual reproductiva, retomen los resultados de este estudio para que el tema de la salud sexual reproductiva sea integral.

Al Ministerio de Salud como principal rector de la salud:

1. Garantizar la divulgación y realización de estudios investigativos sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VIH/SIDA en toda la población de Managua, ya que es una enfermedad relativamente nueva que abren el espectro a un incremento incontenible de los costos de atención.
2. Ofertar paquetes de servicios y programas integrales preventivos más que curativos, así como garantizar el abordaje eficaz de las enfermedades transmisibles.
3. Al Centro de Salud Sócrates Flores realizar en el barrio Bóer campañas educativas continuas y sistemáticas así como de sensibilización a toda la población, sobre el tema del VIH/SIDA para promover cambios de actitud y de comportamiento sexual. Realizar intervenciones evaluativas para medir el impacto en la población.

Promover a través de los diferentes medios de comunicación mensajes que estimulen la utilización adecuada de los métodos de prevención y búsqueda de la información sobre el VIH/SIDA.

A las ONGs:

Que tomen en cuenta los resultados de este estudio para implementar acciones sobre todos en los grupos poblacionales de las amas de casa y l@s adolescentes.

## XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Berer Marge. La Mujer y el VIH/SIDA. Londres, Inglaterra. BATH PRESS. 1993.
2. Castillo, José R. et al "Conocimientos, Actitudes y Prácticas en relación a las ETS/VIH/SIDA en adolescentes de IV y V año de secundaria en cuatro municipios del departamento de Chontales". Tesis para optar al grado de Master en Salud Pública. Managua, Nicaragua. CIES / UNAN. 1999.
3. Chévez, Alarcón Johanna et. al. "La Prostitución ... más allá de mitos y creencias" Managua, Nicaragua Instituto de Investigación Mujer y Cambio, Asociación TESIS. GRAFICA EDITORES, 1999.
4. Managua, Organización de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA), Nuevas perspectivas en la lucha contra el HIV / SIDA en Nicaragua , EMCOR. 2000.
5. Managua, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, SIDA: Perfil de una Epidemia. Washington D.C. OPS/OMS. 1989.
6. Managua, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, SIDA: La mujer y la infección por el VIH/SIDA: Estrategias de prevención y atención. Washington D.C. OPS/OMS. 1999.
7. Managua, Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, diseminación Selectiva de la información. Salud, Salud Sexual y VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes. ed 21. Washington D.C. OPS/OMS. 2003.
8. Maldonado García, Ramón. Cifras que preocupan. LA NOTICIA. Managua. Lunes 22 de Julio del 2002.
9. Nicaragua, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Ministerio de Salud, Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001. Managua INEC MINSAL. 2002.

10. Nicaragua, Ministerio de Salud, Ley General de Salud. Managua MINSA. 2003.
11. Nicaragua, Ministerio de Salud, Manual del Programa de Control y Prevención de las ETS/VIH/SIDA . Managua MINSA. 1994.
12. Nicaragua, Ministerio de Salud, Política Nacional de Salud 1997 - 2002. Managua MINSA. 1997.
13. Nicaragua, Ministerio de Salud, Plan Estratégico Nacional de lucha contra las ETS /HIV / SIDA. Managua, MINSA. 2000.
14. Nicaragua, Fundación Nimehuatzin. De SIDA. La reducción de la pobreza como estrategia de prevención del SIDA. ed. 14. Managua, Nicaragua. IMPRIMATUR. 2002.
15. Nicaragua, Fundación Nimehuatzin. De SIDA. La Salud en Nicaragua, indicadores y determinantes. ed. 15. Managua, Nicaragua. IMPRIMATUR. 2002.
16. Nicaragua, Fundación Nimehuatzin. De SIDA. Antiretrovirales en Centroamérica. El SIDA en Nicaragua. ed. 16. Managua, Nicaragua. IMPRIMATUR. 2002.
17. Nicaragua, Fundación Xochiquetzal. Fuera del Closet .Derechos Humanos & VIH/SIDA. ed. 33. Managua, Nicaragua. EDITRONIC. 2003.
18. Nicaragua, Fundación Xochiquetzal. Aprendiendo sobre nuestro cuerpo y nuestra Salud Sexual. Managua, Nicaragua. GRAFICA EDITORES. 2002.
19. Nicaragua, Ministerio de Salud. Plan Estratégico de Lucha contra el VIH/SIDA. Análisis de Situación y de Respuesta ante el VIH/SIDA. Managua, Nicaragua. MINSA 1999.
20. Nicaragua , Ministerio de Salud. LEY 238. Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA. Managua, Nicaragua. IMPRIMATUR. 2001.

21. Nicaragua , Ministerio de Salud. LEY 238. Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA. Managua, Nicaragua. IMPRIMATUR. 2001.
22. Oláis, Gustavo. La epidemia que a todos afecta. México; DIANA, 1988.
23. Prado, E. Jorge Alberto, et al "Conocimientos, Actitudes y Prácticas en relación a las ETS/VIH/SIDA en Trabajadores del sexo de la Ciudad de Corinto". Nicaragua, Tesis para optar al grado de Master en Salud Pública. Managua, Nicaragua. CIES/UNAN. 1998.
24. Urbina, M. Augusto César, "Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA en militares de algunas unidades militares de Managua", Septiembre - Noviembre 1993.
25. Valenzuela, M. Solange, La Sexualidad adolescente. Santiago, Chile. FACULTAD DE MEDICINA / UNIVERSIDAD DE CHILE. 1993.

**ANEXOS**

**Cuestionario para valorar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas con relación al VIH/ SIDA que tienen las trabajadoras sexuales, amas de casas y adolescentes del Barrio Bóer del departamento de Managua 2002-2003**

**Grupo Poblacional:**

1. Trabajadoras Sexuales:\_\_\_ 2. Amas de Casa:\_\_\_ 3. Adolescentes:\_\_\_

**I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ENTREVISTAD@:**

1. Edad:\_\_\_\_\_

2. Sexo: Femenino \_\_\_\_\_ Masculino\_\_\_\_\_

3. Estado Civil:

Soltero /a :\_\_\_\_\_ Casado / a:\_\_\_\_\_ Acompañado /a:\_\_\_\_\_

4. Escolaridad:

Analfabeta\_\_\_\_\_ Primaria\_\_\_\_\_ Secundaria:\_\_\_\_\_ Universitaria:\_\_\_\_\_ Técnico:\_\_\_\_\_

5. Ocupación: \_\_\_\_\_

**II. NIVEL DE CONOCIMIENTOS \_\_\_\_\_**

6. ¿Qué es para usted el SIDA?

Enfermedad contagiosa:\_\_\_\_\_ ETS:\_\_\_\_\_ Virus: \_\_\_\_\_

Enfermedad incurable:\_\_\_\_\_ Otro:\_\_\_\_\_ No sabe:\_\_\_\_\_ No aplicable:\_\_\_\_\_

7. ¿Conoce usted cuales son los mecanismos de transmisión del HIV/ SIDA?

Relaciones sexuales:\_\_\_\_\_ Jeringas contaminadas:\_\_\_\_\_ Leche materna:\_\_\_\_\_

Transfusión sanguínea:\_\_\_\_\_ Embarazo: \_\_\_\_\_ Otro:\_\_\_\_\_ No sabe:\_\_\_\_\_

8. ¿Conoce usted cuales son los síntomas del VIH/ SIDA?

Diarrea frecuente:\_\_\_\_\_ Agotamiento:\_\_\_\_\_ Fiebre\_\_\_\_\_ Tos:\_\_\_\_\_

Erupciones en la piel:\_\_\_\_\_ Perdida de peso:\_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_ No sabe: \_\_\_\_\_

9. ¿Conoce usted cuales son los métodos de prevención del VIH/ SIDA?

No tener relaciones sexuales:\_\_\_\_\_ Tener una sola pareja:\_\_\_\_\_

Evitar el sexo con Trabajadoras sexuales:\_\_\_\_\_ Usar condón:\_\_\_\_\_

No compartir jeringas contaminadas: \_\_\_\_\_ No sabe: \_\_\_\_\_ Otras:\_\_\_\_\_

10. ¿Conoce usted cuales son las personas que tienen mayor riesgo de contraer el VIH/ SIDA?

Drogadictos:\_\_\_ Trabajadora sexuales:\_\_\_ Homosexuales:\_\_\_ Bisexual\_\_\_

Sexo casual:\_\_\_ Hemofílicos:\_\_\_ Hetero Sexual:\_\_\_ Receptores de

Transfusiones: \_\_\_\_\_ Jóvenes:\_\_\_ Los que tienen múltiples parejas sexuales sin  
protección :\_\_\_ Cualquier persona: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_ No sabe: \_\_\_\_\_

11. ¿Conoce usted la Ley 238?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_. Si su respuesta es **SI**, de que trata la Ley 238?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. ¿Cómo debe usarse correctamente un condón?

Ponerse con el pene erecto: \_\_\_\_\_ Desenrollarse poco a poco: \_\_\_\_\_

Retirar el pene de la vagina cuando este erecto:\_\_\_ Usar un condón nuevo en cada  
relación:\_\_\_ Revisar el condón antes de usarlo: \_\_\_ No sabe:\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

13. ¿Conoce usted donde se pueden obtener los condones?

Centro de salud:\_\_\_ Clínica privada:\_\_\_ Farmacia:\_\_\_ ONGs:\_\_\_

Ventas:\_\_\_ Hospital:\_\_\_\_\_ Otros:\_\_\_\_\_ No sabe:\_\_\_\_\_

14. ¿Donde ha obtenido la información sobre el VIH/ SIDA?

Periódico:\_\_\_ TV:\_\_\_\_\_ Centro de salud:\_\_\_\_\_ Clínica privada:\_\_\_\_\_ Radio:\_\_\_\_\_

Amigos / Familiares:\_\_\_\_\_ Colegios / Universidad:\_\_\_\_\_ ONGs: \_\_\_\_\_

No ha obtenido Información:\_\_\_ No recuerda: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

15. ¿Donde puede realizarse la prueba de VIH/ SIDA?

Clínica: \_\_\_\_\_ Centro de salud:\_\_\_\_\_ Laboratorio clínico:\_\_\_\_\_ Hospital:\_\_\_\_\_ Cruz Roja:\_\_\_\_\_

No sabe:\_\_\_\_\_ Otros:\_\_\_\_\_

16. ¿Existe tratamiento contra el VIH/ SIDA?

SI:\_\_\_\_\_ NO:\_\_\_\_\_ No sabe \_\_\_\_\_

III. NIVEL DE ACTITUD: \_\_\_\_\_

17. ¿Está usted de acuerdo en que se use el condón como método de protección para el VIH / SIDA?

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ NO SE: \_\_\_\_\_. Si su respuesta es **NO** mencione cuales son sus razones:

---

---

18. ¿Aceptaría darle la mano a una persona con VIH/ SIDA?

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ NO SE: \_\_\_\_\_

19. ¿Aceptaría compartir cubiertos de mesa con una persona VIH positiva?

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ NO SE: \_\_\_\_\_

20. ¿Opina usted que personas infectadas con VIH/ SIDA tienen el derecho de seguir trabajando mientras su condición lo permite?

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ NO SE: \_\_\_\_\_

21. ¿Considera usted que el SIDA es una enfermedad grave para su país?

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ NO SE: \_\_\_\_\_

22. ¿Le hablaría usted a un hijo sobre el VIH/ SIDA?

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ NO SE: \_\_\_\_\_

23. ¿Es bueno que los maestros le hablen del VIH/ SIDA a los alumnos?

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ NO SE: \_\_\_\_\_

24. ¿Estaría dispuesto a cuidar a un familiar / amigo-amiga cercano con VIH/ SIDA?

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ NO SE: \_\_\_\_\_

25. ¿Se ha realizado alguna vez la prueba del VIH/ SIDA?

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_. Si su respuesta es **NO**, porque?

---

---

26. ¿Si estuviera enfermo con VIH/SIDA seguiría manteniendo relaciones sexuales con protección con su pareja?

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ NO SE: \_\_\_\_\_

27. ¿Si estuviera enfermo con VIH / SIDA se lo diría a sus familiares?

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ NO SE: \_\_\_\_\_

**IV. NIVEL DE PRACTICAS.** \_\_\_\_\_

28. ¿A que edad Inicio su Vida Sexual Activa ( IVSA)?

\_\_\_\_\_ años. No he iniciado: \_\_\_\_\_

29. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en el último año?

Una: \_\_\_ Dos: \_\_\_ Tres: \_\_\_ Cuatro: \_\_\_ Cinco: \_\_\_ Más de Cinco: \_\_\_ Ninguno: \_\_\_

30. ¿Cual es su orientación sexual?

Homosexual \_\_\_\_\_ Bisexual \_\_\_\_\_ Heterosexual \_\_\_\_\_

31. ¿Por qué vía practica las relaciones sexuales?

Anal: \_\_\_ Vaginal: \_\_\_ Oral: \_\_\_ No responde: \_\_\_\_\_

32. ¿Actualmente tiene más de una pareja sexual? ( **Esta pregunta es solo para amas de casa y adolescentes**).

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_ No tengo relaciones actualmente: \_\_\_ No responde: \_\_\_\_\_

33. ¿Utiliza siempre el condón cuando tiene relaciones sexuales?

SI: \_\_\_ NO: \_\_\_ A veces: \_\_\_\_\_ No tengo relaciones actualmente: \_\_\_\_\_

34. ¿Ha utilizado el condón en su última relación sexual?

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ No tengo relaciones actualmente: \_\_\_\_\_

35. ¿Ha tenido relaciones sexuales con desconocidos, extranjeros o conocidos que ves en ocasiones?

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_ No responde \_\_\_\_\_ Si su respuesta es **SI**, pasar a la siguiente pregunta.

36. ¿ Usaste preservativo?

