



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

COMPARACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y  
PRÁCTICAS SOBRE EL SIDA DE LOS TRABAJADORES  
DE DOS EMPACADORAS BANANERAS.  
BOCAS DEL TORO, 2000.

ABDIEL RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

Tesis para aspirar al título  
de Maestría en Salud Pública

PANAMÁ, FEBRERO DE 2001

4162 Op. del auto

5 OCT 2001

TH

## APROBACIÓN DE LA TESIS

Aprobado por:

Directora de Tesis: \_\_\_\_\_  
Nombre y Título

Miembro del Jurado: \_\_\_\_\_  
Nombre y Título

Miembro del Jurado: \_\_\_\_\_  
Nombre y Título

\_\_\_\_\_  
Representante de la Vicerrectoría de Investigación y Posgrado

Fecha:

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mis queridos hijos: Abdiel Alexis, quien siempre estuvo muy pendiente de cómo progresaba este escrito; Ruby Raquel, cuya ayuda en los cálculos fue muy valiosa; y Maigualida, por su confianza en mi, que podía sentir aún a la distancia.

También a Dora Raquel, mi madre, por todo su apoyo en estos años de estudio y lucha, de los cuales puedo decir, sin temor a equivocarme, que fue la principal gestora.

A mi hermano y amigo, Alexis Abdiel, quien siempre dijo presente con su ayuda desinteresada en esta investigación.

A mi esposa, Ruby Esthela, por su paciencia y comprensión a lo largo de este período de superación académica.

Y , finalmente a mi padre, Abdiel, a quien estoy seguro, le hubiera gustado ver este momento.

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, a Jehová Dios, por la vida que tan amorosamente me ha dado, una bella familia y la salud para disfrutarla.

A los profesores y profesoras de la Escuela de Salud Pública, por su valiosa orientación durante el período académico de esta Maestría.

Al Ministerio de Salud, por darme la oportunidad de la superación profesional, ganada con los méritos hechos durante el desempeño de mis funciones.

A todos los amigos y amigas que me dieron su apoyo durante estos años de labor en la Región de Bocas del Toro: Aura, Carlos, Blanca, Reina y Luis, cuyo estímulo fue decisivo a la hora de tomar esta decisión.

**Abdiel Rodríguez Sánchez**  
**Odontólogo**

**TABLA DE CONTENIDOS**

Aprobación de la Tesis	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Tabla de Contenidos	v
Indice de Cuadros	ix
Indice de Ilustraciones	xvii
Indice de Anexos	xix
Resumen	1
Summary	2
Introducción	3
Justificación de la Investigación	5
Objetivo General	21
Objetivos Específicos	22
Propósitos de la Investigación	23
Marco Teórico	24
1. Conocimientos	27
2. Creencias y Actitudes	32
3. Prácticas	39
4. Uso del Condón	40

5. El Adulto y su Aprendizaje	44
6. Hipótesis	51
7. Definición de Variables	51
Metodología	57
1. Validación	61
1.1. Aplicación de la Prueba Piloto	61
1.2. Resultados de la Validación	64
1.2.1. Prueba de Conocimientos	64
1.2.1.1. Funcionalidad de las Alternativas	65
1.2.1.2. Índice de Dificultad	65
1.2.1.3. Índice de Discriminación	65
1.2.1.4. Confiabilidad	67
1.2.2. Prueba de Actitudes	67
1.2.2.1. Validez de Contenido	68
1.2.2.2. Validez de Construcción	68
1.2.2.3. Confiabilidad	71
1.2.3. Prueba de Prácticas	72
Resultados	76
1. Aplicación de la encuesta validada	76
1.1. Resultados	76
1.1.1. Encuesta de Prácticas	84

1.1.2. Encuesta de Actitudes	100
1.1.3. Encuesta de Conocimientos	107
2. Análisis de las variables de confusión	111
2.1. Encuesta de Prácticas	111
2.1.1. Edad de la primera relación sexual	111
2.1.2. Conocimiento del condón masculino	111
2.1.3. Método anticonceptivo utilizado	112
2.1.4. Información sobre el SIDA	113
2.2. Encuesta de Actitudes	114
2.2.1. Se debe romper toda relación con un pariente que adquiera el virus del SIDA	114
2.2.2. El SIDA es un castigo que se merecen las personas inmorales	115
2.2.3. Los hombres casados deberían practicar la fidelidad sexual	116
2.2.4. Deben crearse leyes que eviten la discriminación de las personas con SIDA	117
2.2.5. Las mujeres también pueden acercarse a comprar condones	118
2.2.6. Una persona tiene el deber de alojar en su casa a un pariente con SIDA si este lo necesita	119
2.2.7. Debería multarse a todas las personas que se infectan con SIDA	120

2.2.8. Las mujeres embarazadas que descubren que tienen SIDA deberían abortar	121
2.2.9. La educación sobre el SIDA sólo hará que los estudiantes deseen experimentar con el sexo	122
2.3. Encuesta de Conocimientos	123
2.3.1. El SIDA es una enfermedad transmisible	123
2.3.2. Internacionalmente, las iniciales SIDA en español quieren decir Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	124
2.3.3. Durante las relaciones sexuales vaginales entre hombre y mujer, el virus del SIDA se puede transmitir del hombre a la mujer y de la mujer al hombre	125
2.3.4. El virus del SIDA no se transmite por comer en un restaurante en que el cocinero tiene el virus; cuando una persona con el virus estornuda cerca de otra; cuando se usa el mismo teléfono de alguien que tiene el virus	126
CONCLUSIONES	128
RECOMENDACIONES	141
BIBLIOGRAFIA	142
ANEXOS	147

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro I.	Casos acumulados de SIDA según edad y sexo.	12
Cuadro II.	Casos acumulados de SIDA por Región de Salud y sexo	13
Cuadro III.	Defunciones por SIDA según edad y sexo.	13
Cuadro IV.	Casos de SIDA por año y sexo.	14
Cuadro V.	Modos de transmisión del SIDA según sexo.	16
Cuadro VI.	Casos de SIDA por edad y sexo en Bocas del Toro.	17
Cuadro VII.	Casos de SIDA por distrito y sexo en Bocas del Toro.	18
Cuadro VIII.	Casos de SIDA por corregimiento y sexo en Bocas del Toro.	18
Cuadro IX.	Población de Finca 30 por poblado y sexo.	58
Cuadro X.	Población de Finca 30 según etnia.	58
Cuadro XI.	Viviendas de Finca 30 con radio, televisión y teléfono según poblado.	59
Cuadro XII.	Comparación de algunos rasgos de Finca 32 y Finca 63 respecto al distrito de Changuinola.	60
Cuadro XIII.	Indices de dificultad y de discriminación para las preguntas de la prueba de conocimientos aplicada a los trabajadores de la empacadora de la BFC en Finca 63, Changuinola.	66

Cuadro XIV. Valores calculados en la prueba F para la encuesta de actitudes hacia las medidas preventivas del SIDA de los trabajadores de la empacadora de la BFC de Finca 63, Changuinola.	70
Cuadro XV. Valores calculados en la prueba F para la encuesta de actitudes hacia las personas seropositivas o con SIDA de los trabajadores de la empacadora de la BFC de Finca 63, Changuinola.	71
Cuadro XVI. Porcentaje de no-respuesta por pregunta en la sección de prácticas de la encuesta CAP aplicada a los trabajadores de la empacadora de la BFC de Finca 63, Changuinola.	73
Cuadro XVII. Distribución por edad, sexo y empacadora de los trabajadores encuestados en COOBANA y la BFC de Finca 30.	77
Cuadro XVIII. Distribución por grupo étnico y empacadora de los trabajadores encuestados en COOBANA y la BFC en Finca 30.	80
Cuadro XIX. Distribución por escolaridad y empacadora de los trabajadores encuestados en COOBANA y la BFC en Finca 30.	81

Cuadro XX.	Distribución por religión y empacadora de los trabajadores encuestados en COOBANA y la BFC en Finca 30.	82
Cuadro XXI.	Distribución por ingreso y empacadora de los trabajadores encuestados en COOBANA y la BFC en Finca 30.	83
Cuadro XXII.	Edad de la primera relación sexual por empacadora de los trabajadores encuestados en COOBANA y la BFC en Finca 30.	84
Cuadro XXIII.	Preferencia sexual por empacadora de los trabajadores encuestados en COOBANA y la BFC en Finca 30.	86
Cuadro XXIV.	Tipo de relaciones sexuales preferidas por empacadora de los trabajadores encuestados en COOBANA y la BFC en Finca 30.	87
Cuadro XXV.	Compañeros sexuales en los últimos tres meses por empacadora de los trabajadores encuestados en COOBANA y la BFC en Finca 30.	88
Cuadro XXVI.	Compañeros sexuales actuales por empacadora de los trabajadores encuestados en COOBANA y la BFC en Finca 30.	88

Cuadro XXVII. Cantidad semanal de las relaciones sexuales por empacadora de los trabajadores encuestados en COOBANA y la BFC en Finca 30.	88
Cuadro XXVIII. Trabajadores que conocen el condón masculino en las empacadoras de COOBANA y la BFC en Finca 30.	89
Cuadro XXIX. Frecuencia del uso del condón masculino por empacadora de los trabajadores encuestados en COOBANA y la BFC en Finca 30.	90
Cuadro XXX. Relación en la cual se utiliza el condón masculino por empacadora de los trabajadores encuestados en COOBANA y la BFC en Finca 30.	91
Cuadro XXXI. Razones para el uso del condón masculino por empacadora de los trabajadores encuestados en COOBANA y la BFC en Finca 30.	91
Cuadro XXXII. Uso del condón masculino en los últimos tres meses por empacadora de los trabajadores encuestados en COOBANA y la BFC en Finca 30.	92
Cuadro XXXIII. Uso en la relación sexual más reciente del condón masculino por empacadora de los trabajadores encuestados en COOBANA y la BFC en Finca 30.	92

Cuadro XXXIV. Uso de métodos anticonceptivos por empacadora de los trabajadores encuestados en COOBANA y la BFC en Finca 30.	93
Cuadro XXXV. Infecciones de transmisión sexual por empacadora de los trabajadores encuestados en COOBANA y la BFC en Finca 30.	95
Cuadro XXXVI. Uso de drogas psicoactivas por empacadora de los trabajadores encuestados en COOBANA y la BFC en Finca 30.	95
Cuadro XXXVII. Recepción de información sobre el SIDA por empacadora de los trabajadores encuestados en COOBANA y la BFC en Finca 30.	97
Cuadro XXXVIII. Lugar de recepción de la información sobre el SIDA por empacadora de los trabajadores encuestados en COOBANA y la BFC en Finca 30.	98
Cuadro XXXIX. Forma de recepción de la información sobre el SIDA por empacadora de los trabajadores encuestados en COOBANA y la BFC en Finca 30.	98
Cuadro XL. Conocimiento de las fuentes de información sobre el SIDA por empacadora de los trabajadores encuestados en COOBANA y la BFC en Finca 30.	99

Cuadro XLI. Lugar donde investigaría por información sobre el SIDA por empacadora de los trabajadores encuestados en COOBANA y la BFC en Finca 30.	99
Cuadro XLII. Actitudes hacia el SIDA por empacadora de los trabajadores encuestados en COOBANA y la BFC en Finca 30.	101
Cuadro XLIII. Actitudes hacia las medidas preventivas contra el SIDA por empacadora de los trabajadores encuestados en COOBANA y la BFC en Finca 30.	104
Cuadro XLIV. Actitudes hacia las personas infectadas por VIH o con el SIDA por empacadora de los trabajadores encuestados en COOBANA y la BFC en Finca 30.	105
Cuadro XLV. Puntajes obtenidos en la encuesta de conocimientos por empacadora de los trabajadores encuestados en COOBANA y la BFC en Finca 30.	108
Cuadro XLVI. Conocimiento del condón masculino por empacadora según los factores de confusión.	112
Cuadro XLVII. Uso de anticonceptivos por empacadora según los factores de confusión.	113
Cuadro XLVIII. Recepción de información sobre el SIDA por empacadora según los factores de confusión.	114

Cuadro XLIX.	Actitud hacia los parientes con SIDA por empacadora según los factores de confusión.	115
Cuadro L.	Actitud hacia el SIDA como castigo a la inmoralidad por empacadora según los factores de confusión.	116
Cuadro LI.	Actitud hacia la fidelidad de los hombres casados por empacadora según los factores de confusión.	117
Cuadro LII.	Actitud hacia la legislación favorable a las personas con SIDA por empacadora según los factores de confusión.	118
Cuadro LIII.	Actitud hacia la compra de condones por las mujeres por empacadora según los factores de confusión.	119
Cuadro LIV.	Actitud hacia alojar a los parientes con SIDA por empacadora según los factores de confusión.	120
Cuadro LV.	Actitud hacia multar a los infectados con SIDA por empacadora según los factores de confusión.	121
Cuadro LVI.	Actitud hacia el aborto en las mujeres embarazadas que descubren que tienen SIDA por empacadora según los factores de confusión.	122
Cuadro LVII.	Actitud hacia la educación sobre el SIDA para los estudiantes por empacadora según los factores de confusión.	123

Cuadro LVIII. Respuestas correctas sobre el tipo de enfermedad que es el SIDA por empacadora según los factores de confusión.	124
Cuadro LIX. Respuestas correctas sobre el significado de las iniciales SIDA por empacadora según los factores de confusión.	125
Cuadro LX. Respuestas correctas sobre la forma de transmisión del SIDA durante las relaciones heterosexuales por empacadora según los factores de confusión.	126
Cuadro LXI. Respuestas correctas sobre los errores en cuanto a la transmisión del SIDA por empacadora según los factores de confusión.	127

**ÍNDICE DE ILUSTRACIONES**

Figura 1. Relación de las variables en estudio.	50
Figura 2. Distribución por sexo de los trabajadores de las empacadoras de COOBANA y la BFC.	78
Figura 3. Distribución por edad de los trabajadores de las empacadoras de COOBANA y la BFC.	79
Figura 4. Distribución por etnia de los trabajadores de las empacadoras de COOBANA y la BFC.	80
Figura 5. Distribución por escolaridad de los trabajadores de las empacadoras de COOBANA y la BFC.	81
Figura 6. Distribución por religión de los trabajadores de las empacadoras de COOBANA y la BFC.	82
Figura 7. Distribución por ingresos de los trabajadores de las empacadoras de COOBANA y la BFC.	83
Figura 8. Edad de la primera relación sexual de los trabajadores de las empacadoras de COOBANA y la BFC..	85
Figura 9. Conocimiento del condón masculino por los trabajadores de las empacadoras de COOBANA y la BFC.	90
Figura 10. Uso de métodos anticonceptivos por los trabajadores de las empacadoras de COOBANA y la BFC.	94

Figura 11. Recepción de información sobre el SIDA por los trabajadores de las empacadoras de COOBANA y la BFC.	97
Figura 12. Actitudes hacia el SIDA en las cuales había diferencias significativas entre los trabajadores de las empacadoras de COOBANA y la BFC.	103
Figura 13. Conocimientos sobre el SIDA en los cuales había diferencias significativas entre los trabajadores de las empacadoras de COOBANA y la BFC.	110

## INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas antes de la validación.	147
Anexo 2. Metodología para la validación de la encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas.	162
Anexo 3. Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas después de la validación.	162

## RESUMEN

Se realizó un estudio para comparar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el SIDA entre dos grupos de trabajadores de las empacadoras bananeras de la Cooperativa Bananera del Atlántico (COOBANA) y de la Bocas Fruit Company (BFC) del sector de Finca 30 del Distrito de Changuinola, provincia de Bocas del Toro en 2000.

Previa validación, el instrumento de medición fue autoaplicado en las empacadoras. La tabulación y análisis de los resultados se realizó con los programas informáticos Epi-Info versión 6.04 en español y Microsoft Excell 97.

En términos generales, la población encuestada ( $n = 91$ ) tenía un promedio de 35 años de edad, en su mayoría de la etnia ngöbe – buglé, con escolaridad primaria e ingresos menores de ciento cincuenta balboas mensuales.

Los conocimientos sobre el SIDA eran bajos (35.7%), la actitud hacia las medidas preventivas contra el SIDA y hacia las personas infectadas con VIH/SIDA se catalogaba como “indecisa” (296 puntos de 455), y las prácticas tendían hacia las de mayor riesgo de infectarse.

A pesar de que los trabajadores de COOBANA resultaron con mejores puntajes en conocimientos, actitudes y prácticas que sus homólogos de la BFC, no una existe diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

## SUMMARY

In order to compare the knowledge, attitudes and practices among two banana packers groups, one from Cooperativa Bananera del Atlántico (COOBANA) and other from Bocas Fruit Company (BFC) about AIDS, a study was made in Farm 30, Changuinola, Bocas del Toro province, in the year 2000.

The original survey was validated and the selected questions for the final instrument were self – applied. The results counting and analysis were made with Epi-Info ver. 6.04 in spanish and Microsoft Excell 97.

Generally speaking, the surveyed population (n = 91) was 35 years old as an average, mostly men from the ngöbe – buglé human group, basic education and monthly earnings of less than a hundred and fifty balboas.

The knowledge about AIDS were poor (37.5%), the attitude toward the preventive measures against AIDS and toward people infected with HIV/AIDS was located in the “undecided” zone (296 points out of 455) and the practices related with AIDS infection were mostly the riskier.

Nevertheless COOBANA workers had the better knowledge, attitudes and practices indicators than BFC ones, there is no statistically significant difference between them.

## INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es una infección de transmisión sexual, y como tal ha recibido múltiples enfoques desde el punto de vista biológico. Sus tasas de prevalencia y mortalidad en el ámbito mundial lo han convertido en un problema de salud pública.

A pesar del grado de divulgación de la naturaleza mortal del SIDA y de las medidas preventivas, que son la única manera hasta hoy de interrumpir su transmisión, los casos aumentan día a día. Esto nos lleva a pensar que, más allá del aspecto biológico, este fenómeno sólo puede ser explicado estudiando detalladamente el comportamiento sexual de las poblaciones en el marco de su contexto histórico y cultural.

Pretendemos conocer un poco más de ese contexto biopsicosocial entre los trabajadores de las empacadoras bananeras de la Cooperativa Bananera del Atlántico (COOBANA) y la Bocas Fruit Company (BFC), en Finca 30, distrito de Changuinola, Bocas del Toro, utilizando una encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP), y comparando los resultados por grupo, a fin de determinar si existen diferencias significativas entre ellos. Esta información será muy valiosa en el diseño y la evaluación de programas educativos para la prevención de la transmisión del SIDA.

En los capítulos siguientes, podrán leer una justificación de este proyecto, sus objetivos y una revisión de la literatura disponible, que incluye las hipótesis y

definición de las variables de estudio, así como la metodología que se empleará en su realización, incluyendo la técnica de validación utilizada, los resultados obtenidos, con sus respectivos cuadros y algunos gráficos estadísticos y el análisis considerando el efecto de las variables de confusión, nuestras conclusiones y recomendaciones.

## JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Varios factores han contribuido a que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se haya convertido en uno de los principales problemas de Salud Pública: es un padecimiento relativamente nuevo, que fue descrito por primera vez en 1981, con una letalidad elevada, entre 80 y 100% en los primeros tres años de inicio del padecimiento (no de la adquisición de la infección). Además, el SIDA se ha convertido en una pandemia en todos los países de América y en todo el mundo, afectando principalmente a personas en edad productiva (20 a 44 años), sobre todo a varones bisexuales y sus parejas sexuales femeninas, así como en trabajadoras sexuales y sus clientes. A la fecha es una enfermedad para la cual no existen vacunas y los tratamientos disponibles no son totalmente efectivos, a pesar de los ensayos sobre inmunización que se realizan en algunos países, como Francia y Cuba (Cubanet 1997), y el uso de combinaciones de inhibidores de la transcriptasa inversa (AZT o Retrovir, DDL o Videx, DDC o HIVID, D4T o Zerit, 3TC o Epivir, y Nevirapina o Viramune) y de inhibidores de las proteasas (Indinavir o Crixivan, Saquinavir o Invirase, y Ritonavir o Norvir), conocidos como cocktails (Leland J., 1996).

De hecho, el SIDA afecta las tres formas que pueden aumentar el consumo per cápita de un país: aumentar la productividad, de tal manera que cada trabajador produzca más; poniendo una mayor proporción de la población a

trabajar; y dedicando una porción más pequeña del producto del país a la inversión, y destinar una mayor parte de la capacidad productiva del país a manufacturar bienes para el consumo presente.

Primero, el SIDA afecta la productividad, porque siendo una enfermedad, implica menos días de trabajo, menores oportunidades de obtener empleos mejor remunerados y vidas de trabajo más cortas.

Además, los trabajadores más saludables son mejor remunerados porque son más productivos. Es importante destacar que cuando el SIDA ataca, la producción y las ganancias perdidas de un individuo a menudo no son detectadas en las estadísticas económicas, ya que son simplemente trasladadas a la familia. Esto es porque en muchos países en desarrollo es muy poco común el seguro de desempleo (o de incapacidad), y los miembros más saludables de la familia trabajan más duro o durante más tiempo para compensar la pérdida de ingreso familiar.

Conviene resaltar que el SIDA tiene una prevalencia mucho menor en los países en desarrollo que enfermedades tales como la malaria, pero su impacto económico por caso es mayor por dos razones:

- a. **Afecta principalmente a adultos en sus años más productivos:** el SIDA, al afectar principalmente a personas adultas en edad productiva, tiene efectos económicos negativos poderosos sobre las familias, las empresas y los países. Por ejemplo, en América latina, alrededor del 90 por ciento de los casos de Virus de Inmunodeficiencia

Humana (VIH) /SIDA están concentrados en hombres y mujeres, principalmente en los primeros, en edades entre 25 y 45 años. Asimismo, dado que muchas de las víctimas del SIDA son el padre y/o la madre (jefes de familia), la enfermedad altera de manera importante la relación familiar.

- b. **Las infecciones que resultan del VIH/SIDA conducen a una fuerte demanda de tratamientos caros:** en los países altamente infectados, la carga de casos costosos de infecciones oportunistas relacionadas al SIDA afecta considerablemente sus sistemas de salud. Si la epidemia del VIH/SIDA continua sin control adecuado, la demanda acelerada de cuidados de salud de los pacientes de SIDA desplazará las necesidades de otros pacientes (Banco Mundial 1993).

Con relación al siguiente inciso (poniendo una mayor proporción de la población a trabajar), esta es una buena oportunidad para desacreditar el argumento en el sentido de que, en los países en desarrollo, caracterizados por tener abundancia de mano de obra barata y elevado desempleo, el SIDA no constituye realmente un problema porque los trabajadores enfermos o fallecidos serán reemplazados por personas desempleadas y deseosas de trabajar. Este argumento puede ser válido mientras existan suficientes personas desempleadas y deseosas de trabajar para reemplazar a los que ya no pueden trabajar debido al SIDA, pero aún en los países con las tasas de desempleo más elevadas, el “ejército

de reserva” eventualmente desaparecerá en presencia de una enfermedad para la cual no existe cura, como es el caso del SIDA.

Ante una enfermedad como el SIDA, el pleno empleo sería finalmente alcanzado. ¿Qué seguiría? Si una cura continúa siendo evasiva (o aun si una cura estuviera disponible pero prohibitivamente costosa para los países en desarrollo, como sería muy posiblemente el caso de una cura del SIDA), y si los casos de SIDA crecen, como pueden hacerlo potencialmente, más rápido que los trabajadores disponibles, entonces la producción será afectada negativamente, ya que la fuerza laboral en la economía en pleno empleo comenzará a declinar, con consecuencias adversas sobre el bienestar social.

En un estudio sobre costos del SIDA en El Salvador, Nicaragua y Guatemala, se encontró que un empleado con SIDA es activo en la fuerza de trabajo durante solamente 10 años, comparado con 25 y 30 años para el caso de un trabajador centroamericano promedio, lo que sugiere una disminución de 60 a 70 por ciento en la vida productiva de un trabajador. El estudio reporta que aproximadamente 1 en 300 a 350 adultos se encuentra actualmente infectados con VIH en los tres países centroamericanos, y proyecta que para el año 2000 es posible que esta tasa de prevalencia aumente en 100 por ciento, de tal manera que para ese año podría haber entre 70,000 y 160,000 infecciones por VIH (Galia et al. 1996).

Con relación al tercer punto, dedicar una mayor parte de la capacidad productiva del país para propósitos de consumo y a expensas de la inversión no

constituye una manera de aumentar el consumo en el largo plazo, pues se puede consumir más por un tiempo invirtiendo menos ahora, pero esto recortará sin duda la capacidad para consumir en el futuro. Pero aún si las generaciones presentes eligieran consumir más ahora a expensa de su consumo, o el de sus descendientes, en el futuro, el SIDA pone obstáculos poderosos a esta posibilidad. Esto es así porque el costo extremadamente elevado del tratamiento de pacientes con SIDA distrae recursos del consumo.

Como corolario, el costo del tratamiento del SIDA también impediría que aumentara la inversión, en caso de que la población eligiera diferir el consumo presente, ya que dicho costo impediría que la sociedad ahorrara con propósitos de elevar sus estándares futuros de vida. Los costos del VIH/SIDA merecen una discusión más amplia puesto que la distracción de recursos, escasos en los países en desarrollo, caracterizados también por escasez de capital, es un asunto de importancia considerable.

De acuerdo al Banco Mundial en 1992 los países en desarrollo gastaron alrededor de 340 millones de dólares en el cuidado de pacientes con SIDA. Aunque esto es sólo una fracción de los 4,700 millones gastados en los países industriales para el cuidado de sus pacientes con SIDA, es casi el doble del monto dedicado a la prevención del SIDA en el mundo en desarrollo. Si el gasto individual permanece constante, el monto destinado al cuidado de los pacientes con SIDA en los países en desarrollo pasará del triple para el año 2000, situándose en 1,100 millones de dólares (Banco Mundial, 1993).

Un año de AZT cuesta más de 3,000 dólares, una cifra prohibitivamente alta. Las opciones de tratamiento en muchos países de bajos ingresos se encuentran entonces limitadas al alivio del dolor de infecciones oportunistas, usualmente tuberculosis, diarrea y candidiasis, que afligen a las personas infectadas con VIH. La planeación estratégica puede reducir considerablemente los costos con el uso de un número pequeño de drogas menos caras y de cuidados familiares y comunitarios siempre que esto sea posible.

La prevención implica costos relativamente modestos y, si se lleva a cabo de manera efectiva, rinde enormes beneficios. El Banco Mundial informó que los estudios realizados en nueve países en desarrollo y siete países industrializados sugirieron que prevenir un caso de SIDA ahorra, en promedio, un monto equivalente a cerca de dos veces el Producto Nacional Bruto (PNB) per capita en costos de cuidado médico descontados, y en algunas áreas urbanas el ahorro podía ser hasta de cinco veces el PNB per capita (Banco Mundial 1993).

Los beneficios de la prevención deben también tomar en cuenta que en el caso de enfermedades transmisibles, y especialmente de epidemias como la infección de VIH, los cálculos deben incluir el hecho de que cada caso prevenido también previene otros posteriores.

Hasta febrero de 2000, se informó un total acumulado de 1,062,629 casos de SIDA en las Américas, de los cuales 19,769 fueron casos pediátricos (menores de 15 años de edad), o 1.86 por ciento. Desde 1986, se ha informado a la Organización Panamericana de la Salud un total de 528,807 defunciones

acumuladas. Estas cifras pueden ser superiores si se tiene en cuenta que la información para 1998-1999 esta incompleta (OPS 2000).

En 1995, la tasa de incidencia de casos de SIDA en América Latina fue 55.5 casos por millón de habitantes, en el Caribe 247.1 casos por millón de habitantes y en América del Norte 215.2 casos por millón de habitantes. Las modalidades primarias de transmisión del VIH en las subregiones son homo/bisexual (Área Andina, Cono Sur, Brasil y México) y heterosexual (Istmo Centroamericano y el Caribe). La transmisión atribuida al consumo de drogas inyectables es frecuente en el Cono Sur y en Brasil (OPS 2000).

La República de Panamá, con una población que sobrepasa los dos millones y medio de habitantes, ha reportado desde setiembre de 1984 hasta junio 9 de 2000, 3,334 casos de SIDA (cuadros I y II), con una relación masculino/femenino de 3:1, con una tasa de prevalencia de 116.7 casos por cien mil habitantes (177.7 y 54.6 casos por cien mil habitantes para varones y mujeres respectivamente) la cual ha ido en ascenso desde 1984 (cuadro IV). De ellos han fallecido 2,563 personas (cuadro III), con un porcentaje de letalidad del 76.9%, y una tasa de mortalidad de 89.8 decesos por cien mil habitantes hasta el 9 de junio de 2000. El grupo de edad más afectado es el de 20 a 44 años, y las regiones del país con las tasas más altas de prevalencia son San Miguelito (224.3 casos por cien mil habitantes), Panamá Metro (223.1 casos por cien mil habitantes) y Colón (202.6

casos por cien mil habitantes).<sup>1</sup> El Ministerio de Salud de Panamá señaló que el costo mensual de un paciente que recibe la triple terapia (cocktail) con el sistema de seguridad social, tiene un costo mensual estimado entre B/.600.00 y B/.1,000.00. (Batista 1998).

CUADRO I. CASOS ACUMULADOS DE SIDA SEGÚN EDAD Y SEXO.  
PANAMÁ JUNIO DE 2000.

<i>Rango de edad</i>	<i>Total</i>	<i>Tasas por 100,000 hab.</i>	<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>	
			<i>Casos</i>	<i>Tasas</i>	<i>Casos</i>	<i>Tasas</i>
Total	3334	116.7	2561	177.7	773	54.6
0 – 4	113	37.5	53	34.4	60	40.8
5 – 14	40	6.8	18	5.9	22	7.6
15 – 19	47	17.3	30	21.8	17	12.7
20 – 44	2365	213.2	1814	325.6	551	99.8
45 y más	769	132.4	646	223.4	123	42.2

Fuente: Departamento de Vigilancia (FPRSE), Minsa.

<sup>1</sup> Situación Epidemiológica del SIDA en Panamá (2000).

CUADRO II. CASOS ACUMULADOS DE SIDA POR REGIÓN DE SALUD Y SEXO. PANAMÁ, JUNIO DE 2000.

<i>Región de Salud</i>	<i>Total</i>	<i>Tasas por 100,000 hab.</i>	<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>	
			<i>Casos</i>	<i>Tasas</i>	<i>Casos</i>	<i>Tasas</i>
Total	3334	116.7	2561	177.7	773	54.6
B. del Toro	14	9.9	12	16.4	2	2.9
Chiriquí	146	40.4	118	63.8	28	15.8
Coclé	60	30.0	44	42.7	16	16.5
Colón	409	202.6	292	283.8	117	118.1
Darién	4	9.7	1	4.5	3	15.8
Herrera	35	34.4	29	56.2	6	12.0
Los Santos	20	24.2	17	40.1	3	7.4
P. Metro	1524	223.1	1204	361.8	320	91.3
P. Este	57	144.2	39	183.4	18	98.5
P. Oeste	338	99.7	251	146.3	87	52.6
San Blas	17	53.3	16	107.5	1	5.9
San Miguelito	645	224.3	491	348.9	154	104.8
Veraguas	55	19.1	40	28.4	15	10.2
No Especificado	10	----	7	----	3	----

Fuente: Departamento de Vigilancia (FPRSE), Minsa.

CUADRO III. DEFUNCIONES POR SIDA SEGÚN EDAD Y SEXO. PANAMÁ, JUNIO 2000.

<i>Rango de edad</i>	<i>Total</i>	<i>Tasas por 100,000 hab.</i>	<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>	
			<i>Casos</i>	<i>Tasas</i>	<i>Casos</i>	<i>Tasas</i>
Total	2563	89.8	2013	139.7	550	38.9
0 - 4	69	22.9	27	17.5	42	28.5
5 - 14	21	3.5	10	3.3	11	3.8
15 - 19	34	12.5	25	18.1	9	6.7
20 - 44	1838	165.7	1443	259.0	395	71.5
45 y más	601	103.4	508	175.7	93	31.9

Fuente: Departamento de Vigilancia (FPRSE), Minsa.

CUADRO IV. CASOS DE SIDA POR AÑO Y SEXO.  
PANAMÁ, JUNIO DE 2000.

Año	Casos	Tasas por 100,000 hab.	Masculino		Femenino	
			Casos	Tasas	Casos	Tasas
1984	2	0.1	1	0.1	1	0.1
1985	6	0.3	5	0.5	1	0.1
1986	18	0.8	17	1.5	1	0.1
1987	32	1.4	30	2.6	2	0.2
1988	64	2.8	52	4.5	12	1.1
1989	80	3.4	70	5.9	10	0.9
1990	70	2.9	59	4.9	11	0.9
1991	89	3.6	69	5.6	20	1.7
1992	117	4.7	96	7.6	21	1.7
1993	183	7.2	156	12.2	27	2.2
1994	193	7.5	150	11.5	43	3.4
1995	210	8.0	160	12.0	50	3.8
1996	244	9.1	187	13.8	57	4.3
1997	318	11.7	233	17.0	85	6.3
1998	558	20.2	427	30.5	131	9.6
1999	521	18.5	378	26.8	143	10.3
2000	91	3.2	64	4.4	27	1.9

Fuente: Departamento de Vigilancia (FPRSE), Minsa.

