



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**



Maestría en Salud Pública 2005-2007

Tesis para optar al Título de Maestra en Salud Pública

**COMPORTAMIENTO DE RIESGO ANTE LAS ITS/VIH Y
PREVALENCIA DE VIH EN MARINOS QUE LABORAN EN
LOS BARCOS PESQUEROS DEL PUERTO EL BLUFF,
BLUEFIELDS, ENERO - FEBRERO 2008.**

Autora: Gina Johanna Hodgson Acevedo MD

Tutor: Manuel de Jesús Martínez M. MSc

Bluefields, Nicaragua Febrero 2008

INDICE

DEDICATORIA	<i>i</i>
AGRADECIMIENTO	<i>ii</i>
RESUMEN	<i>iii</i>
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. JUSTIFICACIÓN	6
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
V. OBJETIVOS	8
VI. MARCO DE REFERENCIA	9
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	19
VIII. RESULTADOS	23
IX. ANALISIS DE RESULTADOS	27
X. CONCLUSIONES	31
XI. RECOMENDACIONES	32
XII. BIBLIOGRAFICA	33
ANEXOS	
a. Operacionalización de variables	
b. Tablas de Características sociodemográficas	
c. Encuesta	
d. Prospecto de pruebas rápidas	

DEDICATORIA

A DIOS:

Sobre todas las cosas fuente de amor y sabiduría. Por que me permitió llegar al final de esta etapa tan importante en mi vida e ilumino mi camino.

A MI FAMILIA:

A mis padres por su apoyo incondicional, gracias por hacer de mi lo que ahora soy y convertirme en una persona de buenos principios.

AGRADECIMIENTO

La realización del presente trabajo no pudo haber sido posible sin la elaboración y apoyo de diferentes personas e instituciones. Así, quiero dar a conocer a través de estas sencillas pero sinceras palabras mi agradecimiento

A mi tutor Manuel Martínez MSc por brindar sus conocimientos y experiencias durante todo este proceso de formación el cual culmina con la realización de este trabajo de investigación.

Al personal de salud en especial del puerto de El Bluff que me apoyaron de forma incondicional en consejería, recolección de información, toma y lectura de pruebas.

A la doctora Alma Rosa Castro Baltodano por la excelente coordinación de esta maestría con la cual se nos permitió adquirir un nivel más alto de conocimientos.

A todos los marinos que aceptaron responder a la encuesta y realizarse la prueba.

RESUMEN

El presente estudio describe los comportamientos de riesgos así como la prevalencia de período para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) presentes en marinos que laboran en barcos pesqueros del puerto de El Bluff, entre los meses de Enero y Febrero del 2008.

El diseño del estudio realizado es descriptivo de corte transversal. El muestreo fue por conveniencia, escogiéndose marinos que acudían a consulta o a solicitar certificado de salud y que posterior a la pre-consejería, oferta y aceptación de la prueba de VIH se les llenó ficha epidemiológica y realizó prueba rápida (Capillus). El procesamiento de las pruebas fue en cada unidad de salud enviándose al laboratorio Regional el 100% de los positivos y el 10% de los negativos, el análisis estadístico se hizo en el programa Epi – info 3.3.2

Entre las características sociodemográficas se encontró que el 36.4 % eran adulto joven, el 44.3 % mantienen una relación de hecho estable, el 85.2% curso algún año de educación formal, y un 44.3% pertenecen a la etnia mestiza.

Entre los comportamientos de riesgo se encontró que 54.3% inició su vida sexual antes de los 15 años, 93.7% de marinos tienen historia de múltiples parejas sexuales, el no uso de preservativo en un 45.5%, un 13% reportó haber tenido Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y un 3.4% refirió haber sido abusado sexualmente.

Se encontró una prevalencia puntual de VIH de 1.1% (1/88). El grupo étnico afectado fue el Miskitus con 3% de prevalencia.

I. INTRODUCCION

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un serio problema de salud pública en todo el mundo. Son una importante causa de enfermedad aguda, infertilidad, discapacidad a largo plazo y muerte. El impacto de estas enfermedades lo magnifica su potencial para facilitar la propagación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Tener o haber tenido una infección de transmisión sexual, aumenta 10 veces la probabilidad de adquirir el VIH/SIDA¹.

En todo el mundo hay escasa información sobre la magnitud y tendencias de las ITS, y Centroamérica no es una excepción. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en 1999 ocurrieron 340 millones de casos nuevos de ITS curables en todo el mundo. En América Latina y el Caribe ocurrieron 38 millones (11%)².

El VIH - SIDA cada vez cobra mayor número de infectados, presentándose para el año 2006, 39.5 millones de personas conviviendo con el virus de los cuales se dieron 2.9 millones de muertes por esta enfermedad esperándose para el año 2010 que otras 45 millones de personas contraigan el SIDA. Esta enfermedad ha tomado dimensiones de epidemia de carácter concentrada en la mayoría de países de Centro América, siendo Honduras y Belice los más documentados.

Nicaragua es el país centroamericano donde más tardíamente se detectó la epidemia del VIH y en la región centroamericana es el que actualmente reporta el menor número de personas diagnosticadas con el virus. A septiembre de 2007 se acumulan 2904 personas diagnosticadas con VIH o Sida en el país, de los cuales han fallecido 669. (23%).

La epidemia ha ido creciendo aceleradamente en los últimos años. Mientras en el período 1993- 1999 se diagnosticaba un promedio anual de 22 nuevas infecciones de VIH, entre los años 2000-2004 se diagnosticaron 131 nuevas infecciones por año.

Actualmente se diagnostican dos casos por día, sin embargo se ha calculado un subregistro de 60%.

A partir de 1981, año en que se notificaron los primeros casos de personas que padecían de SIDA en el mundo, se han realizado diversas investigaciones cuyos resultados han proporcionado un mayor conocimiento sobre las ITS y el VIH/SIDA, con el propósito de adoptar las medidas preventivas y de control más adecuadas.

En Nicaragua, el comportamiento de la epidemia se ha determinado por múltiples factores que son ambientales, sociales y culturales entre otros. En nuestra región, Región Autónoma Atlántico Sur se está difundiendo en la población de "menor riesgo", sobre todo los adolescentes, adultos jóvenes, las mujeres y dentro estos grupos, los socialmente desfavorecidos asociados a la alta migración, la pobreza y el bajo nivel cultural de la población.

Por tal motivo, y considerando el rápido aumento de los casos de VIH en el puerto del Bluff, se realizó este estudio, que permitirá aportar información epidemiológica para caracterizar mejor la epidemia de VIH/SIDA, así como poder identificar prácticas y falta de conocimientos que pueden estar favoreciendo este aumento.

III. ANTECEDENTES

En la actualidad el VIH/SIDA es una de las enfermedades que está cobrando muerte en los habitantes de todo el mundo, según el informe de ONUSIDA en el 2005 el número de personas que vivían con el virus alcanzó 40.3 millones de personas, de las cuales 17.5 millones eran mujeres, y en el mismo año hubo 4.9 millones de nuevas infecciones, falleciendo 3,1 millones ³.

A través de una base de datos centralizada con información sanitaria nacional de los trabajadores del mar en España, se sabe que para octubre de 1997, la incidencia VIH era de 309 por 100.000⁴. La prevalencia es muy variable según zonas y tipos de colectivo estudiado, en un estudio multicéntrico en 1990-91 fue de 1.2 %⁵. Más en pesca que en mercante y en especial en grupos con prácticas de riesgo: drogadictos 43-60-70 %^{6,7,8} y marineros con relaciones sexuales sin preservativo en África 2.47 %.

En un estudio realizado entre noviembre de 1993 y abril de 1995 sobre factores de riesgo y la prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en grupo de riesgo incluyendo, marineros en Cartagena uno de los puertos marítimos y turísticos más importantes sobre el mar Caribe, se encontró una prevalencia de infección por el VIH en marineros de 0.5 por ciento. Los factores de riesgo que se asociaron significativamente con la infección por VIH fueron la conducta homo-bisexual vs. la conducta heterosexual (razón de prevalencia (RP = 13, IC95 por ciento: 4,3-34,8) y prácticas de sexo anal (RP=7, IC95 por ciento: 2,4-19)⁹.

Un informe halló que de diez países pobres, nueve tenían pescadores con tasas calculadas de VIH de 4 a 14 veces mayores que la población general. Dos estudios de pescadores en grandes buques comerciales hallaron que más del 15% tenían VIH en los puertos tailandeses y camboyanos. Eso quintuplica con creces la tasa de otros grupos con elevado riesgo de infección, como los camioneros.

En 1987 se detecta el primer caso de SIDA en Nicaragua, para finales de 1995 se habían reportado 226 personas infectadas por el VIH de los cuales 122 llegaron a la etapa SIDA.

