

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

*Tesis para optar por el grado académico de Licenciatura  
en Enfermería*

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE LOS  
INDIGENTES SOBRE EL AUTOCAUIDADO EN  
SALUD EN RELACIÓN CON LOS SIGNOS Y  
SÍNTOMAS DE LAS ENFERMEDADES  
TRANSMISIBLES (VIH-SIDA, TUBERCULOSIS),  
GRAN ÁREA METROPOLITANA, SAN JOSÉ,  
JULIO-AGOSTO, 2018**

**DENNIS CASTILLO GAMBOA**

**NOVIEMBRE, 2018**

# Tabla de Contenidos

ÍNDICE DE FIGURAS.....	6
RESUMEN .....	11
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>16</b>
<b>PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>16</b>
<b>1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>17</b>
<b>1.1.1. Antecedentes del problema .....</b>	<b>17</b>
<b>1.1.2. Delimitación del problema .....</b>	<b>26</b>
<b>1.1.3. Justificación .....</b>	<b>27</b>
<b>1.2. REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>28</b>
<b>1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>28</b>
1.3.1. Objetivo general.....	28
1.3.2. Objetivos específicos .....	29
1.3.3. Alcances de la investigación .....	30
1.3.4. Limitaciones de la investigación.....	30
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>31</b>
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>31</b>
<b>2.1. CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....</b>	<b>32</b>
<b>2.1.1. Población indigente .....</b>	<b>32</b>
<b>2.1.1.1. Causas .....</b>	<b>33</b>
<b>2.1.1.2. Tipos .....</b>	<b>34</b>
<b>2.1.2. Autocuidado.....</b>	<b>35</b>
<b>2.1.2.1. Tipos de Autocuidado .....</b>	<b>35</b>
<b>2.1.2.2. Factores determinantes del autocuidado. ....</b>	<b>37</b>
<b>2.1.2.2.1. Factores Internos.....</b>	<b>37</b>
<b>2.1.2.2.2. Factores Externos.....</b>	<b>38</b>
<b>2.1.2.3. Prácticas de autocuidado.....</b>	<b>39</b>
<b>2.1.3. Tuberculosis.....</b>	<b>45</b>
<b>2.1.3.1. Concepto .....</b>	<b>45</b>
<b>2.1.3.2. Clasificación de la enfermedad .....</b>	<b>46</b>
<b>2.1.3.2.1. Infección Primaria .....</b>	<b>46</b>
<b>2.1.3.2.2. TB Post-primaria .....</b>	<b>46</b>

2.1.3.2.3. Enfermedad Tuberculosis .....	47
2.1.3.4. Manifestaciones Clínicas .....	50
2.1.3.5. Epidemiología .....	50
2.1.3.6. Factores de riesgo .....	51
2.1.3.7. Tratamiento .....	51
2.1.3.8. Coinfección TB/VIH. ....	54
2.1.3.9. Prevención de la TB en pacientes con VIH.....	55
2.1.4. VIH-Sida .....	56
2.1.4.1. Concepto .....	56
2.1.4.2. La Etapa SIDA .....	57
2.1.4.3. Medios de Diagnóstico .....	58
2.1.4.4. Manifestaciones Clínicas .....	59
2.1.4.5. Epidemiología .....	60
2.1.4.6. Factores de riesgo.....	61
2.1.4.7. Tratamiento .....	62
2.1.4.8. Prevención .....	64
2.3.5. Enfermería Atención Primaria .....	65
2.3.5.1. Enfermería Comunitaria en Usuarios con Tuberculosis .....	65
2.3.5.2. Enfermería Comunitaria en Usuarios con VIH-SIDA.....	68
2.2. Modelos y teorías.....	72
3.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN .....	78
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	78
3.3. UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	79
3.3.1. Población.....	79
3.3.2. Muestra .....	79
3.3.3. Criterios de inclusión y exclusión .....	80
3.4. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	80
3.4.1. Validez del cuestionario.....	81
3.4.2. Confiabilidad del cuestionario .....	81
3.5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	81
3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	82
CAPÍTULO IV .....	86
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....	86

4.1. GENERALIDADES .....	87
4.2. ESPECIFICIDADES PARA TRABAJOS CUANTITATIVOS .....	122
<b>CAPÍTULO V.....</b>	<b>129</b>
<b>DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>129</b>
5.1. DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	130
<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>149</b>
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>149</b>
6.1. CONCLUSIONES .....	150
6.2. RECOMENDACIONES.....	154
BIBLIOGRAFÍA .....	155
ABREVIATURAS.....	164
ANEXOS .....	166
PLAN PILOTO.....	169
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>191</b>
<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>192</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla N°1 Distribución de la población según el conocimiento de los signos y síntomas del VIH.....</i>	<i>90</i>
<i>Tabla N° 2 Distribución de la población según el conocimiento de los signos y síntomas del SIDA.....</i>	<i>93</i>
<i>Tabla N° 3 Distribución de la población según el conocimiento de la forma de transmisión del VIH-SIDA .....</i>	<i>93</i>
<i>Tabla N° 4 Distribución de la población según el conocimiento de la transmisión de la Tuberculosis .....</i>	<i>96</i>
<i>Tabla N° 5 Distribución de la población según el conocimiento de los signos y síntomas de la Tuberculosis.....</i>	<i>97</i>
<i>Tabla N° 6 Distribución de la población según los signos y síntomas presentados de la Tuberculosis, VIH y SIDA.....</i>	<i>98</i>
<i>Tabla N° 7 Distribución de la población según el momento del lavado de manos .....</i>	<i>100</i>
<i>Tabla N° 8 Distribución de la población según el conocimiento de las ventajas del lavado de manos .....</i>	<i>102</i>
<i>Tabla N° 9 Relación entre la distribución de las edades y el sexo de la población indigente.....</i>	<i>122</i>
<i>Tabla N° 10 Relación entre la distribución de la orientación sexual y el sexo de la población indigente .....</i>	<i>122</i>
<i>Tabla N° 11 Relación entre la distribución del conocimiento del VIH-Sida y el sexo de la población indigente .....</i>	<i>123</i>
<i>Tabla N°12 Relación entre la distribución del conocimiento de la Tuberculosis y el sexo de la población indigente ...</i> <i>.....</i>	<i>123</i>
<i>Tabla N° 13 Relación entre la distribución del lugar donde suelen dormir y el sexo de la población indigente .....</i>	<i>124</i>
<i>Tabla N° 14 Relación entre el consumo de tabaco, marihuana y heroína con el sexo de la población indigente ....</i>	<i>124</i>
<i>Tabla N° 15 Relación entre la distribución del uso del condón y el sexo de la población indigente .....</i>	<i>125</i>
<i>Tabla N° 16 Relación entre la distribución del número de parejas sexual y el sexo de la población indigente .....</i>	<i>125</i>
<i>Tabla N° 17 Relación entre la realización de la prueba del VIH y el sexo de la población indigente .....</i>	<i>126</i>
<i>Tabla N° 18 Cruce de variables, conocimiento de la forma de trasmisión del VIH y las prácticas de autocuidado en salud sexual .....</i>	<i>126</i>
<i>Tabla N° 19 Cruce de variables, conocimiento de la forma de trasmisión de la tuberculosis y las prácticas de autocuidado en salud.....</i>	<i>127</i>
<i>Tabla N° 20 Cruce de variables, signos y síntomas presentados de la Tuberculosis, VIH y SIDA y las prácticas de autocuidado en salud.....</i>	<i>127</i>

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N 1. Distribución de la población según edad, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	87
Figura N 2 Distribución de la población según el sexo asignado al nacer, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	87
Figura N 3 Distribución de la población según el nivel educativo, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	88
Figura N 4 Distribución de la población de la población según la orientación sexual, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	88
Figura N 5 Distribución de la población según el conocimiento del VIH, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	89
Figura N 6 Distribución de la población según el medio por el cual recibieron información del VIH, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	89
Figura N 7 Otros medios por el cual recibieron información del VIH, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	90
Figura N 8 Distribución de la población según el conocimiento del SIDA, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	91
Figura N 9 Distribución de la población según el medio por el cual recibieron información del SIDA, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	92
Figura N 10 Otros medios por el cual recibieron información del SIDA, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	92
Figura N 11 Distribución de la población según el conocimiento de la Tuberculosis, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	94
Figura N 12 Distribución de la población según el medio por el cual recibieron información de la Tuberculosis, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	94

Figura N 13 Otros medios por el cual recibieron información de la tuberculosis, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	95
Figura N 14 Distribución de la población según el conocimiento de la transmisión de la Tuberculosis, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	95
Figura N 15 Distribución de la población según la otra forma de transmisión de la Tuberculosis, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	96
Figura N 16 Distribución de la población según la capacidad de realizar su autocuidado en relación con el estado de ánimo, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	99
Figura N 17 Distribución de la población según la capacidad de invertir tiempo en su autocuidado, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	99
Figura N 18 Distribución de la población según la frecuencia del lavado de manos, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	100
Figura N 19 Distribución de la población según los otros momentos del lavado de manos, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	101
Figura N 20 Distribución de la población según el conocimiento de las ventajas del lavado de manos, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	101
Figura N 21 Distribución de la población según la práctica correcta de estornudar y toser, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	102
Figura N 22. Distribución de la población según la práctica correcta de estornudar y toser, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	103
Figura N 23. Distribución de la población según la cantidad de comidas al día, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	103
Figura N 24. Distribución de la población según la frecuencia del consumo de carnes, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	104
Figura N 25. Distribución de la población según la frecuencia del consumo de verduras, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	104

Figura N 26. Distribución de la población según la frecuencia del consumo de frutas, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018.....	105
Figura N 27. Distribución de la población según la frecuencia del consumo de carbohidratos, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	105
Figura N 28. Distribución de la población según consumo de agua, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018.....	106
Figura N 29. Distribución de la población según la frecuencia del consumo de agua, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	106
Figura N 30. Distribución de la población según la cantidad de agua que se consume al día, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	107
Figura N 31. Distribución de la población según el lugar suelen pasar la noche, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	107
Figura N 32. Distribución de la población según la cantidad de horas que duermen en la noche, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	108
Figura N 33. Distribución de la población según la calidad del tiempo de descanso, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	108
Figura N 34. Distribución de la población según la cantidad de personas que comparten en el dormitorio, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	109
Figura N 35. Distribución de la población según el consumo de tabaco, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018.....	109
Figura N 36. Distribución de la población según razón del consumo de tabaco, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	110
Figura N 37. Distribución de la población según la frecuencia del consumo de tabaco, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018.....	110
Figura N 38. Distribución de la población según la otra frecuencia del consumo de tabaco, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	111

Figura N 39. Distribución de la población según el consumo de marihuana, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	111
Figura N 40. Distribución de la población según la razón del consumo de marihuana, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018.....	112
Figura N 41. Distribución de la población según la frecuencia del consumo de marihuana, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	112
Figura N 42. Distribución de la población según la categoría otro de la frecuencia del consumo de marihuana, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018.....	113
Figura N 43. Distribución de la población según el consumo de heroína, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	113
Figura N 44. Distribución de la población según la razón del consumo de heroína, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	114
Figura N 45. Distribución de la población según la frecuencia del consumo de heroína, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018.....	114
Figura N 46. Distribución de la población según el tipo de consumo de heroína, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	115
Figura N 47. Distribución de la población según la capacidad de abandonar un mal hábito por cuidar su salud, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018.....	115
Figura N 48. Distribución de la población según el uso del condón cuando tienen relaciones sexuales, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018.....	116
Figura N 49. Distribución de la población según la portación de condones, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	116
Figura N 50. Distribución de la población según la revisión de la fecha de vencimiento del condón, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018.....	117
Figura N 51. Distribución de la población según el lugar donde obtienen los condones, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	117

Figura N 52. Distribución de la población según el número de parejas sexuales, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	118
Figura N 53. Distribución de la población según la realización de la prueba del VIH, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018.....	118
Figura N 54. Distribución de la población según el conocimiento de la importancia del uso del condón, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. ....	119
Figura N 55. Distribución de la población según si cuentan con seguro social, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018.. ....	119
Figura N 56. Distribución de la población según el lugar donde acude si presenta un problema de salud, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018.. ....	120
Figura N 57. Distribución de la población según el otro lugar donde acude si presenta un problema de salud, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018.. ....	120
Figura N 58. Distribución de la población según la calificación a la atención brindada, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018.....	121

## RESUMEN

**Introducción:** En San José, Costa Rica, existen 1176 personas en situación de calle, provincia que concentra el 65% de la población total de indigencia del país. La situación de indigencia muestra una fuerte problemática con respecto a la cantidad y/o a la calidad que tiene este grupo minoritario en relación con la atención de su salud y a sus necesidades físicas, mentales y sociales; que van a influenciar en el autocuidado y en el riesgo de la aparición de enfermedades transmisibles.

**Objetivo General:** El presente estudio tiene como objetivo determinar el conocimiento y las prácticas de los indigentes sobre el autocuidado en salud en relación con los signos y síntomas de las enfermedades transmisibles (VIH-Sida-Tuberculosis) en el Gran Área Metropolitana de San José, Centro Dormitorio de la Municipalidad de San José-Comedor de la Iglesia de la Merced.

**Metodología:** se toma en cuenta una muestra de 100 indigentes entre la edad de 18 a 65 años, sin importar género, orientación sexual, escolaridad y ocupación. Se les aplica una entrevista de elaboración propia como instrumento de recolección de datos. **Resultados:** los resultados demuestran que los grupos indigentes en nuestra ciudad tienen una edad promedio de 40 años, pertenecen al sexo masculino, son heterosexuales y poseen un nivel educativo equivalente a la secundaria incompleta. Un 86% de la muestra conoce el VIH y el 80% el Sida. Tienen creencias correctas sobre la transmisión del VIH-Sida, ya que la práctica que tiene más porcentaje son las relaciones sexuales anales o vaginales. Al hablar de los signos y síntomas del VIH nuestra población establece que el dolor y malestar general, la diarrea por más de un mes, el dolor articular y ganglios inflamados en el cuello y la ingle. Más de la mitad de la población indigente de este estudio dicen conocer la Tuberculosis y ubican el signo más característico de la enfermedad. El sexo femenino quien conoce más de los medios de transmisión con un 67 %. Los profesionales de salud, familia y amigos son las vías de obtención de información más mencionadas de ambas

enfermedades. En las prácticas de autocuidado los habitantes se lavan las manos con una frecuencia de siempre o casi siempre y los momentos que refieren son después de ir al baño y antes de alimentarse. Conocen las ventajas de la práctica y refieren la más apta es que previene enfermedades causadas por bacterias y microorganismos y evita expandir las enfermedades infecciosas a otros. También se concluye que los habitantes de calle saben la manera correcta de estornudar o toser que es sobre el codo flexionado. Entre dos y tres comidas realizan los habitantes de calle al día, cifra baja para la recomendación de la población adolescente y adulta. El alimento más consumido son los carbohidratos, frutas y verduras, con una frecuencia de 2-4 veces por día. Hay poco consumo de agua ya que rara vez es la frecuencia más habitual y menos de la mitad de la población consume de 6-8 vasos por día, cantidad más habitual presentada. La población indigente duerme con más frecuencia en albergues, siendo las mujeres las que más duermen en un albergue 93 % en relación con el 76 % de los hombres, mientras que el porcentaje de hombres que duerme en la calle es mayor al de las mujeres con un 24 % y un 7 % respectivamente. En general nuestra población duerme en promedio entre 6-7 horas, de esta gran parte de los habitantes de calle duermen aglomerados. Predominan las conductas adictivas al tabaco y consumo de otras drogas como la marihuana. Finalmente, un 62% no cuentan con un seguro de la salud. En las prácticas de la salud sexual sana, un 61% de los habitantes de calle usan condón cuando tienen relaciones sexuales con sus parejas, un 18% los obtienen en la CCSS. La mayoría de los indigentes portan condones en caso de que se dé una relación sexual no planeada y un 38% se fija en la fecha de vencimiento. En la cantidad de parejas sexuales un 19 % de los habitantes de calle no tienen relaciones sexuales monógamas, de estos, un 4% son promiscuos. La salud no es prioridad para los indigentes, indican que si tienen algún problema de salud asisten al algún hospital de la Caja Costarricense de Seguro Social, al EBAIS y al Hospital para indigentes. **Conclusiones:** la

población indigente de este trabajo es mayoritariamente del género masculino. En la orientación sexual, la heterosexual es la más frecuente y en el nivel educativo que posee la población indigente es estudios secundaria o universitarios completos e incompletos. Se reporta un caso de VIH controlado y un caso de tuberculosis. Se presenta pocos casos con sintomatología respiratoria y casos con signos específicos del VIH. La población de indigente conoce de la existencia del VIH-SIDA y Tuberculosis. Sin embargo, los conocimientos específicos sobre los síntomas de la enfermedad y las formas de transmisión son insuficientes. Se refleja que hay prácticas de autocuidado ya que invierten tiempo en ellas y su estado animo si le permite cuidarse. Hay escasas prácticas en el consumo de agua, consumo de drogas y en los hábitos sexuales. **Palabras clave:** Indigencia, Habitantes de calle, Autocuidado, VIH, SIDA, Tuberculosis, Prácticas de autocuidado, Salud sexual.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** San Jose, Costa Rica, there are 1176 people homeless, province which concentrated 65% of the total population of indigence in the country. The situation of indigence shows a strong problem with respect to the quantity and/or the quality that this minority group in relation to the care of their health and their physical, mental and social needs; that it will influence on the risk of the emergence of transmissible diseases and self-care. **Objective:** The present study aims to determine the knowledge and practices of the destitute on self-care in health relation to the signs and symptoms of transmissible diseases (HIV-AIDS-Tuberculosis) in the greater Metropolitan Area of San José, Center bedroom of the municipality of San Jose- Dining room of the Merced Church. **Methods:** a sample of 100 homeless people is considered between the ages of 18 to 65 years, regardless of gender, sexual orientation, education, and occupation. I was applied to an interview of development itself as an instrument of data collection. **Results:** the results showed

that indigent groups in our city have an average age of 40 years, they belong to male, are heterosexual and have a level of education equivalent to incomplete secondary school. 86% of the sample knows HIV and 80% AIDS. They have corrected beliefs about HIV transmission since the practice that has more percentage are annals or vaginal intercourse. When talking about the signs and symptoms of HIV our population States that pain and general malaise, diarrhea for more than one-month, joint pain and swollen nodes in neck and groin. More than half of the indigent population of this study says know Tuberculosis and they are the hallmark of the disease. The female who knows more than the media transmission with 67%. Health professionals and family and friends were most mentioned avenues of obtaining information of both diseases. Self-care practices the inhabitants of hands wash your hands with a frequency of always or almost always and the moments that are after going to the bathroom and before eating. They know the benefits of the practice and refer the most suitable is that it prevents diseases caused by bacteria and microorganisms and it avoids expanding infectious diseases to others. Also, it is concluded that street dwellers know the right way to sneeze or cough that it is on the flexed elbow. Two to three meals made the inhabitants of street a day, low figure for the recommendation of the adolescent and adult population. The most commonly consumed food are carbohydrates, fruits and vegetables, with a frequency of 2-4 times a day. There is little consumption of water is rarely the most common frequency, and less than half of the population consumes 6-8 glasses per day, presented more usual amount. The indigent population sleeps frequently in shelters, being women that most sleep in a hostel 93%, compared to 76% of men, while, the percentage of men who sleep on the street is greater than the women with 24% and 7% respectively. In general, our population sleeps on average between 6-7 hours of this large part of the inhabitants of street sleeping agglomerates. Dominant the addictive behaviors of tobacco and consumption of other drugs such as marijuana.

Finally, 62% do not have health insurance. In healthy sexual health practices, 61% of the inhabitants of street use condoms when they have sex with their partners, 18% obtain them in the CCSS. Most of the homeless carry condoms when unplanned sexual intercourse occurs and 38% is set at expiration date. In the amount of 19% of the inhabitants of street sexual partners do not have monogamous sexual relationships, of these, 4% are promiscuous. Health is not a priority for the destitute, suggest that if they have any health problems attend some hospital of CCSS, to the EBAIS and the Hospital for indigents. **Conclusions:** the indigent population of this work is mostly male. They are heterosexual and have a level of education equivalent to incomplete secondary school. It reported a case of controlled HIV and one case of tuberculosis. I present few cases with respiratory symptoms and specific signs of HIV cases. The indigent population knows of the existence of HIV / AIDS and Tuberculosis. However, the specific knowledge about the symptoms of the disease and forms of transmission are inadequate. It is reflected their self-care practices since they invest time in them and their State encouragement if it allows you to take care of. There are few practices in the consumption of water, of drug use and sexual habits. **Keywords:** inhabitants of street, self-care, HIV, AIDS, Tuberculosis, self-care, sexual health practices.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1.1. Antecedentes del problema**

#### **Antecedentes Internacionales**

La tuberculosis, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) son una amenaza seria para la salud pública en el mundo. La promoción de la salud y la prevención de estas enfermedades son esenciales para su control, especialmente las personas con el VIH que tienen más probabilidades que otras de enfermarse de tuberculosis y ser una de las principales causas de muerte en las personas que tienen el VIH.

Países como Colombia, Chile y Argentina realizan una amplia variedad de investigaciones enfocadas a las variables de este estudio y a la población de calle o indigente con enfermedades de Tuberculosis, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Correa et al.,<sup>1</sup> mencionan que en Colombia para el año 2012, los indigentes sienten temor por la enfermedad de la Tuberculosis, el verse débiles, inactivos y decaídos hacen que los habitantes de calle se sienten mal cuando la sufren. Por esta razón, mencionan que es uno de los motivos principales para acudir a la consulta

Correa et al.,<sup>1</sup> destacan varios relatos de algunos habitantes de calle entrevistados:

“Yo pienso que por aguantar uno hambre, por consumir droga. Segundo porque trasnocho mucho y porque vivía uno a la intemperie a cualquier hora. Sale uno a buscar plata para consumir. Puede estar lloviendo, puede ser la una, dos de la mañana, con frío, como sea sale uno. De ahí se genera la tuberculosis, no se cuida uno.”<sup>1</sup>

“Yo sentía que él tosía y tosía y tosía, ¡ah! y no paraba.... yo a usted le siento una tos muy fea ...entonces yo le decía que me prestara la pipa (instrumento para fumar) y usted deseoso a eso paso pegado día y noche y a los días fue que empecé a sentir lo mismo”.

Correa et al.,<sup>1</sup> destacan que uno de los factores que influyen en la no curación de la enfermedad es que los habitantes de calle no persisten en el tratamiento y hacen que generen cierta resistencia al medicamento. También destaca que este abandono en muchos de los casos está motivado por la adicción al alcohol y a las drogas, y también por la ausencia de apoyo familiar o afectivo.

Arrossi, et al.,<sup>2</sup> reportan en su investigación que la persistencia al tratamiento se ve afectada ya que vivir en la calle conduce a un riesgo entre 2 a casi 5 veces más de abandonar el tratamiento frente a los que no están en esa situación.

García<sup>3</sup> menciona que el ser habitante de calle la probabilidad de que le de tuberculosis es 20 veces mayor que a las personas que no tengan este factor de riesgo. Esto se crea por las malas condiciones de vida, desnutrición y el hacinamiento.

En otra investigación realizada en Colombia, Berbesí et al.,<sup>4</sup> indica que para el año 2015 en una muestra de 184 habitantes de calle y se identifica una prevalencia de VIH de 8,2%. Refiere que es una población vulnerable debido al riesgo de problemas de salud dando como resultado que esta población tiene acceso limitado a programas de salud sexual y reproductiva en la atención médica.

Berbesí et al.,<sup>4</sup> menciona que la población indigente con VIH tiene una incidencia alta de padecer tuberculosis, siendo esta 30 veces más alta. El 11,2% de la población indica haber tenido tuberculosis y una cuarta parte de ellos reportaran que en el último mes tuvieron tos frecuente y el 20% de los indigentes con VIH, refieren haber tenido tuberculosis.

López<sup>5</sup> para el año 2017, en un estudio de los determinantes sociales de la tuberculosis del año 2012-2014 en Colombia encuentra que esta población tiene alta vulnerabilidad de contraer tuberculosis con un 8,4 %, las cuales son 11 personas habitantes de calle.

Lopez<sup>5</sup> menciona que la letalidad de la Tuberculosis con la patología agregada VIH-Sida es del 40%. Se evidencia la cercanía o riesgo que tiene el VIH-Sida de contraer Tuberculosis sin el cuidado correspondiente.

Berbesi et al.,<sup>6</sup> indican que en Colombia para el 2012, la prevalencia de VIH en la población de habitantes de calle es de 7,8 %; del total de los casos de VIH, donde el 88,9 % son hombres y el 11,1 %, mujeres.

El 41 % de los hombres y el 30 % de las mujeres según los resultados de la investigación propuesta por Berbés et al.,<sup>6</sup> tienen creencias correctas sobre la transmisión del VIH, lo cual permite medir el progreso que realiza las autoridades en aumento del conocimiento relacionado a los conceptos equivocados sobre VIH.

Berbés et al.,<sup>6</sup> como parte del interés del autocuidado por parte de los habitantes de calle menciona que el 70,3 % de las personas reportan haber participado de una actividad de prevención en los últimos seis meses, el 79% tiene conocimiento de los métodos de prevención del VIH y el 13 % utilizan frecuentemente el condón con parejas no regulares y no comerciales.

Cárdenas<sup>7</sup> menciona en los resultados de su investigación “Factores relacionados con la infección por VIH en población habitante” que los indigentes de 3 diferentes ciudades de Colombia, las personas menores de 30 años poseen una mayor probabilidad de tener la infección del VIH y esta probabilidad es un poco mayor para los menores de 20 años. Además, resalta que los hombres

habitantes de calle tienen una probabilidad menor de tener el VIH. Y el ser homosexual tiene un riesgo 6,5 veces mayor de contraer VIH que los heterosexuales.

Cárdenas<sup>7</sup> indica que los indigentes que inician su vida sexual con menos de 14 años tienen 1,2 veces más probabilidades de adquirir el VIH que aquellos que inician después de los 15 años. Los resultados respecto a los compañeros sexuales, 19 personas con VIH tienen 3 o más en el último año. Por último, en las medidas de prevención se observa que el uso del condón de los habitantes de calle es baja y este no se encuentra asociado con la presencia de la infección.

El Ministerio de la Protección Social<sup>8</sup> de Colombia para el 2011 menciona que en su investigación sobre la vulnerabilidad a la infección por VIH en personas en situación de calle que en sus dos ciudades en estudio las mujeres indigentes se les asignan roles de responsabilidad, de cuidado y la obligación de usar protección. Situación que se evidencia en el siguiente relato:

“ellas se cuidan para no tener hijos, para evitar enfermedades, mientras que a nosotros los hombres no nos importa”<sup>8</sup>.

El Ministerio de la Protección Social<sup>8</sup> también explica que los hombres son quienes registran mayor práctica sexual con diversas parejas, lo cual se identifica el posible aumento de infección por VIH, resultado que se expresa en el siguiente relato:

“Un hombre, en vez de estar con la mujer, se la pasa con más mujeres en la calle (...). El hombre es más activo que la mujer, nunca tienen con una mujer, entonces ¿cómo no quieren que lo pringuen? (pringar quiere decir contagiar)”<sup>8</sup>.

Las prácticas sexuales con diversas parejas también están relacionadas con la pertenencia a un grupo determinado, específicamente a la población Lesbiana, Gay, Transexual y Bisexual (LGTB).

El Ministerio de la Protección Social<sup>8</sup> indica que “La población LGTB, tienen prácticas desordenadas de sexo y los homosexuales tienen relaciones desordenadamente, no le importa como lo hagan ni nada”.

Fernández et al.,<sup>9</sup> menciona que algo que influye en el autocuidado de los indigentes, enfocado al estado de la salud, es la desconfianza y el desagrado hacia el personal de salud como una de las causas para no hacer uso de los servicios.

Fernández et al.,<sup>9</sup> sostiene que para los habitantes de calle el cuidado de la salud no es su principal objetivo, pues las diferentes necesidades los llevan a dejar el cuidado de la salud por aparte o sin preocupación comparado con la búsqueda de alimento, dinero, techo entre otros.

En el año 2015, Barrera<sup>10</sup> indica en su investigación, que los indigentes muestran interés por el cuidado propio, situación que la comunidad de los transgéneros que son habitantes de calle ven importante por la autoestima y la aceptación de la sociedad y esto hace que muchas mujeres travestis tengan el deseo de verse bien y cuidar su salud.

Barrera<sup>10</sup> afirma que hay preocupación e interés por parte de los indigentes por fomentar información frente al tema de VIH y los cuidados que debe tener la persona tanto de forma individual como de forma grupal<sup>11</sup>.

Barrera<sup>10</sup> indica en sus resultados que: “el habitante de calle mujer, hombre, comunidad transgénero, refieren que hace falta más información frente a los cuidados y tratamientos de algunas enfermedades, como de tuberculosis, frente al tema de discapacidad y frente a las enfermedades de transmisión sexual”.<sup>10</sup>

Barrera<sup>10</sup> señala que hay información equivocada o poca información acerca de la forma de contagio del VIH y Sida, ya que hay personas que por falta de educación suelen lanzar prejuicios,

rechaza y discrimina a la persona infectada creyendo que el virus se puede transmitir por compartir el mismo espacio.

El Ministerio de la Protección Social<sup>8</sup>, encuentra creencias erróneas relacionadas con el azar o la suerte y no con el cuidado personal como forma de prevenir la infección. Los participantes del estudio refieren que:

“todo el mundo lo tenemos, lo que pasa es que hay personas que se les desarrolla y hay otras que no. A unas personas se les desarrolla con tiempo y a otras se les demora bastante, son como pasos”.<sup>8</sup>

No obstante, cuidado personal por parte de los habitantes de calle para evitar la infección de esta enfermedad estuvo presente en los relatos de este estudio<sup>8</sup>.

“la enfermedad no distingue, no ve corazones, le pega al que no tenga cuidados”<sup>8</sup>.

Barrera<sup>10</sup> observa en el estudio que el habitante de calle tiene interés por saber acerca de la importancia del cuidado en las relaciones sexuales con el fin de prevenir alguna enfermedad de transmisión sexual.

## **Antecedentes Nacionales**

Costa Rica para el año 2015 posee 1825 habitantes de calle, los cuales están en estado de abandono y excluidos de la sociedad. El país tiene un registro poblacional bajo ya que por su movilización constante por la sobrevivencia es difícil cuantificarlos, así también en la formación de investigaciones científicas enfocadas a esta población son muy escasas. Recientemente, el gobierno con la ayuda de varias instituciones del país ha creado leyes que promueven los derechos

y las oportunidades de esta población, así también leyes que explican el abordaje en salud de los usuarios con Tuberculosis y VIH-SIDA.

El Gobierno de Costa Rica en conjunto con el Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión<sup>11</sup> para el año 2015 creó la Política Nacional de Atención integral para personas en situación de abandono y en situación de calle con el objetivo de incluirlos en la sociedad, tomando en cuenta sus necesidades, también menciona el promover y hacer cumplir los derechos favoreciendo el acceso a servicios, la creación de oportunidades y la apertura de espacios de participación.

En setiembre del 2015, la Política Nacional de Atención integral para personas en situación de abandono y en situación de calle<sup>11</sup> menciona que la población total de indigentes, 1589 son hombres que representan el 87% de la población y 236 mujeres que significa 13% de la totalidad, mostrando una prevalencia y vulnerabilidad por las calles de los hombres.

El Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión<sup>11</sup> resalta que, del total de nacionalidades, el 86% representa los costarricenses, seguidos por un 11 % nicaragüense, 11 personas (1%) del el Salvador y 18 personas del resto de Centroamérica y 22 personas de otras partes del mundo.

En cuanto al seguro social, el Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión<sup>11</sup> menciona que del total de la población indigente:

“un 67,62% de la totalidad, refieren no contar con el seguro social, 365 que representan 20% son asegurados por el Estado, mientras que 8,33% poseen el seguro social directo, 34 personas (1,86%) poseen el seguro social familiar, y 15 personas (0,82 %) no informaron al respecto, 8 personas (0,44%) manifiestan tener otro tipo de seguro y finalmente 17 personas (0,93 %) afirman contar con el seguro social voluntario”.<sup>11</sup>

El Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión<sup>11</sup> indica un 14% de la población en situación de calle, presentan alguna discapacidad, lo que dificulta sus necesidades de atención<sup>11</sup>.

Por último, mencionan que el problema que se encuentra en los habitantes de calle es que la vulnerabilidad y exclusión social hacen que tengan el acceso limitado a sus derechos y a la satisfacción de sus necesidades y uno de los efectos producidos es que la calidad de vida se deteriora por la deambulación y pernoctación en las calles<sup>11</sup>.

El Manual de Normas de Atención y Vigilancia para el Control de la Tuberculosis<sup>12</sup> sostiene que los procedimientos de vigilancia realizados en Costa Rica por parte de los profesionales tienen como objetivo identificar en etapa temprana a los enfermos de Tuberculosis que expectoran en sus tos bacilos que mantienen la transmisión de la enfermedad, esto se realiza para someter al usuario a un tratamiento oportuno estrictamente supervisado que va a permitir acortar la cadena de transmisión de la enfermedad.

El Manual de Normas de Atención y Vigilancia para el Control de la Tuberculosis<sup>12</sup> menciona que la detección activa se da dos veces al año para poblaciones de alto riesgo como lo son los indígenas, la población penitenciaria y la población urbano-marginal.

Mesen et al.,<sup>13</sup> mencionan en su estudio enfocado en usuarios con tuberculosis que por lo menos 8 de los casos abandonan el tratamiento por traslado del aérea y que nunca retiran sus medicamentos, las cuales tienen en común que son drogadictas, alcohólicas, viven en condiciones precarias o son indigentes, por lo que no se les ha podido encontrar para que terminen o inicien el tratamiento anti-TB. Contrario a esta situación, se tienen 3 casos en los que el usuario sí llevó la referencia al lugar asignado (Hospital San Juan de Dios y Clínica Marcial Fallas) y ahí se le concluye el tratamiento.

Mesen et al.,<sup>13</sup> en su estudio encuentra 43 casos nuevos, de los cuales 9 la mayoría es indigente y no siguieron su tratamiento, que por uno u otro motivo consultan al servicio de salud, en donde se diagnostica la enfermedad, pero la dirección que suministraron no era correcta y no fue posible ubicarlos.

Según la Ley General sobre VIH-SIDA<sup>14</sup> en Costa Rica toda persona portadora del VIH o enferma de SIDA:

“...será atendida por un equipo multidisciplinario, según la capacidad de cada centro de atención en salud con el máximo respeto y confidencialidad, sin discriminación alguna y de manera que se garantice su atención integral”<sup>14</sup>.

La Caja Costarricense de Seguro Social menciona que para la educación y prevención, dicha ley garantiza que los centros de atención en salud dispongan de una cantidad suficiente de preservativos para toda la población que los requiera. Situación que los indigentes puedan aprovechar para utilizar el preservativo como método de protección a pesar de sus necesidades económicas<sup>14</sup>.

Ministro de Salud<sup>14</sup> menciona que en la vigilancia epidemiológica del país: “El o la trabajador(a) de salud debe señalar a la persona portadora de VIH la obligación de informar a las parejas sexuales sobre su condición, directa o indirectamente, mediante funcionarios del área social -trabajador(a) social o psicólogo(a), quienes deben estar debidamente capacitados(as) para tal fin”.<sup>15</sup>

Leiva et al.,<sup>15</sup> para el año 2013, mencionan que la seroprevalencia de VIH en los indigentes de Costa Rica es del 7% del total recolectado. Se logra gracias a la recolección de muestras sanguíneas a 100 personas que cumplen con los criterios de inclusión. En total son 82 hombres y 18 mujeres, con una edad promedio de 35 años y dentro de un rango de los 18 hasta los 60 años.

En cuanto a las prácticas sexuales, Leiva et al., <sup>15</sup> resalta que el 58 % era sexualmente activo, 19 % eran homosexuales, 53 % promiscuos (3 o más compañeros sexuales de cualquier sexo en un año), y utilizan condón un 35%.

### **1.1.2. Delimitación del problema**

La siguiente investigación se enfoca en las enfermedades transmisibles (VIH-Sida y Tuberculosis). Se desarrolla en instituciones no gubernamentales del Gran Área Metropolitana de San José que ayudan a la población indigente, las cuales son el Centro Dormitorio de la Municipalidad de San José, quienes les brindan el servicio de dormitorio, aseo personal y alimentación. Se ubica en San José centro, antiguo Hotel Terminal Raventós, en avenidas 3 y 5, calle 12 y al comedor de la iglesia de la Merced, ubicada sobre la Avenida Segunda y avenida 4 y calles 12 y 10 del distrito Hospital, frente al Parque Braulio Carrillo, tomando en cuenta una muestra de 100 indigentes entre la edad de 18 a 65 años, sin importar género, orientación sexual, escolaridad y ocupación. La investigación se lleva a cabo en el año 2018.

### **1.1.3. Justificación**

La Política Nacional de Atención integral para las personas en situación de abandono y en situación de calle del año 2015 indica que en San José, Costa Rica, existen 1176 personas en situación de calle y que esta provincia concentra el 65% de la población total de indigencia del país.

La situación de indigencia muestra una fuerte problemática con respecto a la cantidad y/o a la calidad que tiene este grupo minoritario en relación con la atención de su salud y a sus necesidades físicas, mentales y sociales; que van a influenciar en el autocuidado y en el riesgo de la aparición de enfermedades transmisibles.

En Costa Rica no existen muchos estudios enfocados en el conocimiento y en las prácticas del autocuidado en relación con los signos y síntomas de las enfermedades transmisibles (Tuberculosis y VIH-SIDA) en la población indigente, por lo tanto, esto ha despertado mi interés en ampliar el conocimiento del tema y poder aportar información que permita a la Enfermería direccionar sus servicios hacia este sector de la población de una forma más efectiva.

El conocimiento de los hábitos de los indigentes en relación con su autocuidado con respeto a las enfermedades antes descritas, va a permitir que el profesional impulse y fortalezca el autocuidado de una manera más holística e inclusiva en este tipo de población y así poder ayudar a prevenir la aparición y la transmisión de estas enfermedades.

Los profesionales de Enfermería son los responsables de la detección temprana de los signos y síntomas de estas enfermedades; este estudio pretende aportar una estrategia para la salud del país relacionada a la orientación y a la difusión de mensajes de prevención acerca de los cuidados propios en su salud, enfocados en la higiene, en la buena alimentación, el descanso, el buen uso de

punzocortantes, salud sexual y en el apego al tratamiento temprano y oportuno de las enfermedades.

Los habitantes de calle en Costa Rica van a ser los mayores beneficiados por este estudio, ya que esta es una población con alta vulnerabilidad a contraer enfermedades por la falta de conocimiento de las buenas prácticas de su autocuidado.

La motivación por esta investigación se fundamenta principalmente, en que los habitantes de calle viven en una constante exclusión social, discriminados por gran parte de la población de Costa Rica. El objetivo es cambiar la forma de como ellos ven su salud y reforzar los cuidados y practicas propias, dando recomendaciones para proteger su salud enfocados en que son seres importantes y que es necesario darse amor propio a pesar de las circunstancias de la vida.

## **1.2. REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es el conocimiento y las prácticas de los indigentes sobre el autocuidado en salud en relación con los signos y síntomas de las enfermedades transmisibles (VIH, Sida, Tuberculosis) en el Gran Área Metropolitana de San José, Centro Dormitorio de la Municipalidad de San José-Comedor de la Iglesia de la Merced, julio-agosto, 2018?

## **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar el conocimiento y las prácticas de los indigentes sobre el autocuidado en salud en relación con los signos y síntomas de las enfermedades transmisibles (VIH-Sida-Tuberculosis) en el Gran Área Metropolitana de San José, Centro Dormitorio de la Municipalidad de San José-Comedor de la Iglesia de la Merced, julio-agosto, 2018.

### 1.3.2. Objetivos específicos

.- Caracterizar socio-demográficamente a la población indigente en el Gran Área Metropolitana de San José.

.- Identificar los signos y síntomas de las enfermedades transmisibles (VIH-Sida-Tuberculosis) de los indigentes en el Gran Área Metropolitana de San José

.- Identificar el conocimiento que tienen los indigentes sobre las enfermedades transmisibles (VIH-Sida-Tuberculosis) y las prácticas sobre el autocuidado en el Gran Área Metropolitana de San José.

## **ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **1.3.3. Alcances de la investigación**

La investigación obtiene un caso controlado de VIH, con tratamiento al día y seguimiento del estado de salud en el Hospital San Juan de Dios.

El estudio identifica un usuario que tuvo tuberculosis, el usuario actualmente no presenta síntomas ni recaídas de la enfermedad.

### **1.3.4. Limitaciones de la investigación**

Los habitantes de calle muestran desconfianza al dar los datos personales (firma y cédula-pasaporte) ya que muchos son indocumentados o por temor de la ley del país.

La población indigente presenta características propias que hacen que no estén en condición de responder las preguntas, por estados de ebriedad y los efectos de drogas.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

## **2.1. CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL**

### **2.1.1. Población indigente**

La población en situación de calle según Weason<sup>16</sup> son un grupo minoritario que no se ha definido conceptualmente de acuerdo con sus características personales, sino que se les ha relacionado a fenómenos más amplios como la extrema pobreza, o la indigencia.

Weason<sup>16</sup> sostiene que otra forma de referirse a estas personas es a través de su asociación con ciertas actividades como la mendicidad y vagancia, por esta razón muchos los llaman mendigos o vagabundos.

La palabra indigencia posee varias definiciones, por tal razón para dar un concepto concreto se detalla la explicación de diferentes autores, la primera es la de Brenes y Chacón<sup>17</sup> que la definen como:

“una manifestación de la exclusión social, que se caracteriza por el desarraigo y la estigmatización de hombres y mujeres adultos, que viven y satisfacen sus necesidades en las calles de las zonas urbanas, donde desarrollan su cotidianidad, realizando actividades vinculadas con la precariedad crónica”<sup>17</sup>.

El Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de Chile<sup>18</sup> define indigencia como:

“quien se halle pernoctando en lugares públicos o privados, sin contar con una infraestructura tal que pueda ser caracterizada como vivienda, aunque la misma sea precaria, y a aquellos que, por carecer de alojamiento fijo, regular y adecuado para pasar la noche, encuentran residencia nocturna, pagando o no por este servicio, en alojamientos dirigidos por entidades públicas, privadas o particulares y que brindan albergue temporal.”<sup>18</sup>

La palabra indigente muchas veces se relaciona con la palabra habitante de calle, por lo que Moreno<sup>19</sup> menciona que el indigente es la persona que ha hecho de la calle su hábitat y que ha

pasado por el de habitante de calle definido como toda persona que voluntariamente o no decide hacer de la calle su hábitat.

Moreno<sup>19</sup> menciona otra definición para la indigencia como:

“Toda persona que viviendo en la ciudad y que no reside en una vivienda prototípica (casas, apartamento o cuarto) de manera permanente (al menos 30 días continuos) y estable (al menos 60 días en la misma unidad de vivienda) en un momento dado...<sup>19</sup>.

Quintero<sup>20</sup> menciona que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que los habitantes de la calle son excluidos socialmente y los sitúan como una población en riesgo definiéndolos como un grupo especialmente vulnerable; que comprende grupos en los que podríamos incluir personas que generalmente no tiene recursos económicos, sin redes de salud, sociales o familiares de apoyo.

#### **2.1.1.1. Causas**

El Informe de la Secretaría Distrital de Integración Social<sup>19</sup> de Colombia menciona que las causas por las que habita el indigente en la calle se separan en dos grandes componentes, el macro y el micro.

Moreno<sup>19</sup> indica que dentro del componente macro, se incluyen características de tipo social y económico las cuales se relacionan entre sí; variables como la pobreza, el desempleo, la violencia social, el desplazamiento forzado, el narcotráfico, los conflictos urbanos y otros, son factores que desencadenan la pérdida de identidad y evita igualmente que los individuos se desarrollen plenamente desencadenando una aproximación más rápida a tener una vida en las calles, lo que va a incidir en la marginalidad y la exclusión de estos grupos vulnerables violando así sus derechos y haciendo una vida sin dirección.

En el componente micro de las causas de la indigencia, Moreno<sup>19</sup> resalta que está relacionado con el individuo y estas se van vinculando con los sectores menos favorecidos. Dentro de este componente se encuentran los factores relacionados con el núcleo familiar de cada indigente tales como la violencia intrafamiliar, la falta de afecto en las primeras etapas de desarrollo y la educación recibida.

Moreno<sup>19</sup> menciona que estas dimensiones van a afectar de manera directa en la identidad individual, en la falta de autoestima, la tendencia al comportamiento violento, la pérdida de valores, la desnutrición y el deterioro de la salud física y mental.

#### **2.1.1.2. Tipos**

Brenes y Chacón<sup>17</sup> identifican 4 tipos de indigencia, los cuales se van a explicar a continuación:

**Indigencia institucionalizada:** son aquellas personas que se encuentran en albergues de forma permanente (instituciones públicas o privadas) y sin este apoyo tendrían que deambular por fuerza en las calles, ya sea por abandono o por incapacidad.

**Indigencia clásica:** se refiere a personas que están sistemáticamente en la vía pública, duermen en las calles y deambulan en éstas sin rumbo fijo. Probablemente, rompieron con sus lazos familiares o no los poseen, perdiendo así los valores sociales como el aseo y el cuidado personal.

Brenes y Chacón<sup>17</sup> sostienen que estas personas son identificadas por vestir en harapos (trapos), por no poseer autoestima y el vivir en estas condiciones son consideradas como antihigiénicas al no proporcionarse las medidas de aseo del caso.

**Indigencia funcional:** son los individuos que tienen lazos afectivos con la familia y amigos(as), se presentan en la calle con frecuencia, pero no sistemáticamente, pero que

actúan y se identifican como indigentes clásicos a causa de sus adicciones al alcohol, las drogas y a los atractivos de las calles.

**Indigencia recurrente:** este tipo de indigencia es cuando la que la persona inicia un “período de crisis” y usa la calle para estabilizarse, vuelve a su casa o a vivir con su familia para luego iniciar con un nuevo lapso de vivir en la calle.

## **2.1.2. Autocuidado**

Prado et al.,<sup>21</sup> menciona que Dorothea Orem define el autocuidado como “el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior”<sup>21</sup>.

El autocuidado, por lo tanto, es una conducta que se debería realizar para uno mismo, va a consistir en la práctica de las actividades que realizan las personas maduras, o que están proceso de maduración, se inician en determinados períodos de tiempo, y por otra parte la persona debe de tener el interés de mantener su funcionamiento vivo y sano.<sup>21</sup>

Rojas y Zubizarreta<sup>22</sup> lo definen como “la práctica de actividades que las personas pueden hacer con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud y prolongarla”.

