

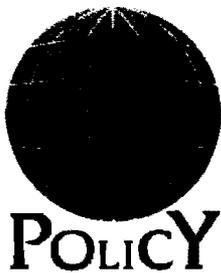


**USAID**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMÉRICA

**Compilación de estudios  
financiados con las  
“Becas para la Investigación en  
Salud FESAL 2002-2003”**

**San Salvador, 2005**

*BEST AVAILABLE COPY*



POLICY es un proyecto financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo el contrato No. HRN-C-00-00-00006-00, desde el 7 de julio del año 2000. Futures Group ejecuta el proyecto en colaboración con Research Triangle Institute (RTI) y The Centre for Development and Population Activities (CEDPA).

Las opiniones y puntos de vista aquí expresados por los autores, no necesariamente reflejan aquellas de USAID o del Gobierno de los Estados Unidos de América.

Si tiene interés en obtener ejemplares adicionales de este documento, contacte nuestras oficinas en El Salvador, teléfono (503)-2259-1381 o la página web: [www.policyproject.com](http://www.policyproject.com)



**USAID**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMÉRICA



## PRESENTACIÓN

Este documento es una compilación de los cinco trabajos que se realizaron como parte de las "Becas para la Investigación en Salud FESAL 2002-2003". Estas becas fueron promovidas por la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS) con financiamiento de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), a través del Proyecto POLICY II.

En El Salvador, el Proyecto POLICY II ha tenido como principal objetivo promover la divulgación, comprensión y uso de los datos de la Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL- 2002/03, conducida por a ADS con la asistencia técnica de Centers for Disease Control and Prevention (CDC) y la participación activa del Comité Consultivo Interinstitucional de la Encuesta. Esta actividad ha permitido fomentar la profundización del análisis de los datos de FESAL-2002/03, asegurando que las conclusiones y recomendaciones de los estudios sean algo más que un mero ejercicio académico y se vinculen directamente con acciones de política y la toma de decisiones necesarias para mejorar la salud de la población salvadoreña.

USAID, POLICY II y ADS se sienten muy satisfechos de que se haya contado con la participación de dieciocho propuestas, entre las cuales el Jurado Calificador seleccionó a las cinco ganadoras con transparencia y objetividad, privilegiando la seriedad y el cumplimiento de criterios previamente establecidos.

Agradecemos a todas las personas e instituciones que hicieron este esfuerzo posible. Incluyendo entre estas al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), quien participó como parte del Jurado Calificador en la selección de las propuestas ganadoras.

Felicitemos al y las becarias por su motivación y dedicación para participar con sus propuestas y concluir exitosamente con el desarrollo de las investigaciones que se propusieron realizar; con el fin de que los hallazgos y recomendaciones de los estudios acá publicados sean de mucha utilidad a las y los tomadores de decisiones y actores relevantes de El Salvador en los temas abordados.

Finalmente, es conveniente hacer constar que las opiniones y puntos de vista aquí expresados por las y los autores, no necesariamente reflejan aquellos de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional o del Gobierno de los Estados Unidos de América, ni de POLICY II, ni de la Asociación Demográfica Salvadoreña.

## INDICE

La relación entre abuso infantil y embarazo adolescente en El Salvador: Un análisis de la FESAL y una conversación con los expertos. Dra. Christina Pallitto y Licda. Victoria Murillo .....	7
Características sociodemográficas y socioeconómicas relacionadas al conocimiento sobre VIH/SIDA y asociación del conocimiento con actitudes positivas y prácticas preventivas entre los/las adolescentes y jóvenes. FESAL 2002-03. Licda. Rhina Ivette Cáceres Rodas .....	44
✓ Factores asociados a actitudes de estigma y discriminación hacia personas viviendo con VIH/SIDA en mujeres de El Salvador ¿Qué debemos conocer para combatirlas? Dra. Gabriela María Marón .....	83
✓ Factores asociados a la desnutrición infantil. Análisis secundario de la base de datos de FESAL 2002/03. Licda. Irma Yolanda Núñez y Dr. Guillermo Carlos Santos Herrera .....	129
✓ Condiciones preventivas y de riesgo asociadas a la prevalencia de infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas en la niñez salvadoreña. Lic. Martín Eugenio Rodríguez Zepeda .....	157