En la actualidad el VIH/SIDA es una de las enfermedades que está cobrando muerte en los habitantes de todo el mundo y nuestro país no se escapa de estar afectado principalmente en la población económicamente activa.

A pesar de ser un problema latente en nuestra sociedad ocupando en la RAAS el primer lugar a nivel nacional en prevalencia de ITS y el tercer lugar en VIH, muy pocos investigadores se han dado a la tarea de investigar sobre este tema, basando sus estudios en: conocimientos transmisión por VIH/SIDA, actitudes al cambio según conocimientos y las prácticas al uso de condones, y muy poco sobre las ITS en general, siendo los resultados como se describen a continuación.

A finales de la década de los 80, la Organización Mundial de la Salud promueve la difusión de las encuestas de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas las que han sido aplicadas en múltiples países ¹⁰.

En Nicaragua se han realizado estudios de conocimiento, actitudes y practicas sobre VIH/SIDA.

En 1990 se realizó un estudio CAP en estudiantes de secundaria del distrito IV de Managua en dos colegios públicos (maestro Gabriel y Experimental México) llegando a la conclusión de que la respuesta a la encuesta sobre conocimiento actitudes y practica sobre el VIH/ SIDA tenían similitud por lo que los resultados fueron presentados juntos. Un 86% tenían conocimiento sobre transmisión y prevención del VIH, la actitud que tenia frente al uso del condón fue de un 84% en los varones y solo un 26% de las mujeres exigían el uso del condón. En cuanto a la percepción de riesgo y cambio de conducta un 58% de los varones tenia preocupación frente al SIDA y un 61 % correspondía las mujeres, un 28% de los hombres se consideraban en riesgo de contraer el SIDA frente a un 25% de las mujeres.

En 1996 se realizó un estudio en Managua por Johanna Pauw sobre conocimientos actitudes y practicas que tenían los habitantes de los barrios Hilario Sánchez y Rigoberto López Pérez los que eran de un estatus económico bajo, Bello Horizonte y Ciudad Jardín de estatus económico más alto, llegando a la conclusión que ambos grupos tenían un 99% de conocimiento sobre transmisión y prevención del VIH ¹¹.

En el año 2006 se realizó un estudio en Laguna de Perlas sobre conocimientos y practicas ante el VIH/SIDA que tenían estudiantes de secundaria, llegando a la conclusión que los estudiantes tenían buenos conocimientos y prácticas de riesgo medio y bajo ¹².

En el estudio de 1991, se encontró que la mayoría de la población de Bluefields tenía buenos conocimientos y cambio de actitudes sin embargo se hacia un mal uso de los preservativos.

En el estudio CAP de 1994 resultó que, paradójicamente, aún después de campañas de prevención y educativas en salud, cada uno de los indicadores evaluados habían disminuido, a excepción del uso del condón.

Para 1997, en otro estudio CAP, se encontró que cada uno de los parámetros medidos habían modificaciones e incluso mejorados dichos parámetros, con relación al primer estudio CAP ⁷.

Otro estudio realizado con adolescentes y jóvenes en una escuela secundaria en el año 2000, por las Brs. Gladis Siu y Dania Jarquín, encontraron buenos conocimientos, sin embargo en cuanto a actitudes y prácticas la respuesta no fue satisfactoria ¹³.

IV. JUSTIFICACION

Los SILAIS con mayor incidencia del VIH actualmente en orden descendente son: Chinandega, Managua, Región Autónoma del Atlántico Sur, Masaya, Región Autónoma del Atlántico Norte y León. El SILAIS de la RAAS es el más afectado por la prevalencia de ITS, tienen una historia de exclusión social y aislamiento geográfico que las hace especialmente vulnerables. Factores como la pobreza, alta prevalencia de infecciones de transmisión sexual, importante proporción de población móvil, inicio de vida sexual activa a temprana edad que en la mayoría de veces es sin protección, prácticas sexuales de riesgo, la presencia de puertos y a su vez el tránsito en gran escala de turistas, debilidades del sistema de salud, explican el comportamiento de la epidemia en estas regiones, alcanzando el puerto El Bluff una tasa de prevalencia de ITS de 120 x 1000 habitantes en el 2006 la cual fue mayor que la del municipio de Bluefields que fue de 80 x 1000 habitantes.

En las Regiones Autónomas del Atlántico los indígenas y afro descendientes están invisibilizados en el análisis de la epidemia del VIH en el país. Son muy pocas las investigaciones que nos permiten tener una idea de la magnitud del problema y la complejidad de sus determinaciones⁸.

Por ello es que el presente estudio pretende describir los conocimientos y prácticas ante las ITS/VIH en marinos que laboran en el puerto de El Bluff. Esto permitirá reformar o dirigir nuevas estrategias de intervención a grupos prioritarios o de riesgos tomando en cuenta conocimientos y prácticas que directa o indirectamente facilitan la transmisión no solo de las ITS sino del VIH, a la vez tratar de sensibilizar a la población en general y las diferentes autoridades municipales sobre la magnitud del problema y la importancia de la aplicación de medidas preventivas, y priorizar dentro de los planes institucionales el tema de las ITS/VIH.

II. PLANTEAMIENTO PROBLEMA

De acuerdo con los diferentes aspectos mencionados anteriormente, se planteó la siguiente pregunta de estudio:

¿Cuáles son los comportamientos de riesgo ante las ITS/VIH y la prevalencia de VIH en marinos que laboran en el puerto del Bluff, enero-febrero 2008?

Derivada de la pregunta del estudio, se formulan las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las características sociales y demográficas de los marinos en estudio?

¿Cuales son los comportamientos de riesgo ante las ITS/VIH de los marinos en estudio?

¿Cuántos de los marinos en estudio están infectados con el VIH/SIDA?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Describir los comportamientos de riesgo ante las ITS/VIH y prevalencia de VIH en marinos que laboran en los barcos pesqueros del puerto El Bluff, Bluefields, periodo Enero - Febrero 2008.

Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de la población de estudio.
2. Describir comportamientos de riesgo ante las ITS y VIH en la población de estudio.
3. Estimar la seroprevalencia de VIH en la población de estudio.

VI. MARCO DE REFERENCIA

A finales del siglo XX cuando se creía que la mayoría de las enfermedades habían dejado de ser una amenaza para el mundo y estaba por cumplirse el propósito de la OMS "Salud para todos en el año 2000" una enfermedad desconocida hasta ese momento se convierte en una de las epidemias de mayor impacto en el mundo.

Las infecciones de transmisión sexual se definen como aquellas infecciones que se transmiten principalmente por las relaciones sexuales, de estas existen una gran cantidad de especies y diferentes microorganismos productores, por su gravedad se clasifican en:

Mayores:

- VIH SIDA
- Gonorrea
- Sífilis
- Herpes genital
- Verrugas genitales
- Chancro blando
- Linfogramuloma venéreo

Menores

- ① Tricomoniasis
- ① Clamidiasis
- ① Candidiasis

Las infecciones de transmisión sexual produce cambios a nivel inmunitario en la mucosa de la region genital, que facilitan la adquisición y transmision del VIH la cual comparten la misma ruta de transmision y por lo tanto la presencia de ITS identifica individuos y poblaciones a riesgo de VIH.

El VIH/SIDA es una enfermedad que se caracteriza por la destrucción total o parcial del sistema inmune, del cuerpo humano cuando este virus entra en nuestro sistema se desarrollan otras enfermedades e incluso la aparición de ciertos tipos de canceres ¹⁵.

6.1 Las formas de transmisión de las ITS/VIH/ SIDA son las siguientes:

1. Transmisión sexual
2. Transmisión perinatal
3. Transmisión sanguínea

Transmisión sexual: Se transmite por medio de las relaciones sexuales desprotegidas con penetración anal o vaginal con intercambio de secreción como semen, secreciones vaginales pueden transmitir el VIH SIDA.

Transmisión Perinatal: Se transmite de la madre al hijo, si la madre embarazada esta infectada con el virus del VIH, se lo puede transmitir a su bebe a través de la placenta en el embarazo y el parto y en la leche durante la lactancia materna.

Transmisión Sanguínea: Puede transmitirse a través de transfusiones de sangre y otros productos sanguíneos que no tienen control sanitario, además por penetrar al torrente sanguíneo por el uso compartido de jeringas, agujas (drogas, tatuajes, acupuntura, cuchillos de afeitar, cepillos de dientes contaminados).