Se ha señalado que el curso del SIDA en nuestro país ha pasado por tres etapas: en la primera, el VIH se adquiere fuera de Panamá, registrándose pocos casos, los cuales en su gran mayoría corresponden a la clase alta o media alta. En la segunda etapa, ya el VIH se adquiere en el país, a raíz de las relaciones sexuales con personas extranjeras o que realizan viajes frecuentes al exterior. Asimismo ocurren transmisiones del virus a través de sangre y hemoderivados procedentes del exterior. Empiezan a aparecer algunos casos en la clase social media baja. En la tercera etapa, a partir del año 1987 aproximadamente, la infección por VIH alcanza a todos los estratos de la población, incluyendo los sectores populares, en los cuales el virus encuentra condiciones adecuadas para su rápida diseminación. En este período también se observan los primeros casos de SIDA infantil. La enfermedad ya puede considerarse como uno de los problemas de salud pública del país (Batista 1998).

El principal modo de transmisión sigue siendo el sexual, seguido de la transmisión sanguínea y luego la transmisión perinatal (cuadro V). Desde 1992 no se notifican casos de SIDA en Panamá, cuya causa sea la transfusión sanguínea; la notificación en pacientes hemofílicos se sigue dando, más sin embargo todos con historia de ser portadores de años anteriores, ninguno con historia reciente.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> op. cit.

CUADRO V. MODOS DE TRANSMISIÓN DEL SIDA SEGÚN SEXO.  
PANAMÁ, MARZO DE 2000.

<i>Modo de transmisión</i>	<i>Casos</i>		<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
<b>Sexual</b>	2182	69.7	1721	71.5	461	63.7
Homosexual	578	18.5	578	24.0	0	0.0
Bisexual	191	6.1	191	7.9	0	0.0
Heterosexual	1413	45.1	952	39.5	461	63.7
<b>Sanguínea</b>	129	4.1	106	4.4	23	3.2
Receptor de sangre	18	0.6	4	0.2	14	1.9
Hemofílico	16	0.5	16	0.7	0	0.0
Drogas I.V.	95	3.0	86	3.6	9	1.2
<b>Perinatal</b>	139	4.4	63	2.6	76	10.5
<b>Desconocido /N.E.</b>	682	21.8	522	21.7	160	22.1

Fuente: Departamento de Vigilancia (FPRSE), Minsa.

Bocas del Toro no escapa a esa realidad. Las tasas de prevalencia de SIDA para junio de 2000 señalan que la mayoría de los afectados corresponden al sexo masculino, especialmente entre las edades de 40 á 44 años y de 25 á 29 años. Entre las mujeres, el grupo de edad más afectado es el 30 á 34 años (cuadro VI):

CUADRO VI. CASOS DE SIDA ACUMULADOS POR EDAD Y SEXO.  
BOCAS DEL TORO, JUNIO DE 2000.

<i>Edad</i>	<i>Total</i>	<i>Tasa por 100,000 hab.</i>	<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>	
			<i>Casos</i>	<i>Tasa</i>	<i>Casos</i>	<i>Tasa</i>
Total	14	9.9	12	16.4	2	2.9
15 – 19	2	12.3	2	24.0	0	0.0
20 – 24	2	15.0	2	28.8	0	0.0
25 – 29	3	24.2	3	46.7	0	0.0
30 – 34	3	30.2	2	39.5	1	20.5
35 – 39	1	12.1	1	23.3	0	0.0
40 – 44	2	30.7	2	59.6	0	0.0
45 y más	1	6.1	0	0.0	1	13.8

Fuente: Departamento de Vigilancia (FPRSE), Minsa.

Su ubicación geográfica en el noroeste del país, con accesibilidad limitada por mar, tierra y aire, la han convertido en una de las provincias postergadas de la nación. La provincia de Bocas del Toro cuenta con una frontera internacional con la República de Costa Rica, en la comunidad de Guabito (Distrito de Changuinola), y además con dos puertos marítimos internacionales, como lo son Almirante (Distrito de Changuinola) y Chiriquí Grande (Distrito de Chiriquí Grande), donde se realiza el embarque de cajas de banano y contenedores de mercancía respectivamente, con destino a otros países. También debe considerarse que la Isla Colón (Distrito de Bocas del Toro) donde se ubica la ciudad cabecera de la provincia, es uno de los polos de desarrollo turístico de Panamá, siendo visitada durante todo el año por nacionales y extranjeros. Esta situación aumenta el riesgo de que personas infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana entren en contacto con la población bocatoreña. De

hecho, la tasa más elevada de casos en la provincia, se encuentra en el Distrito de Bocas del Toro, especialmente entre personas del sexo masculino (cuadro VII):

CUADRO VII. CASOS DE SIDA POR DISTRITO Y SEXO. BOCAS DEL TORO, JUNIO DE 2000.

<i>Distrito</i>	<i>Total</i>	<i>Tasa por 100,000 hab.</i>	<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>	
			<i>Casos</i>	<i>Tasa</i>	<i>Casos</i>	<i>Tasa</i>
Total	14	9.9	12	16.4	2	2.9
Bocas del Toro	5	19.3	5	38.7	0	0.0
Changuinola	9	10.4	7	15.1	2	5.0

Fuente: Departamento de Vigilancia (FPRSE), Minsa.

Nuestro interés se centra en el Distrito de Changuinola, donde se encuentra un puerto marítimo internacional y la carretera de acceso al resto del país, en el corregimiento de Almirante, y una frontera internacional con la República de Costa Rica, en el corregimiento de Changuinola. La tasa de casos de SIDA es más alta en Almirante, entre pacientes del sexo masculino (cuadro VIII):

CUADRO VIII. CASOS DE SIDA POR CORREGIMIENTO Y SEXO. DISTRITO DE CHANGUINOLA, BOCAS DEL TORO, JUNIO DE 2000.

<i>Corregimiento</i>	<i>Total</i>	<i>Tasa por 100,000 hab.</i>	<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>	
			<i>Casos</i>	<i>Tasa</i>	<i>Casos</i>	<i>Tasa</i>
Total	9	10.4	7	15.1	2	5.0
Almirante	2	11.8	2	22.3	0	0.0
Changuinola	4	7.7	3	10.8	1	4.2
No especificado	3	-----	2	-----	1	-----

Fuente: Departamento de Investigación Biopsicosocial, Min.Sa.

A partir de 1996 se ha estado haciendo énfasis en el Distrito de Changuinola, especialmente en el corregimiento cabecera, en la realización de campañas de promoción de las medidas preventivas contra el SIDA, por el Ministerio de Salud, Cooperativas, Clubes Cívicos y O.N.G.'s, sin que hasta la fecha se haya evaluado el impacto de este trabajo en la comunidad.

El sector de Finca 30, Distrito de Changuinola, corregimiento cabecera, cuenta con una división territorial que los moradores denominan el sector civil que es atendido sanitariamente por COOBANA, con un médico y una enfermera contratados por la Cooperativa, además de la atención que ellos demandan en el Centro de Salud, y el sector de la Compañía, donde residen los empleados de la BFC, cuya atención es llevada a cabo exclusivamente por el Centro de Salud Randolph Da'Costa. Ambos grupos reciben además la educación sanitaria, de manera personal, directa, domiciliaria y en el local habilitado para tal fin, en el caso del sector civil y de manera grupal, directa y en la instalación de Salud, en el caso del sector de la Compañía.

Hasta el momento no se ha determinado si la capacitación y adiestramiento que han recibido los trabajadores bananeros de Finca 30 habrá provocado alguna modificación en sus conocimientos sobre el SIDA, y por consiguiente, en sus actitudes y prácticas al respecto. Aunque existen varias empresas dedicadas a estos menesteres, dos de ellas tienen cierto grado de organización en cuando al entrenamiento de sus trabajadores, COOBANA y la BFC, cada una de ellas con un

sistema diferente de enseñanza, lo que ameritaría una comparación de estos grupos para explorar sus posibles diferencias o similitudes. De hecho, la literatura señala que hay una disminución de casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) en comunidades donde las intervenciones educativas se han llevado a cabo exitosamente (Mertens y Low-Beer 1997).

Esta cuantificación es de vital importancia, ya que de no realizarse esta investigación, perderíamos la oportunidad de evaluar el impacto de la labor realizada en ambas empresas y poder interpretar las tendencias originadas por las actividades de intervención que comienzan a influir en el comportamiento de la epidemia del SIDA, así como de tomar elementos de ambos sectores, institucional y no institucional, a fin de diseñar un plan distrital para la atención promocional y preventiva de la salud de la población.

**OBJETIVO GENERAL**

Comparar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el SIDA de los trabajadores de dos empacadoras bananeras del sector de Finca 30, distrito de Changuinola, provincia de Bocas del Toro, 2000.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Medir la proporción de algunos conocimientos básicos relevantes de los trabajadores sobre la transmisión y prevención del SIDA;
2. Determinar la frecuencia de algunas actitudes de los trabajadores hacia las personas infectadas por el VIH y hacia las medidas utilizadas para prevenir la infección, en especial el condón masculino;
3. Determinar la frecuencia de algunas prácticas asociadas con la conducta sexual de los trabajadores;
4. Descubrir cómo perciben los trabajadores la intervención de los servicios de salud y grupos organizados en la prevención del SIDA.

## **PROPÓSITOS DE LA INVESTIGACIÓN**

1. Contribuir a divulgar el impacto de las campañas y programas de promoción y prevención de las medidas preventivas contra el SIDA entre las autoridades provinciales de Salud, Clubes Cívicos y ONG's;
2. Contribuir al trazado de estrategias que permitan educar a los trabajadores de la industria bananera bocatoreña para lograr algunos cambios de actitud en cuanto a la prevención del SIDA.

## MARCO TEÓRICO

La epidemia de SIDA e infección por VIH sigue siendo un desafío para la comunidad científica. Ante la falta de una vacuna y de una cura, se incrementa la importancia de la prevención como medida de control.

Actualmente se acepta que la epidemia del SIDA puede dividirse en tres categorías:

- a. La primera es la epidemia de los portadores asintomáticos del VIH, esto es, las personas que no presentan síntoma alguno de enfermedad, pero son perfectamente capaces de transmitir el virus a otras;
- b. La segunda es la epidemia de la enfermedad del SIDA propiamente dicha. Comprende a las personas a las que ya se les ha diagnosticado la enfermedad y requieren apoyo médico y hospitalario;
- c. La tercera epidemia es la de las reacciones que produce la enfermedad en la sociedad en general y las repercusiones que conlleva, tanto al paciente como a sus allegados, el miedo social al SIDA (Mertens et al. 1997).

La situación se tornó tan grave, que ya en 1989 la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalaba que la tercera epidemia podía resultar tan trascendental para el futuro como el propio VIH y que la misma podría incluso superar en importancia a las dos primeras. Es por lo que la Estrategia Mundial contra el Sida establecida por la OMS incluye como uno de sus objetivos,

el de reducir el impacto personal y social de la infección por VIH (Acción en SIDA 1988 en: Moreno, 1994).

Surge entonces la necesidad de un nuevo enfoque de promoción de la salud y prevención de la infección por VIH/SIDA, a fin de facilitar a la comunidad los medios para que pueda analizar sus propias necesidades y formular maneras de satisfacerlas, fomentando el intercambio de conocimientos y experiencias. Sin embargo, un obstáculo para esta visión es la naturaleza ambigua y a menudo contradictoria de los mensajes emitidos al público sobre la prevención de la infección por VIH/SIDA (Makadon 1996).

Un programa amplio de prevención del SIDA debe incluir tres estrategias:

- a. Comunicación sobre cambios en la conducta para reducir el comportamiento sexual de alto riesgo, mejorar el diagnóstico de los síntomas de las ITS y la búsqueda de cuidados, motivar el uso apropiado y consistente del condón y promover normas sexuales de bajo riesgo;
- b. Mejorar el diagnóstico de las ITS y su tratamiento; y
- c. Provisión de condones aceptables, accesibles y baratos para las poblaciones meta.

Cada estrategia por sí sola lleva a la reducción de la transmisión del VIH, pero el modelo matemático de la epidemia ha demostrado que una combinación de estas tres intervenciones produce el máximo beneficio (Lamprey 1995).

Estas estrategias tienen algunas características en común:

- a. una base en la teoría del aprendizaje social o en otras teorías relacionadas;
- b. un número razonable de horas de instrucción;
- c. un enfoque estrecho en la reducción de las conductas sexuales específicas de riesgo, con información clara sobre como evitar el riesgo;
- d. prácticas en habilidades relevantes de comunicación y negociación;
- e. consideración de las presiones sociales con estrategias para responder a la coerción;
- f. una variedad de métodos de instrucción interactivos;
- g. comunicación de los mensajes de acuerdo a la edad y a la cultura;
- h. entrenamiento adecuado de los facilitadores (Stanton 1997).

La determinación de las necesidades educativas de una comunidad se pueden inferir a partir de los estudios de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP). Sin embargo en Latinoamérica, ellos son escasos a pesar de que resultan básicos para el diseño de programas de educación para la prevención de las ITS y la infección con el VIH que lleva al desarrollo del SIDA. Estos diseños permiten analizar algunas variables del comportamiento humano y los factores que lo condicionan (Valdespino et al. 1989). Los comportamientos sexuales sobre los cuales existen más dudas se pueden identificar y aclarar creando pautas, basadas en la información obtenida, a fin de estandarizar los mensajes de prevención que se distribuirán en el entorno clínico y comunitario.

## **1. Conocimientos.**

El término conocimiento se usa en el sentido de hecho, información, concepto; pero también como comprensión y análisis. Es lo que permite a la especie humana progresar en la medida que se acumulan las experiencias de otras generaciones y ha logrado sistematizarlas. (Valdespino et al, 1989).

Sin embargo, el mero conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona haga conscientes las razones para adoptar o modificar una determinada conducta. En el contexto de los estudios CAP, los conocimientos brindan un significado a las actitudes, creencias y prácticas. Así, en el caso de la sexualidad y el SIDA, los conocimientos son los que estimulan el autoanálisis y son el elemento motor para la adopción de medidas preventivas.

La determinación del nivel de conocimientos sobre VIH y SIDA es importante por diversas razones:

- a. Al no existir una vacuna contra el VIH ni una terapia biomédica efectiva contra el SIDA, el único medio para prevenir la diseminación del contagio con VIH es el cambio de conducta mediante la información y la educación;
- b. El éxito de las medidas educativas depende, en gran parte, de que puedan identificarse las necesidades de información en la población en general y de los diferentes sectores sociales que la componen;

- c. Es posible que entre la población general exista desinformación, distorsión de hechos verdaderos, mitos y creencias falsas y conocimientos incorrectos sobre la transmisión del VIH y el SIDA. La detección de estos factores es importante para determinar las mencionadas necesidades de información y además para encontrar la manera culturalmente aceptable e individualmente relevante de educar sobre el SIDA y el VIH. De sobresaliente importancia es el hecho de que la información correcta puede contrarrestar la formación de prejuicios y estereotipos (Valdespino et al. 1989).

Un factor que ha contribuido de manera importante a difundir el temor y la discriminación ante el SIDA, es la desinformación y el sensacionalismo promovidos por los medios de comunicación en torno al problema. La información difundida por dichos medios no siempre resulta verdadera ni consistente, lo que aumenta la confusión, el prejuicio y los mitos en torno a la enfermedad. Se ha optado en ocasiones por inculcar el temor a la muerte como estrategia preventiva, además de exacerbar el ingrediente sexual del fenómeno, actitud que ha propiciado de modo definitivo el mantenimiento y propagación de temores infundados, tales como el miedo al contagio por contacto casual. Sea cual fuere la causa de estos temores irracionales, lo cierto es que la meta debiera ser calmarlos, no exacerbarlos, utilizando información objetiva y actualizada (Moreno 1994). Por ejemplo, la denominación del SIDA como una enfermedad “contagiosa” en lugar de

“transmisible”, ha contribuido a mantener la idea de que el VIH puede contagiarse tan fácilmente como otros virus comunes, como el del resfriado o el sarampión. Este término refuerza la idea de que el VIH puede adquirirse por contacto casual. La clasificación que inicialmente se hizo de los denominados “grupos de riesgo” y que algunos autores insisten en utilizar, a pesar de que ya se ha definido que lo que existen son “conductas de riesgo”, ha contribuido al rechazo por parte de la población en general de los individuos pertenecientes a dichos grupos, se encuentren infectados o no. Por otro lado los sujetos que no se clasifican a sí mismo dentro de algunos de estos conglomerados crean una sensación de invulnerabilidad ante el SIDA, aunque de hecho practiquen conductas de riesgo.

Paralelamente, el Ministerio de Salud ha desarrollado una campaña de información sobre el SIDA y el uso del condón, a través de distintos medios de difusión, principalmente en el Área Metropolitana. También ha capacitado a personal de las diferentes Regiones de Salud en consejería, tanto para pacientes no infectados como para los ya infectados, a fin de que no lleguen a infectarse los primeros y que tomen las medidas para que los segundos no infecten a otros. Se realiza también consejería pre-prueba, a fin de educar sobre las conductas de riesgo del individuo y el significado de un eventual resultado, tanto positivo como negativo. Sin embargo, muchas de las acciones del Ministerio de Salud se ven limitadas por la escasez de personal característica de las instituciones gubernamentales de este tipo.

El primer paso para determinar el grado de conocimientos sobre VIH/SIDA es establecer los aspectos específicos relevantes que debe manejar la población en general. A este respecto podemos diferenciar dos niveles:

- a. La conciencia general de la existencia y valoración del VIH/SIDA dentro del contexto nacional e individual, para lo cual es conveniente considerar que:
    - a.1 las medidas preventivas que sean adoptadas contra la diseminación del VIH/SIDA dependen de la atención que los individuos le presten y de la valoración que la sociedad les brinde;
    - a.2 el VIH/SIDA no representa un problema de salud aislado del contexto general de la sociedad, del individuo y de los otros problemas de salud del país;
  - b. Los conocimientos básicos sobre el tema VIH/SIDA que son relevantes para la prevención, entre los cuales podemos mencionar:
    - b.1 transmisibilidad del VIH/SIDA
    - b.2 vías de transmisión del VIH
    - b.3 situaciones de transmisión
    - b.4 percepción del riesgo de infección
    - b.5 conocimiento del tiempo de incubación
    - b.6 posibilidad de contagio durante el tiempo de incubación
    - b.7 conocimiento y aceptación de las medidas preventivas
- (Valdespino et al. 1989).

Debe tomarse en cuenta que las personas pueden adquirir el conocimiento por medios pasivos (radio, televisión) o bien buscando activamente las fuentes de información (visitando conferencias, leyendo libros). Esto se convierte en un indicador del tipo y nivel de motivación propio del comportamiento informativo. Sobre este tema, existen tres áreas de especial interés:

- a. Fuentes de información: representan los medios en los cuales se origina la transmisión del conocimiento y a los que las personas recurren para satisfacer sus necesidades de información;
- b. Necesidades de información: se pueden determinar mediante preguntas dirigidas a indagar el deseo de las personas de aprender más cosas sobre el SIDA;
- c. Seguridad de la información: desde el punto de vista teórico, un alto nivel de información no significa que las personas se sientan seguras de su conocimiento o que lo apliquen adecuadamente. Una gran diversidad de información puede causar en determinadas circunstancias, una sensación de confusión o inseguridad (Valdespino et al. 1989).

## **2. Creencias y Actitudes.**

El principal motivo para el estudio de las actitudes es el hecho de que éstas constituyen un importante factor en la predicción de la conducta humana. Tradicionalmente las actitudes han sido estudiadas en relación con un objeto. Sin embargo, Rokeach insiste en que las actitudes pueden también referirse a situaciones. Este autor propone que:

“Una actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación, que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada”

(Rokeach 1976 en: Moreno, 1994).

Además de objeto y situación, Ajzen ha explicitado que una actitud puede referirse a personas, instituciones o acontecimientos, e implica los siguientes aspectos:

- a. Las actitudes son relativamente duraderas;
- b. Las actitudes no constituyen elementos irreductibles, sino que, por el contrario, son el resultado de la agregación de dos o más elementos relacionados entre sí. Estos elementos son las creencias;
- c. Las actitudes se refieren a objetos concretos o abstractos (personas, grupos, instituciones, temas) o a situaciones específicas (acontecimientos);

- d. Las actitudes contienen predisposiciones a actuar de una manera específica. Estas predisposiciones se encuentran interrelacionadas. (Ajzen 1984 en: Moreno, 1994).

Existe una enorme variedad de definiciones de actitudes, las cuales pueden agruparse en tres categorías:

- a. Las definiciones que acentúan el aspecto afectivo de una actitud. Según este punto de vista, una actitud es un conjunto de sentimientos positivos o negativos hacia un objeto (Thurstone 1935 en: Espinoza, 1993);
- b. Las definiciones que sostienen que una actitud constituye una predisposición o tendencia a actuar de una manera determinada (Kimball 1967 en: Espinoza, 1995);
- c. Las definiciones que toman en cuenta que una actitud tiene tres diferentes componentes: el afectivo, el cognoscitivo y el conductual (Valdespino et al. 1989; Moreno, 1994).

En la línea de pensamiento planteada en el párrafo anterior, James W. Vander Zander dice que:

“Una actitud es una tendencia o predisposición adquirida y relativamente duradera a evaluar de determinado modo a una persona, suceso o situación y actuar en consonancia con dicha evaluación”.  
(Vander Zander 1986 en: Moreno, 1994).

De esta definición podemos ver, en primer lugar el hecho de que las actitudes no son innatas, sino que van tomando forma a través de las interacciones sociales, que surgen a lo largo de la vida del individuo. Son además relativamente permanentes, lo que indica que no cambian fácilmente de un momento a otro y, como característica principal, se encuentran constituidas por tres elementos básicos: cognoscitivo, afectivo y conductual.

El componente cognoscitivo de las actitudes se refiere, como su nombre lo indica, a la representación cognitiva que tiene el sujeto sobre el objeto de la actitud, es decir, a los pensamientos e ideas que se tienen sobre el mismo. Para formarse una actitud, el sujeto debe ser capaz de atribuir al objeto una serie de características o rasgos. Es pues “conocimiento” que se tiene del objeto, el cual en muchas ocasiones no es ni exacto ni preciso, hecho éste que no afecta de ninguna manera la intensidad de la actitud. Cuando el objeto de la actitud es una persona o grupo de personas, usualmente el componente cognoscitivo es un estereotipo, es decir, un concepto general y estandarizado de características particulares de un grupo de seres humanos. Usualmente, estas generalizaciones resultan poco exactas y/o confiables.

El componente afectivo, consiste en las emociones o sentimientos asociados al objeto de la actitud, los cuales pueden tener una orientación, ya sea a favor o en contra del mismo. Puede ser considerado como el componente de mayor importancia y probablemente el más característico de

las actitudes sociales. Es asimismo, el componente más frecuentemente estudiado dentro de la investigación social y generalmente se encuentra estrechamente asociado al componente cognoscitivo (Rodríguez 1987 en: Moreno, 1994).

El componente conductual de las actitudes, se refiere a la disposición a la acción que se tiene ante un objeto específico. Es una tendencia y no una acción en sí, ya que el deseo de actuar de cierta manera no implica que el sujeto de hecho actúe de dicha forma. Si bien las actitudes crean un estado de predisposición a la acción, es al combinarse con una situación activadora específica, que resulta entonces en una conducta (Rodríguez 1987 en: Moreno, 1994).

En términos generales los componentes cognoscitivo, afectivo y conductual se encuentran en estrecha congruencia entre sí, pero existen ocasiones en que no se registra una coherencia absoluta entre ellos, hecho que constituye la base de la teoría del cambio actitudinal.

Las actitudes no son directamente observables, sino que tienen que ser inferidas a partir de las respuestas de los individuos, las cuales, como se ha sugerido, pueden ser afectivas, cognoscitivas o conductuales. Además, a diferencia de los hábitos y los motivos, las actitudes incluyen también el conocimiento y la visión del mundo de una persona.

Las actitudes son adquiridas y no heredadas. Por lo tanto su desarrollo implica socialización y hábito.<sup>3</sup> Muchos autores sostienen que las actitudes se sustentan en los valores, y afirman que son los elementos básicos que las componen. Montalván define valor como un bien material o espiritual que el grupo considera digno de ser alcanzado, y cuya adquisición socialmente aceptable está determinada por las normas que éste imponga.<sup>4</sup> Un punto importante es que las normas y valores deben ser aceptadas conscientemente por el individuo.

Al conocer las actitudes y las creencias de una persona respecto a algo, es posible predecir más fácilmente sus prácticas, puesto que ellas tienden a uniformar el comportamiento y las relaciones sociales.<sup>5</sup>

Conviene aclarar que las actitudes y creencias son dinámicas y que existe más de una para cada situación, sobre todo en cuanto a sexualidad y SIDA.

---

<sup>3</sup> Montalván, J., Notas de la Cátedra de Sociología, Maestría en Salud Pública (1997).

<sup>4</sup> op. cit.

<sup>5</sup> Montalván (op.cit.) señala que la conjunción de un valor con su conjunto de normas, constituye un rol, y el conjunto de roles aprendidos define el comportamiento de la persona.

Rokeach define el concepto creencias de la siguiente manera:

“Una creencia es una proposición simple, consciente o inconsciente, inferida de lo que una persona dice o hace, que puede ir precedida de la frase ‘yo creo que...’. El contenido de una creencia puede descubrir un objeto o situación como verdadero o falso, valorarlo como bueno o malo, o recomendar un determinado curso de acción como deseable o indeseable. Sea o no el contenido de una creencia descriptivo, valorativo o recomendativo (o las tres cosas a la vez), toda creencia es una predisposición a la acción y una actitud es un conjunto de predisposiciones para la acción relacionadas entre sí y organizadas en torno a un objeto o situación.”

(Rokeach 1976 en: Valdespino, 1989).

Como podemos ver, las creencias representan los componentes primordiales y determinantes de las actitudes: ellas le asignan al objeto o a la situación actitudinal un atributo positivo o negativo. Al igual que las actitudes, las creencias pueden ser descompuestas en sus elementos cognoscitivos, afectivos y conductuales.

En el componente cognoscitivo, las creencias representan el conocimiento acerca de lo que una persona cree que es verdadero o falso,

bueno o malo, deseable o indeseable; en el afectivo, la capacidad de la creencia de provocar afectos referentes al objeto de la creencia a individuos o grupos que adoptan una posición determinada frente a esa creencia o a la creencia misma; y en los conductuales, la capacidad de la creencia de activar determinados comportamientos en determinadas circunstancias.

El concepto de creencia se encuentra íntimamente asociado con el de prejuicios y estereotipos, razón por la cual se deben observar sus semejanzas y diferencias. El prejuicio es una actitud negativa y desfavorable hacia un grupo o sus miembros individuales, caracterizada por creencias estereotipadas. Éste es el resultado de procesos que ocurren dentro del individuo que lo sostiene y no de la realidad misma del grupo al que se le atribuye. En cuanto al estereotipo, es un conjunto de creencias preconcebidas acerca de clases de individuos, grupos u objetos, las cuales constituyen el resultado de hábitos rutinarios de juicios y expectativas.

Es muy difícil distinguir con certeza cuando se trata de uno u otro fenómeno. Existe una intensa controversia entre los científicos sociales acerca de los atributos específicos y distintivos de creencias, prejuicios y estereotipos (Valdespino et al. 1989; Espinoza 1993; Moreno 1994). En las Ciencias Sociales, el concepto de prejuicio es utilizado casi exclusivamente en relación con grupos sociales o étnicos, cuando hemos de referirnos a una actitud desfavorable ante ellos, sin que esta actitud sea el resultado de una apreciación realista de sus cualidades. Por otro lado, el concepto de

estereotipo se refiere a creencias favorables o desfavorables, las cuales no se apoyan en evidencias y pueden ser total o parcialmente falsas. Comúnmente se trata de creencias generalizadas y repetitivas sobre un objeto actitudinal.

### **3. Prácticas.**

El comportamiento está formado por prácticas, conductas, procedimientos, reacciones, es decir, todo en lo que el individuo participa. Las prácticas regulares se denominan hábitos y se definen como una respuesta establecida para una situación común. En el contexto de las Ciencias del Comportamiento y de la Epidemiología, los conceptos prácticas y comportamientos son sinónimos.

La teoría de la Representación Social es fundamental para comprender el comportamiento de los grupos sociales. Para saber por qué un grupo social se conduce de tal o cual manera y desarrolla prácticas es necesario conocer y entender su sistema de representación. Asimismo, si el objetivo es transformar ciertas prácticas de conducta en dichos grupos, es indispensable considerar sus propias representaciones y sus propios sistemas de referencia (Abric 1997a).

El doctor Jean Claude Abric explica que la teoría de las representaciones sociales permite establecer la manera en que los grupos o individuos se representan la realidad en su mente; es decir, que ellos responden, no a la realidad misma, sino a cómo ellos la reconstruyen en su cabeza (Abric 1997b). En ese sentido, los investigadores tratan de precisar

cuál es la representación que las personas tienen del SIDA y han determinado que las prácticas de prevención con respecto a esta enfermedad, no dependen de esas campañas, sino de otros factores relacionados con una representación más general que la gente tiene de lo que es el amor y de lo que debe ser el amor en una relación más libre, entre otros. Cuando verdaderamente se pretende hacer cambiar estas prácticas, se debe partir de lo que piensa la gente; es decir, utilizar sus propias representaciones.

#### **4. Uso del Condón.**

La literatura señala como una de las prácticas autoprotectoras el uso del condón (Valdespino et al. 1989). Generalmente, esto se refiere a la utilización del condón masculino, aunque ya está a la venta un condón femenino.<sup>6</sup>

Cuando se utilizan los condones de manera continua y correcta, resultan altamente eficaces para reducir el riesgo de infección por VIH y otras enfermedades sexualmente transmisibles. Por ello, los esfuerzos por mejorar la calidad de los condones, su disponibilidad y buena utilización, representan un aspecto importantísimo en las estrategias de salud pública para frenar estas enfermedades. Los recientes ataques relativos a la eficacia del condón, son un implícito llamado al abandono de la educación sobre su

---

<sup>6</sup> COESIDA. Alzaga 1997.

uso, ignorando la realidad de que ninguna estrategia de prevención de la enfermedad es perfecta, y que todas las estrategias, incluida la abstinencia sexual, dependen hasta en un alto grado de una práctica continua y correcta.

En el laboratorio, los condones de látex, a pesar de presentar poros muy pequeños, siguen siendo efectivos en bloquear la entrada del virus del VIH. Los condones no solo han demostrado ser una barrera efectiva contra el VIH, sino también para el herpes, el citomegalovirus (CMV), la hepatitis B, la clamidia y la gonorrea (Earle 1995).

Fuera del laboratorio, la efectividad del condón disminuye al introducirse el factor humano. La razón por la cual las personas no usan el condón de modo correcto, generalmente se debe a que la educación con respecto a él no se ha hecho como es debido. El fracaso del condón se debe más que al producto en sí, al usuario por:

- a. No usar un condón en cada acto sexual;
- b. No colocarse un condón antes de que ocurra cualquier contacto genital;
- c. No desenrollar por completo el condón al ponérselo; y
- d. La ingestión de bebidas alcohólicas, que puede impedir tanto el buen juicio como el uso apropiado del condón.

Las personas no utilizan los condones principalmente por reacciones emocionales o malas interpretaciones. Los resultados de una encuesta telefónica a heterosexuales, en veintitrés áreas urbanas de los Estados

Unidos con alta incidencia de SIDA, mostró que la desconfianza asociada con el uso del condón se ve más acentuada entre los varones, los afro-americanos y los que tienen un bajo nivel de educación. De los que respondieron a la encuesta el cincuenta y cuatro por ciento creyeron que los condones podían fallar durante el acto sexual, el cuarenta y uno por ciento se quejó de una reducción en la sensación sexual, el treinta y cinco por ciento se sentían incómodos al comprarlos y el veintiuno por ciento se sentía incómodos al ponérselos (PTAS 1994a).

Los jóvenes que pedían ayuda al comprar condones, en una encuesta realizada en 1988 en tiendas del área de Washington, D.C., encontraron cierta resistencia y desaprobación por parte del cajero(a) un cuarenta por ciento del tiempo (PTAS 1994b).

En un estudio a los estudiantes de un colegio canadiense, los factores asociados al no uso del condón incluyeron pena o vergüenza al comprar condones, dificultad para discutir el uso del condón con la pareja, el uso de anticonceptivos orales, la falta de conocimiento sobre el VIH y de las ITS y la creencia de que los condones interfieren con el placer sexual. La vergüenza se puede contrarrestar con la educación, las pláticas francas acerca de la sexualidad y un mejor mercadeo y distribución de condones (PTAS 1994c).

Un estudio de la Organización Mundial de la Salud obtuvo que entre las barreras comunes para el uso del condón estaban: la disponibilidad limitada, el costo, los condones defectuosos, la falta de conocimiento y

habilidad para el uso del condón, el tamaño del condón, la vergüenza, la falta de anticipación de la relación sexual, el uso de alcohol y drogas, la creencia de que los condones son poco confiables, la creencia de que disminuyen el placer sexual, la creencia de que usar condones demuestra que la persona es promiscua, la creencia de las mujeres jóvenes que el uso del condón no es aceptable por sus parejas, y la creencia de que la píldora anticonceptiva es suficiente protección (OMS 1995).

En el contexto de la prevención del SIDA, el mercadeo social del condón está haciendo que los condones sean accesibles y más baratos. El mercadeo social es la aplicación de las técnicas del mercadeo comercial para lograr una meta social. A este respecto, las técnicas del mercadeo comercial significan utilizar las investigaciones de mercado para definir los gustos, antipatías y prácticas del consumidor y del mercado. El lado social se manifiesta principalmente en la asignación estatal de los precios, a fin de que los miembros más pobres de la economía puedan comprarlos, o bien, puedan recibirlos gratuitamente como parte de una campaña del Estado.