### **2.1.2.1. Tipos de Autocuidado**

Ccoicca<sup>23</sup> menciona que los tipos de autocuidado son considerados en la teoría de Dorothea Orem como los requisitos de autocuidado:

**Autocuidado Universal:** son llamados como necesidades de base, estos son comunes en todos los seres humanos durante todas las etapas de la vida, dan como resultado la conservación y promoción de la salud y la prevención de enfermedades específicas, son conocidos como demandas de

autocuidado para la prevención primaria, que comprenden: aporte suficiente de aire, agua y alimento.

**Autocuidado del desarrollo:** es el autocuidado que promueve las condiciones necesarias para la vida y la maduración de las personas. Este tipo previene la aparición de condiciones adversas o mitiga los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez<sup>23</sup>.

**Autocuidado en relación con la desviación de la salud:** Ccoicca<sup>23</sup> sostiene que es el autocuidado que se da cuando una persona a causa de su enfermedad o accidente se vuelve dependiente y pasa a ser el receptor de los cuidados, los cuales van a tener como objetivos prevenir las complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad llamándose demanda de autocuidado para la prevención secundaria.

El Enfermero va a comenzar con las acciones para enseñar a la persona a lograr el autocuidado con una planificación y diseño de su labor, esto se realiza conforme a la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem, donde Prado et al., <sup>21</sup> explica que Orem nos va a establecer que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Por lo tanto, se va a trabajar por medio de los siguientes 3 sistemas, para poder compensar el déficit de autocuidado de la población en riesgo:

**Totalmente compensatorio:** el enfermero se pone en el lugar del paciente y este depende totalmente de él, tal es el caso de pacientes con ingreso domiciliario, encamados o parcialmente postrados<sup>21</sup>.

**Parcialmente compensatorio:** se combinan las acciones del paciente y las del enfermero<sup>21</sup>.

**Ayuda/educación:** es lo que se le orienta al paciente para que se autocuide, qué debe hacer él solo o con ayuda de la familia<sup>21</sup>.

Prado<sup>21</sup> explica en este apartado que el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente, los enfermeros ayudan al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.

El último sistema de Enfermería/educación se centra en la atención de que el autocuidado exista o no, con la ayuda de métodos eficaces como<sup>21</sup>:

La orientación.

La dirección.

El apoyo físico y psicológico.

La enseñanza de nuevos y variados estilos de vida sanos que él sea capaz de seleccionar.

#### **2.1.2.2. Factores determinantes del autocuidado.**

Quispe y Hanco<sup>24</sup> mencionan que los factores determinantes del autocuidado se dividen en dos, los internos o personales y externos o ambientales:

##### **2.1.2.2.1. Factores Internos**

Los factores internos son los que dependen directamente del usuario y determinan, de una manera personal, el autocuidado, los cuales incluyen:

**Los Conocimientos:** Quispe y Hanco<sup>24</sup> sostienen que los conocimientos de los individuos determinan en gran parte la adopción de prácticas saludables, pues van a permitir que las personas

tomen decisiones de manera informada y a optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud.

**La Voluntad:** Quispe y Hanco<sup>24</sup> señalan que la voluntad se liga con la historia de vida, con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes de cada persona, lo que va a ayudar para que tenga una acción diferente, con respecto a los demás y a cada uno de sus hábitos.

**Las actitudes:** Quispe y Hanco<sup>24</sup> explican que: “son el resultado del convencimiento íntimo que lleva a una persona a una actuación a favor o en contra, ante una situación determinada”. Tiene que ver con los valores, los principios y la motivación.

**Los hábitos:** son la repetición de una conducta que realiza una persona como respuesta a una situación determinada; llegando así a tener un patrón comportamental<sup>24</sup>.

#### **2.1.2.2.2. Factores Externos**

Quispe y Hanco<sup>24</sup> indican que “son aquellos aspectos externos que hacen posible o no el autocuidado de las personas, sin embargo, no dependen de ellas; corresponden a los determinantes de tipo cultural, político, ambiental, económico, familiar y social”.

**Cultura:** la cultura es un determinante ya que según la cultura de la persona se les va a dificultar el aprendizaje de nuevos conocimientos y la adopción de nuevas prácticas, debido a que los comportamientos están arraigados en las creencias y las tradiciones<sup>24</sup>.

Quispe y Hanco<sup>24</sup> sostienen que la cultura está mediada por los conocimientos acumulados a través de generaciones y por las representaciones sociales, donde tienen un papel importante los mitos y las supersticiones; es a través del mito que la gente da la explicación final a los fenómenos de la salud y la enfermedad.

**De género:** Quispe y Hanco<sup>24</sup> sostienen que las prácticas de autocuidado en la sociedad han tenido un sesgo de género, el cual ha generado formas diversas de autocuidado individual y colectivo en mujeres y hombres.

Quispe y Hanco<sup>24</sup> mencionan que, en relación con el cuidado de la apariencia física, a las mujeres se les estimula para que sean “vanidosas” y a los hombres se les dice lo contrario.

**Físico, económico, político y social:** Quispe y Hanco<sup>24</sup> explica que para escoger prácticas saludables hay que disponer de un mínimo de recursos físicos como la infraestructura sanitaria. El cuidado de la salud no son patrimonio exclusivo de la persona, ni de un sector en particular, sino que requieren compromisos intersectoriales y sociales.

### **2.1.2.3. Prácticas de autocuidado**

Escobar, Mejía y Betancur<sup>25</sup> sostienen que los procesos educativos en salud pueden fortalecer los conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con el autocuidado al estimular cambios positivos hacia los mismos.

Escobar, Mejía y Betancur<sup>25</sup> identifican ciertas prácticas que van a favorecer y proteger la salud y otras que van a prevenir la enfermedad, además otras consideradas de riesgo para la salud. Entre las primeras se encuentran:

**La recreación y tiempo de ocio:** Escobar, Mejía y Betancur<sup>25</sup> citan que: “Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo”.

Escobar, Mejía y Betancur<sup>25</sup> sostienen que la recreación es una necesidad humana, va a beneficiar la salud física y mental, por lo tanto, va a favorecer el desarrollo humano integral y colectivo,

disminuyendo así las posibilidades de tomar riesgos relacionados con el consumo de drogas y delincuencia.

Muñoz y Alonzo<sup>26</sup> menciona que el ejercicio es importante para la población, pero más para las personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Los ejercicios moderados relajan el sistema inmune y me ayudan a mantener un peso adecuado y una imagen saludable.

**Higiene y cuidado personal:** Escobar, Mejía y Betancur<sup>25</sup> indican que la higiene y el cuidado personal tiene como objetivo de poner al individuo en las mejores condiciones de salud frente a los riesgos del ambiente.

En relación con el cuidado de la piel, las prácticas de autocuidado se encuentran el baño diario, el lavado de manos, el uso de protectores solares, que deben ser realizadas diariamente desde la infancia y hasta el fin de la vida<sup>25</sup>.

Ccoicca<sup>23</sup> sostiene que cualquier persona es susceptible de contraer la Tuberculosis si inspira los bacilos que exhalan un enfermo o portador al hablar, estornudar, toser, expectorar; estas bacterias pueden permanecer suspendidas en el aire durante horas incluso años.

Algunas medidas importantes son<sup>23</sup>:

Lavarse las manos con agua y jabón antes y después de consumir alimentos.

El usuario debe poseer un cuarto privado, dormir solo.

Utilizar papel higiénico cuando tose, cubrirse la nariz y la boca con pañuelos desechables al toser, estornudar, reír.

Colocar los pañuelos desechables que se utilizaron en una bolsa de papel y quemarlos, posteriormente lavarse las manos.

Ventilar el cuarto donde duerme el enfermo; abrir las ventanas para que ingrese los rayos solares que emiten radiaciones ultravioletas, lo cual destruye al *mycobacterium tuberculosis*.

Los usuarios con VIH-Sida las medidas básicas de higiene les va a contribuir a evitar infecciones. El arreglo personal proporciona bienestar y a la conservación de la salud. Por esta razón es recomendable<sup>24</sup>:

Lavarse los dientes varias veces al día, sobre todo después de comer, por la noche antes de acostarme o cada vez que consuma alimentos. También el usuario debe de utilizar hilo dental para eliminar los residuos atrapados entre los dientes y cepillarse la lengua al menos 1 vez al día. También se recomienda revisar la boca todos los días, y si se encuentra alguna lesión o algo nuevo o diferente, debe de consultar con el médico.

No compartir los artículos de limpieza como: cepillo de dientes, máquinas y hojas de afeitar. Son exclusivamente de uso personal.

Muchas de las infecciones gastrointestinales que causan diarrea son llevadas a la boca por medio de las manos sucias o con mala higiene por tal razón se debe de lavar las manos después de ir al baño, antes y después de las comidas y cuando tenga contacto con algún objeto sucio.

**Patrones saludables de alimentación.** Escobar, Mejía y Betancur<sup>25</sup> explican que los hábitos alimentarios son: “el conjunto de costumbres que condicionan la forma como las personas seleccionan, preparan y consumen los alimentos los cuales van constituyendo los patrones de alimentación, que pueden ser o no saludables”.

Ccoicca<sup>23</sup> indica que el estado nutricional de los pacientes con Tuberculosis es importante para el tratamiento de su enfermedad, por ello se debe ser un complemento con la alimentación.

La tuberculosis hace que el organismo gaste más energía de lo normal y si el usuario no recibe la energía necesaria perderá peso, por lo cual el organismo no responderá adecuadamente al tratamiento<sup>23</sup>.

Ccoicca<sup>23</sup> sostiene que la nutrición se ve alterada a causa de la fatiga y la frecuente tos, anorexia, condiciones sociales en las que puede vivir los usuarios.

En el caso de los usuarios con VIH-SIDA, con una buena alimentación, van a mejorar las defensas y a responder mejor a los tratamientos médicos. Además, se va a conservar la energía y el peso. Por eso es necesario comer a horas adecuadas para cubrir las necesidades del cuerpo.

**Patrón del sueño y descanso:** Ccoicca<sup>23</sup> explica que el descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño y descanso la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad.

Ccoicca<sup>23</sup> indica que el sueño restaura tanto los niveles normales de actividad como el equilibrio entre las diferentes partes del Sistema Nervioso Central (SNC), es decir, restaura el equilibrio natural entre los centros neuronales.

Ccoicca<sup>23</sup> refiere que las horas de sueño promedio que requiere un individuo varían según la edad, la contextura física y el nivel de actividad diaria para restaurar su desgaste físico y mental. En personas de 16 a 65 años se considera que necesitan un promedio de 6 a 8 horas de sueño.

En la población con VIH-Sida el tener un buen descanso hace que todo el organismo se renueve, incluyendo el Sistema Inmunológico o sistema de defensas que va a proteger al usuario de las infecciones oportunistas<sup>26</sup>.

**El ejercicio responsable de la sexualidad:** Escobar, Mejía y Betancur<sup>25</sup> menciona que el ejercicio de la sexualidad responsable es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y al mismo tiempo involucra la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos.

Escobar, Mejía y Betancur<sup>25</sup> refiere el ejercicio de la sexualidad responsable va a implicar que se formen hombres y mujeres para que desarrollen tanto la capacidad del cuidado de su salud sexual y reproductiva, como la asunción de la corresponsabilidad que del ejercicio de la sexualidad se desprenda

Flores, Ríos y Vargas<sup>29</sup> mencionan que los usuarios con o sin VIH-Sida deben de practicar los siguientes métodos o prácticas para prevenir este contagio:

Utilizar correctamente el condón en cada relación sexual.

Absténgase de practicar las relaciones sexuales con penetración.

Ser fiel a una pareja sexual que no esté infectada, sea igualmente fiel y no tener ningún otro comportamiento sexual de riesgo.

Abstenerse de tener relaciones sexuales.

No tener Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Realización de pruebas de detección del VIH y otras ITS.

En las prácticas consideradas como riesgosas en la salud tenemos los hábitos tóxicos que incluye:

**Consumo de tabaco, licor y sustancias psicoactivas (SPA):** Escobar, Mejía y Betancur<sup>25</sup> indica que se refiere a la ingesta o inhalación y absorción de productos que contienen tabaco, alcohol y otras sustancias que modifican el estado de conciencia y generan alteraciones en el sistema nervioso central y en el comportamiento humano.

Ccoicca<sup>23</sup> indica que los fumadores de más de 20 cigarrillos al día tienen el doble de tasa de mortalidad que los tuberculosos que no fuman, lo cual explica el daño pulmonar que produce el tabaco lo que produce una mayor predisposición para la infección tuberculosa.

En el consumo de alcohol los clínicos señalan una asociación entre el alcohol y la incidencia de la tuberculosis, debido a los mecanismos inmunitarios que son afectados por el alcohol entre los que se encuentran también aquellos que son esenciales para aumentar el riesgo de Tuberculosis<sup>23</sup>.

Ccoicca<sup>23</sup> resalta que el consumo de drogas va a impactar atentando contra la salud pública, el desarrollo social y familiar de las personas. Así también como lo difícil de erradicar la tuberculosis sino se garantiza un tratamiento efectivo a causa de lo difícil de abstenerse a las drogas.

La Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID)<sup>27</sup> afirma que entre las personas que usan drogas, el grupo más vulnerable frente al riesgo de adquirir o transmitir el VIH ha sido el de los usuarios de drogas inyectables, así como también los usuarios de cocaína, heroína o anfetaminas por otras vías.

El informe anterior de la USAID<sup>27</sup> explica que:

“el virus se propaga principalmente entre los grupos vulnerables: usuarios de drogas intravenosas y no intravenosas, poblaciones carcelarias, adolescentes, habitantes de la calle, y se concentra principalmente en las zonas urbanas y las rutas de transporte”.

**La automedicación:** Definida como “el uso de medicamentos, sin receta, por iniciativa propia de las personas”.

Según el Ministerio de Salud Pública<sup>28</sup> de Ecuador menciona el tratamiento para la tuberculosis es específico y debe ser indicado exclusivamente por el médico por lo que el usuario no debe automedicarse ni acudir a la farmacia para le receten cualquier medicamento.

Los habitantes de calle son una población con una vulnerabilidad alta a padecer diferentes enfermedades infectocontagiosas a causa de su estilo de vida y al déficit del cuidado de su salud. Por esta razón el ser habitante de calle la probabilidad de que le de tuberculosis y VIH SIDA aumenta. A continuación, se va a presentar de forma más detallada las patologías de dicha investigación.

### **2.1.3. Tuberculosis**

#### **2.1.3.1. Concepto**

Ccoicca<sup>23</sup> define la Tuberculosis (TBP) como: “una enfermedad infecciosa, provocada por el complejo Tuberculosis el más importante es *Mycobacterium tuberculosis* (bacilo de Koch)”<sup>23</sup>.

Este microorganismo tiene forma bacilar y requiere oxígeno para poder vivir y multiplicarse, es muy sensible al calor, luz solar y luz ultravioleta y, por el contrario, resiste al frío y la congelación, por lo que puede permanecer en estado latente durante años<sup>23</sup>.

El Ministerio de Salud et al.,<sup>30</sup> mencionan que la enfermedad se transmite de un enfermo de TBP a otras personas por medio de microgotas que el usuario va a expulsar cuando habla, canta, estornuda y especialmente cuando tose.

Estas microgotas pueden permanecer suspendidas en el aire durante varias horas y de esta forma contagiar a otras personas que las inhalan. una vez que los microorganismos logran implantarse en los pulmones de la persona comienzan a multiplicarse, produciéndose de esta forma la infección<sup>23</sup>.

### **2.1.3.2. Clasificación de la enfermedad**

El Ministerio de Salud<sup>30</sup> en su Norma de Vigilancia y control para la Tuberculosis menciona que esta enfermedad se clasifica en 3 fases, las cuales son:

#### **2.1.3.2.1. Infección Primaria**

El Ministerio de Salud et al.,<sup>30</sup> explica que esta fase comienza cuando la persona inhala las microgotas en el aire que contienen microorganismos y que por su tamaño logran esquivar las defensas de los bronquios penetrando así los alvéolos. Es ahí, donde estos bacilos son ingeridos por los macrófagos alveolares y son transportados a los ganglios regionales<sup>30</sup>.

Si la infección no se da a nivel de los bacilos pueden llegar a la sangre y diseminarse. La mayor parte de las lesiones pulmonares o de diseminación cicatrizan y hace que se vuelvan focos potenciales de una futura reactivación<sup>30</sup>.

#### **2.1.3.2.2. TB Post-primaria**

El Ministerio de Salud<sup>30</sup> destaca que la Tuberculosis post-primaria se presenta después de un período de latencia de meses o años de la infección primaria. Puede ocurrir como resultado de una reactivación o de una reinfección. Esta reactivación se da por debilitamiento del sistema inmune ya que el bacilo se mantuvo en los tejidos por años, en forma latente y repentinamente comienza a multiplicarse.

Ccoicca<sup>23</sup> resalta que la tuberculosis pulmonar post-primaria afecta principalmente a adultos y se debe a la reactivación endógena de la infección tuberculosa latente adquirida 22 años antes.

### 2.1.3.2.3. Enfermedad Tuberculosis

Ministerio de Salud et al.,<sup>30</sup> menciona que entre los pacientes infectados con M. tuberculosis el 80-90% no se enferman a menos que su inmunidad esté comprometida, conservando a los microorganismos de forma latentes en el organismo.

Ministerio de Salud<sup>30</sup> detalla que, en cambio, sólo el 10% de los usuarios infectados inmuno-deprimidos desarrollarán la enfermedad, la mitad de ellos como una progresión de la infección inicial y la otra mitad en el resto de su vida por reactivación de los bacilos latentes que llevan alojados en el organismo<sup>30</sup>.

La fase de la enfermedad puede ser pulmonar o extrapulmonar<sup>30</sup>:

**Tuberculosis Pulmonar (TBP):** según menciona el Ministerio de Salud<sup>31</sup> este tipo de tuberculosis es la forma más frecuente de esta enfermedad, observándose en más del 80% de los casos. Es la única forma de tuberculosis que puede ser contagiosa, por lo que es prioritaria la detección y diagnóstico oportuno de estos enfermos, así como su tratamiento y curación.

**Tuberculosis Extrapulmonar (TBE):** este tipo de tuberculosis puede afectar cualquier parte del organismo, el Ministerio de Salud<sup>31</sup> afirma que afecta otros órganos fuera de los pulmones, frecuentemente la pleura, los ganglios linfáticos, la columna vertebral, las articulaciones, el tracto genitourinario, el sistema nervioso o el tracto gastrointestinal.

También menciona que estos casos extrapulmonares son raramente contagiosos a menos que haya coexistencia de Tuberculosis Pulmonar, lo cual es infrecuente.

Ministerio de Salud<sup>30</sup> cita que los casos para personas mayores de 10 años se definen de la siguiente manera:

**Sintomático respiratorio:** son casos con sospecha de TBP donde el usuario consulta a un establecimiento de salud por cualquier causa y al interrogatorio manifiesta: tos con expectoración de dos o más semanas de evolución<sup>30</sup>.

**Sintomático:** son los usuarios de zonas y grupos de riesgo con tos con expectoración, sin tomar en cuenta el número de días de evolución de ésta<sup>30</sup>

### **2.1.3.3. Medio de Diagnóstico**

Ministerio de Salud<sup>30</sup> indica que el método de elección para todos los casos de los usuarios sintomáticos respiratorios es:

#### **2.1.3.3.1. Baciloscopía de esputo:**

Consiste en un examen microscópico de una muestra de esputo del usuario con sospecha de TBP. Técnica en la se colorean los bacilos ácido-alcohol resistentes por el método de Ziehl-Neelsen, luego se identifican y se cuentan al microscopio<sup>30</sup>.

Se confirma el caso de TBP cuando el resultado de esputo da positivo con 1, 2 ó 3 cruces. (Ver Anexo # 1)

#### **Pacientes con sospecha de Tuberculosis Pulmonar con baciloscopía negativa**

Ministerio de Salud<sup>30</sup> menciona que los siguientes medios de diagnóstico se realizan a usuarios con nexos epidemiológicos y síntomas sugestivos de la enfermedad y por lo menos dos series de tres esputos cada una con resultados de baciloscopía negativos:

#### **2.1.3.3.2. Cultivo esputo (Lowenstein Jensen)**

Los cultivos por esputo son mucho más sensibles que la baciloscopía, ya que detecta una cantidad tan pequeña como 10 bacilos por ml, en la baciloscopía la concentración mínima detectada es de 10.000 bacilos por ml<sup>30</sup>.

El crecimiento de las micobacterias es muy lento y el resultado se obtiene a las 6-8 semanas, los resultados se realizan.<sup>30</sup> (Ver Anexo # 2)

#### **2.1.3.3.3. Broncoscopía**

Es un procedimiento endoscópico invasivo que se realiza en los usuarios con clínica sugestiva de TBP si los frotis están negativos.

#### **2.1.3.3.4. Biopsia**

Es un método invasivo donde se toma una muestra del órgano afectado la cual idealmente debe ser cultivada. Se utiliza para el diagnóstico de la TB extrapulmonar y TBP con baciloscopía negativa<sup>30</sup>.

#### **2.1.3.3.5. Radiografía de tórax**

El diagnóstico radiológico de la tuberculosis no es muy confiable de forma individual, porque es una técnica sensible pero inespecífica.

Ministerio de Salud<sup>30</sup> sostiene que:

“La aparición de imágenes radiológicas sugestivas de tuberculosis como (tuberculomas, cavernas, infiltrado nodular, consolidación pulmonar y adenopatías parahiliares, derrame pleural) no permite afirmar el diagnóstico ya que pueden ser asociadas a otras enfermedades como infecciones por hongos, bacterias o ser secuelas de tuberculosis previas”<sup>30</sup>.

#### **2.1.3.4. Manifestaciones Clínicas**

Ccoicca<sup>23</sup> menciona que las primeras manifestaciones de la enfermedad son los síntomas generales por el cual el usuario se observa con astenia, decaído, fatiga, pérdida del apetito, sensación febril, traspiraciones y malestar general.

Por lo general el usuario amanece descansado, pero conforme pasa el día va perdiendo su energía hasta llegar a necesitar ayuda para terminar sus labores habituales<sup>23</sup>.

Ccoicca<sup>23</sup> sostiene que al usuario pronto se le agregarán síntomas más significativos como lo es la fiebre, las sudoraciones nocturnas, pérdida progresiva de peso, irritabilidad, dificultad de concentrarse en el trabajo habitual, trastornos nerviosos, dispepsia y otras molestias digestivas.

#### **2.1.3.5. Epidemiología**

Ccoicca<sup>23</sup> indica que la tuberculosis según la Organización Mundial de la Salud es una enfermedad de origen infeccioso que es la responsable del 25 % de las muertes prevenibles en una población generalmente joven, que forma parte de la población económicamente activa.

En el año 2016, se sigue señalando, la importancia de controlar esta enfermedad ya que es la mayor infectocontagiosa en la historia de la humanidad.

En el mundo, Ccoicca<sup>23</sup> sostiene que se estima que hay 10,4 millones personas desarrollaron TB y 1,4 millones murieron por la enfermedad, de estos unos 400 000 fueron VIH-positivos.

Según el Ministerio de Salud de Costa Rica<sup>30</sup> en personas con VIH el riesgo de contagio por Tuberculosis aumenta del 3 al 13% por año, también se explica que la edad de presentación depende de la situación epidemiológica de cada país, las zonas con alta prevalencia la enfermedad se presenta en personas con edad media inferior a 30 años, mientras que en los países con baja prevalencia afecta a personas mayores y el sexo masculino es predominante.

Para el 2017, en el Hospital San Juan de Dios según la base de datos del expediente digital (Arca) y la Unidad de Estadística se atendieron 16 casos de Tuberculosis pulmonar, de los cuales, 4 fueron mujeres y 12 de los casos de sexo masculino, con edades dentro del rango de 27 a los 88 años.

#### **2.1.3.6. Factores de riesgo**

Ccoicca<sup>23</sup> indica que la tuberculosis se relaciona con “enfermedades o trastornos graves siendo la más frecuente las siguientes: la infección por VIH, el alcoholismo, drogadicción, diabetes, insuficiencia renal, neoplasias, malnutrición y tratamientos inmunosupresores”.

El Ministerio de Salud et al.,<sup>30</sup> indica que el tener un estado inmunológico y nutricional deprimido, SIDA, una infección por VIH, tratamientos y enfermedades inmunosupresoras, toxicomanías, silicosis, diabetes y otras enfermedades, además de factores socio ambientales como pobreza, hacinamiento, entre otros aumentan la susceptibilidad de desarrollar la enfermedad.

El Ministerio de Salud de Costa Rica<sup>30</sup> menciona que el período más peligroso para que aparezca la enfermedad clínica son los primeros seis a doce meses después de la infección, este es mayor en población más vulnerable que son los niños menores de 5 años, adolescentes, adultos jóvenes y ancianos.

#### **2.1.3.7. Tratamiento**

En Costa Rica según Ministerio de Salud et al.,<sup>30</sup> los 5 medicamentos antituberculosos utilizados son:

**Isoniacida y Rifampicina:** tienen el efecto bactericida más potente y son capaces de erradicar a todas las poblaciones de bacilos tuberculosos<sup>30</sup>.

**Pirazinamida y la Estreptomina:** son bactericidas contra ciertas poblaciones de bacilos, la Pirazinamida en pH ácido es activa contra los bacilos del interior de los macrófagos; la Estreptomina es activa contra los bacilos extracelulares en multiplicación rápida<sup>30</sup>.

**Etambutol** es un medicamento bacteriostático por lo que sólo reduce la velocidad de crecimiento de las micobacterias y se utiliza en compañía con fármacos más potentes para evitar la aparición de bacilos resistentes<sup>30</sup>.

Ministerio de Salud et al., <sup>30</sup> indica que el tratamiento incluye siempre una fase intensiva inicial con cuatro o cinco medicamentos para disminuir la proliferación de los bacilos resistentes y produce una reducción rápida del número de micobacterias y, consecuentemente, de la capacidad de infectar del enfermo. En la segunda fase llamada de continuación se utilizan dos o tres medicamentos, según corresponda el esquema indicado

#### **2.1.3.7.1. Tratamiento Acortado**

Ministerio de Salud et al., <sup>30</sup> muestra que este tipo de esquema se divide en dos fases:

**Fase inicial:** tiene una duración de dos meses utilizando cuatro medicamentos: Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol, con una dosis diaria, en una sola toma dos horas antes o dos horas después del desayuno, de lunes a sábado<sup>30</sup>.

**Fase de continuación:** con una duración de cuatro meses utilizando dos medicamentos: Isoniacida y Rifampicina, los cuales deben ser administrados tres veces por semana, en una sola toma dos horas antes o dos horas después del desayuno<sup>30</sup>.

En casos especiales como coinfección TB/VIH-Sida, u otra inmunosupresión asociada y algunos tipos de TBE, la fase de continuación puede ser diaria.

Los controles de baciloscopía en el esquema acortado se realizan únicamente a los pacientes diagnosticados por esputo y se programan de acuerdo con la fecha de inicio de tratamiento. Por lo que, en la fase inicial, se hace una semana antes de finalizar el segundo mes de tratamiento y en la fase de continuación, se realiza una semana antes de finalizar el quinto mes y una semana antes de finalizar el sexto mes<sup>30</sup>.

Ministerio de Salud et al.,<sup>30</sup> menciona que se pasa a la fase después de que la baciloscopía al final del segundo mes sea negativa. Si la baciloscopía se mantiene positiva al finalizar la fase inicial, se debe extender el tratamiento por un mes más, con cuatro medicamentos: Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol, solicitar cultivo y Prueba de Bacilo Resistencia (PBR), además es importante revisar aplicación correcta del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado<sup>30</sup>.

#### **2.1.3.7.2. Retratamiento**

Ministerio de Salud et al.,<sup>30</sup> indica que el retratamiento se receta a todos los casos de TB antes tratados diagnosticados por baciloscopía, a estos usuarios se les debe indicar cultivo, antes de iniciar el esquema de tratamiento y si el resultado tiene más de treinta colonias, solicitar Prueba De Bacilo Resistencia, anotando el historial terapéutico del paciente en la orden de laboratorio<sup>30</sup>.

El Ministerio de Salud<sup>30</sup> explica que este tipo de esquema se le indica a casos de fracaso que es cuando el usuario tiene baciloscopías positivas al quinto o final de tratamiento con un cultivo positivo confirmatorio, casos de recaída que es cuando el usuario que habiendo sido declarado curado de una TB de cualquier forma después de un ciclo completo de tratamiento vuelve a presentar TB pulmonar., en casos de abandono recuperado y usuarios que no hayan logrado completar el régimen terapéutico establecido.<sup>30</sup>

Este tipo de esquema se divide en dos fases<sup>30</sup>:

**Fase inicial:** Su duración es de tres meses. Los primeros dos meses se utilizan cinco medicamentos: Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol administrados por vía oral, en una sola toma, dos horas antes o dos horas después del desayuno, dosis diaria de lunes a sábado, y Estreptomicina de uso intramuscular, administrada por personal de salud, de lunes a viernes. El último mes de la fase inicial se administran únicamente los medicamentos: Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol.

**Fase de Continuación:** duración cinco meses utilizando tres medicamentos: Isoniacida, Rifampicina y Etambutol los cuales deben ser administrados tres veces por semana.

#### **2.1.3.8. Coinfección TB/VIH.**

Ministerio de Salud et al.,<sup>30</sup> menciona que la infección por VIH se asocia a tuberculosis por que ocurren los siguientes mecanismos: reactivaciones endógenas, reinfección exógena y progresión de infección reciente.

Por lo que la tuberculosis va a aumentar la carga viral, acelerando la evolución de la infección por VIH y al disminuir los linfocitos CD4 va a afectar la presentación clínica y evolución de la tuberculosis. La tuberculosis se puede presentar en cualquier estadio de la enfermedad por VIH, independientemente de los niveles de CD4.<sup>30</sup>

Ministerio de Salud et al.,<sup>30</sup> indica que los usuarios con VIH, la tos siempre debe ser investigada, independientemente de sus características o duración, se debe recoger tres muestras de esputo para realizar el diagnóstico bacteriológico de TB mediante frotis, cultivo, tipificación de micobacterias y pruebas de sensibilidad en todos los casos.

La coinfección VIH/TB va a predisponer a las formas extrapulmonares, donde las más frecuentes son la ganglionar, pleural, abdominal, pericárdica, miliar y meníngea; siendo la ósea y genitourinaria menos frecuentes.

En el Hospital San Juan de Dios en el año 2017, según la base de datos del expediente digital (Arca) y la Unidad de Estadística se atendieron 15 casos de enfermos de VIH con Tuberculosis, de los cuales 1 de los casos fue mujer y 14 hombres, con edades dentro del rango de 22 a los 57 años.

#### **2.1.3.9. Prevención de la TB en pacientes con VIH**

Ministerio de Salud et al.,<sup>30</sup> sostiene que la mejor manera de prevenir la tuberculosis es dar el tratamiento efectivo a las personas con tuberculosis infecciosa, para así interrumpir la cadena de transmisión, siendo el tratamiento profiláctico con isoniazida (TPI) o tratamiento de la infección tuberculosa latente que consiste en la administración de isoniazida por un periodo de 9 meses, lo cual va a disminuir el riesgo de desarrollar la enfermedad por TB en un período de 2 a 4 años.

La prueba de tuberculina o PPD, aunque no es indispensable para indicar el tratamiento preventivo, nos va a ayudar a identificar a aquellos usuarios con la infección tuberculosa latente que son las que más se benefician con esta intervención.<sup>30</sup>

La efectividad de este tratamiento en usuarios con VIH es más significativa cuando se acompaña de la terapia antirretroviral. Estas personas deben ser evaluadas periódicamente al inicio, al mes, 3, 6 meses PRN para documentar ausencia de toxicidad por el medicamento o presencia de síntomas compatibles con enfermedad tuberculosa activa<sup>30</sup>.

Ministerio de Salud et al.,<sup>30</sup> explica que este tipo de terapia sólo debe administrarse cuando se ha descartado la enfermedad tuberculosa activa porque el tratamiento de esta con un solo medicamento puede producir una drogorresistencia a la enfermedad.

El descartar la enfermedad puede requerir que el usuario con VIH, además de la ausencia de síntomas y signos, la realización de una radiografía de tórax, también se debe considerar otras variables como el perfil epidemiológico de riesgo, conteo de CD4 y posibilidad de inicio de tratamiento antirretroviral donde el uso de TPI dependerá del criterio del especialista respectivo, que también tome en cuenta las interacciones con otros fármacos<sup>30</sup>.

## **2.1.4. VIH-Sida**

### **2.1.4.1. Concepto**

Flores, Ríos y Vargas<sup>29</sup> definen VIH-Sida según el concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

“El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) infecta las células del sistema inmunitario y las destruye o altera su funcionamiento, lo que acarrea el deterioro progresivo de dicho sistema y acaba produciendo una deficiencia inmunitaria. Se habla de inmunodeficiencia cuando el sistema inmunitario ya no puede cumplir su función de combatir las infecciones y otras enfermedades”<sup>29</sup>.

La Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional<sup>31</sup> menciona que el virus entra en el organismo y se reproduce sin causar síntomas por un periodo largo, es aquí cuando el usuario es seropositivo, es decir, que tiene el virus, pero éste aún no destruye su sistema inmunológico.

El sistema inmunológico se destruye poco a poco gracias a otros virus que atacan las defensas y lo anterior hace que dejen al organismo expuesto a diversas enfermedades llamadas oportunistas,

como lo es la neumonía, la tuberculosis, el sarcoma de Kaposi, la candidiasis, entre otras, conocidas en su conjunto como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)<sup>31</sup>.

McPhee<sup>32</sup> afirma que el SIDA son las infecciones oportunistas y cánceres que rara vez ocurren en ausencia de inmunodeficiencia grave, como lo son neumonía por *Pneumocystis* y el linfoma sistema nervioso central.

McPhee<sup>32</sup> menciona que las personas con SIDA son aquellas con un estudio serológico positivo para VIH y ciertas infecciones y cánceres que pueden aparecer en individuos con buena respuesta inmunitaria, pero son más frecuentes en sujetos infectados por VIH, quienes les afecta muchas veces la tuberculosis pulmonar y cáncer cervicouterino invasor. Cuando el usuario adquiere el VIH es portadora del virus del SIDA o también llamado como seropositiva y aunque no ha desarrollado aún la enfermedad sí puede transmitir el virus a otras personas<sup>32</sup>.

#### **2.1.4.2. La Etapa SIDA**

La Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional<sup>31</sup> indica que, con el tiempo, al haberse debilitado el sistema inmunológico, el usuario infectado empieza a sufrir una serie de infecciones y enfermedades como las que se explican a continuación<sup>31</sup>:

**Infecciones oportunistas:** cuando la inmunidad de un organismo es deficiente, los microbios “oportunistas” aprovechan para invadirlo y provocar infecciones graves que se manifiestan por la tos prolongada con fiebre, diarreas crónicas, parálisis, tuberculosis, meningitis, problemas en la vista y herpes cutáneo<sup>31</sup>.

**Algunos cánceres:** Sarcoma de Kaposi, que son placas o nódulos cutáneos que no sólo se encuentran en la piel, sino también en los ganglios, pulmones y en casi todas las vísceras. También se presenta tumores de los ganglios linfáticos<sup>31</sup>.

**Otras manifestaciones:** el VIH puede actuar directamente sobre el sistema nervioso central, causando afecciones neurológicas, como lo es pérdida de memoria, falta de coordinación y la confusión en el lenguaje. El SIDA es, pues, la consecuencia final de la destrucción de las defensas que durante años ha realizado el VIH<sup>31</sup>.

### **2.1.4.3. Medios de Diagnóstico**

Flores, Ríos y Vargas<sup>29</sup> sostiene que las pruebas de Diagnóstico del VIH/SIDA son:

#### **2.1.4.3.1. ELISA**

Flores, Ríos y Vargas<sup>29</sup> menciona que el medio de diagnóstico ELISA es “una técnica de inmuno ensayo en la cual un antígeno inmovilizado se detecta mediante un anticuerpo enlazado a una enzima capaz de generar un producto detectable”<sup>29</sup>.

Este medio se utiliza en muchos laboratorios para determinar el anticuerpo contra el VIH que está presente en la muestra de sangre del usuario, también se puede utilizar la saliva y la orina de este. Los resultados de estas pruebas pueden tardar hasta 2 semanas y se puede realizar 3 semanas después de la práctica de riesgo lo cual va a permitir en muchas ocasiones, la detección precoz del VIH. Si el resultado es positivo con la prueba del ELISA, este debe confirmarse mediante una prueba más específica denominada Wester Blot.<sup>29</sup>

#### **2.1.4.3.2. WESTERN BLOT**

Flores, Ríos y Vargas<sup>29</sup> lo definen como

“Una técnica analítica usada para detectar proteínas específicas en una muestra determinada, mediante la electroforesis en gel, que va a separar las proteínas atendiendo al criterio que se desee: peso molecular, estructura, hidrofobicidad, etc....Luego son transferidas a una membrana

adsorbente (típicamente de nitrocelulosa o de PVDF) para poder buscar la proteína de interés con anticuerpos específicos contra ella”<sup>29</sup>.

Finalmente, se va a detectar la unión antígeno-anticuerpo por actividad enzimática, fluorescencia entre otros métodos, donde se va a estudiar la presencia de la proteína en este caso la presencia del virus del VIH en el extracto y analizar su cantidad relativa respecto a otras proteínas<sup>29</sup>.

Esta prueba tiene una confiabilidad del 99.999%, necesaria en casos en los que los usuarios tienen un resultado "negativo" en la prueba de ELISA, pero resultan ser seropositivos en esta prueba después de 2 años de su última relación de alto riesgo y sin protección<sup>29</sup>.

Cuando el usuario está completamente seguro de que tuvo comportamiento sexual de alto riesgo y sin protección se debe realizarse la prueba cada 3 meses, durante mínimo 2 años y en dicho periodo debe utilizar barrea de protección como el condón<sup>29</sup>.

#### **2.1.4.4. Manifestaciones Clínicas**

Flores, Ríos y Vargas<sup>29</sup> citan que cuando una persona adquiere el virus del VIH, en su etapa inicial no presenta ningún tipo de síntomas que adviertan la presencia de una enfermedad o infección. Solo después de varios años se manifiestan un conjunto de sintomatología que advierten la presencia de una anomalía orgánica. Dichos síntomas son<sup>29</sup>: -

Fiebre de 38°C o más durante un periodo no inferior a 10 días.

Dolor de cabeza y/o garganta.

Pérdida del 10% de su peso corporal en menos de un mes.

Ganglios Inflamados.

Fatiga permanente.

Diarrea por más de un mes.

Dolores musculares.

Dificultad para pensar con claridad.

Perdida de equilibrio.

Depresión profunda.

Sudoración y escalofrío nocturno.

#### **2.1.4.5. Epidemiología**

El Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/SIDA<sup>33</sup> indican que la probabilidad de desarrollar la enfermedad cambia según grupos de edades.

“A partir del grupo de edad 15-19 años, se incrementa exponencialmente el riesgo de adquirir la enfermedad hasta el grupo 35-39 que junto al grupo 30-34, son los de mayor riesgo de toda la población del país. A medida que se superan los 39 años el riesgo tiende a decaer sostenidamente hasta el grupo de 70 años y mayores a esta edad”<sup>33</sup>.

En el año 2017, en el hospital San Juan de Dios según la base de datos del expediente digital (Arca) y la Unidad de Estadística se diagnosticaron 62 casos de VIH, de los cuales 16 fueron mujeres y 46 hombres, con edades dentro del rango de 14 a los 70 años.

El grupo de población con mayor riesgo de desarrollar las manifestaciones clínicas de SIDA está en edades entre 30 y 39 años, no necesariamente es el grupo donde más activamente se transmite el VIH. Esto es así por el período de incubación de la enfermedad que es de varios años. Cuando se habla de transmisión de VIH, el riesgo es más alto a partir de los 20 años hasta los 49 años, de acuerdo con lo que reflejan los datos estadísticos que se presentan de Costa Rica.

En el tema de orientación sexual, el Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/SIDA<sup>33</sup> menciona que la prevalencia de VIH en homosexuales se estima que es cercana al 6%, seis de cada 100 homosexuales se enferman de VIH-SIDA.

La transmisión sexual en homosexuales siempre ha sido la más importante, pero se observa un aumento en el aporte de casos en el grupo de los heterosexuales, llegando a tener el segundo lugar en peso en relación con el primer grupo que son los homosexuales<sup>33</sup>.

El grupo de personas bisexuales ha perdido peso sigue siendo el tercero en importancia. Se estima que la prevalencia en el grupo de bisexuales es el 8% de esa población, de acuerdo con los reportes de la Unidad de Control del SIDA de la CCSS<sup>33</sup>.

El Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/SIDA<sup>33</sup> resalta que, en el área metropolitana por ser una zona de alta movilidad e inmigración en todo el país, son de interés epidemiológico desde el punto de vista de las enfermedades transmisibles y especialmente de las infecciones de transmisión sexual, ya que se producen situaciones de riesgo por la mayor frecuencia de las interacciones entre personas de diversos contextos sociales y ambientales<sup>33</sup>.

#### **2.1.4.6. Factores de riesgo**

Flores, Ríos y Vargas<sup>29</sup> indican que hay ciertos comportamientos y afecciones que aumentan el riesgo de que una persona contraiga el VIH, por vía sexual<sup>29</sup>:

Practicar coito anal o vaginal sin protección

Relaciones homosexuales sin protección y de forma promiscua.

Padecer alguna infección de transmisión sexual como sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea o vaginosis bacteriana.

Relaciones sexuales con laceración y sangrado.

Promiscuidad sexual.

#### **2.1.4.7. Tratamiento**

Flores, Ríos y Vargas<sup>29</sup> indican que los retrovirales que se utilizan para tratar y prevenir la infección por el VIH actúan deteniendo o alterando la reproducción del virus en el organismo, lo que disminuye la carga vírica.

##### **2.1.4.7.1. Indicaciones para el inicio del tratamiento antirretroviral**

###### **Pacientes sintomáticos con infección crónica**

Solano et al<sup>34</sup> sostienen que el inicio de la terapia antirretroviral está indicado en todo usuario con infección por VIH corroborada con las pruebas correspondientes, ya sea: “que se presente sintomático a causa de la enfermedad, en estadio B o C, según la clasificación del Centro de Control de Infecciones de los EEUU (CDC) (ver anexo 3), independientemente del conteo de linfocitos T CD4<sup>+</sup> o el nivel de carga viral (CV) que manifieste”<sup>34</sup>.

###### **Pacientes asintomáticos con infección crónica**

Solano et al.,<sup>34</sup> explica que en los usuarios que se presentan con la infección crónica por VIH, pero asintomáticos, se debe utilizar los siguientes criterios para decidir el inicio de esta<sup>34</sup>:

CD4+ < 350 cels/mm<sup>3</sup>, se iniciará lo antes posible

CD4+ 350-500cels/mm<sup>3</sup>, se iniciará luego de discutir con el usuario los pro y contras de los antirretrovirales

CD4+ >500cels/mm<sup>3</sup>, en general, se recomienda atrasar el comienzo del tratamiento. Sin embargo, se debe considerar el inicio de tratamiento en las situaciones siguientes: si la

usuaria está embarazada, independiente de conteo de linfocitos TCD4; carga viral > 100.000 copias; descenso en el conteo de linfocitos T CD4+  $\geq$  100 células/mm<sup>3</sup> en 1 año; edad mayor a 50 años; coinfección con virus HBV o HCV y neoplasias no definitivas<sup>34</sup>.

Esos casos se van a evaluar, según circunstancias individuales, la presencia de enfermedad cardiovascular, renal o hepática, así como los casos de parejas serodiscordantes<sup>34</sup>.

### **Terapia de inicio general para adolescentes (> 13 años) y adultos**

Solano et al<sup>34</sup> mencionan que los esquemas se basan en el uso de al menos tres medicamentos antirretrovirales en conjunto, dirigidos siquiera contra dos blancos de acción y es fundamental iniciar todos los medicamentos simultáneamente; nunca se debe comenzar ni prescribir esquemas incompletos o parciales.

Solano et al.,<sup>34</sup> indican que los medicamentos ARV se clasifican según el blanco al que se dirigen en el ciclo de replicación del VIH. En este momento hay 5 categorías:

“inhibidores de la entrada del VIH a la célula; inhibidores de la transcriptasa inversa, que según su forma de actuar se dividen en inhibidores análogos de los nucleósidos/nucleótidos; inhibidores no nucleósidos (ITIN, ITINN); inhibidores de la integrasa (II), e inhibidores de la proteasa (IP). La lista actual de medicamentos disponibles para el tratamiento de la infección por VIH, aprobados por la FDA (ver anexo 4).<sup>34</sup>”

Solano et al.,<sup>34</sup> mencionan que según la evidencia científica la mejor forma de iniciar un esquema antirretroviral es con ITINN o con inhibidores de proteasa potenciados con ritonavir, ya que ambos regímenes son de similar eficacia<sup>34</sup>.

Solano et al.,<sup>34</sup> explican que el usuario debe contar con un conteo de linfocitos T CD4, realizado al menos 2 meses antes del inicio de la TARV, y enfatizan de la importancia de que el equipo interdisciplinario se asegure de la preparación del usuario para un mejor cumplimiento y adherencia.

Para iniciar la TARV el usuario debe ser instruido en forma individualizada sobre la toma de los medicamentos, su respuesta esperada y sus efectos adversos; se solicita firmar el consentimiento informado para el tratamiento y se debe crear un horario personalizado de la toma, conforme sus necesidades. Cada equipo interdisciplinario será el encargado de coordinar cuáles personas realizarán esta función (farmacéuticas, enfermeras o psicólogos)<sup>34</sup>.

Flores, Ríos y Vargas<sup>29</sup> mencionan que no hay cura para la infección por el VIH, pero un buen tratamiento con retrovirales seguido al pie de la letra, disminuye la evolución de la infección hasta casi detenerla. Cada vez más personas infectadas por el VIH, incluso en países pobres, pueden permanecer en buenas condiciones y ser productivas por periodos prolongados<sup>29</sup>.

Además de los medicamentos, estos usuarios van a requerir a menudo orientación y apoyo psicosocial. Tener una nutrición adecuada y acceso a agua salubre e higiene básica también pueden ayudarlos a mantenerse en buen estado<sup>29</sup>.

#### **2.1.4.8. Prevención**

La Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional<sup>31</sup> sostiene que la mejor medida preventiva contra la epidemia del VIH es conocerla y también para poder sobrellevar la enfermedad, pero también para aprender a respetar a las personas que la padecen. Algunas de las principales medidas de prevención son las siguientes<sup>31</sup>:

Utilizar condón masculino y femenino en el momento de iniciar una relación coital

Tener un compañero o una compañera estable

Abstenerse de tener relaciones sexuales con personas desconocidas

Evitar el uso de drogas por vía intravenosa, pero, si se hace, utilizar entonces jeringas nuevas

Esterilizar las agujas de tatuaje

Observar las normas básicas de higiene y seguridad en sitios como hospitales, clínicas dentales, sitios de tatuaje y otros.

Seguir las campañas de información y educación.