Existen factores que facilitan la permanencia del VIH en la región como son:

- La falta de educación sexual en los centros de estudios.
- Sexualidad como un tabú.
- Poca apertura a la comunicación familiar.
- Poco conocimiento en el uso de condones.¹⁵

6.2 Diagnóstico del VIH

El diagnóstico de la infección por el VIH se logra a través de criterios Epidemiológicos, Clínicos y de Laboratorio, siendo este un requisito indispensable, se basa usualmente en la detección de anticuerpos contra el VIH. Los test serológicos para detectar anticuerpos son clasificados generalmente como test INICIAL (screening) o test CONFIRMATORIOS (suplementario). El test inicial provee la identificación presuntiva

de anticuerpos para VIH y el o los test suplementarios son usados para confirmar que el espécimen encontrado como positivo también reacciona como positivo ante estos otros test de diferente principio.

Precisión o fiabilidad de la prueba

- **Altamente Sensibles:** capacidad de detectar anticuerpos en cantidades ínfimas
- **Altamente Específico:** capacidad de identificar correctamente todos los resultados negativos

Tipos de Test:

- Las pruebas ELISA
- Pruebas sencillas y rápidas
- Pruebas de inmuno electro transferencia o Western Blot y las inmuno valoraciones por marcado de líneas.

6.3 Protocolo de diagnóstico:

Las estrategias a seguir para la realización del diagnóstico varía en cada país, inicialmente en todo el mundo, se utilizaba el ELISA como test inicial y el Western Blot como test confirmatorio. Los altos costos que ambos generan en los países en desarrollo especialmente, llevó a la OMS, a buscar estrategias mas accesibles y con menores costos. Con la aparición de las pruebas rápidas/sencillas, se inició una serie de estudios para comprobar la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de cada una de éstas pruebas; a partir de éstos resultados la OMS recomienda 3 estrategias diferentes. Cada una de ellas basadas en la prevalencia de la epidemia, así la **Estrategia I**, se recomienda para países de mas alta prevalencia (>30%), esta solamente utiliza un test rápido/sencillo o solo un ELISA, si es positivo, ya se considera un diagnostico confirmado. La **II Estrategia** se recomienda para países con prevalencia >10% y ≤30%, se hace una prueba inicial con un test rápido/sencillo, si es positivo se hace la prueba confirmatoria, ya sea con un ELISA o con un test

rápido/sencillo de distinto principio. La **III Estrategia** es para países donde la prevalencia es <10%; esta recomienda un test rápido/sencillo como prueba inicial, si es positivo se realiza un segundo test rápido/sencillo con diferente principio y después se confirma con ELISA o con un tercer test de distinto principio a los dos anteriores.

Actualmente, en Nicaragua se está aplicando la III Estrategia.

En la RAAS, desde hace 7 años se empezó (fuera del MINSA) como un proyecto piloto, el diagnóstico con pruebas rápidas, aunque siempre se hizo el Western Blot al 100% de las pruebas positivas para confirmación y para control de calidad al 10% de las pruebas negativas. Con el ingreso del programa a las unidades de salud del MINSA en la región, se está utilizando la III Estrategia, con dos pruebas rápidas de distinto principio (Hexagón y Capillus) y ELISA como prueba confirmatoria, aunque aun se siguen mandando a Managua las pruebas positivas para su confirmación con Western Blot por normas nacionales.

6.4 Seroprevalencia de VIH.

Es la proporción de la población que es positiva a la infección de VIH captada a través de la determinación de anticuerpos anti VIH con pruebas serológicas rápidas, en el periodo a estudio, teniendo como denominador la población a estudio.

Existen factores y comportamientos de riesgo que pueden estar relacionados con la adquisición del VIH/SIDA, entre ellas están: ser adolescente, edad de IVSA, la ocupación, usuaria de drogas intra venosa, tatuaje, presencia de ITS, entre otros. Abordándose algunas de ellas a continuación.

En la actualidad, los adolescentes inician relaciones cóitales a una temprana edad. El porcentaje de jóvenes activos sexualmente aumenta gradualmente durante los años de la adolescencia. La prevalencia varía considerablemente de una población a otra. Algunos estudios en Brasil Trinidad y Tobago, informan que entre 20 y 75% de los adolescentes alrededor de los 15 años de edad tienen relaciones cóitales y menos de

la quinta parte reportó uso consistente del condón, un número importante de ellos desde el mismo inicio de la pubertad, de los 10-12 años de edad.

En relación con el género y el inicio de actividades sexuales existe cierta controversia. No obstante, algunos señalan que no existen diferencias en las edades de inicio de actividad sexual entre hombres y mujeres. Asimismo, los hallazgos sugieren que los muchachos son más activos sexualmente que las muchachas, se informa que las relaciones sexuales son dos veces más probables en hombres que en mujeres.

El uso de condón es bajo e inconsistente entre los adolescentes, esta conducta guarda relación con un alto número de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual. En Brasil el uso de condón en la primera relación sexual varía entre 20 y 70%, en el Perú, el 50 por ciento de varones sexualmente activos y el 70 por ciento de mujeres sexualmente activas reportaron nunca haber usado un condón. Sin embargo, se observa en la mejor de las situaciones que un porcentaje cercano a 65% usa condón en todos sus contactos sexuales.

En general, los adolescentes y los jóvenes de hoy tienen un mayor número de parejas sexuales que sus progenitores. Además, un número importante de ellos tiene su primera relación sexual con un compañero casual, es decir, poco conocido. Los adolescentes tienen dificultades con los compañeros sexuales para dialogar sobre sexo seguro, lo cual se constituye en riesgo importante para enfermedades de transmisión sexual¹⁶.

A juicio de expertas, las prostitutas presentan menos riesgos de infección debido a que, por su misma actividad, se controlan regularmente y manejan abundante información sobre el SIDA, por lo cual adoptan todas las medidas preventivas, especialmente exigiendo a sus ocasionales compañeros el uso de condón¹⁷.

A pesar de que la prevalencia de VIH en la población adulta de Nicaragua se mantiene baja (se estima en un 0.2%), desde hace mucho tiempo se percibe que los riesgos vienen aumentando y podrían tener consecuencias catastróficas en este país

centroamericano. Por la evidencia internacional publicada en varios estudios, el grupo de trabajadoras y trabajadores del sexo (TS) y sus clientes en Nicaragua, serían los potenciales provocadores de un brote epidémico de mayores proporciones al descartar otros grupos de alto riesgo mencionados en la literatura¹. Por ejemplo, la ausencia de una cultura de uso de drogas intravenosas hace improbable que este grupo tenga alguna importancia en Nicaragua y prácticamente el problema puede concentrarse en trabajadoras del sexo.

En cuanto a la presencia de ITS, según El Programa de Prevención del VIH/SIDA del ICAS esta aumenta el riesgo de transmisión del VIH con un factor de tres a cinco o más. Además, el riesgo de infección por un solo contacto es aumentado de 10 a 30 veces en la presencia de una ulcera genital. Estos datos han conllevado a una llamada de atención a mejorar los servicios de control de las ITS como una mayor medida de prevención del SIDA. Programas dirigidos a grupos altamente vulnerables para adquirir ITS y VIH y que operan como los puntos de entrada de la epidemia de SIDA hacia la población².

En los estudios realizados desde 1992 en diez países de ingresos bajos o medios de África, Asia y América Latina para los que se disponía de datos (Brasil, Camboya, la República Democrática del Congo, Honduras, Indonesia, Kenya, Malasia, Myanmar, Tailandia y Uganda) pone de manifiesto que en todos ellos excepto uno (Brasil), las tasas de prevalencia del VIH en los pescadores y las comunidades pesqueras son entre cuatro y 14 veces superiores a la tasa de prevalencia media nacional de los adultos de 15 a 49 años. Estas tasas considerables de infección por VIH sitúan a la población pesquera entre los grupos identificados con mayor frecuencia como de alto riesgo; su riesgo es superior al de otras poblaciones móviles como los camioneros y los militares en todos los países para los que se dispone de datos comparativos (nuevamente excepto Brasil)⁴⁶.

¹6.5 Medidas Preventivas:

1. Comunicación con familiares de manera sincera y amplia sobre este tema.
2. Asumir responsabilidad por sexualidad, por medio del respeto a uno mismo y a los demás.
3. Tomar responsabilidad de las acciones.
4. Abstinencia del acto sexual, hasta tener una relación estable como el matrimonio o unión libre.
5. Iniciar la vida sexual estar preparado intelectualmente, socialmente, éticamente y no solo físicamente.
6. Abstenerse al uso de drogas y abuso del alcohol ya que se pierde el dominio de sus acciones.
7. Uso correcto del condón.

A pesar de que nadie ha abordado las actitudes ante los resultados de las pruebas, se conoce de los centros de referencia que la mayoría de las reacciones son de negación e ahí la importancia de las consejerías pre y post resultados.

6.6 Definiciones, componentes y formación de las actitudes

El concepto de actitud es probablemente el más utilizado que cualquier otro en la Psicología Social y también al que la gente le da varios significados.