La promoción del uso del condón no es incompatible con la promoción de la abstinencia sexual y monogamia mutua. Cada una representa un planteamiento responsable de la prevención de la enfermedad. Sugerir que la abstinencia y la monogamia son los únicos argumentos defendibles en la prevención de la enfermedad equivale a ignorar las realidades de millones

de personas que requieren de la importante protección que brindan los condones.

No hay estrategia de salud pública que pueda garantizar la protección total. Por ejemplo, la vacuna de la influenza es efectiva solamente de un sesenta a un ochenta por ciento previniéndola, sin embargo miles de muertos podrían prevenirse anualmente con el uso más amplio de esta vacuna imperfecta. La verdadera pregunta de salud pública no es si los condones son cien por cien efectivos, mas bien debería ser: ¿de que forma podemos usar el condón de forma eficaz para ayudar a prevenir la transmisión de enfermedades?

### **5. El adulto y su aprendizaje<sup>7</sup>:**

Bajo la denominación de educación de adultos se deben comprender todas las actividades organizadas por las instituciones públicas y privadas en beneficio de los adultos. Los fines de la educación de adultos son:

- a. Preparar a la población adulta en función de sus expectativas individuales, los estándares de la competencia intelectual y técnica requerida por la sociedad;
- b. Desarrollar una comprensión de los problemas a fin de preparar a los adultos para la participación y la resolución de los problemas;

---

<sup>7</sup> Meneses, V. 1997, Programación Educativa, apuntes de clase.

- c. Hacer accesibles las actividades que permiten desarrollar y ratificar las actitudes y comportamientos en beneficio de la actualización de los individuos.

El participante adulto tiene algunas características puntuales que lo diferencian del niño o del adolescente:

- a. La madurez: cuando cierto número de signos son visibles en el individuo: autonomía, objetividad, actividad, grandes habilidades, intereses variados, racionalidad, dinamismo y tolerancia a la ambigüedad entre otros;
- b. La motivación: constituye el factor energético capital durante todas las fases del proceso de aprendizaje, y es la que activa el aprendizaje en el mundo real y su aplicación. Sería muy simplista el afirmar que un adulto participa en una actividad educativa tan sólo por el deseo de estar al día con los avances del mundo;
- c. Los factores psicosociales y los procesos interpersonales: la actividad educativa comprende una acción, más o menos propuesta por el educador. Frente a esta proposición, todo participante adulto se da cuenta y organiza de acuerdo con las influencias que emanan de sus experiencias y debido a ciertos factores psicosociales, y a los procesos interpersonales de defensa y de integración;

- d. Los antecedentes del participante: todo adulto ha vivido y acumulado un bagaje de experiencias en los roles desempeñados y responsabilidades asumidas tanto en su vida privada como profesional. De esta manera, los valores, las actitudes manifiestas y los comportamientos desarrollados son signos particulares que distinguen a cada adulto;

Algunos factores que pueden afectar el aprendizaje del adulto son:

- a. El miedo al fracaso: es un fenómeno que constituye un elemento muy importante en el aprendizaje del adulto: es necesario no fracasar, pues podría ser considerado como no bueno. Fracasar podría significar un rechazo no solamente para el grupo de participantes adultos, sino también para la organización profesional.
- b. El miedo a ser considerado ignorante: es el miedo a ser considerado demasiado ignorante o inhábil. Como consecuencia la comunicación se reduce o está ausente.
- c. El miedo a ser considerado diferente de los otros: ser diferente por no haber tenido la preocupación de aprender durante la infancia o la adolescencia.
- d. El sentimiento de no pertenecer al grupo: el participante adulto no puede soportar el hecho de no pertenecer al grupo, aunque

sólo sean dos o tres personas que lo ligan a la situación de aprendizaje.

- e. Una incompleta evaluación de sus capacidades: en situación de aprendizaje, el adulto se siente más solitario a la hora de afrontar las reacciones del grupo.
- f. Un sentimiento de inadecuación: el participante adulto capta las percepciones, las opiniones y los criterios de los otros participantes respecto a sus metas y respecto a él. El hecho de no responder a lo que él cree que los otros esperan de él, causa ciertos bloqueos a su aprendizaje.

En el caso que nos ocupa, las diversas instancias gubernamentales y no gubernamentales están tratando de llevar una formación a la medida a los diversos grupos de trabajadores, la cual se basa en cuatro postulados básicos:

- a. El adulto está en situación de actuar: los aprendizajes que realiza el adulto están directamente relacionados con la situación que él vive, por lo que busca nexos con lo que ya él conoce;
- b. El adulto como primer agente de su propio aprendizaje puede encargarse y dirigir dicho proceso: el adulto define que desea aprender en función de sus objetivos y de lo que ya sabe;
- c. Un aprendizaje es completo sólo cuando es aplicado: a partir de ese momento es cuando se puede evaluar el impacto de un

aprendizaje, pero la aplicación no depende tan sólo del adulto, sino también de las instancias que han de permitir que los cambios se cumplan de alguna manera;

- d. Toda situación de aprendizaje es colectiva: las situaciones que se engendran de las necesidades de formación son, en general, vividas y compartidas por muchos agentes. En consecuencia, una acción de formación a la medida favorecerá a lo largo del proceso, una relación colectiva sin excluir el aporte de las relaciones individuales.

En el Distrito de Changuinola se han estado realizando intervenciones que podríamos calificar como informativas y educativas para la población. En el caso particular del Sector de Finca 30, las actividades se han dirigido principalmente a los trabajadores de las empacadoras bananeras, por ser una población cautiva y accesible tanto en su sitio de labor como en sus hogares.

El Sector Salud, representado por el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social; la Asociación para el Planeamiento de la Familia (APLAFA), como Organización No Gubernamental (ONG); los Clubes Cívicos (Club Leo, Club Activo 20-30); y la Cooperativa Bananera del Atlántico (COOBANA), han tomado sobre sus hombros la responsabilidad de mantener a la comunidad informada, en un intento por lograr un cambio en sus percepciones a través del aumento en los conocimientos sobre la prevención del SIDA y otras ITS, y así conseguir nuevas prácticas autoprotectoras, incluyendo el uso regular del condón.

COOBANA tiene plantaciones de banano y empacadoras en los sectores de Finca 30, Finca 60 y Finca 6 del Distrito de Changuinola. En esos sitios existen Centros de Salud, y tienen buenas vías de acceso terrestre. COOBANA ha contratado los servicios profesionales de un médico y una enfermera, que realizan visitas domiciliarias periódicas a los miembros de la Cooperativa con el propósito de realizar la detección precoz de situaciones que pudieran ser comprometedoras para la salud; además se aprovechan estas visitas para realizar algún tipo de docencia persona a persona, que incluye información sobre sexualidad, e inclusive la entrega de condones.

Los Centros de Salud también realizan actividades educativas, entre los pacientes que acuden a la atención diaria, y las recetas para la entrega de condones se realizan en el consultorio de la enfermera y del médico para los pacientes que lo solicitan, independientemente de su lugar de trabajo. Las visitas domiciliarias que realiza el personal de los Centros, usualmente coinciden con las giras de Salud, y tienen como objetivo básico la vacunación. No se suele dar educación persona a persona ni se entregan condones.

Consideramos que la participación de la Cooperativa con un sistema novedoso de atención y educación para sus asociados debería introducir algún efecto adicional en los conocimientos, actitudes y prácticas del grupo de cooperativistas tanto de Finca 30 como de Finca 60. El tipo de actividad educativa y promocional se inició en Finca 30, por lo que se podría postular la siguiente relación de variables (fig. 1):

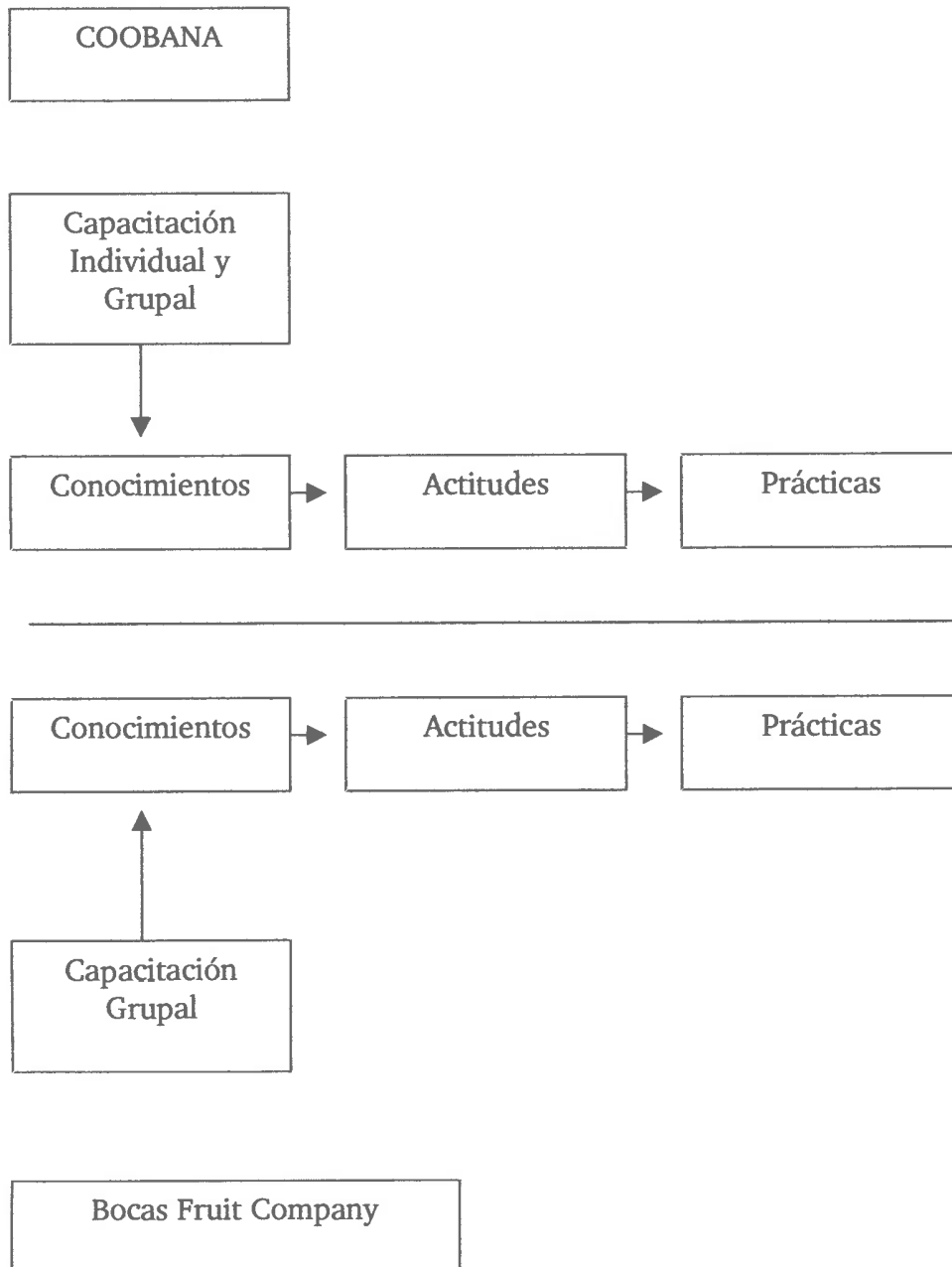


Fig. 1. Relación de las variables en estudio.

## **6. Hipótesis:**

A partir de esta relación de variables, podemos postular las siguientes hipótesis:

- a.  $H_0$ : La capacitación adicional brindada por la Cooperativa, no hace que los conocimientos, actitudes y prácticas acerca del SIDA de los trabajadores de la empacadora de COOBANA en Finca 30 sean significativamente diferentes de sus similares de la empacadora de la BFC.
- b.  $H_A$ : La capacitación adicional brindada por la Cooperativa, hace que los conocimientos, actitudes y prácticas acerca del SIDA de los trabajadores de la empacadora de COOBANA en Finca 30 sean significativamente diferentes de sus similares de la empacadora de la BFC.

## **7. Definición de Variables:**

A fin de esclarecer las hipótesis planteadas pasaremos a definir las variables involucradas:

- a. Variable independiente:

- a.1 Capacitación:

- a.1.1. Definición conceptual: hacer a alguien apto o habilitado intelectualmente para alguna cosa.

- a.1.2. Definición operativa: enseñanza de conocimientos relativos a la prevención del SIDA.

b. Variables dependientes:

b.1 Conocimientos:

b.1.1. Definición conceptual: datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada.

b.1.2. Definición operativa: puntaje obtenido en la sección de conocimientos de la encuesta C.A.P. aplicada a los trabajadores de las empacadoras de COOBANA y B.F.C.

b.2 Actitudes:

b.2.1. Definición conceptual: es una tendencia o predisposición adquirida y relativamente duradera a evaluar de determinado modo a una persona, suceso o situación y actuar en consonancia con dicha evaluación.

b.2.2. Definición operativa: puntaje obtenido en la sección de actitudes de la encuesta C.A.P. aplicada a los trabajadores de las empacadoras de COOBANA y B.F.C.

b.3 Prácticas:

b.3.1. Definición conceptual: destreza adquirida con el ejercicio de cualquier arte, facultad o trabajo, que se observa de modo continuado en las actividades realizadas.

b.3.2. Definición operativa: puntaje obtenido en la sección de prácticas de la encuesta C.A.P. aplicada a los trabajadores de las empacadoras de COOBANA y B.F.C.

c. Variables de Confusión:

c.1 Edad:

c.1.1. Definición conceptual: tiempo que una persona ha vivido, contando desde el día en que nació.

c.1.2. Definición operativa: es el número de años declarado por la persona en la sección de datos generales de la encuesta CAP.

c.2 Sexo:

c.2.1. Definición conceptual: condición por la cual se diferencian los machos y las hembras en la mayoría de las especies de animales y vegetales superiores.

c.2.2. Definición operativa: la condición de hombre o mujer declarada por la persona en la sección de datos generales de la encuesta CAP.

c.3 Escolaridad:

c.3.1 Definición conceptual: conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

c.3.2 Definición operativa: último año cursado por la persona, según lo declara en la sección de datos generales de la encuesta CAP.

c.4 Etnia:

c.4.1. Definición conceptual: agrupación natural de individuos de igual cultura que admite grupos raciales y organizaciones sociales varias.

c.4.2. Definición operativa: es la condición de indígena o no indígena ngöbe-buglé, declarada por la persona en la sección de datos generales de la encuesta CAP.

c.5 Ingreso:

c.5.1. Definición conceptual: cantidad de dinero que se percibe con regularidad.

c.5.2. Definición operativa: es la cantidad de dinero que declara recibir mensualmente en su familia la persona que llena la encuesta CAP.

d. Otras variables:

d.1 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA):

d.1.1. Definición conceptual: enfermedad vírica transmisible que presenta distintas manifestaciones clínicas, caracterizada por una disminución de la capacidad inmunitaria del paciente, que se hace vulnerable a enfermedades que no constituirían una amenaza para personas cuyo sistema inmunitario funcionase normalmente, pero que en los individuos afectados adquieren carácter grave.

d.1.2. Definición operativa: Infección demostrada serológicamente por el VIH, con o sin manifestaciones sistémicas.

d.2 Empacadora de banano:

d.2.1. Definición conceptual: área diseñada para limpiar, seleccionar, clasificar, empacar y estibar las cajas a un vagón de ferrocarril o contenedor.

d.2.2 Definición operativa: área de trabajo cercana o no a la plantación, donde se empaca el banano.

d.3 Empacadores:

d.3.1. Definición conceptual: grupo de trabajadores cuya tarea en el proceso de producción del banano consiste en recibir diariamente en la empacadora los racimos de banano cosechados, para desgajarlos, limpiarlos, clasificarlos, seleccionarlos, etiquetarlos, empacarlos en cajas de cartón dentro de bolsas plásticas y embarcarlos en un vagón de ferrocarril o contenedor.

d.3.2. Definición operativa: los empleados que laboran en la empacadora.

#### d.4 COOBANA:

d.4.1. Definición conceptual: es la Cooperativa Bananera del Atlántico, empresa que se dedica a la siembra, cosecha y empaque de bananos para ser vendidos a la Bocas Fruit Company.

d.4.2. Definición operativa: conjunto formado por la empacadora de Finca 32 propiedad de la Cooperativa y los trabajadores que allí laboran.

#### d.5 Bocas Fruit Company (BFC):

d.5.1. Definición conceptual: es la empresa frutera transnacional, que se dedica a la compra y siembra, cosecha, empaque y transporte terrestre de bananos para la venta.

d.5.2. Definición operativa: conjunto formado por la empacadora de Finca 32 propiedad de la BFC y los trabajadores que allí laboran.

## METODOLOGÍA

La Provincia de Bocas del Toro se encuentra ubicada en la parte noroeste de la República de Panamá, limitando al norte con el Mar Caribe (Océano Atlántico), al sur con la provincia de Chiriquí, al este con la provincia de Veraguas y al Oeste con la República de Costa Rica.

Bocas del Toro se divide en tres distritos: Bocas del Toro (cabecera de Provincia), Chiriquí Grande y Changuinola. El área que nos ocupa particularmente en nuestro estudio es Changuinola, distrito compuesto por cinco corregimientos: Changuinola (cabecera), Almirante, Guabito, Teribe y Valle del Risco. Su población total es de 86,509 personas (46,240 hombres y 40,269 mujeres).

El corregimiento de Teribe cuenta con varios centros poblados, que generalmente existen en función de una plantación de banano o una empaedora o una combinación de ambos. Tal es el caso de Finca 30, donde la actividad es mixta: tanto la siembra y cosecha, como el empaque de la fruta es realizado por la BFC y COOBANA. El sector de Finca 30 está compuesto por las comunidades de Charagre, Finca 24, Finca 31, Finca 32, Finca 33, Santa Marta Arriba y Santa Marta Abajo, que para 2000 registraron una población de 3695 personas (2066 hombres y 1629 mujeres) en su mayoría indígenas del sexo masculino, la cual se concentra en los poblados de Finca 24 y Finca 32 (Cuadros IX y X):

CUADRO IX. POBLACIÓN DE FINCA 30 POR POBLADO Y SEXO. CHANGUINOLA BOCAS DEL TORO, 2000.

<i>Población</i>	<i>Finca 30</i>		<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>	
	Total	Porc.	Total	Porc.	Total	Porc.
Total	3695	100	2066	55.9	1629	44.1
Charagre	287	7.8	163	4.4	124	3.4
Finca 24	1438	38.9	789	21.3	649	17.6
Finca 31	289	7.8	159	4.3	130	3.5
Finca 32	1268	34.3	724	19.6	544	14.7
Finca 33	218	5.9	129	3.5	89	2.4
Santa Marta	195	5.3	102	2.8	93	2.5

Fuente: Contraloría General de la República, 2000

CUADRO X. POBLACIÓN DE FINCA 30 POR POBLADO Y ETNIA. CHANGUINOLA, BOCAS DEL TORO, 2000.

<i>Población</i>	<i>Finca 30</i>		<i>Indígena</i>		<i>No Indígena</i>	
	Total	Porc.	Total	Porc.	Total	Porc.
Total	3695	100	2132	57.7	1563	42.3
Charagre	287	7.8	198	5.4	89	2.4
Finca 24	1438	38.9	990	26.8	448	12.1
Finca 31	289	7.8	57	1.5	232	6.3
Finca 32	1268	34.3	647	17.5	621	16.8
Finca 33	218	5.9	93	2.5	125	3.4
Santa Marta	195	5.3	147	4.0	48	1.3

Fuente: Contraloría General de la República, 2000

En vista de que la medición de conocimientos incluye como uno de sus puntos de interés la fuente de adquisición de la información, incluimos la estadística del Cuadro XI, en la cual se refleja que la mayoría de las viviendas cuentan con radio y televisión, sobre todo en los poblados de Finca 24 y Finca 32, mientras que el mayor porcentaje de teléfonos se encuentra en Finca 32 (Cuadro XI):

CUADRO XI. VIVIENDAS DE FINCA 30 CON RADIO, TELEVISIÓN Y TELÉFONO, SEGÚN POBLADO. BOCAS DEL TORO, 2000.

<i>Población</i>	<i>Viviendas</i>		<i>Radio</i>		<i>Televisión</i>		<i>Teléfono</i>	
	Total	Porc.	Total	Porc.	Total	Porc.	Total	Porc.
Total	639	100	402	62.9	371	58.0	26	4.1
Charagre	53	8.3	32	5.0	5	0.8	1	0.2
Finca 24	231	36.1	140	21.9	144	22.5	1	0.2
Finca 31	73	11.4	40	6.3	32	5.0	6	0.9
Finca 32	214	33.5	141	22.1	154	24.1	14	2.2
Finca 33	40	6.2	36	5.6	35	5.5	4	0.6
Santa Marta	28	4.4	13	2.0	1	0.2	0	0.0

Fuente: Contraloría General de la República, 2000

El estudio que va a realizarse es de tipo transeccional, pues se cuenta con dos grupos de trabajadores, uno en la empacadora de COOBANA y otro en la empacadora de la BFC en Finca 32, que están recibiendo información y educación en forma grupal y eventual por parte del personal del Centro de Salud Randolph Da'Costa, pero los de COOBANA adicionalmente tienen visitas domiciliarias de parte de un médico y una enfermera pagados por la Cooperativa, que les brindan educación y atención de manera directa y personal, por lo que se trata de medir si esto produce una diferencia entre los conocimientos, actitudes y prácticas de ambos y si estas diferencias pueden ser atribuibles a factores de confusión como la edad, el sexo, la etnia, la escolaridad y el ingreso familiar mensual.

El universo de estudio se compone de ciento treinta y cuatro trabajadores (134) de las empacadoras de Finca 32, de los cuales sesenta y cinco (65) laboran en la de la BFC y sesenta y nueve (69) en la de COOBANA. No se hará muestreo y se encuestará a todos los individuos. Debido a lo reducido de la muestra, el poder

del estudio para encontrar diferencias significativas es bajo, sin embargo, nos dará una idea de lo que está ocurriendo en ambas empacadoras.

La medición de conocimientos, actitudes y prácticas se realizará con un instrumento que será validado en una prueba piloto que se aplicará en la empacadora que la BFC tiene en Finca 63, del sector de Finca 60, Changuinola. Esta selección obedece a que reúne varias características poblacionales similares a las de Finca 32 (Cuadro XII):

CUADRO XII. COMPARACIÓN DE ALGUNOS RASGOS DE FINCA 32 Y FINCA 63 RESPECTO AL DISTRITO DE CHANGUINOLA, BOCAS DEL TORO, 2000.

<i>Rasgo</i>	<i>Distrito de Changuinola</i>	<i>Finca 32</i>		<i>Finca 63</i>	
		<i>#</i>	<i>%</i>	<i>#</i>	<i>%</i>
Viviendas	2262	214	9.5	247	10.9
Población	86509	1268	1.5	1215	1.4
Hombres	46240	724	1.6	710	1.5
Mujeres	40269	544	1.4	505	1.2
Indígenas	49310	647	1.3	848	1.7
No Indígenas	37199	621	1.7	367	1.0

Fuente: Contraloría General de la República, 2000

Podemos apreciar que existe una mayor cantidad de población indígena en Finca 63, lo cual funcionará a favor de la investigación, ya que nos permitirá validar mejor los instrumentos, que luego van a ser aplicados a una población con una proporción muy similar de indígenas y no indígenas.

La medición de conocimientos se hará basada en la revisión y adecuación de varios cuestionarios publicados en la literatura para diferentes niveles de

escolaridad, siendo el mínimo aprobado el III año de secundaria. No tenemos datos disponibles del nivel de escolaridad de los trabajadores de la empacadora, por lo tanto la validación del instrumento nos dará una buena idea de las correcciones que se deberán hacer (anexo #1). Este cuestionario tiene un tiempo de aplicación estimado de cuarenta y cinco minutos (Moreno 1994).

La validación de este instrumento se realizará con el análisis de los ítems, a fin de medir su sensibilidad y su confiabilidad, tal como se describe en el anexo #2..

Para que un empleado reciba la aplicación de estos instrumentos, debe cumplir con los siguientes criterios de inclusión:

- a. debe estar laborando en su empacadora, a tiempo completo o parcial, en el sector de Finca 32;
- b. debe tener al menos un año de antigüedad en el puesto;
- c. debe haber residido al menos un año en el sector de Finca 32 previo a la realización del estudio; y
- d. tiene que saber leer y escribir en español.

A fin de recolectar tanto la información para la prueba piloto, como para la prueba del estudio, se sostuvieron reuniones con el Gerente General de la BFC y también con la Gerencia General de COOBANA.

## **1. Validación**

- 1.1 Aplicación de la prueba piloto:** el instrumento fue validado en diciembre de 1999 en la empacadora de la BFC de Finca 63, del sector de Finca 60, Changuinola, para lo cual se contrataron los servicios de

un Educador para la Salud, con experiencia en la aplicación de encuestas. Previamente se hizo una reunión con el coordinador de los encuestadores, a quien se le dieron las instrucciones necesarias para asegurar que la recolección de los datos fuese lo más apegada posible al protocolo de tesis. A su vez, él se encargó de la capacitación del grupo de encuestadores, quienes en realidad sólo convocaron a los sujetos encuestados y vigilaron la autoaplicación de los formularios. El investigador principal no estuvo presente en la aplicación del piloto, aunque sí hizo los contactos necesarios para obtener los permisos y salvoconductos necesarios para los encuestadores con el asesor legal de COOBANA. Igual contacto se anticipó con la BFC, a fin de preparar el terreno para la encuesta definitiva en Finca 32.

Según el informe de los encuestadores, hubo cierto rechazo inicial al llenado de las encuestas, hasta que se aclaró que eran totalmente anónimas y que los resultados eran sólo con propósitos de investigación. Los días en que se aplicó la validación (13 al 16 de diciembre de 1999) se pudieron recoger sesenta (60) encuestas, de las cuales, al aplicar la revisión inicial para asegurar la calidad de los datos, fueron eliminadas tres (3) que tan sólo tenían llenados los datos administrativos y la primera página de las preguntas de prácticas.

La encuesta contenía las tres secciones (conocimientos, actitudes y prácticas), sin identificar a cuál pertenecía cada una, e iniciando con la

sección de prácticas, luego las actitudes y finalmente los conocimientos. Se estimuló a los participantes a contestar, preferiblemente, todas las preguntas, y se cronometró el tiempo empleado desde que inició la encuesta hasta que entregaba el primer encuestado, y luego hasta que entregaba el último. Los valores oscilaban entre una hora y quince minutos (1:15) y una hora con cuarenta y cinco minutos (1:45).

Los problemas encontrados para la validación, de acuerdo al coordinador de los encuestadores, fueron, en primer lugar, que no todos los trabajadores sabían leer y escribir en español; que el lugar que se proveyó para aplicar el instrumento no era el más adecuado para los trabajadores; el horario en el cual se permitió la ejecución de la encuesta, cercano al momento de la salida; y las condiciones laborales, que en ese momento se encontraban tensas entre la empresa BFC y los trabajadores.

Para obtener un contraste adecuado sobre la validez de nuestra encuesta, se calificaron todas las pruebas, excepto las tres que se eliminaron por las razones mencionadas. Luego, se separaron según los aspectos que medían (conocimientos, actitudes y prácticas), y se ordenaron de mayor a menor puntaje las de conocimientos y las de actitudes, para hacer las pruebas entre el 25% con el mayor puntaje y

el 25% con el menor puntaje (primer y cuarto cuartil). Esto dio un total de quince (15) pruebas en cada extremo.

Las pruebas de actitudes tuvieron dos divisiones, puesto que se consideraban actitudes hacia las medidas preventivas contra el SIDA y actitudes hacia las personas infectadas con el VIH o que sufrían de SIDA. En general, el procedimiento utilizado fue similar al ya descrito, salvo que para cada tipo de actitud se hizo un ordenamiento y selección diferente basándose en los puntajes obtenidos.

La encuesta de prácticas sólo consideraba, para su validación, comentarios de los encuestados, de los encuestadores y el porcentaje de no-respuesta en las preguntas individuales. Este porcentaje se menciona en la literatura como un cinco por ciento (5%) de individuos que dejan la pregunta sin contestar (Valdespino et al, 1989), lo cual plantea la necesidad de reformularla o eliminarla. Sin embargo, para efectos de nuestra encuesta, y teniendo en cuenta que es algo totalmente novedoso para los trabajadores, hemos considerado elevar dicho porcentaje hasta veinticinco por ciento (25%) de no-respuesta como zona de rechazo para una pregunta en particular.

## **1.2. Resultados de la Validación:**

**1.2.1. Prueba de Conocimientos:** la validación de esta parte del instrumento se hizo con un análisis de sus preguntas, a fin de medir su sensibilidad y confiabilidad. La sensibilidad se midió

con la funcionalidad de las alternativas, el índice de dificultad y el índice de discriminación. Para la medición de la confiabilidad se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach.

**1.2.1.1. Funcionalidad de las alternativas:** Cada pregunta fue provista con respuestas múltiples, con el fin de que llenaran este requisito.

**1.2.1.2. Índice de Dificultad:** en general, se seleccionaron las preguntas que obtuvieron entre el 20 y el 80% de índice de dificultad. En nuestro caso, se rechazaron por tener un índice de dificultad inferior a 20% o superior a 80%, nueve (9) preguntas.

**1.2.1.3. Índice de Discriminación:** se aceptaron las preguntas que tenían un índice discriminación de 0.3 o superior, por lo que luego de aplicar la fórmula correspondiente, se rechazaron veinte (20) preguntas, de las cuales nueve (9) ya habían sido rechazadas por el índice de dificultad (cuadro XIII):

CUADRO XIII. INDICES DE DIFICULTAD Y DE DISCRIMINACIÓN PARA LAS PREGUNTAS DE LA PRUEBA DE CONOCIMIENTOS APLICADA A LOS TRABAJADORES DE LA EMPACADORA DE LA BFC EN FINCA 63, CHANGUINOLA, 1999.

<i>Item</i>	<i>Aciertos</i>	<i>Aciertos de altos</i>	<i>Aciertos de bajos</i>	<i>Indice de Dificultad</i>	<i>Indice de Discriminación</i>
1	15	14	1	50.0	0.4
2	14	13	1	46.7	0.4
3	7	7	0	23.3	*0.2
4	11	11	0	36.7	0.4
5	4	4	0	*13.3	*0.1
6	9	9	0	30.0	0.3
7	3	3	0	*10.0	*0.1
8	5	4	1	*16.7	*0.1
9	2	2	0	*6.7	*0.1
10	16	14	2	53.3	0.4
11	11	11	0	36.7	0.4
12	19	10	9	63.3	*0.0
13	10	9	1	33.3	0.3
14	7	7	0	23.3	*0.2
15	13	12	1	43.3	0.4
16	4	3	1	*13.3	*0.1
17	2	2	0	*6.7	*0.1
18	15	14	1	50.0	0.4
19	15	14	1	50.0	0.4
20	6	3	3	20.0	*0.0
21	5	5	0	*16.7	*0.2
22	8	8	0	26.7	0.3
23	8	8	0	26.7	0.3
24	16	13	3	53.3	0.3
25	6	3	3	20.0	*0.0
26	13	11	2	43.3	0.3
27	23	12	11	76.7	*0.0
28	19	9	10	63.3	*0.0
29	25	14	11	*83.3	*0.1
30	10	10	0	33.3	0.3
31	10	10	0	33.3	0.3
32	7	6	1	23.3	*0.2
33	20	9	11	66.7	*-0.1
34	16	13	3	53.3	0.3
35	15	13	2	50.0	0.4

CUADRO XIII. INDICES DE DIFICULTAD Y DE DISCRIMINACIÓN PARA LAS PREGUNTAS DE LA PRUEBA DE CONOCIMIENTOS APLICADA A LOS TRABAJADORES DE LA EMPACADORA DE LA BFC EN FINCA 63, CHANGUINOLA, 1999 (CONTINUACIÓN).

36	16	13	3	53.3	0.3
37	6	6	0	20.0	*0.2
38	16	14	2	53.3	0.4
39	11	11	0	36.7	0.4
40	1	1	0	*3.3	*0.0
41	7	5	2	23.3	*0.1

\* Preguntas rechazadas

Fuente: Encuesta Piloto CAP

**1.2.1.4. Confiabilidad:** se aplicó el coeficiente Alfa de Cronbach a las respuestas obtenidas por pregunta, categorizándolas en correctas o incorrectas. Se aceptó que mientras más cercano a uno sea el valor obtenido, mayor confiabilidad tendrá la prueba. En el caso de esta encuesta, la confiabilidad fue de 0.7, por lo que se acepta:

$$\begin{aligned} \alpha &= (N * P) / 1 + P * (N - 1) \\ &= (41 * 0.05) / 1 + 0.05 * (41 - 1) \\ &= 0.7 \end{aligned}$$

**1.2.2. Prueba de Actitudes:** en este instrumento se colocaron veintitrés (23) ítems correspondientes al área de actitud hacia las personas afectadas por el VIH/SIDA y veinticuatro (24) sobre la actitud hacia los mecanismos y estrategias de

prevención. La sensibilidad de este instrumento dependerá de su validez de contenido y de construcción, mientras que su confiabilidad se medirá con el coeficiente Alfa de Cronbach.

**1.2.2.1 Validez de Contenido:** esta escala fue revisada por los profesores de la Maestría en Salud Pública con énfasis en Educación y Promoción de la Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá, y le hicieron las correcciones previas que fueron incorporadas en el formulario preliminar.