La relación entre abuso infantil y embarazo adolescente en El Salvador:  
Un análisis de la FESAL y una conversación con los expertos

## **Informe final**

Dra. Christina Pallitto  
Licda. Victoria Murillo

## Resumen ejecutivo

**E**l embarazo en la mujer adolescente es un problema social que conlleva serias consecuencias para las jóvenes madres, sus pequeños, y la sociedad en general. En El Salvador, los índices de embarazo adolescente son de 87 por cada 1,000, y están por encima de la media en comparación con los demás países de América Latina. Según la encuesta FESAL 2002/2003, 24% de mujeres entrevistadas reportaron su primer parto antes de haber cumplido 18 años.

Investigaciones previas han estudiado una variedad de factores de riesgo del embarazo adolescente, entre ellos individuales, familiares y ambientales. Específicamente, muchos científicos han explorado el rol que juega el abuso infantil en el riesgo de una adolescente a embarazarse. Mientras unos han encontrado que existe asociación, en general, la evidencia de que el abuso infantil está asociado con el embarazo adolescente es inconclusa, y se necesitan más estudios en el área para llegar a determinar si las dos variables se relacionan en sociedades en desarrollo. El propósito de este estudio es explorar la asociación entre varias formas de abuso infantil y embarazo adolescente, y el rol que juega la violencia de pareja en la relación de las dos variables mencionadas.

Este estudio da un aporte único en varios aspectos. Primeramente explora la asociación entre abuso infantil y embarazo adolescente en un país de América Latina con una muestra de mujeres a nivel nacional, usando modelos de regresión multivariado. En segundo lugar, operativiza el abuso infantil al tomar en cuenta sus diferentes tipos, que incluyen el emocional, el físico, el sexual y la testificación del mismo. Adicionalmente, el estudio explora el rol del abuso de pareja en la adolescencia, considerándolo un posible factor mediador o moderador de la relación entre abuso y embarazo.

El análisis se enfoca en un subgrupo de 3,753 mujeres con edades entre 15 y 24 años que respondieron un módulo de preguntas adicional acerca de su actividad sexual y reproductiva, como parte de la FESAL 2002/2003. El análisis que incluye la variable de abuso de pareja se limita al subgrupo de 1,212 mujeres adolescentes entre las edades de 15 a 19 años que han tenido pareja sexual. Además del análisis cuantitativo, el proyecto incluyó una revisión de literatura internacional de la evidencia existente acerca de la asociación entre abuso en la niñez y embarazo precoz. De manera adicional se incluyeron talleres de consulta multisectorial con personas que trabajan en el área, dentro del contexto salvadoreño. La información recopilada y discutida en dichos talleres dio un gran aporte al análisis del presente estudio.

Los resultados revelan una asociación significativa entre embarazo adolescente y abuso, sexual, abuso físico, o algún tipo de abuso infantil, incluso después de controlar factores de confusión. Múltiples formas de abuso infantil incrementan el riesgo de una adolescente a embarazarse, riesgo que se aumenta si se añade cada tipo de abuso. Adicionalmente, el abuso de pareja juega un importante rol en el riesgo de embarazo precoz. En un subanálisis de adolescentes, el abuso de pareja incrementó a 7 veces el riesgo de embarazo adolescente, luego de controlar el efecto de abuso infantil y otros factores de confusión. Estos resultados también fueron complementados con los recogidos en los talleres nacionales de consulta, llevados a cabo como parte del estudio.