Cuando decimos que tenemos ciertas actitudes hacia algo o alguien es una forma abreviada para expresar que tenemos pensamientos y sentimientos de cosas y de conductas que nos gustan o nos disgustan; que aprobamos o desaprobamos, por las que sentimos atracción o rechazo.

Conocimiento: Conocer por el intelecto y la naturaleza las relaciones de las cosas.

El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decir

¹ ¹ Isabel Noguera, Karen Cowgill, Anabela Abreu (2003), El VIH/SIDA en países de América Latina. Los retos futuros, Banco Mundial, Washington DC

² <http://www.icas.net/icasweb/docs/Programa%20VIH-SIDA.doc>

lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada. El termino conocimiento se usa en el sentido de hecho, información, concepto, pero también como comprensión; la especie humano ha progresado en la medida que ha acumulado las experiencias de otras generaciones y los ha logrado sintetizar. Sin embargo el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, esencial para que la persona haga conciente los razone para adoptar o modificar una determinada conducta.

El comportamiento esta formado por prácticas, conductas, procedimientos, reacciones es decir todo lo que le acontece al individuo y de lo que participa, las prácticas regulares se llaman hábitos y se definen como una respuesta establecida para una situación común.¹⁸

Prácticas o comportamientos de riesgo con relación a las ITS, VIH SIDA:

Es el uso o costumbre habitual de relaciones sexuales sin tomar en cuenta la necesidad de utilizar medidas de protección o de prevención, relacionadas con el conocimiento y la actitud de evitar el VIH SIDA, como es el caso de la promiscuidad, esto está relacionado con actitudes como la fidelidad a la pareja o la abstinencia. Las prácticas de riesgo implicarían el no uso del condón, por parte de la pareja varón, o la no exigencia del uso del condón, por parte de la pareja mujer. Otro ejemplo es el uso de drogas por vía intravenosa por compartir agujas de jeringuillas.

El comportamiento esta formado por prácticas, conductas, procedimientos, reacciones es decir todo lo que le acontece al individuo y de lo que participa, las prácticas regulares se llaman hábitos y se definen como una respuesta establecida para una situación común¹⁹.

Parejas casadas y en cohabitación

Las parejas casadas o que cohabitan tienen relaciones sexuales más a menudo que las personas que no viven juntas, pero utilizan preservativos con menor frecuencia. Por supuesto, este uso limitado de los preservativos se debe en parte a la confianza, pero también refleja la falta de poder de las mujeres para negociar prácticas sexuales

seguras, aun en el caso de que sospechen que sus esposos han tenido relaciones sexuales de alto riesgo antes o durante el matrimonio²⁰.

Preservar la seguridad siendo fiel a la pareja es un componente integral de la estrategia ABC, pero la idea de que ya no se necesita protección con la pareja habitual puede ser peligrosa. La fidelidad sólo protege cuando ninguno de los miembros de la pareja está infectado por el VIH y ambos se mantienen siempre fieles. Por ejemplo, un estudio efectuado en Tailandia en 1999 comprobó que, aunque las tres cuartas partes de las mujeres VIH-positivas habían sido infectadas muy probablemente por sus esposos, casi la mitad pensaban que tenían un riesgo mínimo o nulo de infección por el VIH. Las relaciones sexuales con sus esposos eran el único factor de riesgo de VIH comunicado por estas mujeres²¹.

Profesionales del sexo

Como norma, la prevalencia del VIH es más alta entre los profesionales del sexo que en la población general. Entre 1998 y 2002, diversas encuestas sobre profesionales del sexo de diferentes zonas urbanas encontraron tasas extraordinariamente elevadas de infección: 74% en Etiopía, 50% en Sudáfrica, 45% en Guyana y 36% en Nepal (ONUSIDA, 2002). Los niveles crecientes del VIH entre los profesionales del sexo pueden constituir un primer aviso de la probabilidad cada vez mayor de que la epidemia se propague entre la población general.

Consumidores de drogas intravenosas y sus parejas sexuales

El uso de equipos contaminados para la inyección de drogas es una vía de transmisión del VIH sumamente eficaz, y sigue desempeñando un papel importante en las epidemias de VIH en varias regiones del mundo. A nivel mundial hay más de 13 millones de consumidores de drogas intravenosas, y en algunas regiones más del 50% de ellos están infectados por el VIH. En la actualidad, la inyección de drogas con equipos contaminados es la principal vía de transmisión en muchos países de Europa, Asia y América Latina, y también está impulsando la transmisión del VIH en el norte de

África y Oriente Medio. En los últimos años, la transmisión entre consumidores de drogas intravenosas ha sido la responsable de la propagación de la infección por el VIH más rápida del mundo, en Europa oriental y Asia.

Sin embargo, la experiencia demuestra que es posible prevenir grandes epidemias entre consumidores de drogas intravenosas mediante una combinación de intervenciones, e incluso invertir su curso. Ciudades como Londres (Reino Unido) y Dhaka (Bangladesh) han logrado mantener la prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas por debajo del 5%. En Nueva York (Estados Unidos), Edimburgo (Escocia) y varias ciudades del Brasil se han registrado descensos en la prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas.

En Nicaragua la ausencia de una cultura de uso de drogas intravenosas hace improbable que este grupo tenga alguna importancia en nuestro país y prácticamente el problema puede concentrarse en Trabajadoras sexuales.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

a) Tipo de Estudio

Corresponde a un estudio descriptivo de corte transversal en el cual se estudió los conocimientos y prácticas de marinos ante las ITS/VIH que pueden determinar un incremento de transmisión del VIH en la población, así como la seroprevalencia de la infección al virus de inmunodeficiencia.

b) Área de Estudio

El presente estudio se realizó con marinos que laboran en empresas pesqueras del puerto El Bluff, la cual es un puerto con acceso a desembarque de buques pesqueros, comerciantes y es asiento de compañías de barcos pesqueros y comerciales estimándose alrededor de 300 marinos procedentes tanto del puerto como de otras regiones del país e incluso internacionales, población multiétnica entre los que predominan creoles, miskitos y mestizos.

c) Universo

Todos los marinos que laboran en las faenas de los barcos pesqueros distribuidos en 3 empresas pesqueras (Nica Fish, CONICSA y Gulf King) correspondiendo a 250 marinos activos durante los meses de enero y febrero 2008.

Para la determinación de la seroprevalencia se ofertó y realizó la prueba a todos los individuos encuestados que aceptaron de forma voluntaria la prueba para determinar anticuerpos anti VIH a través del protocolo diagnóstico empleados a la región.

d) Muestra

Corresponde a 88 marinos entrevistados y muestreados para serología de VIH, equivalentes al 35% del universo, el muestreo tomado por conveniencia entre marinos que asisten a consultas en los puestos de salud y entre marinos visitados en la cooperativa durante visitas de campo.

e) Criterios de inclusión:

- ◆ Ser marino
- ◆ Estar laborando actualmente en una de las empresas pesqueras del Bluff.
- ◆ Marineros mayores de 18 años.
- ◆ Independientemente de la raza.

f) Criterios de exclusión:

- ◆ Personas que rehúsen participar del estudio
- ◆ Persona con discapacidades que le impida dar información.
- ◆ Personas que no laboren en la empresa pesquera.
- ◆ Personas que laboren en la empresa pesquera pero que no sean marinos.
- ◆ Menores de edad
- ◆ Cualquier otro fuera de lo consignados en los de inclusión

g) Fuente de información:

La fuente de recolección de la información fue primaria mediante la entrevista personal a cada una de las personas incluidas en el estudio utilizando para esto un formulario de recolección de información previamente diseñado.

h) Instrumento de recolección de la Información:

Los datos se recogieron en una encuesta prediseñada sobre vigilancia de comportamientos en grupo de 15 – 49 años modificada, la cual se adaptó a la realidad de la zona. Ver en anexos.

Se utilizó un código en el instrumento de colecta de datos y fichas de laboratorio a fin de garantizar la confidencialidad de la persona participante del estudio. Ver en anexo ficha recolección datos de comportamiento, ficha de laboratorio y consentimiento informado

i) Validación del instrumento

Previo aplicación de la encuesta se realizó una prueba piloto en un grupo de marinos

de embarcaciones pequeñas asentadas en el puerto de Bluefields, que no laboran en el área en donde se realizó el estudio, el objetivo de esta fue determinar el entendimiento de la encuesta.

j) Análisis y procesamiento de la información:

Los datos recolectados se procesaron por medio electrónico utilizando el programa Epi Info 2002, los resultados se presentan en tablas y gráficos para facilitar su análisis, se utilizó distribución de frecuencia, razones y proporciones.