## **2.3.5. Enfermería Atención Primaria**

### **2.3.5.1. Enfermería Comunitaria en Usuarios con Tuberculosis**

Musayón et al.,<sup>36</sup> sostiene que no cabe duda de que la tuberculosis ocurre preponderantemente en poblaciones vulnerables por pobreza e inequidad por lo que se necesita una intervención ardua por parte de los profesionales de la salud para su control.

Los profesionales de enfermería no están ajenos a esta intención, pues es parte de su filosofía se enfoca en la contribución con el nivel adecuado y la calidad de vida de la persona sujeta de atención, más aun específicamente en los casos de la Tuberculosis, la enfermera(o) desempeña un rol crucial en los programas de control.

Musayón et al.,<sup>36</sup> menciona que una de las cuestiones básicas a nivel local para la enfermería es valorar la y promover la participación de la comunidad, en los programas de control de la calidad de atención de salud, especialmente en los programas de enfermería. La información es una herramienta fundamental para capacitar al usuario, a fin de que pueda participar como elemento activo en el control social del sector. Por ello es necesario considerar como estrategia de acción,

el informar acerca de quién es la enfermera, cuál es su actividad, qué capacidad de liderazgo posee, cuál es su valor dentro de la sociedad<sup>36</sup>.

Musayón et al., <sup>36</sup> explica los diferentes escenarios de la profesión de Enfermería a nivel comunitario en el control de la Tuberculosis:

### **Atención directa**

Promoción de la salud Prevención de TB (vacunas, medidas de bioseguridad, etc.)

Valoración integral al paciente y familia (física, psicológica, nutricional, socioeconómica, cultural etc.)

Cuidado integral al paciente y familia en TB, TB-MDR, VIH-TB, gestante, poblaciones vulnerables o en desventaja

Educación sanitaria a paciente, familia y comunidad

Reinserción social

Empoderamiento

Educación crítica para la participación popular

### **Gerencia**

Participación en elaboración de políticas.

Participación en asignación presupuestal de manera justa

Participación en elaboración de normas y guías de atención adecuando según inequidad

Distribución de recursos de enfermería.

Gestión del cuidado directo considerando las inequidades existentes

### **Investigación**

Análisis de la Situación de TB

Factores de riesgo, modelos de prevención

Estudio de inequidades

Aporte al Tratamiento farmacológico (adherencia, efectos secundarios, prevención de complicaciones y resistencia)

Cuidados de enfermería.

Seguimiento de Políticas

Sistematización de estrategias de empoderamiento individual y colectivo.

## **Docencia**

Formación de nuevo recurso humano en enfermería en Tuberculosis (inequidad, desventajas sociales, solidaridad, ciudadanía, derechos humanos, presupuesto participativo, etc.)

Capacitación de colaboradores o personal de enfermería

Educación sanitaria crítica

Autoformación

Musayón et al.,<sup>36</sup> menciona que es necesario que el profesional de Enfermería conduzca a un proceso crítico de educación, que incluya un estímulo al desarrollo de una consciencia sanitaria más amplia, buscando la ruptura de padrones culturales, que tienen visión hegemónica y que valoran de hábitos como el uso de tabaco y alcohol, de alimentos tipo fast-food, y de baja autoconciencia acerca de su propia salud<sup>36</sup>.

Por ejemplo, Musayón et al.,<sup>36</sup> señala que muchos usuarios experimentan reacciones gastrointestinales por la sobrecarga farmacológica que enfrenta el tratamiento de la tuberculosis,

por esta razón una educación pertinente debe orientarse en la selección de alimentos juntamente con el usuario que le permita sobrellevar la terapéutica respectiva y evitar aquellos que agraven las manifestaciones adversas. Con ello se va a contribuir no solo a fortalecer la nutrición del individuo, sino también a restar las posibilidades de abandono por rechazo al tratamiento<sup>36</sup>.

### **2.3.5.2. Enfermería Comunitaria en Usuarios con VIH-SIDA**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>37</sup> indica que una labor más específica a nivel de enfermería y auxiliares de enfermería está en la orientación sobre las normas de orientación y educación para la salud, dirigida tanto al usuario como a su familia.

OPS<sup>37</sup> resalta que el seguimiento de las personas infectadas por el VIH se asemeja cada vez más al de otros enfermos crónicos de larga y lenta evolución y sin posibilidades de tratamiento definitivo, por esta razón los diferentes profesionales de salud deben intentar ayudar al paciente y a las personas que le rodean como su pareja y familiares a comprender la enfermedad y sus factores condicionantes, a aprender a convivir con ella y a entender la importancia del seguimiento del tratamiento y de las recomendaciones médicas.

Cuando se diagnostica la enfermedad comienza un largo camino de colaboración entre los diferentes niveles asistenciales en salud, con el objetivo de atender de manera integral al paciente con el VIH/Sida, creando visitas sucesivas acorde a las necesidades específicas de cada individuo.

OPS<sup>37</sup> propone que las visitas a los usuarios se dan con una periodicidad de tres a seis meses, en consulta programada, dejando siempre la puerta abierta a la consulta imprevista, para cualquier eventualidad que pueda surgir. En estas visitas de seguimiento de la atención primaria, y en función de las características de cada individuo y su evolución, la Enfermera(o) con el equipo multidisciplinario van a realizar las siguientes actividades incluidas en la siguiente lista<sup>37</sup>:

## **Educación para la salud**

OPS<sup>37</sup> menciona que es importante recordar y animar a mantener comportamientos preventivos y de autocuidado en estos usuarios. Los aspectos esenciales que deben de retomarse en cada visita son aquellos que refuerzan las conductas preventivas que disminuyen el riesgo de transmisión a terceros y la reinfección del propio paciente.

La Organización Panamericana de Salud<sup>37</sup> indica que no se debe olvidar todo lo que también se recomienda a otras personas en función de su edad, sexo, antecedentes familiares, para mantener el mejor estado de salud posible, que contribuirá a demorar la evolución de la enfermedad.

Es importante hacer un abordaje abierto sobre las prácticas sexuales del usuario para que éstas lleguen a ser de bajo riesgo, intentando evitar que sean percibidas como relaciones sexuales limitantes que impliquen rechazo<sup>37</sup>.

## **Potenciación de hábitos saludables**

OPS<sup>37</sup> explica que una forma de potencializar los hábitos saludables es el respetar un descanso nocturno suficiente, que es aproximadamente 8 horas, para poder mantener un adecuado nivel de actividad. También incluye el mantener una buena higiene corporal e hidratar la piel para protegerse de posibles infecciones, cuidados en la piel, el cuero cabelludo, y aparato genital. La buena higiene y cuidado dental es incluida por la OPS<sup>37</sup> ya que previene infecciones de la boca, facilita la masticación, estimula el apetito y mejora la nutrición al hacer más agradable comer.

## **Normas generales de prevención de las infecciones oportunistas**

OPS<sup>37</sup> sostiene que estas normas no son más que medidas generales y precauciones sencillas que se pueden mantener en el domicilio y que disminuyen la exposición a los hongos, bacterias,

micobacterias, virus y parásitos responsables de las mismas. Para su correcta aplicación, es conveniente individualizar estas medidas en función de la situación inmunológica del paciente<sup>37</sup>.

### **Valoración clínica**

OPS<sup>37</sup> indica que la valoración clínica del usuario con VIH-Sida va a incluir la historia clínica y el examen físico completo.

### **Elaboración de la historia clínica**

Los profesionales de Enfermería van a intervenir en la entrevista o visita domiciliar para encontrar signos y síntomas de manera oportuna, como los que detalla la OPS<sup>37</sup>:

**Generales:** fiebre, astenia, anorexia, pérdida de peso, sudoración.

**Neurológicos:** cefalea inusual, convulsiones, alteraciones de los pares craneales, sensitivo motoras o del comportamiento.

**Respiratorios:** tos, disnea, expectoración, síntomas de sinusitis.

**Digestivos:** disfagia, odinofagia, náuseas, vómitos, lesiones en la boca, dolor abdominal, ritmo intestinal, lesiones anales, ictericia, acolia, coluria.

**Alteraciones cutáneas:** dermatitis seborreica, psoriasis, nódulos, lesiones herpéticas...

**Oftalmológicos:** disminución de la visión.

**Ginecológicos:** amenorrea, leucorrea, lesiones genitales.

**Psiquiátricos:** trastornos de adaptación, ansiedad, depresión, insomnio...

**Situación del calendario de vacunas.**

**Dieta habitual:** calidad y cantidad.

### **Cumplimiento del tratamiento antirretroviral**

OPS<sup>37</sup> menciona que las iniciativas de adherencia deben integrarse en los protocolos para el manejo clínico del usuario. Los elementos esenciales del protocolo de adherencia deben incluir<sup>36</sup>:

**Confianza:** realizar esfuerzos para maximizar la confianza del usuario en el equipo de salud, fortaleciendo la unión entre el paciente y enfermera y el equipo de salud.

**Orientación y educación:** asegurar que cada usuario recibe información adecuada y homogénea de todos los miembros del equipo de salud (médicos, psicólogos, enfermeras, farmacéuticos, trabajadores sociales, etc.) acerca de la importancia de la adherencia adecuada.

**Monitoreo:** cada visita clínica debe incluir la evaluación de la adherencia y orientación para reforzarla.

**Acceso a los servicios de salud:** disponer de un mecanismo fácil para que el usuario pueda consultar en forma inmediata en caso de tener alguna duda o efecto adverso al tratamiento.

**Acceso a los medicamentos:** el sistema de salud debe asegurar la disponibilidad continua de los medicamentos antirretrovirales a todos los pacientes que han empezado la terapia.

**Fomento del apoyo comunitario:** la construcción de redes de apoyo comunitario se constituye en un factor de éxito para facilitar el cumplimiento de los tratamientos.

### **Apoyo psicosocial**

OPS<sup>37</sup> sostiene que los profesionales de Atención Primaria pueden contribuir a mejorar el apoyo social a los usuarios a través de sus intervenciones, no sólo en el ámbito individual, sino también a través de actividades de educación para la salud y de participación comunitaria<sup>37</sup>.

## 2.2. Modelos y teorías

La siguiente investigación utiliza la teorizante del déficit del autocuidado, realizada por Dorotea Orem como guía para la realización de este estudio.

Pereda<sup>38</sup> indica que Dorothea Elizabeth Orem (1914-2007) nace en Baltimore, Maryland, donde realiza su carrera profesional en la Escuela de Enfermería del Providence Hospital, de Washington, D.C. Durante su práctica profesional Dorothea es enfermera quirúrgica, supervisora y profesora de ciencias biológicas; también como directora en la Escuela de Enfermería y el Departamento de Enfermería del Providence Hospital. En 1971 publica el libro *Nursing: concepts of practice* y se retira en 1984 pero continúa asistiendo a conferencias.

Marriner y Raile<sup>39</sup> mencionan que Dorothea Orem realizó su Teoría de enfermería del déficit de autocuidado como una unión de la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener.

Prado et al.,<sup>21</sup> menciona que en la teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida, que es lo que se pretende llegar a realizar en la investigación, mejorar la calidad de vida de la población indigente, ayudar a promocionar el autocuidado en la salud y prevenir la aparición de los signos y síntomas de la Tuberculosis y el VIH-Sida.

La enfermería es el arte de actuar por la persona incapacitada, es decir, a la persona indigente, a ayudarla a actuar y a brindarle apoyo para que aprenda a actuar por sí misma a pesar de las limitaciones con las que viven y las que se enfrentan día a día en la sociedad<sup>21</sup>.

Prado et al., <sup>21</sup> mencionan que esta teorizante tiene como objetivo ayudar al individuo a llevar a cabo y a mantener por sí mismo acciones de autocuidado, así para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Por lo cual este objetivo se va a realizar al demostrar el conocimiento y las prácticas que tiene la población indigente del autocuidado salud, y así poder conservar su salud.

Los metaparadigmas de esta teorizante son<sup>21</sup>:

**Persona:** concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente<sup>21</sup>.

El ser indigente según Brenes y Chacón<sup>17</sup> es una manifestación de la exclusión social, que se caracteriza por el desarraigo y la estigmatización de hombres y mujeres adultos, que viven y satisfacen sus necesidades en las calles, algo que va a influir en la capacidad de conocerse y en la imagen de ser un ser integral que propone Orem, que va a utilizar sus ideas o forma de pensar para llevar a cabo acciones para su autocuidado en salud. Acciones que se van a reforzar en esta investigación.

**Salud:** la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad

individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona<sup>21</sup>.

El habitante de calle tiene una percepción diferente de la salud, algo que afirma Hernández et al<sup>9</sup> que indica que el cuidado de la salud de esta población no es su principal objetivo, pues las diferentes necesidades los llevan a dejar el cuidado de la salud por aparte o sin preocupación comparado con la búsqueda de alimento, dinero, techo entre otros. Significa que se va a disminuir la integridad física, estructural y funcional de estas personas.

**Enfermería:** servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales<sup>21</sup>.

En esta investigación se van a realizar acciones para mantener la salud de los indigentes se va a reforzar el fomento del autocuidado en su salud ya que estos individuos tienen muchas incapacidades que los convierten en una población con alta vulnerabilidad de contagiarse y de contagiar a otros con Tuberculosis y VIH-Sida.

Orem no define el metaparadigma de entorno como tal, pero Prado et al.,<sup>21</sup> resalta que lo reconoce como el conjunto de factores externos que van a influir sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

El entorno de nuestra población es la calle, lugar con limitaciones en la alimentación, en la higiene corporal, en el descanso-sueño, en la salud sexual y en el acceso de un servicio de salud oportuno. También este entorno nos va a desfavorecer el autocuidado en salud por fácil el acceso a las drogas.

Prado et al.,<sup>21</sup> sostiene que el eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los usuarios. La meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos o necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud.

Esta situación no se puede eliminar por lo que va a limitar a la población en estudio a tener un autocuidado apto, pero con la ayuda que ejerce la organización Genesis, al Centro Dormitorio de la municipalidad de San José y al comedor de la iglesia de la Merced se va a reforzar su alimentación, sueño y descanso. La salud se va a reforzar gracias a la educación y el fomento del autocuidado, relacionado al contagio de las enfermedades Tuberculosis y VIH-Sida.

Los enfermeros(as) actúan cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse, para ello Prado et al.,<sup>21</sup> sostiene que Orem propone los siguientes métodos de asistencia de enfermería, que se basan en la relación de ayuda y/o suplencia los enfermeros(as) hacia el paciente, y son<sup>21</sup>:

Actuar en lugar de la persona.

Ayudar u orientar a la persona ayudada.

Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada.

Promover un entorno favorable al desarrollo personal, medidas higiénicas de los indigentes.

Enseñar a la persona que se ayuda, por ejemplo, la educación y el fomento al usuario indigente en cuanto a la higiene y actividades que debe realizar para prevenir enfermedades transmisibles.

Por tanto, para aplicar el modelo de Orem a esta investigación, Prado et al.,<sup>21</sup> menciona que se debe tener presente las siguientes pautas:

Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.

Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento.

habilidades motivación y orientación del cliente.

Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería, aunque sabemos que el déficit siempre está presente en esta población, podemos disminuir el riesgo de contagio con el fomento del autocuidado.

Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al usuario para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de salud. Ayudar a que los indigentes a que hagan conciencia sobre la importancia del autocuidado personal y el de los y las compañeras de vida.

Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidado u orientador, contando con la participación del usuario, por medio del proceso de la encuesta.

**CAPÍTULO III**  
**MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN**

Esta investigación tiene un enfoque cuantitativo, porque va a medir el conocimiento y las prácticas que tienen los indigentes por medio de la recolección de datos, explicando su realidad social vista desde la perspectiva de su autocuidado en salud relacionado a los signos y síntomas de las enfermedades transmisibles VIH-Sida y Tuberculosis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento. La investigación cuantitativa según Burns y Grove<sup>40</sup> es un proceso:

“formal, objetiva y sistemática, en el que se usan los datos numéricos para obtener información sobre el mundo. ...este enfoque de investigación se centra en probar teorías describiendo variables, examinando las relaciones entre variables y determinando la causa-efecto de las interacciones entre variables”.<sup>40</sup>

### **3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Es una investigación de tipo descriptiva ya que Moya<sup>41</sup> explica que el investigador es solo espectador, observa la ocurrencia del fenómeno y los factores relacionados con él, en lo que se podría llamarse su forma natural, sin manipulaciones ni interferencias de su parte. Tal y como se van a observar el conocimiento y las prácticas de los indigentes de su autocuidado en salud y la relación con los signos y síntomas de las enfermedades transmisibles (VIH-Sida y Tuberculosis) que son las dos variables del estudio.

También Burns y Grove<sup>40</sup> menciona que este tipo de investigación sirve para explorar nuevas áreas de investigación y para describir situaciones tal y como suceden en el mundo.

### 3.3. UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

**Área de estudio:** La investigación se va a realizar en el Gran Área Metropolitana (GAM), en Instituciones no gubernamentales como el Centro Dormitorio de la Municipalidad de San José, administrado por la fundación Genesis, organización que brinda a personas de situación de calle el servicio de dormitorio, el aseo personal y la alimentación. También en el comedor de la Iglesia de la Merced.

#### 3.3.1. Población

La población de la investigación para el 2015 es de 1176 personas en situación de calle a nivel de la provincia de San José.

#### 3.3.2. Muestra

Es una muestra probabilística, porque todos los elementos de la población pueden ser escogidos, se realiza mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2PQ}{d^2(N-1) + Z^2PQ}$$

Tomando en cuenta que:

**N**= Población, que para esta investigación según el Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusion<sup>11</sup> es de 1176

**Z**=Factor de Confiabilidad, que fue de 1.96 por que dicho dato nos establece un 95 % de confianza

**P**=0.5

$$Q = 1 - P = 0.5$$

**d:** margen de error, que fue de 0,5

$$n = \frac{1176^* \quad (1.96)^2^* \quad 0,5^* \quad 0,5}{(0,1)^2^* \quad (1176-1) \quad +(1.96)^2^* \quad 0,5^* \quad 0,5} =$$

Dando como resultado de: 88.82

Para esta investigación se toma como muestra a 100 indigentes, siendo 12 indigentes del comedor de la iglesia de la Merced y 88 del centro dormitorio de la Municipalidad de San José.

### 3.3.3. Criterios de inclusión y exclusión

**Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión de la investigación**

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
Indigentes del GAM que acudan al Centro Dormitorio de la Municipalidad de San José o al comedor de la Iglesia de la Merced.  Personas en situación de calle entre 18 y 65 años	Indigentes fuera del GAM de San José

Fuente: Elaboración propia, 2018

### 3.4. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La esta investigación se va a implementar una entrevista de elaboración propia que incluye preguntas sobre la variable del conocimiento y prácticas de los indigentes sobre el autocuidado en salud y la otra variable que son los signos y síntomas de las enfermedades transmisibles (VIH-Sida y Tuberculosis).

### **3.4.1. Validez del cuestionario**

El cuestionario se valida mediante el plan piloto aplicado a 20 indigentes que asisten al evento Chepe se baña en San José centro, parque La Merced. Esta validación se realiza basada en 20 preguntas binarias donde NO es igual a 0 y SI es igual a 1.

El corte obtenido de la validación se realiza el Alpha de Cronbach dando un cálculo de 0,78, mostrando como resultado una alta consistencia interna y muestra la capacidad de la población en estudio de responder de forma armónica.

### **3.4.2. Confiabilidad del cuestionario**

La confiabilidad del cuestionario de la investigación se hace mediante el plan piloto adjunto en la investigación

## **3.5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación tiene un diseño no experimental ya que se va a observar el fenómeno en su contexto natural, sin manipular ninguna variable. Este diseño es transversal porque se va a recoger los datos de la población en un único momento.

Moya<sup>41</sup> indica que los estudios transversales constituyen una especie de corte transversal en el tiempo, como una fotografía del fenómeno y de los factores y circunstancias que actúan sobre el en un momento dado.

### 3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo	Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Dimensión	Indicadores	Instrumento
<p>Caracterizar sociodemográficamente la población indigente en el Gran Área Metropolitana de San José.</p>	<p>Características sociodemográficas</p>	<p>Conjunto de aspectos biológicos, sociales, económicos y culturales que están presentes en la población en estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles</p>	<p>Edad, sexo, nivel educativo y orientación sexual</p>	<p>Sexo</p>	<p>Femenino Masculino</p>	<p>Encuesta</p>
				<p>Edad</p>	<p>___ años</p>	<p>Encuesta</p>
				<p>Nivel educativo</p>	<p>Primaria Completa-Incompleta Secundaria Completa-Incompleta Universitario Completa-Incompleta Técnico Sin estudios</p>	<p>Encuesta</p>
				<p>Orientación sexual</p>	<p>Heterosexual Homosexual Bisexual</p>	<p>Encuesta</p>

<b>Objetivo</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operativa</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Instrumento</b>
Identificar los signos y síntomas de las enfermedades transmisibles (VIH-Sida-Tuberculosis) de los indigentes en el Gran Área Metropolitana de San José.	Signos y síntomas de las enfermedades transmisibles (VIH-Sida-Tuberculosis)	Manifestación de una enfermedad o de un síndrome que solo es percibida por el individuo que lo padece. Cuando una alteración puede ser percibida tanto por el enfermo como por un observador externo es un signo (por ejemplo, la fiebre), pero la sensación subjetiva que la acompaña es un síntoma.	Tuberculosis, VIH-Sida	Tuberculosis	Fiebre Tos reciente (más de 3 semanas) con expectoración (sangre, flema) Pérdida de peso Diaforesis nocturna. Disnea o dolor torácico	Encuesta
				VIH	Fiebre Dolor y malestar Ganglios inflamados en el cuello y la ingle Diarrea por más de un mes.	Encuesta
				SIDA	Revestimiento espeso y blanco en la lengua o la boca Infecciones graves y recurrentes Pérdida brusca de peso Erupciones de la piel Fatiga permanente Pérdida de memoria	Encuesta

<b>Objetivo</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operativa</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Instrumento</b>		
Identificar el conocimiento que tienen los indigentes sobre las enfermedades transmisibles (VIH-Sida-Tuberculosis) y las prácticas sobre el autocuidado en el Gran Área Metropolitana de San José.	Conocimiento sobre las enfermedades transmisibles (VIH-Sida-Tuberculosis) y las prácticas de los indigentes sobre el autocuidado en salud	El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje o a través de la introspección	Experiencia sobre el conocimiento de los signos-sintomas y medios de trasmisión de las enfermedades VIH-SIDA y Tuberculosis	<b>Conocimiento</b>				
				Experiencia	Medio por el cual recibió la información sobre la tuberculosis y VIH-Sida	Encuesta		
					Signos y síntomas de la tuberculosis y VIH-Sida	Encuesta		
		Medios de Trasmisión de la tuberculosis y VIH-Sida			Encuesta			
		Se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son ‘destrezas’ aprendidas a través de toda la vida, con el propósito de			<b>Prácticas</b>			
		Higiene		Baño, Lavado de manos, Modo de toser, estornudar	Encuesta			
		Alimentación		Cantidad de comidas al día, Frecuencia de consumo por grupos alimenticios, consumo de agua	Encuesta			
		Descanso/sueño		Horas de sueño, Lugar del descanso, Cantidad de personas que	Encuesta			
Hábitos de autocuidado: higiene, alimentación, descanso/sueño, drogas, salud sexual y acceso a la salud.								

		<p>fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.</p>			duermen en el lugar	
				Uso de Drogas	Tabaco, Marihuana, Heroína	Encuesta
				Salud sexual	Uso de métodos de barrera (Condón) Número de parejas sexuales Prueba del VIH-SIDA	Encuesta
				Acceso a la salud	Seguro Social	Encuesta

## **CAPÍTULO IV**

### **PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

## 4.1. GENERALIDADES

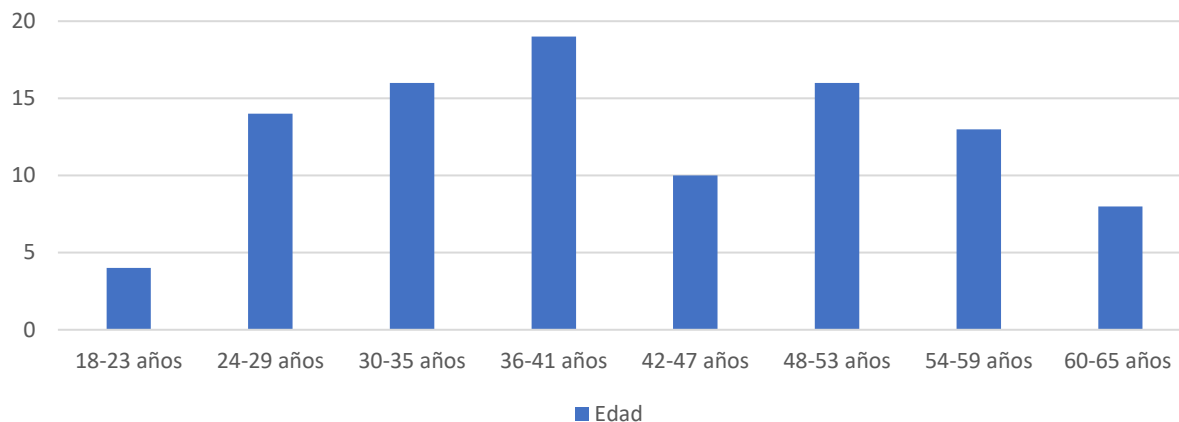


Figura N 1. Distribución de la población según edad, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

En la población habitante de calle los rangos de edad que más se presentan es el de 36-41 años con 19 personas, seguido de 30-35 años y 48-53 años con 16 personas respectivamente. El rango de edad menor que se presenta en esta población es el de 18-23 años y 60-65 años con 4 y 8 personas respectivamente.

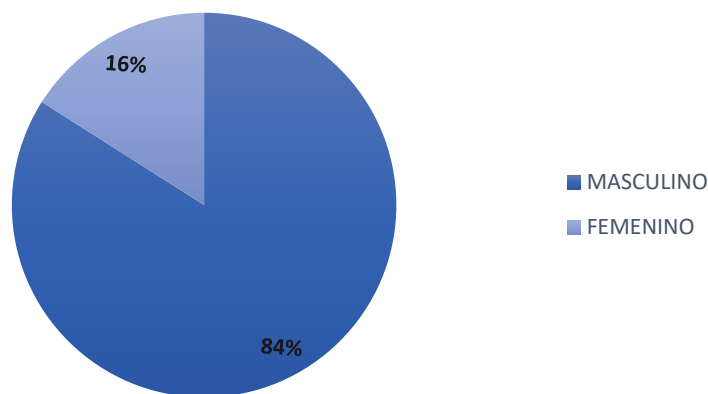


Figura N 2 Distribución de la población según el sexo asignado al nacer, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

El sexo más frecuente de la población indigente del área metropolitana de San José es el sexo masculino con un 84 %.

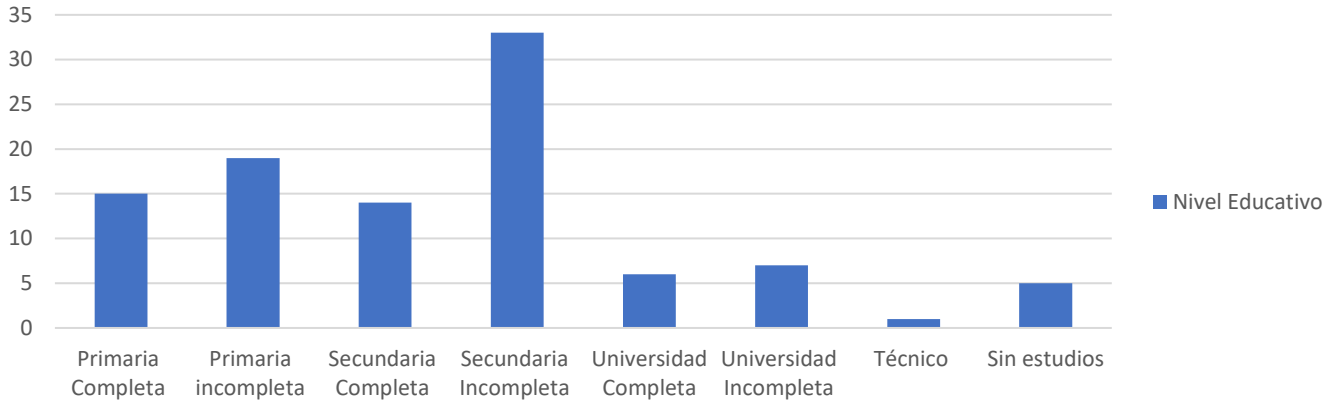


Figura N 3 Distribución de la población según el nivel educativo, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

El nivel educativo más alto cursado en la población de estudio es la secundaria incompleta con un 33% de la muestra, seguido de la primaria incompleta con un 19% del total de la población.

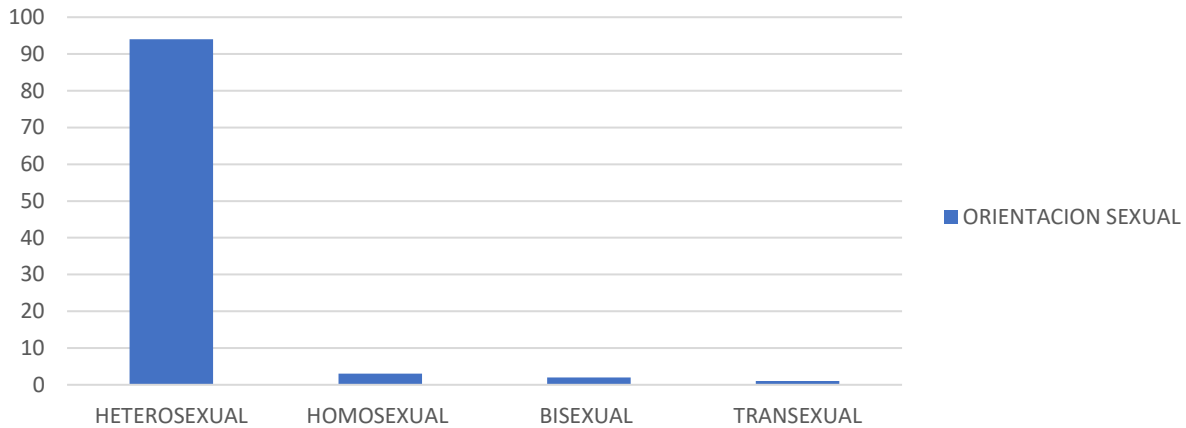


Figura N 4 Distribución de la población de la población según la orientación sexual, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

La orientación sexual que más se presenta en la población indigente del área metropolitana de San José es la heterosexual, con un 94 % de la muestra, seguida de la homosexual con un 2 % de la población total.

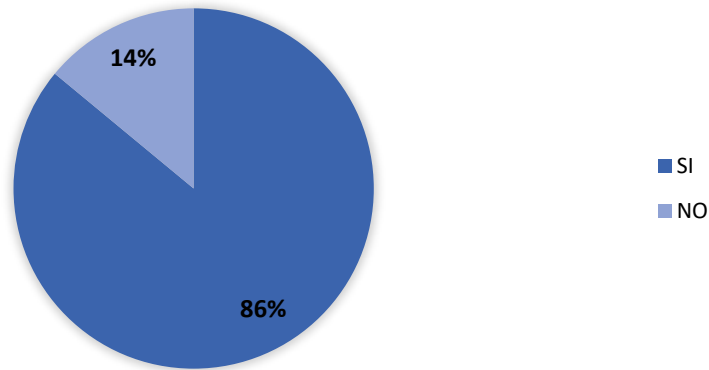


Figura N 5 Distribución de la población según el conocimiento del VIH, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

En la investigación se registra que un 86 % de la población indigente del área metropolitana de San José sí conocen y han escuchado hablar del VIH.

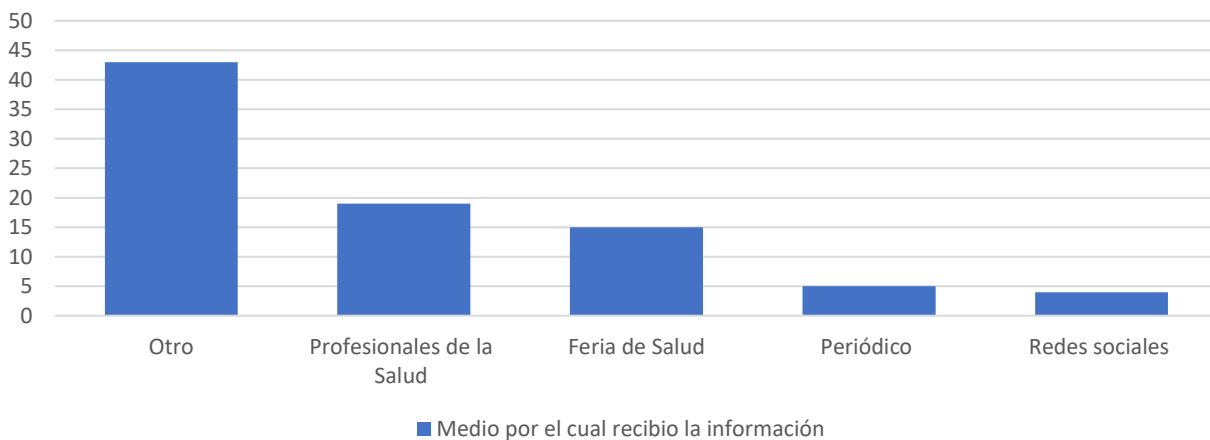


Figura N 6 Distribución de la población según el medio por el cual reciben información del VIH, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

El medio de información más frecuente donde recibe información la población indigente que registra conocimiento del VIH fue por medio de los profesionales de la salud con un 22 %.

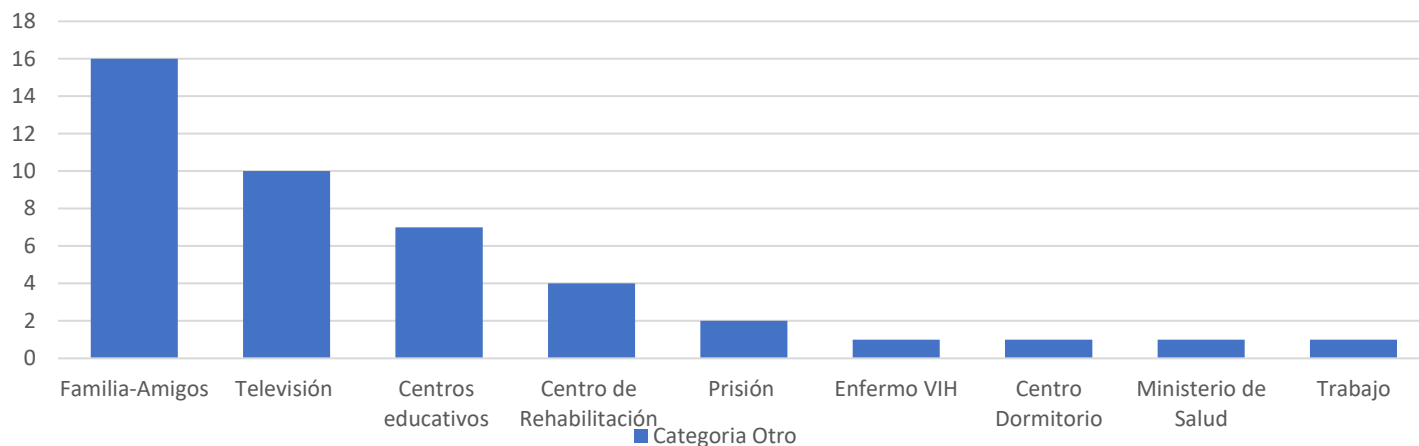


Figura N 7 Otros medios por el cual reciben información del VIH, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

El 50 % de la población indigente del área metropolitana de San José que conoce el VIH reciben información por otros medios, de estos la familia y amigos obtiene un 37 %, seguido de la televisión con un 23% y los centros educativos con un 16%.

*Tabla N°1.  
Distribución de la población según el conocimiento de los signos y síntomas del VIH, Área Metropolitana San José, II Cuatrimestre, julio-agosto 2018*

Signos y síntomas del VIH	SÍ		NO	
	Absoluto	%	Absoluto	%
Dolor y malestar general	39	45 %	47	55 %
Diarrea por más de un mes	29	34 %	57	66 %
Dolor articular	28	33 %	67	58 %
Ganglios inflamados en el cuello y la ingle	17	20 %	69	80 %
Vómito explosivo	16	19 %	70	81 %
Revestimiento espeso y blanco en la lengua o la boca	12	14 %	74	86 %

Tos intensa	12	14 %	74	86 %
Ninguno	10	12 %	76	88 %

Fuente: Elaboración propia, 2018

El signo y síntoma del VIH que más conoce la población indigente es el de dolor y el malestar general con un 45 %, seguido de la diarrea por más de un mes que obtiene un 64 % y el dolor articular con un 33%.

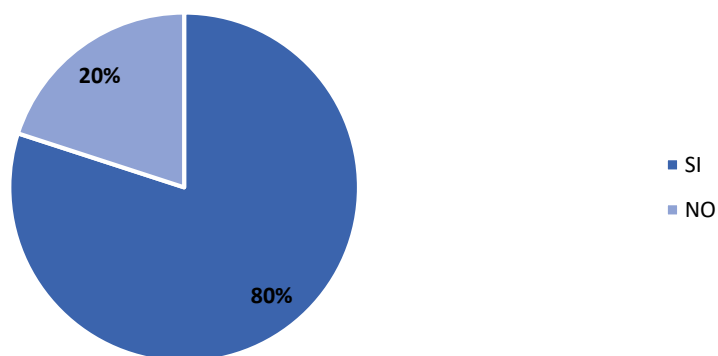


Figura N 8 Distribución de la población según el conocimiento del SIDA, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Un 80 % de la población indigente del área metropolitana de San José sí conocen y han escuchado hablar del SIDA.

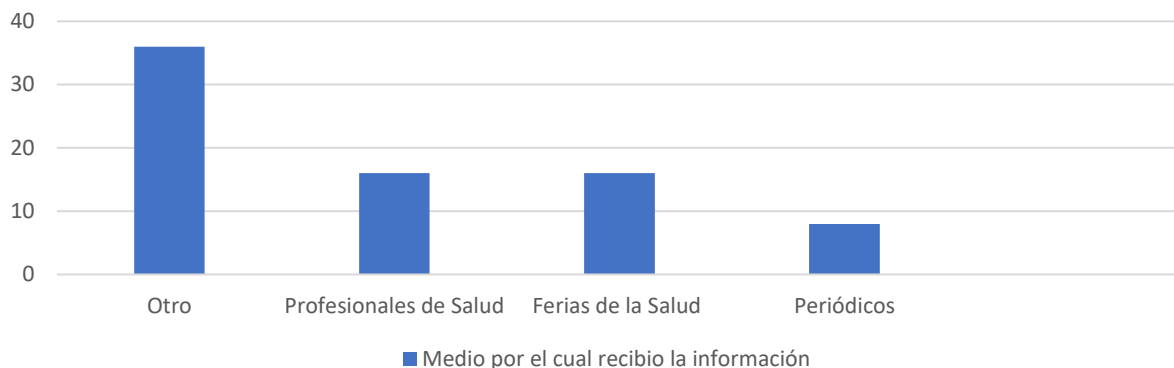


Figura N 9 Distribución de la población según el medio por el cual reciben información del SIDA, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

La población indigente que conoce el SIDA, el medio más frecuente donde reciben información de la enfermedad es por medio de los profesionales de la salud y por las ferias de salud, con un 16 % respectivamente.

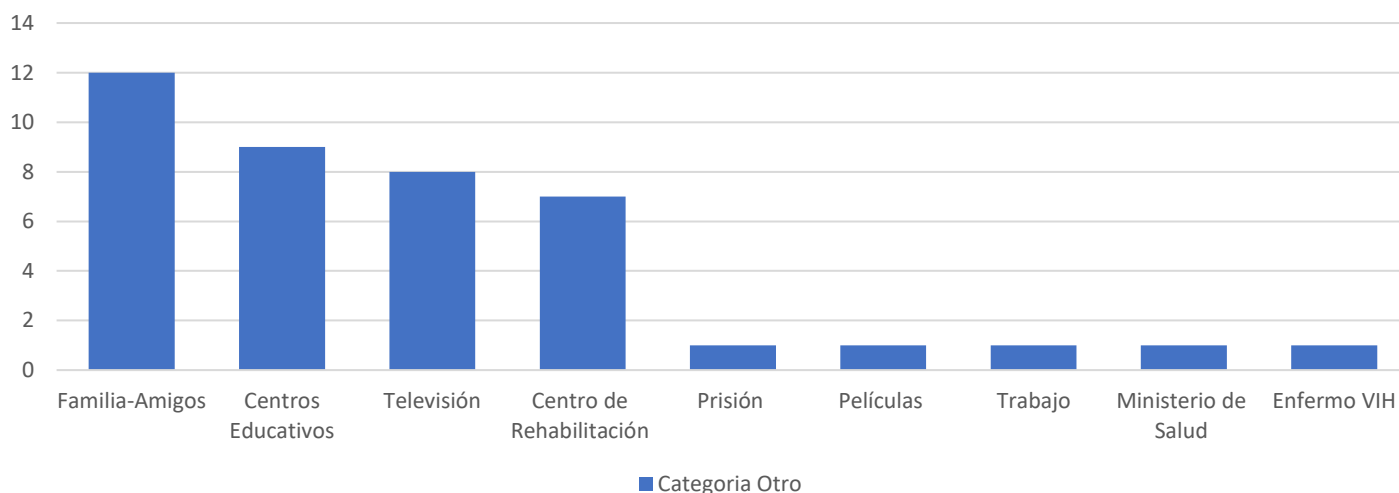


Figura N 10 Otros medios por el cual reciben información del SIDA, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

El 45 % de la población indigente que conoce el SIDA reciben información por otros medios, de estos la familia y amigos obtiene un 33 %, seguido de los centros educativos con un 25%.

Tabla N° 2

*Distribución de la población según el conocimiento de los signos y síntomas del SIDA, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018*

<b>Signos y síntomas del VIH</b>	<b>SÍ</b>		<b>NO</b>	
	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>
Pérdida brusca de peso	50	62 %	30	38 %
Fatiga permanente	37	46 %	43	54 %
Infecciones graves y recurrentes	32	40 %	48	60 %
Dolor de articulaciones	25	31 %	55	69 %
Erupciones en la piel	17	21 %	63	79 %
Vómito Explosivo	9	11 %	71	89 %
Pérdida de memoria	6	7 %	74	93 %
Ninguna	5	6 %	75	94 %

Fuente: Elaboración propia, 2018

El signo y síntoma del SIDA que más conoce la población indigente es la pérdida brusca de peso con un 62 %, seguido de la fatiga permanente que obtuvo un 46 % y las infecciones graves y recurrentes con un 40%.

Tabla N° 3

*Distribución de la población según el conocimiento de la forma de transmisión del VIH-SIDA, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018*

<b>Forma de transmisión del VIH-SIDA</b>	<b>SÍ</b>		<b>NO</b>	
	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>
Relaciones sexuales anales o vaginales	91	91 %	9	9 %
Lágrimas, sudor y saliva	31	31 %	69	69 %
Transfusión Sanguínea	27	27 %	73	73 %
Compartir agujas o jeringas	26	26 %	74	74 %
Alimentación (compartir utensilios)	4	4 %	96	96 %
Mosquitos e insectos	3	3 %	97	97 %

Fuente: Elaboración propia, 2018

La forma de transmisión del VIH-SIDA más conocida por parte de la población indígena es la de relaciones sexuales anales o vaginales con un 91 % de la muestra, seguido de las lágrimas, sudor y saliva con un 31 % y las transfusiones sanguíneas con un 27%.

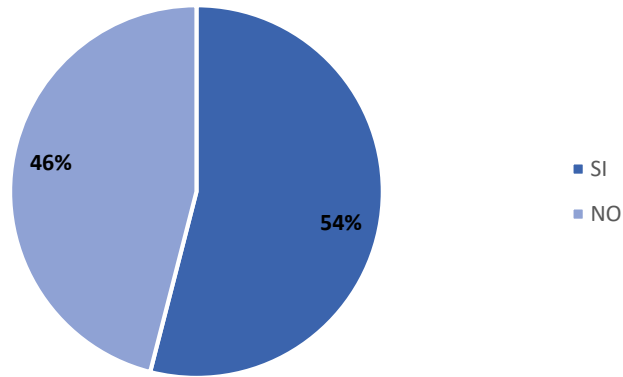


Figura N 11 Distribución de la población según el conocimiento de la Tuberculosis, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

De la población de estudio se registra que un 54% de la población indígena del área metropolitana de San José conocen y han escuchado hablar de la tuberculosis.

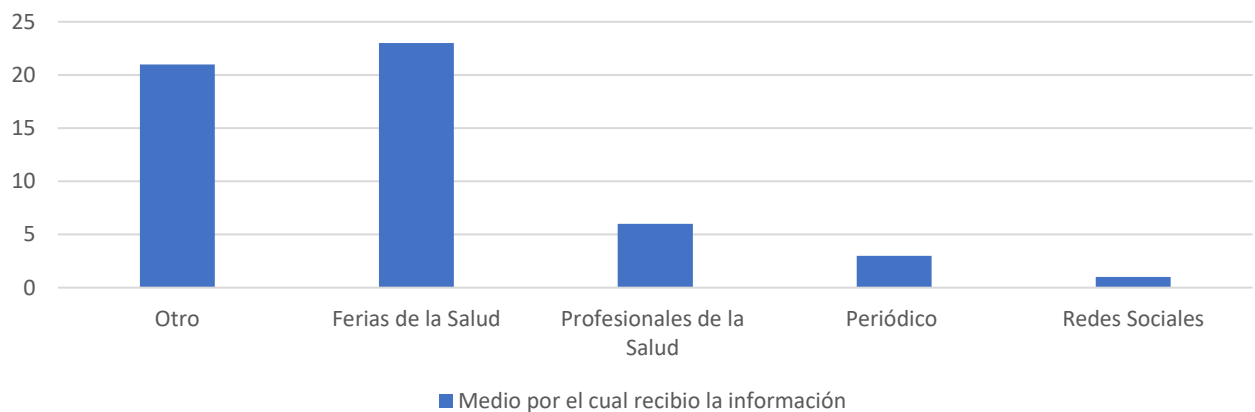


Figura N°12 Distribución de la población según el medio por el cual reciben información de la Tuberculosis, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

El medio más frecuente donde recibieron información de la enfermedad es por las ferias de salud con un 43 % seguido de los profesionales de la salud con un 11 %.