**1.2.2.2 Validez de Construcción:** cada una de las pruebas fue calificada y se le asignó un puntaje total y un puntaje parcial correspondiente a las áreas de medición. Se hizo la selección del 25% superior y del 25% inferior por área y se calcularon los promedios y la varianza para cada pregunta. Luego se utilizó, en el paquete estadístico EPI-INFO versión 6.04c en español, el programa Epitable para comparar las varianzas [prueba F, o análisis de la varianza unidireccional, que es equivalente a la prueba t de Student para dos grupos], definido operativamente:

$$F = S_a^2 / S_b^2$$

Con base en este cálculo, se rechazaron cuatro preguntas en el área de actitud hacia las personas y siete en el área de actitud hacia las medidas preventivas (cuadros XIV y XV):

CUADRO XIV. VALORES CALCULADOS EN LA PRUEBA F PARA LA ENCUESTA DE ACTITUDES HACIA LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DEL SIDA DE LOS TRABAJADORES DE LA EMPACADORA DE LA BFC DE FINCA 63, CHANGUINOLA, 1999.

Item	Altos		Bajos		Valor F
	Promedio	s <sup>2</sup>	Promedio	s <sup>2</sup>	
1	3.73	1.78	2.40	1.69	7.65
2	3.27	2.07	3.87	1.12	*1.69
3	4.00	1.86	3.80	1.31	*0.19
5	4.00	1.71	2.47	1.27	11.78
8	4.67	1.10	3.67	1.10	6.82
9	4.60	0.54	3.47	0.98	12.60
10	4.53	0.70	3.53	0.98	8.93
15	4.47	0.41	2.47	0.70	54.05
16	3.60	1.40	2.93	1.21	*2.58
20	4.20	2.03	2.80	0.31	3.54
23	4.53	0.41	2.93	1.21	23.70
25	4.40	0.54	3.07	1.50	13.01
27	4.27	1.35	2.73	1.21	13.90
28	4.73	0.35	2.73	1.35	5.94
30	4.33	0.52	2.73	1.07	24.15
32	4.20	2.03	3.67	1.10	*1.35
36	3.00	1.86	3.53	0.98	*1.48
37	4.33	1.67	3.67	1.10	*2.36
40	4.33	0.67	1.67	0.81	71.71
41	4.53	0.55	2.07	1.21	51.58
45	4.67	0.38	1.93	0.78	97.08
46	4.47	0.70	3.80	0.89	4.23
47	4.93	0.07	4.13	0.84	*3.25
50	4.33	0.67	2.07	0.78	52.84

\* Rechazadas

Nota: 2 grupos de 15 individuos cada uno. F crítica = 3.34

Fuente: Encuesta Piloto CAP

CUADRO XV. VALORES CALCULADOS EN LA PRUEBA F PARA LA ENCUESTA DE ACTITUDES HACIA LAS PERSONAS SEROPOSITIVAS O CON SIDA DE LOS TRABAJADORES DE LA EMPACADORA DE LA BFC DE FINCA 63, CHANGUINOLA, 1999.

Item	Altos		Bajos		Valor F
	Promedio	s <sup>2</sup>	Promedio	s <sup>2</sup>	
4	4.07	1.35	2.33	1.24	17.53
6	3.33	1.67	2.73	1.64	*1.63
7	4.33	0.81	2.73	1.35	17.78
11	3.13	2.41	2.73	1.35	*0.64
12	4.20	1.60	2.87	1.27	9.25
13	4.80	0.17	3.67	0.95	4.14
14	4.60	0.26	3.27	0.92	4.74
17	4.33	0.95	2.93	2.07	9.74
18	4.67	0.24	3.47	1.70	3.34
19	4.27	0.78	3.33	0.95	7.66
21	4.13	0.84	2.80	1.46	11.54
22	4.40	1.11	2.87	1.41	13.93
24	3.67	2.67	2.27	1.21	7.58
26	4.20	1.03	2.60	1.26	16.77
29	4.13	0.84	3.00	1.71	7.51
31	3.27	2.78	2.73	1.92	*0.93
33	3.67	1.95	2.40	1.54	6.93
34	4.47	0.70	3.00	1.57	14.28
35	4.33	0.95	3.47	1.55	4.44
38	4.40	0.26	2.87	2.70	3.44
39	4.47	0.70	3.73	2.07	*2.97
48	4.47	0.41	2.47	2.12	4.87
49	3.80	0.74	2.60	1.26	10.80

\* Rechazadas

Nota: 2 grupos de 15 individuos cada uno. F crítica = 3.34

Fuente: Encuesta Piloto CAP

**1.2.2.3. Confiabilidad:** el coeficiente Alfa de Cronbach se aplicó por separado para cada área de medición, y los resultados obtenidos fueron: para la actitud hacia las personas 0.7, y para la actitud hacia las

medidas preventivas, 0.5. En ambos casos, decidimos aceptar las encuestas como confiables:

Actitud hacia las medidas preventivas:

$$\begin{aligned}\alpha &= (17 * 0.05) / 1 + 0.05 * (17 - 1) \\ &= 0.5\end{aligned}$$

Actitud hacia las personas seropositivas o con SIDA:

$$\begin{aligned}\alpha &= (19 * 0.13) / 1 + 0.13 * (19 - 1) \\ &= 0.7\end{aligned}$$

**1.2.3. Prueba de Prácticas:** Se utilizó el criterio de no-respuesta del 25% de los encuestados para el rechazo o modificación de alguna pregunta. En este sentido, sólo se rechazó una pregunta y cuatro fueron modificadas (cuadro XVI):

CUADRO XVI. PORCENTAJE DE NO-RESPUESTA POR PREGUNTA EN LA SECCIÓN DE PRÁCTICAS DE LA ENCUESTA CAP APLICADA A LOS TRABAJADORES DE LA EMPACADORA DE LA BFC DE FINCA 63, CHANGUINOLA, 1999.

<i>Item</i>	<i>Respuestas en blanco</i>	<i>Porcentaje de no-respuesta</i>
1	12	21.05
2	18	*31.58
3	19	*33.33
4	8	14.04
5	8	14.04
6	19	*33.33
7	3	5.26
8	10	17.54
9	12	21.05
10	12	21.05
11	11	19.30
12	13	22.81
13	19	*33.33
14	13	22.81
15	16	**28.07
16	14	24.56
17	8	14.04
18	9	15.79
19	0	0.00
20	0	0.00
21	0	0.00
22	4	7.02
24	5	8.72

\* Modificadas \*\* Eliminada

Fuente: Encuesta Piloto CAP

Una vez validados los instrumentos se procedió a la confección de la encuesta definitiva, la cual posteriormente fue aplicada en ambas empacadoras seleccionadas de Finca 32, y los resultados se tabularon y analizaron con los

paquetes estadísticos EPI-INFO versión 6.04 c y Microsoft Excell 97, y los datos se vaciaron en cuadros estadísticos.

En el caso de la encuesta de prácticas, se calcularon los porcentajes de las frecuencias obtenidas en cada pregunta realizada, y la significación estadística se determinó con la prueba de chi cuadrado, con un nivel de significancia del 5% según la fórmula:

$$\chi^2 = \Sigma[(O - E)^2 / E]$$

$$\text{grados de Libertad} = (r - 1) * (c - 1)$$

Donde:

$\chi^2$  = valor de chi cuadrado

O = frecuencia observada

E = frecuencia esperada

r = número de renglones en la tabla de contingencia

c = número de columnas en la tabla de contingencia.

Para la encuesta de actitudes, se preparó una tabla de criterios que incluyó: el puntaje mínimo posible que se podría obtener de la aplicación de la encuesta, multiplicando el total de preguntas por el valor asignado a la actitud más negativa, que es de uno; luego el puntaje máximo posible, donde se hace una operación similar, pero multiplicando por el valor asignado a la actitud más positiva, que es de cinco. Una vez calculados ambos valores, se restó el menor del mayor y la diferencia se dividió entre la cantidad de categorías de actitud establecidas, en nuestro caso cinco, y al cociente se le denominó el intervalo. El

intervalo se contó, sucesivamente, a partir del puntaje mínimo posible, y se obtuvieron así los valores mínimos y máximos de cada categoría de actitud. Esta operación se repitió para cada empacadora y para cada tipo de actitud considerado en nuestra encuesta. Se determinó si existían diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por pregunta en cada empacadora utilizando la prueba F.

La encuesta de conocimientos se calificó asignando un punto por cada respuesta correcta en el cuestionario. Se tabularon entonces por empacadora y se determinó si existían diferencias significativas con la prueba de chi cuadrado. La escala de conocimientos se clasificó porcentualmente de la siguiente manera: 100 á 91, excelente; 90 á 81 bueno; 80 á 71 regular; menos de 71, deficiente.

Para este estudio se consideraron variables de confusión el grupo de edad, la escolaridad, el estado socioeconómico, representado por el ingreso familiar mensual, el sexo y la etnia. Cada pregunta se cruzó contra estas variables de confusión, a fin de determinar su posible influencia en el resultado obtenido.

## RESULTADOS

### 1. Aplicación de la encuesta validada

Para la aplicación de la encuesta validada (anexo #3) se seleccionaron dos empacadoras de Finca 30, una de COOBANA y otra de la BFC. Los encuestadores que realizaron la validación también trabajaron en la recolección de los datos finales. Ellos visitaron las dos empacadoras en días consecutivos, y reunieron a los trabajadores para la aplicación de la encuesta, haciendo primeramente una explicación sobre los objetivos y alcance de la investigación. Nuevamente, el investigador principal no participó en la aplicación de la encuesta.

Por motivo de las inundaciones que azotaron a Changuinola en el mes de enero de 2000, hubo una reducción de la fuerza laboral en la empacadora de la BFC, así como de los turnos de empaque. COOBANA, por su sistema cooperativista, mantiene a los asociados laborando, pero con reducción de horas.

La encuesta fue aplicada a todo el personal disponible que cumpliera los criterios de inclusión, incluyendo a los capataces de ambas empacadoras.

**1.1. Resultados:** la población encuestada que cumplía los criterios de inclusión fue de 92 trabajadores, de los cuales uno fue rechazado, en vista de que tan sólo respondió la página inicial del instrumento de medición. De los 91 restantes, 54 (59.3%) laboran en la empacadora de COOBANA y 37 (40.6%) en la de la BFC; el 92.6% corresponde al sexo masculino en COOBANA y 91.9% en la BFC, mientras que al

femenino 7.4% en COOBANA y 8.1% en la BFC. En su mayoría se ubican en el rango de edades de 25 a 44 años, de los cuales el 40.6% labora para COOBANA y el 39.6% para la BFC, con preeminencia de la etnia indígena distribuida en un 83.3% en COOBANA y 86.4% en la BFC, con ingresos menores de B/.150.00 (66.7% en COOBANA y 67.6% en la BFC), escolaridad primaria en COOBANA (51.8%) y primaria o ninguna en la BFC (43.2% en ambos casos) y de religión no declarada (79.6% en COOBANA y 94.6% en la BFC) (Cuadros XVII al XXI):

CUADRO XVII. DISTRIBUCIÓN POR EDAD, SEXO Y EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC DE FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

<i>Grupo de Edad</i>	<i>Total</i>		<i>COOBANA</i>				<i>BFC</i>					
	Masculino #	Femenino %	Masculino #	Femenino %	Masculino #	Femenino %	Masculino #	Femenino %	Masculino #	Femenino %		
Total	84	92.3	7	7.7	50	92.6	4	7.4	34	91.9	3	8.1
20 - 24	8	8.8	1	1.1	8	16.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0
25 - 29	15	16.5	0	0.0	8	16.0	0	0.0	7	20.6	0	0.0
30 - 35	21	23.1	2	2.2	11	22.0	1	25.0	10	29.4	1	33.3
35 - 39	17	18.7	3	3.3	8	16.0	2	50.0	9	26.5	1	33.3
40 - 44	14	15.4	1	1.1	7	14.0	0	0.0	7	20.6	1	33.3
45 - 49	6	6.6	0	0.0	5	10.0	0	0.0	1	2.9	0	0.0
50 - 54	2	2.2	0	0.0	2	4.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
55 - 59	1	1.1	0	0.0	1	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Fuente: Encuesta CAP

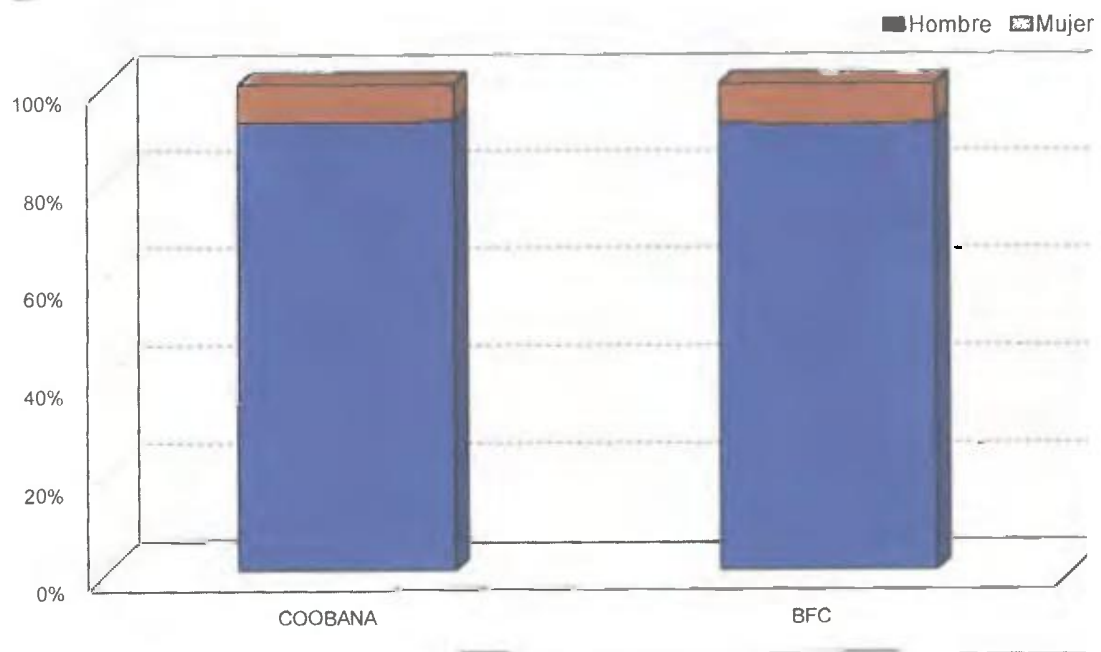


Fig. 2. Distribución por sexo de los trabajadores de las empacadoras de COOBANA y la BFC.

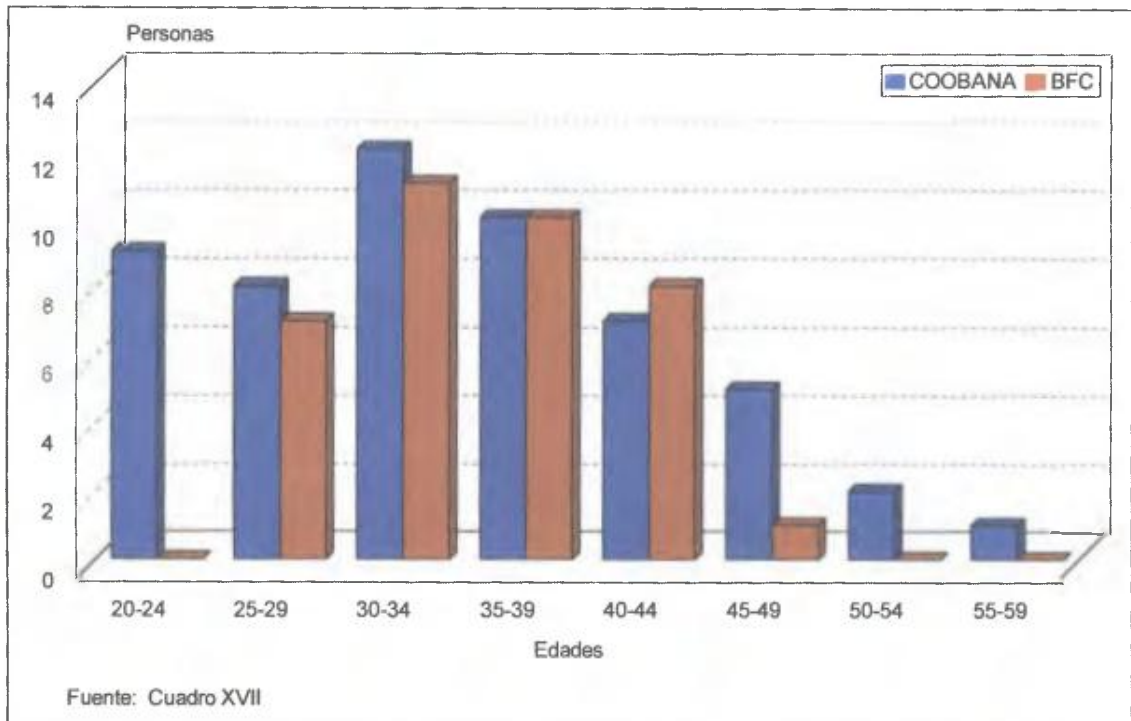


Fig. 3. Distribución por edad de los trabajadores de las empacadoras de COOBANA y la BFC.

CUADRO XVIII. DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ÉTNICO Y EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

Grupo étnico	Total		COOBANA		BFC	
	#	%	#	%	#	%
Total	91	100.0	54	59.3	37	40.6
Indígena	77	84.6	45	83.3	32	86.4
No Indígena	14	15.4	9	16.7	5	13.5

Fuente: Encuesta CAP

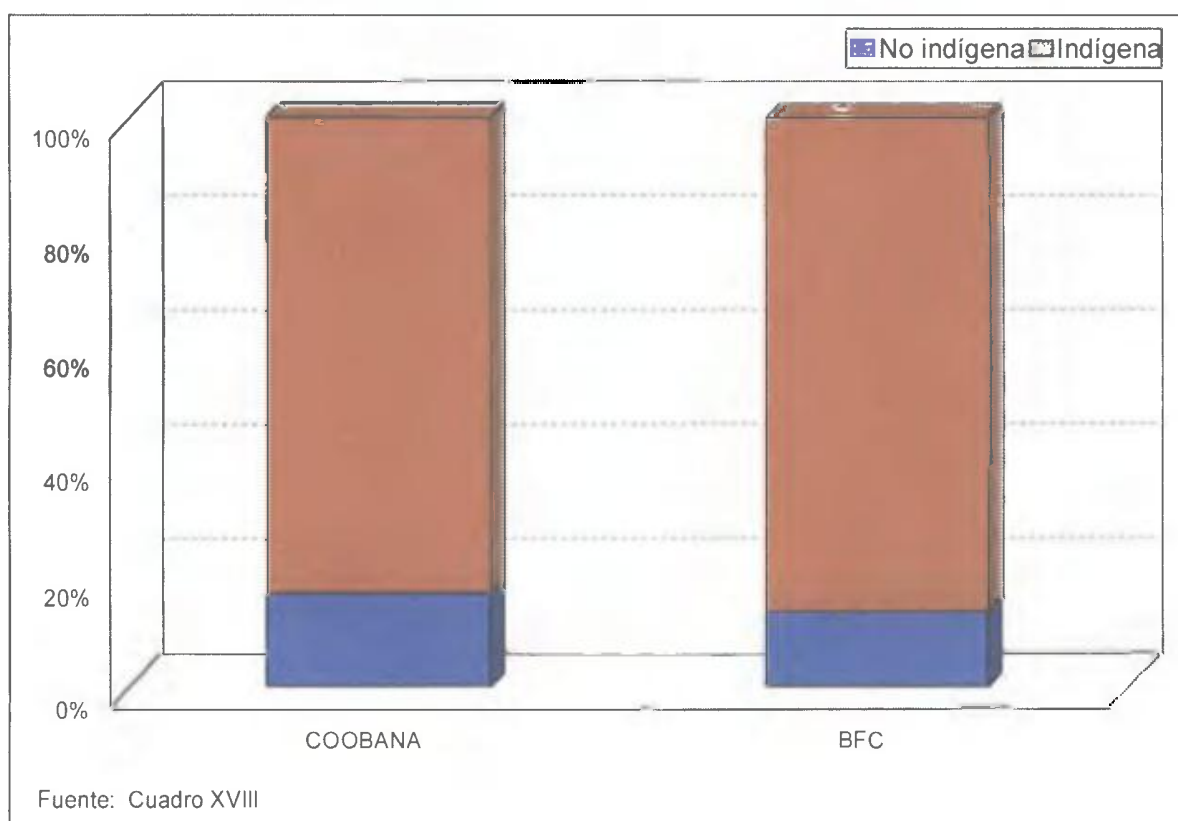


Fig. 4. Distribución por etnia de los trabajadores de las empacadoras de COOBANA y la BFC.

CUADRO XIX. DISTRIBUCIÓN POR ESCOLARIDAD Y EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

Escolaridad	Total		COOBANA		BFC	
	#	%	#	%	#	%
Total	91	100.0	54	59.3	37	40.6
Ninguna	29	31.9	13	24.1	16	43.2
Primaria	44	48.3	28	51.8	16	43.2
Secundaria	18	19.8	13	24.1	5	13.5

Fuente: Encuesta CAP

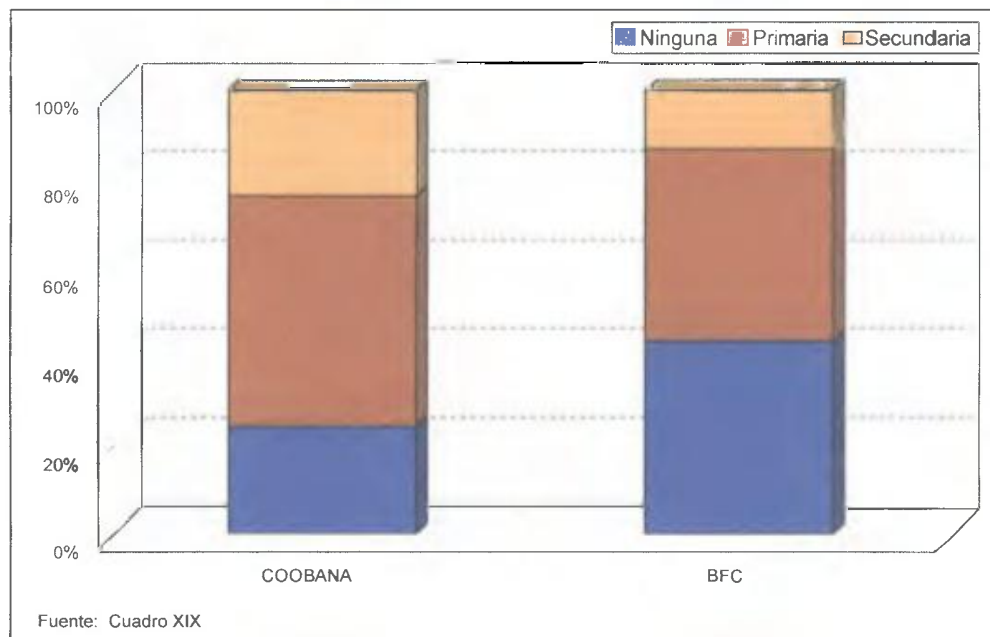


Fig. 5. Distribución por escolaridad de los trabajadores de las empacadoras de COOBANA y la BFC.

CUADRO XX. DISTRIBUCIÓN POR RELIGIÓN Y EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

Religión	Total		COOBANA		BFC	
	#	%	#	%	#	%
Total	91	100.0	54	59.3	37	40.6
Católica	1	1.1	1	1.8	0	0.0
Evangélica	7	7.7	6	11.1	1	2.7
Metodista	1	1.1	1	1.8	0	0.0
Ninguna	4	4.4	3	5.6	1	2.7
No declarada	78	85.7	43	79.6	35	94.6

Fuente: Encuesta CAP

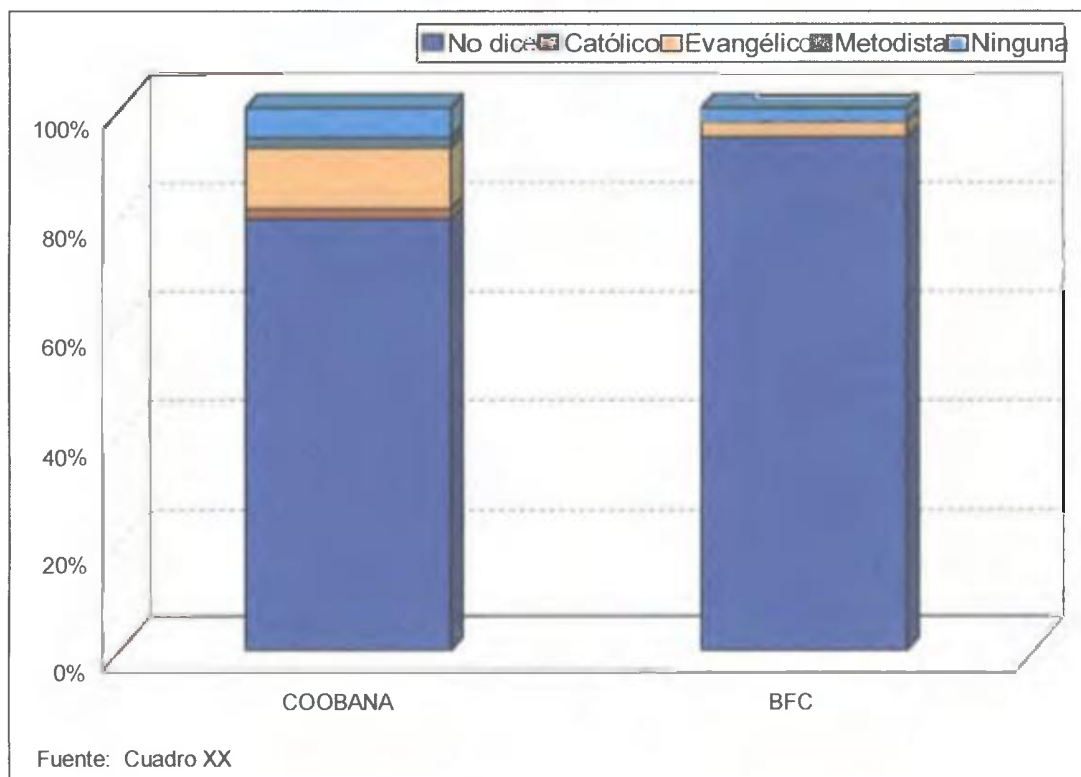


Fig. 6. Distribución por religión de los trabajadores de las empacadoras de COOBANA y la BFC.

CUADRO XXI. DISTRIBUCIÓN POR INGRESO Y EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

Ingreso (B/.)	Total		COOBANA		BFC	
	#	%	#	%	#	%
Total	91	100.0	54	59.3	37	40.6
Menor de 150	61	67.0	36	66.7	25	67.6
150 – 250	28	30.8	17	31.5	11	29.7
251 – 350	2	2.2	1	1.8	1	2.7

Fuente: Encuesta CAP

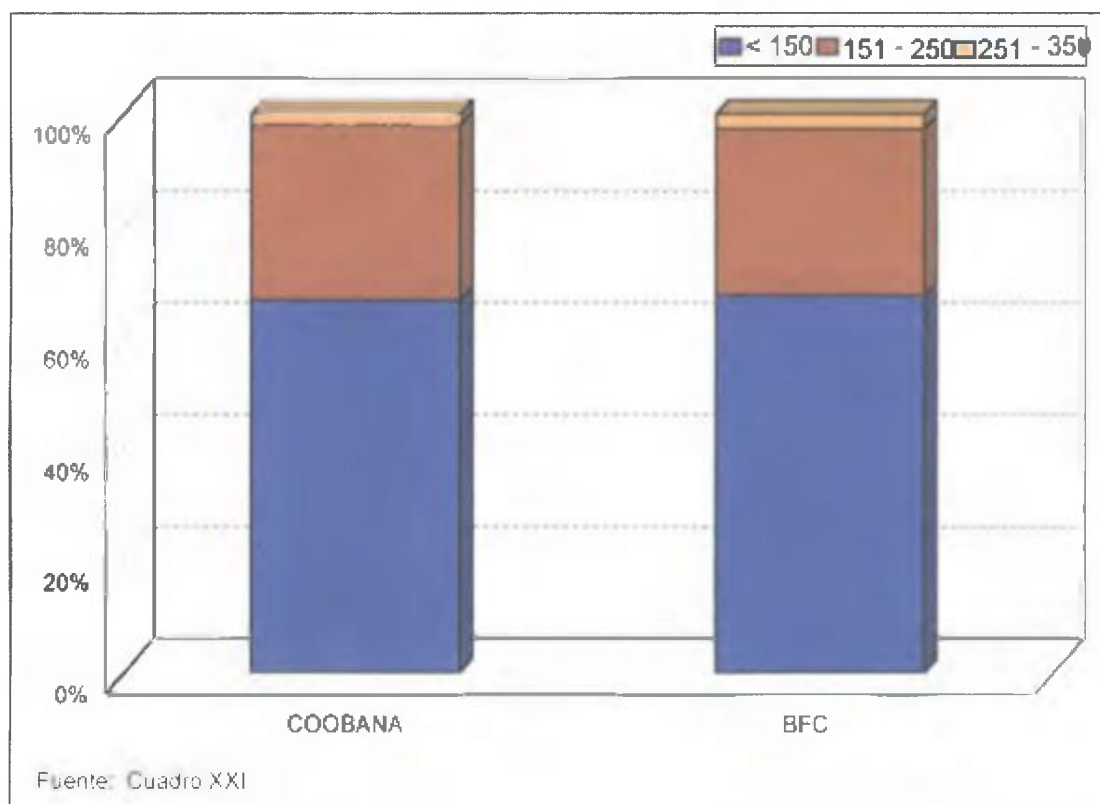


Fig. 7. Distribución por ingresos de los trabajadores de las empacadoras de COOBANA y la BFC.

**1.1.1 Encuesta de Prácticas:** De los encuestados en ambas empacadoras, sólo 62 (68.1%) aceptaron dar la edad en que tuvieron su primera relación sexual (42.8% en COOBANA y 25.3% en la BFC). De estos, la totalidad corresponde a personas del sexo masculino que declararon haberlas tenido entre los 15 y 19 años (58.1%) principalmente (56.4% en COOBANA y 60.7% en la BFC) (Cuadro XXII):

CUADRO XXII. EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL POR EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

Edad	<i>Total</i>		<i>COOBANA</i>		<i>BFC</i>	
	#	%	#	%	#	%
Total	62	68.1	39	42.8	23	25.3
10 – 14	22	24.2	13	33.3	9	39.1
15 – 19	36	39.6	22	56.4	14	60.7
20 – 24	1	1.1	1	2.6	0	0.0
25 – 29	3	3.3	3	7.7	0	0.0

Fuente: Encuesta CAP

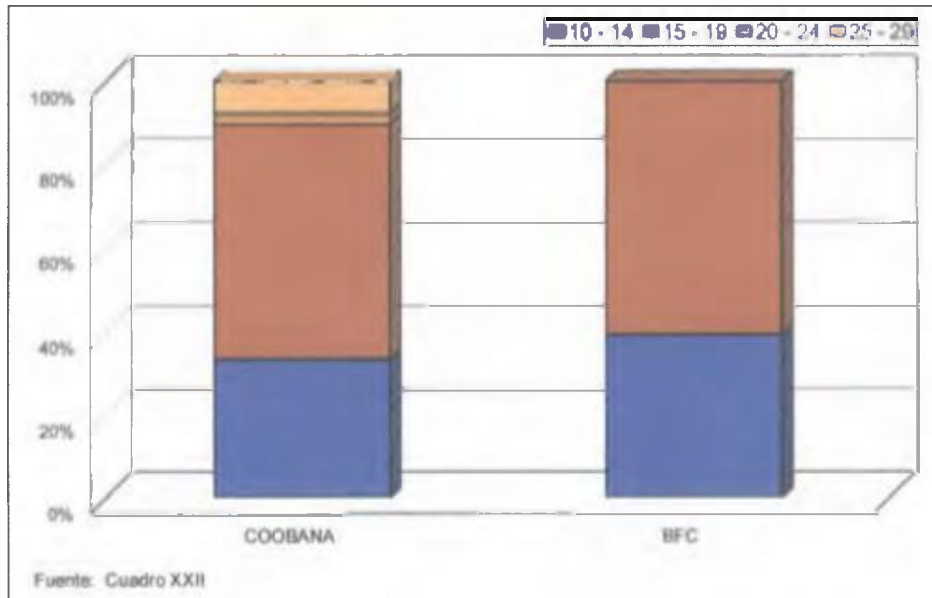


Fig. 8. Edad de la primera relación sexual de los trabajadores de las empacadoras de COOBANA y la BFC.