El suero obtenido de los participantes fue procesado con pruebas rápidas (Capillus, Unigol) a los cuales del 10% de los negativos se les realizó control de calidad con la técnica de ELISA, al suero positivo por Capillus Unigol también se le hizo un test de ELISA como prueba confirmatoria.

k) Ética: Se solicitó el **consentimiento informado y escrito** de los participantes para el llenado de las encuestas y la toma de muestras. A los participantes se les informó sobre sitios donde acudir en caso de detectarse una infección de transmisión sexual activa y como acceder a tratamiento. A los casos positivos al VIH se les garantizó profilaxis.

l) Prevención de Sesgos: Los sesgos de información se controlaran mediante la capacitación de los encuestadores sobre el instrumento de recolección y sobre como brindar consejería para ofertar la prueba.

m) Variables del estudio (Ver operacionalización en el capítulo de anexos)

- Características sociodemográficas de la población estudiada.

- Edad
- Escolaridad
- Religión
- Estado Civil
- Etnia
- Procedencia

- Comportamientos que intervienen en la transmisión de la ITS/VIH en la población de estudio.

- Preferencia sexual del marino
- Número de compañeras sexuales del entrevistado
- Uso o no del preservativo en sus relaciones sexuales
- Prácticas de riesgo del paciente
- IVSA del entrevistado
- Uso de drogas IV
- Tatuaje
- Bisexualidad
- Conocimientos sobre ITS y VIH en la población de estudio:

- Seroprevalencia de VIH en marinos.

- Resultado de prueba
- Distribución de casos

VIII. RESULTADOS

La obtención de los resultados presentó algunas limitaciones en el estudio debido a que no se tuvo acceso a todos los marinos para ofertar la realizarse la prueba y la encuesta. Esta limitación probablemente se debe a que los marinos son un grupo móvil, con largas faenas de trabajo, problemas de oferta de la prueba a grupo no priorizado por parte del personal de salud en general, sumado a que la mayoría de los marinos, desconocen el riesgo de adquirir el VIH/SIDA y la importancia de la realización de la prueba.

8.1. Características sociodemográficas de la población estudiada.

- De los 88 marinos estudiados, el grupo etéreo predominante está comprendido entre los 19 a los 29 años, y representa un 36.4% (32/88), seguido del grupo de 30 a 39 años con un 26.1% (23/88). La media de edad fue de 36.4 años, el mínimo de edad es de 18 años, el máximo de 62 años; la mediana de 35 y la moda de 28 años. Ver en anexos, tabla N°1.

- Con respecto a la escolaridad de los marinos en estudio el 44.3% (39/88) cursaron algún grado de primaria, seguida de un 40.9% (36/88) con educación secundaria, es notorio que el 4.5% de los marinos son analfabetas. Ver en anexos, tabla N°2.

- El 44.3% (39/88) de los marinos en estudio, mantienen una relación de unión de hecho estable, el 29.5% (26/88) son solteros y el 23.9% (21/88) refirieron ser casados. Ver en anexos, tabla N° 3.

- El 43.2% (38/88) de los marinos estudiados pertenecen a la étnia mestiza, el 37.5% (33/88) a la étnia miskita y un 19.3% (17/88) al creole. Ver en anexos, tabla N° 4.

- El 36.4% (32/88) de los marinos estudiados profesan la religión Morava, y el 29.5% (26/88) la católica. Ver en anexos, tabla N° 5.

- El 36% (32/88) de los marinos estudiados son procedentes de los diferentes barrios de Bluefields, el 26% (23/88) de Puerto Cabeza y el 22.7% (20/88) del puerto de El Bluff. Ver en anexos, tabla N° 6.

8.2. Comportamientos de riesgo relacionado a la transmisión de las ITS /VIH

- Con relación al inicio de vida sexual activa, se encontró que el 53.4% (47/88) de los marinos, tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad y el 38.6% (34/88) entre los 15 y 19 años. La media de edad para el IVSA fue de 13.3 años, el mínimo de 12 años y el máximo de 28 años; la mediana y la moda fueron de 14 años. Ver en anexos, tabla N° 7.

- Del total de marinos estudiados el 15% (13/88) reportaron haber cursado con algún tipo de Infección de Transmisión Sexual y de dentro de estas figuran gonorrea con un 71.4% (10/14), sífilis con un 14.3% (2/14). Ver en anexos, tabla N° 8.

- Del total de marinos estudiados el 93.2% (82/88) reportó haber tenido Tres ó más parejas sexuales, de estos el 13% (11/82) refirió haber cursado con alguna ITS. Ver en anexos, tabla N° 9).

- El 45.5% (40/88) de los marinos estudiados refirieron nunca usar preservativo en sus relaciones sexuales con la pareja y el 40.9% refirió usarlo a veces. Un 30% (26/88) de los marinos estudiados refirieron mantener relaciones sexuales con trabajadoras comercial del sexo y de estos el 42.3% (11/26) utiliza a veces el condón. El 75% (66/75) refirió mantener relaciones sexuales bajo el consumo de alcohol y de éstos el 48.5% (32/66) refirió utilizar a veces el condón. Ver en anexos, tabla N° 10.

- El 53.4% (47/88) de los marinos iniciaron su vida sexual antes de los 15 años de éstos, el 95.7% (45/47) refirieron haber tenido tres o más parejas sexuales. Ver en anexos, tabla N° 11.

- Del total de marinos con ITS el 61.5% (8/13) refirieron haber iniciado su vida sexual antes de los 15 años, de éstos el 87.5% (7/8) refirió haber tenido tres o más parejas sexuales. El 75% (3/4) de los marinos con ITS que iniciaron su vida sexual entre 15 – 19 años, también refieren haber tenido tres o más parejas sexuales. Ver en anexos, tabla N° 12.

- Del total de marinos estudiados que refirieron nunca usar preservativo (40/88), el 92.5% (37/40). El 97.2% (35/36) de los marinos que refirieron usar a veces el preservativo tienen historia de haber tenido tres o más parejas sexuales. Ver en anexos, tabla N° 13.

- El 16% (14/88) de los marinos estudiados tienen tatuajes. Ver en anexos, tabla N° 14.

- Un 5.7% (5/88) refirió ser bisexual y un 4.5% (4/88) que ha sido usuario de droga intravenosa. Ver en anexos, tabla N° 15, 16.

- El 3.4% (3/88) de los marinos sufrieron abuso sexual. Ver en anexos, tabla N° 17.

- Solo el 13.6% (12/88) de los marinos estudiados refirieron usar siempre el preservativo durante sus relaciones sexuales. El 40.9% (36/88) refirió usar a veces el preservativo, y de éstos el 2.8% (1/36) resultaron (+) para VIH, sin embargo el 97.2% (35/36) que también refiere usar a veces el preservativo resultaron (-) al test para VIH. Ver en anexos, tabla N° 18.

- El 15.9% de los marinos estudiados se habían hecho un tatuaje, de los cuales el 7.1% (1/14) resultaron (+) para VIH, el restante 92.9% refirió no haberse hecho tatuaje. Ver en anexos, tabla N° 18.

- Con relación al inicio de vida sexual activa, se encontró que el 53.4% (47/88) de los marinos, tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años, el 2.1% de éstos resultaron positivas al VIH. Ver en anexos, tabla N° 18.

- En este estudio el 44.3% (39/88) de los marinos, mantienen una relación de unión de hecho estable, de éstos el 2.6% resultaron VIH (+). Ver en anexos, tabla N° 18.

- El 73.9 % (65/88) de los marinos estudiados refirieron mantener relaciones sexuales bajo efecto del alcohol y de éstos el 1.5% (1/65) resultaron ser VIH (+). Ver en anexos, tabla N° 18.

- El 80.7 % (71/88) de los marinos estudiados reconocieron como mecanismo de transmisión del VIH la transmisión vertical, un 77.3 (68/88) reconoció la transmisión a través de la leche materna, el 81.8 (72/88) la transmisión por aguja contaminada. Es importante mencionar que el 41% (36/88) de los marinos tiene el concepto errado de que el piquete del mosquito es transmisor del VIH. Ver en anexos, tabla N° 19.

- El 76.1 % (67/88) de los marinos estudiados reconocieron la abstinencia sexual como forma de prevención del VIH, un 72.7 (64/88) reconoció la fidelidad y el 87.5 (77/88) reconoció el uso del condón de manera correcta y en toda relación sexual como medio de protección del VIH. Ver en anexos, tabla N° 20.

8.3. Seroprevalencia de VIH en la población estudiada

- Al realizar la prueba rápida al 100% de marinos, el 1.1% (1/88) resultó positivo. Se realizó control de calidad con Elisa a la prueba positiva y a al 10% de las negativas. Ver en anexos, tabla N° 21.