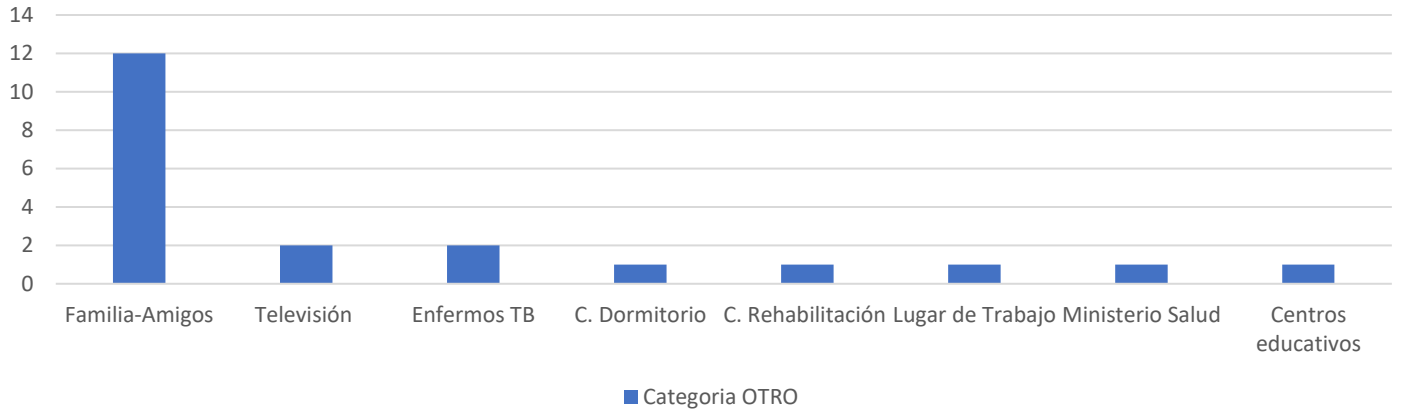


Figura N 13 Otros medios por el cual reciben información de la tuberculosis, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

El 39 % de la población indigente que conoce la Tuberculosis (TB) reciben información por otros medios, de estos la familia y amigos obtiene un 57 %, seguido de la televisión y Enfermos de TB con un 9% respectivamente.

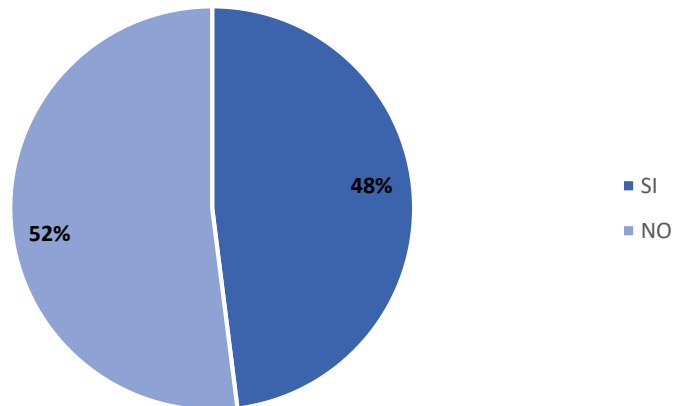


Figura N 14. Distribución de la población según el conocimiento de la transmisión de la Tuberculosis, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

El 48 % de la población indigente del área metropolitana de San José sí conoce la forma de transmisión de la tuberculosis.

Tabla N° 4

*Distribución de la población según el conocimiento de la transmisión de la Tuberculosis, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018*

Forma de Transmisión de la Tuberculosis	SÍ		NO	
	Absoluto	%	Absoluto	%
Toser, estornudar o escupir	38	79 %	10	21 %
Sangre	7	15 %	85	60 %
Darle la mano a alguien	3	6 %	45	94 %
Otro	10	21 %	38	79 %

Fuente: Elaboración propia, 2018

La forma de transmisión de la Tuberculosis más conocida por parte de la población indigente del área metropolitana de San José es por toser, estornudar o escupir con un 79 % de la muestra.



Figura N 15 Distribución de la población según la otra forma de transmisión de la Tuberculosis, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

El 21 % de la población que conoce la forma de transmisión de la Tuberculosis (TB) es por otras formas, de estas el compartir utensilios en la alimentación obtiene un 90 % la cual es la forma de transmisión más frecuente, seguido por el contacto de las heces de los usuarios con un 10 %.

Tabla N° 5

*Distribución de la población según el conocimiento de los signos y síntomas de la Tuberculosis, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018*

Signos y síntomas de la Tuberculosis	SÍ		NO	
	Absoluto	%	Absoluto	%
Tos intensa que dura 3 semanas o más	39	81 %	9	19 %
Tos con salida de flemas o sangre	26	54 %	22	46 %
Pérdida de peso	13	27 %	35	73 %
Sudor durante la noche	8	17 %	40	83 %
Disnea o dolor torácico o de pecho	6	12 %	42	88 %
Caída de cabello	1	2 %	47	98 %

Fuente: Elaboración propia, 2018

El signo y síntoma de la tuberculosis que más conoce la población indigente del área metropolitana de San José es la tos intensa que dura más de 3 semanas con un 81 %, seguido de la tos con salida de flemas o sangre que obtiene un 54 %.

Tabla N° 6

*Distribución de la población según los signos y síntomas presentados de la Tuberculosis, VIH y SIDA  
Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018*

<b>Signos y síntomas de la Tuberculosis</b>	<b>SÍ</b>		<b>NO</b>	
	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>
Pérdida de peso	44	44 %	56	56 %
Fiebre	31	31 %	69	69 %
Sudor durante la noche	18	18 %	82	82 %
Disnea o dolor torácico	10	10 %	90	90 %
Tos intensa de más de 3 semanas-Flemas o sangre	8	8 %	92	92 %
<b>Signos y síntomas del VIH</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>	
Dolor y malestar general	36	36 %	64	64 %
Ganglios inflamados en el cuello y la ingle	8	8 %	92	92 %
Diarrea por más de un mes	4	4 %	96	96 %
Revestimiento espeso y blanco en la lengua o la boca	1	1 %	99	99 %
<b>Signos y Síntomas del SIDA</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>	
Perdida brusca de peso	16	16 %	84	84 %
Pérdida de memoria	12	12 %	88	88 %
Infecciones graves y recurrentes	6	6 %	94	94 %
Erupciones de la piel	3	3 %	97	97 %

Fuente: Elaboración propia, 2018

El signo y síntoma que más han presentado los indigentes del área metropolitana de San José son la pérdida de peso con un 44% por parte de la Tuberculosis, con el VIH el signo y síntoma más frecuente es el dolor y malestar general con un 36 % de la muestra. Por último, en lo que se registra del SIDA, el signo y síntoma que más se presenta es la pérdida brusca de peso con un 16 %.

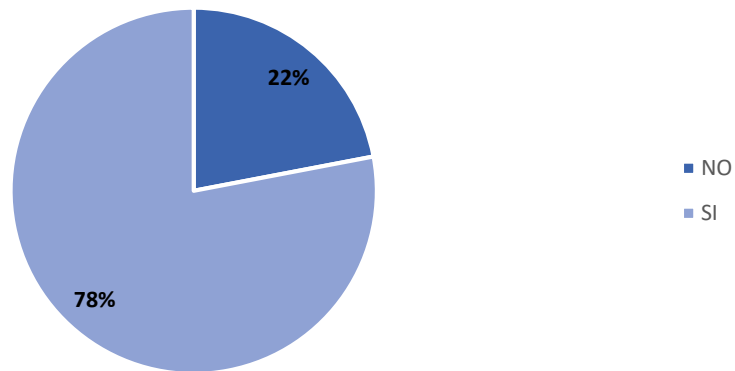


Figura N 16 Distribución de la población según la capacidad de realizar su autocuidado en relación con el estado de ánimo, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

En la distribución de la muestra, un 78 % de la población indigente del área metropolitana de San José sí tiene la capacidad de realizar su autocuidado según su estado de ánimo.

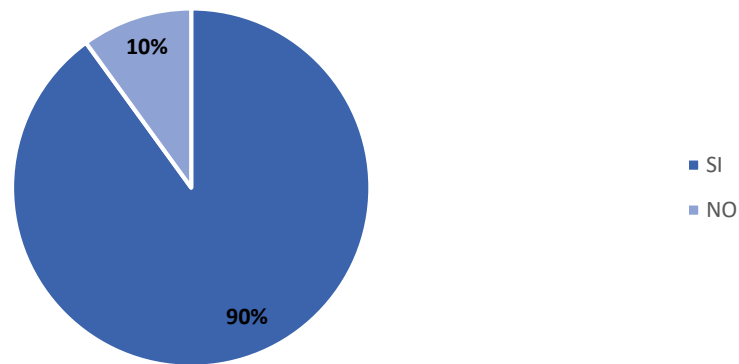


Figura N 17 Distribución de la población según la capacidad de invertir tiempo en su autocuidado, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

En la distribución de la población indigente del área metropolitana de San José, un 90 % de la muestra invierten tiempo en su autocuidado.

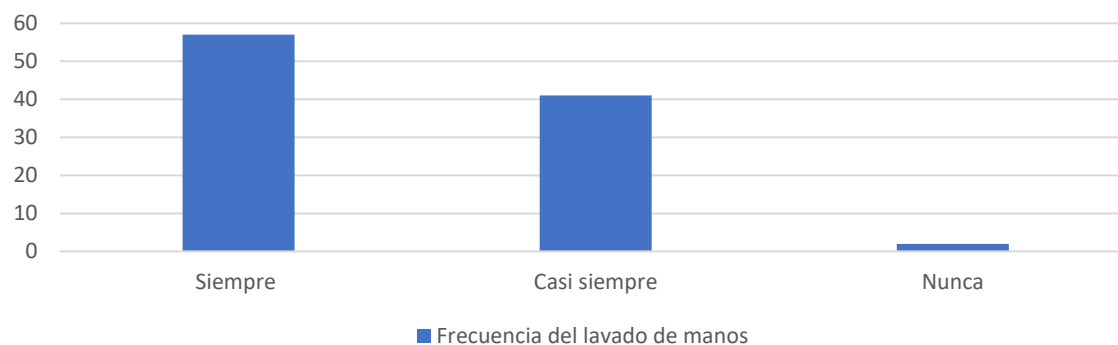


Figura N 18 Distribución de la población según la frecuencia del lavado de manos, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

En la distribución de la población indigente del área metropolitana de San José, según la frecuencia del lavado de manos, el 57% muestra que se lava las manos “siempre”, siendo este el más frecuente, seguido de un 42 % con una frecuencia de “casi siempre”.

Tabla N° 7

*Distribución de la población según el momento del lavado de manos, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018*

Momento del lavado de manos	SÍ		NO	
	Absoluto	%	Absoluto	%
Después de ir al baño	50	50 %	50	50 %
Antes de alimentarse	46	46 %	54	54 %
Cuando las veo sucias	13	13 %	87	87 %
Otro	6	6%	94	94%
TODAS	22	22 %	78	78 %

Fuente: Elaboración propia, 2018

El momento más frecuente del lavado de manos de la población indigente del área metropolitana de San José es después de ir al baño con un 50% de la muestra, seguido de antes de alimentarse que obtuvo un 46 %.

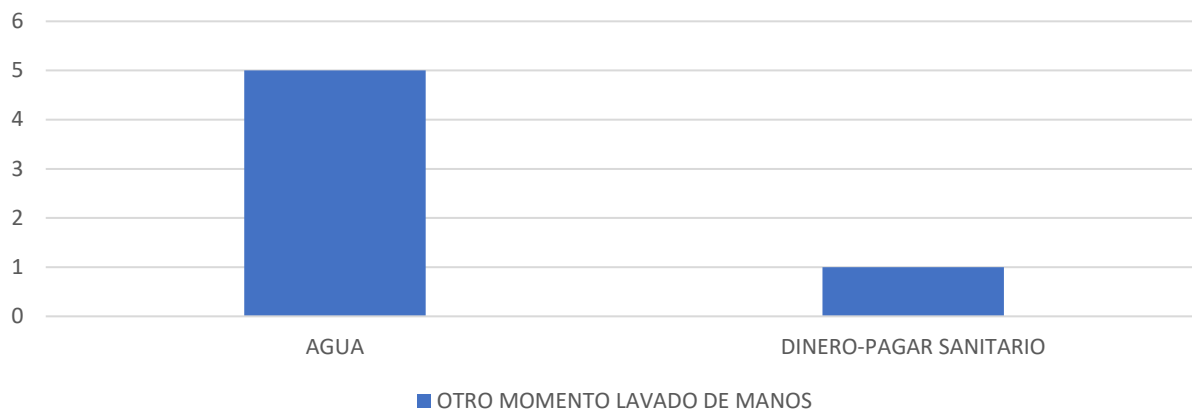


Figura N 19 Distribución de la población según los otros momentos del lavado de manos, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

El 6% de la población indigente refiere otros momentos del lavado de manos, de estos, el conseguir agua obtiene un 83 % seguido por el dinero para conseguir donde lavarse las manos con un 17%.

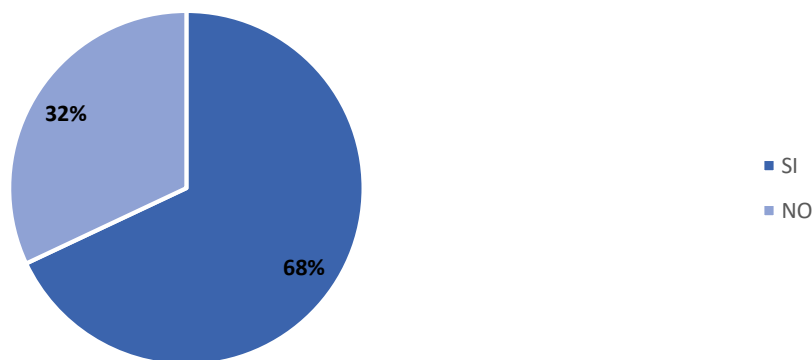


Figura N 20 Distribución de la población según el conocimiento de las ventajas del lavado de manos, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

El 68 % de la población indigente sí conoce las ventajas del lavado de manos.

Tabla N° 8

Distribución de la población según el conocimiento de las ventajas del lavado de manos, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018

Ventajas del lavado de manos	SÍ		NO	
	Absoluto	%	Absoluto	%
Previene enfermedades causadas por bacterias y microorganismos	19	28 %	49	72 %
Evitar expandir nuestras enfermedades infecciosas a otros.	12	18 %	56	82 %
Prevenir infectarnos de algún virus	2	3 %	66	97 %
TODAS	35	51 %	33	49 %

Fuente: Elaboración propia, 2018

La distribución de la población indigente según el conocimiento de las ventajas del lavado de manos, la ventaja más frecuente es la opción de “todas” que obtuvo un 51%, seguido de la ventaja que “previene enfermedades causadas por bacterias y microorganismos” con un 28%.

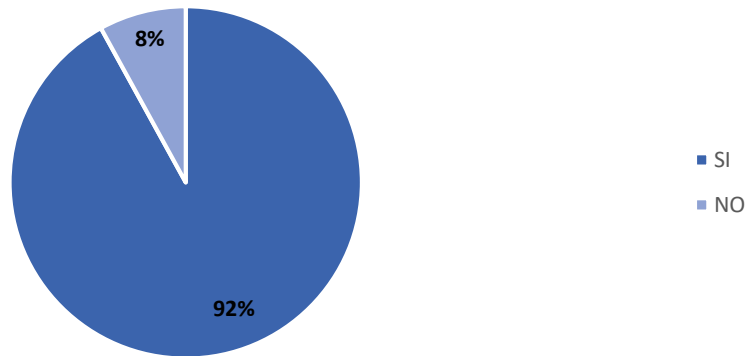


Figura N 21 Distribución de la población según la práctica correcta de estornudar y toser, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Un 92% de la población indigente del área metropolitana de San José sí conocen la práctica correcta de estornudar y toser.

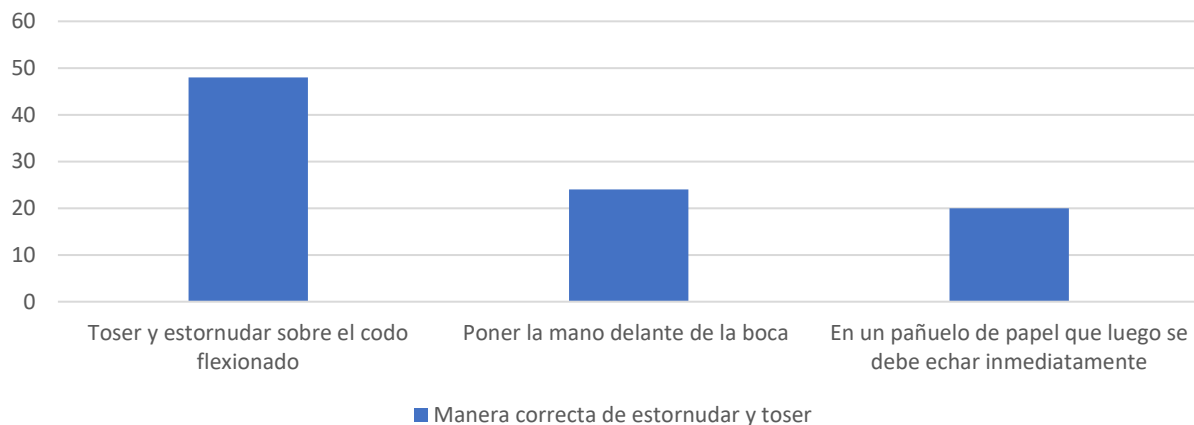


Figura N 22. Distribución de la población según la práctica correcta de estornudar y toser, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Del 92% de la población indigente con conocimiento de la práctica correcta de estornudar y toser, un 52% menciona que la práctica correcta es toser y estornudar sobre el codo flexionado siendo esta la más frecuente.

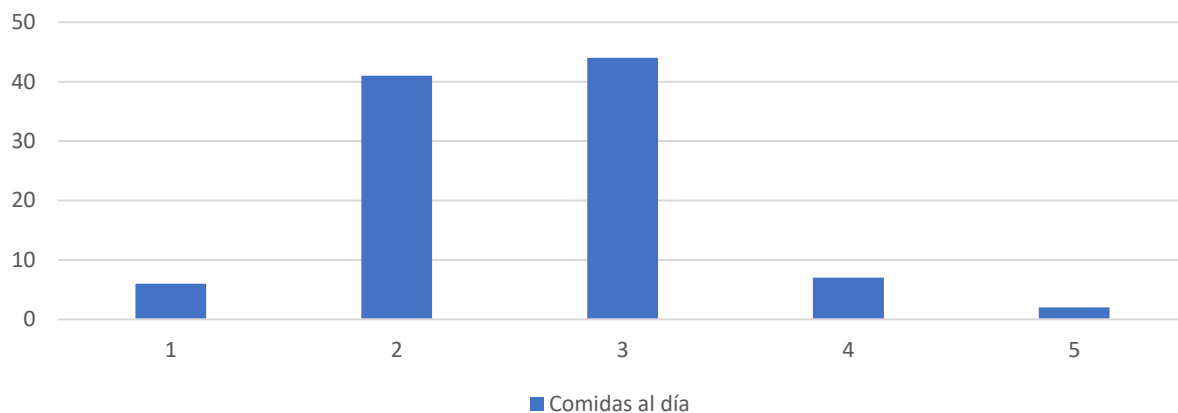


Figura N 23. Distribución de la población según la cantidad de comidas al día, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

En la distribución de la población según la cantidad de comidas al día, la frecuencia más habitual es “3 comidas al día” con un 44% de la muestra, seguido de “2 comidas al día” con un 41%.

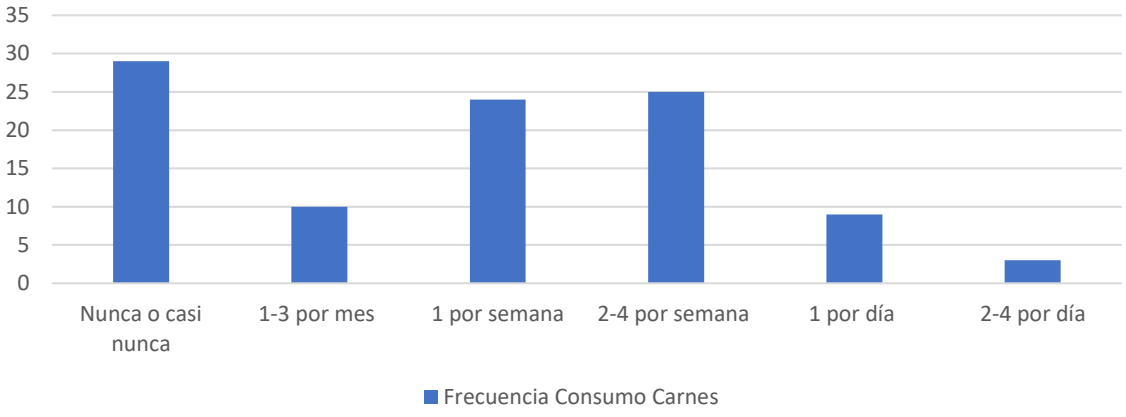


Figura N 24. Distribución de la población según la frecuencia del consumo de carnes, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

La frecuencia del consumo de carnes por parte de la población indigente más habitual es “nunca o casi nunca” con un 29%, seguido de “2-4 veces por semana”, que obtiene un 25%.

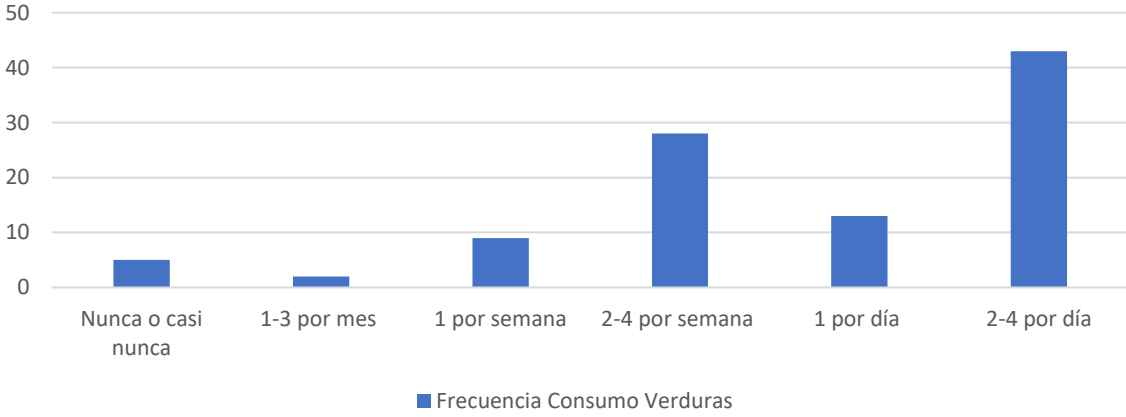


Figura N 25. Distribución de la población según la frecuencia del consumo de verduras, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

La frecuencia del consumo de verduras por parte de la población indigente más habitual es de “2-4 veces por día” con un 43%, seguido de “2-4 veces por semana”, que obtiene un 28%.

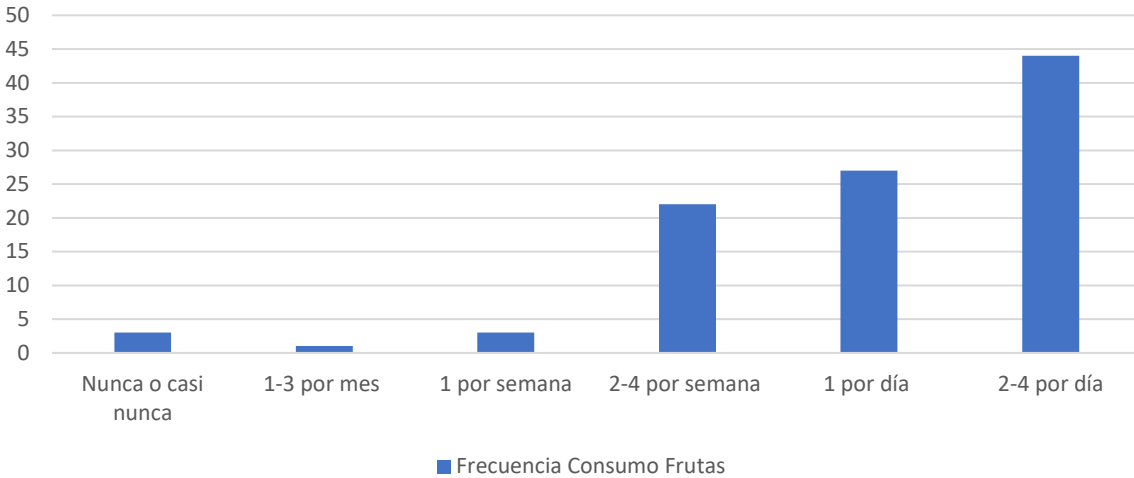


Figura N 26. Distribución de la población según la frecuencia del consumo de frutas, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

La frecuencia del consumo de frutas por parte de la población indigente más habitual es de “2-4 veces al día” con un 44%, seguido de “1 vez por día”, que obtiene un 27%.

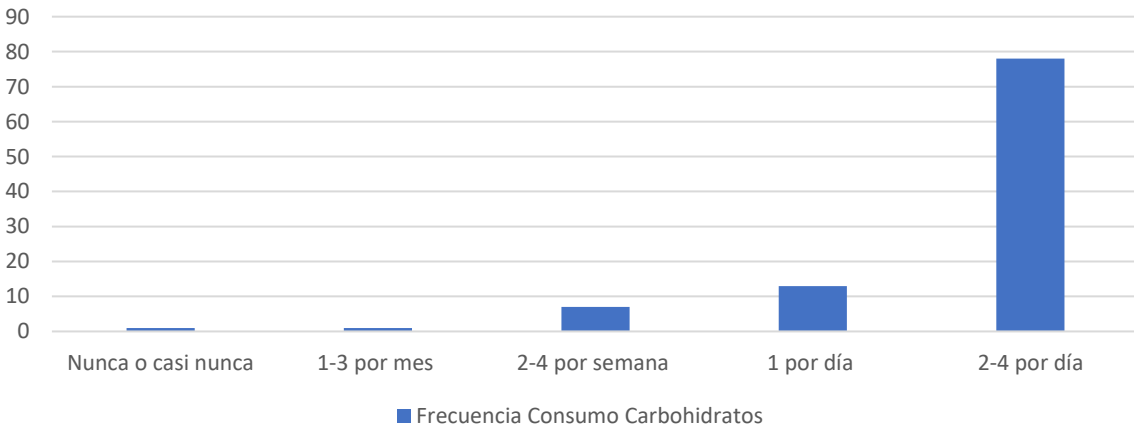


Figura N 27. Distribución de la población según la frecuencia del consumo de carbohidratos, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

La frecuencia del consumo de carbohidratos por parte de la población indigente más habitual es de “2-4 veces al día” con un 78%, seguido de “1 vez al día”, que obtiene un 13%.

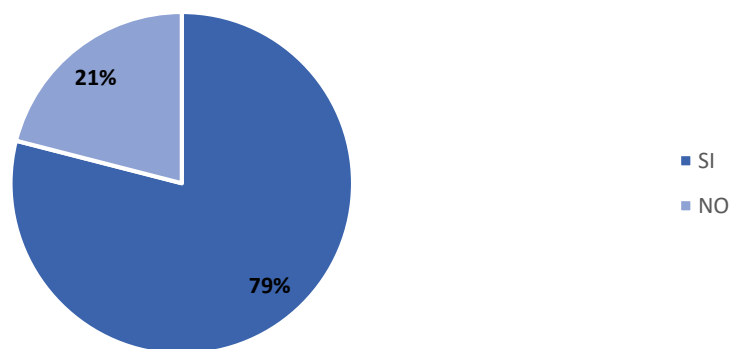


Figura N 28. Distribución de la población según consumo de agua, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Un 79% de la distribución de la población indigente, sí consume agua

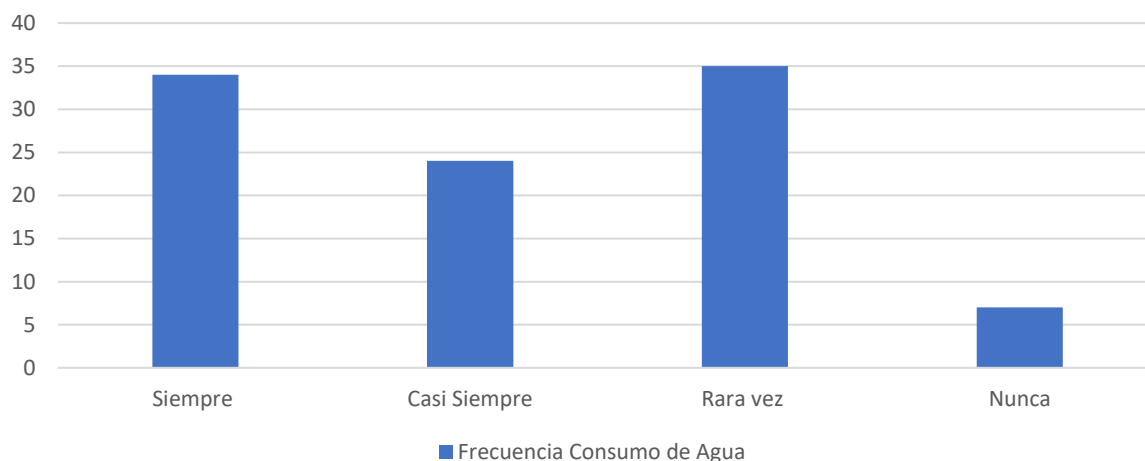


Figura N 29. Distribución de la población según la frecuencia del consumo de agua, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Un 44% de la población indigente del área metropolitana de San José consume agua con una frecuencia de “rara vez”, siendo esta la más habitual, seguida de “siempre” con un 43%.

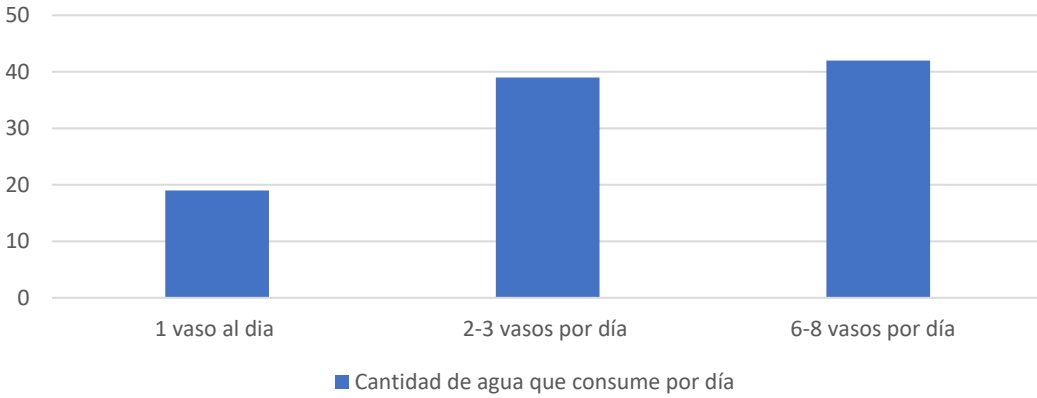


Figura N 30. Distribución de la población según la cantidad de agua que se consume al día, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

La cantidad de agua que consume la población indigente por día más frecuente son de “6-8 vasos al día”, siendo esta la más habitual con un 42%, seguido de “2-3 vasos al día” con un 39%.

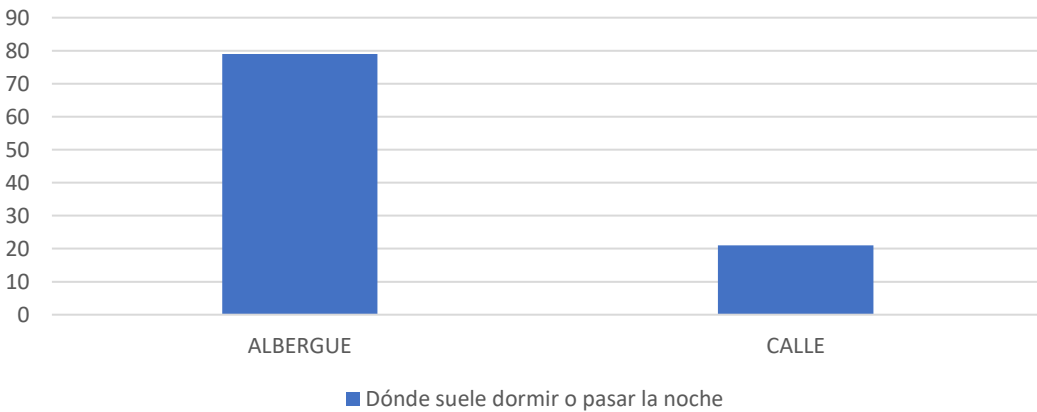


Figura N 31. Distribución de la población según el lugar suelen pasar la noche, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

El 79% de los indigentes suelen pasar la noche en algún albergue del área metropolitana de San José.

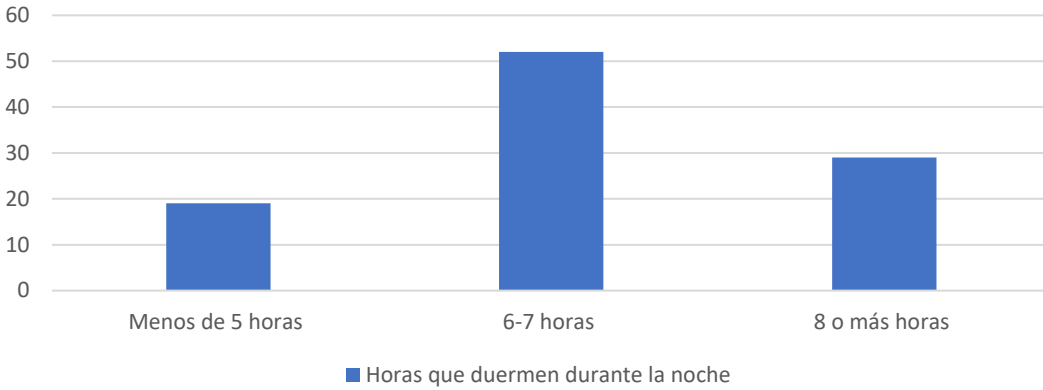


Figura N 32. Distribución de la población según la cantidad de horas que duermen en la noche, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

La cantidad de horas más frecuentes que duermen la población indigente en la noche son de “6-7 horas” con un 52% de la muestra.

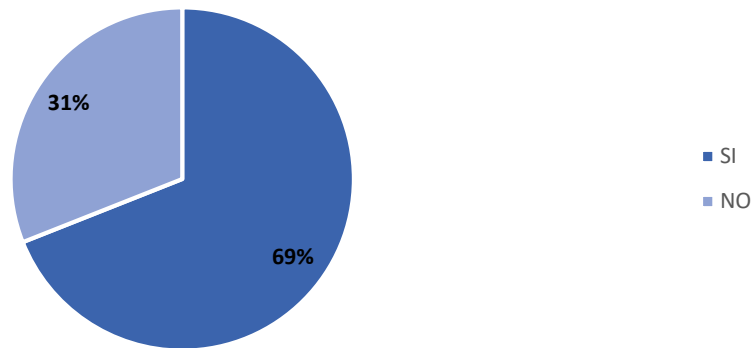


Figura N 33. Distribución de la población según la calidad del tiempo de descanso, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Un 69% de la población indigente del área metropolitana de San José refieren que sí tienen una calidad de descanso.

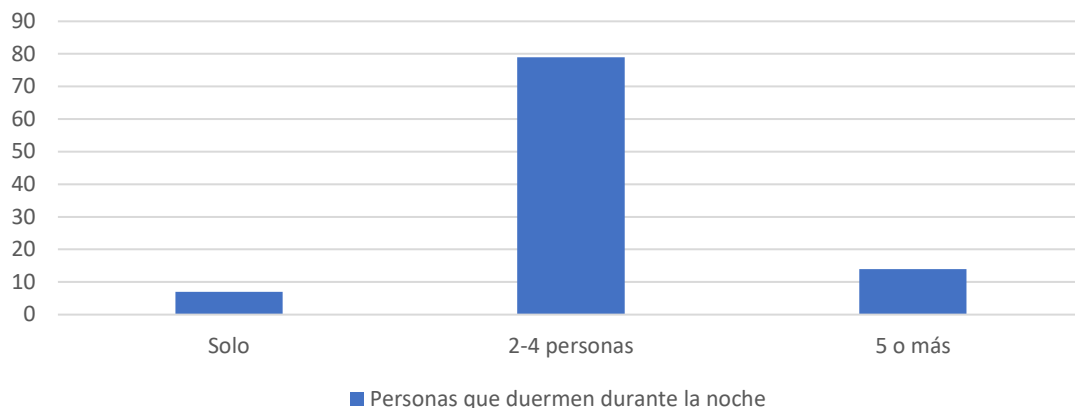


Figura N 34. Distribución de la población según la cantidad de personas que comparten en el dormitorio, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

El 79% de la población indigente comparte con 2-4 personas el dormitorio, siendo este el más frecuente.

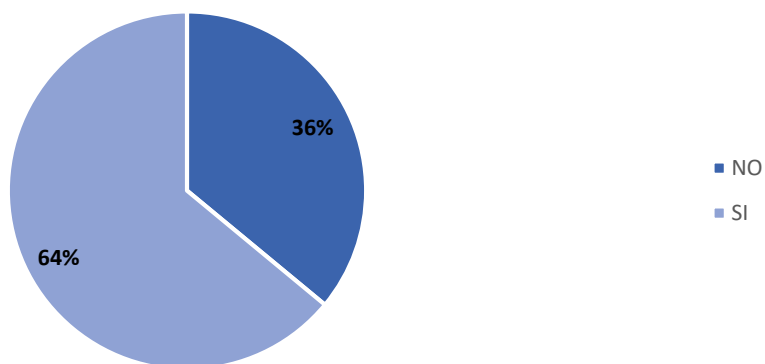


Figura N 35. Distribución de la población según el consumo de tabaco, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

El consumo de tabaco de la población indigente del área metropolitana de San José es de un 64 % de la muestra.

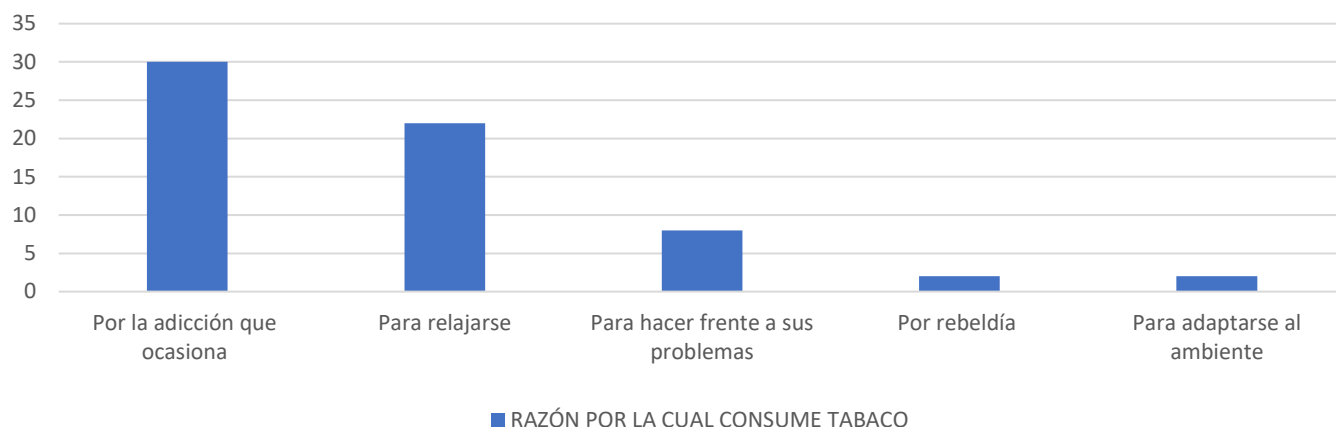


Figura N 36. Distribución de la población según razón del consumo de tabaco, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

La razón más frecuente por el consumo de tabaco es “por la adicción que ocasiona” con un 47% de los consumidores, seguido de la razón “por relajarse” con un 34%.

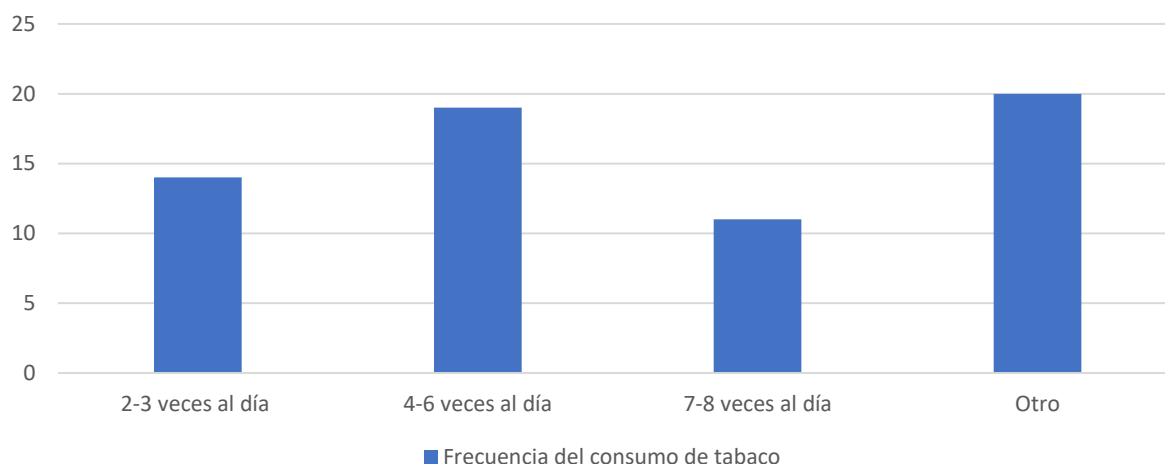


Figura N 37. Distribución de la población según la frecuencia del consumo de tabaco, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

La frecuencia más habitual del consumo de tabaco en la población indigente es de 4-6 veces al día con un 30% que representa 19 personas de la muestra obtenida.

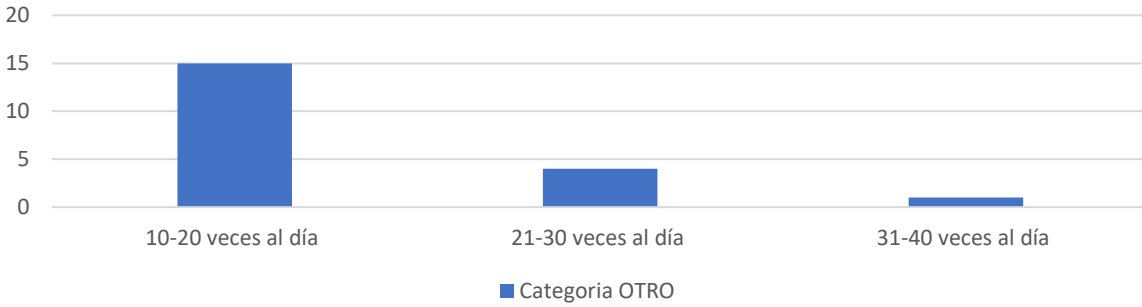


Figura N 38. Distribución de la población según la otra frecuencia del consumo de tabaco, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

El 31% de los consumidores de tabaco refieren que tienen otra frecuencia de consumo de las cuales, de “10-20 veces al día” es la más habitual con un 48% que representa 15 personas.

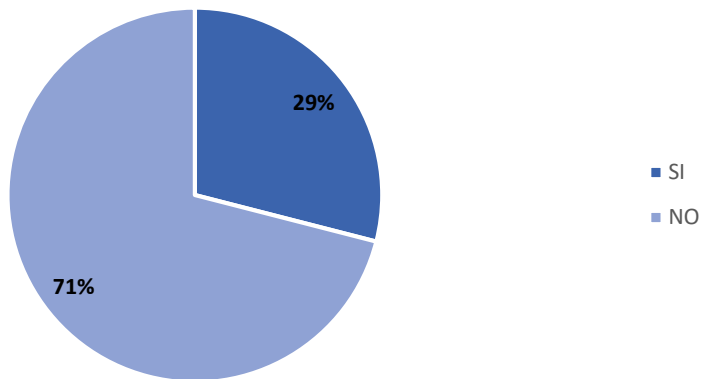


Figura N 39. Distribución de la población según el consumo de marihuana, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

El consumo de marihuana de la población indigente del área metropolitana de San José es de un 29% de la muestra.

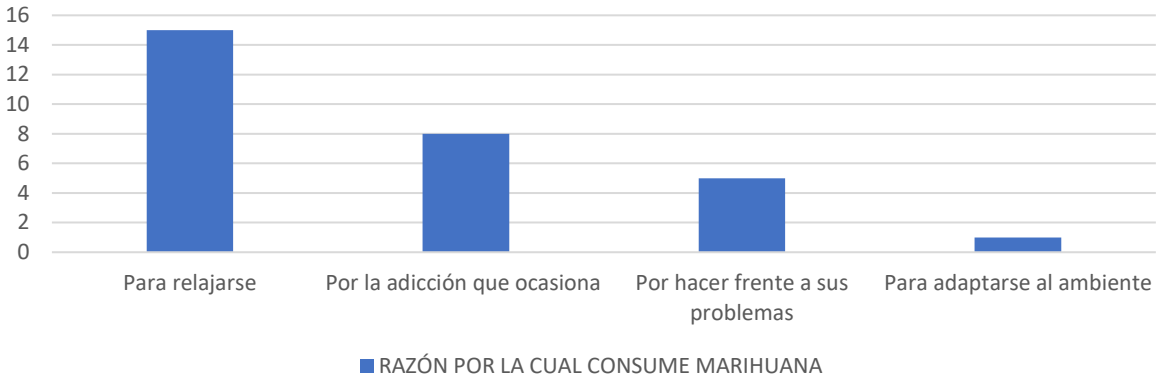


Figura N 40. Distribución de la población según la razón del consumo de marihuana, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

La razón más frecuente por el consumo de la marihuana es “para relajarse” con un 52% de los consumidores que representa 15 personas, seguido de la razón “por la adicción que ocasiona” con un 28% que son 8 personas de la muestra.

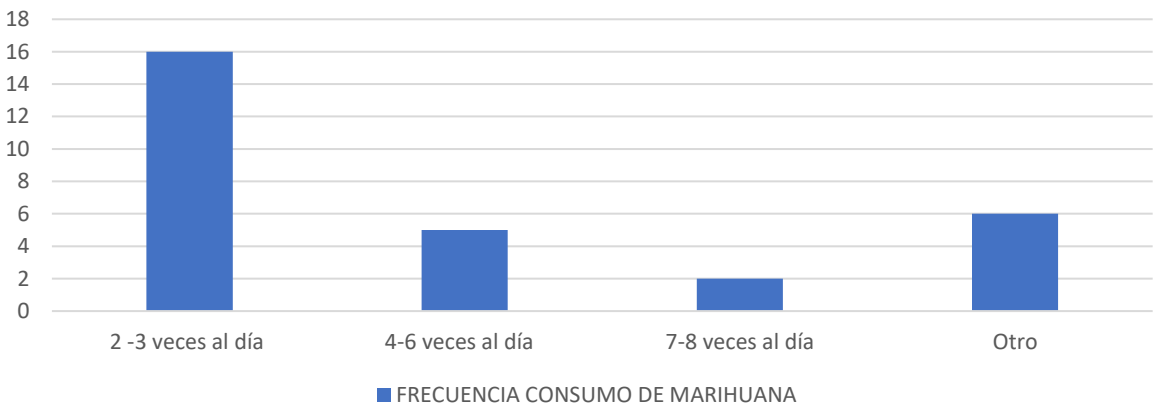


Figura N 41. Distribución de la población según la frecuencia del consumo de marihuana, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

La frecuencia más habitual del consumo de marihuana en la población indigente es de 2-3 veces al día con un 55% que representa 16 personas.