La mayoría de los encuestados por empacadora declararon sostener relaciones heterosexuales exclusivamente (89%). Del total de trabajadores de COOBANA, el 88.9% eran exclusivamente heterosexuales y el 11.2% homosexuales o bisexuales, mientras que del total de los de la BFC, el 89.2% eran exclusivamente heterosexuales, mientras que el 10.8% eran homosexuales. Ninguna persona en la BFC admitió ser bisexual. (Cuadro XXIII)

CUADRO XXIII. PREFERENCIA SEXUAL POR EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

Preferencia	Total		COOBANA		BFC	
	#	%	#	%	#	%
Total	91	100.0	54	59.3	37	40.6
Heterosexual	81	89.0	48	88.9	33	89.2
Homosexual	7	7.7	3	5.6	4	10.8
Bisexual	3	3.3	3	5.6	0	0.0

Fuente: Encuestas CAP

En cuanto al tipo de relaciones sexuales, la preferencia era por las vaginales (90.1%) en ambos sexos. Entre los trabajadores de COOBANA, la preferencia por el coito exclusivamente vaginal era del orden del 88.9%, con un 11.2% que prefería además de las vaginales, relaciones anales y orales. En el caso de la BFC, el 91.9% de los trabajadores preferían las relaciones exclusivamente vaginales, mientras que el 8.1% también optaban por las anales. Ningún trabajador de la BFC admitió realizar contactos orales. (Cuadro XXIV):

CUADRO XXIV. TIPO DE RELACIONES SEXUALES PREFERIDAS POR EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

Preferencia	Total		COOBANA		BFC	
	#	%	#	%	#	%
Total	91	100.0	54	59.3	37	40.7
Vaginales	82	90.1	48	88.9	34	91.9
Vaginales y Anales	6	6.6	3	5.6	3	8.1
Vaginales, Anales y Orales	3	3.3	3	5.6	0	0.0

Fuente: Encuestas CAP

En los últimos tres meses los encuestados declaran, en su mayoría, haber tenido un compañero o compañera sexual (78%). Entre los trabajadores de COOBANA, un 72.2% dijeron haber tenido uno o una solamente, mientras que en la BFC dicha cifra alcanzó el 86.5%. Una situación similar se nota en cuanto a los compañeros o compañeras sexuales actuales (79.1% para un compañero o compañera). En COOBANA, el 74.1% de los trabajadores dijeron tener un compañero o compañera sexual, mientras que en la BFC fueron 86.5%. Además los encuestados prefieren tener relaciones sexuales más de dos veces a la semana (58.2%), distribuidos en un 53.7% de los trabajadores de COOBANA y el 64.9% de los de la BFC (Cuadros XXV al XXVI):

CUADRO XXV. COMPAÑEROS SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES POR EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

Preferencia	Total		COOBANA		BFC	
	#	%	#	%	#	%
Total	91	100.0	54	59.3	37	40.7
Ninguno	15	16.4	10	18.5	5	13.5
Uno	71	78.0	39	72.2	32	86.5
Más de uno	5	5.5	5	9.2	0	0.0

Fuente: Encuesta CAP

CUADRO XXVI. COMPAÑEROS SEXUALES ACTUALES POR EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

Preferencia	Total		COOBANA		BFC	
	#	%	#	%	#	%
Total	91	100.0	54	59.3	37	40.7
Ninguno	16	17.6	11	20.4	5	13.5
Uno	72	79.1	40	74.1	32	86.5
Más de uno	3	3.3	3	5.6	0	0.0

Fuente: Encuesta CAP

CUADRO XXVII. CANTIDAD SEMANAL DE LAS RELACIONES SEXUALES POR EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

Preferencia	Total		COOBANA		BFC	
	#	%	#	%	#	%
Total	91	100.0	54	59.3	37	40.7
Menos de dos	38	41.7	25	46.3	13	35.1
Más de dos	53	58.2	29	53.7	24	64.9

Fuente: Encuesta CAP

Los encuestados que conocen el condón masculino son la mayoría en COOBANA (59.3%), mientras que sucede lo inverso en la BFC (29.7%). Esta diferencia es estadísticamente significativa ( $p = 0.00558$ ). Sin embargo, no se puede detectar diferencia estadística entre los que lo usan y los que no lo usan (46.9% de los trabajadores de COOBANA nunca lo usan, frente a un 53.1% que lo usan algunas veces o siempre, mientras que en la BFC, el 81.9% nunca lo usa, y el 18.1% lo usa algunas veces). Inclusive, los que declaran nunca usarlo a pesar de conocerlo, no dan la razón. Los que lo conocen y lo utilizan, lo hacen principalmente en las relaciones sexuales casuales o con prostitutas (41.2% en COOBANA y 50% en la BFC). (Cuadros XXVIII al XXX):

CUADRO XXVIII. TRABAJADORES QUE CONOCEN EL CONDÓN MASCULINO EN LAS EMPACADORAS DE COOBANA Y DE LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

Conocen	Total		COOBANA		BFC	
	#	%	#	%	#	%
Total	91	100.0	54	59.3	37	40.6
Sí	43	47.2	32	59.2	11	29.7
No	48	52.7	22	40.7	26	70.3

$$\chi^2 = 7.68 \quad p = 0.00558$$

Fuente: Encuesta CAP

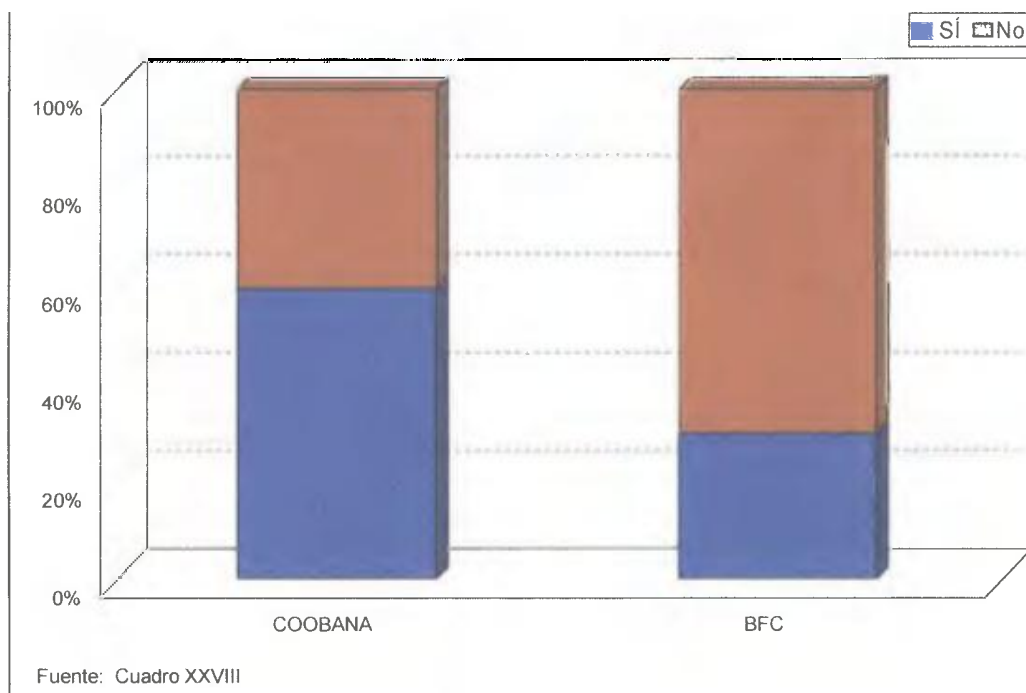


Fig. 9. Conocimiento del condón masculino por los trabajadores de las empacadoras de COOBANA y la BFC.

CUADRO XXIX. FRECUENCIA DEL USO DEL CONDÓN MASCULINO POR EMPACADORA ENTRE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

Frecuencia	Total		COOBANA		BFC	
	#	%	#	%	#	%
Total	43	100.0	32	74.4	11	25.6
Nunca	24	55.8	15	46.9	9	81.8
Algunas veces	18	41.9	16	50.0	2	18.1
Siempre	1	2.3	1	3.1	0	0.0

Fuente: Encuesta CAP

CUADRO XXX. RELACIÓN EN LA CUAL SE UTILIZA EL CONDÓN MASCULINO POR EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

Relación	Total		COOBANA		BFC	
	#	%	#	%	#	%
Total	19	100.0	17	89.5	2	10.5
Prostitutas	8	42.1	7	41.2	1	50.0
Espos(a)	4	21.0	4	23.5	0	0.0
Casuales	7	36.8	6	35.3	1	50.0

Fuente: Encuesta CAP

La principal razón para el uso del condón masculino es la prevención de las enfermedades de transmisión sexual (47.0% en COOBANA y 33.3% en la BFC). (Cuadro XXXI):

CUADRO XXXI. RAZONES PARA EL USO DEL CONDÓN MASCULINO POR EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

Razón	Total		COOBANA		BFC	
	#	%	#	%	#	%
Total	20	100.0	17	85.0	3	15.0
Prevenir enfermedades	9	45.0	8	47.0	1	33.3
Prevenir embarazos	1	5.0	1	5.9	0	0.0
Otras	1	5.0	1	5.9	0	0.0
No contestó	9	45.0	7	41.2	2	66.7

Fuente: Encuestas CAP

Entre los trabajadores que declaran conocer y usar el condón masculino, los resultados muestran que la mayoría no lo ha usado en los tres meses anteriores a la aplicación de cuestionario

(52.9% en COOBANA y 100% en la BFC), ni en la relación sexual más reciente (70.6% en COOBANA y 100% en la BFC).

(Cuadro XXXII y XXXIII):

CUADRO XXXII. USO DEL CONDÓN MASCULINO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES POR EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

Uso anterior	Total		COOBANA		BFC	
	#	%	#	%	#	%
Total	19	100.0	17	89.5	2	10.5
Utilizó	8	42.1	8	47.0	0	0.0
No utilizó	11	57.9	9	52.9	2	100.0

Fuente: Encuesta CAP

CUADRO XXXIII. USO EN LA RELACIÓN SEXUAL MÁS RECIENTE DEL CONDÓN MASCULINO POR EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

Uso reciente	Total		COOBANA		BFC	
	#	%	#	%	#	%
Total	19	100.0	17	89.5	2	10.5
Utilizó	5	26.3	5	29.4	0	0.0
No utilizó	14	73.7	12	70.6	2	100.0

Fuente: Encuesta CAP

Los condones masculinos fueron señalados como el método anticonceptivo de preferencia (18.5% en COOBANA y 5.4% en la BFC), aunque la mayoría de los encuestados informaron que no utilizaban método alguno (72.2% en COOBANA y 94.6% en

la BFC). La diferencia entre los que usan métodos anticonceptivos por empacadora es estadísticamente significativa ( $p = 0.00558$ ) (Cuadro XXXIV):

CUADRO XXXIV. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

Método	Total		COOBANA		BFC	
	#	%	#	%	#	%
Total	91	100.0	54	59.3	37	40.6
Condomes	12	13.2	10	18.5	2	5.4
Pastillas	5	5.5	5	9.2	0	0.0
No utiliza	74	81.3	39	72.2	35	94.6

$$\chi^2 = 7.68 \quad p = 0.00558$$

Fuente: Encuesta CAP

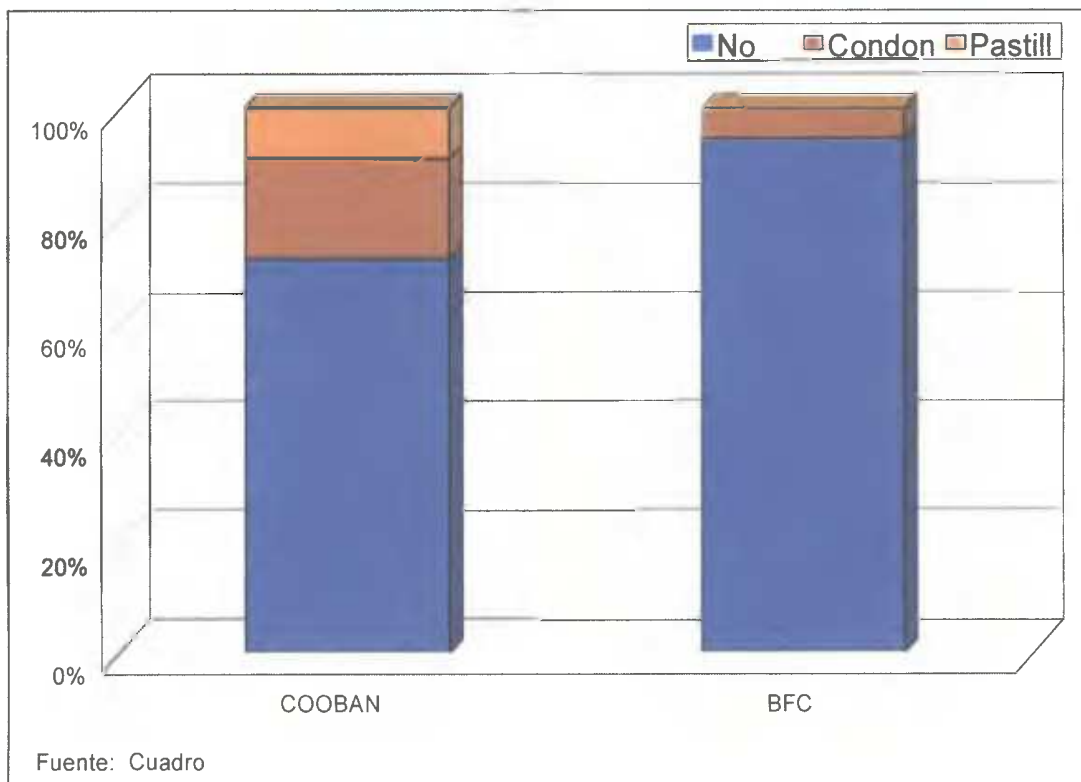


Fig. 10. Uso de métodos anticonceptivos por los trabajadores de las empacadoras de COOBANA y la BFC.

Del total de los encuestados, el 94.4% de COOBANA y el 100% de los trabajadores de la BFC, declararon no haber sufrido de infecciones de transmisión sexual (Cuadro XXXV):

CUADRO XXXV. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL POR EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

Infección	Total		COOBANA		BFC	
	#	%	#	%	#	%
Total	91	100	54	59.3	37	40.7
Gonorrea	2	2.2	2	3.7	0	0.0
Ladillas	1	1.1	1	1.8	0	0.0
No ha tenido	88	96.7	51	94.4	37	100.0

Fuente: Encuesta CAP

Ninguno de los encuestados refirió utilizar accesorios como ayuda para las relaciones sexuales, ni tampoco declararon haber estado involucrados en incidentes de violencia sexual. En cuanto al uso de drogas psicoactivas, la más seleccionada fue el alcohol y solamente en COOBANA (5.6%), mientras que el 92.6% de los de COOBANA y el 100% de la BFC, contestaron que no utilizan nada (Cuadro XXXVI):

CUADRO XXXVI. USO DE DROGAS PSICOACTIVAS POR EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

Tipo	Total		COOBANA		BFC	
	#	%	#	%	#	%
Total	91	100.0	54	59.3	37	40.7
Alcohol	3	3.3	3	5.6	0	0.0
Alcohol y tabaco	1	1.1	1	1.8	0	0.0
Ninguna	87	95.6	50	92.6	37	100.0

Fuente: Encuesta CAP

La mayoría de los trabajadores (59.2% en COOBANA y 89.2% en la BFC) declararon no haber escuchado información alguna sobre el SIDA lo cual es estadísticamente significativo ( $p = 0.00191$ ). De los que sí han escuchado, la mayoría lo han hecho gracias a los medios de comunicación masiva, principalmente la radio (36.4% en COOBANA y 50% en la BFC), la televisión (40.9% en COOBANA) y en la BFC también por los amigos (75%), y han podido recibirla principalmente en forma de folletos (45.4% en COOBANA, 25% en la BFC), charlas (31.8% en COOBANA), programas de radio (27.2% en COOBANA y 50% en la BFC), conversación casual (75% en la BFC) y películas (36.4% en COOBANA). (Cuadros XXXVII al XXXIX):

CUADRO XXXVII. RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL SIDA POR EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

Información	Total		COOBANA		BFC	
	#	%	#	%	#	%
Total	91	100.0	54	59.3	37	40.7
Sí	26	28.5	22	40.7	4	10.8
No	65	71.4	32	59.2	33	89.2

$\chi^2 = 9.64$  p = 0.00191

Fuente: Encuesta CAP

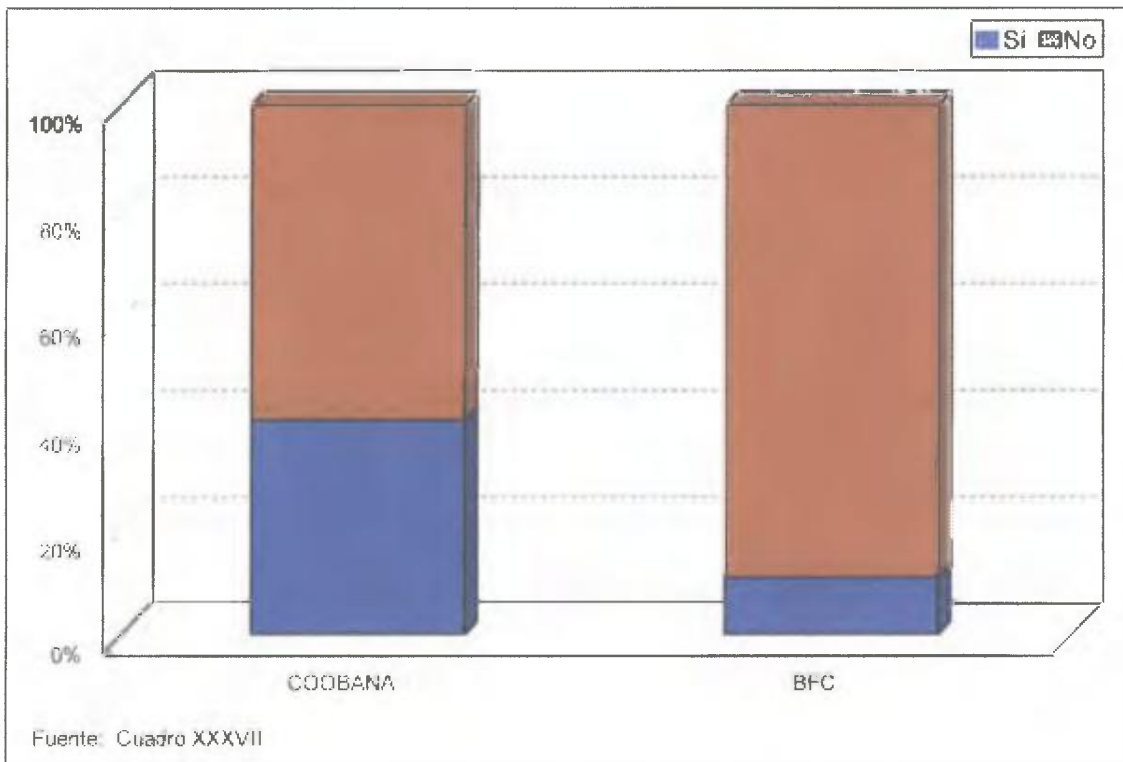


Fig. 11. Recepción de información sobre el SIDA por los trabajadores de las empacadoras de COOBANA y la BFC.

CUADRO XXXVIII. LUGAR DE RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE EL SIDA POR EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

Lugar	Total		COOBANA		BFC	
	#	%	#	%	#	%
Total de afirmativas	26	28.6	22	24.1	4	4.4
Hogar	2	7.7	2	9.1	0	0.0
Centro de Salud	7	26.9	6	27.3	1	25.0
Escuela	1	3.8	1	4.5	0	0.0
Radio	10	38.5	8	36.4	2	50.0
Amigos	5	19.2	2	9.1	3	75.0
Televisión	9	34.6	9	40.9	0	0.0
Otros	3	11.5	3	13.6	0	0.0

Fuente: Encuesta CAP

CUADRO XXXIX. FORMA DE RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE EL SIDA POR EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

Forma	Total		COOBANA		BFC	
	#	%	#	%	#	%
Total de afirmativas	26	28.6	22	24.2	4	4.4
Hojas sueltas	1	3.8	1	4.5	0	0.0
Folletos	11	42.3	10	45.4	1	25.0
Artículos	5	19.2	5	22.7	0	0.0
Programa radial	8	30.8	6	27.2	2	50.0
Charlas	7	26.9	7	31.8	0	0.0
Expertos	2	7.7	2	9.1	0	0.0
Conversación casual	4	15.4	1	4.5	3	75.0
Murales	2	7.7	2	9.1	0	0.0
Carteles	2	7.7	2	9.1	0	0.0
Fotos	3	11.5	3	1.6	0	0.0
Películas	8	30.8	8	36.4	0	0.0

Fuente: Encuesta CAP

La principal fuente de información sobre el SIDA para la minoría que afirmó conocer dónde obtenerla (COOBANA 24.1%, BFC 13.5%), son las instalaciones estatales de salud (COOBANA 30.7%, BFC 60.0%). (Cuadros XL y XLI):

CUADRO XL. CONOCIMIENTO DE FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE EL SIDA POR EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

Conoce	Total		COOBANA		BFC	
	#	%	#	%	#	%
Total	91	100.0	54	59.3	37	40.7
Sí	18	19.8	13	24.1	5	13.5
No	73	80.2	41	75.9	32	86.5

Fuente: Encuesta CAP

CUADRO XLI. LUGAR DONDE INVESTIGARÍA POR INFORMACIÓN SOBRE EL SIDA POR EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

Lugar	Total		COOBANA		BFC	
	#	%	#	%	#	%
Total de afirmativas	18	19.6	13	14.3	5	5.5
Instituciones de Salud estatales	7	38.9	4	30.7	3	60.0
Instituciones de Salud privadas	2	11.1	2	15.4	0	0.0
Clínica de COOBANA	3	16.7	1	7.7	2	40.0
ONG	1	5.6	1	7.7	0	0.0
Panamá	2	11.1	2	15.4	0	0.0
Radio	1	5.6	0	0.0	1	20.0
Televisión	1	5.6	1	7.7	0	0.0
No especificado	1	5.6	1	7.7	0	0.0

Fuente: Encuestas CAP

**1.1.2 Encuesta de Actitudes:** el análisis general de la escala de actitudes, tanto hacia las personas infectadas con VIH o que sufren de SIDA, como hacia las medidas preventivas contra la infección, muestra que hay indecisión en lo que respecta a ambos. El puntaje promedio total fue de 296 que cae en el rango de “indeciso”. Cuando se hace el análisis por aspecto, la actitud hacia las medidas preventivas marca “indeciso” en ambas empacadoras (173 puntos en COOBANA y 111 puntos en la BFC), y la actitud hacia las personas infectadas con VIH o que sufren de SIDA es positiva (183 puntos equivalente a “de acuerdo”) en COOBANA e indecisa (118 puntos equivalente a “indeciso”) en la BFC. Se encontraron diferencias significativas entre ambas empacadoras al considerar las preguntas 1, 5, 22, 30 y 31 (actitud hacia las medidas preventivas) y 2, 9, 10, y 29 (actitud hacia las personas seropositivas o con SIDA) ( $p < 0.05$ ) (Cuadros XLII al XLIV):

CUADRO XLII. ACTITUDES HACIA EL SIDA POR EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

<i>Afirmación</i>	<i>Total</i>	<i>COOBANA</i>	<i>BFC</i>
Promedio	296	178	115
1. Se debe romper toda relación con un pariente que adquiriera el virus del SIDA.	* 284	182	102
2. Los niños infectados con el virus del SIDA no deben asistir al colegio.	* 258	167	91
3. Se debe negar el acceso a los condones a todos los menores de edad.	261	164	97
4. El que una persona esté infectada o tenga SIDA no la hace menos respetable ante la sociedad.	305	178	127
5. Los medios de comunicación deben brindar más información sobre todo lo concerniente al SIDA.	* 328	206	122
6. Siempre debe usarse un condón al tener relaciones sexuales casuales.	331	203	128
7. Se debe tener la menor cantidad posible de parejas sexuales.	317	109	127
8. Toda discriminación hacia las personas con SIDA es injusta.	315	184	131
9. Los médicos tienen la obligación de atender a un paciente aunque tenga el virus del SIDA.	* 349	216	133
10. Los enfermos de SIDA merecen atención, respeto y apoyo por parte de la sociedad.	* 341	213	128
11. Es una tontería el utilizar condones durante las relaciones sexuales.	259	155	104
12. Las personas que tienen un amigo con SIDA deberían visitarlo frecuentemente.	320	195	125
13. Las personas enfermas de SIDA merecen todo nuestro apoyo y comprensión.	330	200	130
14. El SIDA es un castigo que merecen las personas inmorales.	294	181	113
15. Los hombres casados deberían practicar la fidelidad sexual.	304	184	120
16. Se debe permitir la visita de viejos amigos a la casa aunque estos tengan el SIDA.	318	194	124
17. Deben crearse leyes que eviten la discriminación de las personas con SIDA.	281	176	105
18. Comprar condones es una pérdida inútil de dinero.	279	162	117

CUADRO XLII. ACTITUDES HACIA EL SIDA POR EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000 (CONTINUACIÓN).

<i>Afirmación</i>	<i>Total</i>	<i>COOBANA</i>	<i>BFC</i>
19. Deberían publicarse periódicamente las listas de las personas con SIDA para proteger al resto de la población.	226	139	87
20. Las mujeres también pueden acercarse a comprar condones.	325	196	129
21. Una persona tiene el deber de alojar en su casa a un pariente con SIDA si éste lo necesita.	321	187	134
22. No es correcto que la Iglesia brinde información sobre el SIDA.	* 254	163	91
23. Utilizar condones es algo sucio y vergonzoso.	262	165	97
24. Las personas que tienen el SIDA tienen el mismo derecho que cualquier otra de obtener un buen empleo.	324	186	138
25. La mujer ofende al hombre al pedirle que use condón.	242	151	91
26. Despedir a una persona de su trabajo por ser portadora del SIDA debería ser ilegal.	307	188	119
27. Los niños con SIDA tienen todo el derecho de continuar asistiendo a la escuela.	320	188	132
28. Las personas con SIDA deben ser encarceladas.	267	166	101
29. Debería multarse a todas las personas que se infectan con el SIDA.	* 311	196	115
30. Las autoridades de Salud han exagerado la importancia que tiene el SIDA.	* 320	200	120
31. Los hombres que usan condones son poco varoniles.	* 293	184	109
32. El tema del SIDA no merece la atención que se le está brindando.	256	154	102
33. Todos los jóvenes deberían usar condones para prevenir el SIDA.	342	206	136
34. Sólo las malas personas se enferman de SIDA.	284	176	108
35. Las mujeres embarazadas que descubren que tienen SIDA deberían abortar.	262	154	108
36. La educación sobre el SIDA sólo hará que los estudiantes deseen experimentar con el sexo.	253	152	101

CUADRO XLII. ACTITUDES HACIA EL SIDA POR EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000 (CONCLUSIÓN).

Crterios	Total	COOBANA	BFC
Puntaje mínimo posible	91	54	37
Puntaje máximo posible	455	270	185
Intervalo	73	43	30
Clasificación			
Totalmente en desacuerdo (TED)	91 - 163	54 - 96	37 - 66
En desacuerdo (ED)	164 - 236	97 - 139	67 - 96
Indeciso (I)	237 - 309	140 - 182	97 - 126
De acuerdo (DA)	310 - 382	183 - 225	127 - 156
Totalmente de acuerdo (TDA)	383 - 455	226 - 270	157 - 185

\*  $p < 0.05$

Fuente: Encuesta CAP

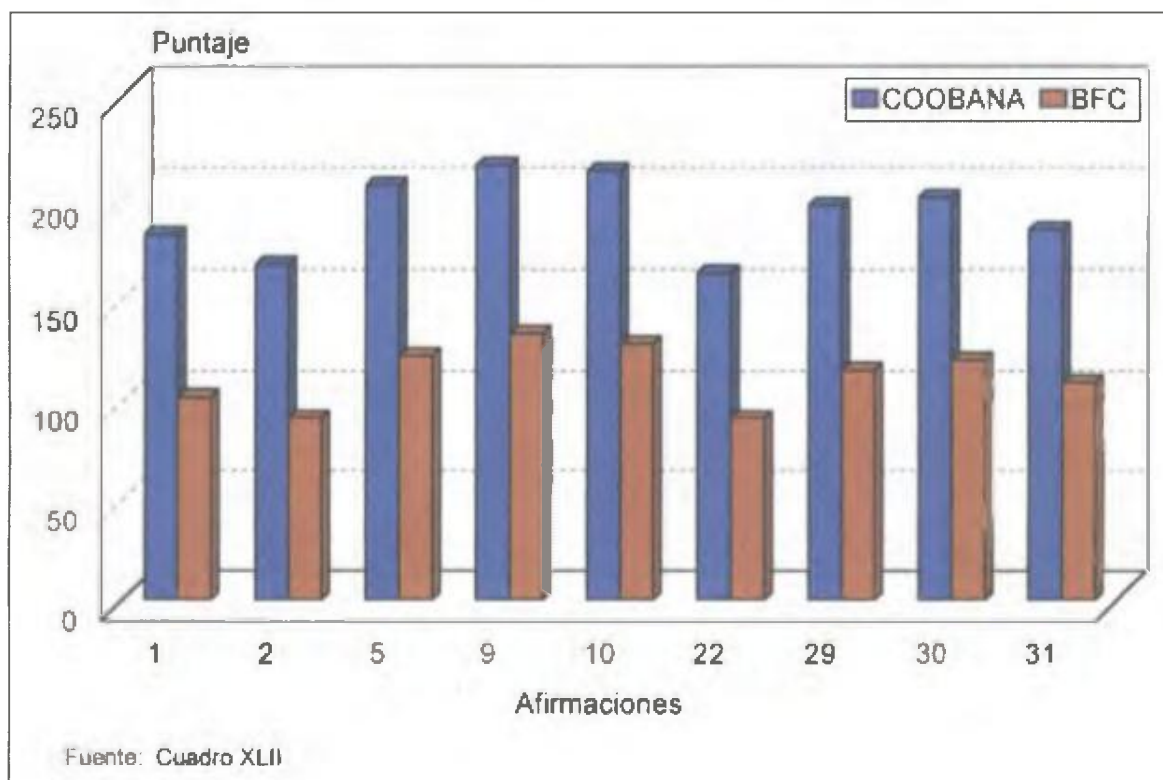


Fig. 12. Actitudes sobre el SIDA en las cuales había diferencias significativas entre los trabajadores de las empacadoras de COOBANA y la BFC.

CUADRO XLIII. ACTITUDES HACIA LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL SIDA POR EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

<i>Afirmación</i>	<i>Total</i>	<i>COOBANA</i>	<i>BFC</i>
Promedio	289	173	111
1. Se debe romper toda relación con un pariente que adquiriera el virus del SIDA.	284	182	102
3. Se debe negar el acceso a los condones a todos los menores de edad.	261	164	97
5. Los medios de comunicación deben brindar más información sobre todo lo concerniente al SIDA.	328	206	122
6. Siempre debe usarse un condón al tener relaciones sexuales casuales.	331	203	128
7. Se debe tener la menor cantidad posible de parejas sexuales.	317	109	127
11. Es una tontería el utilizar condones durante las relaciones sexuales.	259	155	104
15. Los hombres casados deberían practicar la fidelidad sexual.	304	184	120
18. Comprar condones es una pérdida inútil de dinero.	279	162	117
20. Las mujeres también pueden acercarse a comprar condones.	325	196	129
22. No es correcto que la Iglesia brinde información sobre el SIDA.	254	163	91
23. Utilizar condones es algo sucio y vergonzoso.	262	165	97
25. La mujer ofende al hombre al pedirle que use condón.	242	151	91
30. Las autoridades de Salud han exagerado la importancia que tiene el SIDA.	320	200	120
31. Los hombres que usan condones son poco varoniles.	293	184	109
32. El tema del SIDA no merece la atención que se le está brindando.	256	154	102
33. Todos los jóvenes deberían usar condones para prevenir el SIDA.	342	206	136
36. La educación sobre el SIDA sólo hará que los estudiantes deseen experimentar con el sexo.	253	152	101

CUADRO XLIII. ACTITUDES HACIA LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL SIDA POR EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000 (CONCLUSIÓN).

Criterios	Total	COOBANA	BFC
Puntaje mínimo posible	91	54	37
Puntaje máximo posible	455	270	185
Intervalo	73	43	30
Clasificación			
Totalmente en desacuerdo (TED)	91 - 163	54 - 96	37 - 66
En desacuerdo (ED)	164 - 236	97 - 139	67 - 96
Indeciso (I)	237 - 309	140 - 182	97 - 126
De acuerdo (DA)	310 - 382	183 - 225	127 - 156
Totalmente de acuerdo (TDA)	383 - 455	226 - 270	157 - 185

Fuente: Encuesta CAP

CUADRO XLIV. ACTITUDES HACIA LAS PERSONAS INFECTADAS POR VIH O CON EL SIDA POR EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

Afirmación	Total	COOBANA	BFC
Promedio	302	183	118
2. Los niños infectados con el virus del SIDA no deben asistir al colegio.	258	167	91
4. El que una persona esté infectada o tenga SIDA no la hace menos respetable ante la sociedad.	305	178	127
8. Toda discriminación hacia las personas con SIDA es injusta.	315	184	131
9. Los médicos tienen la obligación de atender a un paciente aunque tenga el virus del SIDA.	349	216	133
10. Los enfermos de SIDA merecen atención, respeto y apoyo por parte de la sociedad.	341	213	128
12. Las personas que tienen un amigo con SIDA deberían visitarlo frecuentemente.	320	195	125
13. Las personas enfermas de SIDA merecen todo nuestro apoyo y comprensión.	330	200	130
14. El SIDA es un castigo que merecen las personas inmorales.	294	181	113
16. Se debe permitir la visita de viejos amigos a la casa aunque estos tengan el SIDA.	318	194	124

CUADRO XLIV. ACTITUDES HACIA LAS PERSONAS INFECTADAS POR VIH O CON EL SIDA POR EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000 (CONCLUSIÓN).