- La prevalencia en este estudio es de 1.1% (1/88). La prevalencia de VIH por grupo étnico fue de 3% para los Miskitus. Ver en anexos, tabla N° 22.

IX. ANALISIS DE RESULTADOS

9.1. Características sociodemográficas

Se estudiaron 88 marinos que laboran en las empresas pesqueras del municipio de Bluefields encontrando que la mediana de edad es 36.4 años.

- El 85.2% de los marinos estudiados han cursado algún año de educación formal lo cual es aceptable ya que los indicadores básicos del 2005 revela que la población alfabeta en Nicaragua de 15 años y más es de 68.1 %. Se encontró un 4.5% de analfabetismo lo cual es menor que el promedio nacional. Aunque es bajo el nivel de analfabetismo en relación al nacional este grupo esta en mayor riesgo de enfermar ya que tiene menor acceso a la información y a la educación normal que proporciona herramienta para la toma informada de decisiones.

- Un 44.3% de los marinos declaró estar en unión conyugal lo cual es alto en relación a datos de ENDESA 2001, donde se establece un 25% a nivel nacional ²⁷. Según el informe poblacional 1999 la unión conyugal es un factor de riesgo ya que este grupo mantiene relaciones sexuales más a menudo que las personas que no viven juntas, y utilizan preservativos con menor frecuencia debida a la confianza que depositan en ellos su pareja, pero también refleja la falta de poder de las mujeres para negociar con su pareja prácticas sexuales seguras, aún en el caso que sospechen que sus esposos han tenido relaciones sexuales de alto riesgo antes o durante el matrimonio²⁰. Esto puede sustentarse en estudios efectuado en Tailandia en 1999 donde se comprobó que aunque las tres cuartas partes de las mujeres VIH-positivas habían sido infectadas muy probablemente por sus esposos, casi la mitad pensaban que tenían un riesgo mínimo o nulo de infección por el VIH. Las relaciones sexuales con sus esposos eran el único factor de riesgo de VIH comunicado por estas mujeres²¹.

- El predominio de la etnia mestiza en este estudio tiene su explicación en los datos demográficos del informe de desarrollo humano del 2005, donde se menciona que

cerca del 76% de la población de la región autónoma es de origen mestiza e hispanoparlante²⁵.

- En el estudio predominó la religión Morava seguida de la Católica por ser las religiones que mas se profesan en la región.
- Un tercio de los marinos son originarios de Bluefields, pero también un 26% es procedente de Puerto cabeza.

9.2. Comportamientos de riesgo

El 53.4% de los marinos en estudio inicio su vida sexual entre los antes de los 15 años, con una media de 13.3 años esto, coincide con la media nacional. Algunos estudios informan que entre un 20 y 75% de los adolescentes alrededor de los 15 años de edad tienen relaciones cóitales, un número importante de ellos desde el mismo inicio de la pubertad, entre los 10-12 años de edad. Esto es importante ya que según la literatura los adolescentes y los jóvenes de hoy tienen un mayor número de parejas sexuales que sus progenitores. Además, un número importante de ellos tiene su primera relación sexual con un compañero casual, es decir, poco conocido y sin usar preservativo¹², lo que los expone a riesgo de un embarazo no deseado, a una ITS o el VIH.

- El 15% de los marinos refirió alguna infección de transmisión sexual, de estas ninguno resulto positiva al VIH esto no coincide con la literatura ya que según reportes del ICAS, la presencia de ITS aumenta el riesgo de transmisión del VIH con un factor de tres a cinco veces o más. Además, el riesgo de infección por un solo contacto es aumentado de 10 a 30 veces en la presencia de una úlcera genital¹⁴.

- El hecho de que casi la mitad de los marinos estudiados (45.5%) refirieron NUNCA haber usado un preservativo en sus relaciones sexuales, representa un riesgo en el comportamiento relacionado con la transmisión del VIH/SIDA. Este dato posee gran importancia, ya que al ser bajo el uso de condón en un grupo con historia de múltiples parejas sexuales, se aumenta la presencia de ITS y VIH/SIDA¹².

- Además de la historia de ITS, un porcentaje importante manifestó haber tenido historia de 3 ó más parejas sexuales, que es un factor de riesgo para la infección de VIH, ya que puede ser que estos marinos iniciaron su vida sexual a temprana edad lo que favorece el hecho de tener muchas parejas, exponiéndose temprana y repetidamente a una ITS y al VIH. El riesgo presente en estos marinos coincide con estudios que mencionan que en general, los adolescentes y los jóvenes mientras más temprano inician su vida sexual tienen un mayor número de parejas sexuales¹².
- Entre los marinos estudiados hay un 16% que tienen tatuajes, lo que según la literatura sobre mecanismo de transmisión de VIH, la presencia de tatuaje en lugares con poca higiene y sin control sanitario aumenta el riesgo de VIH y hepatitis B.
- En cuanto a la bisexualidad, uso de droga intravenosa y/o haber sido abusada sexualmente los datos fueron mínimos, esto probablemente se deba a que son datos que no se brindan con facilidad y probablemente fueron negados. Pero que sí son importantes para medir riesgo.
- Entre los marinos con VIH, se encontró comportamientos similares al encontrado en el resto de marinos, lo que hace pensar que la no modificación de estas prácticas aumenta el riesgo de transmisión del VIH entre los marinos y consecuentemente en la mujer.
- Entre los marinos estudiados se encontró que en promedio el 75% reconoce los mecanismos de transmisión del VIH (Transmisión vertical, a través de objetos cortopunzantes, sexual). Es importante mencionar que un poco menos de la mitad tiene el concepto erróneo de que el piquete del mosquito es transmisor del VIH.
- Dos tercios de los marinos estudiados reconocieron las tres formas de prevención del VIH.

9.3. Seroprevalencia de VIH SIDA

- En el presente estudio se encontró una prevalencia puntual de infección por VIH de 1.1%, prevalencia menor al reportado en Etiopía (9.2%) 1993, África (2.47%) 1994, España (3.24%) 1997. Se encontró una prevalencia muy variable según zonas y tipos de colectivo estudiada, a pesar que no se encontró datos a nivel nacional se cree que la epidemia crece aceleradamente

- El marino con resultado positivo a VIH confirmado por Wester Blot fue ingresado al programa de ITS/VIH/SIDA para dar seguimiento según las pautas de tratamiento antiretroviral según profilaxis y tratamiento.

X. CONCLUSIONES

1.- La mayoría de los marinos estudiados son adultos jóvenes, con un nivel de escolaridad aceptable. La mayoría viven en unión de hecho estable, con un alto porcentaje de historia de múltiples parejas sexuales. El grupo étnico mestizo predominó, siendo afectadas con VIH la etnia miskita en este estudio.

2. En el grupo de estudio se encontraron comportamientos de riesgo como haber tenido múltiples parejas sexuales, un alto porcentaje de no uso de preservativo, presencia de ITS, inicio de vida sexual temprana, y aunque en bajo porcentaje, se encontró presencia de tatuaje, bisexualidad así como el uso de droga intravenosa.

3.- El inicio de vida sexual a temprana edad, la historia de múltiples parejas sexual, el no uso de preservativo, etc. son factores presentes en los marinos con ITS y con VIH.

4.- Se encontró prevalencia puntual de VIH de 1.1% en marinos del estudio.

XI. RECOMENDACIONES

SILAIS

- Elaboración e implementación de un plan de información, educación y comunicación a la población de marinos, que este culturalmente adecuada a las poblaciones indígenas que fue el grupo predominante.
- Disponibilidad de pruebas rápidas para detección de VIH y preparación del personal de salud para brindar una adecuada consejería y realizar el diagnóstico y tratamiento de ITS VIH.
- Realizar estudios en poblaciones de alto riesgo (HSH, TCS, etc) que nos permitan conocer el estadio real de la epidemia VIH

Unidades de salud

- Fortalecer los conocimientos del personal de salud para la promoción de la prueba de detección del VIH y el uso correcto del preservativo así como el diagnóstico tratamiento y seguimiento de las ITS.
- Fortalecer y/o ampliar la cobertura de la prueba de detección del VIH/SIDA, previo consentimiento informado a todo marino que acuda a las unidades de salud.
- Ampliar la divulgación a la población de la importancia de la prevención de las ITS VIH, los beneficios de la Terapia Antirretroviral y los efectos de éste, ante un resultado seropositivo.
- Distribución de condones a los capitanes de barco para llevar a altamar.

A los Marinos:

- Debido a que es difícil cambiar su comportamiento y practicas, enfatizar en el uso del condón en todas sus relaciones sexuales.
- Realización de la prueba de detección de VIH siempre y cuando hayan estado en situación de riesgo.
- Identificar líderes entre los marinos que quieran trabajar en prevención de ITS/VIH y capacitarlos para trabajar con la técnica de pares.