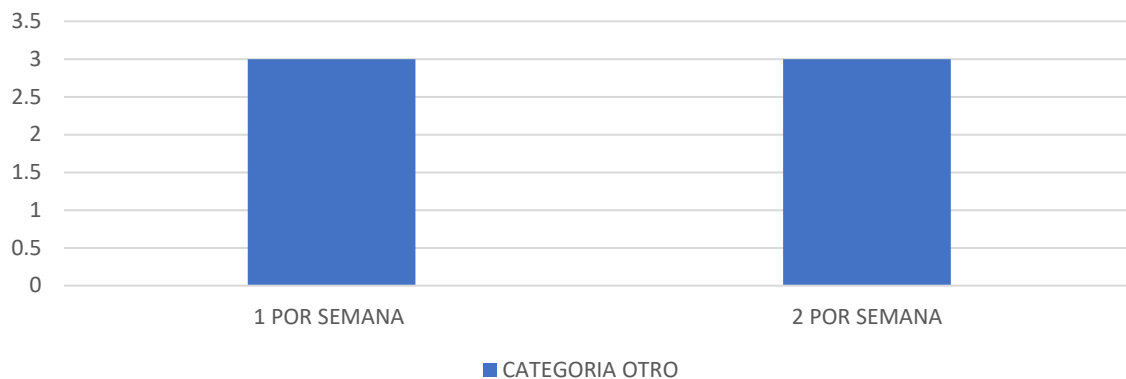


Figura N 42. Distribución de la población según la categoría otro de la frecuencia del consumo de marihuana, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

El 21% de los consumidores de marihuana refieren que tienen otra frecuencia de consumo de las cuales, “1 por semana” y “2 por semana” reciben el mismo porcentaje con 50% que representa 3 personas respectivamente.

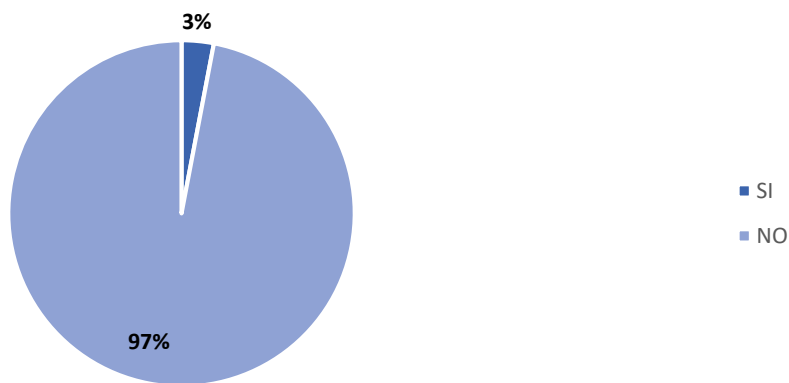


Figura N 43. Distribución de la población según el consumo de heroína, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

El consumo de heroína de la población indigente del área metropolitana de San José es de un 3% de la muestra, lo cual se identifica que hay un bajo consumo de la droga.

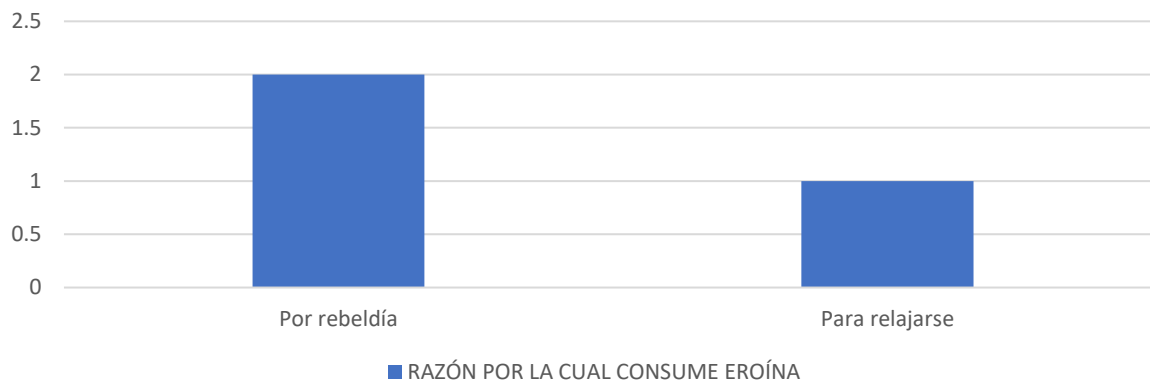


Figura N 44. Distribución de la población según la razón del consumo de heroína, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

La razón más frecuente por el consumo de heroína es “por rebeldía” con un 67% de los consumidores que va a representar 2 personas.

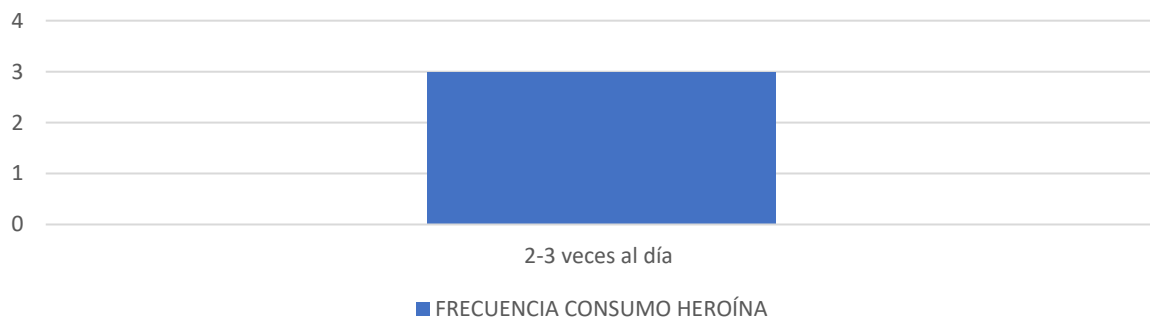


Figura N 45. Distribución de la población según la frecuencia del consumo de heroína, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

El total de la población indigente consume heroína con una frecuencia de 2-3 veces al día.

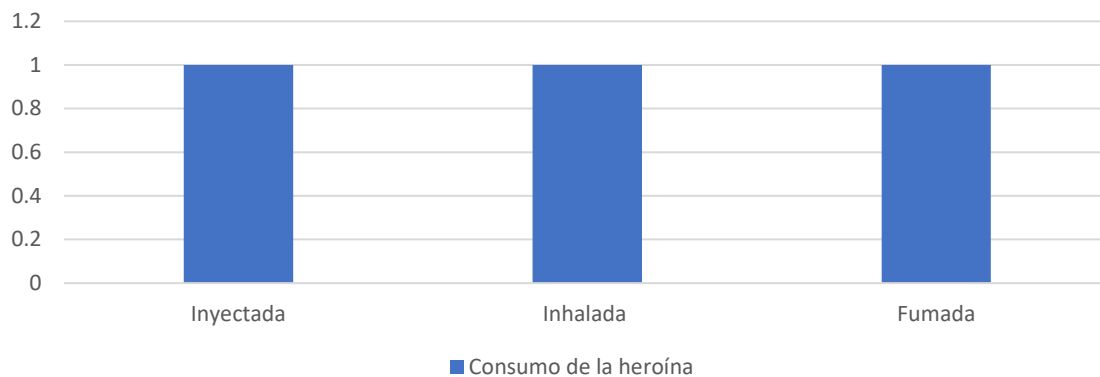


Figura N 46. Distribución de la población según el tipo de consumo de heroína, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Del total de la población que consume heroína, el tipo de consumo se divide en un 33,3% inyectada, 33,3% inhalada y 33,3% fumada.

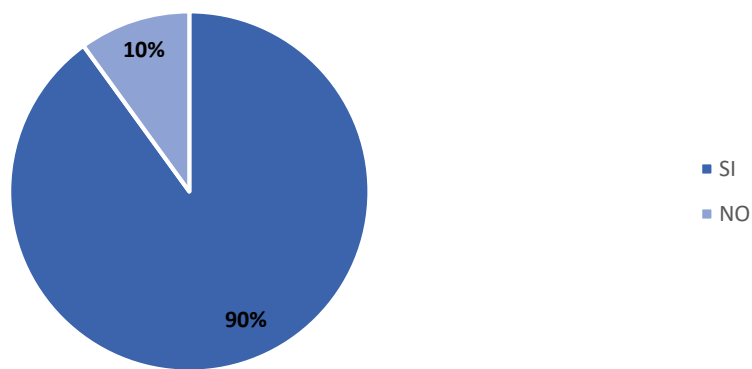


Figura N 47. Distribución de la población según la capacidad de abandonar un mal hábito por cuidar su salud, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, julio-agosto 2018.

El 90% de la población indigente del área metropolitana de San José sí es capaz de abandonar un mal hábito por cuidar su salud.

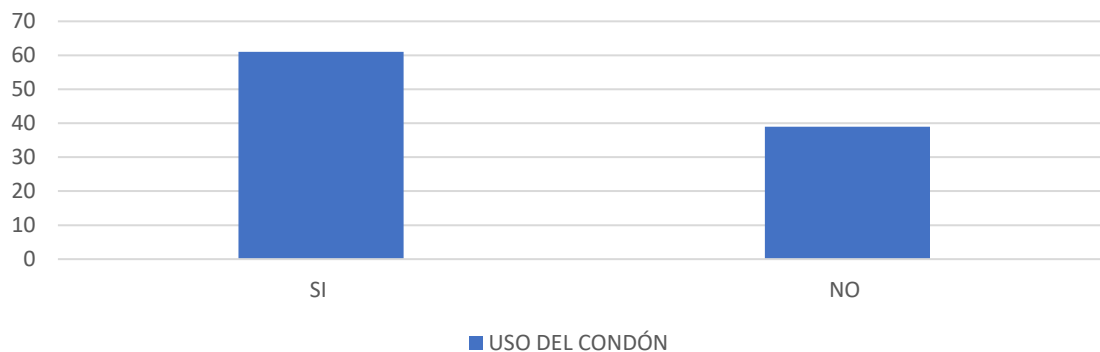


Figura N 48. Distribución de la población según el uso del condón cuando tienen relaciones sexuales, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

El 60% de la población indigente del área metropolitana de San José usan condón cuando tienen relaciones sexuales.

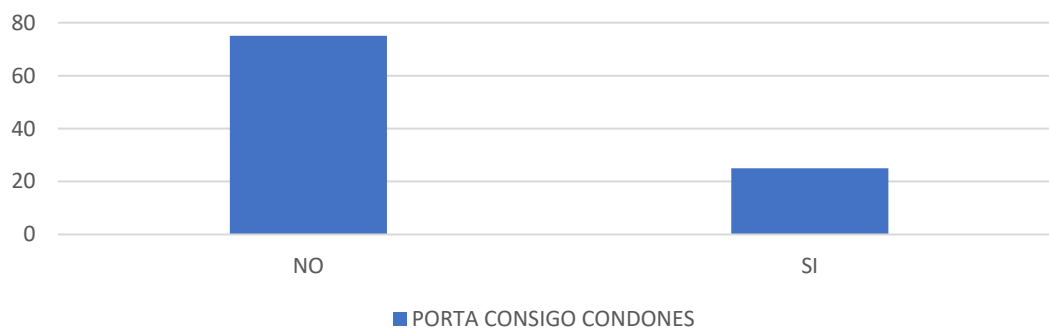


Figura N 49. Distribución de la población según la portación de condones, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Según la distribución de la población indigente del área metropolitana de San José, un 75% de la muestra porta condones consigo.

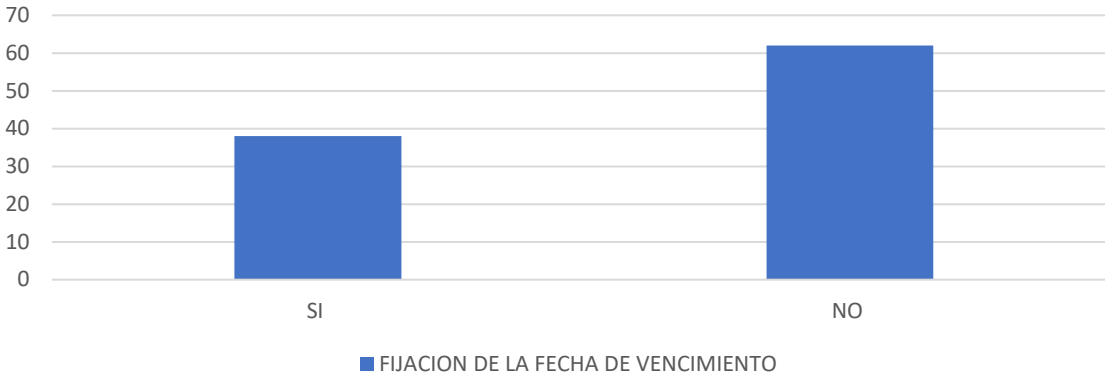


Figura N 50. Distribución de la población según la revisión de la fecha de vencimiento del condón, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

El 60% de la población indigente del área metropolitana de San José, no se fijan en la fecha de vencimiento antes de usarlo.

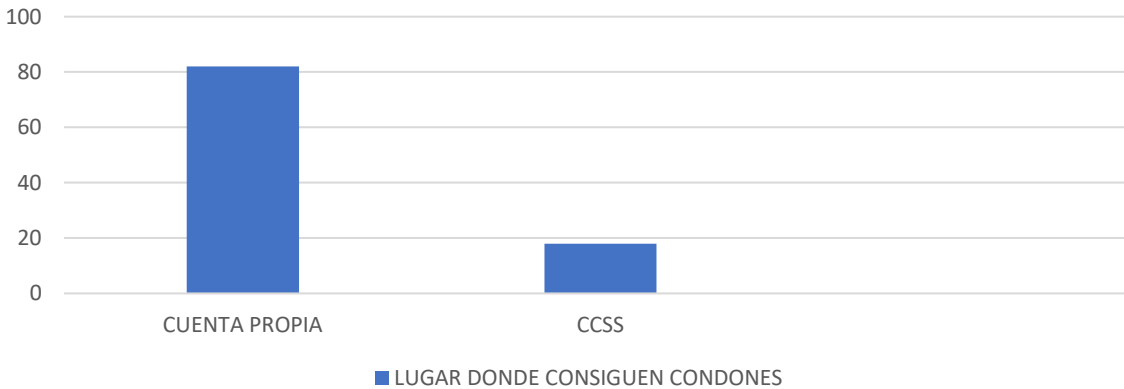


Figura N 51. Distribución de la población según el lugar donde obtienen los condones, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

El 80% de la población indigente del área metropolitana de San José obtiene los condones por cuenta propia.

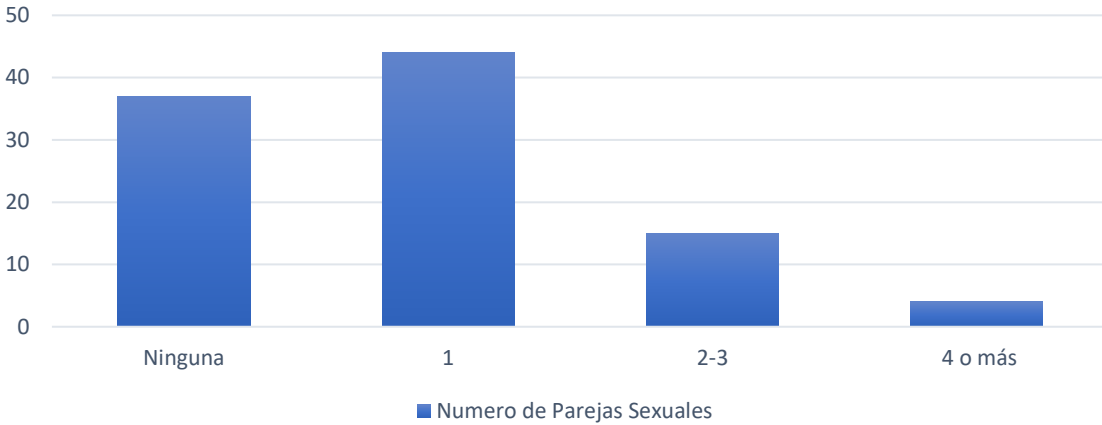


Figura N 52. Distribución de la población según el número de parejas sexuales, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Según la distribución de la población indigente del área metropolitana de San José, el 44% tienen “1 pareja sexual”, seguido de la opción “ninguna” que obtuvo un 37% de la muestra.

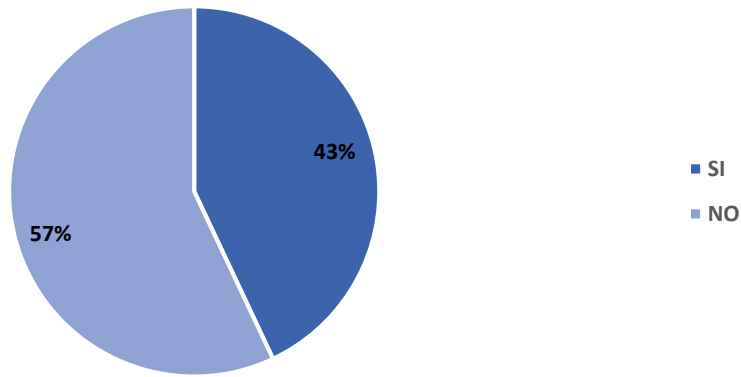


Figura N 53. Distribución de la población según la realización de la prueba del VIH, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

El 43% de la población indigente del área metropolitana se ha realizado la prueba del VIH.

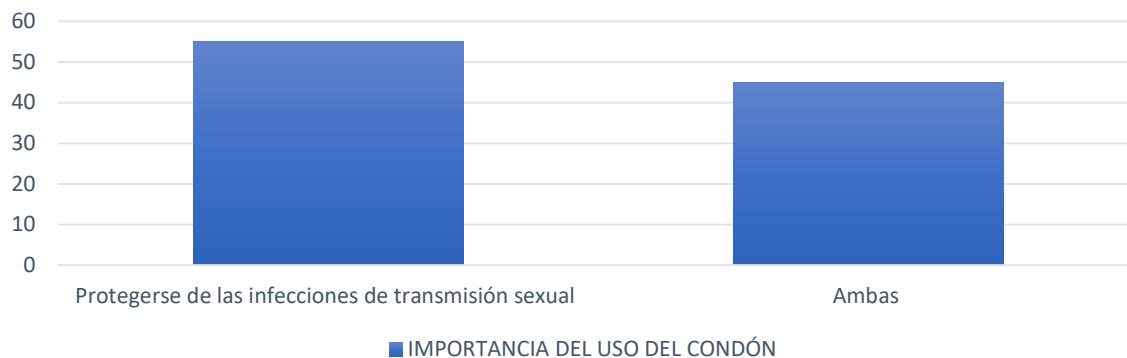


Figura N 54. Distribución de la población según el conocimiento de la importancia del uso del condón, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

El 55% de la población indigente refiere que la importancia del condón es para protegerse de las infecciones de transmisión sexual.

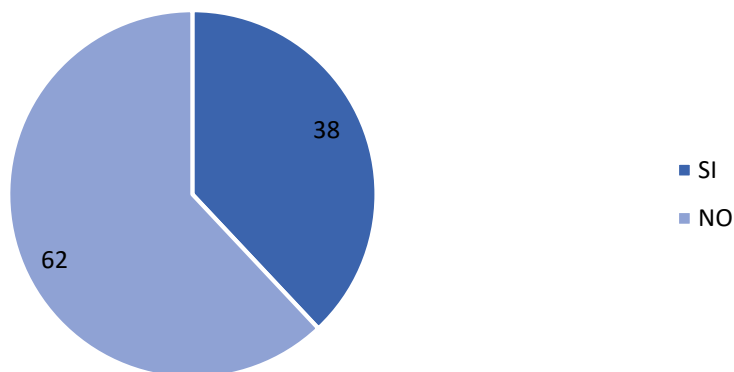


Figura N 55. Distribución de la población según si cuentan con seguro social, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

EL 38% de la población indigente cuentan con seguro social.

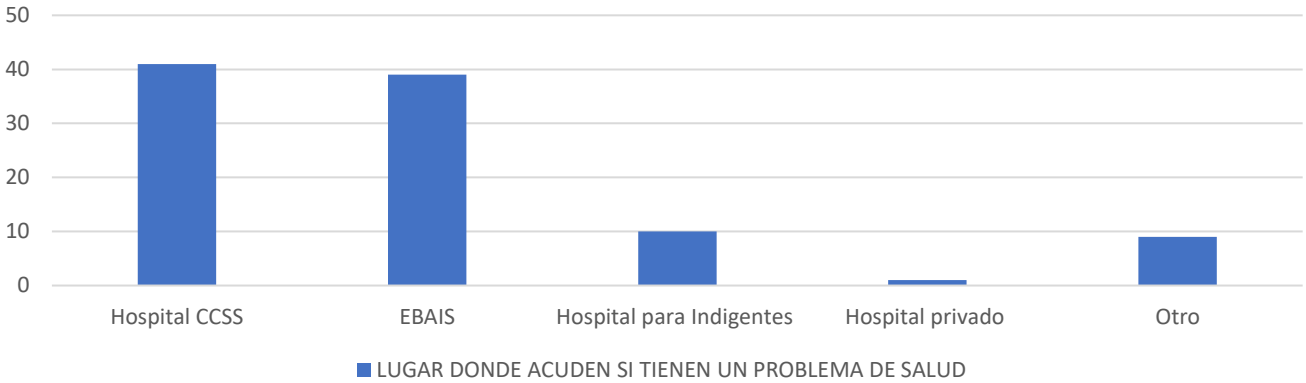


Figura N 56. Distribución de la población según el lugar donde acude si presenta un problema de salud, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Los lugares más frecuentes donde acude la población indigente en caso de presentar algún problema de salud son a algún hospital de la CCSS y al EBAIS más cercano, obteniendo un 40 % y 30% respectivamente.

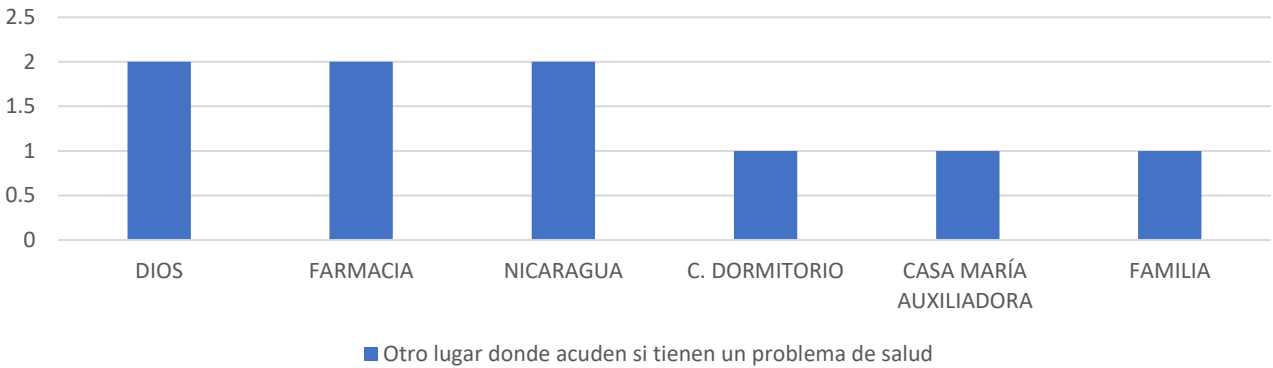


Figura N 57. Distribución de la población según el otro lugar donde acude si presenta un problema de salud, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

El 9% de la población indigente indicaron que ellos acuden a otros lugares si tienen algún problema de salud, de estos, Dios, a una Farmacia y a su país natal Nicaragua son los más frecuentes, los cuales obtienen un 2% cada uno.

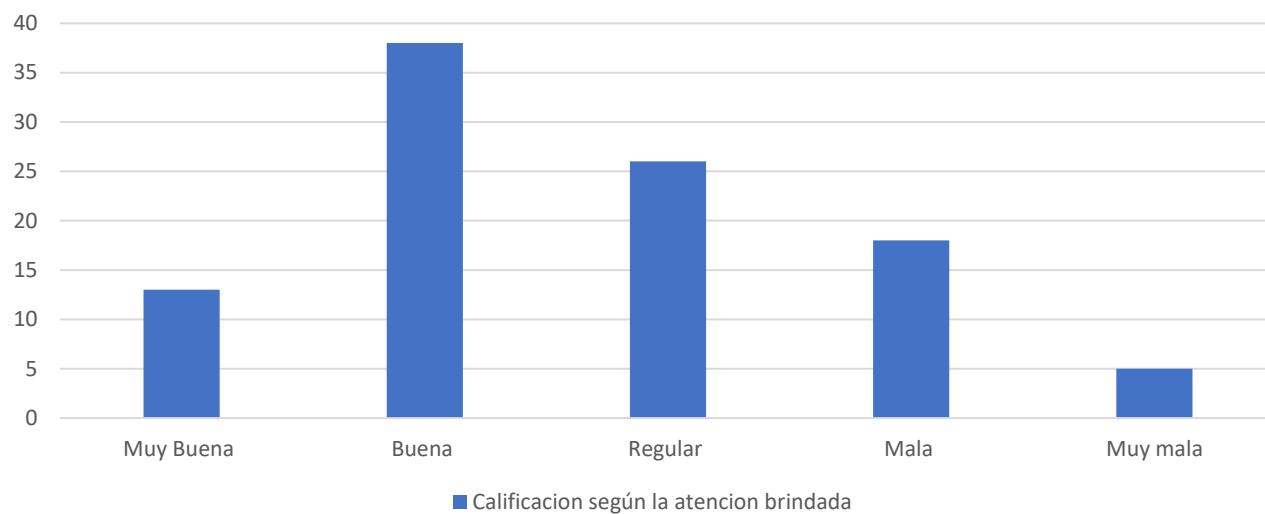


Figura N 58. Distribución de la población según la calificación a la atención brindada, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Según la distribución de la población, la calificación a la atención brindada por parte de los indigentes, la opción “buena” es la que obtuvo mayor porcentaje con un 38%, seguida de la opción “regular” con un 26%.

## 4.2. ESPECIFICIDADES PARA TRABAJOS CUANTITATIVOS

Tabla N° 9

*Relación entre la distribución de las edades y el sexo de la población indigente, Área Metropolitana San José, II Cuatrimestre, julio-agosto 2018*

Edades	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	Absoluto	%	Absoluto	%
18-23 años			4	4.8 %
24-29 años	2	12.5 %	12	14.3 %
30-35 años	1	6.25 %	15	17.8 %
36-41 años	5	31.25 %	14	16.7 %
42-47 años	2	12.5 %	8	9.5 %
48-53 años	5	31.25 %	11	13.1 %
54-59 años			13	15.5 %
60-65 años	1	6.25 %	7	8.3 %
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100 %</b>	<b>84</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Elaboración propia, 2018

Según la relación entre la distribución de las edades y el sexo de la población indigente, tenemos que en el sexo femenino el rango de edad más habitual es el 48-53 y 36-41 años con un 31.25 % y en la población masculina es el rango de 30-35 años.

Tabla N° 10

*Relación entre la distribución de la orientación sexual y el sexo de la población indigente, Área Metropolitana San José, II Cuatrimestre, julio-agosto 2018*

Orientación Sexual	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	Absoluto	%	Absoluto	%
Heterosexual	14	87.5 %	80	95.2 %
Homosexual			3	3.6 %
Bisexual	1	6.25 %	1	1.2 %
Transexual	1	6.25 %		
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100 %</b>	<b>84</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Elaboración propia, 2018

Según la relación entre la distribución de la orientación sexual y el sexo de la población indigente, se evidencia que en ambos sexos la heterosexualidad lidera, con una razón de 5.7 hombres heterosexuales por cada mujer.

Tabla N° 11

*Relación entre la distribución del conocimiento del VIH-Sida y el sexo de la población indigente, Área Metropolitana San José, II Cuatrimestre, julio-agosto 2018*

<b>Conocimiento del VIH</b>	<b>Femenino</b>		<b>Masculino</b>	
	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>
SÍ	14	87.5 %	72	85.7 %
NO	2	12.5 %	12	14.3 %
<b>Conocimiento del Sida</b>	<b>Femenino</b>		<b>Masculino</b>	
SÍ	16	100 %	64	76.2 %
NO			20	23.8 %
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100 %</b>	<b>84</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Elaboración propia, 2018

Se demuestra que ambos sexos tienen un alto conocimiento de las enfermedades, sin embargo, el femenino conoce más acerca del Sida y los hombres tienen más conocimiento en el VIH.

Tabla N°12.

*Relación entre la distribución del conocimiento de la Tuberculosis y el sexo de la población indigente, Área Metropolitana San José, II Cuatrimestre, julio-agosto 2018*

<b>Conocimiento de la Tuberculosis (TB)</b>	<b>Femenino</b>		<b>Masculino</b>	
	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>
SÍ	10	62.5 %	44	52.4 %
NO	6	37.5 %	40	47.6 %
<b>Conocimiento de la forma de transmisión de la TB</b>	<b>Femenino</b>		<b>Masculino</b>	
SÍ	9	56.2 %	39	46.4 %
NO	7	43.8 %	45	53.6 %
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100 %</b>	<b>84</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Elaboración propia, 2018

En el conocimiento de la Tuberculosis más de la mitad de ambos sexos tienen conocimiento de la tuberculosis, pero en lo que es el conocimiento de la transmisión el sexo masculino tiene un porcentaje más bajo en relación con el femenino.

Tabla N° 13

Relación entre la distribución del lugar donde suelen dormir y el sexo de la población indigente, Área Metropolitana San José, II Cuatrimestre, julio-agosto 2018

Lugar donde suelen dormir	Femenino		Masculino	
	Absoluto	%	Absoluto	%
Albergue	15	93.7 %	64	76.2 %
Calle	1	6.3 %	20	24.8 %
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100 %</b>	<b>84</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Elaboración propia, 2018

La mayoría de las mujeres duermen en un albergue 93.7 % en relación con el 76.2 % de los hombres, mientras que el porcentaje de hombres que duerme en la calle es mayor al de las mujeres con un 24.8 % y un 6.3 % respectivamente.

Tabla N° 14

Relación entre el consumo de tabaco, marihuana y heroína con el sexo de la población indigente, Área Metropolitana San José, II Cuatrimestre, julio-agosto 2018

Consumo de drogas	Tabaco				Marihuana				Heroína			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
SÍ	8	50 %	56	66.6 %	2	12.5%	26	31 %	1	6.3 %	2	2 %
NO	8	50 %	28	33.4 %	14	87.5%	58	69 %	15	93.7%	82	98 %
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>	<b>84</b>	<b>100 %</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>	<b>84</b>	<b>100 %</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>	<b>84</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Elaboración propia, 2018

La droga más utilizada por nuestra población es el tabaco, siendo la población masculina es la que más consume, teniendo en cuenta que por cada mujer hay 7 hombres que fuman tabaco.

Tabla N° 15

*Relación entre la distribución del uso del condón y el sexo de la población indigente, Área Metropolitana San José, II Cuatrimestre, julio-agosto 2018*

Uso del condón	Femenino		Masculino	
	Absoluto	%	Absoluto	%
SÍ	10	62.5 %	51	60.7%
NO	6	37.5 %	33	39.2 %
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100 %</b>	<b>84</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Elaboración propia, 2018

Un 60 y 61% de mujeres y hombres respectivamente usan el condón cuando tienen relaciones sexuales.

Tabla N° 16

*Relación entre la distribución del número de parejas sexual y el sexo de la población indigente, Área Metropolitana San José, II Cuatrimestre, julio-agosto 2018*

Número de parejas sexuales	Femenino		Masculino	
	Absoluto	%	Absoluto	%
Ninguna	5	31.3 %	32	38.1 %
1 pareja	7	43.7 %	37	44 %
2-3 parejas	2	12.5 %	13	15.5 %
4 o más	2	12.5 %	2	2.4 %
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100 %</b>	<b>84</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Elaboración propia, 2018

En general se refleja que ambos sexos tienen en su mayoría entre 1 pareja o ninguna, pero en lo que se refiere a múltiples parejas, el hombre tiene más, ya que un 15.5 % tiene de 2-3 parejas sexuales.

Tabla N° 17

Relación entre la realización de la prueba del VIH y el sexo de la población indigente, Área Metropolitana San José, II Cuatrimestre, julio-agosto 2018

Prueba del VIH	Femenino		Masculino	
	Absoluto	%	Absoluto	%
SÍ	11	68.7 %	32	38.1 %
NO	5	31.3 %	52	61.9 %
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100 %</b>	<b>84</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Elaboración propia, 2018

Las mujeres son las que más se realizan la prueba del VIH, ya que los hombres solo un 38.1% se realizan esta prueba.

Tabla N° 18

Cruce de variables, conocimiento de la forma de transmisión del VIH y las prácticas de autocuidado en salud sexual, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018

Forma de transmisión del VIH	Conocimiento		Prácticas de autocuidado	
	Absoluto	%	SALUD SEXUAL	Absoluto %
Relaciones sexuales anales o vaginales	91	91 %	Uso del condón	61 61 %
			Portación de condones	25 25 %
<b>Conocimiento de la importancia del uso del condón</b>	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>	Fijación de la fecha de vencimiento	38 38%
Protección de las ITS	55	55 %	Parejas sexuales (no monógamas)	19 19 %
Ambas opciones (Embarazo y ITS)	45	45%	Prueba del VIH	43 43 %

Fuente: Elaboración propia, 2018

Se refleja que a pesar de que conocen la forma de transmisión más riesgosa del VIH y la importancia del uso del condón, la población indigente realiza pocas prácticas de autocuidado en relación con la salud sexual.

Tabla N° 19

Cruce de variables, conocimiento de la forma de trasmisión de la Tuberculosis y las prácticas de autocuidado en salud, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018

Forma de trasmisión de la Tuberculosis	Conocimiento		Prácticas de autocuidado		
	Absoluto	%	Práctica correcta de estornudar y toser	Absoluto	%
Toser, estornudar o escupir	38	38 %	Sobre el codo flexionado	48	48 %
			Mano sobre la boca	24	24 %
			En un pañuelo de papel y luego desecharlo inmediatamente	20	20 %

Fuente: Elaboración propia, 2018

Se demuestra que la cantidad de indigentes que conocen la tuberculosis, un 38 % indica la forma principal de contagio de la enfermedad, pero se refleja que realizan dos de las prácticas correctas de estornudar y toser, pero un 24 % lo hace incorrectamente por lo que hay riesgo de trasmisión de la enfermedad.

Tabla N° 20

Cruce de variables, signos y síntomas presentados de la Tuberculosis, VIH y SIDA y las prácticas de autocuidado, Área Metropolitana de San José, II Cuatrimestre, 2018

Signos y Síntomas Tuberculosis	Conocimiento		Prácticas de autocuidado		
	Absoluto	%	Alimentación	Absoluto	%
Pérdida de peso	44	44 %	2 al día	41	41 %
Perdida Brusca de peso (SIDA)	16	16 %	3 al día	44	44%
Tos intensa de más de 3 semanas-Flemas o sangre	8	8%	<b>Consumo de tabaco</b>	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>
			TABACO	64	64%
			<b>Frecuencia de Consumo</b>	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>
			4-6 veces al día	19	19 %
			Otro (10 - 40 veces al día)	20	20 %
			<b>Práctica correcta de estornudar y toser</b>	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>
			Mano sobre la boca	24	24 %

			<b>Cantidad de personas alrededor</b>	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>
			2-4 personas	79	79 %
			5 o más	14	14 %
<b>Signos y Síntomas VIH-SIDA</b>	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>	<b>Prácticas de autocuidado</b>	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>
Diarrea por más de un mes	4	4 %	Lavado de manos	90	90 %
			<b>Momentos del lavado de manos</b>		
Infecciones graves y recurrentes	6	6 %	Cuando me las veo sucias	13	13 %
			Otro (agua-dinero)	6	6 %

Fuente: Elaboración propia, 2018

Las prácticas de autocuidado que pueden contribuir a la aparición de los signos y el síntoma de las enfermedades en estudio se presentan como la inseguridad alimentaria que puede agravar la pérdida de peso por no mantener las 4 comidas diarias recomendadas. Asimismo, se refleja que hay un alto consumo de tabaco y una frecuencia de consumo alta por parte del 39 % de los indigentes siendo esto un factor riesgo para la aparición de la tuberculosis y del signo y síntoma más característico que es la tos intensa con flemas o sangre con más de dos semanas de duración. También se refleja que hay una alta vulnerabilidad del contagio de la enfermedad ya que un 24 % realiza una práctica incorrecta de estornudar y toser. El hacinamiento también se relaciona con la aparición de la tuberculosis por que se evidencia que el 93 % duermen con más de tres personas por cuarto.

A pesar de que el lavado de manos está presente en la población indigente, se resalta que los habitantes de calle reconocen otros momentos del lavado donde influye la situación de indigencia por que dependen de un lugar donde haya agua o servicio sanitario para poder realizarlo o cuando se ven las manos sucias. Por tales razones, va a aumentar el riesgo de que las diarreas crónicas e infecciones graves y recurrentes se den con más frecuencia si están con el VIH.

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

## 5.1. DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los hallazgos finales obtenidos en esta investigación se pueden afirmar que las características demográficas más resaltantes del grupo de indigentes estudiado tienden a ser similares a las reportadas en los estudios a nivel mundial y nacional.

La edad promedio de nuestra población es de 40 años, siendo igual al estudio presentado por Montero<sup>42</sup> hecho en Venezuela. Estos resultados tienen relación a la edad promedio de la Política Nacional de Atención integral para personas en situación de abandono y en situación de calle<sup>11</sup> de Costa Rica que es de 35 años. En nuestra ciudad los habitantes de calle se ubican dentro del rango de 18 a 65 años lo que coincide al estudio de Costa Rica presentado por Leiva et al <sup>15</sup> ya que la población de indigentes está dentro del rango de los 18-60 años.

La relación entre la distribución de las edades y el sexo de la población indigente, se obtiene que el sexo femenino el rango de edad más habitual es el 36-41 y 48-53 años con un 31.25% cada uno y en la población masculina es el rango de 30-35 y 36-41 años con un 17.8% y 16.7% respectivamente. En el presente estudio se evidencia que la mayoría de los indigentes son de género masculino lo que concuerda con la Política Nacional de Atención integral ya que los hombres poseen una prevalencia y vulnerabilidad alta por las calles, siendo un 87% de su muestra del sexo masculino.

Fernández et al <sup>9</sup> indica en su publicación que un 62,2% de los habitantes de calle no tienen ningún estudio o sólo han cursado estudios primarios y un 37,7% han cursado estudios de secundaria o universitarios. Situación que cambia en este estudio ya que un 39% poseen estudios primarios o ningún estudio y un 61% con estudios en secundaria o universitarios.

En lo que se refiere en la orientación sexual, se encuentra que ambos sexos de la población la mayoría son heterosexuales, con un 94% y una razón de 5.7 hombres heterosexuales por cada mujer heterosexual y en minoría se encuentra con los homosexuales, bisexuales y transexuales, cifras similares a la investigación hecha por Leiva et al.,<sup>15</sup> donde la población con orientación heterosexual obtiene un 81% y la homosexual un 19% de la muestra. A nivel internacional en Colombia en la investigación realizada por Cardenas<sup>7</sup> los heterosexuales también son los que tienen mayor prevalencia con un 61%, seguido de los homosexuales con un 22% y los bisexuales con un 17%.

En el conocimiento por parte de la población indigente con el VIH-Sida, un 86% de la muestra conoce el VIH y el 80% el Sida, algo que no sucede en Colombia ya que en la investigación realizada por Cardenas<sup>7</sup> indica que el 100% de su población habitante de calle ha oído hablar del VIH-Sida. En el estudio de nuestra población, el sexo femenino conoce más acerca del Sida y el sexo masculino tiene más conocimiento en el VIH.

La población de estudio recibe información por medio de los profesionales de salud y por acudir a ferias de la salud. Lo cual detalla que la función de los profesionales de la salud por prevenir las enfermedades del VIH y el Sida son efectivas con actividades de promoción de la salud como lo son las ferias. Berbés et al<sup>6</sup> indica que el 70,3 % de las personas de su estudio reportan haber participado de una actividad de prevención en los últimos seis meses y se evidencia interés por saber de la enfermedad y por su autocuidado en relación con los medios de transmisión.

La mayoría de la población indigente de este estudio tiene creencias correctas sobre la transmisión del VIH-Sida, ya que la práctica que tiene más porcentaje son las relaciones sexuales anales o vaginales. Flores, Ríos y Vargas<sup>29</sup> afirman que el riesgo de transmisión aumenta por vía sexual, lo

que va a incluir practicar coito anal o vaginal sin protección relaciones sexuales con laceración y sangrado y las relaciones homosexuales sin protección y de forma promiscua.

Lo anterior enfatiza que los homosexuales se encuentran entre la población en riesgo de contagio del VIH, el Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/SIDA<sup>33</sup> lo afirma, indicando que seis de cada 100 homosexuales se enferman de VIH-SIDA. No debemos tachar sólo a esta población con esta orientación ya que hay un aumento en el aporte de casos en el grupo de los heterosexuales, llegando a tener el segundo lugar en peso en relación con el primer grupo. Y el único caso que aparece en nuestra población con diagnóstico positivo por VIH fue hombre y heterosexual.

Las creencias erróneas sobre la transmisión del VIH-Sida de la población indigente se centran en el contacto de las lágrimas, sudor y saliva del enfermo y también el compartir utensilios de la alimentación, siendo estos mitos creados por la sociedad lo cual afecta la perspectiva de la enfermedad de los indigentes. Barrera<sup>10</sup> señala que hay información equivocada o poca información acerca de la forma de contagio del VIH y Sida, ya que hay personas que por falta de educación suelen lanzar prejuicios, rechazo y discriminación a la persona infectada creyendo que el virus se puede transmitir por compartir el mismo espacio.

El conocimiento de los signos y síntomas del VIH por parte de la población indigente, establece que el dolor y malestar general, la diarrea por más de un mes, el dolor articular y ganglios inflamados en el cuello y la ingle son considerados como los más frecuentes que presenta la enfermedad. Síntomas que se presentan en las diferentes etapas del VIH, mencionadas por la OMS<sup>43</sup>, que indica que la primera etapa los usuarios van a desarrollar el "síndrome retroviral agudo" durante la seroconversión, una enfermedad parecida a la mononucleosis infecciosa, que causa fiebre, erupciones, dolor articular e inflamación de los nódulos linfáticos. En la tercera etapa clínica indican que van a aparecer diarreas crónicas sin causa aparente.

En lo que son los signos y síntomas del Sida que la población indigente menciona conocer indica que la pérdida brusca de peso, fatiga permanente e infecciones graves y recurrentes, son los que más presentan los usuarios, signos que detalla la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional<sup>31</sup> y Flores, Ríos y Vargas<sup>29</sup>.

OMS<sup>43</sup> menciona que las infecciones graves y recurrentes se empiezan a ver en las etapas 3 y 4 del VIH. En la tercera etapa se desarrolla candidiasis o leucoplaquia oral, infecciones bacterianas graves, tuberculosis pulmonar e inflamación necrotizante aguda en la boca, en esta etapa algunos casos se consideran como SIDA. Finalmente, en la última etapa, la cual el usuario ya tiene SIDA, los signos y síntomas van a incluir 22 infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH<sup>43</sup>. Un porcentaje menor indica que la pérdida de memoria es parte de los signos del SIDA, síntoma que se presenta ya que hay un deterioro a nivel del sistema nervioso central, causando afecciones neurológicas.<sup>29</sup>

El signo y el síntoma que nuestra población habitante de calle considera y no son parte del VIH-SIDA, es el vómito explosivo, con un 19 y 11% respectivamente. Un 18% de indigentes consideran que ninguno de los síntomas puestos en el cuestionario son parte de la enfermedad. Mostrando un nivel de desconocimiento de la enfermedad, que puede intervenir en un diagnóstico futuro y en la prevención del VIH.

En el conocimiento de la Tuberculosis (TB), más de la mitad de la población indigente de esta investigación dicen conocer la enfermedad. Las ferias de la salud, los profesionales de la salud y la familia y amigos son las vías de obtención de información más mencionadas. Un 48% indica conocer cómo se trasmite la TB, siendo el sexo femenino quien conoce más de los medios de transmisión con un 56.2 %. Se evidencia que gran parte conoce la manera correcta que es por medio de toser, expectorar, estornudar o hablar, pero se identifica maneras incorrectas que incluye darle

la mano a un usuario, por medio de la sangre, las heces del usuario y por compartir utensilios de la alimentación.

Los habitantes de calle señalan que el signo y síntoma que más conoce de la Tuberculosis es tos intensa que dura 3 semanas o más con un 81%, el cual, el Ministerio de Salud de la Nación<sup>44</sup> de Argentina indica que es uno de los síntomas de sospechar para que un usuario pueda tener TB pulmonar, el cual casi la totalidad de los enfermos pulmonares bacilíferos la presentan.

El Ministerio de Salud de la Nación<sup>44</sup> señala que la expectoración con sangre (hemoptisis), con o sin dolor torácico, la dificultad para respirar y síntomas generales como pérdida de peso o de apetito, fiebre, sudoración nocturna, cansancio, decaimiento son parte de la Tuberculosis, siendo estos parte del conocimiento mostrado por los habitantes de calle, donde la tos con salida de flemas o sangre, la pérdida de peso, el sudor durante la noche y la disnea o dolor torácico o de pecho son los más citados.

Los habitantes de calle limitan sus prácticas de autocuidado por su condición, esto hace que se restrinja la posibilidad de tener buenas condiciones de higiene diariamente, facilidades de comida y para el baño, ausencia de un refugio y lugar para dormir, por lo que aumenta la probabilidad de infección, dieta inadecuada, entre otros.

El 78% de la población indigente se siente capaz en realizar su autocuidado, en relación con el estado de ánimo, factor del autocuidado que Quispe y Hanco<sup>24</sup> menciona ya que va a influir la actitud que tiene los habitantes de calle en realizarlo, siendo este el resultado del convencimiento íntimo que lleva a una persona a una actuación a favor de su salud ante la situación vivida.

Por tal convencimiento, un 90% refiere que sí invierten tiempo en su autocuidado, a pesar de a los indigentes la sociedad los etiqueta como mendigos, o como lo expresa Brenes y Chacón<sup>17</sup> que son

personas identificadas por vestir en harapos (trapos), por no poseer autoestima y el vivir en estas condiciones son consideradas como antihigiénicas al no proporcionar las medidas de aseo del caso. Contexto que no se presenta en la mayor parte de la población y se sale de los estereotipos propuestos ya que muchos se bañan todos los días, se cambian de ropa, se cortan el cabello y andan sus objetos personales dentro de un bulto para el cuidado correspondiente.