17. Deben crearse leyes que eviten la discriminación de las personas con SIDA.	281	176	105
19. Deberían publicarse periódicamente las listas de las personas con SIDA para proteger al resto de la población.	226	139	87
21. Una persona tiene el deber de alojar en su casa a un pariente con SIDA si éste lo necesita.	321	187	134
24. Las personas que tienen el SIDA tienen el mismo derecho que cualquier otra de obtener un buen empleo.	324	186	138
26. Despedir a una persona de su trabajo por ser portadora del SIDA debería ser ilegal.	307	188	119
27. Los niños con SIDA tienen todo el derecho de continuar asistiendo a la escuela.	320	188	132
28. Las personas con SIDA deben ser encarceladas.	267	166	101
29. Debería multarse a todas las personas que se infectan con el SIDA.	311	196	115
34. Sólo las malas personas se enferman de SIDA.	284	176	108
35. Las mujeres embarazadas que descubren que tienen SIDA deberían abortar.	262	154	108

Criterios	Total	COOBANA	BFC
Puntaje mínimo posible	91	54	37
Puntaje máximo posible	455	270	185
Intervalo	73	43	30
Clasificación			
Totalmente en desacuerdo (TED)	91 - 163	54 - 96	37 - 66
En desacuerdo (ED)	164 - 236	97 - 139	67 - 96
Indeciso (I)	237 - 309	140 - 182	97 - 126
De acuerdo (DA)	310 - 382	183 - 225	127 - 156
Totalmente de acuerdo (TDA)	383 - 455	226 - 270	157 - 185

Fuente: Encuesta CAP

**1.1.3 Encuesta de Conocimientos:** los resultados de la sección de conocimientos indican que en promedio se obtuvieron un 35.7% de respuestas acertadas, de las cuales 23.1% corresponden a COOBANA y 12.6% a la BFC. Las preguntas en las cuales, en general, hubo un porcentaje de aciertos menor al 20% fueron: el agente causal del SIDA (5.5%); efectividad del uso del condón (4.4%); el daño causado por las relaciones sexuales anales (14.3%); un lugar donde sea más probable la transmisión del SIDA (7.7%); la capacidad del virus del SIDA para sobrevivir fuera del cuerpo humano (17.6%) y cuándo se coloca el condón (16.5%). No hubo preguntas con un porcentaje de aciertos superior al 80%. Se encontraron diferencias significativas entre las empacadoras al considerar las preguntas 1, 2, 9 y 14 ( $p < 0.05$ ) (Cuadro XLV):

CUADRO XLV. PUNTAJES OBTENIDOS EN LA ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS POR EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000.

Preguntas	Total		COOBANA		BFC	
	#	%	#	%	#	%
Promedio	682	35.7	442	23.1	240	12.6
1. El SIDA es una enfermedad hereditaria.	42	46.2	30	55.6	12	32.4
2. Internacionalmente, las iniciales SIDA en español quieren decir:	21	23.1	18	33.3	3	8.1
3. La enfermedad del SIDA es causada por:	5	5.5	4	7.4	1	2.7
4. Una persona infectada por el virus, pero que no ha desarrollado el SIDA, puede permanecer sana por un período máximo de:	24	26.4	11	20.4	13	35.1
5. En relación con la transmisión del virus del SIDA, el compartir agujas para inyectarse drogas:	69	75.8	40	74.1	29	78.4
6. El virus del SIDA es un virus:	35	38.5	25	46.3	10	27.0
7. Para prevenir la transmisión del virus del SIDA, una mujer infectada debe:	44	48.4	26	48.1	18	48.6
8. Para que sea transmitido de una persona a otra, el virus del SIDA debe:	28	30.8	18	33.3	10	27.0
9. Durante las relaciones sexuales vaginales entre hombre y mujer, el virus del SIDA se puede transmitir:	67	73.6	46	85.2	21	56.8
10. Las relaciones sexuales por el ano representan un gran riesgo de transmisión del virus del SIDA en las relaciones:	68	74.7	44	81.5	24	64.9
11. Actualmente se sabe que el uso adecuado del condón durante las relaciones sexuales:	4	4.4	4	7.4	0	0.0
12. Durante las relaciones sexuales anales, generalmente:	13	14.3	9	16.7	4	10.8
13. El condón es efectivo para prevenir la infección por el virus del SIDA durante las relaciones sexuales:	22	24.2	16	29.6	6	16.2

CUADRO XLV. PUNTAJES OBTENIDOS EN LA ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS POR EMPACADORA DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS EN COOBANA Y LA BFC EN FINCA 30. CHANGUINOLA, 2000 (CONCLUSIÓN).

14. El virus del SIDA no se transmite:	39	42.9	15	27.8	24	64.9
15. ¿En cual de los siguientes lugares es más probable la transmisión del virus del SIDA?	7	7.7	5	9.3	2	5.4
16. La capacidad que tiene el virus del SIDA de sobrevivir fuera del cuerpo humano es:	16	17.6	12	22.2	4	10.8
17. El condón se pone:	15	16.5	15	27.8	0	0.0
18. El SIDA es una enfermedad:	28	30.8	19	35.2	9	24.3
19. Se debe usar el condón:	50	54.9	27	50.0	23	62.2
20. ¿Cuántas veces se puede utilizar el mismo condón?	59	64.8	39	72.2	20	54.1
21. Hay mayor riesgo de enfermarse con el virus del SIDA si:	26	28.6	19	35.2	7	18.9

Fuente: Encuesta CAP

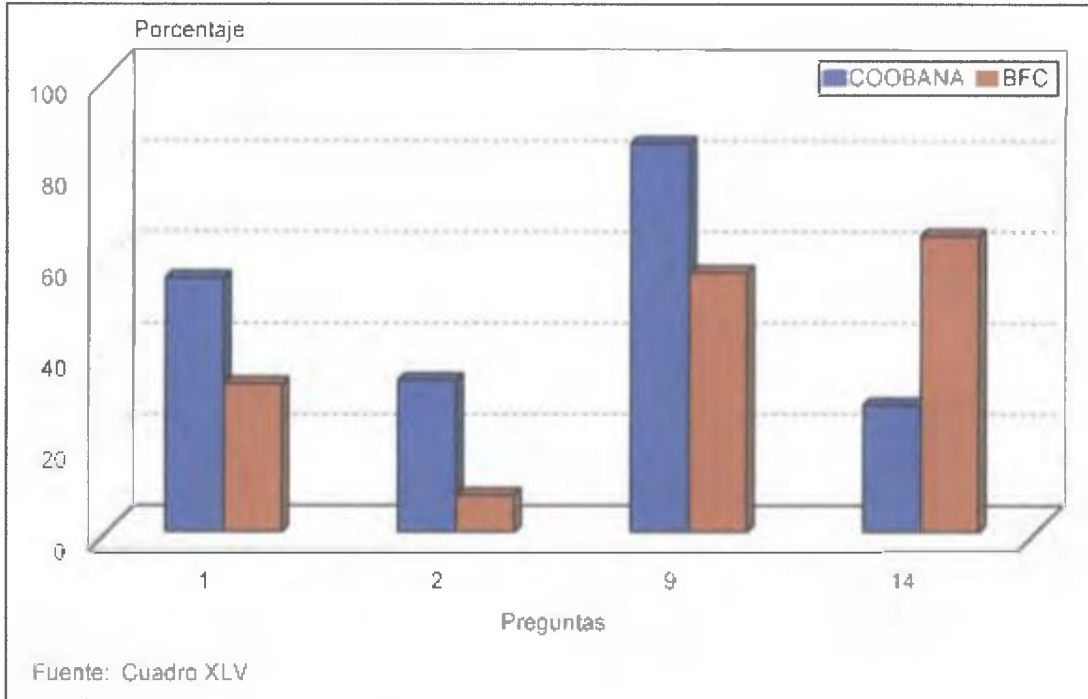


Fig. 13. Conocimientos sobre el SIDA en los cuales había diferencias significativas entre los trabajadores de las empacadoras de COOBANA y la BFC.

## **2. Análisis de las Variables de Confusión**

Los factores de confusión considerados en el análisis son: el sexo, la edad, la escolaridad, el grupo étnico y el ingreso familiar mensual. Sólo se presenta el análisis de las preguntas en las cuales se encontraron diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) al ser consideradas por empacadoras, aunque a todas se les practicó un análisis de confusores.

### **2.1 Encuesta de Prácticas:**

**2.1.1. Edad de la primera relación sexual:** la edad de la primera relación sexual sólo fue declarada por 62 trabajadores (el 73.8% de los varones encuestados) en ambas empacadoras. Ninguna de las mujeres contestó a esta pregunta (Cuadro XXII, página 84).

**2.1.2. Conocimiento del condón masculino:** los trabajadores que afirmaron conocer el condón masculino fueron 43 (47.2% de los entrevistados), de los cuales la mayoría estaban en COOBANA (35.2%). El grupo de COOBANA fue afectado por los siguientes factores de confusión: principalmente de escolaridad primaria y con ingresos menores de ciento cincuenta balboas, mientras que a favor de la BFC estaba el grupo de edad de 35 a 39 años. Prácticamente estaban iguales al considerarlos por sexo masculino y etnia indígena (Cuadro XLVI):

CUADRO XLVI. CONOCIMIENTO DEL CONDÓN MASCULINO POR EMPACADORA, SEGÚN LOS FACTORES DE CONFUSIÓN. FINCA 30. CHANGUINOLA 2000.

<i>Factor</i>	<i>Total</i>		<i>COOBANA</i>		<i>BFC</i>		$\chi^2$	<i>P</i>
	#	%	#	%	#	%		
Total	43	47.2	32	35.2	11	12.1	7.68	0.00558
Sexo (Masculino)	39	90.7	29	90.6	10	90.9	6.65	0.00991
Edad (35 – 39)	11	25.6	8	25.0	3	27.3	5.05	0.02461
Escolaridad (primaria)	22	51.2	19	59.4	3	27.3	9.82	0.00172
Etnia (indígena)	35	81.4	26	81.2	9	81.8	6.63	0.01001
Ingresos (< 150.00)	24	55.8	19	59.4	5	45.4	6.64	0.00995

Fuente: Encuesta CAP

**2.1.3. Método anticonceptivo utilizado:** el uso de métodos anticonceptivos sólo fue declarado por 17 trabajadores (18.7% del total entrevistado), de los cuales la mayoría pertenecían a COOBANA (16.5%). Los factores de confusión que inciden a favor de COOBANA son: edades entre 35 y 39 años, con escolaridad primaria, de etnia indígena y con ingresos menores a ciento cincuenta balboas, mientras que la BFC tiene una ligera ventaja por sexo masculino (Cuadro XLVII):

CUADRO XLVII. USO DE ANTICONCEPTIVOS POR EMPACADORA, SEGÚN LOS FACTORES DE CONFUSIÓN. FINCA 30. CHANGUINOLA 2000.

<i>Factor</i>	<i>Total</i>		<i>COOBANA</i>		<i>BFC</i>		$\chi^2$	<i>P</i>
	#	%	#	%	#	%		
Total	17	18.7	15	16.5	2	2.2	7.23	0.00715
Sexo (Masculino)	16	94.1	14	93.3	2	100.0	6.42	0.01128
Edad (35 – 39)	4	23.5	4	26.7	0	0.0	5.00	0.02534
Escolaridad (primaria)	10	58.8	10	66.7	0	0.0	7.39	0.00654
Etnia (indígena)	13	76.5	12	80.0	1	50.0	7.39	0.00657
Ingresos (< 150.00)	10	58.8	10	66.7	0	0.0	8.31	0.00395

Fuente: Encuesta CAP

**2.1.4. Información sobre el SIDA:** tan sólo 26 trabajadores admitieron haber recibido alguna información sobre el SIDA (28.6% de total de entrevistados), de los cuales la mayoría laboran en la empacadora de COOBANA (24.2%). Los confusores que afectan la significación estadística de este resultado a favor de COOBANA son: sexo masculino, escolaridad primaria, etnia indígena, y los ingresos de ciento cincuenta y uno hasta doscientos cincuenta balboas. El porcentaje es mayor para la BFC al considerarla por ingresos menores de ciento cincuenta balboas (Cuadro XLVIII):

CUADRO XLVIII. RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL SIDA POR EMPACADORA, SEGÚN LOS FACTORES DE CONFUSIÓN. FINCA 30. CHANGUINOLA 2000.

<i>Factor</i>	<i>Total</i>		<i>COOBANA</i>		<i>BFC</i>		$\chi^2$	<i>P</i>
	#	%	#	%	#	%		
Total	26	28.6	22	24.2	4	4.4	9.64	0.00190
Sexo (Masculino)	23	88.5	20	90.1	3	75.0	9.89	0.00166
Escolaridad (primaria)	15	57.7	13	59.1	2	50.0	5.22	0.02237
Etnia (indígena)	20	76.9	17	77.3	3	75.0	7.85	0.00509
Ingresos (< 150.00)	16	61.5	13	59.1	3	75.0	4.43	0.03525
(151.00 – 250.00)	9	34.6	8	36.4	1	25.0	4.41	0.03564

Fuente: Encuesta CAP

## 2.2 Encuesta de Actitudes:

### 2.2.1 Se debe romper toda relación con un pariente que

**adquiera el virus del SIDA:** la actitud en ambas empacadoras es indecisa, aunque en el caso de COOBANA se encuentra en el límite entre indecisa y de acuerdo. Al analizar por ingresos, se encuentra una diferencia entre los trabajadores, donde los que ganan menos de B/150.00 de COOBANA están en desacuerdo con la premisa (actitud favorable), mientras que los de la BFC están totalmente en desacuerdo con ella (actitud muy favorable). La etnia indígena está de desacuerdo (actitud favorable), en la BFC, mientras que en COOBANA están indecisos. (Cuadro XLIX):

CUADRO XLIX. ACTITUD HACIA LOS PARIENTES CON SIDA POR EMPACADORA, SEGÚN LOS FACTORES DE CONFUSIÓN. FINCA 30. CHANGUINOLA 2000.

<i>Factor</i>	<i>Total</i>		<i>COOBANA</i>		<i>BFC</i>		<i>F</i>	<i>p</i>
	#	Actitud	#	Actitud	#	Actitud		
Total	284	I	182	I	102	I	6.05	0.01577
Etnia (indígena)	248	I	155	I	93	ED	4.07	0.04710
Ingreso <150.00	187	ED	121	ED	66	TED	5.95	0.01755

Fuente: Encuesta CAP

**2.2.2. Los niños infectados con el virus del SIDA no deben asistir al colegio:** la actitud general es indecisa, al igual que por cada empacadora. Al considerar por grupos de edad, los de 35 a 39 años en COOBANA estaban totalmente en desacuerdo con la afirmación (actitud muy favorable), mientras que en la BFC se mostraron en desacuerdo (actitud favorable). Por grupo étnico, los indígenas tenían, en general y por empacadora, una actitud favorable (en desacuerdo). (Cuadro L):

CUADRO L. ACTITUD HACIA LA INASISTENCIA A LA ESCUELA DE LOS NIÑOS INFECTADOS CON SIDA, POR EMPACADORA, SEGÚN LOS FACTORES DE CONFUSIÓN. FINCA 30. CHANGUINOLA 2000.

<i>Factor</i>	<i>Total</i>		<i>COOBANA</i>		<i>BFC</i>		<i>F</i>	<i>p</i>
	#	Actitud	#	Actitud	#	Actitud		
Total	258	I	167	I	102	I	6.79	0.01069
Edad (35 – 39)	58	ED	35	TED	23	ED	6.97	0.01498
Etnia (Indígena)	221	ED	139	ED	82	ED	4.24	0.04278

Fuente: Encuesta CAP

### 2.2.3. Los medios de comunicación deben brindar más

#### **información sobre todo lo concerniente al SIDA:**

la actitud en general es favorable (de acuerdo), aunque los trabajadores de la empacadora de BFC estaban indecisos, mientras que los de COOBANA sí estaban de acuerdo (actitud favorable). Sin embargo, al analizar por sexo, se observa que entre los varones de la BFC hay una actitud indecisa, mientras que es favorable entre los de COOBANA; en ambas empacadoras la actitud de los trabajadores de etnia indígena es indecisa; al considerar las diferencias por grupo de edad, los 35 a 39 años en COOBANA se muestran en desacuerdo (actitud desfavorable) hacia la premisa, mientras que los de la BFC, están totalmente en desacuerdo (actitud muy desfavorable), al igual que para los del ingreso económico menor de ciento cincuenta balboas. (Cuadro LI):

CUADRO LI. ACTITUD HACIA LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN POR EMPACADORA, SEGÚN LOS FACTORES DE CONFUSIÓN. FINCA 30. CHANGUINOLA 2000.

<i>Factor</i>	<i>Total</i>		<i>COOBANA</i>		<i>BFC</i>		<i>F</i>	<i>p</i>
	#	Actitud	#	Actitud	#	Actitud		
Total	328	DA	206	DA	122	I	6.57	0.01577
Sexo (masculino)	304	I	192	DA	112	I	6.71	0.01127
Etnia (indígena)	280	I	175	I	105	I	9.44	0.00292
Edad (35 – 39)	73	ED	41	ED	32	TED	5.83	0.02450
Ingreso (< 150)	218	ED	137	ED	81	TED	5.56	0.02154

Fuente: Encuesta CAP

**2.2.4. Los médicos tienen la obligación de atender a un paciente aunque tenga el virus del SIDA:** se observa una actitud favorable en ambas empacadoras, pero al considerar la afirmación anterior por sexo, los hombres de COOBANA tienen una actitud más favorable (de acuerdo), mientras que los de la BFC se mantienen indecisos; el análisis por ingresos muestra que, cuando ellos son menores a ciento cincuenta balboas, los empacadores de COOBANA estaban indecisos, mientras que los de la BFC tienen una actitud desfavorable (en desacuerdo). (Cuadro LII):

CUADRO LII. ACTITUD HACIA LA OBLIGACIÓN DE LOS MÉDICOS DE ATENDER AUNQUE EL PACIENTE TENGA SIDA, POR EMPACADORA, SEGÚN LOS FACTORES DE CONFUSIÓN. FINCA 30. CHANGUINOLA 2000.

<i>Factor</i>	<i>Total</i>		<i>COOBANA</i>		<i>BFC</i>		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>#</i>	<i>Actitud</i>	<i>#</i>	<i>Actitud</i>	<i>#</i>	<i>Actitud</i>		
Total	349	DA	216	DA	133	DA	4.02	0.04798
Sexo (Masculino)	313	DA	192	DA	121	I	4.58	0.03509
Ingreso (< 150)	231	ED	144	I	87	ED	4.88	0.03084

Fuente: Encuesta CAP

**2.2.5. Los enfermos de SIDA merecen atención, respeto y apoyo por parte de la sociedad:** de manera general los trabajadores de ambas empacadoras están de acuerdo con esta afirmación, pero al considerarlo por etnia, los no indígenas se mostraron en desacuerdo con esto (actitud desfavorable), mientras que los indígenas estaban indecisos; los varones de COOBANA estaban de acuerdo (actitud favorable), pero los de la BFC seguían indecisos. (Cuadro LIII):

CUADRO LIII. ACTITUD HACIA LA ATENCIÓN PARA LOS ENFERMOS DE SIDA POR PARTE DE LA SOCIEDAD, POR EMPACADORA, SEGÚN LOS FACTORES DE CONFUSIÓN. FINCA 30. CHANGUINOLA 2000.

<i>Factor</i>	<i>Total</i>		<i>COOBANA</i>		<i>BFC</i>		<i>F</i>	<i>p</i>
	#	Actitud	#	Actitud	#	Actitud		
Total	341	DA	213	DA	128	DA	6.05	0.01580
Etnia (Indígena)	293	I	180	I	113	I	5.94	0.01705
Etnia (No indígena)	48	ED	33	ED	15	ED	5.71	0.02951
Sexo (Masculino)	315	DA	199	DA	116	I	7.52	0.00743

Fuente: Encuesta CAP

**2.2.6. No es correcto que la Iglesia brinde información**

**sobre el SIDA:** la actitud en general es indecisa, aunque la BFC se muestra en desacuerdo (actitud desfavorable), mientras que COOBANA está indecisa. A analizar por sexo, se nota la indecisión general de los hombres en ambas empacadoras; las personas con escolaridad primaria de la BFC tiene la actitud más desfavorable (totalmente en desacuerdo), aunque los de COOBANA también tienen una actitud desfavorable, pero menos acentuada (en desacuerdo). Los trabajadores de la etnia indígena en COOBANA se mantienen indecisos, mientras que los de la BFC tienen una actitud desfavorable (en desacuerdo) (Cuadro LIV):

CUADRO LIV. ACTITUD HACIA EL QUE LA IGLESIA BRINDE INFORMACIÓN SOBRE EL SIDA, SEGÚN LOS FACTORES DE CONFUSIÓN. FINCA 30. CHANGUINOLA 2000.

<i>Factor</i>	<i>Total</i>		<i>COOBANA</i>		<i>BFC</i>		<i>F</i>	<i>p</i>
	#	Actitud	#	Actitud	#	Actitud		
Total	254	I	163	I	91	ED	5.37	0.02271
Sexo (Masculino)	234	I	153	I	81	I	7.14	0.00902
Escolaridad (Primaria)	132	TED	97	ED	35	TED	15.33	0.00030
Etnia (Indígena)	216	ED	139	I	77	ED	6.45	0.01303

Fuente: Encuesta CAP

**2.2.7. Debería multarse a todas las personas que se infectan con el SIDA:** la actitud en general es estar de acuerdo (actitud desfavorable), lo cual se repite entre los trabajadores de COOBANA, mientras que entre los de la BFC, la actitud es indecisa. Al considerarlos en el grupo de edad de 30 a 34 años, la actitud de COOBANA es desfavorable (de acuerdo), mientras que la de la BFC es totalmente desfavorable (totalmente de acuerdo). La etnia no parecía influir por separado, pues en ambas empacadoras se mostraron indecisos, aunque al combinar los resultados, tenemos una actitud desfavorable (de acuerdo). Finalmente, con ingresos menores de ciento cincuenta balboas, los empacadores de COOBANA están de acuerdo (actitud desfavorable), mientras que los de la BFC están indecisos. (Cuadro LV):

CUADRO LV. ACTITUD HACIA MULTAR A LOS INFECTADOS CON SIDA POR EMPACADORA, SEGÚN LOS FACTORES DE CONFUSIÓN. FINCA 30. CHANGUINOLA 2000.

<i>Factor</i>	<i>Total</i>		<i>COOBANA</i>		<i>BFC</i>		<i>F</i>	<i>p</i>
	#	Actitud	#	Actitud	#	Actitud		
Total	311	DA	196	DA	115	I	5.54	0.02073
Edad (30 – 34)	76	I	45	DA	31	TDA	5.26	0.03046
Etnia (Indígena)	261	DA	164	I	97	I	7.19	0.00892
Ingreso (< 150.00)	205	DA	131	DA	74	I	8.60	0.00468

Fuente: Encuesta CAP

**2.2.8. Las autoridades de Salud han exagerado la importancia que tiene el SIDA:** en general, la actitud es desfavorable (de acuerdo), siendo en COOBANA donde se aprecia esta tendencia, mientras que en la BFC la actitud es indecisa. La etnia indígena de ambas empacadoras se muestra indecisa, aunque la actitud combinada es desfavorable (de acuerdo). Finalmente, al considerarla por ingresos menores de ciento cincuenta balboas, nuevamente la actitud desfavorable se encuentra entre los trabajadores de COOBANA (de acuerdo), mientras que los de la BFC siguen indecisos. (Cuadro LVI):

CUADRO LVI. ACTITUD HACIA EL ENFOQUE DE LAS AUTORIDADES DE SALUD AL PROBLEMA DEL SIDA, POR EMPACADORA, SEGÚN LOS FACTORES DE CONFUSIÓN. FINCA 30. CHANGUINOLA 2000.

<i>Factor</i>	<i>Total</i>		<i>COOBANA</i>		<i>BFC</i>		<i>F</i>	<i>p</i>
	#	Actitud	#	Actitud	#	Actitud		
Total	320	DA	200	DA	120	I	5.46	0.02164
Etnia (Indígena)	269	DA	166	I	103	I	4.76	0.03214
Ingreso (< 150.00)	211	DA	132	DA	79	I	4.53	0.03715

Fuente: Encuesta CAP

**2.2.9. Los hombres que usan condones son poco varoniles:** esta afirmación provocó, de manera general, una actitud indecisa. Sin embargo, en COOBANA la actitud era desfavorable (de acuerdo), mientras que en la BFC , era indecisa. Al considerar por escolaridad primaria e ingreso menor de ciento cincuenta balboas, la actitud en la BFC era indecisa, mientras que en COOBANA era desfavorable (de acuerdo). Al considerar por etnia indígena, los trabajadores de ambas empacadoras tienen una actitud indecisa. (Cuadro LVII):

CUADRO LVII. ACTITUD HACIA EL USO DE CONDONES POR LOS HOMBRES, POR EMPACADORA, SEGÚN LOS FACTORES DE CONFUSIÓN. FINCA 30. CHANGUINOLA 2000.

<i>Factor</i>	<i>Total</i>		<i>COBANA</i>		<i>BFC</i>		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>#</i>	<i>Actitud</i>	<i>#</i>	<i>Actitud</i>	<i>#</i>	<i>Actitud</i>		
Total	293	I	184	DA	109	I	4.11	0.04537
Escolaridad (Primaria)	145	I	99	DA	46	I	4.37	0.04206
Etnia (Indígena)	247	I	154	I	93	I	4.57	0.03563
Ingreso (< 150.00)	193	I	124	DA	69	I	7.09	0.00984

Fuente: Encuesta CAP

### 2.3 Encuesta de Conocimientos:

#### 3.3.1. El SIDA es una enfermedad transmisible:

respondieron correctamente a esta pregunta 42 personas (46.1% del total). La mayor cantidad de aciertos se dio en la empacadora de COOBANA (33.0% contra 13.2% de la BFC). Los mejores puntajes los obtuvieron los trabajadores de COOBANA por edad (30 – 34 años), escolaridad (primaria) e ingresos (151.00 – 250.00) (Cuadro LVIII):

CUADRO LVIII. RESPUESTAS CORRECTAS SOBRE EL TIPO DE ENFERMEDAD QUE ES EL SIDA POR EMPACADORA, SEGÚN LOS FACTORES DE CONFUSIÓN. FINCA 30. CHANGUINOLA 2000.

<i>Factor</i>	<i>Total</i>		<i>COOBANA</i>		<i>BFC</i>		$\chi^2$	<i>P</i>
	#	%	#	%	#	%		
Total	42	46.1	30	33.0	12	13.2	4.72	0.02974
Edad (30 – 34)	13	31.0	10	33.3	3	25.0	7.34	0.00674
Escolaridad (Primaria)	20	47.6	16	53.3	4	33.3	4.24	0.03941
Ingresos (151.00 – 250.00)	15	35.7	12	40.0	3	25.0	5.04	0.02479

Fuente: Encuesta CAP

**3.3.2. Internacionalmente, las iniciales SIDA en español quieren decir Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida:** contestaron correctamente esta pregunta 21 personas (23.1% del total de los entrevistados). Los mejores porcentajes de aciertos se encontraron en la empacadora de COOBANA, al considerarlos por escolaridad (primaria), etnia (indígena) e ingresos (151.00 – 250.00), mientras que por sexo (masculino) el mejor porcentaje de aciertos estuvo en la BFC. (Cuadro LIX):

CUADRO LIX. RESPUESTAS CORRECTAS SOBRE EL SIGNIFICADO DE LAS INICIALES SIDA POR EMPACADORA, SEGÚN LOS FACTORES DE CONFUSIÓN. FINCA 30. CHANGUINOLA 2000.

Factor	Total		COOBANA		BFC		$\chi^2$	P
	#	%	#	%	#	%		
Total	21	23.1	18	19.8	3	3.3	7.87	0.00502
Sexo (Masculino)	18	85.7	15	83.3	3	100.0	5.39	0.02024
Escolaridad (Primaria)	11	52.4	10	55.5	1	33.3	4.71	0.02991
Etnia (Indígena)	12	57.1	11	61.1	1	33.3	6.46	0.01102
Ingresos (151.00 – 250.00)	9	42.8	8	44.4	1	33.3	4.41	0.03564

Fuente: Encuesta CAP

**3.3.3. Durante las relaciones sexuales vaginales entre hombre y mujer, el virus del SIDA se puede transmitir del hombre a la mujer y de la mujer al hombre:** respondieron correctamente 67 trabajadores (73.6% del total), donde los entrevistados en COOBANA obtuvieron los mejores porcentajes de aciertos al considerarlos por sexo (masculino), escolaridad (primaria), etnia (indígena) e ingresos (menores de ciento cincuenta balboas). En cuanto a la edad (35 – 39) ambas empacadoras obtuvieron igual porcentaje de aciertos. (Cuadro LX):

CUADRO LX. RESPUESTAS CORRECTAS SOBRE LA FORMA DE TRANSMISIÓN DEL SIDA DURANTE LAS RELACIONES HETEROSEXUALES POR EMPACADORA, SEGÚN LOS FACTORES DE CONFUSIÓN. FINCA 30. CHANGUINOLA 2000.

<i>Factor</i>	<i>Total</i>		<i>COOBANA</i>		<i>BFC</i>		$\chi^2$	<i>P</i>
	#	%	#	%	#	%		
Total	67	73.6	46	50.5	21	23.1	9.14	0.00250
Sexo (Masculino)	62	92.5	42	91.3	20	87.0	6.64	0.00999
Edad (35 – 39)	15	22.4	10	21.7	5	21.7	6.67	0.00982
Escolaridad (Primaria)	31	46.3	23	50.0	8	34.8	5.05	0.02457
Etnia (Indígena)	54	80.6	37	80.4	17	73.9	7.56	0.00597
Ingresos (< 150.00)	43	64.2	30	65.2	13	56.5	6.96	0.00832

Fuente: Encuesta CAP

**3.3.4. El virus del SIDA no se transmite por comer en un restaurante en que el cocinero tiene el virus; por estornudos; cuando se usa el mismo teléfono:** para esta pregunta contestaron correctamente 39 personas (42.8% de los entrevistados), de los cuales la mayoría pertenecían a la empacadora de la BFC. El análisis de los confusores revelan que los mejores porcentajes de respuestas correctas se observaron entre los trabajadores de la BFC, al considerarlas por sexo (masculino), escolaridad (ninguna), etnia (indígena) e ingresos (< 150.00). Los empacadores de COOBANA obtuvieron una ligera ventaja porcentual al considerar la escolaridad primaria. (Cuadro LXI):

CUADRO LXI. RESPUESTAS CORRECTAS SOBRE LOS ERRORES EN CUANTO A LA TRANSMISIÓN DEL SIDA POR EMPACADORA, SEGÚN LOS FACTORES DE CONFUSIÓN. FINCA 30. CHANGUINOLA 2000.

<i>Factor</i>	<i>Total</i>		<i>COOBANA</i>		<i>BFC</i>		$\chi^2$	<i>P</i>
	#	%	#	%	#	%		
Total	39	42.8	15	16.5	24	26.4	12.33	0.00044
Sexo (masculino)	35	89.7	13	86.7	22	91.7	12.47	0.00041
Escolaridad (Ninguna)	13	33.3	2	13.3	11	45.8	8.26	0.04055
Escolaridad (Primaria)	18	46.1	7	46.7	11	45.8	8.06	0.00452
Etnia (Indígena)	34	87.2	12	80.0	22	91.7	13.43	0.00025
Ingresos (< 150.00)	27	69.2	9	60.0	18	75.0	13.21	0.00028

Fuente: Encuesta CAP

## CONCLUSIÓN

La prevalencia del SIDA en Panamá ha ido en aumento y es de interés para los servicios de Salud el promover las medidas preventivas contra esta enfermedad, pues a la fecha en que escribimos no se ha desarrollado aún una cura definitiva.

La BFC y COOBANA son dos empresas que se dedican a la siembra y comercialización del banano en la provincia de Bocas del Toro, la primera como entidad privada y la segunda en calidad de cooperativa.

Los trabajadores reciben atención de salud en las instalaciones estatales que existen en la provincia, tanto de la Caja de Seguro Social como del Ministerio de Salud, de dos maneras: el Programa de Salud Ocupacional y la demanda espontánea. Además, COOBANA tiene contratados los servicios profesionales de un médico y una enfermera, que atienden en la clínica que tiene habilitada la cooperativa en Finca 30, y que además realizan visitas domiciliarias en los sectores habitados por estos trabajadores y sus familias. No existe un servicio similar en la BFC, y sus empleados dependen de los servicios de salud de la seguridad social o, si está a su alcance, de las clínicas privadas.

Nuestra investigación encontró que, en el sector de Finca 30, las empacadoras de COOBANA y de la BFC, cuentan con un cuerpo laboral muy similar, con trabajadores cuyas edades oscilan entre los 30 y 39 años, en su mayoría hombres de etnia indígena, con una escolaridad básica (primaria) y con

ingresos menores a los ciento cincuenta balboas mensuales. No había diferencia estadísticamente significativa entre las características descritas de ambos grupos.