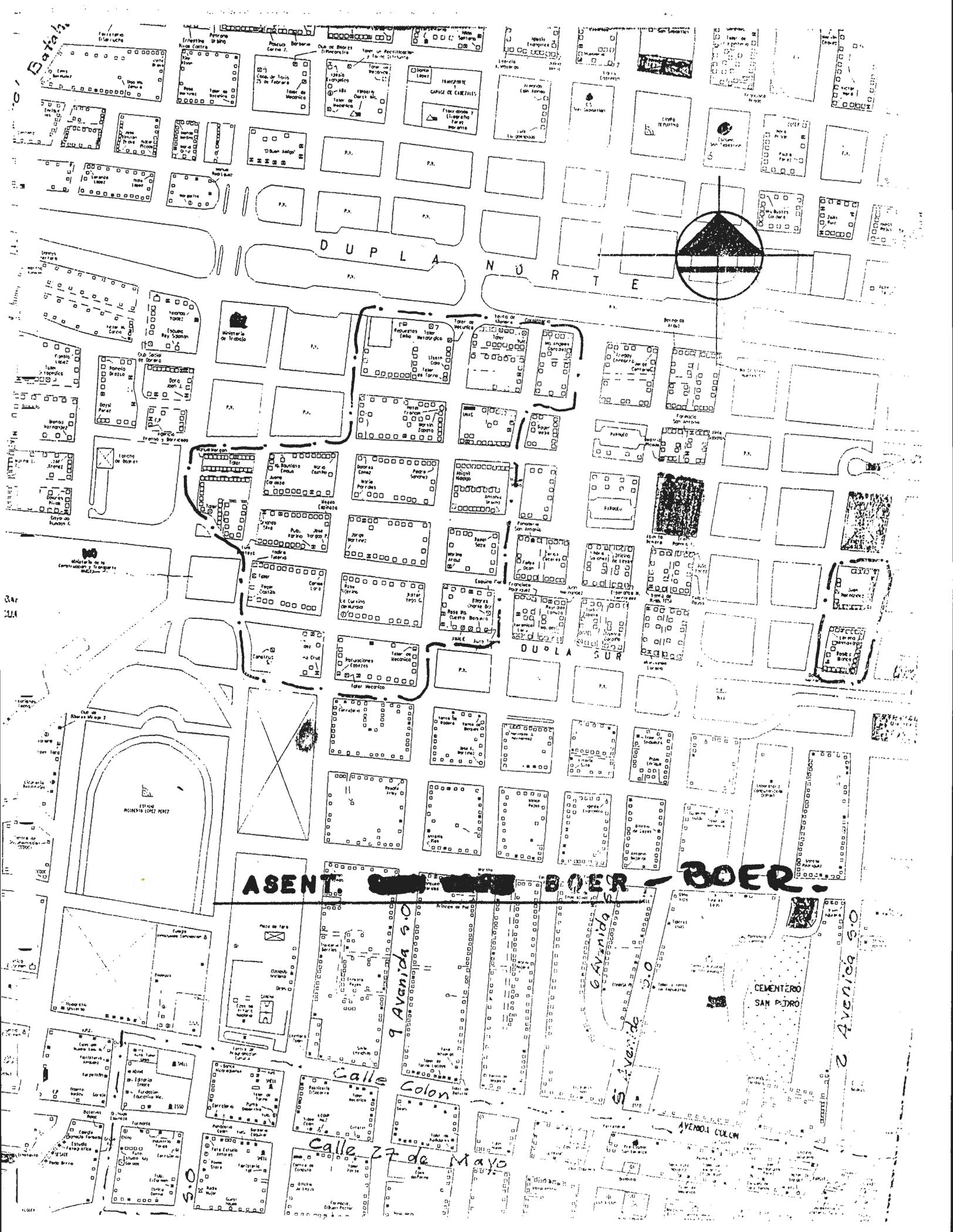
SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

**Solamente para Trabajadoras Sexuales**

37. ¿ Cual es el promedio de clientes que tiene diario ?)

Uno: \_\_\_ Dos a Tres: \_\_\_\_\_ Cuatro a Cinco: \_\_\_\_\_ Cinco a más: \_\_\_\_\_

**¡MUCHAS GRACIAS!**



Boer

DUPLA NORTE

DUPLA SUR

ASENT. BOER - BOER.

ESTADO REGIMEN LOGIST. HENT

CEMENTERO SAN PEDRO

9 AVENIDA S.O.

6 AVENIDA S.O.

5 AVENIDA S.O.

2 AVENIDA S.O.

Calle Colon

Calle 27 de Mayo

AVENIDA COLUM

**Tabla # 1.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN EDAD DE LOS ADOLESCENTES.**  
**BARRIO BOER . MANAGUA / NICARAGUA 2003**

EDAD	FRECUENCIA	%
15 a	36	17.7
16 a	33	16.3
17 a	34	16.7
18 a	51	25.1
19 a	49	24.1
TOTAL	203	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 2.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN SEXO DE LOS ADOLESCENTES.**  
**BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003**

SEXO	FRECUENCIA	%
FEMENINO	120	59.1
MASCULINO	83	40.9
TOTAL	203	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 3.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN ESTADO CIVIL DE LOS ADOLESCENTES. BARRIO**  
**BOER MANAGUA / NICARAGUA 2003**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
SOLTERA	164	80.8
CASADA	13	6.4
ACOMPAÑADA	26	12.8
TOTAL	203	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 4.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN ESCOLARIDAD DE LOS ADOLESCENTES. BARRIO**  
**BOER MANAGUA / NICARAGUA 2003**

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
ALFABETIZADA	2	1
ANALFABETA	4	2
PRIMARIA	34	16.8
SECUNDARIA	147	72.4
UNIVERSIDAD	12	6
TECNICO	4	2
<b>TOTAL</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista

**Tabla # 5.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN OCUPACION DE LOS ADOLESCENTES.**  
**BARRIO BOER MANAGUA / NICARAGUA 2003**

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTUDIANTE	101	49.8
NINGUNA	49	24.1
AMA DE CASA	10	4.9
VENDEDORA	8	3.9
ALBAÑIL	5	2.5
AYUDANTE DE CONSTRUCCIÓN	4	2
INSTALADOR	4	2
DOMESTICA	3	1.5
OTROS	19	9.3
<b>TOTAL</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista

**Tabla # 6.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA QUE**  
**TIENEN LOS ADOLESCENTES. BARRIO BOER.**  
**MANAGUA / NICARAGUA 2003**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	%
BUENO	5	2.5
REGULAR	61	30.0
MALO	137	67.5
TOTAL	203	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 7 .**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS DIFERENTES SÍNTOMAS MENCIONADOS POR LOS**  
**ADOLESCENTES. BARRIO BOER.**  
**MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

SÍNTOMAS	SI		NO		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%
PERDIDA DE PESO	41	20.2	162	79.8	203	100
FIEBRE	23	11.3	180	88.7	203	100
DIARREA	17	8.4	186	91.6	203	100
ERUPCIONES EN LA PIEL	16	7.9	187	92.1	203	100
AGOTAMIENTO	11	5.4	192	94.6	203	100
TOS	10	4.9	193	95.1	203	100
OTROS VOMITOS	12	5.9	191	94.1	203	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 8.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS DIFERENTES PASOS DEL USO DEL CONDON**  
**MENCIONADOS POR LOS ADOLESCENTES**  
**BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003**

PASOS DEL USO DEL CONDON	SI		NO		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%
PONERSE CON EL PENE ERECTO	60	29.6	143	70.4	203	100
REVISAR EL CONDON	33	16.3	170	83.7	203	100
DESENNROLLARSE POCO A POCO	17	8.4	186	91.6	203	100
USAR UN CONDON NUEVO EN C / R	6	3.0	197	97.0	203	100
RETIRAR EL PENE DE LA VAGINA	2	1.0	201	99.0	203	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 9.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS ADOLESCENTES QUE CONOCEN LA LEY 238 DEL BARRIO BOER MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

CONOCEN LA LEY 238	FRECUENCIA	%
SI	5	2.5
NO	198	97.5
TOTAL	203	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 10.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS DIFERENTES LUGARES DONDE OBTUVIERON LA INFORMACION SOBRE EL VIH/SIDA LOS ADOLESCENTES. BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003**

DIFERENTES LUGARES DONDE OBTUVIERON LA INFORMACIÓN SOBRE EL VIH/SIDA	SI		NO		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%
COLEGIOS	90	44.3	113	55.7	203	100
TELEVISION	72	35.5	131	64.5	203	100
AMIGOS / FAMILIARES	20	9.9	183	90.1	203	100
CENTROS DE SALUD	16	7.9	187	92.1	203	100
RADIO	16	7.9	187	92.1	203	100
PERIODICO	7	3.4	196	96.6	203	100
ONGS	6	3.0	197	97.0	203	100
CLINICA PRIVADA	2	1.0	201	99.0	203	100
NO HA TENIDO OBTENIDO INFORMACIÓN	1	0.5	202	99.5	203	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 11.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS DIFERENTES GRUPOS DE RIESGO MENCIONADOS POR LAS ADOLESCENTES. BARRIO BOER MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

GRUPOS DE RIESGO	SI		NO		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%
TRABAJADORAS SEXUALES	107	52.7	96	17.3	203	100
HOMOSEXUALES	43	21.2	160	78.8	203	100
TIENEN MULTIPLES PAREJAS	23	11.3	180	88.7	203	100
CUALQUIER PERSONA	19	9.4	184	90.6	203	100
JÓVENES	21	10.3	182	89.7	203	100
DROGADICTOS	21	10.3	182	89.7	203	100
SEXO CASUAL	10	4.9	193	95.1	203	100
HETEROSEXUAL	2	1.0	201	99.0	203	100
RECEPTORES DE TRANSFUSION	2	1.0	201	99.0	203	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 12.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS DIFERENTES CONCEPTOS QUE TIENEN LOS**  
**ADOLESCENTES DEL VIH/SIDA. BARRIO BOER MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

CONCEPTO	SI		NO		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%
ENFERMEDAD CONTAGIOSA	73	36.0	130	64.0	203	100
ENFERMEDAD INCURABLE	73	36.0	130	64.0	203	100
ETS	56	27.6	147	72.4	203	100
VIRUS	15	7.4	188	92.6	203	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 13.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS DIFERENTES MECANISMOS DE TRANSMISION**  
**MENCIONADAS POR LOS ADOLESCENTES. BARRIO BOER MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

MECANISMO DE TRANSMISIÓN	SI		NO		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%
RELACIONES SEXUALES	167	82.3	36	17.7	203	100
JERINGAS CONTAMINADAS	56	27.6	147	72.4	203	100
TRANSFUSIONES	35	17.2	168	82.8	203	100
LECHE MATERNA	2	1	201	99.0	203	100
EMBARAZO	2	1	201	99.0	203	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 14.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS DIFERENTES METODOS DE PREVENCION**  
**MENCIONADOS POR LOS ADOLESCENTES. BARRIO BOER MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

METODOS DE PREVENCION	SI		NO		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%
USAR CONDON	162	79.8	41	20.2	203	100
NO TENER RELACIONES	29	14.3	174	85.7	203	100
TENER UNA SOLA PAREJA	16	7.9	187	92.1	203	100
NO COMPARTIR JERINGAS	6	3.0	197	97.0	203	100
EVITAR SEXO CON T/S	1	0.5	202	99.5	203	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 15.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA ACTITUD DE LOS ADOLESCENTES.**  
**BARRIO BOER MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

ACTITUD	FRECUENCIA	%
POSITIVA	172	84.4
NEGATIVA	31	15.3
TOTAL	203	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 16.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA ACTITUD CON RELACION AL SEXO QUE TIENEN**  
**LOS ADOLESCENTES. BARRIO BOER MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

ACTITUD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%
POSITIVO	104	51.3	68	33.5	172	84.7
NEGATIVO	16	7.9	15	7.4	31	15.3
TOTAL	120	59.2	83	40.9	203	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 17.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGUN ACTITUD QUE**  
**TIENEN LOS ADOLESCENTES. BARRIO BOER MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	POSITIVO		NEGATIVO		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%
BUENO	4	2	1	0.5	5	2.5
REGULAR	55	27.1	6	3	61	30
MALO	113	55.7	24	11.8	137	67.5
TOTAL	172	84.8	31	15.3	203	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 18.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL NIVEL DE PRACTICA DE LOS ADOLESCENTES.**  
**BARRIO BOER MANAGUA / NICARAGUA 2003**

NIVEL DE PRACTICA	FRECUENCIA	%
ADECUADO	26	28.9
INADECUADO	64	71.1
TOTAL	90	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 19**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL NIVEL DE PRACTICA SEGUN SEXO QUE TIENEN LOS**  
**ADOLESCENTES. BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

NIVEL DE PRACTICA	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%
ADECUADO	7	7.8	19	21.1	26	28.9
INADECUADO	33	36.7	31	34.4	64	71.1
TOTAL	40	44.5	50	55.5	90	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 20.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL NIVEL DE PRACTICA SEGUN ESCOLARIDAD DE LOS**  
**ADOLESCENTES. BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

NIVEL DE PRACTICA	ESCOLARIDAD												TOTAL	
	ALFABETIZADA		ANALFABETA		PRIMARIA		SECUNDARIA		UNIVERSIDAD		TECNICA			
	FC	%	FC	%	FC	%	FC	%	FC	%	FC	%	FC	%
ADECUADO	-	-	-	-	8	8.9	15	16.6	3	3.4	-	-	26	28.9
INADECUADO	2	2.2	4	4.5	13	14.4	42	46.7	1	1.1	2	2.2	31	15.3
TOTAL	2	2.2	4	4.5	21	23.3	57	63.3	4	4.5	2	2.2	90	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 21.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS ADOLESCENTES QUE REFIRIERON UTILIZAR SIEMPRE EL CONDON CUANDO TIENEN RELACIONES. BARRIO BOER MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

UTILIZA SIEMPRE EL CONDON	FRECUENCIA	%
SI	24	26.4
NO	35	39.6
A VECES	22	24.1
NO TENGO RELACIONES ACTUALMENTE	9	9.9
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista

**Tabla # 22.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS ADOLESCENTES QUE HAN UTILIZADO EL CONDON EN SU ULTIMA RELACION. BARRIO BOER MANAGUA / NICARAGUA 2003**

HA UTILIZADO EL CONDON EN SU ULTIMA RELACION	FRECUENCIA	%
SI	34	34.4
NO	47	52.7
NO TENGO RELACIONES ACTUALMENTE	9	9.9
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista

**Tabla # 23.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGUN PRACTICA QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES. BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ADECUADO		INADECUADO		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%
BUENO	1	1.1	-	-	1	1.1
REGULAR	9	10.0	22	24.5	31	34.5
MALO	16	17.8	42	46.7	58	64.5
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>28.9</b>	<b>64</b>	<b>71.2</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista

**Tabla # 1.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN EDAD DE LAS AMAS DE CASA.**  
**BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15-19	4	1.7
20-24	40	17
25-29	47	20.1
30-34	47	20.1
35-39	37	15.7
40-44	35	15
45-49	24	10.3
<b>TOTAL</b>	<b>234</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista

**Tabla # 2.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN ESTADO CIVIL DE LAS AMAS DE CASA.**  
**BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	56	23.9
CASADA	78	33.3
ACOMPAÑADA	100	42.7
<b>TOTAL</b>	<b>234</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista

**Tabla # 3.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN ESCOLARIDAD DE LAS AMAS DE CASA.**  
**BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALFABETIZADA	4	1.7
ANALFABETA	13	5.6
PRIMARIA	95	41.1
SECUNDARIA	111	47.4
UNIVERSIDAD	9	3.9
TECNICO	1	0.4
<b>TOTAL</b>	<b>234</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista

**Tabla # 4.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN OCUPACION DE LAS AMAS DE CASA.**  
**BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003**

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMA DE CASA	205	87.6
VENDEDORA INFORMAL	10	4.3
LAVA Y PLANCHA	7	3
OTROS	12	5.1
TOTAL	234	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 5.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA QUE**  
**TIENEN LAS AMAS DE CASA. BARRIO BOER.**  
**MANAGUA / NICARAGUA 2003**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	2	0.9
REGULAR	86	36.8
MALO	146	62.4
TOTAL	234	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 6.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS DIFERENTES SINTOMAS MENCIONADOS POR LAS**  
**AMAS DE CASA. BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

SINTOMAS	SI		NO		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
PERDIDA DE PESO	46	19.7	188	80.3	234	100
ERUPCIONES PIEL	29	12.4	205	87.6	234	100
FIEBRE	24	10.3	210	89.7	234	100
DIARREA	23	9.8	211	90.2	234	100
AGOTAMIENTO	11	4.7	223	95.3	234	100
TOS	8	3.4	226	96.6	234	100
OTROS: VOMITOS	18	7.7	216	92.3	234	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 7.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS DIFERENTES PASOS DEL USO DEL CONDON**  
**MENCIONADOS POR LAS AMAS DE CASA. BARRIO BOER.**  
**MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

PASOS DEL USO DEL CONDON	SI		NO		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
PONERSE CON EL PENE ERECTO	59	25.2	175	74.8	234	100
REVISAR EL CONDON	37	15.8	197	84.2	234	100
DESEENROLLARSE POCO A POCO	18	7.7	216	92.3	234	100
USAR UN CONDON NUEVO	9	3.8	225	96.2	234	100
RETIRAR EL PENE DE VAGINA ERECTO	5	2.1	229	97.9	234	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 8.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS AMAS DE CASA QUE CONOCEN LA LEY 238.**  
**BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

LEY 238	FRECUENCIA	%
SI	3	1.3
NO	230	98.3
NO APLICABLE	1	0.4
TOTAL	234	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 9.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS DIFERENTES GRUPOS DE**  
**RIESGO MENCIONADOS POR LAS AMAS DE CASA. BARRIO BOER.**  
**MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

GRUPOS DE RIESGO	SI		NO		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
TRABAJADORAS SEXUALES	122	52.1	112	47.9	234	100
HOMOSEXUALES	59	25.2	175	74.8	234	100
DROGADICTOS	35	15.0	199	85	234	100
MULTIPLES PAREJAS	30	12.8	204	87.2	234	100
CUALQUIER PERSONA	24	10.3	207	88.5	234	100
SEXO CASUAL	26	11.1	208	88.9	234	100
JOVENES	20	8.5	213	91.0	234	100
HETEROSEXUAL	16	6.8	218	93.2	234	100
BISEXUAL	6	2.6	228	97.4	234	100
RECEPTORES DE TRANSFUSION	1	0.4	233	99.6	234	100
HEMOFILICOS	1	0.4	223	99.6	234	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 10.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS DIFERENTES LUGARES DONDE OBTUVIERON LA**  
**INFORMACION SOBRE EL VIH/SIDA LAS AMAS DE CASA.**  
**BARRIO BOER MANAGUA / NICARAGUA 2003**

OBTENCION DE INFORMACION	SI		NO		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
TELEVISION	129	55.1	105	44.9	234	100
CENTRO DE SALUD	68	29.1	166	70.9	234	100
RADIO	34	14.5	200	85.5	234	100
COLEGIOS	25	10.7	209	89.3	234	100
PERIODICO	24	10.3	210	89.7	234	100
AMIGOS/ FAMILIA	15	6.4	219	93.6	234	100
ONGS	8	3.4	226	96.6	234	100
CLINICA PRIVADA	3	1.3	230	98.3	234	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 11.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS DIFERENTES MECANISMOS DE TRANSMISION**  
**MENCIONADOS POR LAS AMAS DE CASA. BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

MECANISMOS DE TRANSMISION	SI		NO		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
RELACIONES SEXUALES	194	82.9	40	17.1	234	100
JERINGAS CONTAMINADAS	62	26.5	172	73.5	234	100
TRANSFUSIONES SEXUALES	59	25.2	175	74.8	234	100
EMBARAZO	9	3.8	225	96.2	234	100
LECHE MATERNA	1	0.4	233	99.6	234	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 12.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS DIFERENTES METODOS DE PREVENCION**  
**MENCIONADOS POR LAS AMAS DE CASA. BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003**

METODOS DE PREVENCION	SI		NO		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
USAR CONDON	175	74.8	59	25.2	234	100
TENER UNA PAREJA	36	15.4	198	84.6	234	100
NO TENER RELACIONES SEXUALES	17	7.3	217	92.7	234	100
NO COMPARTIR JERINGAS	16	6.8	218	93.2	234	100
EVITAR SEXO CON TRABAJADORAS SEXUALES	4	1.7	230	98.3	234	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 13.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA ACTITUD DE LAS AMAS DE CASA ANTE EL VIH/SIDA.**  
**BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003**

ACTITUD	FRECUENCIA	%
POSITIVO	198	84.6
NEGATIVO	36	15.4
TOTAL	234	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 14 .**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA ACTITUD SEGUN ESCOLARIDAD QUE TIENEN LAS**  
**AMAS DE CASA. BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

ACTITUD	ALFABETIZADA		ANALFABETA		PRIMARIA		SECUNDARIA		UNIVERSIDAD		TECNICO		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%	FC	%	FC	%	FC	%	FC	%
POSITIVO	2	0.9	11	4.7	76	32.5	100	42.7	8	3.4	1	0.4	198	84.2
NEGATIVO	2	0.9	2	0.9	20	8.5	11	4.7	1	0.4	-	-	36	15.4
TOTAL	4	1.8	13	5.6	96	41	111	47.4	9	3.8	1	0.4	234	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 15.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGUN ACTITUD QUE**  
**TIENEN LAS AMAS DE CASA. BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	POSITIVA		NEGATIVA		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%
BUENO	2	0.9	-	-	2	0.9
REGULAR	77	33	9	3.8	86	36.8
MALO	119	50.9	27	11.5	146	62.4
TOTAL	198	84.8	36	15.3	234	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 16.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS AMAS DE CASA EN RELACION A SI ESTAN DE ACUERDO EN EL USO CONDON COMO METODO DE PROTECCION DEL VIH/SIDA. BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

USO DEL CONDON COMO METODO DE PROTECCION DEL VIH/SIDA	FRECUENCIA	%
SI	209	89.3
NO	23	9.8
NO SE	2	0.9
<b>TOTAL</b>	<b>234</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista

**Tabla # 17.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL NIVEL DE PRACTICA DE LAS AMAS DE CASA. BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003**

NIVEL DE PRACTICA	FRECUENCIA	%
ADECUADO	26	11.1
INADECUADO	208	88.9
<b>TOTAL</b>	<b>234</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista

**Tabla # 18.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL NIVEL DE PRACTICA SEGUN ESCOLARIDAD QUE TIENEN LAS AMAS DE CASA. BARRIO BOER MANAGUA / NICARAGUA 2003**

NIVEL DE PRACTICA	ALFABETIZADA		ANALFABETA		PRIMARIA		SECUNDARIA		UNIVERSITARIA		TECNICO		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%	FC	%	FC	%	FC	%	FC	%
ADECUADO	-	-	-	-	11	4.7	12	5.1	3	1.3	-	-	26	11.1
INADECUADO	4	1.7	13	5.6	85	36.3	99	42.3	6	2.6	1	0.4	208	88.9
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>1.7</b>	<b>13</b>	<b>5.6</b>	<b>96</b>	<b>41</b>	<b>111</b>	<b>47.4</b>	<b>9</b>	<b>3.9</b>	<b>1</b>	<b>0.4</b>	<b>234</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista

**Tabla # 19.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS AMAS DE CASA SEGUN SI UTILIZAN SIEMPRE EL CONDON CUANDO TIENEN RELACIONES. BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003**

UTILIZAN SIEMPRE EL CONDON CUANDO TIENEN RELACIONES	FRECUENCIA	%
SI	26	11.1
NO	177	75.7
A VECES	31	13.2
TOTAL	234	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 20.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS AMAS DE CASA QUE UTILIZARON CONDON EN SU ULTIMA RELACION. BARRIO BOER MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

USO DEL CONDON EN SU ULTIMA RELACION SEXUAL	FRECUENCIA	%
SI	32	13.7
NO	202	86.3
TOTAL	234	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 21.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGUN PRACTICA QUE TIENEN LAS AMAS DE CASA. BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ADECUADA		INADECUADA		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%
BUENO	0	-	2	0.9	2	0.9
REGULAR	15	6.4	71	30.4	86	36.8
MALO	11	4.7	135	57.8	146	62.4
TOTAL	26	11.1	208	89.1	234	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 1.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN EDAD DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES.**  
**BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

EDAD	FRECUENCIA	%
15-19 a	5	11.9
20-24 a	13	31
25-29 a	7	16.8
30-34 a	4	9.6
35-39 a	7	16.1
40-44 a	2	4.8
45-49 a	2	4.8
> 49 a	2	4.8
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista

**Tabla # 2.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN ESTADO CIVIL DE LAS TRABAJADORAS**  
**SEXUALES. BARRIO BOER MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
SOLTERA	28	66.7
CASADA	4	9.5
ACOMPAÑADA	10	23.8
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista

**Tabla # 3.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN ESCOLARIDAD DE LAS TRABAJADORAS**  
**SEXUALES. BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
ANALFABETA	4	9.5
PRIMARIA	20	47.6
SECUNDARIA	12	28.6
UNIVERSIDAD	6	14.3
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista

**Tabla # 4.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN OCUPACION DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES**  
**BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

OCUPACION	FRECUENCIA	%
TRABAJADORA SEXUAL	30	71.4
DOMESTICA	4	9.5
OTROS	8	19.0
TOTAL	42	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 5.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA QUE**  
**TIENEN LAS TRABAJADORAS SEXUALES. BARRIO BOER MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	%
BUENO	9	21.4
REGULAR	17	40.5
MALO	16	38.1
TOTAL	42	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 6.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES QUE CONOCEN LA**  
**LEY 238. BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

LEY 238	FRECUENCIA	%
SI	1	2.4
NO	41	97.6
TOTAL	42	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 7.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES QUE SABEN QUE**  
**EXISTE TRATAMIENTO CONTRA EL VIH / SIDA. BARRIO BOER.**  
**MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

EXISTE TRATAMIENTO CONTRA EL SIDA	FRECUENCIA	%
SI	9	21.4
NO	33	78.6
TOTAL	42	100

Fuente: Entrevista

**Tablas # 8.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS DIFERENTES SINTOMAS DEL VIH/SIDA MAS**  
**MENCIONADOS POR LAS TRABAJADORAS SEXUALES. BARRIO BOER.**  
**MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

SINTOMA	SI		NO		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%
PERDIDA DE PESO	20	47.6	22	52.4	42	100
FIEBRE	18	42.9	24	57.1	42	100
ERUPCIONES	15	35.7	27	64.3	42	100
DIARREA FRECUENTE	10	23.8	32	76.2	42	100
TOS	4	9.5	38	90.5	42	100
AGOTAMIENTO	2	4.8	40	95.2	42	100
OTROS: VOMITO	7	16.7	35	83.3	42	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 9.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS DIFERENTES GRUPOS DE RIESGO MENCIONADOS**  
**POR LAS TRABAJADORAS SEXUALES. BARRIO BOER.**  
**MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

GRUPOS DE RIESGO	SI		NO		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%
TRABAJADORAS SEXUALES	25	59.5	17	40.5	42	100
HOMOSEXUALES	20	47.6	22	52.4	42	100
DROGADICTOS	17	40.5	25	59.5	42	100
SEXO CASUAL	7	16.7	35	83.3	42	100
OTROS: CUALQUIER PERSONA y LOS QUE TIENEN SEXO SIN PROTECCION	34	80.9	8	19.1	42	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 10.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS DIFERENTES MECANISMO DE TRANSMISION**  
**MENCIONADOS POR LAS TRABAJADORAS SEXUALES.**  
**BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

MECANISMOS	SI		NO		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%
RELACIONES SEXUALES	39	92.9	3	7.1	42	100
JERINGAS CONTAMINADAS	22	52.4	20	47.6	42	100
TRANSFUSIONES	18	42.9	24	57.1	42	100
LECHE MATERNA	3	7.1	39	92.9	42	100
OTROS: HERIDAS	3	7.1	39	92.9	42	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 11.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS DIFERENTES METODOS DE PREVENCION DEL**  
**VIH/SIDA MENCIONADOS POR LAS TRABAJADORAS SEXUALES.**  
**BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