Las mujeres trabajadoras sexuales y la mujer transexual del estudio refieren la importancia de su cuidado para la imagen que dan a sus clientes o a la sociedad. Caso que los transexuales del estudio de Barrera<sup>10</sup> indica la comunidad de los transgéneros que son habitantes de calle ven importante por la autoestima y la aceptación de la sociedad y esto hace que muchas mujeres travestis tengan el deseo de verse bien y cuidar su salud.

La población indigente de este estudio, se lavan siempre o casi siempre las manos, después de ir al baño y antes de alimentarse, los cuales, son los momentos críticos del lavado de manos con jabón que afirma la Alianza Global entre los sectores Público y Privado para Promover el Lavado de Manos con Jabón (PPPHW)<sup>45</sup>. En la mayoría de los países la creencia de que lavarse sólo con agua es suficiente para quitar la suciedad visible y tener las manos limpias es común, momento que se nota en nuestra población con el tercer momento más frecuente del lavado de manos.

Los habitantes de calle refieren otros momentos importantes del lavado de manos, estos están influidos por su situación de indigencia, la dependencia de algún lugar con agua o servicio sanitario para poder hacerlo influyen en la actitud por realizar el lavado de manos, lo que va a hacer un factor para la aparición de una futura enfermedad que afecte su salud y su autocuidado.

El conocimiento de las ventajas del lavado de manos de la población indigente, un 51% mencionan que el acto del lavado previene enfermedades causadas por bacterias y microorganismos, también

evita expandir enfermedades infecciosas a otros y previene la infección de algún virus, esto es gracias a la interrupción de la cadena de transmisión de enfermedades que ocasiona el lavado de manos, por qué las manos actúan como vectores que portan organismos patógenos que causan enfermedades que se pueden contagiar de persona a persona, ya sea a través del contacto directo o indirectamente mediante superficies<sup>45</sup>.

PPPHW<sup>45</sup> indica que el lavado de manos con jabón es una de las maneras más efectivas de prevenir enfermedades diarreicas y la neumonía, también a infecciones cutáneas, infecciones a los ojos, parásitos intestinales, SRAS, gripe aviar e influenza A H1/N1, y trae beneficios a la salud de las personas que viven con VIH/SIDA ya que estos usuarios por su estado inmunitario son susceptibles a estas enfermedades.

Gran parte de la población en estudio, indica que la manera correcta de estornudar o toser es sobre el codo flexionado, siendo esta una de las más aptas, ya que el taparse con un pañuelo de papel que luego se debe desechar inmediatamente fue la que obtuvo menor porcentaje siendo esta la forma más correcta en estornudar o toser. La segunda opción más frecuente es que indican poner la mano sobre la boca, cosa que hace que, sin un lavado de manos, la enfermedad se trasmita con facilidad, o puedan salir las microgotas que según el Ministerio de Salud et al.,<sup>30</sup> es la principal forma de transmisión de la Tuberculosis otras personas ya que salen expulsadas cuando habla, canta, estornuda y especialmente cuando tose.

La población cuenta con una inseguridad alimentaria, ya que la mayoría de los habitantes de calle tiene de 2-3 comidas al día, y los adolescentes y personas adultas deben mantener 4 comidas diarias (desayuno, almuerzo, merienda y cena) de ser posible<sup>46</sup>. La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)<sup>46</sup> menciona que la seguridad alimentaria se consigue cuando todas las personas en todo momento tienen acceso físico y económico a suficiente

alimento, seguro y nutritivo para satisfacer sus necesidades alimentarias. Uno de los limitantes de los habitantes de calle de este estudio es que no se sustenta dos pilares fundamentales que son la disponibilidad de los alimentos y el acceso a ellos por falta de suministros confiables y por falta de recursos (dinero) para comprarlos.

Por esta razón, el no tener alimentos suficientes va a crear repercusiones en la salud de los indigentes, Greenblott<sup>47</sup> menciona que va a influir ya que atentan contra su sistema inmunológico y son más propensos a contraer el virus del VIH cuando se encuentran expuestos a éste.

La ingesta de carnes es poca en esta población, su frecuencia más habitual es nula o 1 a 4 veces por semana, lo cual, según Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP)<sup>48</sup> son ricas fuentes de proteína que van a influir en los procesos de regeneración de tejidos y de células del cuerpo. Lozano et al.,<sup>49</sup> menciona que el tener una desnutrición proteico-calórica, prácticamente cualquier órgano y sistema del cuerpo puede sufrir alteraciones morfológicas y funcionales notables, que en el caso del pulmón hay pérdida de la masa y la fuerza de los músculos de la respiración, lo cual puede aportar a la aparición de los signos y síntomas de la tuberculosis.

El consumo de frutas y verduras, la mayoría de la población indigente la consume entre 2-4 veces al día, lo que puede ayudar a prevenir una mala nutrición ya que según el INCAP<sup>48</sup> la recomendación del consumo de frutas y verduras es al menos 5 porciones al día, por lo que va a aumentar los nutrientes esenciales como vitaminas y minerales, además de esto, contienen fibra, antioxidantes y otras sustancias que van a aumentar las defensas del cuerpo.

Los carbohidratos es el grupo de alimentos más consumido por la población indigente, de la variedad de carbohidratos, las legumbres y los panes son los más frecuentes. El Instituto Tomás Pascual Sanz<sup>50</sup> menciona que este grupo alimenticio suministra energía al cuerpo especialmente al

cerebro y al sistema nervioso ya que es el principal combustible del sistema nervioso, recomienda que las legumbres se tienen que consumir de 2-4 veces por semana y los panes cada día.

En caso de una coinfección del VIH y la tuberculosis, Contreras<sup>51</sup> indica que estas enfermedades representan una carga metabólica física y nutricional, que incrementa el gasto energético, la malabsorción y la deficiencia de micronutrientes. Por esta razón es importante el consumo diario de frutas y verduras en caso de estar infectado con las enfermedades en estudio.

Carmuega et al.,<sup>52</sup> menciona que la recomendación para adultos del consumo de agua es de entre 2 y 2,5 litros diarios, de estos aproximadamente un 20% proviene de los alimentos. Por lo tanto, el resto, entre 1,6 a 2 litros, es necesario aportarlo por medio de otro tipo de líquidos considerando aguas, bebidas e infusiones, por lo que se recomienda que al menos ocho vasos sean de agua y que se limite el consumo de bebidas azucaradas y el agregado de azúcar a las infusiones.

Se identifica que la población indigente de este estudio consume agua, con una frecuencia de “rara vez” siendo la más habitual seguido de la frecuencia de “siempre”. Un 42% se toma lo recomendado por las literaturas, entre 6-8 vasos al día, pero un 39 % se toman entre 2-3 vasos al día y un 19% un vaso al día. Casos que, por su situación en la nutrición y la deambulación de largas distancias durante el día, pueden llegar a tener una deshidratación, que puede llegar a ser de varios estadios, los cuales Carmuega et al.,<sup>52</sup> explica que los primeros dos se produce en el cuerpo varios síntomas como la sed, boca seca, disminución de la micción con orina más oscura, piel seca y fría, cefalea y calambres. En la grave puede haber desde una mínima micción hasta llegar a la anuria, piel seca y arrugada, confusión, mareos, desvanecimiento, taquicardia, aumento de la frecuencia respiratoria, ojos hundidos, apatía, estado de shock por falta de flujo sanguíneo, inconciencia y finalmente puede sobrevenir el deceso.

La población indigente que duermen en algún albergue es más de la mitad de la muestra, el cual el centro dormitorio de la Municipalidad de San José es el que más utilizan, pero por la cantidad de indigentes que hay en el área metropolitana de San José no todos los días se puede dormir en el centro, más que todo es de día por medio o depende del cupo del centro. Esto lo enfatiza Brenes<sup>17</sup> mencionando que las instituciones no deben constituirse en hogares permanentes, ya que si se realiza se crea una dependencia institucional que limita su potencial; aunque esto no quiere decir que existen situaciones particulares en las que la persona requiere de este apoyo para dejar la vida en calle<sup>17</sup>.

La mayoría de las mujeres duermen en un albergue con un 93.7 % en relación con 76.2 % de los hombres, mientras que el porcentaje de hombres que duerme en la calle es mayor al de las mujeres con un 24.8 % y un 6.3 % respectivamente. Datos iguales a la investigación realizada por Álvarez y Vivero<sup>53</sup>.

Los habitantes de calle de este estudio duermen en promedio entre 6-7 horas, expresando que tienen un buen descanso. Algo que afirma Ccoicca<sup>23</sup> que refiere que las horas de sueño promedio que requiere un individuo varían según la edad, la contextura física y el nivel de actividad diaria para restaurar su desgaste físico y mental, pero en personas de 16 a 65 años se considera que necesitan un promedio de 6 a 8 horas de sueño.

El hacinamiento según Pentón y Cháves<sup>54</sup>, es cuando hay más de tres personas por cuarto, por lo que es considerado como un factor riesgo para la aparición de la Tuberculosis. Pentón y Chaves<sup>54</sup> indican que el hacinamiento estuvo presente en el 95,5% de los casos de TB estudiados, no así en el 32,2% de los controles, por lo que se encontró un riesgo 12,152 veces mayor de desarrollar la enfermedad. Por lo anterior se identifica que nuestra población tiene un riesgo alto de desarrollar la tuberculosis por qué gran cantidad de indigentes duermen con 2-4 personas alrededor, esto por

qué la mayoría de los cuartos del centro dormitorio tienen 2 camarotes, 4 personas por cuarto, también cuentan con un cuarto con 3 camarotes, 6 personas por cuarto. Los habitantes de calle refieren que, al dormir en la calle, con frecuencia se aglomeran con los demás indigentes para el calor humano y ayudar a controlar el frío de las noches.

El consumo de tabaco por parte de la población indigente de este estudio es mayoritario, siendo la población masculina la que más consume, teniendo en cuenta que por cada mujer hay 7 hombres que fuman tabaco. La consumen por razones de la adicción que genera gracias el estímulo placentero que produce al activar la vía dopaminérgica y los receptores colinérgicos y nicotínicos del sistema nervioso central<sup>55</sup>.

La relajación también es una razón del consumo ya que genera efectos sedantes y estimulantes en el cuerpo<sup>55</sup>. Al hablar de relajación, esta población indica que usa el tabaco para tratar la ansiedad generada al no consumir otras drogas, por falta de medios económicos. La secretaria de Salud<sup>55</sup> explica que una persona al tener una tensión nerviosa el cuerpo humano va a producir corticosterona, hormona que reduce los efectos de la nicotina, por lo tanto, cuando los fumadores habituales están bajo presión necesitan consumir mayor cantidad de la sustancia para lograr el mismo efecto, aumentando con esto la tolerancia<sup>55</sup>.

El consumir tabaco va a generar que esta población indigente tenga un riesgo importante para la aparición de la tuberculosis. La OMS<sup>56</sup> menciona que muchos estudios relacionados a la tuberculosis y el consumo de tabaco indican que hay un riesgo nueve y cinco veces mayor de desarrollar la enfermedad. Peralta et al.,<sup>57</sup> afirma que el tabaquismo es un factor de riesgo ya que provoca alteraciones en los mecanismos de defensa del tracto respiratorio, entre ellas: disminución de la frecuencia del movimiento ciliar, cambios en volumen y en propiedades elásticas del moco,

alteraciones del número, estructura y función de los macrófagos y disminución de la resistencia a la infección intracelular<sup>57</sup>.

La frecuencia del consumo de tabaco que más se presenta en la población indigente es entre 4-6 veces al día y las otras opciones propuestas es de 10-30 cigarrillos al día, evento que hace que estos habitantes de calle tengan un riesgo mayor de desarrollar la tuberculosis. Situación que afirma la OMS<sup>56</sup> gracias a múltiples estudios realizados, indicaron que el consumir de 1-9 cigarrillos/día tiene un riesgo de 2,67 veces mayor de desarrollar la enfermedad. El consumir de 10-19/día, tiene un riesgo de 4,39 veces mayor de padecerla y por último el consumir de 20 o más cigarrillos va a tener un riesgo de 6,26 veces mayor.

La Marihuana es la segunda droga más utilizada en la población indigente, el consumo es frecuente, ya que hay un consumo semanal, ya sea de varias veces en la semana o diariamente. Situación que cambia en el estudio de Cardenas<sup>7</sup> que cerca de un 90% de su población consume marihuana. Los habitantes de calle indican que consumen la droga por razones de relajación, por la adicción que crea y por hacer frente a los problemas que genera su situación de calle, ya que según el Instituto Nacional del Abuso de Drogas (NIDA)<sup>58</sup> los efectos de la marihuana sobre el cerebro de las personas que consumen van a generar cambios del estado de ánimo.

La población indigente al consumir marihuana también va a tener efectos en su salud ya que según el NIDA<sup>58</sup> quienes fuman marihuana con frecuencia pueden tener los mismos problemas respiratorios que quienes fuman tabaco. Estos problemas incluyen flema y tos crónica, enfermedades pulmonares más frecuentes y un mayor riesgo de sufrir infecciones pulmonares.

La Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID)<sup>27</sup> afirma que entre las personas que usan drogas, en esta la heroína son un grupo vulnerable frente al riesgo

de adquirir o transmitir el VIH ha sido el de los usuarios de drogas inyectables. La heroína es consumida por una pequeña parte de nuestra población (3%) por razones de rebeldía y por la relajación que ocasiona, caso similar detalla Cárdenas<sup>7</sup> que la proporción de habitantes de calle que consumen sustancias por vía inyectada fue menor al 6%.

Los indigentes usan los tres modos de consumo de la heroína, la inhalación, fumada e inyectada, siendo la última la más vulnerable de contagio. El NIDA<sup>58</sup> menciona que compartir los elementos que se utiliza para inyectar la droga y no pensar con claridad cuando se consume la droga pueden aumentar el riesgo de contraer enfermedades infecciosas como el VIH.

Cárdenas<sup>7</sup> afirma que la población que usa drogas inyectables representa entre el 5% y el 10% de todos los casos de VIH a nivel mundial y la prevalencia de la infección alcanza el 28% en Asia que es donde se encuentra más elevada frente a un 5% en Europa en donde se registra la menor prevalencia.

La USAID<sup>27</sup> indica que los usuarios de cocaína o heroína fumadas, y los consumidores de cocaína por vía intranasal tienen más probabilidades de inyectarse drogas cuando tienen un alto grado de dependencia ya que la vía parenteral resulta más eficiente que la pulmonar o la nasal para poder encontrar los máximos efectos al mínimo costo. El NIDA<sup>58</sup> muestra que aspirar o fumar heroína no elimina el riesgo de contraer enfermedades infecciosas porque las personas que están bajo la influencia de esta droga asumen conductas de riesgo sexuales y de otro tipo que las pueden exponer a estas enfermedades, conductas adoptadas que expone Cárdenas<sup>7</sup> como el no uso del condón cuando se encuentran bajo los efectos de estas sustancias.

La actitud por salir de los malos hábitos de nuestra población indigente es significativa, ya que un 90% de la población indica que van a intentar salir del mal hábito por cuidar su salud. Situación

que cambia en la investigación de Vargas<sup>59</sup> que refiere que un 8 % de los habitantes de calle consideran importante salir de un mal hábito y que es necesario entrar a un programa de rehabilitación.

Gayon et al.,<sup>60</sup> menciona que los únicos métodos que reducen el riesgo de infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en los individuos sexualmente activos incluyen la abstinencia, relaciones sexuales monógamas y el uso de preservativo. Del último método para reducir el riesgo de infección del VIH, se evidencia que un 61% de los habitantes de calle lo usan cuando tienen relaciones sexuales con sus parejas, porcentaje alto en comparación a los estudios realizados por Berbesí et al.,<sup>4</sup> y Leiva et al.,<sup>15</sup> que un 13% y un 35% de su muestra utilizan el condón frecuentemente. Al hablar del uso del condón con relación al sexo ambos tienen un porcentaje similar con un 62.5 % mujeres y un 60.7 % hombres. Datos que no se presentan en el estudio propuesto por Carballo et al.,<sup>61</sup> donde los hombres son los que más utilizaban el condón regularmente.

La Ley General sobre VIH-SIDA<sup>14</sup> menciona que la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) garantiza que los centros de atención en salud dispongan de una cantidad suficiente de preservativos para toda la población que los requiera. Situación que los indigentes pueden aprovechar para utilizar el preservativo como método de protección a pesar de sus necesidades económicas<sup>14</sup>. A pesar de esta ventaja que ofrece la CCSS, sólo un 18% los obtiene en la institución, los demás los consiguen por cuenta propia.

En las prácticas de una vida sexual sana, la mayoría de los indigentes no portan condones en caso de que se dé una relación sexual no planeada y un 38% se fija en la fecha de vencimiento, situación parecida al estudio de Carballo et al.<sup>61</sup> donde el 28.3 % se fija en la fecha de vencimiento, siendo

los hombres los que más se fijan, así también resalta la importancia de utilizar preservativos dentro del periodo vigente ya que garantiza una mejor efectividad.

Un 19% de los habitantes de calle no tienen relaciones sexuales monógamas, de estos, un 4% son promiscuos, lo cual Leiva et al.,<sup>15</sup> lo define como 3 o más compañeros sexuales de cualquier sexo en un año, situación que va a aumentar el riesgo de infección y transmisión del VIH. Las mujeres indigentes de calle son las que registran mayor practica sexual con diversas parejas (más de dos parejas) con un 25%, datos contrarios a la investigación del Ministerio de la Protección Social<sup>8</sup> de Colombia donde los hombres son los que registran mayor practica sexual con múltiples parejas.

La mayoría de los indigentes indican que el uso del preservativo es importante para prevenir alguna infección de transición sexual (ITS), también hubo un 45% que indicaba que la importancia del condón incluía la prevención de una ITS y un embarazo no deseado. Gayon et al.,<sup>60</sup> sostiene que los preservativos son un elemento crucial para un enfoque integral y sostenible de la prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y son eficaces para evitar embarazos no deseados.

Gayon et al.,<sup>60</sup> señala que en México para el 2013 en torno a 2,1 millones de personas se infectaron por el VIH y se calcula que 500 millones de personas contrajeron clamidia, gonorrea, sífilis o tricomoniasis. Además, cada año más de 200 millones de mujeres presentan necesidades no cubiertas en materia de anticoncepción, lo que causa aproximadamente 80 millones de embarazos no deseados.

Lozano et al.,<sup>49</sup> indica que las relaciones sexuales desprotegidas, son más susceptibles a infectarse por VIH y esto las expone más a una infección por el bacilo de la tuberculosis. Hay que considerar, además, que la presencia de la infección tuberculosa en un individuo infectado por el VIH puede

ayudar a la multiplicación más rápida del microorganismo y conducir velozmente a la enfermedad SIDA.<sup>49</sup>

Santamaría y Valverde<sup>62</sup> señala que la prueba del VIH es clave para la prevención. El promocionar la realización voluntaria de la prueba permiten proteger a las personas no infectadas con VIH, dar un tratamiento oportuno a las personas ya infectadas para que tengan una calidad de vida y prevenir la transmisión de madre infectada a los neonatos y reducir la transmisión de VIH.

Un 43% de los habitantes de calle de este estudio se realizan la prueba del VIH. Santamaría y Valverde<sup>62</sup> mencionan que las mujeres son las que más se la realizan con un 68% más de probabilidad de hacerse el examen. Situación que se visualiza en nuestra población siendo las mujeres las que poseen mayor porcentaje en la realización de la prueba con un 68.7 % en comparación con el 38.1 % de los hombres.

El Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión<sup>11</sup> menciona que del total de la población indigente un 67,62% de la totalidad, refieren no contar con el seguro social, contexto similar a la población de este estudio, donde un 62% no cuentan con un seguro de la salud.

Fernández et al.,<sup>9</sup> sostiene que para los habitantes de calle el cuidado de la salud no es su principal objetivo, pues las diferentes necesidades los llevan a dejar el cuidado de la salud por aparte o sin preocupación comparado con la búsqueda de alimento, dinero, techo entre otros. A pesar de que la salud no es prioridad para los indigentes, indican que si tienen algún problema de salud asisten al algún hospital de la Caja Costarricense de Seguro Social, al EBAIS y al Hospital para indigentes. Fernández et al.,<sup>9</sup> menciona que algo que influye en el autocuidado de los indigentes, enfocado al estado de la salud, es la desconfianza y el desagrado hacia el personal de salud como una de las causas para no hacer uso de los servicios, ya que muchas veces reciben un mal trato por su

condición. Por tal factor, gran parte de nuestra población refiere que han recibido una buena atención por parte de los profesionales de salud, seguido de una atención regular y mala donde obtienen un 26 y 18% respectivamente.

Los signos y síntomas identificados de los habitantes de calle de la Tuberculosis, tenemos que un 44% ha perdido peso, un 31% han tenido fiebre y un 18% sudor durante la noche, los cuales no son diferenciales ya que el diagnóstico clínico inicial de la enfermedad se realiza por la presencia de sintomatología subjetiva de la enfermedad que caracteriza por la fatiga, debilidad, pérdida de peso, fiebre acompañada de tos crónica en ocasiones u otra sintomatología respiratoria.<sup>52</sup>

Esta sintomatología respiratoria se refiere a la tos intensa de una duración de más de 3 semanas con flemas o sangre y la disnea o dolor torácico. En Costa Rica el Ministerio de Salud<sup>12</sup> indica que presentar tos, expectoración y/o hemoptisis de dos o más semanas de evolución se nombran casos sospechosos<sup>12</sup>, síntomas que se presentan poco con un 10 % para el dolor torácico y 8% la tos intensa de una duración de más de 3 semanas con flemas o sangre. La tos intensa de más de tres semanas de duración es considerada por Cardenas<sup>7</sup> como un síntoma sugestivo ya que en su estudio obtuvo un riesgo de 1,3 más de presentar la enfermedad.

En la investigación se obtiene un caso donde el habitante de calle tuvo tuberculosis en el pasado. Actualmente refiere estar 20 años sano, sin signos de sospecha de una recaída. El indigente menciona que presenta un solo síntoma no específico de la tuberculosis, el cual es la sudoración en las noches, tercer síntoma que más se presenta en la población. El usuario describe que la causa de la sudoración es por el calor del centro donde pasa la noche y por la aglomeración de los usuarios en el cuarto del centro.

En los signos y síntomas del VIH más habituales presentados por los indigentes son el dolor y malestar general con un 36 %, ganglios inflamados en el cuello y la ingle con 8% y la diarrea por más de un mes 4%, porcentajes bajos, lo cual refleja lo difícil que es identificar la enfermedad ya que la mayoría de los usuarios que se han infectado por el VIH no lo saben y los síntomas no se manifiestan inmediatamente después de contraer el virus y no advierten la presencia de una enfermedad o infección. El dolor y malestar general, el signo más frecuente que se puede ligar con la situación que ellos viven, ya que su nutrición no es apta para conservar suficiente energía, las largas caminatas por las calles para conseguir alimento o dinero también influye en la pérdida de peso y la calidad de descanso es deficiente por factores de comodidad.

Un usuario de 42 años se identifica con VIH, con control médico en el Hospital San Juan de Dios y tratamiento antirretroviral. EL usuario no refiere sentir los síntomas característicos de la enfermedad propuestos en el cuestionario, sólo ha sentido pérdida en la memoria, pero no tan marcada. Se evidencia que presenta fiebres y pérdida de peso (opciones dentro de las casillas de la tuberculosis) síntomas generales de ambas enfermedades, el VIH y la Tuberculosis, pero no específicas para dar un diagnóstico.

El SIDA, tiene síntomas más característicos ya que son infecciones y cánceres asociados con la deficiencia del sistema inmunitario que resulta de la infección por el VIH. Por esta razón es más fácil que alerte al habitante de calle, pero síntomas como la pérdida brusca de peso que es el más habitual con 16%, no indica que este con el síndrome, ya que hay muchos factores que interfieren en la pérdida de peso, como lo es la alimentación y la drogadicción. Tenemos que la pérdida de memoria se presenta en el 12% de nuestra población, muchos refieren que es causa del efecto de las drogas, pero también se puede resaltar la falta de hidratación de gran parte de los habitantes de calle, ya que una deshidratación puede causar efectos el rendimiento cognitivo y la función motora,

y disminución de la memoria a corto y largo plazo<sup>52</sup>. Por último, tenemos las infecciones graves y recurrentes con un 6% donde indican que son infecciones tratadas por casos de sífilis congénita o por infecciones en las glándulas por resfríos pasajeros.

## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 6.1. CONCLUSIONES

El objeto principal que se plantea al principio de la investigación es determinar el conocimiento y las prácticas de los indigentes sobre el autocuidado en salud, en relación con los signos y síntomas de las enfermedades transmisibles (VIH, Sida, Tuberculosis) del Gran Área Metropolitana de San José, quienes asisten al centro dormitorio de la Municipalidad de San José y al comedor Iglesia de la Merced, lo cual se evidencia que sí poseen conocimiento acerca de las enfermedades, más para el VIH-Sida que para la Tuberculosis. Sus prácticas de autocuidado se ven influidas por su condición y la falta de recursos económicos, materiales y humanos hacen que este autocuidado se limite, pero se presenta interés en prácticas de cuidado propio como en el tiempo invertido para su salud, el lavado de manos, la forma de estornudar, alimentos que consumen, la hidratación, las condiciones donde duermen, el uso de drogas y la salud sexual.

Los resultados de este estudio indican que, en las características demográficas, la población indigente de este trabajo es mayoritariamente del género masculino, con una edad media de 40 años, por sexo, en el sexo femenino el rango de edad más habitual es el 36-41 y 48-53 años y en la población masculina es el rango de 30-35 y 36-41 años. En la orientación sexual, la heterosexual es la más frecuente y en el nivel educativo que posee la población indigente es estudios de secundaria o universidad completa e incompleta.

Los signos y síntomas de la tuberculosis más presentados por los indigentes, son la pérdida de peso, fiebres y sudor en las noches, no presentan ningún signo sospecho de la enfermedad. Pocos entran como casos sospechosos. Así también, los signos del VIH son muy generales para su diagnóstico, pero se reporta que el dolor y malestar general, ganglios inflamados en el cuello y la ingle y la diarrea por más de un mes son los que más se presentan. Por último, en el SIDA, tenemos la pérdida brusca de peso, pérdida de memoria e infecciones graves y recurrentes.

El conocimiento del VIH-SIDA está presente en nuestra población, el sexo femenino conoce más acerca del SIDA y los hombres tienen más conocimiento en el VIH. Los profesionales de salud y por las ferias de salud son los medios más frecuentes por donde reciben información. Saben de los signos y síntomas de la enfermedad, sólo un síntoma erróneo se presenta que es el vómito explosivo para ambas enfermedades. Se encuentra creencias incorrectas con las formas de transmitir el VIH, como el contacto de las lágrimas, sudor y saliva del enfermo y el compartir utensilios de la alimentación.

En lo que se refiere a la otra enfermedad de estudio, la tuberculosis la conocen más de la mitad de los habitantes de calle, siendo las ferias de salud y profesionales de salud los medios más habituales por donde reciben información también refieren saber que el signo y síntoma más característicos la enfermedad es la tos intensa que dura 3 semanas o más. Se evidencia creencias incorrectas a la transmisión de la enfermedad en las cuales está el darle la mano a un usuario, por medio de la sangre, las heces del usuario y por compartir utensilios de la alimentación.

En las prácticas de autocuidado, los indigentes sí gastan tiempo en su autocuidado, comenzando con que se lavan las manos con una frecuencia de siempre o casi siempre y los momentos que refieren son después de ir al baño y antes de alimentarse. Conocen las ventajas de la práctica y refieren que la más apta es que previene enfermedades causadas por bacterias y microorganismos y evita expandir las enfermedades infecciosas a otros. También se concluye que los habitantes de calle saben la manera correcta de estornudar o toser que es sobre el codo flexionado.

Entre dos y tres comidas realizan los habitantes de calle al día, cifra baja para la recomendación de la población adolescente y adulta. El alimento más consumido son los carbohidratos, frutas y verduras, con una frecuencia de 2-4 veces por día. Hay poco consumo de agua ya que rara vez es

la frecuencia más habitual y menos de la mitad de la población consume de 6-8 vasos por día, cantidad más habitual presentada.

La población indigente duerme con más frecuencia en albergues, siendo las mujeres las que más duermen en un albergue, mientras que el porcentaje de hombres que duerme en la calle es mayor al de las mujeres. En general nuestra población duerme en promedio entre 6-7 horas, mostrando un buen descanso, pero gran parte de los habitantes de calle duermen aglomerados.

La droga más usada por los habitantes de calle es el tabaco, población masculina es la que más consume. Se presenta riesgo de presentar la tuberculosis por la cantidad de cigarrillos consumidos al día (4-6 veces o 10-30 cigarrillos al día). La relajación, la adicción que crea, hacer frente a los problemas y por rebeldía son las razones más frecuentes por la cual nuestra población consume drogas. La mayoría de los indigentes quieren dejar sus malos hábitos por cuidar su salud.

En la salud sexual de los indigentes tenemos que en relación con el sexo ambos usan el condón con un porcentaje similar. La mayoría de los indigentes no portan condones en caso de que se dé una relación sexual no planeada y un bajo porcentaje se fija en la fecha de vencimiento. Se refleja una baja cantidad de habitantes de calle que no tienen relaciones sexuales monógamas. Parte de la población refiere que la importancia del uso del condón es por que previene las infecciones de transmisión sexual, y no resaltan la prevención de un embarazo deseado. Como parte del cuidado en la salud sexual de los indigentes, es la realización de la prueba del VIH, siendo los hombres los que más se la hacen.

En el cuidado de la salud, gran parte de nuestra población no cuenta con seguro social y la asistencia a los centros de salud en caso de algún problema asisten con más frecuencia a los hospitales de la CCSS, EBAIS y al hospital para indigentes. Muchos refieren que la atención

brindada en estos centros es regular o buena a pesar de que la sociedad los excluye y por su condición, los profesionales de salud les ponen límites para atenderlos.

## 6.2. RECOMENDACIONES

Las siguientes recomendaciones son para el personal encargado del Centro Dormitorio de la Municipalidad de San José:

- Realizar charlas dinámicas en el centro dormitorio sobre los signos y síntomas de las enfermedades transmisibles (Tuberculosis-VIH-SIDA), así también las formas de transmisión para reforzar el conocimiento.
- Concientizar con sesiones educativas sobre prácticas de autocuidado como los beneficios del lavado de manos con jabón y sobre la forma correcta del estornudo y el toser.
- Brindar sesiones educativas grupales acerca los efectos negativos del uso de drogas (tabaco-marihuana-heroína) y formas de afrontar la ansiedad.
- Promover el tamizaje voluntario de VIH como una oportunidad para conocer su diagnóstico y el acceso oportuno al tratamiento.
- Difundir información mediante sesiones educativas en el centro dormitorio sobre una vida sexual sana como los comportamientos saludables relacionados a la prevención de VIH y SIDA, promoviendo el uso del preservativo como una medida eficaz.
- Fomentar prácticas sexuales saludables en la población indigente sexualmente activa.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Correa ME, Orozco MM, Uribe MT, Barraza T, Zapata AM, La Villa CM y Correa C. Habitantes De La Calle Y Tuberculosis: Una Realidad Social En Medellín. Rev. Eleuthera, 2012, 6: 101-126 [citado 19 febrero 2018]. Recuperado a partir de: [http://eleuthera.ucaldas.edu.co/downloads/Eleuthera6\\_8.pdf](http://eleuthera.ucaldas.edu.co/downloads/Eleuthera6_8.pdf)
2. Arrossi S, Herrero M, Greco A, Ramos S. Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento de la tuberculosis: revisión de la literatura. Buenos Aires: CEDES: Area Salud, Economía y Sociedad, 2011.
3. García C C. Tuberculosis en grupos de riesgo en la Región Metropolitana: 2008. Rev. Chil Enfermedades Respir. junio de 2010;26(2):105-11.
4. Berbesí D, Segura-Cardona Á, Caicedo B, Cardona-Arango D. Prevalencia y factores asociados al VIH en habitante de calle de la ciudad de Medellín Colombia. Preval Factors Assoc HIV Str Dwellers Medellin Colomb. mayo de 2015;33(2):200-5.
5. López Palacio JD. Determinantes Sociales De La Salud En Pacientes Con Tuberculosis - Manizales – Colombia 2012 -2014. Soc Determinants Health Patients Whit Tuberc Manizales - Colomb 2012 -2014, Enero de 2017;17(1):38-53.
6. Berbesi DY, Agudelo A, Segura A, Montoya LP. VIH en habitantes de calle de Medellín. HIV Str Dwellers Medellín. septiembre de 2012;30(3):310-5.
7. Cárdenas M. Factores relacionados con la infección por VIH en población habitante de calle en tres ciudades de Colombia. [Tesis en Internet] [Bogotá] Universidad Nacional de Colombia, 2012 [citado 23 febrero 2018]. Recuperado a partir de: <http://www.bdigital.unal.edu.co>

8. Ministerio de la Protección Social. Vulnerabilidad a la infección por VIH en personas en situación de calle en las ciudades de Bucaramanga y Barranquilla. Imprenta Legis. Bogotá. 2011.
9. Fernández DYB, Salazar LMA, Gutiérrez CC, Galeano Gómez MDP, Cardona AMS, Vélez LPM. Utilización de los servicios de salud en la población habitante de calle. Use Health Serv Homeless People, julio de 2014;5(2):147-53.
10. Barrera R. Promoción y prevención en salud para los Ciudadanos Habitantes de Calle del Centro de Acogida Javier Molina de la Subdirección de Adulthood de la Secretaria de Integración Social. [Trabajo de Grado en Internet] [Bogotá] Universidad Católica de Colombia, 2015 [citado 23 enero 2018]. Recuperado a partir de: <http://repository.ucatolica.edu.co>
11. Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión. Política Nacional de Atención integral para personas en situación de abandono y en situación de calle. Imprenta de Acueductos Y Alcantarillados. San José. 2015
12. Ministerio de Salud. Manual de Normas de Atención y Vigilancia para el Control de la Tuberculosis. San José. 2004
13. Mesén Arce M, García C, Alejandro H. Los determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Estudio de un caso urbano, el cantón de Desamparados, Costa Rica. Rev. Cienc Adm Financ Segur Soc. enero de 2005;13(1):71-82.
14. Ministro De Salud. Reglamento de la Ley General sobre VIH-SIDA. Costa Rica. 1998
15. Leiva-Hidalgo J, Madrigal-Méndez A y Salas-Segura D. Seroprevalencia de hepatitis B, C y VIH en indigentes en Costa Rica. Rev. Costarr Salud Pública, 2013, 2(22): 113-118

- [citado 23 febrero 2018]. Recuperado a partir de:  
<http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/11097/Seroprevalencia%20indigentes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Weason Núñez MA. Personas en Situación De Calle: Reconocimiento e Identidad en Contexto de Exclusión Social. [Tesis en Internet] [Santiago] Universidad Alberto Hurtado. 2006. [citado 17 marzo 2018]. Recuperado a partir de:  
<https://movilizachile.files.wordpress.com>
17. Brenes Marcano M y Chacón Sánchez MS. Intervención con personas en situación de indigencia: Un análisis crítico en cuatro Organizaciones no Gubernamentales. [Tesis en Internet] [San José] Universidad de Costa Rica, 2009[citado 20 marzo 2018]. Recuperado a partir de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-1-2009-14.pdf>
18. Ministerio de Desarrollo Social. Segundo Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle. Chile. 2012. Salesianos Impresores S.A. Recuperado a partir de:  
<http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl>
19. Moreno Moreno AN. Caracterización de la Población Habitante De Calle de la Localidad de Suba. Convenio de Asociación suscrito entre la Alcaldía Local de Suba y la Fundación Cívica. Bogotá. 2013. [citado 17 marzo 2018]. Recuperado a partir de:  
<http://www.acciontecnicasocial.com>
20. Quintero Pacheco LV. La exclusión social en “habitantes de la calle” en Bogotá. Una mirada desde la bioética. Revista Colombiana de Bioética, 2008, 3(1): 101-144
21. Prado Solar LA, González Reguera M, Gómez NP y Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Cuba. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. 2013, (n.v):835-845

22. Rojas Tejas J y Zubizarreta Estévez M. Reflexiones del estilo de vida y vigencia del autocuidado en la atención primaria de salud. 2007. Rev Cubana Enfermer. 23(1): 1-12.
23. Ccoicca Almidón F. Medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la Esn –Pct del centro de salud Conde De La Vega Baja. [Tesis en Internet] [Lima]. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. 2013. [citado 21 marzo 2018]. Recuperado a partir de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe>
24. Quispe Paucar FA y Hanco Mamani CB. Prácticas de autocuidado y calidad de vida en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche, Juliaca 2015. [Tesis en Internet] [Juliaca] Universidad Peruana Unión. 2015. [citado 21 marzo 2018]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.upeu.edu.pe>
25. Escobar Potes M, Mejía Uribe ÁM, Betancur López SI. Cambios En El Autocuidado De Estudiantes Colombianos De Enfermería, Durante La Formación Profesional. 2015. SHIFTS SELF-CARE Colomb Nurs Stud Vocat Train 2015. enero de 2017;22(1):27-42.
26. Muñoz FI y Alonzo LA. Viviendo Positivamente-Programa de VIH. Guatemala. 2011. (n v.): 50-100. [citado 22 marzo 2018]. Recuperado a partir de: <http://www.iglesiacatolica.org.gt/vih/VPparte1.pdf>
27. Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional. Uso De Drogas y Transmisión del VIH en América Latina. EE. UU. 2012. Recuperado a partir de: [https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/uso\\_de\\_drogas\\_y\\_transmision\\_del\\_vih\\_en\\_america\\_latina.pdf](https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/uso_de_drogas_y_transmision_del_vih_en_america_latina.pdf)
28. Ministerio de Salud Pública. Preguntas y Respuestas Sobre La Tuberculosis. Ecuador. 2015. Recuperado a partir de: <http://www.paho.org/>

29. Flores Icomena D, Ríos Huayaban R y Vargas Chanchari MM. Conocimiento sobre VIH/SIDA y comportamiento sexual en adolescentes de la Comunidad San Francisco, Rio Itaya - Distrito de Belén 2015. [Tesis en Internet] [Iquitos] Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. 2015. [citado 22 marzo 2018]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe>
30. Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud y Ministerio de Justicia Paz. Norma para la Vigilancia y el control de la Tuberculosis. Costa Rica. 2015. Recuperado a partir de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr>
31. Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional. Información Básica Sobre El VIH/Sida y cómo Repercute En Las Empresas. San José. 2014. Recuperado a partir de: <http://www.pasca.org>
32. McPhee SJ. Diagnóstico clínico y tratamiento. [Internet]. Editorial McGraw-Hill Interamericana. D.F. México, 2013. [citado 2 abril 2018]. Recuperado a partir de: [www.ebooks7-24.com](http://www.ebooks7-24.com)
33. Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/SIDA. La situación del VIH/SIDA en Costa Rica. San José. 2004. Recuperado a partir de: <http://www.bvs.sa.cr>
34. Solano Chinchilla A, León-Bratti MP, Messino AJ, Vargas-Mejía C, Boza Cordero R y Porras O. Recomendaciones para el uso de la terapia antirretroviral en infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Costa Rica. 2012. Acta méd. costarricense 4(54). [citado 3 abril 2018]. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.sa.cr>

35. Ministerio de Protección Social. Sistema de Clasificación de la infección VIH y esquemas de Terapia Antirretroviral de inicio. Bogotá. 2011. Recuperado a partir de: <https://cuentadealtocosto.org>
36. Musayón Oblita FY, Loncharic N, Salazar ME, Leal David HM, Silva I y Velásquez I. El rol de la enfermería en el control de la tuberculosis: una discusión desde la perspectiva de la equidad. 2010. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 18(1) [citado 1 mayo 2018]. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.br>
37. Organización Panamericana de la Salud. Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/Sida para equipos de atención primaria y comunitarios en Latinoamérica y el Caribe. España. 2004. Recuperado a partir de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr>
38. Pereda M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem, México. Rev. Enf Neurol, 2011, 3(10): 163-167
39. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería, (5ª ed.). Barcelona: Mosly. 2003
40. Burns N, Grove S. Investigación en enfermería [monograph on the Internet]. [place unknown]: España: Elsevier, 2004 [cited February 28, 2018]. Available from: Catálogo en Línea – CENIT.
41. Moya Meoño L. Introducción a la estadística de la salud. (2ª ed.). San José Edit. UCR, 2014.
42. Montero YB. Estudio psicosocial de la indigencia en Mérida. MedULA. 2007;16(1):13-24.

43. World Health Organization. Interim who clinical staging of HIV/AIDS and HIV/AIDS case definitions for surveillance. African Region. 2005. Recuperado a partir de: <http://www.who.int>
44. Ministerio de Salud de la Nación. Enfermedades infecciosas. Tuberculosis-Diagnóstico de Tuberculosis. Guía para el equipo de salud. Nro. 3 (2da. edición) Argentina. 2014. Recuperado a partir de: <http://www.msal.gob.ar>
45. Alianza Global entre los sectores Público y Privado para Promover el Lavado de Manos con Jabón (PPPHW, por sus siglas en inglés). Día Mundial del Lavado de Manos 15 de octubre. Guía para Planificadores 2ª. Edición. 2009. Recuperado a partir de: <http://www.bvs.hn>
46. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Guía metodológica para la enseñanza de la alimentación y nutrición. Honduras. 2010. Recuperado a partir de: <http://www.fao.org>
47. Greenblott K. La protección social en la era del VIH y el SIDA “Análisis de la importancia de las intervenciones basadas en la ayuda alimentaria”. Roma. 2007. Programa Mundial de Alimentos. Recuperado a partir de: <https://www.wfp.org>
48. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP). Alimentación en la edad adulta. Costa Rica. 2017. Recuperado a partir de: <http://www.incap.int>
49. Lozano JL, Plasencia C, Ramos D, García C y Mahíquez LO. Factores de riesgo socioeconómicos de la tuberculosis pulmonar en el municipio de Santiago de Cuba, 2009. Rev. MEDISAN. [Internet]. 4 (13). [citado 16 agosto 2018]. Recuperado a partir de: <http://scielo.sld.cu>

50. Instituto Tomás Pascual Sanz. Los hidratos de carbono. España, 2010. Rev. Vive Sano. [Internet]. [citado 28 agosto 2018]. Recuperado a partir de: <http://vivesanoescuela.es>
51. Contreras M. Síntesis de la guía OMS, “La atención y apoyo nutricional a pacientes con Tuberculosis”, Perú, 2014. Inst. Nac. Salud. [Internet]. 20 (5-6). [citado 16 agosto 2018]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.ins.gob.pe>
52. Carmuega E, Britos S, Marcó F, Kabbache D, Murray R, Bernasconi A, Toblli J, Bilevich E, Ozuna B, Leal M, Iglesias R, Sayar R y Inserra F. Inquietudes de la población sobre el consumo de agua, sus diferentes tipos y la hidratación. 2014. Sociedad Argentina de Nutrición. [Internet]. Argentina. 15(4): 115-125. [citado 28 agosto 2018]. Recuperado a partir de: <http://www.revistasan.org.ar>
53. Álvarez C y Vivero C. Personas en situación de calle, un estudio exploratorio. [Tesis en Internet] [Santiago] Universidad de Chile. 2008. [citado 20 agosto 2018]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.uchile.cl/>
54. Pentón JL y Chávez MC. Factores de riesgo de tuberculosis pulmonar en el departamento noroeste de Haití. 2007. Rev. Panorama Cuba y Salud. [Internet]. 2(1): 22-28. [citado 20 agosto 2018]. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org>
55. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Adicciones. Tabaquismo. México. 2001. Recuperado a partir de: <http://www.salud.gob.mx>
56. Organización Mundial de la Salud. Una monografía de la OMS y la Unión sobre control del tabaco y de la tuberculosis. Estados Unidos de América. 2012. Recuperado a partir de: <http://www.who.int>
57. Peralta Y, Assef S, Benítez E, Campo E y Nápoles N. Recaída y factores de riesgo asociados en pacientes con tuberculosis en Santiago de Cuba (2002-2008). 2010. Rev.

- Medisan. [Internet]. 14(8). [citado 22 agosto 2018]. Recuperado a partir de: <http://scielo.sld.cu>
58. Instituto Nacional del Abuso de Drogas (NIDA). Heroína. Estados Unidos. 2018. Recuperado a partir de: <https://www.drugabuse.gov>
59. Vargas Solano G. Propuesta para el diseño de un Programa Interinstitucional de Atención Integral para la población de indigentes drogodependientes en el Cantón de Turrialba. [Tesis en Internet] [San José] Universidad Estatal a Distancia. 2010. [citado 30 agosto 2018]. Recuperado a partir de: <http://unpan1.un.org>
60. Gayón Vera E, Hernández Orozco H, Sam Soto S y Lombardo Aburto E. Efectividad del preservativo para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual. 2008. Ginecol Obstet Méx. [Internet]. 76(2): 88-96. [citado 28 agosto 2018]. Recuperado a partir de: <http://www.medigraphic.com>
61. Carballo N, Campos J y Sánchez V. Análisis secundario de la ENSSR-10 para el apoyo de programas y políticas en materia de VIH/Sida- Uso correcto y sistemático del condón en Costa Rica. 2014. Centro Centroamericano de Población. Universidad de Costa Rica. [Internet]. San José. [citado 28 agosto 2018]. Recuperado a partir de: <https://ccp.ucr.ac.cr>
62. Santamaría C y Valverde J. Análisis secundario de la ENSSR-10 para el apoyo de programas y políticas en materia de VIH/Sida-Factores determinantes de la realización de la prueba de VIH en Costa Rica. 2014. Centro Centroamericano de Población. Universidad de Costa Rica. [Internet]. San José. [citado 28 agosto 2018]. Recuperado a partir de: <https://ccp.ucr.ac.cr>

## ABREVIATURAS

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

CDC: Centro del Control de Infecciones

FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.