La medición de los conocimientos básicos relevantes de los trabajadores sobre la transmisión y prevención del SIDA, mostró que estos niveles eran bastante bajos, por el orden de 35.7% de respuestas acertadas en los cuestionarios, marcando COOBANA el mejor puntaje como colectivo, 23.1% de aciertos, mientras que su similar de la BFC tan sólo alcanzó 12.6%, lo cual está muy alejado del límite superior de lo que en nuestra escala consideramos deficiente (menos de 71% de aciertos). Estos puntajes nos indican que, a pesar de las diferentes intervenciones educativas durante los últimos años y la publicidad que se le ha dado a la situación del SIDA en Panamá más recientemente, los conocimientos sobre el tema no están muy claros, y que ante escenarios clave que pudieran hacer la diferencia entre infectarse o no, los trabajadores tenderían a actuar por su propio razonamiento intuitivo, más que basados en la información que hayan recibido. Por ejemplo: los empacadores de ambas empresas no saben con certeza para qué sirve el condón masculino durante las relaciones sexuales (COOBANA 7.4%, BFC 0%), ni cuándo se debe colocar (COOBANA 27.8%, BFC 0%). Sin embargo, los de la BFC están más al tanto de cuándo hay que usar el condón (COOBANA 50%, BFC 62.2%) y de las maneras en que no se transmite el SIDA (COOBANA 27.8%, BFC 64.9%), lo cual es paradójico al considerar los resultados de las preguntas anteriores.

Al parecer, tampoco la intervención educativa dirigida de COOBANA ha logrado cambios significativos entre los asociados de esta cooperativa, aunque, como regla general, sus puntajes de conocimientos son mayores que los de sus similares de la BFC, como por ejemplo, al preguntarles sobre la ruta de la transmisión del virus en las relaciones heterosexuales (COOBANA 85.2%, BFC 56.8%), sobre el riesgo potencial de las relaciones sexuales por vía anal (COOBANA 81.5%, BFC 64.9%) y aún en asuntos que pudiesen parecer obvios, pero que siguen causando confusión, como cuántas veces se puede utilizar el mismo condón (COOBANA 72.2%, BFC 54.1%).

Los bajos niveles de conocimientos entre los trabajadores de ambas empresas, podrían estar relacionados con las técnicas educativas empleadas (poco participativas, sin metodología andragógica, el horario de las capacitaciones, etc.) o con factores inherentes a las personas (no haber tomado en cuenta los antecedentes de los participantes, baja motivación, o la barrera idiomática y cultural, por ejemplo). Lo cierto es que no se podría afirmar que la información que se hubiera impartido haya sido internalizada por los empacadores.

El análisis de la encuesta de actitudes, tanto hacia las personas infectadas con VIH como hacia las medidas utilizadas para prevenir la infección, en especial el condón masculino, en general mostró una tendencia promedio hacia la indecisión (296 puntos de un total posible de 455), lo mismo que en cada empacadora considerada individualmente (COOBANA 178 de 270 puntos, BFC 115 de 185 puntos). Un análisis más detallado nos indica que esos puntajes

obtenidos se acercan al límite inferior de una actitud favorable (equivalente a “de acuerdo” en la encuesta de actitudes), puesto que en la consideración general, el límite inferior del rango “de acuerdo” era de 310 puntos (diferencia 14 puntos), para COOBANA era de 183 puntos (diferencia 5 puntos) y en la BFC era de 127 puntos (diferencia 12 puntos). Hay que tener en cuenta que la actitud es una variable eminentemente cualitativa y que la cuantificación que se presenta permite realizar una medición indirecta de la opinión de los encuestados ante las afirmaciones planteadas en el cuestionario.

Al considerar las actitudes hacia las medidas preventivas contra el SIDA, en general es indecisa (289 puntos en promedio de un máximo posible de 455), al igual que en COOBANA (promedio de 173 puntos de un máximo posible de 270) y en la BFC (promedio de 111 puntos de un máximo posible de 185). Nuevamente, ambos puntajes promedio se acercan al límite inferior del rango de actitud favorable (“de acuerdo”), por lo que es de suponer que, si se insiste en la orientación y en hacer ver lo importante de estas medidas, existiría una buena disposición de los empacadores hacia su utilización, en especial el condón masculino. Por ejemplo, ambos grupos de trabajadores coinciden en una actitud favorable hacia el uso del condón al tener relaciones sexuales casuales (COOBANA 203 puntos de 270, BFC 128 puntos de 185), hacia la compra de condones por las mujeres (COOBANA 196 puntos de 270, BFC 129 puntos de 185) y en que todos los jóvenes deberían utilizar condones para prevenir el SIDA (COOBANA 206 puntos de 270, BFC 136 puntos de 185). Sin embargo, aún

existe indecisión en asuntos fundamentales como el uso de condones durante las relaciones sexuales en general (COOBANA 155 puntos de 270, BFC 104 puntos de 185), considerar la compra de condones como una pérdida de dinero (COOBANA 162 puntos de 270, BFC 117 puntos de 185), pensar que el uso de condones es algo sucio y vergonzoso (COOBANA 165 puntos de 270, BFC 97 puntos de 185), que los hombres que utilizan condones son poco varoniles (COOBANA 184 puntos de 270, BFC 109 puntos de 185), que el tema del SIDA no merece la atención que se está dando (COOBANA 154 puntos de 270, BFC 102 puntos de 185) y que la educación sobre el SIDA sólo hará que los estudiantes deseen experimentar con el sexo (COOBANA 152 puntos de 270, BFC 101 puntos de 185). Parece ser que lo que no se desea es escuchar sobre la enfermedad ni las medidas preventivas, en especial sobre el condón, como si el autobloqueo informativo fuera en sí una medida preventiva.

Los trabajadores de ambas emparadoras están de acuerdo sobre el papel que deben jugar los medios de comunicación en la divulgación sobre el SIDA (COOBANA 206 puntos de 270, BFC 122 puntos de 185), sin embargo, la opinión varía cuando se involucra a la Iglesia, siendo indecisa o muy cercana a indecisa (COOBANA 163 de 270 puntos, BFC 91 de 185 puntos). Inclusive, están de acuerdo en que las autoridades de Salud exageran en cuanto a la situación del SIDA (COOBANA 200 puntos de 270, BFC 120 de 185 puntos). Esto podría estar relacionado con la forma en que se suele obtener la información sobre el SIDA, y con el hecho de que no se declare la religión en la encuesta de prácticas. También

nos da una idea del alcance que tienen los servicios de Salud en la modificación de las actitudes de la población.

En cuanto a las actitudes hacia las personas infectadas con VIH o con el SIDA, en general se obtuvo un puntaje promedio que señalaba hacia indeciso (302 puntos de un máximo posible de 455 puntos), mientras que por empacadora, COOBANA tenía una actitud general promedio favorable (“de acuerdo”) con 183 puntos de un máximo posible de 270, mientras que la BFC estaba indecisa, con 118 puntos de un máximo posible de 185. Ambos grupos coincidían, con una actitud favorable contra la discriminación a las personas con SIDA (COOBANA 184 puntos de 270, BFC 131 puntos de 185), a la atención médica de los pacientes con SIDA (COOBANA 216 puntos de 270, BFC 133 puntos de 185), a la atención, respeto y apoyo de la sociedad hacia los enfermos de SIDA (COOBANA 213 puntos de 270, BFC 128 puntos de 185). También estuvieron de acuerdo en que las personas con SIDA merecen apoyo y comprensión personal (COOBANA 200 puntos de 270, BFC 130 puntos de 185), que una persona tiene el deber de alojar en su casa a sus parientes con SIDA si lo necesitan (COOBANA 187 puntos de 270, BFC 134 puntos de 185), que las personas con SIDA tienen derecho a un buen empleo (COOBANA 186 puntos de 270, BFC 138 puntos de 185), y que los niños con SIDA tienen derecho de asistir a la escuela (COOBANA 188 puntos de 270, BFC 132 puntos de 185). Sin embargo, hay una actitud favorable a imponer algún tipo de castigo a las personas que se infectan con SIDA (COOBANA 196 puntos de 270, BFC 115 puntos de 185). Podemos observar entonces que

predomina una actitud de empatía por los enfermos de SIDA entre los trabajadores de ambas emparadoras, pero con un toque de despersonalización del problema, puesto que este sentimiento es más fuerte para lo que deben hacer los demás con los enfermos, por ejemplo, la sociedad, los médicos, los parientes, la escuela, etc.

Los dos grupos optaron por una actitud indecisa ante el hecho de que el SIDA fuera un castigo para las personas inmorales (COOBANA 181 puntos de 270, BFC 113 puntos de 185), que se crearan leyes contra la discriminación de las personas con SIDA (COOBANA 176 puntos de 270, BFC 105 puntos de 185), que se encarcelara a las personas con SIDA (COOBANA 166 puntos de 270, BFC 101 puntos de 185), que solo las personas malas se enferman de SIDA (COOBANA 176 puntos de 270, BFC 108 puntos de 185), o que las mujeres embarazadas deberían abortar si descubren que tienen SIDA (COOBANA 154 puntos de 270, BFC 108 puntos de 185). Ahora estamos ante un grupo de afirmaciones que son más controversiales, puesto que involucra tomar posiciones personales definidas. El mejor mecanismo de defensa que encuentran los trabajadores de ambas emparadoras es mostrar indiferencia, quizás con la intención de que otros decidan por ellos.

En cuanto a si el SIDA es un castigo para las personas inmorales, hay una diferencia significativa ( $p=0.001059$ ) entre las emparadoras, siendo más positiva en COOBANA (181 puntos de 270), cuyos trabajadores rechazan esta afirmación, que en la BFC (113 puntos de 185), donde la aceptan o se muestran indiferentes.

Este punto en particular nos lleva a pensar que se pudiera haber forjado una sensación de invulnerabilidad a la infección con VIH/SIDA entre los empacadores de la BFC, excluyéndose mentalmente como personas en riesgo, a pesar de lo ya considerado. De hecho, es en la BFC donde los hombres se muestran totalmente de acuerdo en que los esposos deben practicar la fidelidad sexual (120 puntos de 185), con lo cual están en desacuerdo los que laboran en COOBANA (184 puntos de 270).

La encuesta contaba con una sección que nos permitía determinar la frecuencia de algunas prácticas asociadas con la conducta sexual de los trabajadores. El grupo entrevistado informó haber iniciado sus actividades sexuales principalmente entre las edades de 15 a 19 años (58.1%), aunque una buena parte de ellos, especialmente en la BFC, también declaran haber tenido su primera relación sexual entre los 10 y los 14 años de edad (39.1%). Es interesante que tan sólo un 68.1% de los que respondieron la encuesta aceptaron contestar esta pregunta, todos ellos del sexo masculino. Si se tiene en cuenta que los primeros casos de SIDA en Bocas del Toro se reportaron en 1986, y que los empacadores tiene como media unos 35 años de edad, entonces la mayoría de los hombres entrevistados inició sus actividades sexuales simultáneamente con la aparición de casos en la provincia.

A pesar de ser una situación delicada, algunos, escudados en el anonimato de la encuesta, aceptaron su condición de homosexuales y bisexuales (11%), en ambas empacadoras. También se declararon prácticas sexuales de mayor riesgo,

como el coito anal (9.9%). Sin embargo, la promiscuidad aceptada es baja, apenas un 3.3% al momento de la recolección de los datos y 5.5% tres meses antes. No obstante, los trabajadores que declararon utilizar el condón masculino, también aceptaron, en un 80%, que era para sostener relaciones sexuales casuales o con prostitutas. Y aún así, en su relación sexual más reciente no lo utilizaron un 70.6% de estos trabajadores de COOBANA ni el 100% de los de la BFC. Todas estas son situaciones de riesgo a las cuales se exponen los empacadores, especialmente los de la BFC, lo cual concuerda con los bajos niveles de conocimiento y la actitud indiferente hacia el uso del condón, detectados con las otras secciones de la encuesta.

Los trabajadores de la BFC, que utilizan los servicios de salud estatales, tienen programas educativos orientados principalmente hacia su actividad bananera, riesgos ocupacionales y prestaciones económicas (Palmer et al, 1998), por lo que durante las sesiones de Salud Ocupacional, el tema del SIDA y sus medidas preventivas no suele mencionarse. Sin embargo, cuando estos empleados acuden a sus citas de control o por demanda espontánea, puede ocurrir que el tema de la docencia a los pacientes en sala de espera de ese día coincida con el SIDA y su prevención. En ese caso, recibirán su información en conjunto con el resto de los asistentes, en forma de charla magistral. Vale anotar que no todos los Centros de Salud del Distrito de Changuinola cuentan con un programa formal de docencia a los pacientes, así que esta actividad puede ser algo irregular, al punto que no existen registros de las actividades educativas grupales,

aunque el personal contratado por COOBANA tampoco realiza un registro formal, salvo en los informes mensuales.

El caso de los trabajadores de COOBANA es similar, aunque por contar con sus propios centros de atención y personal especialmente contratado para ello, reciben, además de la docencia descrita, docencia domiciliaria, y se les reparten condones a las personas que así lo solicitan, más como método de prevención de infecciones de transmisión sexual y anticonceptivo, que como parte de un programa de prevención del SIDA. Los efectos de este sistema son notables, ya que al cuestionar a los trabajadores si conocían el condón masculino, la mayoría de los que así lo afirmaron se encontraban laborando en la empacadora de COOBANA (74.4%). Los trabajadores de la BFC que desean acceder a los condones deben hacer una cita con el médico o con la enfermera de su Centro de Salud más cercano y solicitar una receta, que le surtirán en la farmacia de la instalación. Esto se convierte en un obstáculo, pues económicamente no está a su alcance la compra periódica de preservativos en el comercio local, especialmente cuando los trabajadores de ambas empacadoras manifestaron sostener más de dos relaciones sexuales semanales, y en la encuesta de actitudes manifestaron que la compra de condones era una pérdida inútil de dinero y que los hombres que los utilizan son poco varoniles, lo cual se convierte en una razón adicional para no adquirirlos.

La literatura señala que el uso de métodos anticonceptivos puede crear una falsa sensación de seguridad entre las personas respecto a la posibilidad de sufrir

una infección de transmisión sexual, especialmente el SIDA (OMS 1995). En el caso de los trabajadores de las empacadoras la situación es más peligrosa, puesto que el 72.2% de los de COOBANA y 94.6% de los de la BFC declararon no utilizar método anticonceptivo alguno. Los restantes utilizaban condones o anovulatorios orales. Al tratar de investigar su historia de infecciones de transmisión sexual, tan sólo el 5.6% de los de COOBANA admitieron haber sufrido de alguna, mientras que los de la BFC negaron esta situación.

El uso del condón masculino es una de las prácticas autoprotectoras recomendada por la literatura (Valdespino et al, 1989). En la consulta realizada a los trabajadores de las empacadoras, 55.8% de ellos aceptaron nunca utilizarlo, aumentando por consiguiente su riesgo de infección, sobre todo si se toma en cuenta la frecuencia de las relaciones sexuales (más de dos por semana), la de relaciones sexuales casuales o con prostitutas (57.8%), la actitud indecisa hacia las medidas preventivas contra la enfermedad y el escaso conocimiento que se tiene sobre el SIDA y su modo de transmisión (35.7%).

También se señalan como factores de riesgo el uso de drogas psicoactivas antes, durante o después de las relaciones sexuales (PTAS 1994), pues bajo su influencia aumentan las probabilidades de practicar alguna conducta sexualmente peligrosa. El 7.4% de los trabajadores de COOBANA admitieron utilizar alcohol o tabaco en conjunto con su actividad sexual, mientras que los de la BFC negaron este hecho, a pesar de que el consumo de alcohol es práctica común en el distrito

de Changuinola, especialmente entre los trabajadores de la industria bananera (Luque 1996).

En Bocas del Toro, las instalaciones prestadoras de servicios de atención de los problemas de salud desarrollan un programa educativo que incluye información sobre el SIDA y su prevención. También se realizan iniciativas similares por parte de organizaciones no gubernamentales y clubes cívicos. Sin embargo, estas actividades provinciales suelen ser inconexas, realizadas al azar, no necesariamente dirigidas a la población en riesgo y no como parte de una estrategia definida.

Prueba de esta situación es la respuesta obtenida al indagar sobre el lugar donde los empacadores obtenían la información sobre el SIDA. Los trabajadores de ambas empresas coincidieron en señalar a los medios de comunicación masiva: radio y televisión, en tercer lugar las conversaciones con sus amistades y en cuarto lugar el Centro de Salud. De hecho, las charlas y las conversaciones con expertos sobre el tema ocupan un lugar bajo en la forma de recepción de la información, marcando en primeros lugares los folletos, los programas radiales y las películas. Actualmente ni la Caja de Seguro Social ni el Ministerio de Salud cuentan con un espacio radial contratado, a fin de aprovechar la preferencia del público bocatoreño por este medio. También pudimos determinar que el 71.4% de los trabajadores de ambas empacadoras dijo no haber escuchado información sobre el SIDA. Del 28.6% que sí han escuchado, la mayoría se encuentra laborando para COOBANA. Esta preferencia por los medios pasivos de adquisición de

conocimientos sobre el SIDA (radio y televisión), y la actitud indecisa hacia las medidas preventivas, dan una idea del bajo nivel de motivación del comportamiento informativo de los empacadores (Valdespino et al, 1989).

Los resultados de esta investigación señalan que no se puede afirmar categóricamente que haya una diferencia estadísticamente significativa entre los conocimientos, actitudes y prácticas de los trabajadores de las empacadoras de COOBANA y de la BFC, por lo que aceptaríamos la hipótesis nula. Si tenemos en cuenta que un programa amplio de prevención del SIDA debe incluir comunicación sobre cambios en la conducta para reducir el comportamiento sexual de alto riesgo (Lamprey 1995), y que la conducta humana no se puede predecir por el nivel de conocimientos sobre determinado tema (Valdespino et al, 1989), sino más bien por las actitudes del individuo (Rodríguez 1987 en: Moreno 1994), podríamos entonces comprender por qué, al comparar las poblaciones de ambas empacadoras, los esfuerzos educativos realizados hasta la fecha, orientados principalmente hacia impartir conocimientos esporádicos, sin tomar en cuenta las actitudes de los trabajadores, no han producido cambios significativos en las prácticas estudiadas.

## RECOMENDACIONES

Nuestras recomendaciones son las siguientes:

1. Hacer una revisión concienzuda de los programas educativos sobre el SIDA dirigidos a los trabajadores de las emparadoras bananeras, haciendo énfasis en los contenidos, material de apoyo audiovisual y las metodologías utilizadas para entregarlos;
2. Reunir a las instituciones estatales, no gubernamentales y clubes cívicos que desarrollan programas y actividades de educación sobre el SIDA, para lograr un consenso acerca de una estrategia unificada y orientada hacia el cambio de actitud de los trabajadores y de la población en general, especialmente hacia las medidas preventivas de la infección;
3. Realizar otros estudios complementarios, para determinar las necesidades de información de los trabajadores de las emparadoras, así como del público en general, sobre el SIDA;
4. Mientras no se disponga de una estrategia de salud pública de mayor eficacia, mantener una provisión adecuada de condones en las instalaciones de salud estatales y no gubernamentales, que sea fácilmente accesibles para la población sexualmente activa, a un costo muy bajo o gratuitos.

**BIBLIOGRAFÍA**

- ANÓNIMO. 1995. La prevención del SIDA en el lugar de trabajo en Jamaica. *Aids Captions en Español*. Noviembre: 31.
- ANÓNIMO. 1996. Situación epidemiológica del SIDA en Panamá. Ministerio de Salud, División de Epidemiología, sin numeración.
- ANÓNIMO. 1996. Informe acumulativo de la situación del SIDA. Ministerio de Salud, División de Epidemiología.
- ALZAGA, B. 1997. Reality, condón femenino. [Http://sida.org.mx](http://sida.org.mx).
- AMARÍS, A. 1997. Comunicación personal.
- ARGÜELLES, E. 1995. Aspectos sobre la cultura, la sexualidad y el comportamiento sexual que facilitaron la infección con el virus de la inmunodeficiencia humana de los pacientes seropositivos confirmados que se atienden en la consulta externa del Hospital Santo Tomás. Tesis. Universidad de Panamá. Panamá, 189 págs.
- BANCO MUNDIAL. 1993. World development report 1993, investing in health. 1ª ed. Oxford University Press, 55 págs.
- BATISTA, J.L. 1999. El SIDA, cada vez menos mortal. La Prensa. Panamá. Miércoles 6 de mayo de 1998.

- BLANCO, E., MENDOZA, M. y PORTUGAL, J. 1995. Conocimientos que sobre el SIDA poseen 216 hombres solteros de veinte a veinticuatro años de edad residentes en el corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Tesis. Universidad de Panamá. Panamá, 215 págs.
- BLUM, M. y NAYLOR, J.C. 1988. Psicología industrial: sus fundamentos teóricos y sociales. 1 ed. Editorial Trillas. México. 548 págs.
- CARTER, K., HARRY, B., JEUNE, M. y NICHOLSON, D. 1997. HIV risk perception, risk behavior, and seroprevalence among female commercial sex workers in Georgetown, Guyana. *Revista Panamericana de Salud Pública* 1 (6): 451- 459.
- CERQUEIRA, M.T. 1996. Promoción de la salud: evolución y nuevos rumbos. *Bol. Oficina Sanit. Panam.* 120 (4): 342-347.
- CHANDRA, V. 1995. Las ONG's luchan contra el VIH/SIDA. *Aids Captions en Español.* Noviembre: 21.
- CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. 2000. XVI Censos Nacionales de Población y Vivienda. [Http://contraloria.gob.pa/censos](http://contraloria.gob.pa/censos)
- CUBANET. 1997. Afirman voluntarios vacuna contra SIDA no contraerán enfermedad. [Http:// www.netpoint.net/ cubanet/Cnews /y97.](http://www.netpoint.net/cubanet/Cnews/y97)
- DEL RÍO, C. y URIBE, P. 1993. Prevención de enfermedades de transmisión sexual y sida mediante el uso del condón. *Salud Pública de México.* 35 (5): 508-517.

- EARLE, D. 1995. Mercadeo social: poniendo los condones al alcance de la comunidad. *Aids Captions en Español*. Noviembre: 35-37.
- EGGER, A. 1994. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VIH/SIDA entre estudiantes de escuela secundaria en Managua. *Bol. Oficina Sanit. Panam.* 117 (1): 12-21.
- ESPINOZA, Z. 1993. Actitud de un grupo de estudiantes de la Facultad de Comunicación Social hacia el SIDA. Tesis. Universidad de Panamá. Panamá, Panamá. 188 págs.
- GALIA, S., BONILLA, G., PAO, R., VILLATORO, E., FORSYTHE, S., GAILLARD, E. y CALDERON R. 1996. The epidemiologic, social and economic impact of HIV/AIDS in three Central American countries: a country-specific and regional analysis. XIth International Conference on AIDS, julio 7-11, Vancouver, Canadá.
- GONZÁLEZ, E. 1997. Implicaciones económicas de la epidemia del VIH/SIDA y racionalidad económica para la prevención. [Http://www.funsalud.organización.mx/sidalac/spanish/libro/cap6.htm](http://www.funsalud.organización.mx/sidalac/spanish/libro/cap6.htm).
- HERNÁNDEZ S., R.; FERNÁNDEZ C., C.; BAPTISTA L., P. 1998. Metodología de la Investigación. 2ª ed. Editorial McGraw – Hill Interamericana. México, D.F. 501 págs.
- GRUPO EDITORIAL OCÉANO. 1995. Diccionario enciclopédico Océano Uno color. 1ª ed. Editorial Océano, Barcelona, 1784 págs.

- LAMPTEY, P. 1995. Disminuyendo la transmisión del SIDA. *Aids Captions en Español*. Noviembre: 6.
- LELAND, J. 1996. ¿El Fin del SIDA?. *Newsweek*. Volumen CXXVIII, N°23, New York, diciembre 2, 1996.
- LUQUE, H.A. 1996. Prevalencia de trastornos mentales en dos grupos de trabajadores de la industria del banano, Provincia de Bocas del Toro, mayo y julio de 1996. Tesis. Universidad de Panamá. Panamá, Panamá. 210 págs.
- MAKADON, H.J. y SILING, J.G. 1996. La prevención de infección por VIH en la atención primaria. *Bol. Ofic. Sanit. Panam.* 120 (1): 60.
- MERTENS, T.E. y LOW-BEER, D. 1997. ¿Hacia dónde se encamina la epidemia de infección por VIH y SIDA? *Revista Panamericana de Salud Pública*. 1 (3): 220-228.
- MONTALVÁN, J. 1997. Apuntes clase de Sociología de la VII Maestría en Salud Pública.
- MORENO, M.M. 1994. Efectos del programa "SIDA: guía instructiva para profesores", sobre los conocimientos y actitudes de un grupo de estudiantes del Instituto Rubiano. Tesis. Universidad de Panamá. Panamá, Panamá. 311 págs.
- NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. 1997. Transmission of HIV possibly associated with exposure of mucous membrane to contaminated blood. *Centers for Disease Control and Prevention*. 46 (7). [Http://nih.gov/aids-related-information/morbidity and mortality weekly report](http://nih.gov/aids-related-information/morbidity-and-mortality-weekly-report).

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 1995. Working with young people: a guide to preventing HIV/AIDS and STD's. 1ª ed. Malborough House, Pall Mall, Londres, 135 págs.
- PALMER, E.; RICHARDS, L.; SAMANIEGO, L. 1998. Programa Educativo dirigido a trabajadores aplicadores de bolsas tratadas (embolsadores). 1ª. Ed. Changuinola. 53 págs.
- PEVELO, D. y DE LA HOZ, F. 1997. Seroprevalencia y factores predisponentes a la infección por VIH en estudiantes de bachillerato, Puerto Asís, Putumayo, 1996. *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional*. 2 (13): 190-191.
- PROGRAMA DE TECNOLOGÍA ADECUADA EN SALUD (PTAS). 1994. ¿Por qué usar el condón?. [Http://sida.org.mx](http://sida.org.mx)
- STANTON, B. 1997. Editorial: Good News for Everyone? *American Journal of Public Health*. 87 (12): 1917-1918.
- TAMAYO, M. 1978. El proceso de la investigación científica. 1ª ed. Editorial Limusa, Santa Fe de Bogota, 123 págs.
- VALDESPINO, J.L., GARCÍA, G.M., ZOLEZZI, A., PALACIOS, M., MORALES, R.A., IZAZOLA, J.A. y HENNING, J. Manual de encuestas sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas (CACP) sobre SIDA y ETS. 1ª ed. México, 185 págs.

**ANEXO #1****ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS  
ANTES DE LA VALIDACIÓN****CUESTIONARIO**

Nº de cuestionario: \_\_\_\_\_

A continuación se le presenta un cuestionario para obtener la información que usted tenga sobre el SIDA. Las respuestas son totalmente confidenciales, por lo que le pedimos que responda con franqueza. Encierre en un círculo la letra con la respuesta correcta. Por favor, responda las preguntas, eligiendo solamente UNA de las alternativas.

Gracias por su cooperación.

1. El SIDA es una enfermedad:
  - a. hereditaria
  - b. transmisible**
  - c. genética
  - d. venenosa
  
2. Internacionalmente, las iniciales SIDA en español quiere decir:
  - a. Síndrome de Incapacidad y Deficiencia Adquirida
  - b. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida**
  - c. Síndrome Internacional de Deficiencia Adquirida
  - d. Síndrome Inmunitario Deficitario Adquirido
  
3. El virus del SIDA ataca:
  - a. el sistema circulatorio
  - b. el sistema nervioso
  - c. el sistema inmunológico**
  - d. las respuestas b y c son correctas
  
4. La enfermedad del SIDA es causada por el:
  - a. Virus de Inmunidad del SIDA
  - b. Virus Linfático Humano
  - c. Virus de Inmunodeficiencia Humana**
  - d. Virus Inmunosupresor Adquirido

5. Una persona asintomática es aquella que:
  - a. no ha contraído el virus del SIDA
  - b. ha contraído el virus, pero no puede transmitirlo
  - c. ha contraído el virus pero no ha desarrollado el SIDA**
  - d. ha contraído el virus y ya empieza a enfermarse
  
6. Una persona infectada por el virus, pero que no ha desarrollado el SIDA, puede permanecer sana por un período máximo de:
  - a. 6 meses
  - b. 1 a 3 años
  - c. 1 a 12 años**
  - d. más de 12 años
  
7. El comportamiento del virus del SIDA es parecido al del virus de:
  - a. la hepatitis B**
  - b. la gripe
  - c. el sarampión
  - d. todas las respuestas son correctas
  
8. Las personas recién infectadas por el virus del SIDA generalmente presentan:
  - a. tos seca y persistente
  - b. dolores de cabeza frecuentes
  - c. leve pérdida de peso
  - d. ninguna de las respuestas es correcta**
  
9. Algunos síntomas de la etapa avanzada de la enfermedad del SIDA son:
  - a. mucho cansancio, caída del cabello, hemorragias por más de un mes
  - b. fiebre por más de un mes, diarrea por un mes, pérdida de peso**
  - c. ganglios hinchados, ojos llorosos crónicos, mala circulación en las piernas
  - d. resfriados constantes, dificultad para respirar, pérdida de la memoria reciente
  
10. En relación con la transmisión del virus del SIDA, el compartir agujas para inyectarse drogas:
  - a. es una conducta de muy alto riesgo**
  - b. representa un riesgo entre moderado y alto
  - c. implica un riesgo bajo
  - d. no implica riesgo alguno

11. El virus del SIDA es un virus:
- flemoso
  - acuoso
  - sanguíneo**
  - todas las respuestas son correctas
12. El líquido corporal con mayor concentración del virus del SIDA es:
- el semen
  - la sangre**
  - la orina
  - la saliva
13. Para prevenir la transmisión del virus del SIDA, una mujer infectada debe:
- evitar los embarazos**
  - dar solamente leche de pecho a su bebé
  - evitar dar besos a su bebé
  - todas las respuestas son correctas
14. Una mujer que tiene el virus del SIDA puede transmitirlo a su bebé:
- durante el embarazo
  - durante el parto
  - durante el amamantamiento
  - todas las respuestas son correctas**
15. Para que sea transmitido de una persona a otra, el virus del SIDA debe:
- estar en contacto con la piel de otra persona
  - entrar en la sangre de la otra persona**
  - haber estado mucho tiempo en el cuerpo de la persona infectada
  - todas las anteriores
16. En relación con la transmisión del virus del SIDA, las transfusiones de sangre en Panamá:
- no pueden transmitir el virus
  - actualmente representan un pequeño riesgo**
  - son altamente peligrosas
  - no se sabe qué nivel de riesgo representan
17. La transmisión del virus del SIDA por la sangre:
- es una de las más difíciles de controlar
  - escapa del control de las personas no infectadas
  - puede impedirse si se toman ciertas medidas preventivas
  - sólo puede ser controlada por personal especializado**

18. Durante las relaciones sexuales vaginales entre hombre y mujer, el virus del SIDA se puede transmitir:
- a. del hombre a la mujer
  - b. de la mujer al hombre
  - c. las respuestas a y b son correctas**
  - d. ninguna de las respuestas es correcta
19. Las relaciones sexuales por el ano representan un gran riesgo de transmisión del virus del SIDA en las relaciones:
- a. hombre con mujer
  - b. hombre con hombre
  - c. en ambas por igual**
  - d. ninguna de las respuestas es correcta
20. Para que un hombre transmita sexualmente el virus del SIDA a otra persona, es necesario:
- a. que exista algún tipo de lesión previa en los genitales de la otra persona
  - b. que exista alguna pequeña lesión en el pene de la persona infectada
  - c. que el semen de la persona infectada entre a la sangre de la otra
  - d. ninguna de las respuestas es correcta**
21. El uso del condón reduce el riesgo de adquirir el virus del SIDA porque:
- a. impide que el semen entre al cuerpo de la otra persona**
  - b. evita el contacto del pene con la piel de la otra persona
  - c. reduce la posibilidad de que ocurran rasgaduras en los genitales
  - d. ninguna de las respuestas es correcta
22. Actualmente se sabe que el uso adecuado del condón durante las relaciones sexuales:
- a. ayuda sólo un poco a impedir la transmisión del virus del SIDA
  - b. es efectivo para impedir la transmisión del virus aproximadamente la mitad de las veces
  - c. reduce enormemente el riesgo de transmisión del virus**
  - d. es totalmente efectivo para prevenir la transmisión del virus
23. Durante las relaciones sexuales anales, generalmente:
- a. el semen no es capaz de entrar al torrente sanguíneo de la otra persona
  - b. se producen daños en las membranas del recto del receptor**
  - c. se disminuye mucho el riesgo de transmisión del virus del SIDA
  - d. ninguna de las respuestas es correcta

24. El condón es efectivo para prevenir la infección por el virus del SIDA durante las relaciones sexuales:
- a. vaginales
  - b. anales
  - c. bucales
  - d. todas las respuestas son correctas**
25. Durante las relaciones sexuales, la transmisión del virus del SIDA se da más fácilmente:
- a. de hombre a mujer**
  - b. de mujer a hombre
  - c. de mujer a mujer
  - d. las respuestas b y c son correctas
26. El virus del SIDA **no** se transmite:
- a. por comer en un restaurante en que el cocinero tiene el virus
  - b. cuando una persona con el virus estornuda cerca de otra
  - c. cuando se usa el mismo teléfono de alguien que tiene el virus
  - d. todas las respuestas son correctas**
27. El virus del SIDA puede transmitirse también a través de:
- a. picaduras de insectos
  - b. lágrimas y sudor
  - c. tos y estornudos
  - d. ninguna de las respuestas es correcta**
28. Aunque es poco probable, el virus del SIDA se puede transmitir también:
- a. por compartir vasos, platos o cubiertos con una persona infectada
  - b. por abrazar y besar a una persona infectada
  - c. las respuestas a y b son correctas
  - d. ninguna de las respuestas es correcta**
29. El virus del SIDA puede sobrevivir en:
- a. el aire
  - b. el agua
  - c. las respuestas a y b son correctas
  - d. ninguna de las respuestas es correcta**

30. ¿En cuál de los siguientes lugares es más probable la transmisión del virus del SIDA? :
- a. en piscinas públicas
  - b. en consultorios dentales**
  - c. en servicios higiénicos públicos
  - d. ninguna de las respuestas es correcta
31. La capacidad que tiene el virus del SIDA de sobrevivir fuera del cuerpo humano es:
- a. baja**
  - b. moderada
  - c. alta
  - d. muy alta
32. Los compañeros de salón de un niño con el virus del SIDA:
- a. tienen un alto riesgo de adquirir el virus
  - b. corren un riesgo moderado de adquirir el virus
  - c. tienen un pequeño riesgo de adquirir el virus
  - d. no corren riesgo alguno de adquirir el virus**
33. Los compañeros de trabajo de una persona infectada pueden adquirir el virus del SIDA:
- a. por beber del mismo vaso de la persona infectada
  - b. por utilizar la misma cuchara y tenedor que la persona infectada
  - c. las respuestas a y b
  - d. ninguna de las respuestas es correcta**
34. El condón se pone:
- a. después de haber iniciado el acto sexual
  - b. al iniciar el acto sexual
  - c. antes de iniciar el acto sexual**
  - d. ninguna de las respuestas es correcta
35. El SIDA es una enfermedad:
- a. para la cual hay vacuna
  - b. para la cual hay cura
  - c. para la cual hay prevención**
  - d. todas las respuestas son correctas

36. Se debe usar el condón:
- a. cuando se tienen relaciones sexuales con prostitutas
  - b. cuando se tienen relaciones sexuales por el ano
  - c. cuando se tienen relaciones sexuales casuales
  - d. todas las respuestas son correctas**
37. El condón más recomendado por las autoridades de salud es el de:
- a. hule
  - b. piel
  - c. látex**
  - d. tela
38. ¿Cuántas veces se puede utilizar el mismo condón?
- a. una vez**
  - b. dos veces si es la misma pareja sexual
  - c. las respuestas a y b son correctas
  - d. ninguna de las respuestas es correcta
39. Hay mayor riesgo de enfermarse con el virus del SIDA si:
- a. se tienen muchas parejas sexuales
  - b. se usan drogas inyectables y se intercambian las agujas
  - c. las respuestas a y b son correctas**
  - d. ninguna de las respuestas es correcta
40. Nombre de uno de los medicamentos utilizados para el tratamiento del SIDA:
- a. AHT
  - b. AZT**
  - c. AJT
  - d. ALT
41. ¿Cuáles personas están en mayor riesgo de contraer el SIDA?
- a. los alcohólicos
  - b. los diabéticos
  - c. los drogadictos
  - d. todos las respuestas son correctas**

### QUEREMOS SABER SU OPINIÓN

N° de cuestionario: \_\_\_\_\_ (p = actitud hacia las personas; pr = actitud hacia las medidas preventivas)

Instrucciones:

A continuación se le presentarán una serie de oraciones o afirmaciones. Debe contestar cada una de ellas de acuerdo a su opinión personal sobre el particular, marcando en la casilla correspondiente con una cruz. Los resultados obtenidos son estrictamente confidenciales, y sólo se usarán con fines de investigación, por lo que le agradecemos ser lo más sincero posible.