Los resultados resaltan la necesidad de una mayor comprensión de la compleja relación entre experiencias tempranas de abuso, abuso de pareja y el riesgo de embarazo adolescente. Existe además gran necesidad de un abordaje integral del problema, en el que el conocimiento de las causas y consecuencias del abuso y del comportamiento sexual de alto riesgo se dirijan a todos los sectores de la sociedad. Esto enfocado a que el abuso en contra de niños, niñas y adolescentes no sea tolerado; a potenciar la gran capacidad que tienen las adolescentes para evitar embarazos; y a que las adolescentes embarazadas reciban el apoyo adecuado para evitar los efectos a largo plazo que tiene el ser madre a temprana edad.

## Introducción

El embarazo en la mujer adolescente es un problema social que conlleva serias consecuencias para las jóvenes madres, sus pequeños, y la sociedad en general. La comprensión de los factores de riesgo del embarazo adolescente es un paso importante en la prevención de su incidencia y el abordaje de sus consecuencias. El papel del abuso durante la infancia como factor de riesgo del embarazo adolescente es un área de estudio que amerita mayor investigación. En esa línea se presenta este estudio que explora la conexión entre el abuso durante la infancia y el embarazo adolescente en el subgrupo de mujeres entre las edades de 15 a 24 años, usando el conjunto de datos de la encuesta de FESAL 2002/2003.

El aporte de esta investigación es único desde varias perspectivas. En el área científica, se resalta la exploración que se hace de la relación entre abuso infantil y embarazo adolescente en un país de América Latina usando un modelo de regresión multivariada. El estudio también operativiza el fenómeno del abuso infantil al tomar en cuenta varias de sus manifestaciones, incluyendo el abuso emocional, el abuso físico, el abuso sexual y violación, y el haber sido testigos de abuso. Por lo mismo, llena un vacío en la literatura internacional sobre el tema del embarazo adolescente, ya que hacen falta estudios que exploren el efecto que tiene el abuso emocional sobre los embarazos precoces. Además, con excepción de un estudio reciente, son pocos los que han explorado todas estas formas del abuso infantil.<sup>1</sup> Valor científico adicional lo proporciona el hecho de que explora la posible vía entre el abuso infantil y el embarazo adolescente, tal como el abuso de pareja durante la adolescencia. Los hallazgos empíricos generados a partir de este estudio son la base de recomendaciones específicas en cuanto a políticas y programas para reducir la incidencia del embarazo adolescente en El Salvador.

Las adolescentes menores de 18 años que se embarazan quedan expuestas a una variedad de consecuencias directas e indirectas. Por ejemplo, una de las consecuencias inmediatas del embarazo adolescentes incluye un mayor riesgo de complicaciones del embarazo que pueden llevar a la morbilidad y mortalidad maternas, así como también a resultados adversos para la salud perinatal e

---

<sup>1</sup> Hillis SD, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ, Marchbanks PA & Marks JS. 2004. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics* 113:320-327.

infantil.<sup>2</sup> Las madres adolescentes también son más proclives a abandonar la escuela, ya sea por razones económicas, de tiempo o de discriminación dentro de la escuela, lo que limita sus oportunidades futuras de empleo y potencial de ingresos, además de incrementar la pobreza. Dado que la maternidad precoz a menudo ocurre fuera de la unión marital, la participación y responsabilidad del padre suelen ser limitadas, lo que resulta en menos apoyo para la joven madre y su bebé. La maternidad adolescente también ha sido asociada con mayores tasas de fertilidad, quizás a raíz de la falta de educación y pobreza, o debido a que el fenómeno extiende la edad de tener hijos a los años de la adolescencia. Igualmente, el embarazo adolescente tiene efectos adversos a largo plazo al coartar las probabilidades de que los hijos de madres adolescentes tengan acceso adecuado a los recursos médicos, educativos o sociales necesarios para sacarlos de la pobreza, haciéndolos más propensos a repetir el ciclo del embarazo precoz no intencionado.<sup>3</sup>