GAM: Gran Área Metropolitana

INCAP: El Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá

ITS: Infecciones de Trasmisión Sexual

LGTB: Lesbianas, Gais, Bisexuales y Transexuales

NIDA: National Institute on Drug Abuse

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

PBR: Prueba de Bacilo Resistencia

PPD: prueba cutánea de derivado proteico purificado (siglas en inglés)

PPPHW: Alianza global entre los sectores Público y Privado para Promover el Lavado de Manos con jabón (siglas en inglés)

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SNC: Sistema Nervioso Central

SPA: Sustancia Psicoactiva

TBP: Tuberculosis Pulmonar

TBE: Tuberculosis Extrapulmonar

USAID: La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional,

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

## ANEXOS

### Anexo # 1

Resultado del examen microscópico	Informe
No se encuentran BAAR en 100 campos observados.	No se observan bacilos alcohol ácido resistentes
Se encuentran menos de 3 BAAR en 300 campos observados	
Entre 2 y 9 BAAR en 100 campos observados.	Número exacto de bacilos en 100 campos
Se observa entre 10 y 99 BAAR en 100 campos observados	Positivo (+)
Entre 1 y 10 BAAR por campo en 50 campos observados	Positivo (++)
Más de 10 BAAR por campo en 20 campos observados	Positivo (+++)

FUENTE: Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud y Ministerio de Justicia Paz. Norma para la Vigilancia y el control de la Tuberculosis. Costa Rica. 2015. Recuperado a partir de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr>

## Anexo #2

Reporte de cultivos de Micobacterias según normativa

Negativo (-)	No se observan colonias (después de 60 días)
Positivo de N°	1 - 20 colonias
Positivo (+)	20 - 100 colonias
Positivo (++)	Más de 100 colonias separadas
Positivo (+++)	Colonias confluentes

Fuente: Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud y Ministerio de Justicia Paz. Norma para la Vigilancia y el control de la Tuberculosis. Costa Rica. 2015. Recuperado a partir de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr>

## Anexo #3

Estadio	Conteo de CD4+ (Cél/microl)	Porcentaje de linfocitos	Condición definidora de SIDA
Estadio 1 (infección por VIH)	≥ 500	≥ 29	no
Estadio 2 (infección por VIH)	200 – 499	14 - 28	no
Estadio 3 (SIDA)	< 200	< 14	si
Estadio desconocido	sin dato	sin dato	sin dato

Entre adultos y adolescentes (edad ≥ 13 años) aplica el estadio "desconocido": confirmación de laboratorio de la infección por el VIH, pero sin información sobre conteo de linfocitos T CD4+ o porcentaje y sin información sobre condiciones que definen SIDA

Fuente: Ministerio de Protección Social. Sistema de Clasificación de la infección VIH y esquemas de Terapia Antirretroviral de inicio. Bogotá. 2011. Recuperado a partir de: <https://cuentadealtocosto.org>

#### Anexo #4

ITIN	ITINN	IP	Inhibidores fusión	Inhibidores	ITIN	ITINN
Zidovudina	Efavirenz	Nelfinavir	Enfuvirtide	Maraviroc	Raltegravir	Combivir
Lamivudina	Nevirapina	Indinavir				Trizivir
Emtricitabina	Etravirina	Saquinavir				Atripla
Estavudina	Rilpivirina	Lopinavir/r				
Didanosina		Atazanavir				
Abacavir		Fosamprenavir				
Tenofovir		Tipranavir				
		Darunavir				

Fuente: Solano Chinchilla A, León-Bratti MP, Messino AJ, Vargas-Mejía C, Boza Cordero R y Porras O. Recomendaciones para el uso de la terapia antirretroviral en infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Costa Rica. 2012. Acta médica costarricense 4(54). [citado 3 abril 2018]. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.sa.cr>

## PLAN PILOTO

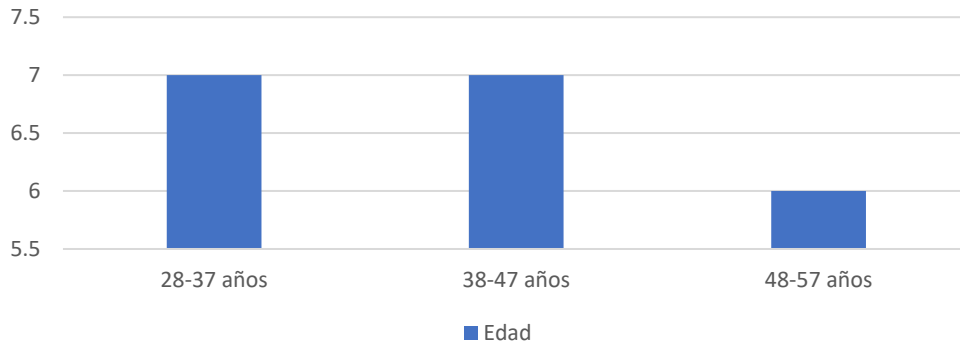


Figura N1. Distribución de la población según edad, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

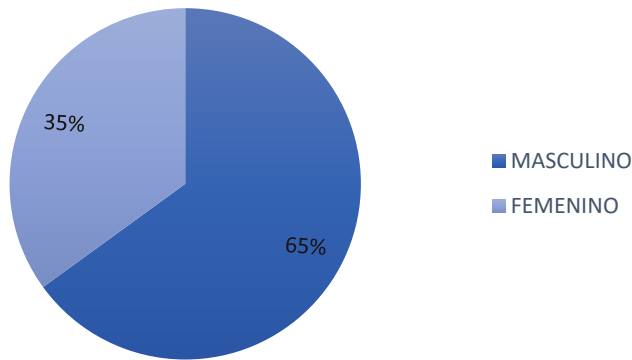


Figura N 2. Distribución de la población según el sexo asignado al nacer, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

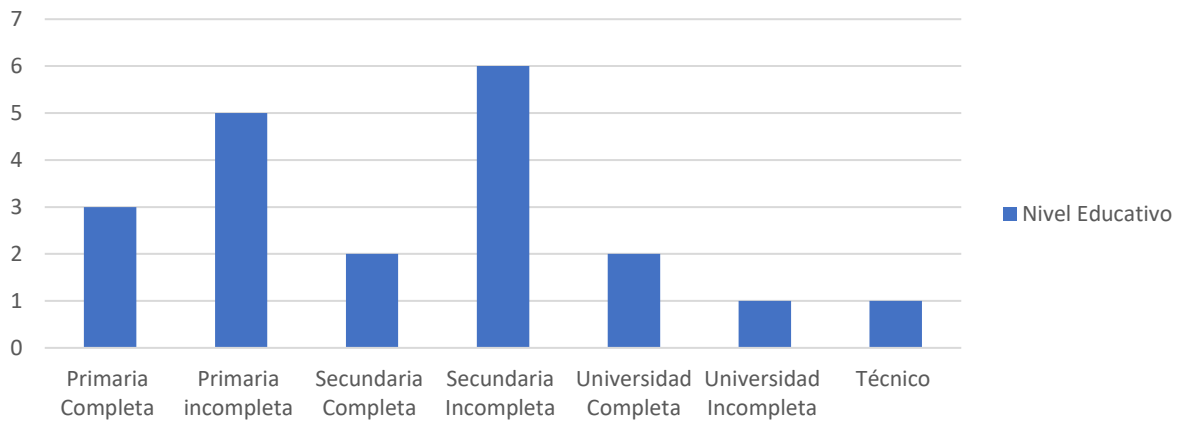


Figura N 3. Distribución de la población según el nivel educativo, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

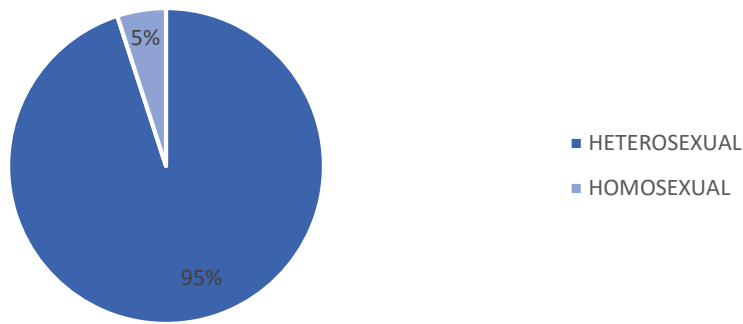


Figura N 4. Distribución de la población según la orientación sexual, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018



Figura N 5. Distribución de la población según el conocimiento del VIH, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

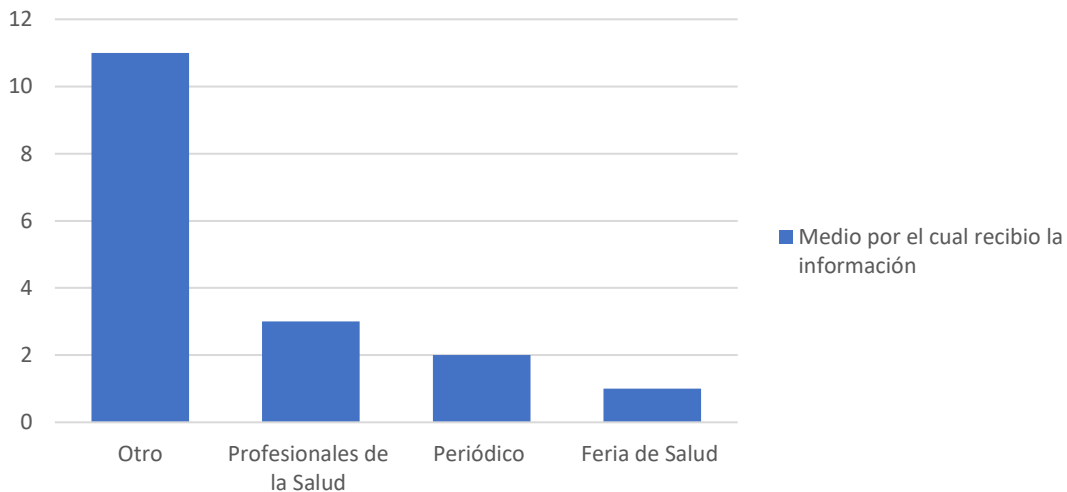


Figura N 6. Distribución de la población según el medio por el cual recibieron información del VIH, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

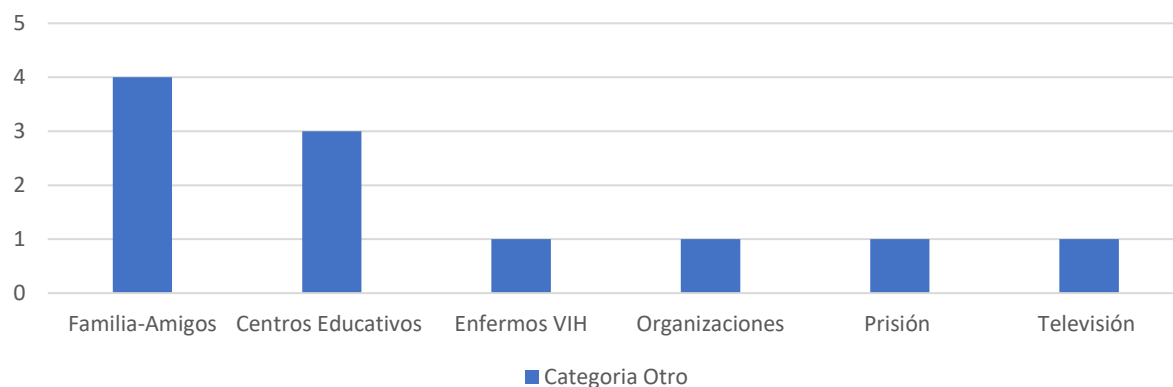


Figura N 6.1 Otros medios por el cual recibieron información del VIH, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

Tabla N°1

*Distribución de la población según el conocimiento de los signos y síntomas del VIH, San José, II Cuatrimestre, 2018*

<b>Signos y síntomas del VIH</b>	<b>SÍ</b>		<b>NO</b>	
	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>
Dolor y malestar general	9	45 %	11	55 %
Dolor de articulaciones	5	25 %	15	75 %
Vómito explosivo	4	20 %	16	80 %
Revestimiento espeso y blanco en la lengua o boca	3	15 %	17	85 %
Ganglios inflamados en el cuello y la ingle	2	10 %	18	90 %
Tos intensa	1	5 %	19	95 %

Fuente: Elaboración propia, junio 2018

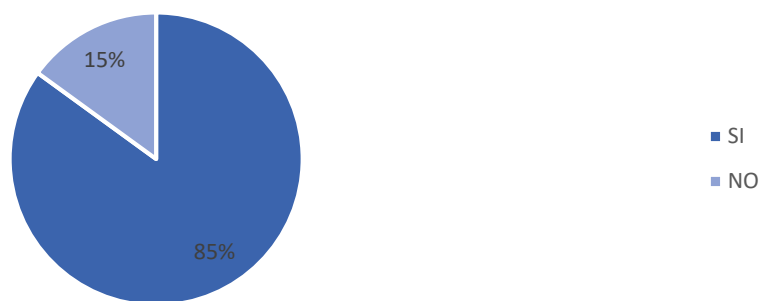


Figura N 7. Distribución de la población según el conocimiento del SIDA, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

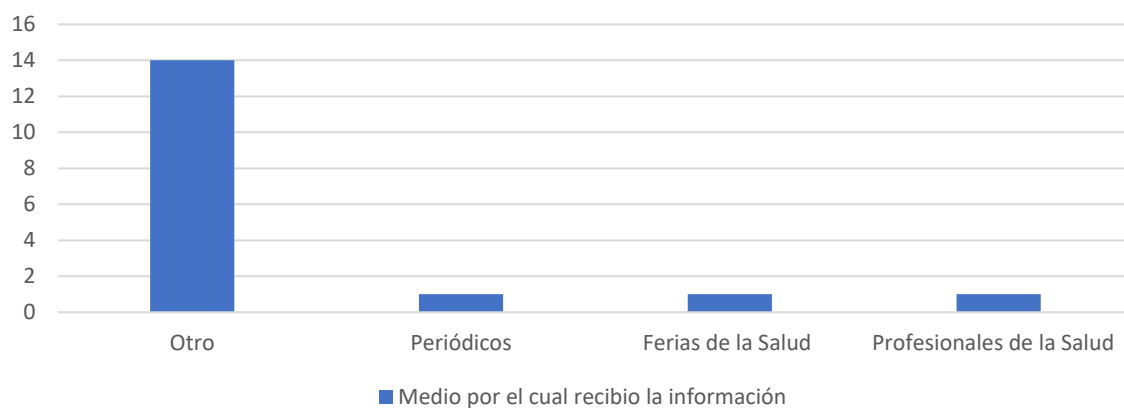


Figura N 8. Distribución de la población según el medio por el cual recibieron información del SIDA, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018



Figura N 8.1 Otros medios por el cual recibieron información del SIDA, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

Tabla N°2

*Distribución de la población según el conocimiento de los signos y síntomas del SIDA, San José, II Cuatrimestre, 2018*

<b>Signos y síntomas del VIH</b>	<b>SÍ</b>		<b>NO</b>	
	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>
Pérdida brusca de peso	11	64.70 %	6	35.29 %
Erupciones en la piel	7	41.18 %	10	58.82 %
Infecciones graves y recurrentes	6	35.29 %	11	64.70 %
Dolor de articulaciones	5	29.41 %	12	70.59 %
Tos intensa	4	23.53 %	13	76.47 %
Vómito Explosivo	3	17.65 %	14	82.35 %

Fuente: Elaboración propia, junio 2018

Tabla N°3

*Distribución de la población según el conocimiento de la forma de transmisión del VIH-SIDA, San José, II Cuatrimestre, 2018*

<b>Forma de transmisión del VIH-SIDA</b>	<b>SÍ</b>		<b>NO</b>	
	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>
Relaciones sexuales anales o vaginales	18	90 %	2	10 %
Compartir agujas o jeringas	18	90 %	2	10 %
Alimentación (compartir utensilios)	4	20 %	16	80 %
Lágrimas, sudor y saliva	2	18 %	18	90 %
Mosquitos e insectos	2	18 %	18	90 %
Otro. Sangre	1	5 %	19	95 %

Fuente: Elaboración propia, junio 2018



Figura N 9. Distribución de la población según el conocimiento de la Tuberculosis, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

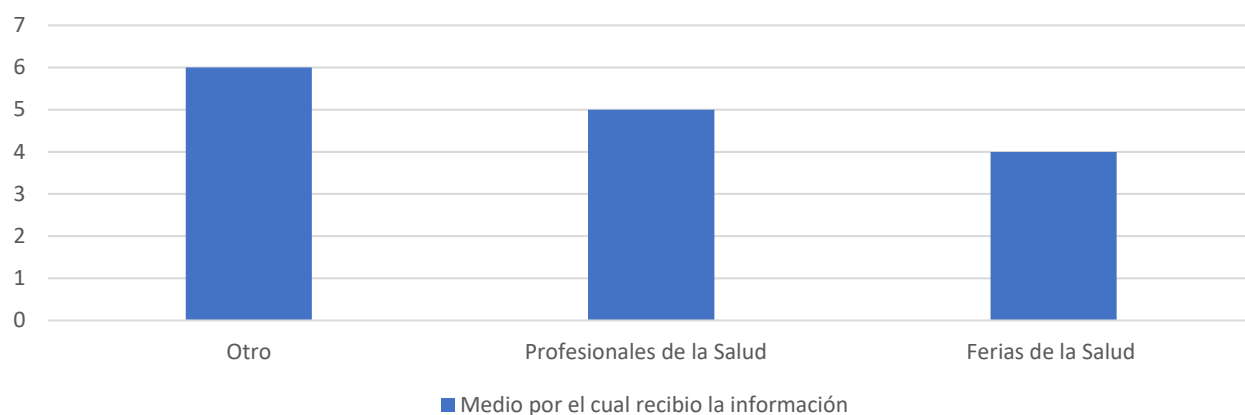


Figura N 10. Distribución de la población según el medio por el cual recibieron información de la Tuberculosis, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

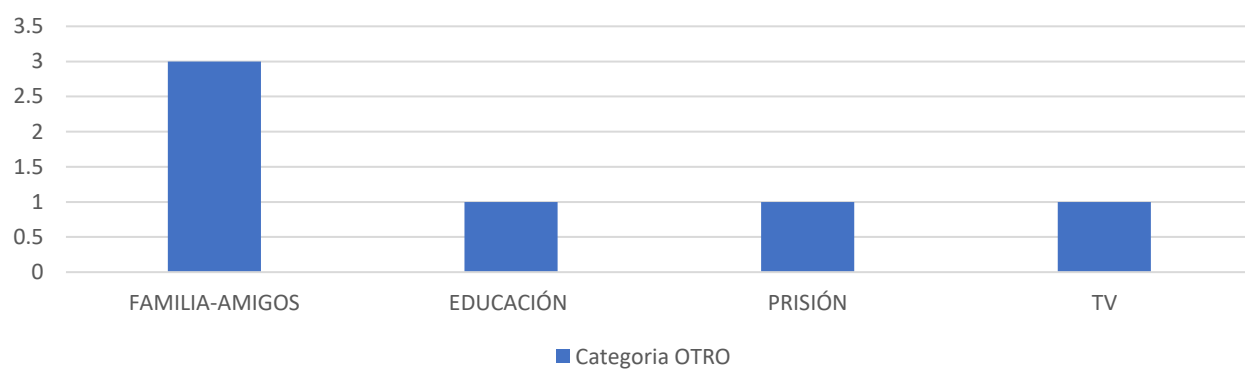


Figura N 10.1 Otros medios por el cual recibieron información de la tuberculosis, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018



Figura N 11. Distribución de la población según el conocimiento de la transmisión de la Tuberculosis, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

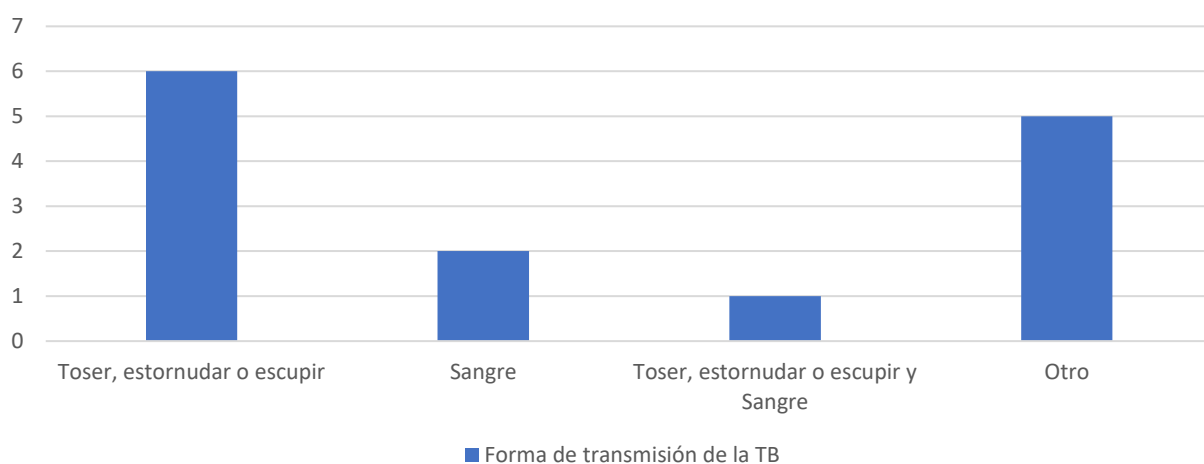


Figura N 12. Distribución de la población según la otra forma de transmisión de la Tuberculosis, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

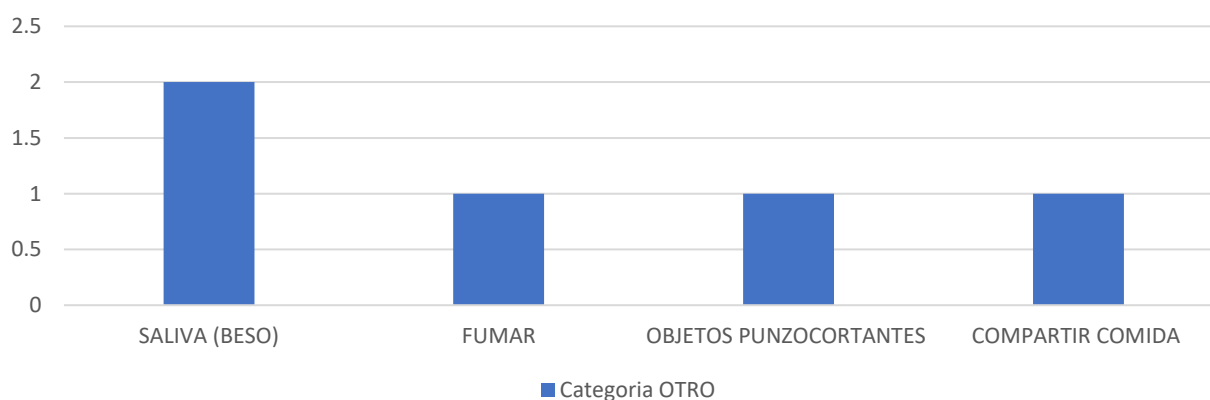


Figura N 12.1. Distribución de la población según el otro medio por el cual recibieron información de la Tuberculosis, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

Tabla N°4

Distribución de la población según el conocimiento de los signos y síntomas de la Tuberculosis, San José, II Cuatrimestre, 2018

Signos y síntomas de la Tuberculosis	SÍ		NO	
	Absoluto	%	Absoluto	%
Tos intensa que dura 3 semanas o más	10	66.6 %	5	33.3 %
Tos con salida de flemas o sangre	9	60 %	6	40 %
Pérdida de peso	2	13 %	13	86.6 %
Sudor durante la noche	2	13 %	13	86.6 %
Vómito explosivo	1	6.6 %	14	93.3 %
Caída de cabello			15	100 %

Fuente: Elaboración propia, junio 2018

Tabla N°5

Distribución de la población según los signos y síntomas presentados de la Tuberculosis, VIH y SIDA San José, II Cuatrimestre, 2018

Signos y síntomas de la Tuberculosis	SÍ		NO	
	Absoluto	%	Absoluto	%
Pérdida de peso	12	60 %	8	40 %
Sudor durante la noche	11	55 %	9	45 %
Fiebre	8	40 %	12	60 %
Tos intensa de más de 3 semanas de duración con salida de flemas o sangre	2	10 %	18	90 %
<b>Signos y síntomas del VIH</b>	<b>SÍ</b>		<b>NO</b>	
Dolor y malestar general	9	45 %	11	55 %
Ganglios inflamados en el cuello y la ingle	2	10 %	18	90 %
Revestimiento espeso y blanco en la lengua o la boca	2	10 %	18	90 %
<b>Signos y Síntomas del SIDA</b>	<b>SÍ</b>		<b>NO</b>	
Pérdida brusca de peso	9	45 %	11	55 %
Infecciones graves y recurrentes	6	30 %	14	70 %
Erupciones de la piel	3	15 %	17	85 %

Fuente: Elaboración propia, junio 2018

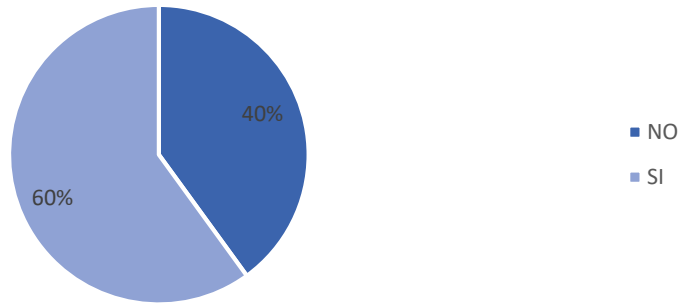


Figura N 13. Distribución de la población según la capacidad de realizar su autocuidado en relación con el estado de ánimo, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

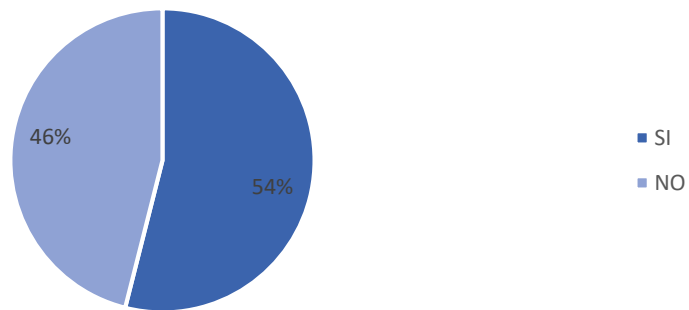


Figura N 14. Distribución de la población según el tiempo invertido en su propio autocuidado, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

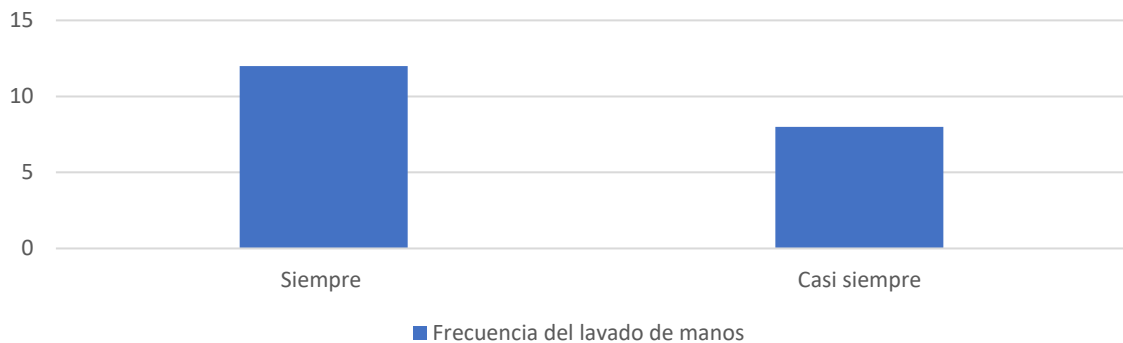


Figura N 15. Distribución de la población según la frecuencia del lavado de manos, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

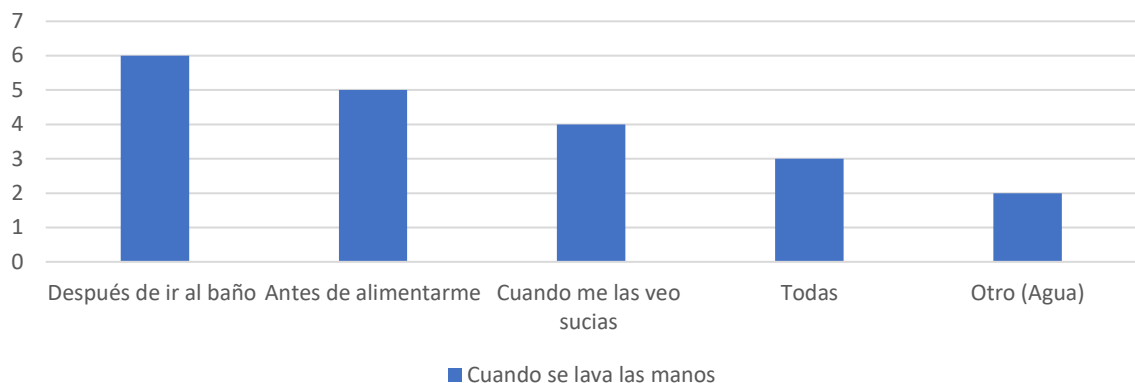


Figura N 16. Distribución de la población según el momento del lavado de manos, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018



Figura N 17. Distribución de la población según el conocimiento de las ventajas del lavado de manos, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

Tabla N°6

*Distribución de la población según el conocimiento de las ventajas del lavado de manos, San José, II Cuatrimestre, 2018*

Signos y síntomas de la Tuberculosis	SÍ		NO	
	Absoluto	%	Absoluto	%
Previene enfermedades causadas por bacterias y microorganismos	10	58.8 %	7	41.1 %
Evitar expandir nuestras enfermedades infecciosas a otros.	6	35.3%	11	64.7 %
Prevenir infectarnos de algún virus	6	35.3 %	11	64.7 %
Para ser mejor persona	3	17.6 %	14	82.3 %

Fuente: Elaboración propia, junio 2018

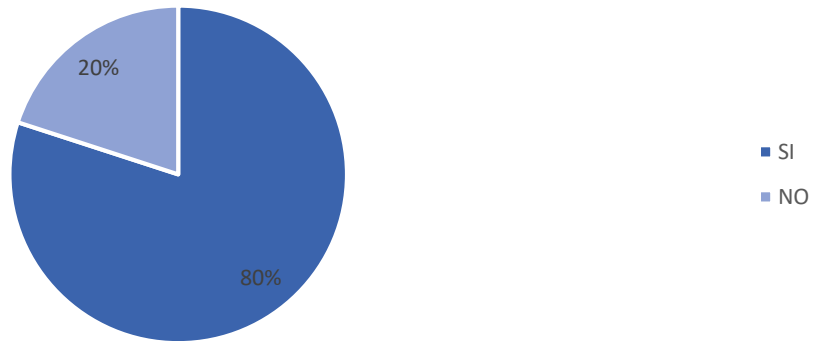


Figura N 18. Distribución de la población según la práctica correcta de estornudar y toser, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

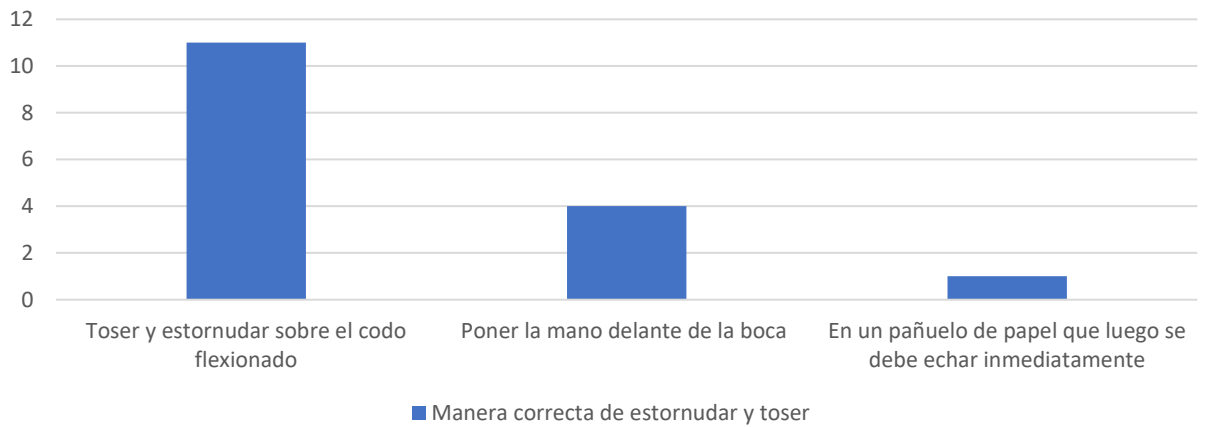


Figura N 19. Distribución de la población según la práctica correcta de estornudar y toser, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

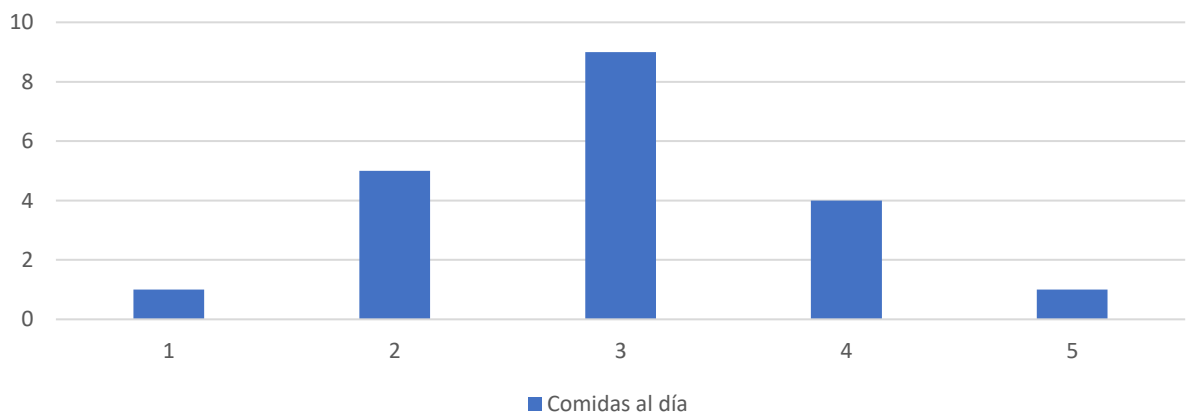


Figura N 20. Distribución de la población según la cantidad de comidas al día, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

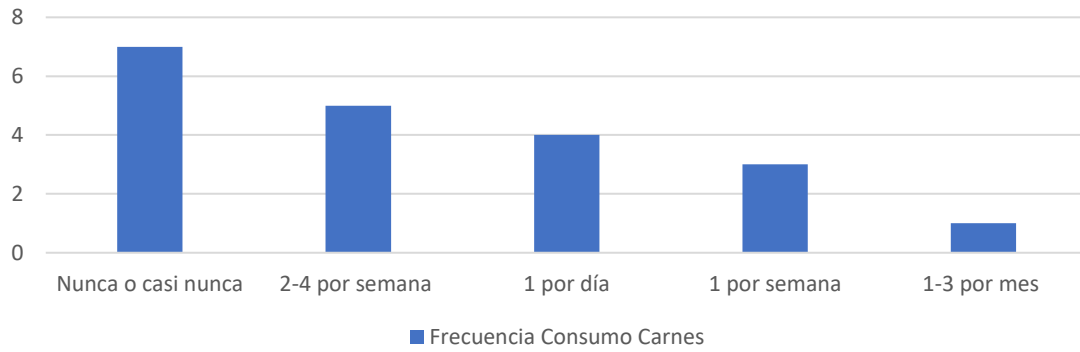


Figura N 21. Distribución de la población según la frecuencia del consumo de carnes, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

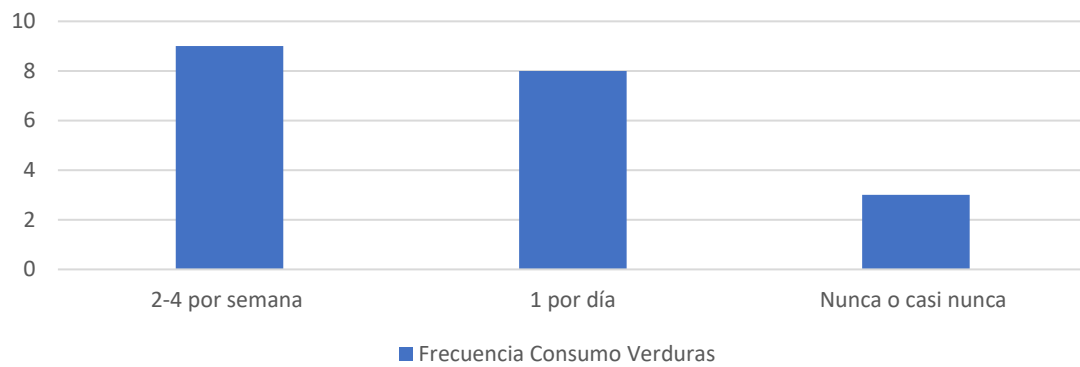


Figura N 22. Distribución de la población según la frecuencia del consumo de verduras, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

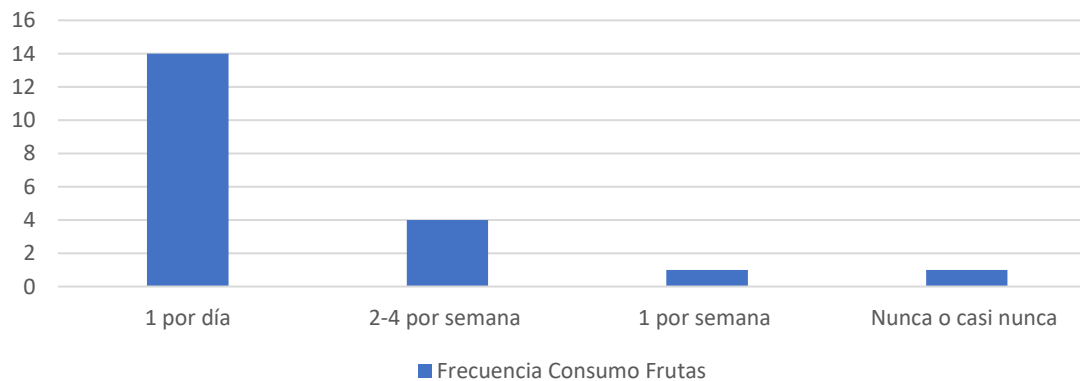


Figura N 23. Distribución de la población según la frecuencia del consumo de frutas, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

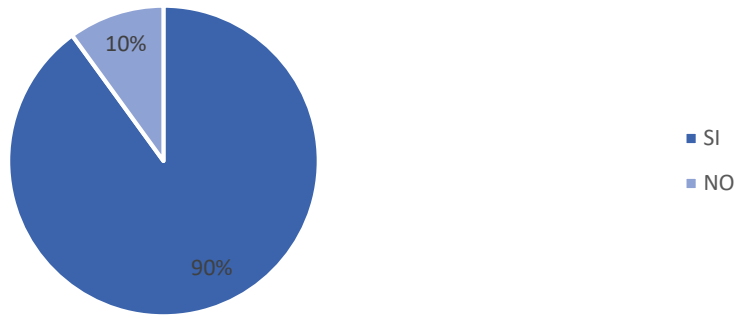


Figura N 24. Distribución de la población según consumo de agua, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

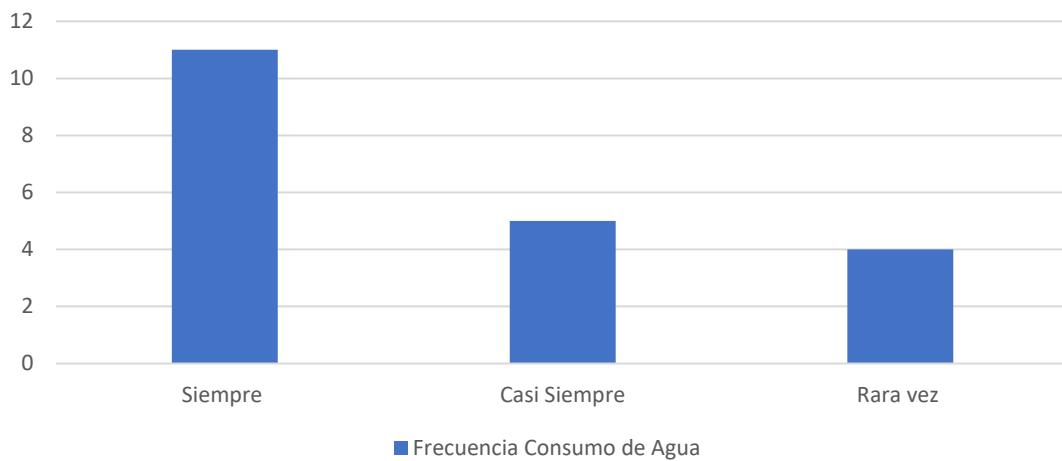


Figura N 25. Distribución de la población según la frecuencia del consumo de agua, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

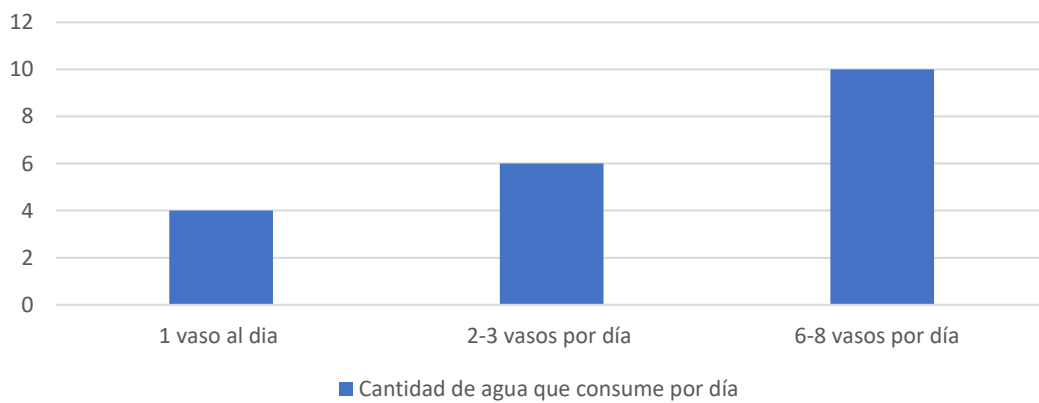


Figura N 26. Distribución de la población según la cantidad de agua que se consume al día, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

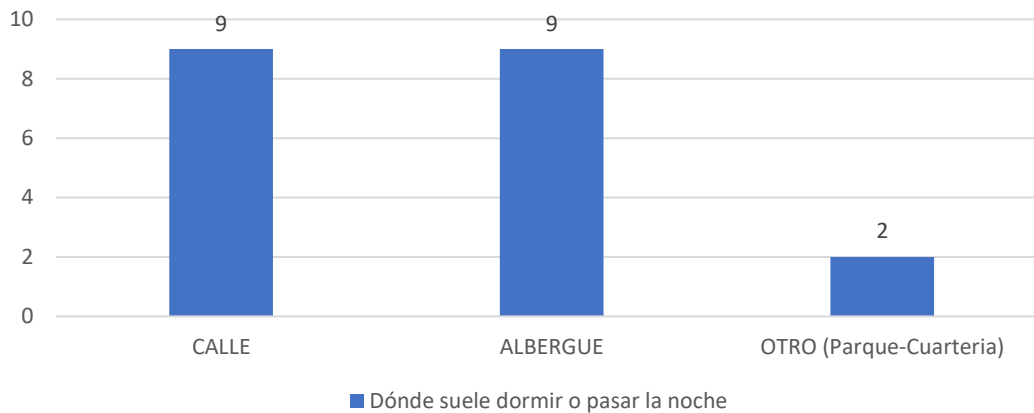


Figura N 27. Distribución de la población según el lugar suelen pasar la noche, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

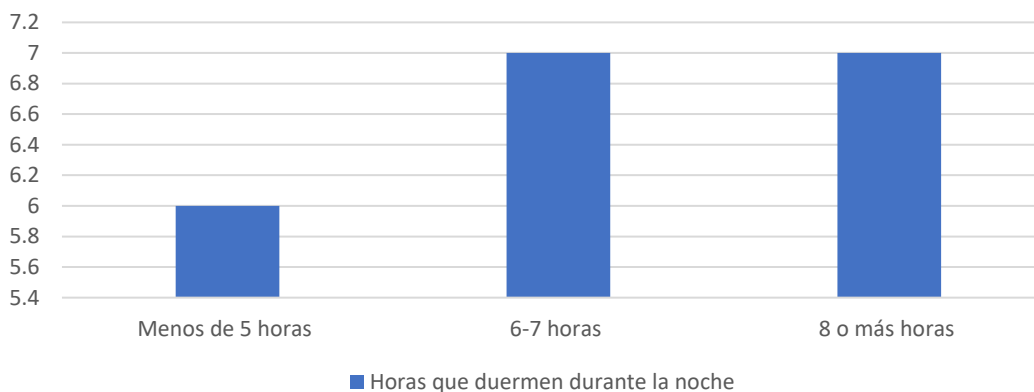


Figura N 28. Distribución de la población según la cantidad de horas que duermen en la noche, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

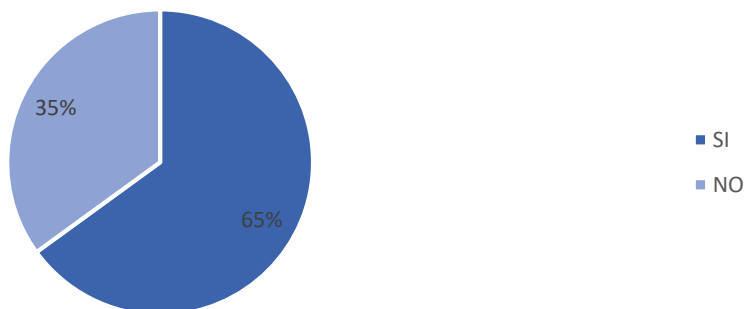


Figura N 29. Distribución de la población según la calidad del tiempo de descanso, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

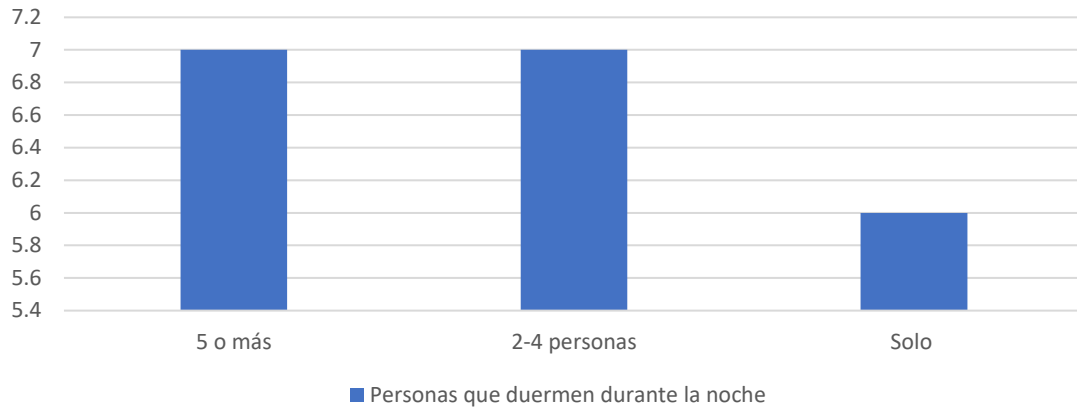


Figura N 30. Distribución de la población según la cantidad de personas que comparten en el dormitorio, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018

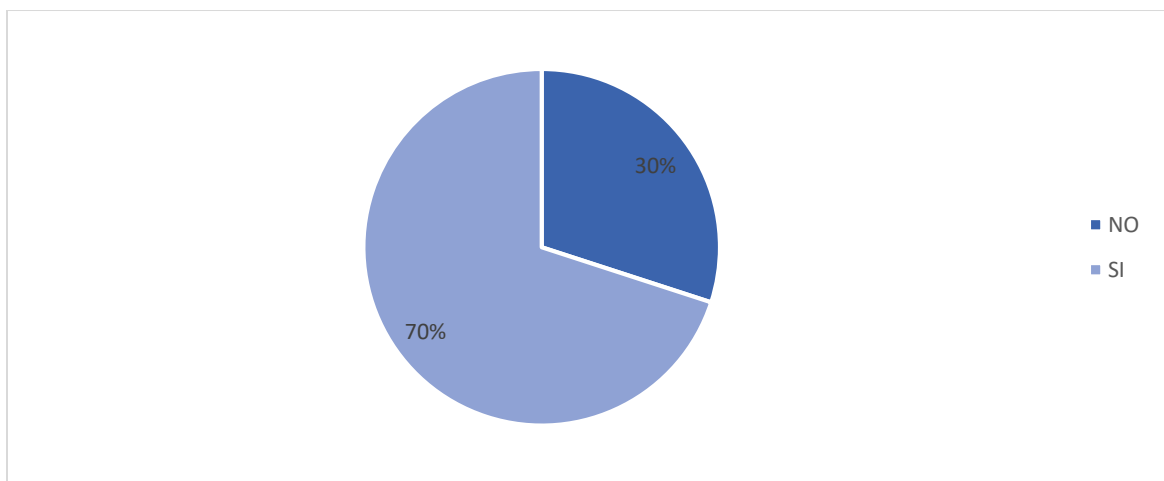


Figura N 31. Distribución de la población según el consumo de tabaco, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018.