METODOS DE PREVENCION	SI		NO		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%
USAR CONDON	42	100	0	0	42	100
TENER UNA SOLA PAREJA	42	100	0	0	42	100
NO COMPARTIR JERINGAS	11	26.2	31	73.8	42	100
NO TENER RELACIONES	4	9.5	38	90.5	42	100
EVITAR SEXO CON TRABAJADORAS SEXUALES	2	4.8	40	95.2	42	100
OTROS: EVITAR SEXO CON PERSONAS CONTAGIADAS	1	2.4	41	97.6	42	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 12.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS DIFERENTES PASOS DEL USO DEL CONDON**  
**MENCIONADOS POR LAS TRABAJADORAS SEXUALES.**  
**BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

PASOS DEL USO DEL CONDON	SI		NO		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%
REVISAR EL CONDON ANTES DE USARLO	28	66.7	14	33.3	42	100
DESENNOLLARLO POCO A POCO	24	57.1	18	42.9	42	100
PONERSE CON EL PENE ERECTO	22	52.4	20	47.6	42	100
USAR UN CONDON NUEVO	20	47.6	22	52.4	42	100
RETIRAR EL PENE DE VAGINA CUANDO ESTE ERECTO	9	21.4	33	78.6	42	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 13.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS DIFERENTES CONCEPTOS QUE TIENEN LAS**  
**TRABAJADORAS SEXUALES DEL VIH/SIDA. BARRIO BOER.**  
**MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

CONCEPTO	SI		NO		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%
ENFERMEDAD INFECCIOSA	21	50.0	21	50.0	42	100
ETS	18	42.9	24	57.1	42	100
VIRUS	10	23.8	32	76.2	42	100
ENFERMEDAD INCURABLE	24	57.1	18	42.9	42	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 14.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA ACTITUD QUE TIENEN LAS TRABAJADORAS**  
**SEXUALES ANTE EL VIH/SIDA. BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

ACTITUD	FRECUENCIA	%
POSITIVO	39	92.9
NEGATIVO	3	7.1
TOTAL	42	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 15.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGUN ACTITUD DE LAS**  
**TRABAJADORAS SEXUALES. BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	POSITIVO		NEGATIVO		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%
BUENO	8	19.0	1	2.4	9	21.4
REGULAR	17	40.5	-	-	17	40.5
MALO	14	33.3	2	4.8	16	38.1
TOTAL	39	92.8	3	7.2	42	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 16.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL NIVEL DE PRACTICA DE LAS TRABAJADORAS**  
**SEXUALES CON RELACION AL VIH / SIDA. BARRIO BOER.**  
**MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

NIVEL DE PRACTICA	FRECUENCIA	%
ADECUADO	37	88.1
INADECUADO	5	11.9
TOTAL	42	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 17.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL NIVEL DE PRACTICA SEGUN ESCOLARIDAD DE LAS**  
**TRABAJADORAS SEXUALES. BARRIO BOER.**  
**MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

NIVEL DE PRACTICA	ESCOLARIDAD												TOTAL	
	ALFABETIZADA		ANALFABETA		PRIMARIA		SECUNDARIA		UNIVERSIDAD		TECNICA			
	FC	%	FC	%	FC	%	FC	%	FC	%	FC	%	FC	%
ADECUADO	-	-	3	7.1	17	40.5	11	26.2	6	14.3	-	-	37	88.1
INADECUADO	-	-	1	2.4	3	7.1	1	2.4	-	-	-	-	5	11.9
TOTAL	0	-	4	9.5	20	47.6	12	28.6	6	14.3	0	-	42	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 18.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS TRABAJADORAS SEXUAL QUE REFIRIERON**  
**UTILIZAR SIEMPRE EL CONDON CUANDO TIENE RELACIONES SEXUALES.**  
**BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

UTILIZA SIEMPRE EL CONDON	FRECUENCIA	%
SI	38	90.5
NO	2	4.8
A VECES	2	4.8
TOTAL	42	100

Fuente: Entrevista

**Tabla # 19.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES QUE HAN UTILIZADO EL CONDON EN SU ULTIMA RELACION SEXUAL. BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

UTILIZO EL CONDON EN SU ULTIMA RELACION	FRECUENCIA	%
SI	38	90.5
NO	4	9.5
TOTAL	42	100

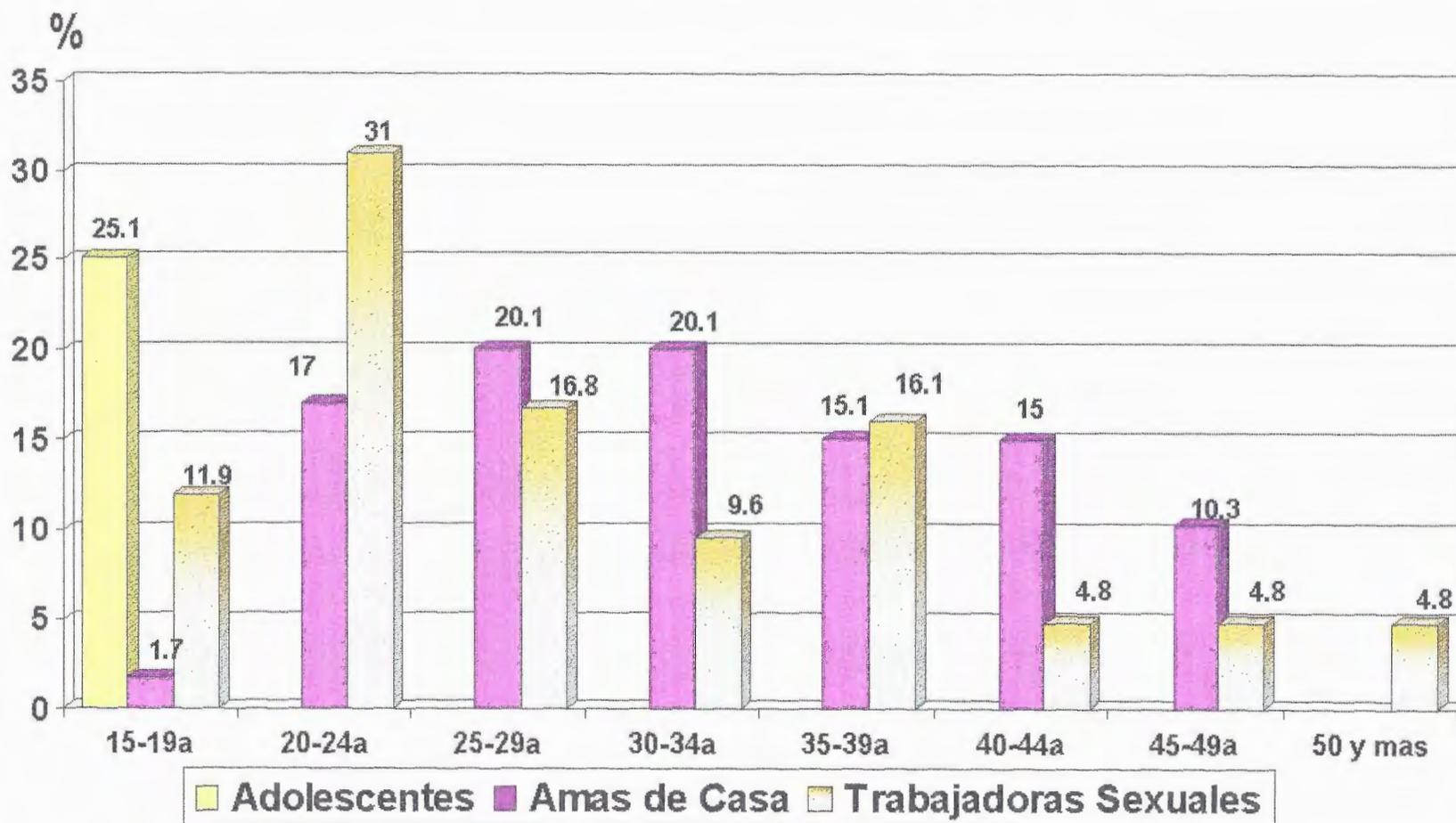
Fuente: Entrevista

**Tabla # 20.**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGUN PRACTICA QUE TIENEN LAS TRABAJADORAS SEXUALES. BARRIO BOER. MANAGUA / NICARAGUA 2003.**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ADECUADO		INADECUADO		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%
BUENO	7	16.7	2	4.8	9	21.4
REGULAR	17	40.5	-	-	17	40.5
MALO	13	31.0	3	7.1	16	38.1
TOTAL	37	88.2	3	11.9	42	100

Fuente: Entrevista

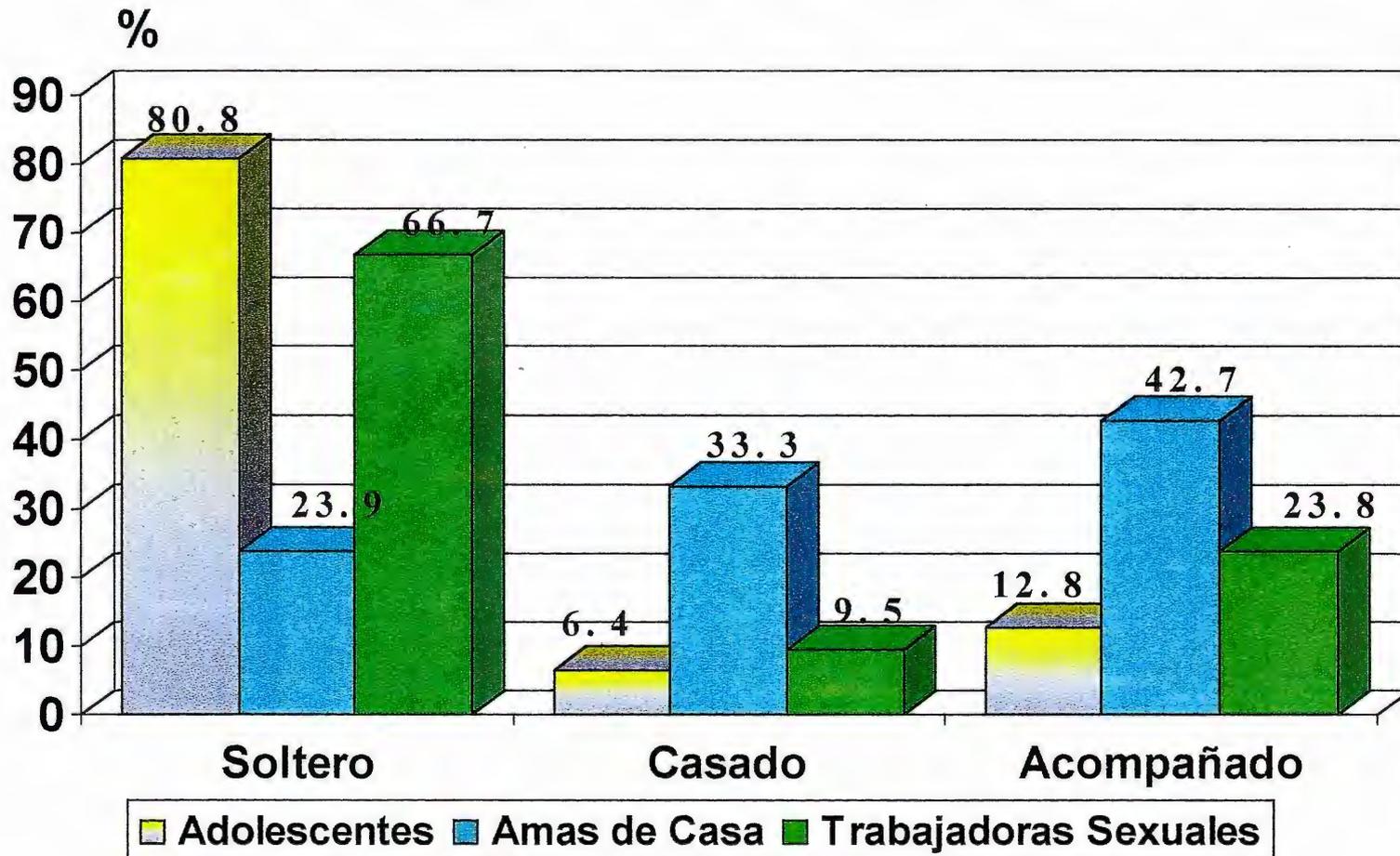
**Gráfico 1**  
**Distribución porcentual según edad de los adolescentes,**  
**amas de casa y trabajadoras sexuales.**  
**Barrio Bóer. Managua, Nicaragua 2003.**