El Salvador exhibe índices de embarazo adolescente por encima de la media en comparación con los demás países de América Latina. En promedio, hay 76 alumbramientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años en la región de Centro América, y 87 por cada 1,000 en El Sal-

vador.<sup>4</sup> Los índices de maternidad adolescente en América Latina, en general, son altos comparados con los de países desarrollados donde hay entre 5 a 16 alumbramientos por cada 1,000 mujeres entre 15 y 19 años en Europa Occidental, Canadá, y Australia.<sup>5</sup> En El Salvador 24% de mujeres entrevistadas en la FESAL 2002/2003 reportaron su primer parto antes de haber cumplido 18 años.<sup>6</sup>

Dada la evidencia que apunta a que el abuso durante la infancia está relacionado con el embarazo adolescente,<sup>7</sup> sumada a las serias consecuencias asociadas al embarazo adolescente y los altos índices de abuso encontrados en El Salvador, es importante comprender el papel del abuso durante la infancia como un factor de riesgo del embarazo adolescente en El Salvador, así como también los mecanismos a través de los cuales los fenómenos se relacionan entre sí.

Evidenciada la magnitud del problema este estudio se propone comprender los factores de riesgo del embarazo adolescente, especialmente el papel del abuso durante la infancia; específicamente saber si las mujeres que han sido testigos de abuso o experimentado abuso emocional, físico, o sexual cuando niñas tienen un mayor riesgo de tener un embarazo antes de

<sup>2</sup> Mayor S. 2004. *Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries*. *BMJ* 328:1152. Alan Guttmacher Institute. *Risks and Realities of Early Childbearing Worldwide. (Issues In Brief)*. New York, NY: The Institute, 1996.

<sup>3</sup> Moore, K. A., D. Myers, D. R. Morrison, C. Nord, B. Brown, and B. Edmonston. 1993. "Age at First Childbirth and Later Poverty." *Journal of Research on Adolescence* 3(4): 393-422. Grogger, J., and S. Bronars. 1993. "The Socioeconomic Consequences of Teenage Childbearing: Findings from a Natural Experiment." *Family Planning Perspectives* 25(4): 156-61.

<sup>4</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). *Estado de la población mundial 2004*. UNFPA: 2004.

<sup>5</sup> *Ibid.*

<sup>6</sup> ADS. *Encuesta Nacional de Salud Familiar-FESAL 2002/3: Informe Final*. San Salvador, El Salvador: 2004.

<sup>7</sup> Blinn-Pike L, Berger T, Dixon D, Kuschel D & Kaplan M. 2002. *Is there a causal link between maltreatment and adolescent pregnancy? A literature review*. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 34(2):68-72.