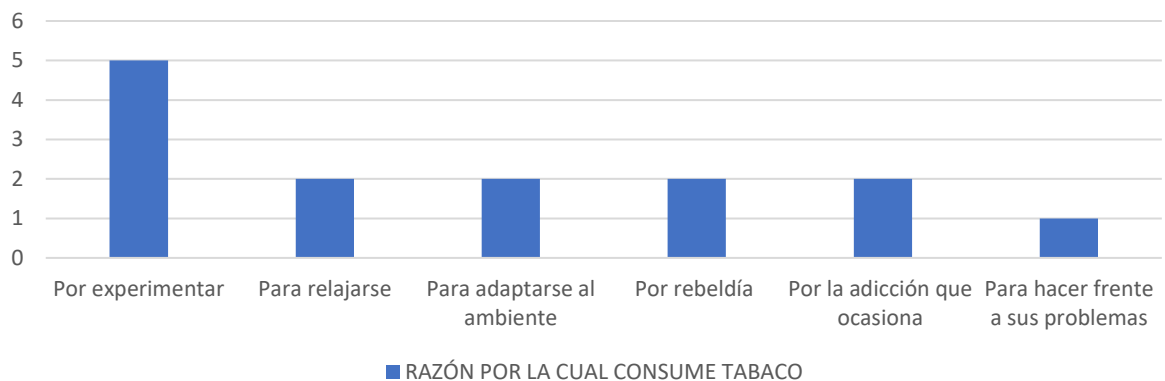


Figura N 32. Distribución de la población según razón del consumo de tabaco, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018.

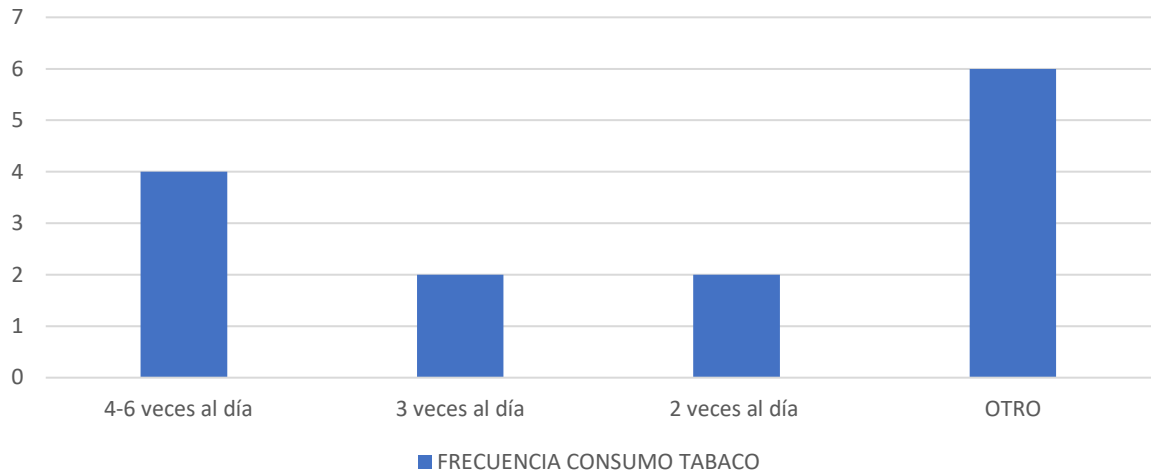


Figura N 33. Distribución de la población según la frecuencia del consumo de tabaco, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018.

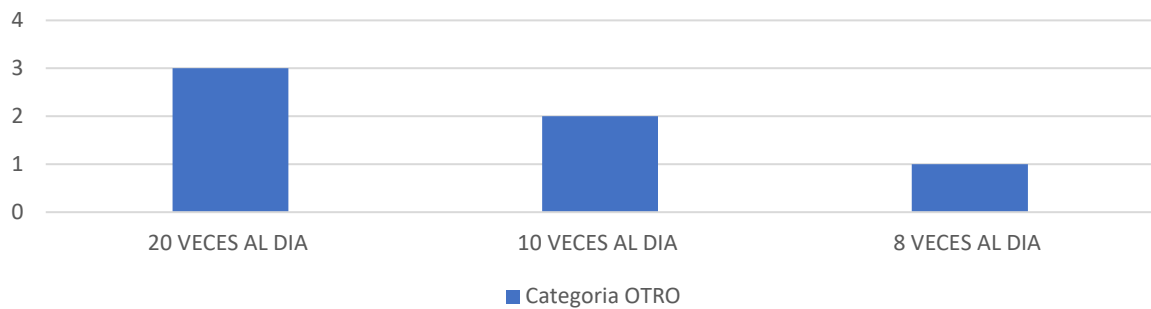


Figura N 34. Distribución de la población según la otra frecuencia del consumo de tabaco, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018.

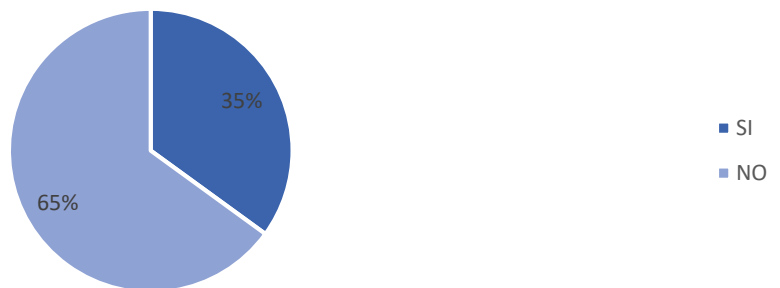


Figura N 35. Distribución de la población según el consumo de marihuana, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018.

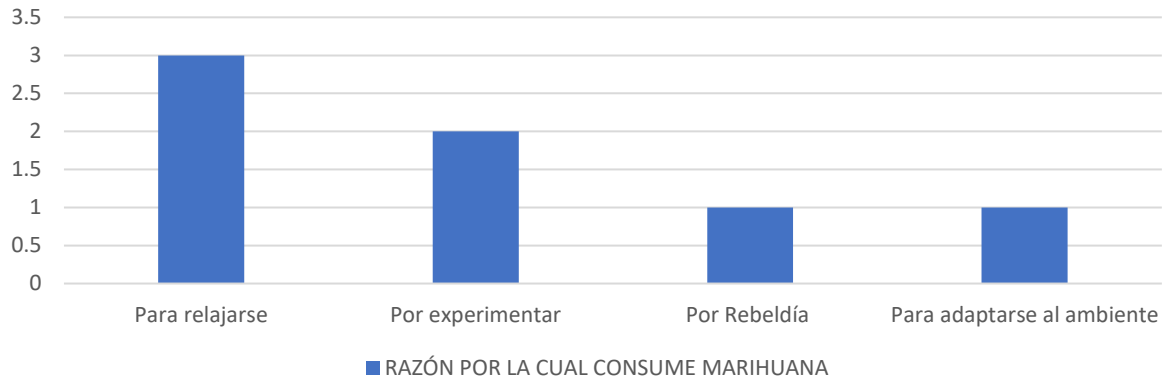


Figura N 36. Distribución de la población según la razón del consumo de marihuana, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018.

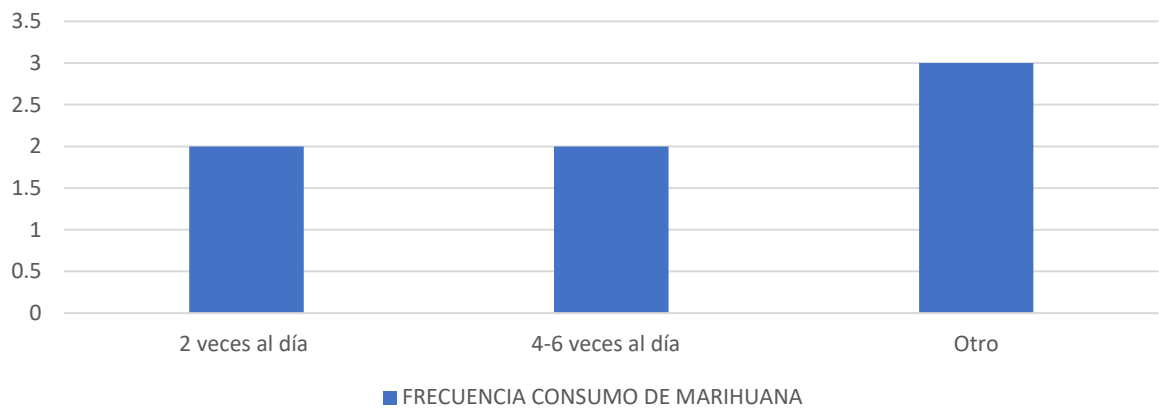


Figura N 37. Distribución de la población según la frecuencia del consumo de marihuana, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018.

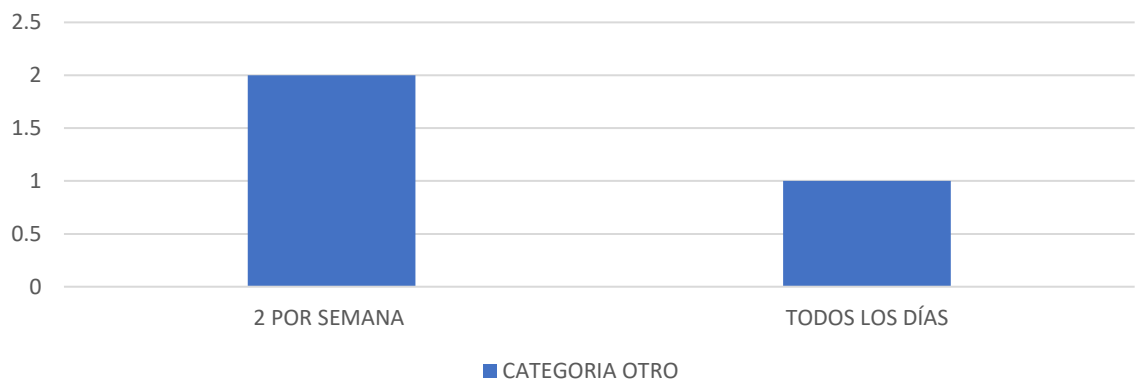


Figura N 38. Distribución de la población según la categoría otro de la frecuencia del consumo de marihuana, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018.

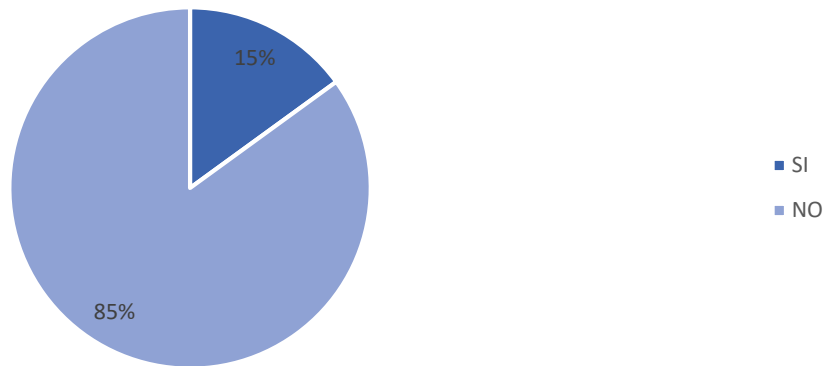


Figura N 39. Distribución de la población según el consumo de heroína, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018.

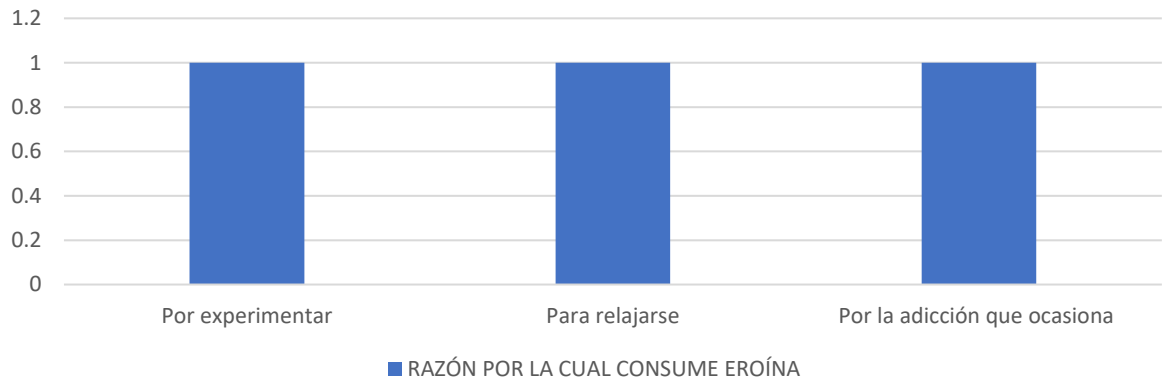


Figura N 40. Distribución de la población según la razón del consumo de heroína, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018.

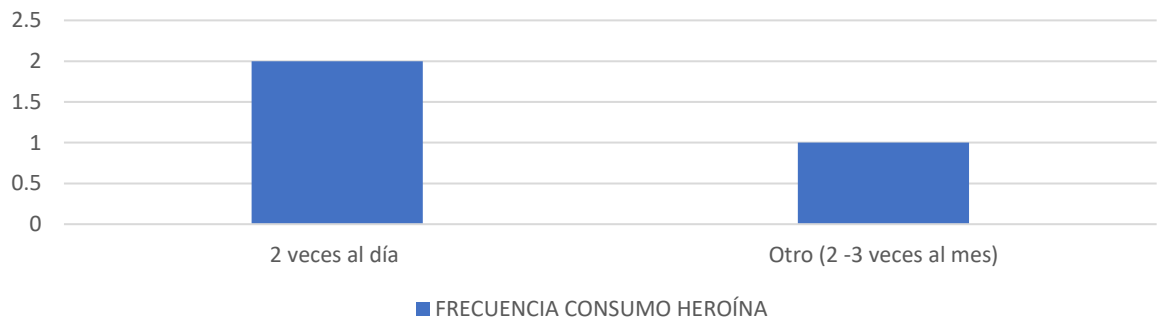


Figura N 41. Distribución de la población según la frecuencia del consumo de heroína, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018.

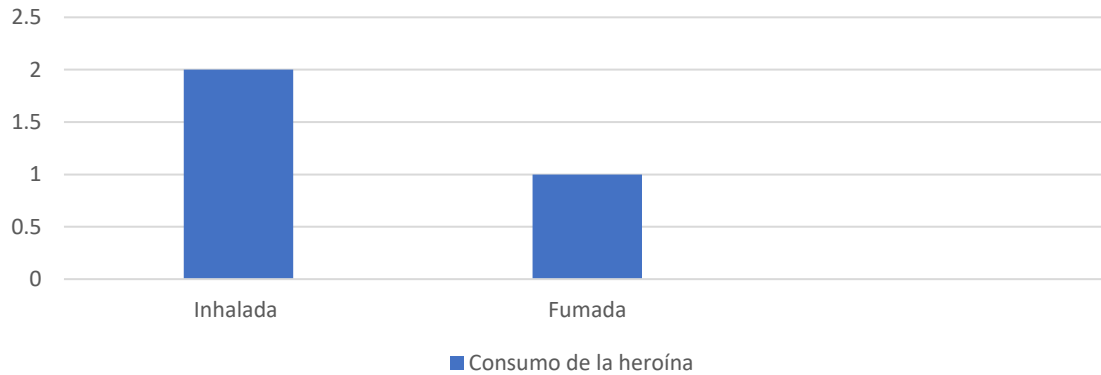


Figura N 42. Distribución de la población según el tipo de consumo de heroína, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018.

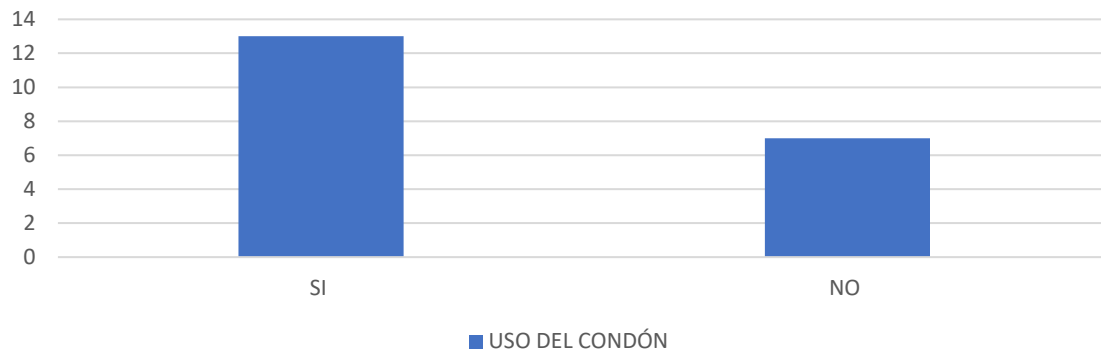


Figura N 43. Distribución de la población según el uso del condón cuando tienen relaciones sexuales, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018.

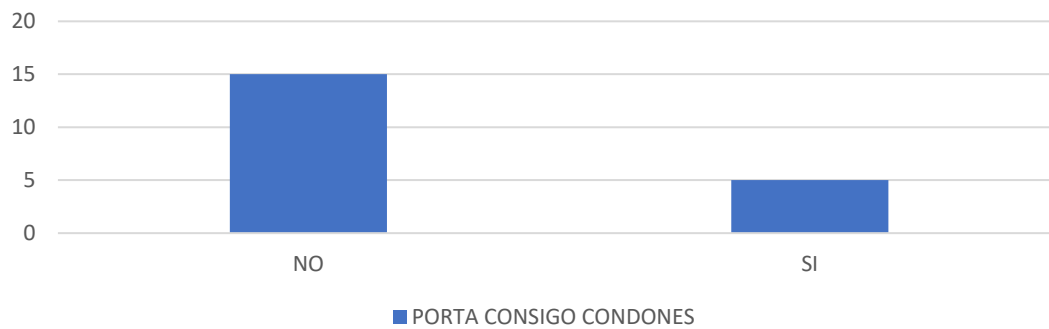


Figura N 44. Distribución de la población según la portación de condones, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018.

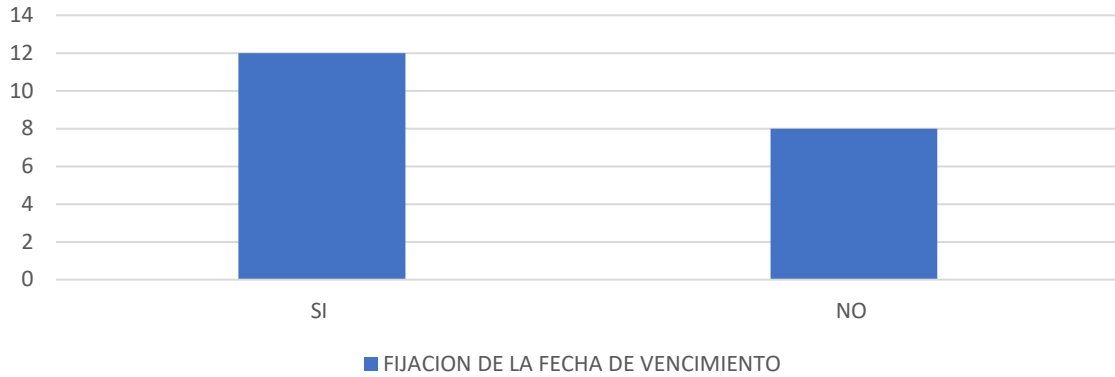


Figura N 45. Distribución de la población según la revisión de la fecha de vencimiento del condón, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018.

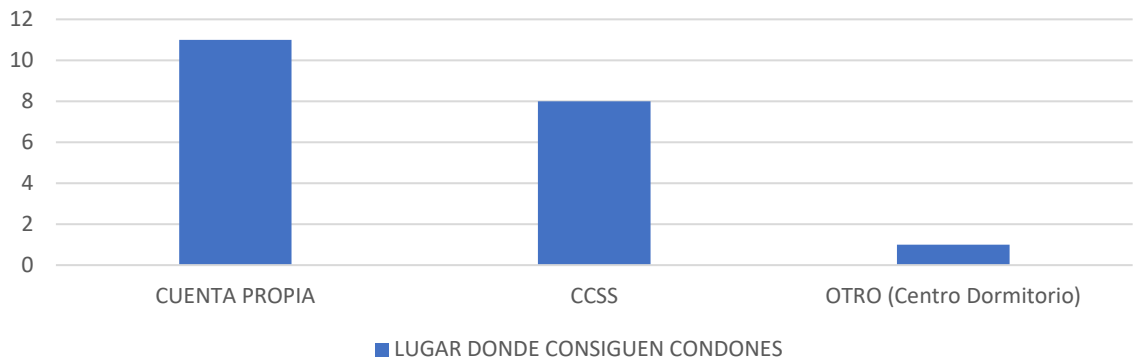


Figura N 46. Distribución de la población según el lugar donde obtienen los condones, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018.

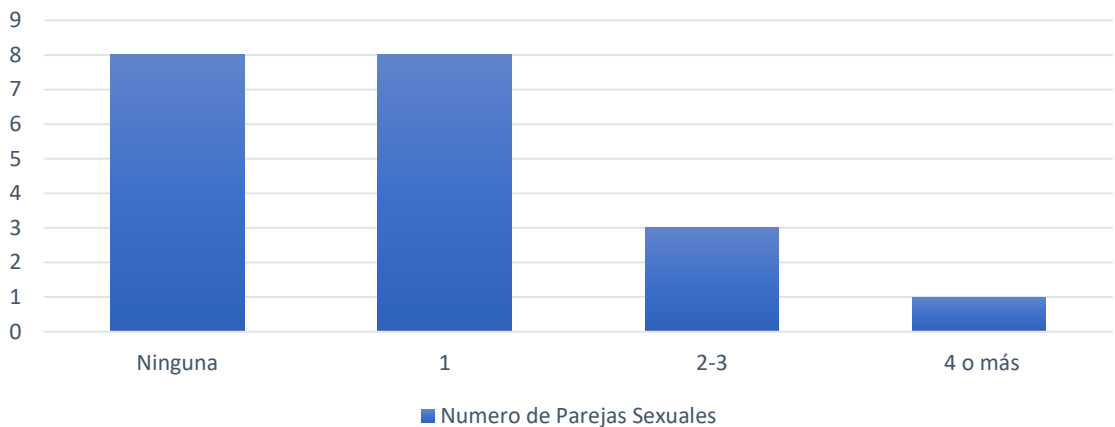


Figura N 47. Distribución de la población según el número de parejas sexuales, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018.

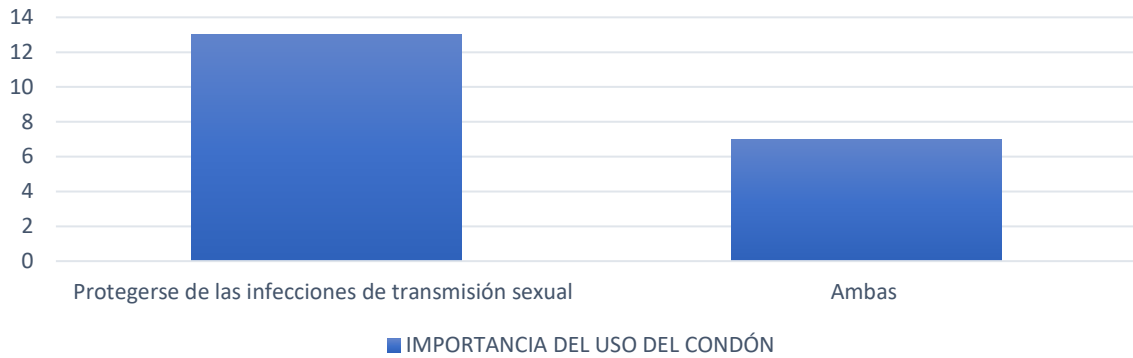


Figura N 48. Distribución de la población según el conocimiento de la importancia del uso del condón, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018.



Figura N 49. Distribución de la población según si cuentan con seguro social, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018.

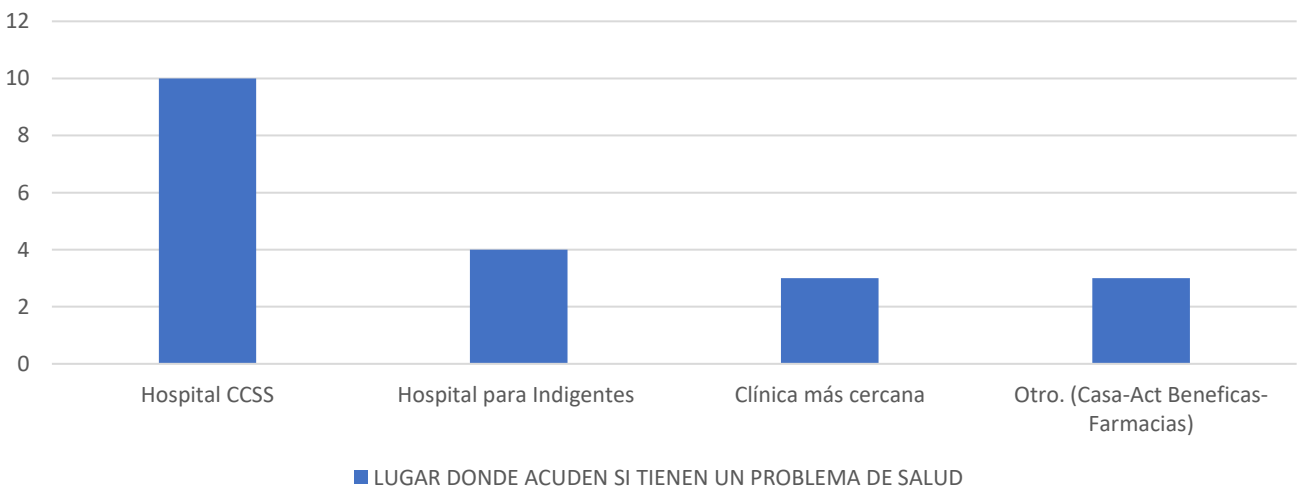


Figura N 50. Distribución de la población según el lugar donde acude si presenta un problema de salud, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018.

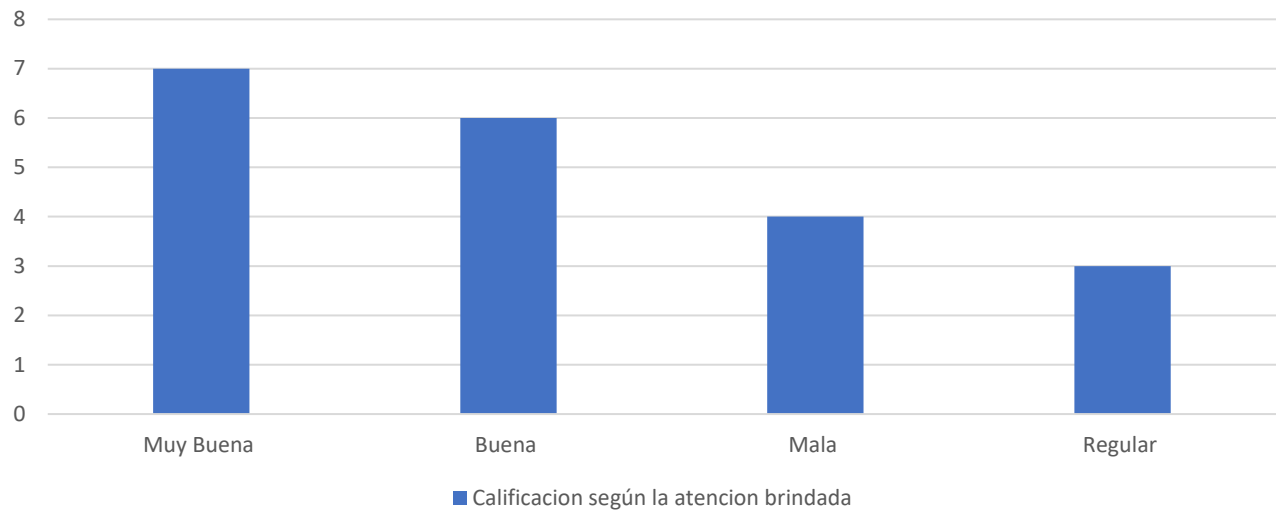


Figura N 51. Distribución de la población según la calificación dada a la atención brindada, San José, II Cuatrimestre, 2018. Fuente: Elaboración propia, junio 2018.

## DEDICATORIA

*“No ha nacido para ti una nueva mañana,  
observas la misma luz del sol de ayer,  
respiras el mismo aire abandonado,  
y caminas la misma ruta desnuda”*

*Fray Chávez Mercado*

*A la población habitante de calle, quienes me enseñaron a nunca rendirme a pesar de las  
circunstancias, son seres con **Constancia, Amor, Lealtad, Lucha y Esperanza** por la vida*

## AGRADECIMIENTOS

*Quiero agradecer a mi mamá y a mi papá quienes fueron los pilares de mi formación, ese amor incondicional, la motivación, el esfuerzo realizado por darme mis estudios y cada palabra de apoyo fueron claves para la culminación de esta investigación.*

*A mi familia en general, mi hermana Melissa, Tía Zenia, Mis primas Nicole, Jennifer, Sonia gracias a sus mensajes de apoyo me dieron la fuerza para salir adelante.*

*Quiero agradecer a la tutora, MSc. Marisel Picado Monge y a la lectora MSc. Marcela Castro Méndez por su apoyo, ayuda, paciencia por incrementar mi conocimiento, pues sin ello no hubiese podido desarrollar esta investigación.*

*A todas aquellas personas, que estuvieron en el proceso como el personal del Centro dormitorio de la municipalidad de San José, quienes me permitieron trabajar en las instalaciones de la organización y poder realizar las encuestas.*

## DECLARACIÓN JURADA

Yo Dennis Castillo Gamboa, cédula de identidad número 1-1657-0272, en condición de egresado de la carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la de del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de Licenciatura de Enfermería titulado “Conocimiento y prácticas de los indigentes sobre el autocuidado en salud en relación con los signos y síntomas de las enfermedades transmisibles (VIH-Sida, Tuberculosis) en el centro dormitorio de la municipalidad de San José, julio-agosto 2018” es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que establece: “Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que estos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original”. Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, 9 de setiembre de 2018.



Dennis Castillo Gamboa.

1-1657-0272

San José, 13 de setiembre de 2018

MSc. Marisel Picado Monge  
Tutora Asignada  
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

Por este medio, hago constar de que Dennis Castillo Gamboa, con cédula 1-1657-0272, estudiante de Licenciatura de Enfermería realizó la recolección de datos a los habitantes de calle que asisten al centro dormitorio, teniendo como fecha de inicio el 24 de julio del 2018 y como fecha de culminación el 01 de agosto del 2018.

Agradezco su atención.

Atentamente:



Ramón Arroyo Castro  
Centro Dormitorio de la Municipalidad de San José

## CARTA DEL TUTOR

San José, 07 de setiembre de 2018

**Máster Zaida Rodríguez**  
**Carrera Enfermería**  
**Universidad Hispanoamericana**

Estimada señora:

El estudiante Dennis Castillo Gamboa, cédula 1-1657-0272, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: "CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE LOS INDIGENTES SOBRE EL AUTOCUIDADO EN SALUD EN RELACIÓN CON LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (VIH-SIDA, TUBERCULOSIS) EN EL GAM DE SAN JOSÉ, AGOSTO-JULIO 2018". El cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

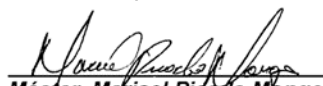
En mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	19
	TOTAL		<b>99</b>

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,

  
**Máster. Marisel Picado Monge**  
**Cédula identidad 3-0408-0459**  
**Carné Colegio Profesional E-12171**

## CARTA DE LA LECTORA

San José, 23 de octubre 2018.

**Máster Vanessa Aguilar Zeledón**  
**Directora Carrera Enfermería**  
**Universidad Hispanoamericana**

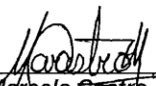
Estimada señora:

La estudiante DENNIS CASTILLO GAMBOA, cédula de identidad número 1-1657-0272 me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **“CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE LOS INDIGENTES SOBRE EL AUTOCUIDADO EN SALUD EN RELACIÓN CON LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (VIH-SIDA, TUBERCULOSIS) EN EL GAM DE SAN JOSÉ, AGOSTO-JULIO 2018.”** el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

En mi calidad de lector, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de lectoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

Por consiguiente, se avala el traslado al proceso de lectura al filólogo(a).

Atentamente,

  
\_\_\_\_\_  
**MSc. Marcela Castro Méndez**  
**Cédula/identidad 1-1034-0377**  
**Carné Colegio Profesional E-4705**

San José, 29 de octubre, 2018

MSc. Vanessa Aguilar Zeledón

Directora de la Escuela de Enfermería a.i.

Universidad Hispanoamericana, Sede Aranjuez

Leí y corregí el Trabajo Final de Graduación: "Conocimiento y prácticas de los indigentes sobre el autocuidado en salud, en relación con los signos y síntomas de las enfermedades transmisibles (VIH-SIDA, Tuberculosis), Gran Área Metropolitana, San José, julio-agosto, 2018", elaborado por el estudiante Dennis Castillo Gamboa, cédula 1-1657-0272, para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

Corregí el trabajo en aspectos, tales como: construcción de párrafos, vicios del lenguaje que se trasladan a lo escrito, ortografía, puntuación y otros relacionados con el campo filológico, y desde ese punto de vista considero que está listo para ser presentado como Trabajo Final de Graduación, por cuanto cumple con los requisitos establecidos por la Universidad Hispanoamericana.

Atentamente,



MSc. Edgar Rojas González

Carné 2443

Teléfono: 88822158

Correo: edgarrojasg27@gmail.com

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### **Conocimiento y prácticas de los indigentes sobre el autocuidado en salud en relación con los signos y síntomas de las enfermedades transmisibles (VIH-Sida, Tuberculosis) en el Gran Área Metropolitana de San José, 2018**

Nombre del Investigador (a) Principal: DENNIS CASTILLO GAMBOA

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

#### **A. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:**

El propósito de esta investigación es saber el conocimiento de la población indigente en cuanto a su cuidado personal y si tiene conocimiento a las enfermedades de VIH SIDA y tuberculosis.

#### **B. ¿QUÉ SE HARÁ?:**

Se les realizará una encuesta con una serie de preguntas, las cuales usted responderá según crea conveniente.

Los y las usuarias que van a participar en esta investigación deben ser mayor de edad, deben acudir al Centro Dormitorio de la Municipalidad de San José o al comedor de la iglesia de la Merced y ser habitante de calle.

Al aceptar formar parte de la población de esta investigación se va a tomar en cuenta para la muestra de 100 indigentes, los cuales se van a reunir los datos e interpretar resultados.

La encuesta, durará aproximadamente 20 minutos; son preguntas muy sencillas de responder y no significan ningún compromiso para usted, le agradezco anticipadamente su colaboración.

#### **C. RIESGOS:**

La participación en este estudio no tendrá riesgo para usted.

#### **D. BENEFICIOS:**

Será posible que los investigadores aprendan más acerca de los cuidados que realizan los indigentes acerca de su autocuidado y si hay comportamientos de riesgo de contagio de la Tuberculosis y el VIH-Sida y este conocimiento beneficiará a otros profesionales de Enfermería en el futuro.

- E.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con el(la) investigador(a) Dennis Castillo Gamboa quien debió haber contestado de forma satisfactoria todas sus preguntas. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Universidad Hispanoamericana *al teléfono 2211-3000*, de lunes a viernes en el horario de 8 am a 5 pm.
- F.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- G.** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho **de negarse a participar o a interrumpir** su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica o de otra índole que requiera.
- H.** Su participación en este estudio es confidencial por lo que en caso de publicarse los resultados de esta investigación o divulgarse en una reunión científica, se garantiza estrictamente el anonimato de todas las personas participantes en el estudio.
- I.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

### CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de estudio en esta investigación.

---

Nombre, cédula y firma del sujeto (niños mayores de 12 años y adultos)

Fecha:

---

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento

Fecha:



**PARTE II. CONOCIMIENTO SOBRE EL VIH-SIDA**

5. ¿Conoce usted sobre el VIH? Si la respuesta es NO, favor pasar a la pregunta 8  
 Sí  No

6. ¿Indique el medio por el cual recibió la información?  
 Redes Sociales  Profesionales de la Salud  
 Periódicos  Otro \_\_\_\_\_  
 Ferias de la Salud

7. ¿De los siguientes signos y síntomas indique cuales corresponden al VIH? Puede marcar más de una opción

<input type="checkbox"/>	Tos intensa
<input type="checkbox"/>	Dolor de articulaciones
<input type="checkbox"/>	Dolor y malestar general
<input type="checkbox"/>	Diarrea por más de un mes.

<input type="checkbox"/>	Ganglios inflamados en el cuello y la ingle
<input type="checkbox"/>	Revestimiento espeso y blanco en la lengua o la boca
<input type="checkbox"/>	Vomito Explosivo
<input type="checkbox"/>	Ninguno

8. ¿Conoce usted sobre el SIDA? Si la respuesta es NO, favor pasar a la pregunta 11  
 Sí  No

9. ¿Indique el medio por el cual recibió la información?  
 Redes Sociales  Profesionales de la Salud  
 Periódicos  Otro \_\_\_\_\_  
 Ferias de la Salud

10. ¿De los siguientes signos y síntomas indique cuales corresponden al SIDA? Puede marcar más de una opción

<input type="checkbox"/>	Pérdida de memoria
<input type="checkbox"/>	Dolor de articulaciones
<input type="checkbox"/>	Pérdida brusca de peso
<input type="checkbox"/>	Fatiga permanente

<input type="checkbox"/>	Erupciones en la piel
<input type="checkbox"/>	Infecciones graves y recurrentes
<input type="checkbox"/>	Vomito Explosivo
<input type="checkbox"/>	Ninguno

11. Marque con una X la forma de transmisión del VIH-SIDA, puede marcar más de una opción  
 Relaciones sexuales anales o vaginales  Mosquitos e insectos  
 Compartir agujas o jeringas  Alimentación (Compartir Utensilios)  
 Lágrimas, sudor y saliva  Transfusión Sanguínea

**PARTE III. CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS**

12. ¿Conoce usted sobre la tuberculosis? Si la respuesta es NO, favor pasar a la pregunta 14  
 Sí  No

13. ¿Indique el medio por el cual recibió la información?

Redes Sociales

Profesionales de la Salud

Periódicos

Otro \_\_\_\_\_

Ferias de la Salud

14. ¿Conoce usted como se transmite la Tuberculosis? Si la respuesta es NO, favor pasar a la pregunta 17

Sí

No

15. Marque con una X la forma de transmisión de la Tuberculosis, puede marcar más de una opción.

Sangre

Darle la mano a alguien.

Toser, estornudar o escupir

Otro \_\_\_\_\_

16. ¿De los siguientes signos y síntomas indique cuales corresponden a la tuberculosis? Puede marcar mas de una opción

<input type="checkbox"/>	Tos intensa que dura 3 semanas o más
<input type="checkbox"/>	Caída de cabello
<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso
<input type="checkbox"/>	Disnea o dolor torácico

<input type="checkbox"/>	Sudor durante la noche
<input type="checkbox"/>	Tos con salida de flemas o sangre
<input type="checkbox"/>	Ninguna

#### PARTE IV. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

17. Marque con una equis si **ha presentado** los siguientes síntomas

SIGNOS		SI	NO
TB	Fiebre		
	Tos intensa (más de 3 semanas de duración) con salida de flemas o sangre		
	Pérdida de peso		
	Sudoración nocturna		
	Disnea o dolor torácico		
VIH	Dolor y malestar general		
	Ganglios inflamados en el cuello y la ingle		
	Revestimiento espeso y blanco en la lengua o la boca		
	Diarrea por más de un mes		
SIDA	Infecciones graves y recurrentes		
	Pérdida brusca de peso		
	Erupciones de la piel		
	Pérdida de memoria		

**PARTE V. PRÁCTICAS SOBRE EL AUTOCUIDADO EN SALUD**

18. ¿Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme?  
 Sí  No

19. ¿Invierto tiempo en mi propio cuidado?  
 Sí  No

20. ¿Con que frecuencia se lava las manos?  
 Siempre  
 Casi siempre  
 Nunca

21. Cuando se lava las manos, Puede marcar más de una opción  
 Cuando me veo las manos sucias  Todas  
 Antes de alimentarme  Otro \_\_\_\_\_  
 Después de ir al baño

22. ¿Conoce las ventajas del lavado de manos? Si la respuesta es NO, favor pasar a la pregunta 24  
 Sí  No

23. Marque con una X, la que usted considera que son ventajas del lavado de manos

<input type="checkbox"/>	Previene enfermedades causadas por bacterias y microorganismos
<input type="checkbox"/>	Evitar expandir nuestras enfermedades infecciosas a otros.

<input type="checkbox"/>	Prevenir infectarnos de algún virus
<input type="checkbox"/>	Todas las opciones

24. ¿Conoce la manera correcta de estornudar y toser? Si la respuesta es NO, favor pasar a la pregunta 26  
 Sí  No

25. Señale la manera correcta de estornudar y toser  
 Poner la mano delante de la boca  
 Toser y estornudar sobre el codo flexionado  
 En un pañuelo de papel que luego se debe echar inmediatamente

26. ¿Cuántas comidas realiza al día?  
 1  3  5  
 2  4

27. ¿Con que frecuencia consume carnes?  
 Nunca o casi nunca  2-4 por semana  
 1-3 por mes  1 por día  
 1 por semana  2-4 por día

28. ¿Con que frecuencia consume verduras?

Nunca o casi nunca  2-4 por semana

1-3 por mes  1 por día

1 por semana  2-4 por día

29. ¿Con que frecuencia consume frutas?

Nunca o casi nunca  2-4 por semana

1-3 por mes  1 por día

1 por semana  2-4 por día

30. ¿Con que frecuencia consume carbohidratos (Pan, Arroz, Frijoles)?

Nunca o casi nunca  2-4 por semana

1-3 por mes  1 por día

1 por semana  2-4 por día

31. ¿Consumes agua?

Sí  No

32. ¿Con que frecuencia toma agua?

Nunca  Casi siempre

Rara vez  Siempre

33. ¿Cuánta cantidad de agua consumes por día?

1 vaso por día

2-3 vasos por día

6-8 vasos por día

34. ¿En dónde suele dormir o pasar la noche?

Albergue

Calle

Otro \_\_\_\_\_

35. ¿Cuántas horas duerme durante la noche?

Menos de 5 horas

6-7 horas

8 o más horas

36. ¿Cuándo duerme 6-8 horas diarias, se siente descansado?

Sí  No

37. ¿Con cuantas personas duerme durante la noche?

Solo

2-4 personas

5 o más

38. ¿Fuma tabaco? Si su opción es NO, favor pasar a la pregunta 41  
( ) Sí ( ) No

39. ¿Razón por la cual fuma?

	Por Rebeldía
	Para relajarse
	Para adaptarse al ambiente

	Por experimentar
	Para hacer frente a sus problemas
	Por la adicción que ocasiona

40. ¿Con que frecuencia fuma tabaco?

( ) 2-3 veces al día  
( ) 4-6 veces al día

( ) 7-8 veces al día  
( ) Otro\_\_\_\_\_

41. ¿Fuma marihuana? Si su opción es NO, favor pasar a la pregunta 44  
( ) Sí ( ) No

42. ¿Razón por la cual consume marihuana?

	Por Rebeldía
	Para relajarse
	Para adaptarse al ambiente

	Por experimentar
	Para hacer frente a sus problemas
	Por la adicción que ocasiona

43. ¿Con que frecuencia fuma marihuana?

( ) 2-3 veces al día  
( ) 4-6 veces al día

( ) 7-8 veces al día  
( ) Otro\_\_\_\_\_

44. ¿Consume heroína? Si su opción es NO, favor pasar a la pregunta 48  
( ) Sí ( ) No

45. ¿Razón por la cual consume heroína?

	Por Rebeldía
	Para relajarse
	Para adaptarse al ambiente

	Por experimentar
	Para hacer frente a sus problemas
	Por la adicción que ocasiona

46. ¿Con que frecuencia consume heroína?

( ) 2-3 veces al día  
( ) 4-6 veces al día

( ) 7-8 veces al día  
( ) Otro\_\_\_\_\_

47. ¿Como consume la heroína?

( ) Inyectada  
( ) Inhalada  
( ) Fumada

48. ¿Es capaz de abandonar un mal hábito por cuidar su salud?  
( ) Sí ( ) No

49. Alguna vez usted y/o su(s) pareja(s) ha(n) usado un condón al tener relaciones sexuales?

( ) Sí ( ) No

50. ¿Porta condones consigo?  
 Sí  No

51. ¿Reutiliza condones?  
 Sí  No

52. Se fija en la fecha de vencimiento del condón  
 Sí  No

53. ¿Dónde los consigue?  
 Cuenta Propia  CCSS

54. Seleccione según su opinión, ¿cuál es la importancia del uso del condón?

<input type="checkbox"/>	Previene Embarazos
<input type="checkbox"/>	Protegerse de las infecciones de transmisión sexual
<input type="checkbox"/>	Ambas

55. ¿Cuántas parejas sexuales tiene?  
 Ninguna  2-3  
 1  4 o más

56. ¿Te has hecho la prueba del Sida?  
 Sí  No

57. ¿Cuenta con seguro para la Salud?  
 Sí  No

58. ¿Dónde acude usted si tiene un problema de salud?  
 EBAIS  Hospital para Indigentes  
 Hospital CCSS  Otro \_\_\_\_\_  
 Hospital Privado

59. ¿Como califica usted la atención brindada?

Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Muchas Gracias por su Colaboración*