Fuente: Entrevista

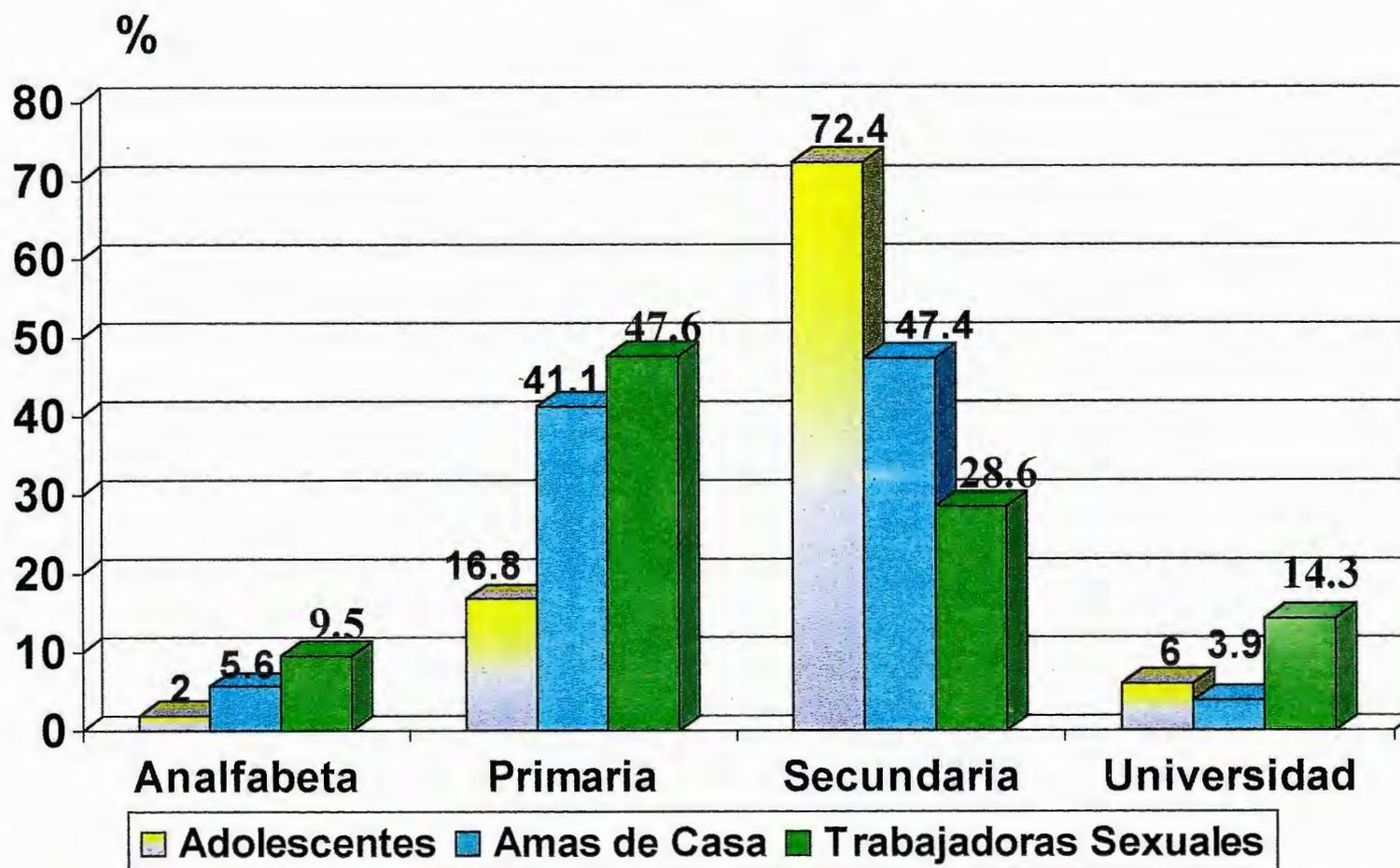
## Gráfico 2

Distribución porcentual según estado civil de los adolescentes, amas de casa y trabajadoras sexuales. Barrio Bóer. Managua, Nicaragua 2003.



Fuente: Entrevista

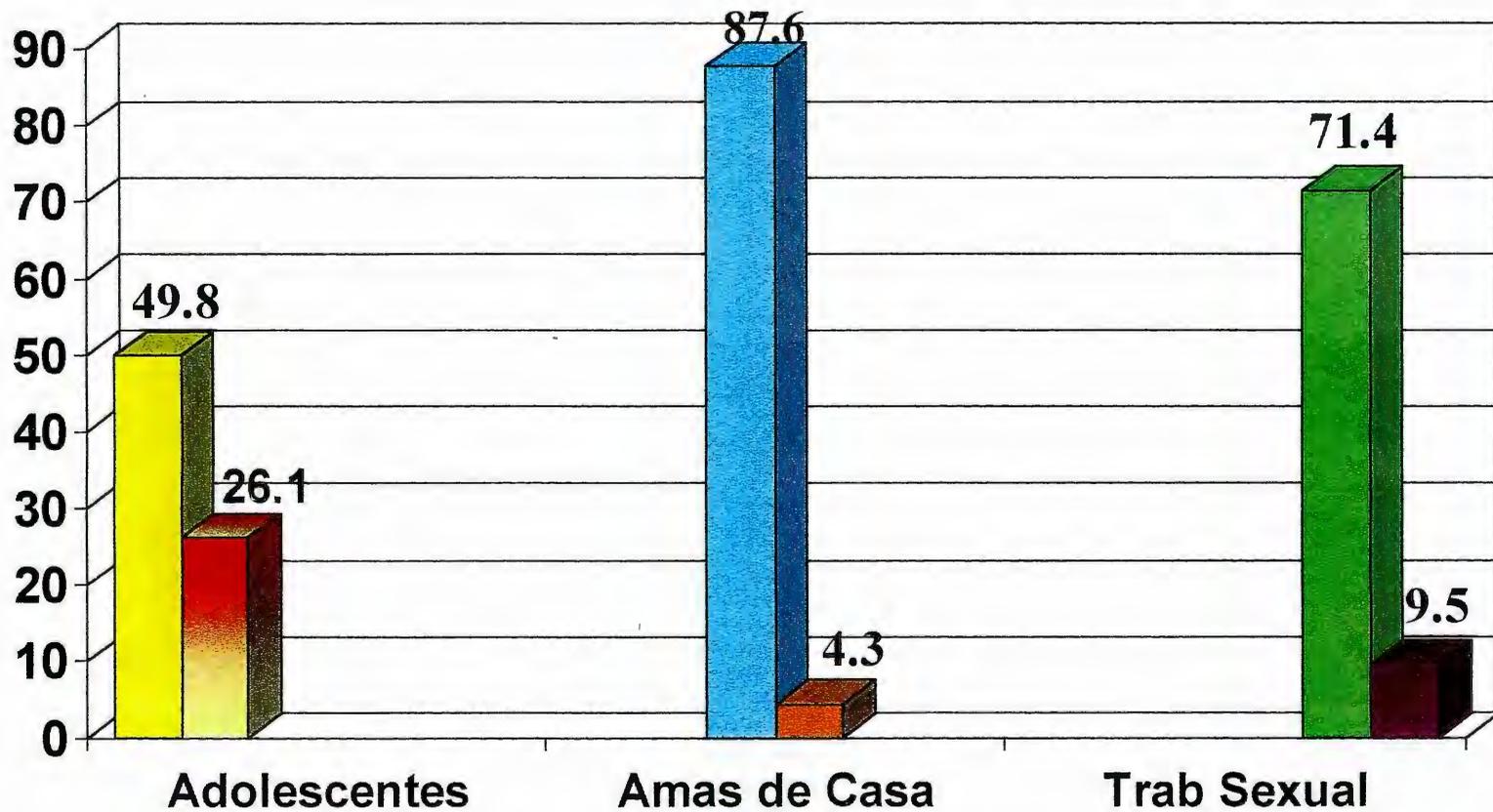
**Gráfico 3**  
**Distribución porcentual según escolaridad de los**  
**adolescentes, amas de casa y trabajadoras sexuales.**  
**Barrio Bóer. Managua, Nicaragua 2003.**



Fuente: Entrevista

### Gráfico 4

Distribución porcentual según ocupación de los adolescentes, amas de casa y trabajadoras sexuales. Barrio Bóer. Managua, Nicaragua 2003.

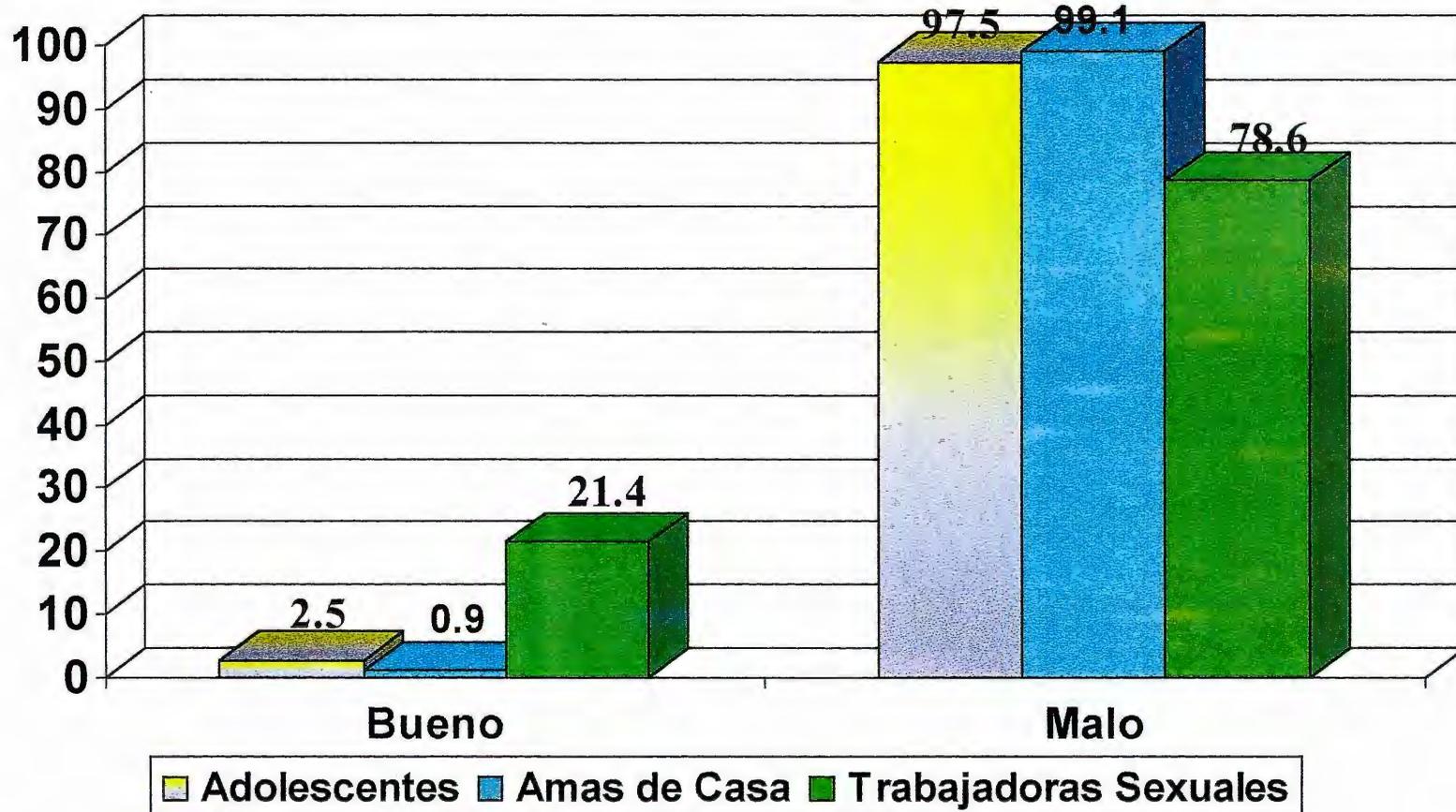


■ Estudiante ■ Otras ■ Ama de Casa ■ Vendedora ■ Trabajadoras Sexuales ■ Domestica

Fuente: Entrevista

**Gráfico 5**

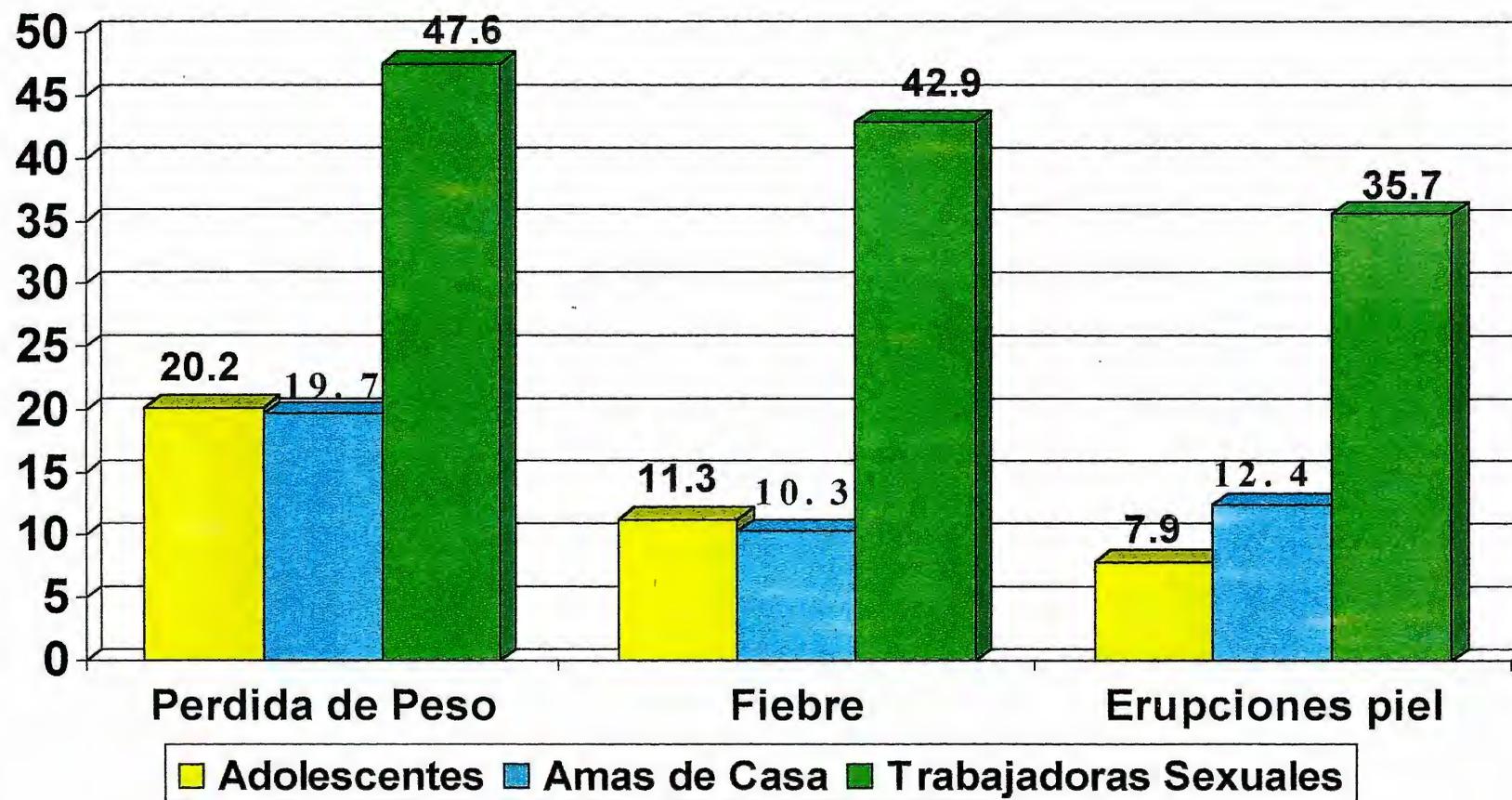
**Distribución porcentual del nivel de conocimiento que tienen los adolescentes, amas de casa y trabajadoras sexuales sobre VIH - SIDA Barrio Bóer. Managua, Nicaragua 2003.**