XII. REFERENCIAS

1. USAID, 1993
2. WHO, 2001
3. ONUSIDA/OMS. Situación de la epidemia de SIDA, Diciembre del 2005
4. Canals ML. Registro de la infección por VIH en los trabajadores del mar en España. *Medicina Marítima*, 1998, 1 (6): (en prensa / to be printed).
5. Vicente A et al. Estudio sobre transmisión heterosexual del VIH en trabajadores del mar. *I Congreso Nacional sobre el SIDA*. Madrid, Marzo 1991.
6. Fernández JM, García F, Riesco G y MI Tobio. Estudio de adicción a drogas vía parenteral 1988, Sanidad Marítima Vigo. *Actas I Congreso Nacional de Medicina del Mar*, nov 1990, AMESM, 1991; 75-81.
7. Juan S, De la Cruz M y García MT. Drogodependencias en Algeciras 1989. *Actas I Congreso Nacional de Medicina del Mar*, nov 1990, AMESM. 1991; 82-84.
8. Ibargutxi M. VIH-SIDA: Visión laboral marítima. *Actas II Jornadas Nacionales de Medicina Marítima*, nov 1992, AMESM, 1994; 63-74.
9. Navas, María Cristina; De la Hoz, Fernando; Mendoza, Ketty; Carrasquilla, Gabriel; Boshell, Jorge. Estudio sobre Epidemiología de la infección por VIH en población de alto riesgo de Cartagena, Colombia, 19(3):230-8, sept. 1999. tab.
10. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2004 Panorama mundial de la epidemia del SIDA.htm.
11. Pauw, J et al. Estudio sobre el control de VIH/SIDA relacionada con el programa de educación en salud Managua Nicaragua 1996.
12. Latino Luís Tesis: Conocimiento sobre VIH/SIDA y practicas de riesgo de los estudiantes de Tasba Pounie, Laguna de Perla 2006.
13. Siu, Gladis tesis: Estudio CAP sobre VIH/SIDA en adolescentes, Bluefields Nicaragua 2000.

14. Borrel, B tesis: evaluación del programa de prevención y del tratamiento de las enfermedades transmisibles sexualmente y del SIDA, Bluefields Nicaragua, enero 1998.
15. Folleto: que necesitan los adolescentes en la prevención del VIH? UCSF abril 1996.
16. http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_html_sp/GAR2004_06_sp.htm
17. <http://www.universia.net.co/vih-sida/social/amasdecasaenriesgo.html>
18. Morin, M. Entre representaciones y prácticas: El SIDA, la prevención y los jóvenes. En J.C. Abric. Prácticas sociales y representaciones. México, D.F.: Ediciones Coyoacan, S.A. (2001).
19. Estadísticas y características del VIH y el SIDA, final de 2002 y 2004
20. Informe de Población, 1999
21. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Nicaragua Informe de desarrollo humano 2005, Las regiones Autónomas de la Costa Caribe.- 1era edición- Managua: PNUD 2005 Dinámicas biodemográficas y territoriales cap. 2 Pág. 59

ANEXOS

Anexos A: Matriz de variables Operacionalización de las variables

A.1: Características Sociodemográficas

Variables	Definición operacional	Indicador	Dimensión	Valores escalares
Edad	Número de años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento de responder el instrumento por el encuestado.	Respuesta del entrevistado.		<ol style="list-style-type: none"> 1. 15-19 años. 2. 20-24 años. 3. 25-29 años. 4. Más de 29 años
Escolaridad	Años de estudios que el encuestado a cursado hasta el momento de aplicación del instrumento.	Manifestación de año que cursado		<ol style="list-style-type: none"> 1. analfabeta 2- Sabe leer 3- Primaria 4- Secundaria 5- Técnico 6- Educ. superior
Estado Civil.	La característica de una persona referida a su vida conyugal.	Manifestación a un determinado estado.		<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión Consensual
Religión	Manifestación de creencias sobre un ser superior o Dios	Elección de una categoría religiosa por el encuestado		<ol style="list-style-type: none"> 1. Católico 2. Moravo 3. Evangélico 4. Adventista 5. Otra 6. Ateo
Etnia	Costumbres social con el que el se identifica el encuestado	Pertenencia expresada hacia un grupo		<ol style="list-style-type: none"> 1. Creole 2. Mestizo 3. Mismatcho 4. Garifona 5. otro

Matriz de variables Operacionalización de las variables

A.2: Comportamiento de riesgo

Conceptos	Definición operacional	Indicador	Dimensión	Valores escalares
Inicio de vida sexual	Edad en que el marino tuvo su primera relación sexual	Respuesta del entrevistado		<ol style="list-style-type: none"> 1. < de 15 años 2. 15-19 3. 20-24 4. > de 24 años
Preferencia sexual	Práctica sexual con el que se identifica el entrevistado	Respuesta del entrevistado	Práctica sexual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hombre 2. Mujer 3. Hombre y mujer
Número de parejas sexuales	Número de mujeres con quien el entrevistado a mantenido relaciones sexuales en el transcurso de su vida	Cantidad referida por la entrevistada		<ol style="list-style-type: none"> 1. < 1 compañero 2. 2- 4 compañero 3. ≥ 5 compañero
Uso de preservativo	Práctica del entrevistado durante una relación sexual	Respuesta referida por la entrevistada		<ol style="list-style-type: none"> 1. A veces 2. Siempre 3. Nunca
Exposición a factores de riesgo	Que el marino o su compañera hayan o estén en contacto con situaciones que aumentan la probabilidad de contagio	Infectado de VIH/SIDA Bisexual Usuario(a) de Drogas IV T Comercial Sexo Abuso sexual Múltiples parejas sexuales Exposición Ocupacional a VIH en los últimos 5 años Tatuajes		<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 3. No se

Matriz de variables Operacionalización de las variables

A.2: Comportamiento de riesgo

Variables	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valores escalares
Conocimiento Sobre ITS/VIH	Percepción de conocimientos por parte del entrevistado sobre VIH/SIDA.	Definición de ITS/VIH	Manifestación de haber o no recibido información sobre las ITS/VIH/	1. Si 2. No 3. No sabe
		Conocimiento sobre formas de transmisión		1. Si 2. No 3. No sabe 4. No hay respuesta
		Sintomatología de las ITS/VIH		1. Si 2. No 3. No sabe 4. No hay respuesta
		Conocimiento sobre Prevención		1. Si 2. No 3. No sabe 4. No hay respuesta
		Conocimiento sobre diagnostico		1. Si 2. No 3. No sabe 4. No hay respuesta
		Información sobre ITS/VIH		1. Si 2. No 3. No sabe 4.No hay respuesta

Matriz de variables Operacionalización de las variables

A3: Prevalencia de VIH

Variable	Definición operacional	Indicador	Dimensión	Valores escalares
Resultado de prueba	Reactor o no reactor a pruebas rápidas para detección de VIH	Resultado para VIH de la prueba rápida (capillus, UNIGOL)		1. Positivo 2. Negativo 3. Indeterminado

Anexo B

B1.- Características sociodemográficas de la población estudiada

Tabla 1. Edad de los marinos que participaron en el estudio sobre comportamientos de riesgo ante ITS/VIH. Bluefields, Enero- Febrero 2008

Edad de los marinos	Total	%
< 18 años	1	1.1
19 – 29	32	36.4
30 – 39	23	26.1
40 – 49	17	19.3
50 - 59	13	14.8
60 a mas	2	2.3
Total	88	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 2. Escolaridad de los marinos que participaron en el estudio sobre comportamientos de riesgo ante ITS/VIH. Bluefields, Enero- Febrero 2008

Escolaridad	Total	%
Analfabeta	4	4.5
Sabe leer y escribir	5	5.7
Primaria	39	44.3
Secundaria	36	40.9
Educación Superior	4	4.5
Total	88	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 3. Estado Civil de los marinos que participaron en el estudio sobre comportamientos de riesgo ante ITS/VIH. Bluefields, Enero- Febrero 2008

Estado civil	Total	Porcentaje
Soltero	26	29.5%
Casado	21	23.9%
Divorciado	2	2.3%
Unión libre	39	44.3%
Total	88	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 4. Etnia de los marinos que participaron en el estudio sobre comportamientos de riesgo ante ITS/VIH. Bluefields, Enero- Febrero 2008

Etnia	Total	Porcentaje
Creole	17	19.3%
Mestizo	38	43.2%
Miskito	33	37.5%
Total	88	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla 5. Religión de los marinos que participaron en el estudio sobre comportamientos de riesgo ante ITS/VIH. Bluefields, Enero- Febrero 2008

Religión	Total	Porcentaje
Católica	26	29.5%
Morava	32	36.4%
Evangélico	11	12.5%
Adventista	5	5.7%
Otro	12	13.6%
Ateo	2	2.3%
Total	88	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla 6. Procedencia de los marinos que participaron en el estudio sobre comportamientos de riesgo ante ITS/VIH. Bluefields, Enero- Febrero 2008

Procedencia	Total	Porcentaje
Bluefields (barrios)	32	36%
Puerto Cabeza	23	26%
El Bluff	20	22.7%
Karawala	4	4.5%
Managua	3	3
Otros	7	7.9
Total	88	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Anexo B2.- Comportamientos de riesgo asociados a la transmisión de ITS /VIH.