Gracias por su cooperación.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Se debe romper toda relación con un pariente que adquiera el virus del SIDA.					5pr
2. La realización de una prueba de SIDA debe ser sólo elección personal.	5pr				
3. Los adolescentes deben tener acceso a condones como medio de prevenir el SIDA.	5pr				
4. Los niños infectados con el virus del SIDA no deben asistir al colegio.					5p
5. Se debe negar el acceso a los condones a todos los menores de edad.					5pr
6. La familia debe procurar atender en casa al paciente con SIDA.	5p				
7. El que una persona esté infectada o tenga SIDA no la hace menos respetable ante la sociedad.	5p				
8. Los medios de comunicación deben brindar más información sobre todo lo concerniente al SIDA.	5pr				

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
9. Siempre debe usarse un condón al tener relaciones sexuales casuales.	5pr				
10. Se debe tener la menor cantidad de parejas sexuales posibles.	5pr				
11. Deben crearse leyes que prohíban que las personas que tienen el virus del SIDA o SIDA, trabajen atendiendo público.					5p
12. Toda discriminación hacia las personas con SIDA es injusta.	5p				
13. Los médicos tienen la obligación de atender a un paciente aunque tenga el virus del SIDA.	5p				
14. Los enfermos de SIDA merecen atención, respeto y apoyo por parte de la sociedad.	5p				
15. Es una tontería el utilizar condones durante las relaciones sexuales.					5pr
16. El usar condones lo único que provoca es la disminución del placer sexual.					5pr
17. Las personas que tienen un amigo con SIDA deberían visitarlo frecuentemente.	5p				
18. Las personas enfermas de SIDA merecen todo nuestro apoyo y comprensión.	5p				
19. El SIDA es un castigo que merecen las personas inmorales.					5p
20. Los hombres casados deberían practicar la fidelidad sexual.	5pr				
21. Se debe permitir la visita de viejos amigos a la casa aunque éstos tengan el SIDA.	5p				
22. Deben crearse leyes que eviten la discriminación de las personas con SIDA.	5p				
23. Comprar condones es una pérdida inútil de dinero.					5pr

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
24. Deberían publicarse periódicamente las listas de las personas con SIDA para proteger al resto de la población.					5p
25. Las mujeres también pueden acercarse a comprar condones.	5pr				
26. Una persona tiene el deber de alojar en su casa a un pariente con SIDA si este lo necesita.	5p				
27. No es correcto que la Iglesia brinde información sobre el SIDA.					5pr
28. Utilizar condones es algo sucio y vergonzoso.					5pr
29. Las personas que tienen el SIDA tienen el mismo derecho que cualquier otra de obtener un buen empleo.	5p				
30. La mujer ofende al hombre al pedirle que use condón.					5pr
31. Despedir a una persona de su trabajo por ser portadora del SIDA debería ser ilegal.	5p				
32. El resultado de la prueba del SIDA debe ser estrictamente confidencial.	5pr				
33. Es preferible evitar el contacto con los familiares de una persona con SIDA.					5p
34. Los niños con SIDA tiene todo el derecho de continuar asistiendo a la escuela.	5p				
35. Las personas con SIDA deben ser encarceladas.					5p
36. Es agradable tener relaciones sexuales con condón.	5pr				
37. Las personas que son fieles a su pareja sexual son inteligentes y admirables.	5pr				
38. Debería multarse a todas las personas que se infectan con el SIDA.					5p

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
39. Todos tenemos el deber de ayudar, en nuestra medida, a las personas con SIDA.	5p				
40. Las autoridades de Salud han exagerado la importancia que tiene el SIDA.					5pr
41. Los hombres que usan condones son poco varoniles.					5pr
42. El tema del SIDA no merece la atención que se le está brindando.					5pr
43. Todos los jóvenes deberían usar condones para prevenir el SIDA.	5pr				
44. Todo el mundo debe saber sobre la infección por el SIDA.	5pr				
45. Sólo las malas personas se enferman de SIDA.					5p
46. Las mujeres que tienen SIDA y quedan embarazadas deberían abortar.					5p
47. La educación sobre el SIDA sólo hará que los estudiantes deseen experimentar con el sexo.					5pr

**CUESTIONARIO**

N° de cuestionario: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Empacadora: \_\_\_\_\_

Último año escolar aprobado : \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Indígena: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Ingreso familiar mensual:

menos de 150.00 \_\_\_\_\_

de 150.00 a 250.00 \_\_\_\_\_

de 251.00 a 350.00 \_\_\_\_\_

de 351.00 a 450.00 \_\_\_\_\_

de 451.00 a 550.00 \_\_\_\_\_

551.00 y más \_\_\_\_\_

A continuación verá una serie de preguntas, cuyo objetivo es obtener alguna información personal, que será tratada con la más estricta confidencialidad. Por favor responda seleccionando la respuesta que corresponda a su situación. Conteste **TODAS** las preguntas.

Gracias.

1. ¿A qué edad tuvo usted su primera relación sexual? \_\_\_\_\_ años.
2. Mantiene usted relaciones sexuales:
  - a. exclusivamente con personas del sexo opuesto
  - b. exclusivamente con personas de su mismo sexo
  - c. con personas de ambos sexos
  - d. no tiene relaciones sexuales (pase a la pregunta 7 y luego a la 13)
3. Sus relaciones sexuales son del tipo (puede escoger más de una):
  - a. coito vaginal
  - b. coito anal
  - c. sexo bucal
  - d. masturbación mutua
  - e. otras:

4. ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido usted en los últimos tres meses?
  - a. ninguno
  - b. uno
  - c. más de uno
  
5. ¿Cuántos compañeros sexuales tiene actualmente?
  - a. ninguno
  - b. uno
  - c. más de uno
  
6. ¿Cada cuánto tiempo suele tener relaciones sexuales?
  - a. menos de una vez a la semana
  - b. una vez a la semana
  - c. dos veces a la semana
  - d. más de dos veces a la semana
  
7. ¿Conoce usted el condón masculino?
  - a. sí
  - b. no
  
8. Utiliza usted el condón:
  - a. nunca
  - b. algunas veces
  - c. siempre
  
9. Si utiliza el condón, ¿con quién lo utiliza?
  - a. prostitutas
  - b. esposo o esposa
  - c. relaciones sexuales casuales
  - d. otras: \_\_\_\_\_
  
10. Si utiliza el condón ¿por qué lo hace? \_\_\_\_\_ y  
si no lo utiliza, ¿por qué no lo hace? \_\_\_\_\_
  
11. ¿Utilizó el condón en alguna ocasión en los últimos tres meses?
  - a. Sí
  - b. No
  
12. ¿Usó el condón en su relación sexual más reciente?
  - a. sí
  - b. no

13. ¿Cuál método anticonceptivo utiliza? (puede escoger varias)
- pastillas
  - condones
  - dispositivo intrauterino (DIU)
  - no utilizo ningún método anticonceptivo
  - otros: \_\_\_\_\_
14. ¿Ha padecido alguna de estas enfermedades? (puede escoger varias)
- gonorrea
  - sífilis
  - ladillas
  - herpes genital
  - otras: \_\_\_\_\_
  - no he tenido enfermedades venéreas.
15. ¿Sabe usted si actualmente padece de infección por el virus del SIDA?
- sí
  - no
16. ¿Utiliza usted algún aparato o accesorio durante sus relaciones sexuales (por ejemplo: penes artificiales, látigos, sogas, etc.)?
- sí
  - no
17. ¿Utiliza usted antes, durante o después de las relaciones sexuales? (puede escoger varias):
- alcohol
  - tabaco
  - marihuana
  - cocaína
  - bazuco
  - piedra (crack)
  - otras: \_\_\_\_\_
  - no utilizo nada
18. ¿Ha estado involucrado en incidentes de...? (puede escoger varias):
- violación sexual
  - brochita, toqueteo de genitales
  - relaciones sexuales con miembros de su familia
  - otras formas de violencia sexual
  - nunca he estado involucrado en este tipo de incidentes

19. ¿Ha escuchado o recibido alguna vez información sobre el SIDA?

- a. sí
- b. no

20. ¿Dónde la escuchó o la recibió? (puede marcar varias):

- a. libros
- b. en el hogar
- c. Centro de Salud
- d. en la Escuela
- e. Iglesia
- f. revistas
- g. radio
- h. periódicos
- i. amigos
- j. televisión
- k. otros: \_\_\_\_\_

21. ¿Cómo recibió la información? (puede escoger varias):

- a. hojas sueltas
- b. folletos
- c. artículos sobre el SIDA (periódicos, libros o revistas)
- d. programa radial sobre el SIDA
- e. charlas
- f. conversación con expertos (médico, enfermera, educador para la salud)
- g. conversación casual sobre el SIDA
- h. murales
- i. carteles
- j. fotos
- k. gorras y suéteres
- l. calcomanías
- m. películas
- n. otros: \_\_\_\_\_

22. Conoce usted algún lugar donde se pueda obtener información sobre el SIDA:

- a. sí
- b. no

24 Si contestó que sí a la pregunta anterior, díganos en dónde: \_\_\_\_\_

**ANEXO #2****METODOLOGÍA PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS**

La validación de este instrumento se realizó con el análisis de los ítems, a fin de medir su sensibilidad y confiabilidad. La sensibilidad se midió con la funcionalidad de las alternativas, el índice de dificultad y el índice de discriminación, mientras que la confiabilidad la medimos con el uso del coeficiente Alfa de Cronbach:

**A. Funcionalidad de las alternativas:** se refiere a la capacidad que tienen las diferentes alternativas de cada ítem para atraer a los sujetos que no conocen la respuesta correcta. Lo esperado es que cada una de las alternativas incorrectas sea elegida por dichos sujetos, es decir, que resulten verdaderos distractores para los que no conocen la respuesta correcta. Cada pregunta fue provista con respuestas múltiples, con el fin de llenar este requisito.

**B. Índice de dificultad:** el índice de dificultad se refiere al porcentaje de sujetos que responde correctamente cada ítem. A medida que el porcentaje se acerca al 100%, la pregunta se considera más fácil. A menor porcentaje, por el contrario, mayor es la dificultad presentada. El índice de dificultad se obtuvo con la fórmula:

$$P = (f_r * f) / N$$

Donde P = índice de dificultad;

$f_T * f$  = frecuencia de respuestas correctas;

N = número total de respuestas obtenidas para la pregunta.

En general se seleccionaron las preguntas que obtuvieron entre el 20% y el 80% de índice de discriminación (Valdespino et al, 1989).

**C. Índice de discriminación:** señala la capacidad que tiene cada ítem de diferenciar entre aquellos sujetos que saben y los que no saben el contenido evaluado. Para obtener dicho índice, se ordenaron las pruebas desde el puntaje más alto hasta el más bajo, separándose después el 25% superior y el 25% inferior de ellas. Con estos grupos, se determinaron cuántos sujetos del grupo superior respondieron correctamente a la pregunta y cuántos del grupo inferior hicieron lo mismo. La fórmula para el cálculo del índice de discriminación es:

$$D = (F_a - F_b) / 0.5T$$

Donde:

D = índice de discriminación;

$F_a$  = frecuencia de altos (grupo superior) que respondieron correctamente al ítem;

$F_b$  = frecuencia de bajos (grupo inferior) que respondieron correctamente al ítem.

T = total de sujetos.

Un índice de discriminación positivo señala que el ítem es capaz de discriminar entre los sujetos que saben y los que no, lo cual resulta más

efectivo a medida que el índice se acerca a uno. Un índice de discriminación negativo o igual a cero indica que el ítem no es capaz de realizar una discriminación adecuada. En nuestra prueba piloto, se aceptaron las preguntas que obtuvieron un índice de discriminación de 0.3 o superior, mientras que si era cero o negativo, la pregunta se descartó (Valdespino et al. 1989).

**D. Determinación de la confiabilidad:** se determinó con el coeficiente Alfa de Cronbach, de la siguiente manera: inicialmente se confeccionó una lista de las personas según sus puntajes de acuerdo a la información obtenida con el pre-test. De la lista se seleccionó el veinticinco por ciento de los sujetos con puntajes más altos y el veinticinco por ciento de los sujetos con los puntajes más bajos. Para cada sujeto se tabularon las respuestas dadas a cada uno de los ítems, categorizándolas en correctas e incorrectas y de esta forma se obtuvo una tabla con el número de respuestas correctas dadas por los sujetos. Estos datos se colocaron en una hoja de cálculo electrónica del programa Microsoft Excell 97, y se les aplicó la fórmula del coeficiente Alfa de Cronbach, que es la siguiente:

$$\alpha = (N * P) / 1 + P * (N - 1)$$

Donde:

$\alpha$  = coeficiente Alfa de Cronbach;

N = número de preguntas en el cuestionario;

P = coeficiente de correlación de Pearson.

Se aceptó que mientras más cercano a uno sea el valor obtenido, mayor confiabilidad tendrá la prueba, es decir, la aplicación repetida de ella al mismo sujeto producirá iguales resultados o bien, resultados consistentes.

La medición de actitudes se hizo utilizando métodos autodescriptivos con una escala de puntuaciones sumadas de Rensis Likert, la cual consiste en una serie de aseveraciones a las cuales el sujeto debe contestar una de cinco alternativas que se le presenta: totalmente de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo. Para nuestro caso, utilizamos una escala con orientación hacia dos áreas: actitud hacia las personas afectadas por el VIH/SIDA y la actitud hacia los mecanismos y estrategias de prevención de la infección y la enfermedad, las cuales se encontraban distribuidas al azar en el cuestionario (anexo #1).

En este instrumento, se han colocado veintisiete ítems correspondientes al área de actitud hacia las personas afectadas por el VIH/SIDA y veintitrés sobre la actitud hacia los mecanismos y estrategias de prevención. La sensibilidad de este instrumento dependió de su validez de contenido y de construcción, mientras que su confiabilidad se midió con el coeficiente Alfa de Cronbach:

**A. Validez de contenido:** esta escala se presentó a expertos en el tema que fungieron como jueces y evaluaron el contenido de los ítems, indicando la orientación positiva o negativa de cada uno de ellos, a fin de corregir los que lo ameritaban y descartar aquellos que eran poco exactos o imprecisos. Cada alternativa fue evaluada entonces con una puntuación

que va de uno a cinco, donde las puntuaciones bajas indicaban una actitud negativa (de rechazo) en ambas áreas de medición, mientras que las puntuaciones altas indicaban una actitud positiva hacia estos aspectos. La puntuación tres (3) indicaba una actitud indiferente (Moreno 1994).

**B. Validez de construcción:** cada una de las pruebas se calificó y se le asignó un puntaje total, así como un puntaje parcial correspondiente a cada una de las áreas en medición. Luego se seleccionó el 25% superior y el 25% inferior en puntaje y se prepararon tablas separadas para ambos grupos, con los totales obtenidos por cada sujeto en el ítem evaluado. Con los datos obtenidos se calcularon los promedios y las varianzas para cada pregunta. Luego se ordenaron y con el programa estadístico EPI-INFO versión 6.04c, se le aplicó la prueba F, cuya fórmula es:

$$F = s_a^2 / s_b^2$$

con:

$$S_a^2 = \Sigma (X_a - M_a)^2 / n_a$$

Y

$$S_b^2 = \Sigma (X_b - M_b)^2 / n_b$$

Grados de libertad:  $[(n_a + n_b) - 2]$

Donde:

F = valor F calculado

$S_a^2$  = varianza del grupo con mayor puntaje (“altos”)

$S_b^2$  = varianza del grupo con menor puntaje (“bajos”)

$n_a$  = tamaño muestral del grupo de altos

$n_b$  = tamaño muestral del grupo de bajos

$X_a$  = puntaje por ítem del grupo de altos

$M_a$  = promedio de altos

$X_b$  = puntaje por ítem del grupo de bajos

$M_b$  = promedio de bajos

Para cada ítem se obtuvo entonces una  $F$  observada ( $F_o$ ) que se comparó con la  $F$  crítica ( $F_c$ ), y se seleccionaron para el instrumento final los ítems cuya  $F_o$  sea mayor que la  $F_c$ . La idea de separar la prueba en áreas era para asegurar que cada una de ellas contaría con preguntas adecuadamente validadas.

**C. Confiabilidad:** se calculó con el coeficiente Alfa de Cronbach, ya descrito. Para obtener estos datos se elaboraron dos matrices, una por cada área, con los puntajes del total de los sujetos en cada uno de los ítems. Nuevamente, mientras más cerca de uno el resultado, mayor confiabilidad tenía el instrumento validado.

En cuanto a las prácticas, estas se midieron con un cuestionario autoaplicado. La validación de este instrumento fue en el terreno, verificando cuánto tiempo demoraron los trabajadores en llenar su cuestionario, si hubo dificultades de comprensión o de redacción y si quedaron preguntas sin responder, a fin de reformularlas o eliminarlas. La confiabilidad nos la dio el porcentaje de no-respuesta por ítem, el cual no debía sobrepasar el veinticinco

(25) por ciento de los encuestados en cada pregunta y que consistía en dividir, por pregunta, el total de las que se dejaron en blanco, entre el total de entrevistados y el resultado se multiplica por cien. Este cuestionario fue el primero en ser aplicado, luego se hizo la encuesta de actitudes y por último la de conocimientos (anexo #1).

**ANEXO #3**  
**ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS**  
**DESPUÉS DE LA VALIDACIÓN**

**CUESTIONARIO**

N° de cuestionario: \_\_\_\_\_

A continuación se le presenta un cuestionario para obtener la información que usted tenga sobre el SIDA. Las respuestas son totalmente confidenciales, por lo que le pedimos que responda con franqueza. Encierre en un círculo la letra con la respuesta correcta. Por favor, responda TODAS las preguntas, eligiendo solamente UNA de las alternativas.

Gracias por su cooperación.

1. El SIDA es una enfermedad:
  - a. hereditaria
  - b. transmisible
  - c. genética
  - d. venenosa
  
2. Internacionalmente, las iniciales SIDA en español quieren decir:
  - a. Síndrome de Incapacidad y Deficiencia Adquirida
  - b. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
  - c. Síndrome Internacional de Deficiencia Adquirida
  - d. Síndrome Inmunitario Deficitario Adquirido
  
3. El virus del SIDA ataca:
  - a. el sistema circulatorio
  - b. el sistema nervioso
  - c. el sistema inmunológico
  - d. las respuestas b y c son correctas
  
4. La enfermedad del SIDA es causada por el:
  - a. Virus de Inmunidad del SIDA
  - b. Virus Linfático Humano
  - c. Virus de Inmunodeficiencia Humana
  - d. Virus Inmunosupresor Adquirido

5. Una persona infectada por el virus, pero que no ha desarrollado el SIDA, puede permanecer sana por un período máximo de:
  - a. 6 meses
  - b. 1 a 3 años
  - c. 5 a 7 años
  - d. más de 7 años
  
6. En relación con la transmisión del virus del SIDA, el compartir agujas para inyectarse drogas:
  - a. es una conducta de muy alto riesgo
  - b. representa un riesgo entre moderado y alto
  - c. implica un riesgo bajo
  - d. no implica riesgo alguno
  
7. El virus del SIDA es un virus:
  - a. Flemoso
  - b. Acuoso
  - c. Sanguíneo
  - d. todas las respuestas son correctas
  
8. Para prevenir la transmisión del virus del SIDA, una mujer infectada debe:
  - a. evitar los embarazos
  - b. dar solamente leche de pecho a su bebé
  - c. evitar dar besos a su bebé
  - d. todas las respuestas son correctas
  
9. Para que sea transmitido de una persona a otra, el virus del SIDA debe:
  - a. estar en contacto con la piel de otra persona
  - b. entrar en la sangre de la otra persona
  - c. haber estado mucho tiempo en el cuerpo de la persona infectada
  - d. todas las anteriores
  
10. Durante las relaciones sexuales vaginales entre hombre y mujer, el virus del SIDA se puede transmitir:
  - a. del hombre a la mujer
  - b. de la mujer al hombre
  - c. las respuestas a y b son correctas
  - d. ninguna de las respuestas es correcta

11. Las relaciones sexuales por el ano representan un gran riesgo de transmisión del virus del SIDA en las relaciones:
- hombre con mujer
  - hombre con hombre
  - en ambas por igual
  - ninguna de las respuestas es correcta
12. Actualmente se sabe que el uso adecuado del condón durante las relaciones sexuales:
- ayuda sólo un poco a impedir la transmisión del virus del SIDA
  - es efectivo para impedir la transmisión del virus aproximadamente la mitad de las veces
  - reduce enormemente el riesgo de transmisión del virus
  - es totalmente efectivo para prevenir la transmisión del virus
13. Durante las relaciones sexuales anales, generalmente:
- el semen no es capaz de entrar al torrente sanguíneo de la otra persona
  - se producen daños en las membranas del recto del receptor
  - se disminuye mucho el riesgo de transmisión del virus del SIDA
  - ninguna de las respuestas es correcta
14. El condón es efectivo para prevenir la infección por el virus del SIDA durante las relaciones sexuales:
- Vaginales
  - Anales
  - Bucales
  - todas las respuestas son correctas
15. El virus del SIDA **no** se transmite:
- por comer en un restaurante en que el cocinero tiene el virus
  - cuando una persona con el virus estornuda cerca de otra
  - cuando se usa el mismo teléfono de alguien que tiene el virus
  - todas las respuestas son correctas
16. ¿En cuál de los siguientes lugares es más probable la transmisión del virus del SIDA?
- en piscinas públicas
  - en consultorios dentales
  - en servicios higiénicos públicos
  - ninguna de las respuestas es correcta

17. La capacidad que tiene el virus del SIDA de sobrevivir fuera del cuerpo humano es:
- baja
  - moderada
  - alta
  - muy alta
18. El condón se pone:
- después de haber iniciado el acto sexual
  - al iniciar el acto sexual
  - antes de iniciar el acto sexual
  - ninguna de las respuestas es correcta
19. El SIDA es una enfermedad:
- para la cual hay vacuna
  - para la cual hay cura
  - para la cual hay prevención
  - todas las respuestas son correctas
20. Se debe usar el condón:
- cuando se tienen relaciones sexuales con prostitutas
  - cuando se tienen relaciones sexuales por el ano
  - cuando se tienen relaciones sexuales casuales
  - en todas las relaciones sexuales
21. ¿Cuántas veces se puede utilizar el mismo condón?
- una vez
  - dos veces si es la misma pareja sexual
  - las respuestas a y b son correctas
  - ninguna de las respuestas es correcta
22. Hay mayor riesgo de enfermarse con el virus del SIDA si:
- se tienen muchas parejas sexuales
  - se usan drogas inyectables y se intercambian las agujas
  - las respuestas a y b son correctas
  - ninguna de las respuestas es correcta

Muchas gracias por su colaboración.

## QUEREMOS SABER SU OPINIÓN

N° de cuestionario: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:**

A continuación se le presentarán una serie de oraciones o afirmaciones. Debe contestar cada una de ellas de acuerdo a su opinión personal sobre el particular, marcando en la casilla correspondiente con una cruz. Los resultados obtenidos son estrictamente confidenciales, y sólo se usarán con fines de investigación, por lo que le agradecemos ser lo más sincero posible.

Gracias por su cooperación.

	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Indeciso</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
1. Se debe romper toda relación con un pariente que adquiera el virus del SIDA.					
3. Los niños infectados con el virus del SIDA no deben asistir al colegio.					
5. Se debe negar el acceso a los condones a todos los menores de edad.					
4. El que una persona esté infectada o tenga SIDA no la hace menos respetable ante la sociedad.					
5. Los medios de comunicación deben brindar más información sobre todo lo concerniente al SIDA.					
6. Siempre debe usarse un condón al tener relaciones sexuales casuales.					
7. Se debe tener la menor cantidad de parejas sexuales posibles.					
8. Toda discriminación hacia las personas con SIDA es injusta.					
9. Los médicos tienen la obligación de atender a un paciente aunque tenga el virus del SIDA.					

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
11. Es una tontería el utilizar condones durante las relaciones sexuales.					
12. Las personas que tienen un amigo con SIDA deberían visitarlo frecuentemente.					
13. Las personas enfermas de SIDA merecen todo nuestro apoyo y comprensión.					
15. El SIDA es un castigo que merecen las personas inmorales.					
17. Los hombres casados deberían practicar la fidelidad sexual.					
16. Se debe permitir la visita de viejos amigos a la casa aunque éstos tengan el SIDA.					
17. Deben crearse leyes que eviten la discriminación de las personas con SIDA.					
18. Comprar condones es una pérdida inútil de dinero.					
19. Deberían publicarse periódicamente las listas de las personas con SIDA para proteger al resto de la población.					
20. Las mujeres también pueden acercarse a comprar condones.					
21. Una persona tiene el deber de alojar en su casa a un pariente con SIDA si este lo necesita.					
22. No es correcto que la Iglesia brinde información sobre el SIDA.					
23. Utilizar condones es algo sucio y vergonzoso.					
24. Las personas que tienen el SIDA tienen el mismo derecho que cualquier otra de obtener un buen empleo.					
25. La mujer ofende al hombre al pedirle que use condón.					
26. Despedir a una persona de su trabajo por ser portadora del SIDA debería ser ilegal.					

	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Indeciso</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
27. Las personas con SIDA deben ser encarceladas.					
28. Debería multarse a todas las personas que se infectan con el SIDA.					
29. Las autoridades de Salud han exagerado la importancia que tiene el SIDA.					
31. Los hombres que usan condones son poco varoniles.					
33. El tema del SIDA no merece la atención que se le está brindando.					
32. Todos los jóvenes deberían usar condones para prevenir el SIDA.					
34. Sólo las malas personas se enferman de SIDA.					
36. Las mujeres embarazadas que descubren que tienen SIDA deberían abortar.					
35. La educación sobre el SIDA sólo hará que los estudiantes deseen experimentar con el sexo.					

**CUESTIONARIO**

N° de cuestionario: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Empacadora: \_\_\_\_\_

Último año escolar aprobado : \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Indígena: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Ingreso familiar mensual:

menos de 150.00 \_\_\_\_\_

de 150.00 a 250.00 \_\_\_\_\_

de 251.00 a 350.00 \_\_\_\_\_

de 351.00 a 450.00 \_\_\_\_\_

de 451.00 a 550.00 \_\_\_\_\_

551.00 y más \_\_\_\_\_

A continuación verá una serie de preguntas, cuyo objetivo es obtener alguna información personal, que será tratada con la más estricta confidencialidad. Por favor responda seleccionando la respuesta que corresponda a su situación. Conteste **TODAS** las preguntas.

Gracias.

1. ¿A qué edad tuvo usted su primera relación sexual? \_\_\_\_\_  
No he tenido relaciones sexuales aún: \_\_\_\_\_ (pase a la pregunta 7 y luego a la 13)
2. Mantiene usted relaciones sexuales:
  - a. solamente con mujeres
  - b. solamente con hombres
  - c. con hombres y mujeres
  - d. no tiene relaciones sexuales (pase a la pregunta 7 y luego a la 13)
3. Usted tiene relaciones sexuales con su pareja(puede escoger más de una respuesta):
  - a. por la vagina
  - b. por el ano
  - c. por la boca
  - d. masturbación mutua (brochita)
  - e. otras:

4. ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido usted en los últimos tres meses?
  - a. Ninguno
  - b. Uno
  - c. más de uno
  
5. ¿Cuántos compañeros sexuales tiene actualmente?
  - a. Ninguno
  - b. Uno
  - c. más de uno
  
6. ¿Cada cuánto tiempo suele tener relaciones sexuales?
  - a. menos de dos veces a la semana
  - b. más de dos veces a la semana
  
7. ¿Conoce usted el condón masculino?
  - a. Sí
  - b. No
  
8. Utiliza usted el condón:
  - a. Nunca (pase a la pregunta 13)
  - b. algunas veces
  - c. siempre
  
9. Si utiliza el condón, ¿con quién lo utiliza?
  - a. Prostitutas
  - b. esposo o esposa
  - c. relaciones sexuales casuales
  - d. otras: \_\_\_\_\_
  
10. Si utiliza el condón ¿por qué lo hace? \_\_\_\_\_ y  
si no lo utiliza, ¿por qué no lo hace? \_\_\_\_\_
  
11. ¿Utilizó el condón en alguna ocasión en los últimos tres meses?
  - a. Sí
  - b. No
  
12. ¿Usó el condón en su relación sexual más reciente?
  - a. Sí
  - b. no

13. ¿Cuál método anticonceptivo utiliza con su pareja? (puede escoger varias respuestas)
- pastillas
  - condones
  - dispositivo intrauterino (DIU)
  - no utilizo ningún método anticonceptivo
  - otros: \_\_\_\_\_
14. ¿Ha padecido alguna de estas enfermedades? (puede escoger varias)
- gonorrea
  - sífilis
  - ladillas
  - herpes genital
  - otras: \_\_\_\_\_
  - no he tenido enfermedades venéreas.
15. ¿Utiliza usted algún aparato o accesorio durante sus relaciones sexuales (por ejemplo: penes artificiales, muñecas inflables, látigos, sogas, etc.)?
- sí
  - no
16. ¿Utiliza usted antes, durante o después de las relaciones sexuales? (puede escoger varias):
- alcohol
  - tabaco
  - marihuana
  - cocaína
  - bazuco
  - piedra (crack)
  - otras: \_\_\_\_\_
  - no utilizo nada
17. ¿Ha estado involucrado en incidentes de...? (puede escoger varias):
- violación sexual
  - brochita, toqueteo de genitales con menores de edad
  - incesto
  - otras formas de violencia sexual
  - nunca he estado involucrado en este tipo de incidentes

18. ¿Ha escuchado o recibido alguna vez información sobre el SIDA?

- a. Sí b. no

19. ¿Dónde la escuchó o la recibió? (puede marcar varias):

- a. en el hogar  
b. Centro de Salud  
c. en la Escuela  
d. Iglesia  
e. Radio  
f. Amigos  
g. Televisión  
h. otros: \_\_\_\_\_

20. ¿Cómo recibió la información? (puede escoger varias):

- a. hojas sueltas  
b. folletos  
c. artículos sobre el SIDA (periódicos, libros o revistas)  
d. programa radial sobre el SIDA  
e. charlas  
f. conversación con expertos (médico, enfermera, educador para la salud)  
g. conversación casual sobre el SIDA  
h. murales  
i. carteles  
j. fotos  
k. gorras y suéteres  
l. calcomanías  
m. películas  
n. otros: \_\_\_\_\_

21. Conoce usted algún lugar donde se pueda obtener información sobre el SIDA:

- a. Sí  
b. no

22. Si contestó que sí a la pregunta anterior, díganos en dónde: \_\_\_\_\_