Fuente: Entrevista

**Gráfico 6**

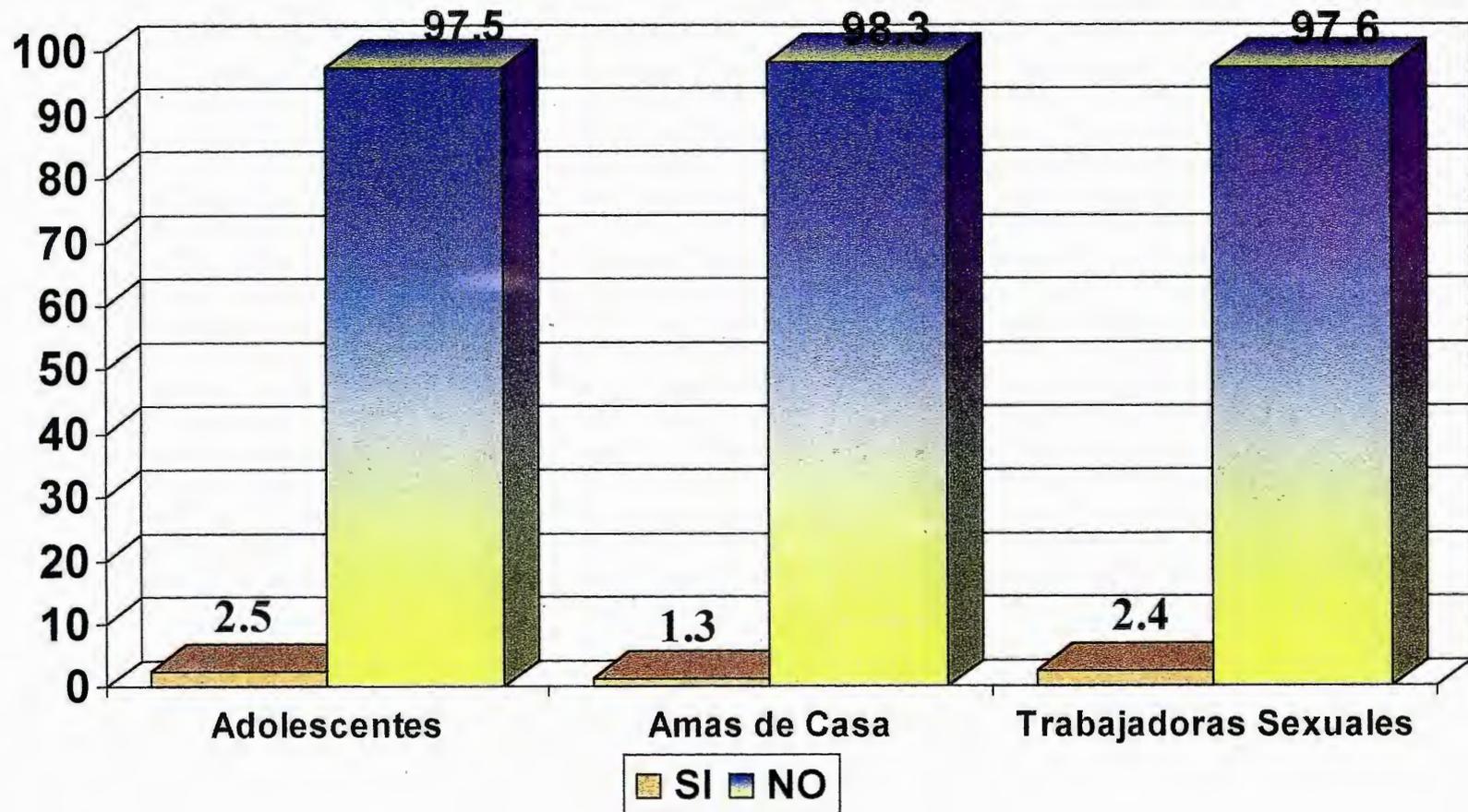
**Distribución porcentual de los diferentes síntomas mencionados por los adolescentes, amas de casa y trabajadoras sexuales sobre VIH - SIDA Barrio Bóer. Managua, Nicaragua 2003.**



Fuente: Entrevista

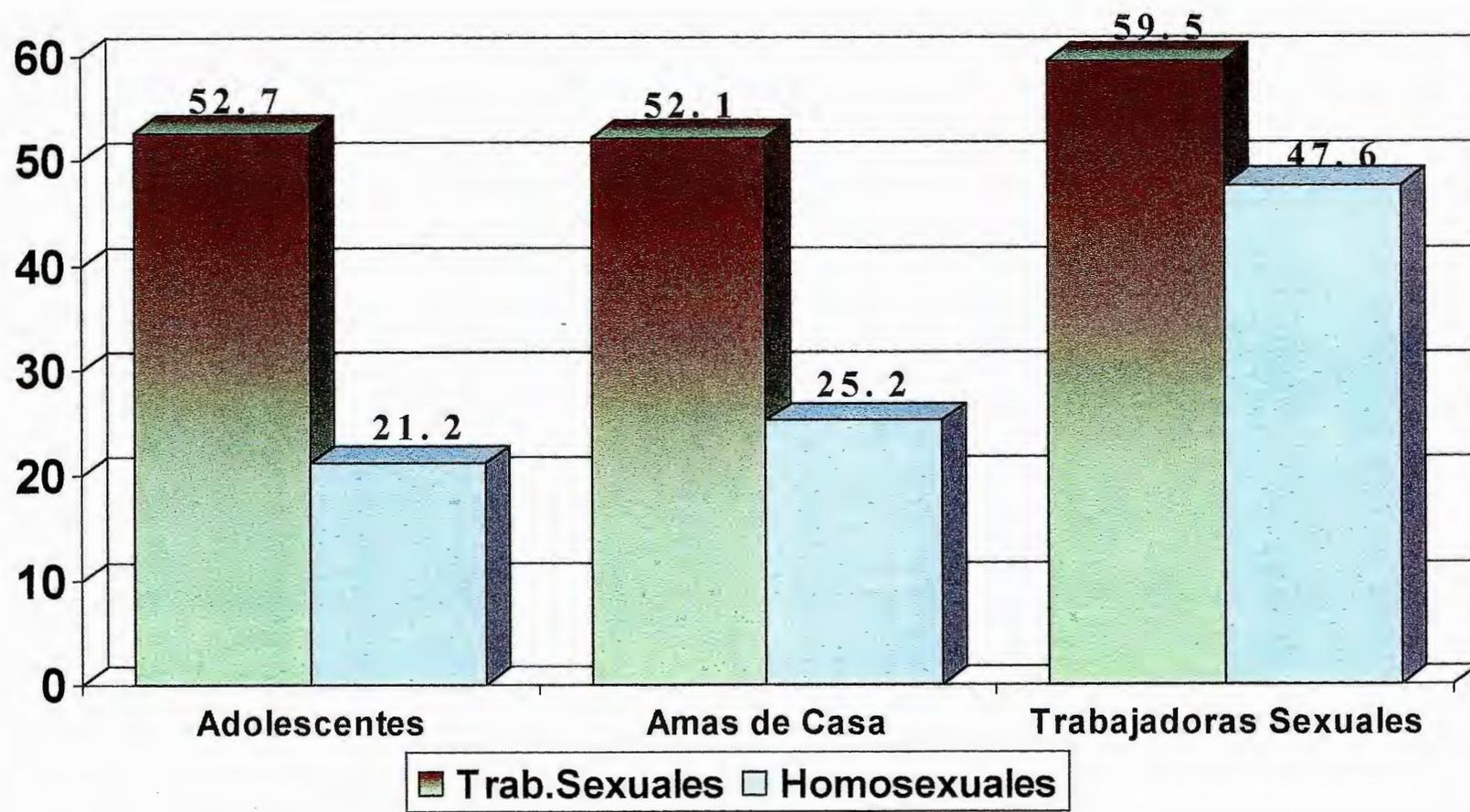
### Gráfico 7

Distribución porcentual de los adolescentes, amas de casa y trabajadoras sexuales que conocen la ley 238 sobre VIH - SIDA Barrio Bóer. Managua, Nicaragua 2003.



Fuente: Entrevista

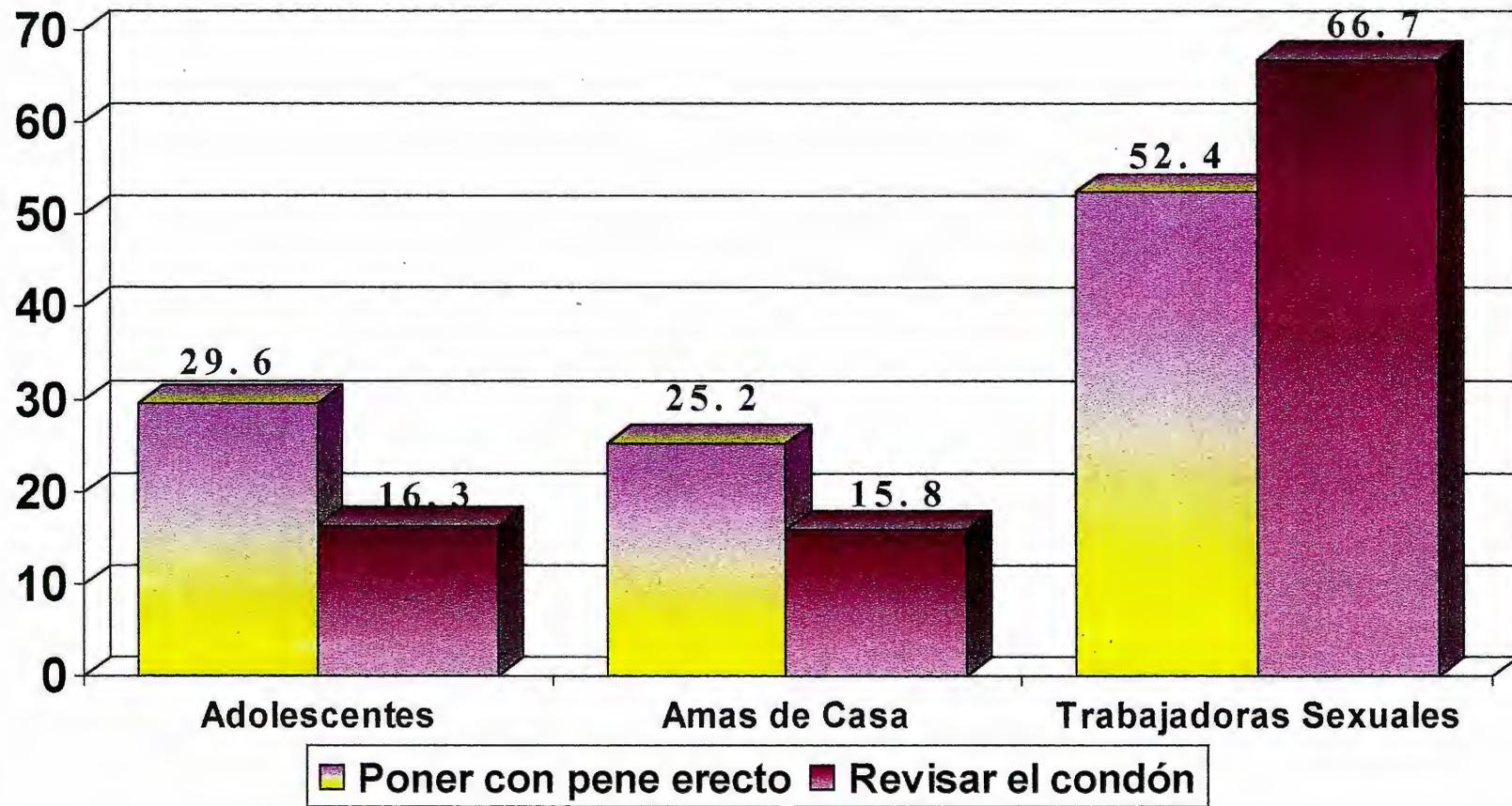
**Gráfico 8**  
**Distribución porcentual de los diferentes grupos de riesgo mencionados por los adolescentes, amas de casa y trabajadoras sexuales. Barrio Bóer. Managua, Nicaragua 2003.**