Tabla 7. Edad de inicio de relaciones sexuales de los marinos que participaron en el estudio sobre comportamientos de riesgo ante ITS/VIH. Bluefields, Enero- Febrero 2008

IVSA	Total	%
< 15 años	47	53.4
15 – 19	34	38.6
20 – 24	5	5.7
25 - 29	2	2.3
Total	88	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 8. Principales Infecciones de transmisión reportado por los marinos que participaron en el estudio sobre comportamientos de riesgo ante ITS/VIH. Bluefields, Enero- Febrero 2008

Reporte de ITS	Total	%
Úlcera Genital	1	1.7
Chancro	1	1.7
Sífilis	2	14.3
Gonorrea	10	71.4
Total	14	100.0
n=	14/88	15.9

Fuente: Ficha de recolección de datos n=14/88=15.9

Tabla 9. Presencia de ITS y su relación con el número de parejas sexuales en los marinos que participaron en el estudio sobre comportamientos de riesgo ante ITS/VIH. Bluefields, Enero- Febrero 2008

Número de parejas sexuales	Ha tenido alguna ITS?					
	Si	%	No	%	Total	%
1 pareja	0	0	1	100	1/1.1	100
2 parejas	2	40	3	60	5/5.7	100
3 ó mas parejas	11	12.9	71	87.1	82/93.2	100
Total	13	15	75	85	88/100	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 10. Uso de preservativo en relaciones sexuales de los marinos que participaron en el estudio sobre comportamientos de riesgo ante ITS/VIH. Bluefields, Enero- Febrero 2008

Relaciones sexuales de los marinos	Uso de preservativo			Total	
	A veces	Siempre	Nunca		
Pareja	36 (40.9)	12 (13.6)	40 (45.5)	88/100	100
Trabajadora comercial del sexo	11 (42.3)	7 (26.9)	8 (30.8)	26/30%	100*
Con una pareja bajo efectos del alcohol	32 (48.5)	7 (10.6)	27 (40.9)	66/75%	100**

* n= 26, **n= 66

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 11. Inicio de vida sexual activa y su relación con el número de parejas sexuales de los marinos que participaron en el estudio sobre comportamientos de riesgo ante ITS/VIH. Bluefields, Enero- Febrero 2008

IVSA de los marinos	Número de parejas sexuales						Total	%
	1	%	2	%	≥ 3	%		
< de 15 años	0	0	2	4.3	45	95.7	47/53.4	100
15 – 19 años	0	0	2	5.9	32	94.1	34/38.6	100
20 - 29 años	1	14.3	1	14.3	5	71.4	7/7.9	100
Total	1	1.1	5	5.7	82	93.2	88/100	100

n=88

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 12. Inicio de vida sexual, numero de pareja sexual y su relación con la presencia de ITS en los marinos que participaron en el estudio sobre comportamientos de riesgo ante ITS/VIH. Bluefields, Enero- Febrero 2008

IVSA de marinos con ITS	Nº de parejas sexual en marinos con ITS				Total	%	
	1 Pareja	2 Parejas	≥ 3 Parejas				
< 15 años	0	1	12.5%	7	87.5%	8	100/61.5
15 a 19 años	0	1	25 %	3	75 %	4	100/30.8
20 a 29 años	0	0	0 %	1	100 %	1	100/7.7
Total	0	2	100%	11	100 %	13	100/100

n=13

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 13 Uso de preservativo y número de parejas sexuales en los marinos que participaron en el estudio sobre comportamientos de riesgo ante ITS/VIH. Bluefields, Enero- Febrero 2008

Uso de preservativo	Número de parejas sexuales							
	1	%	2	%	≥ 3	%	Total	%
A veces	0	0	1	2.8	35	97.2	36/40.9	100.0
Siempre	0	0	2	16.7	10	83.3	12/13.6	100.0
Nunca	1	2.5	2	5	37	92.5	40/45.5	100.0
Total	1	1.1	5	5.7	82	93.2	88	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 14. Tatuaje en los marinos que participaron en el estudio sobre comportamientos de riesgo ante ITS/VIH. Bluefields, Enero-Febrero 2008

Tatuaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	16%
No	74	84%
Total	88	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 15. Preferencia sexual de los marinos que participaron en el estudio sobre comportamientos de riesgo ante ITS/VIH. Bluefields, Enero- Febrero 2008

Preferencia sexual	Total	%
Mujer	83	94.3%
Hombre y mujer	5	5.7%
Total	88	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 16. Uso de drogas IV por los marinos que participaron en el estudio sobre comportamientos de riesgo ante ITS/VIH. Bluefields, Enero- Febrero 2008

Uso de droga IV	Total	%
Si	4	4.5%
No	84	95.5%
Total	88	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 17. Abuso sexual sufrido por los marinos que participaron en el estudio sobre comportamientos de riesgo ante ITS/VIH. Bluefields, Enero- Febrero 2008

Abuso sexual	Total	%
Si	3	3.4%
No	85	96.6%
Total	88	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 18. Comportamientos de riesgo para VIH de los marinos que participaron en el estudio sobre comportamientos de riesgo ante ITS/VIH. Bluefields, Enero- Febrero 2008

Prácticas	Resultado %		Total n=88	
	VIH (+)	VIH (-)	Nº	%
Uso de preservativo con la pareja				
A veces	2.8	97.2	36	40.9
Siempre	-	100	12	13.6
Nunca	-	100	40	45.5
Presencia de Tatuaje				
Si	7.1	92.9	14	15.9
No	-	100	74	84.1
IVSA				
< 15 años	2.1	97.9	47	53.4
15 – 19	-	100	34	38.6
20 – 24	-	100	7	8.0
Estado civil				
Soltera	-	100	26	29.5
Casada	-	100	21	23.9
Divorciado	-	100	2	2.3
Unión libre	2.6	97.4	39	44.3
Practica relaciones sexuales bajo efecto del alcohol				
Si	1.5	98.5	65	73.9
No	-	100	23	26.1

Fuente: Ficha de recolección de datos

n=88

Tabla 19. Conocimientos de los mecanismos de transmision del VIH de los marinos que participaron en el estudio sobre comportamientos de riesgo ante ITS/VIH. Bluefields, Enero-Febrero 2008

Mecanismos de transmision	Frecuencia	Porcentaje
Transmision durante el embarazo		
Si	71	80.7
No	6	6.8
No se	11	12.5
Transmision por leche materna		
Si	68	77.3
No	8	9.1
No se	12	13.6
Transmision por piquete de mosquito		
Si	36	40.9
No	35	39.8
No se	17	19.30
Uso de aguja contaminada		
Si	72	81.8
No	13	14.8
No se	3	3.4

Fuente: Ficha de recolección de datos

n=88

Tabla 20. Formas de prevención de ITS/VIH que conocen los marinos que participaron en el estudio sobre comportamientos de riesgo ante ITS/VIH. Bluefields, Enero- Febrero 2008

Formas de prevención	Frecuencia	Porcentaje
Abstinencia		
Si	67	76.1
No	18	20.5
No se	3	3.4
Fidelidad		
Si	64	72.7
No	16	18.2
No se	8	9.1
Uso de condón		
Si	77	87.5
No	9	10.2
No se	2	2.3

Fuente: Ficha de recolección de datos n=88

B3.- Seroprevalencia de VIH en marinos.

Tabla 21. Determinación de anticuerpo anti VIH en marinos que participaron en el estudio sobre comportamientos de riesgo ante ITS/VIH. Bluefields, Enero- Febrero 2008

Resultado	Frecuencia	Porcentaje
Positivo	1	1.1%
Negativo	87	98.9%
Total	88	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 22. Determinación de anticuerpo anti VIH por etnia en los marinos en que participaron en el estudio sobre comportamientos de riesgo ante ITS/VIH. Bluefields, Enero- Febrero 2008

Grupo étnico	Resultado		Total n=88	
	VIH +	VIH -	Nº	%
Mestizo	-	100	38	43.2
Creole	-	100	17	19.3
Miskito	3	97	33	37.5
Total	1.1	98.9	88	100

Fuente: Ficha de recolección de datos