Fuente: Entrevista

**Gráfico 9**

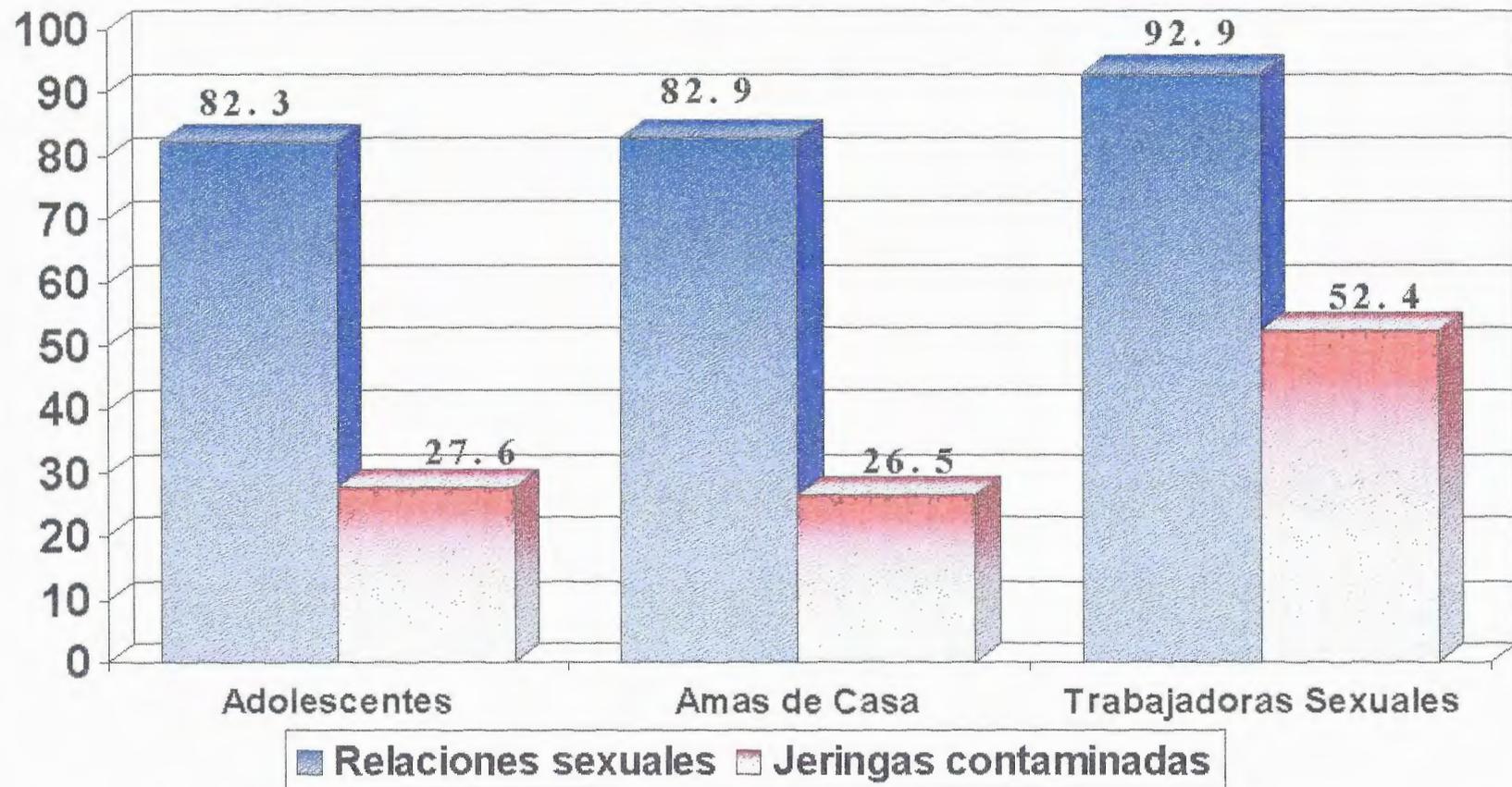
**Distribución porcentual de los diferentes pasos del uso del condón mencionados por los adolescentes, amas de casa y trabajadoras sexuales Barrio Bóer. Managua, Nicaragua 2003.**



Fuente: Entrevista

**Gráfico 10**

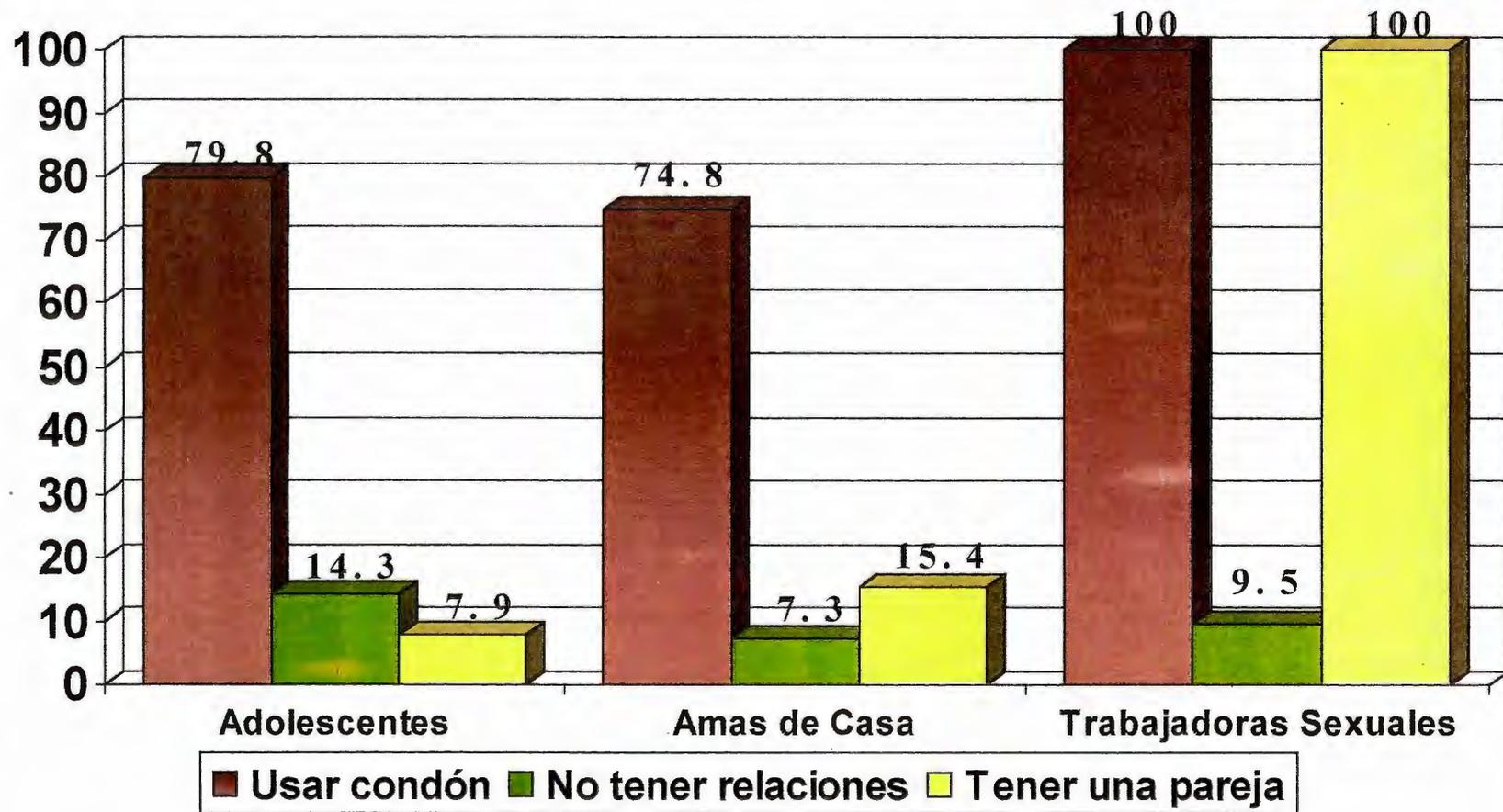
**Distribución porcentual de los diferentes mecanismos de transmisión mencionados por los adolescentes, amas de casa y trabajadoras sexuales. Barrio Bóer. Managua, Nicaragua 2003.**



Fuente: Entrevista

**Gráfico 11**

**Distribución porcentual de los diferentes métodos de prevención mencionados por los adolescentes, amas de casa y trabajadoras sexuales Barrio Bóer. Managua, Nicaragua 2003.**



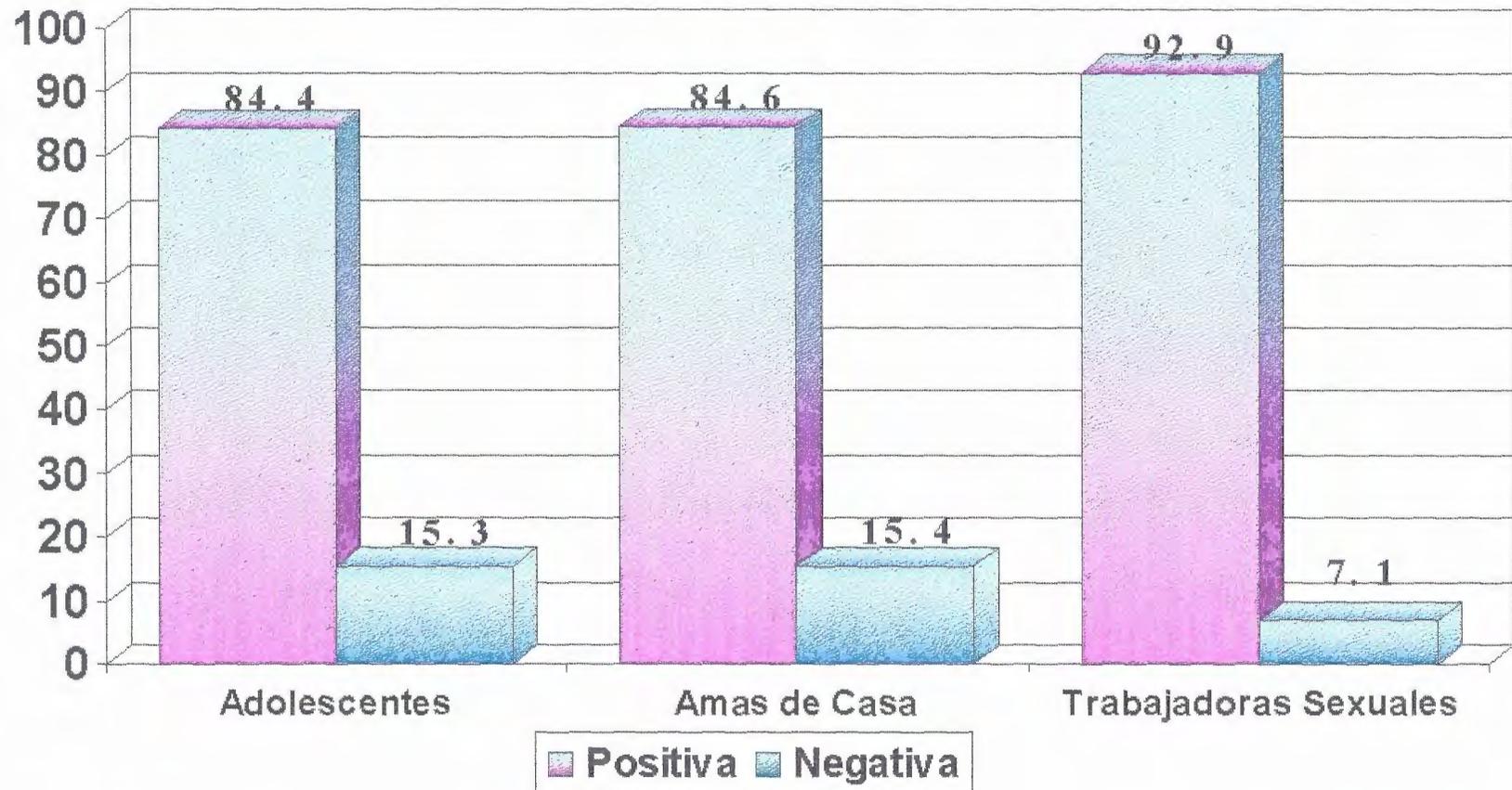
Fuente: Entrevista

**Gráfico 12**  
**Distribución porcentual del nivel de conocimiento según actitud de los adolescentes, amas de casa y trabajadoras sexuales Barrio Bóer. Managua, Nicaragua 2003.**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	POSITIVO			NEGATIVO		
	Adolescentes	Amas de casa	Trab.Sexual	Adolescentes	Amas de casa	Trab.Sexual
BUENO	2	0.9	19	0.5	0	2.4
MALO	82.8	83.9	73.8	14.8	15.3	4.8

Fuente: Entrevista

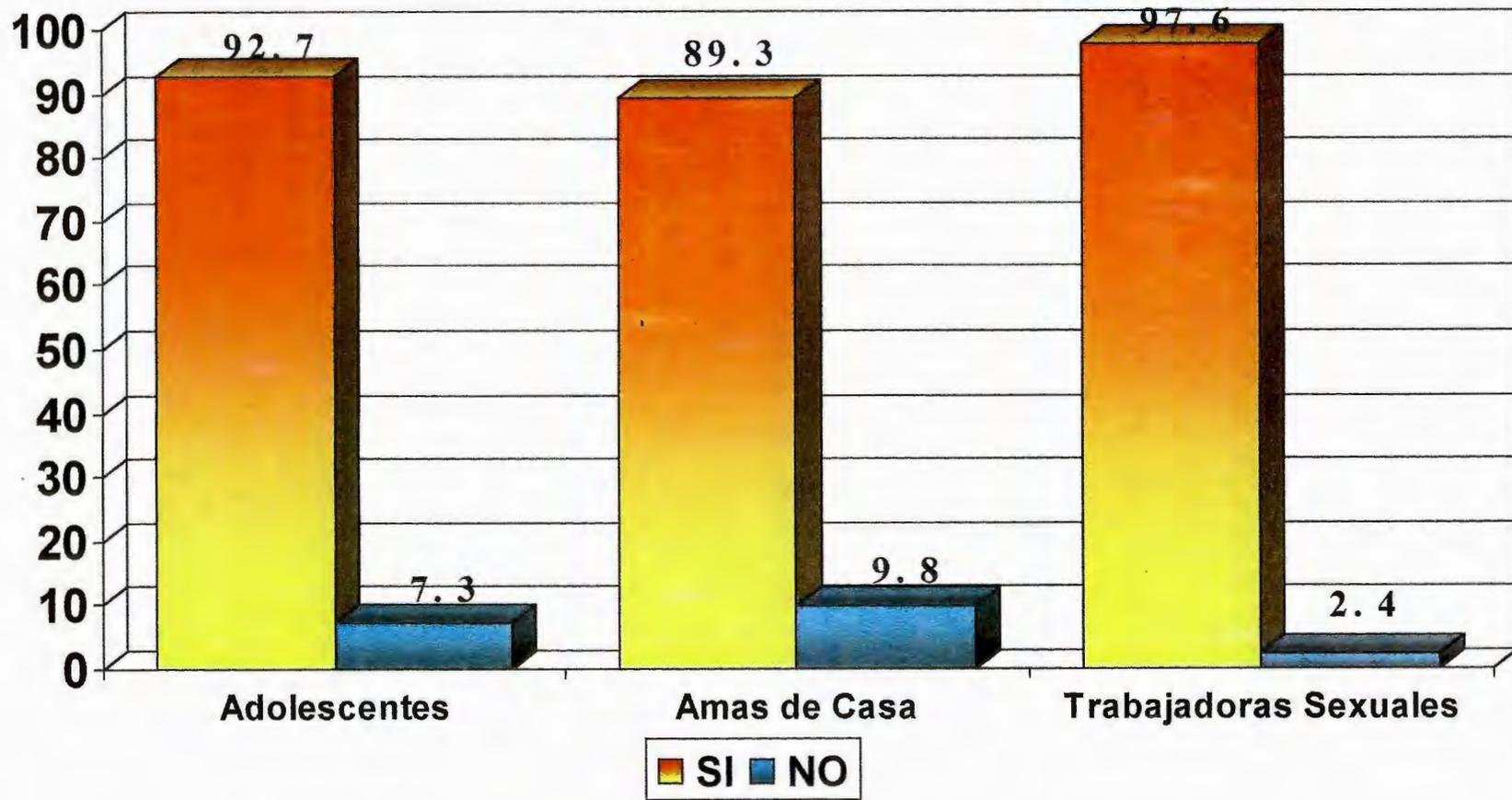
**Gráfico 13**  
**Distribución porcentual de la actitud de los adolescentes, amas de casa y trabajadoras sexuales ante el VIH – SIDA**  
**Barrio Bóer. Managua, Nicaragua 2003.**



Fuente: Entrevista

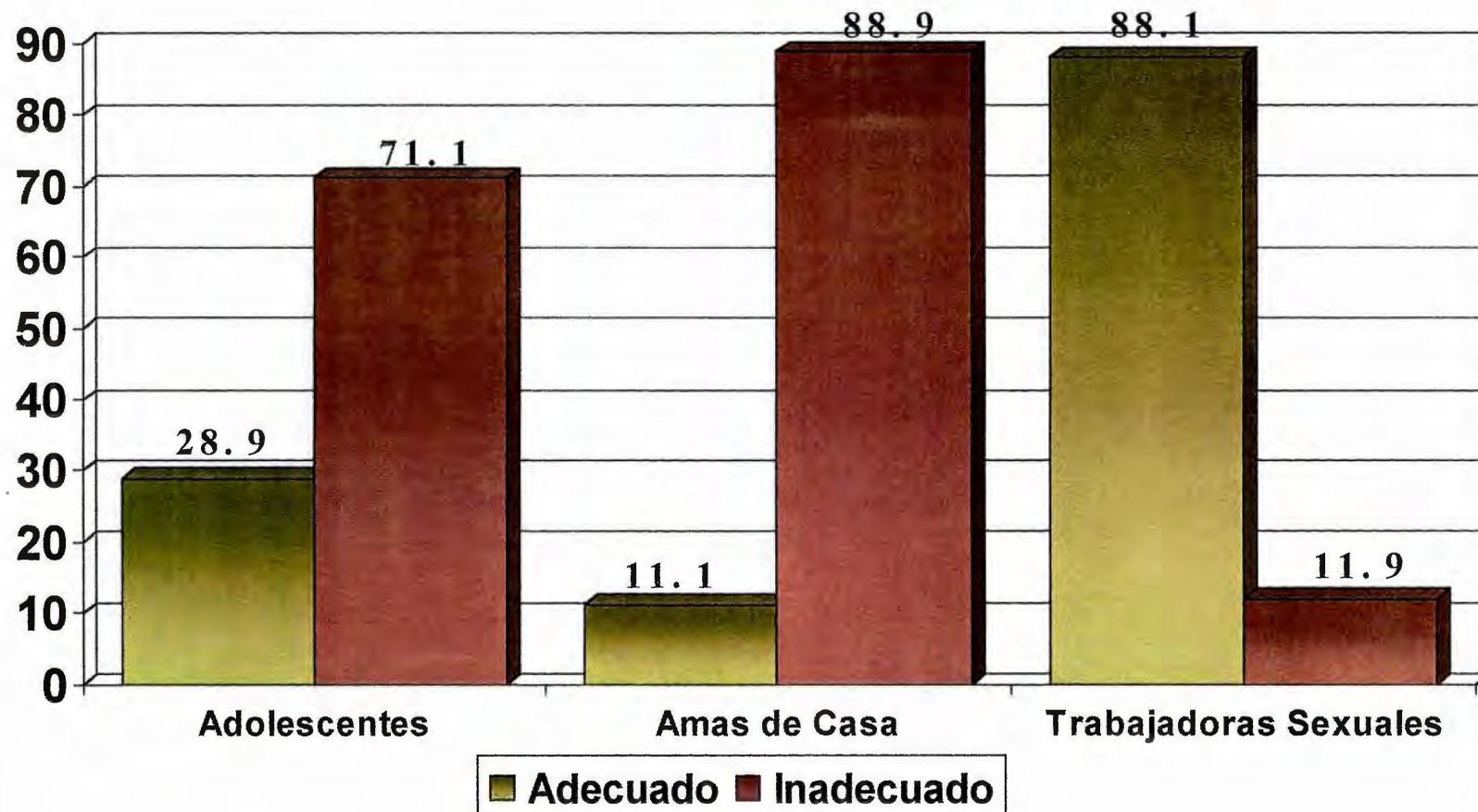
**Gráfico 14**

**Distribución porcentual de los adolescentes, amas de casa y trabajadoras sexuales en relación a si estan de acuerdo con el uso del condón como método de protección del VIH - SIDA Barrio Bóer. Managua, Nicaragua 2003.**



Fuente: Entrevista

**Gráfico 15**  
**Distribución porcentual del nivel de práctica de los**  
**adolescentes, amas de casa y trabajadoras sexuales.**  
**Barrio Bóer. Managua, Nicaragua 2003.**



Fuente: Entrevista

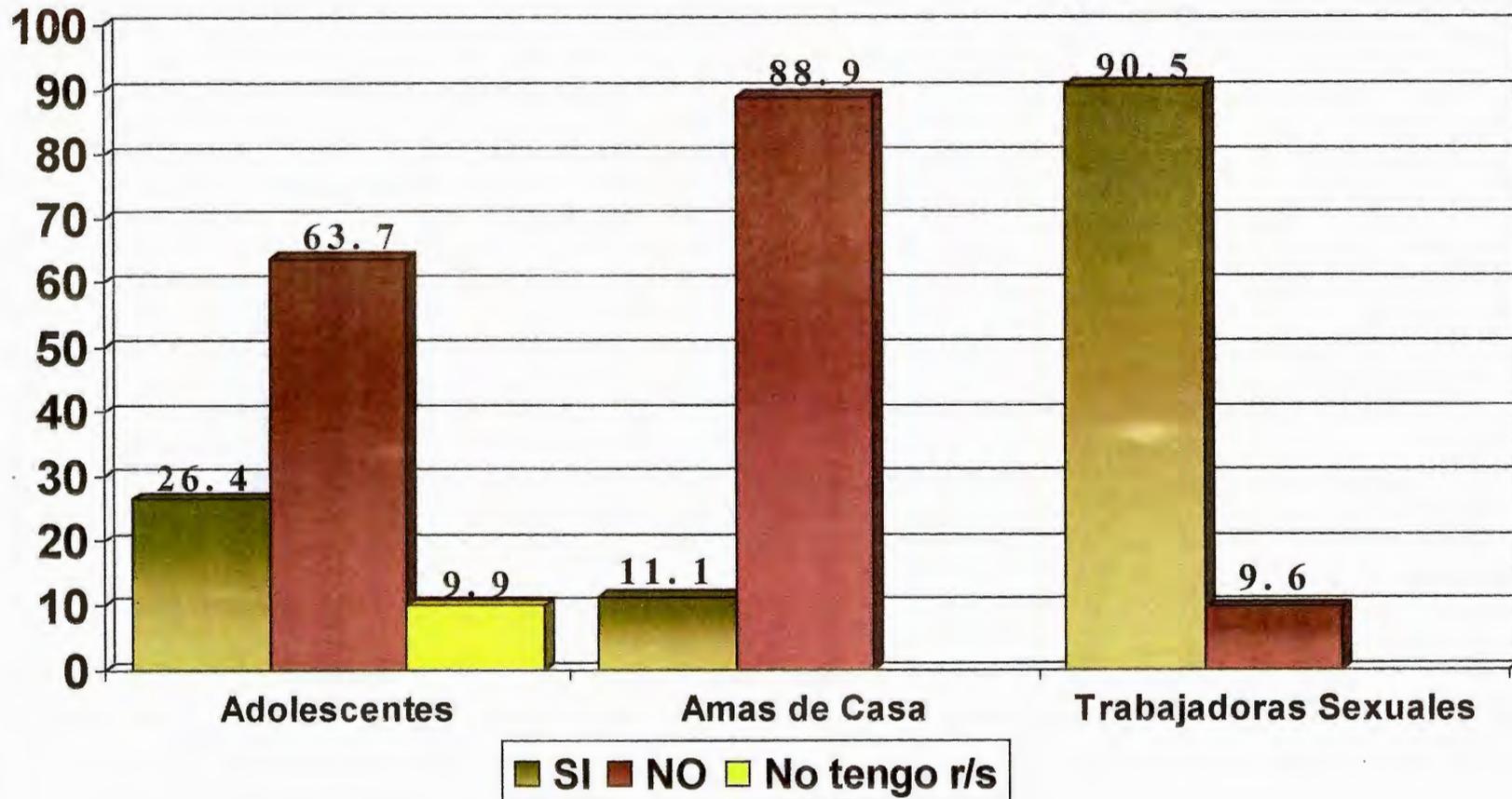
**Gráfico 16**  
**Distribución porcentual del nivel de conocimiento según práctica de los adolescentes, amas de casa y trabajadoras sexuales. Barrio Bóer. Managua, Nicaragua 2003.**

CONOCIMIENTO	ADECUADO			INADECUADO		
	Adolescentes	Amas de casa	Trab.Sexual	Adolescentes	Amas de casa	Trab.Sexual
BUENO	1.1	0	16.7	0	0.9	4.8
MALO	28.8	11.1	71.5	71.2	88.2	7.1

Fuente: Entrevista

**Gráfico 17**

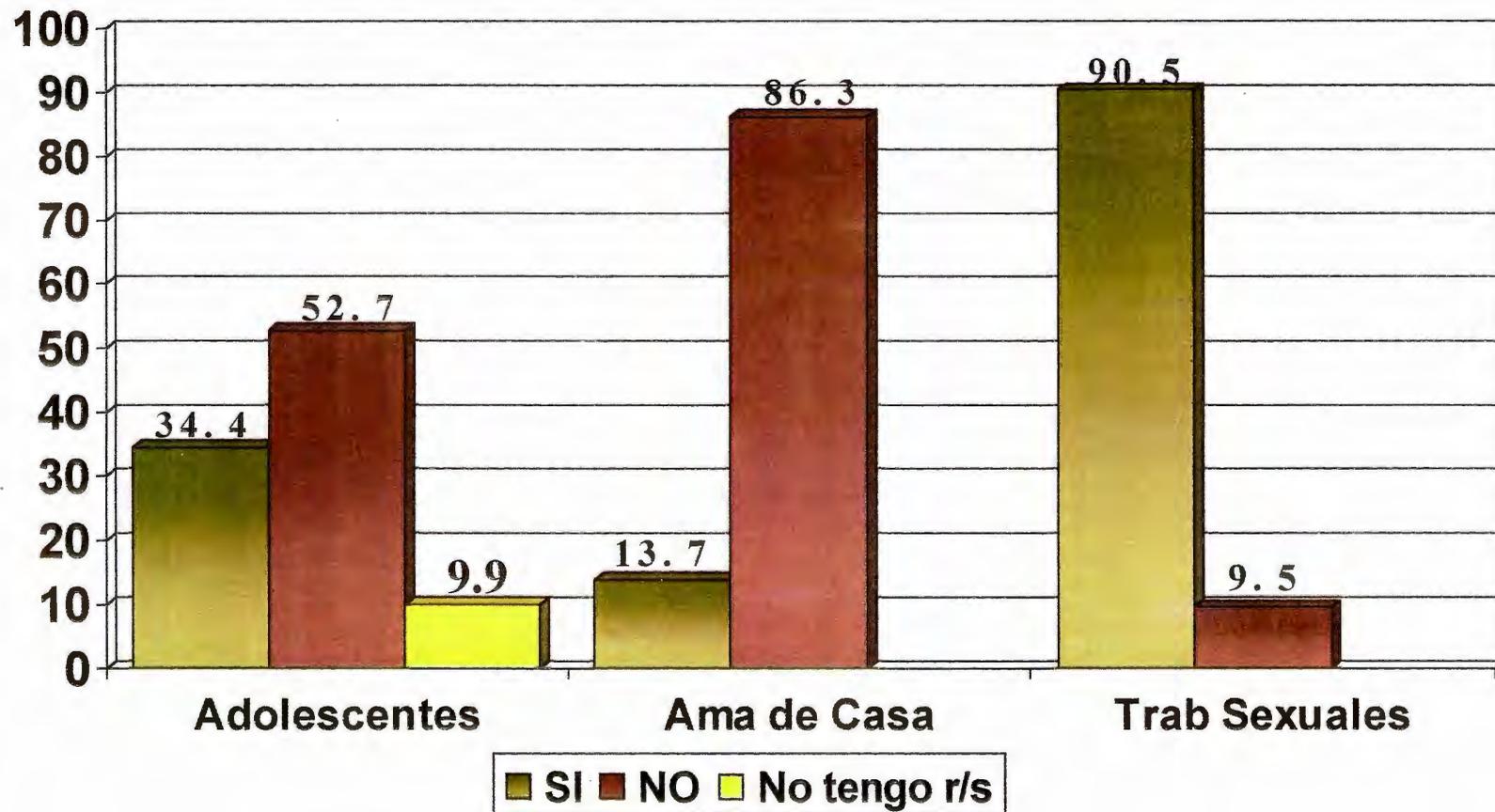
**Distribución porcentual de los adolescentes, amas de casa y trabajadoras sexuales que refirieron usar siempre el condón cuando tienen relaciones sexuales. Barrio Bóer. Managua, Nicaragua 2003.**



Fuente: Entrevista

### Gráfico 18

Distribución porcentual de los adolescentes, amas de casa y trabajadoras sexuales que han utilizado el condón en su última relación sexual. Barrio Bóer. Managua, Nicaragua 2003.



Fuente: Entrevista