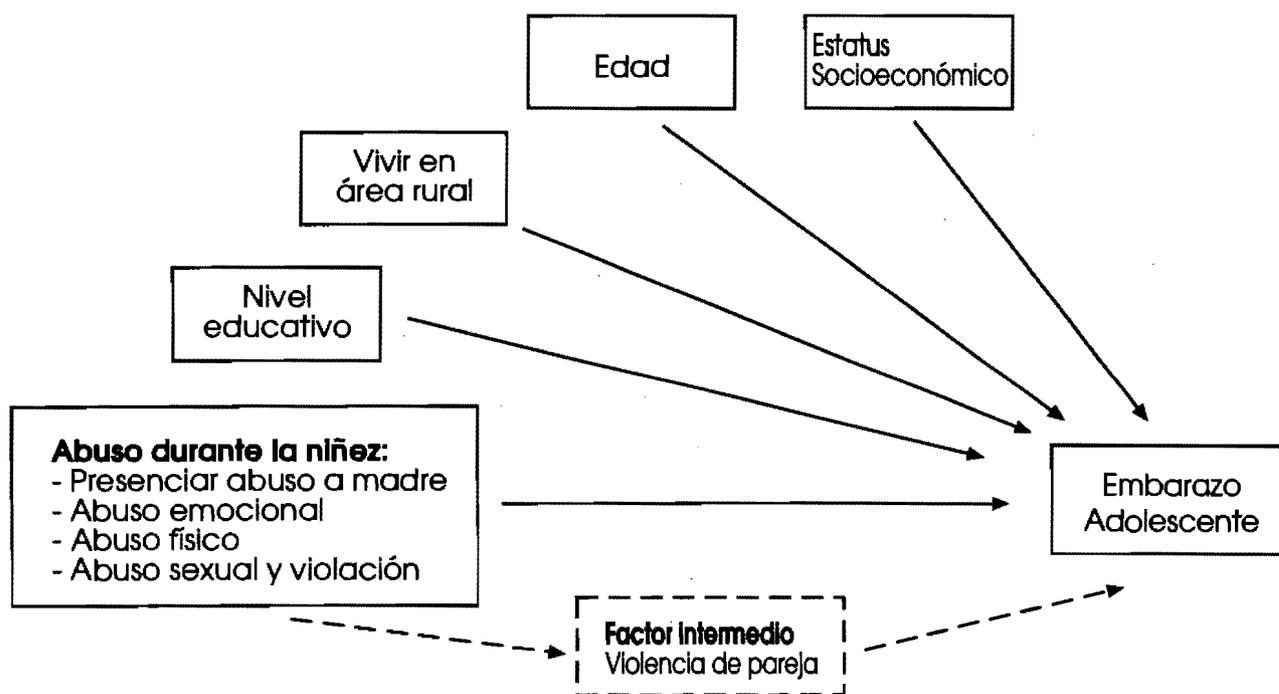
los 18 años de edad. Además, se quiere entender los otros factores sociales, demográficos, conductuales o de información que son explicativos para comprender porqué las adolescentes se embarazan. Por último, se explora el papel que juega el abuso de pareja durante la adolescencia en la vía entre el abuso infantil y el embarazo adolescente. A partir de lo anterior se proponen recomendaciones a políticas y programas en el abordaje de los temas de abuso infantil y embarazo adolescente, en miras de reducir la incidencia de los problemas y limitar sus efectos.

## Marco conceptual y base teórica

El marco conceptual que se presenta a continuación muestra la relación prevista entre las variables y las preguntas de investigación que son abordadas en el estudio. Las líneas y flechas continuas muestran las variables que se incluyeron en el análisis de variables múltiples, mientras que las líneas punteadas muestran las conexiones a ser exploradas en el subanálisis, el cual se centrará en los factores que median entre el abuso durante la infancia y el embarazo adolescente, específicamente en el abuso de pareja.

Figura 1.

### Esquema conceptual entre embarazo adolescente y sus factores asociados.



Mientras algunos embarazos durante la adolescencia son causados directamente por abuso sexual o violación, otros son un resultado indirecto de abuso en la niñez y traumatización. Numerosas teorías han sido desarrolladas para describir cómo el abuso infantil puede llevar a que una adolescente se embarace. A pesar de que ninguno de estos planteamientos teóricos puede explicar por sí solo la asociación, sí proporciona algunas ideas en relación al proceso psicosocial que atraviesan niños o niñas abusadas y que incrementa su vulnerabilidad a un embarazo en la adolescencia. Algunas teorías enfatizan más el efecto que tiene el abuso físico o emocional en el comportamiento de alto riesgo que se exhibe en la adolescencia y/o en la ocurrencia de un embarazo. Mientras otras se aplican más a la correlación existente entre abuso sexual y embarazo adolescente. Estas teorías serán resumidas más adelante para contextualizar la relación entre abuso infantil y embarazo adolescente.

**Disfunción familiar:** Una teoría explica que las familias y hogares en los que se experimenta abuso -sea éste emocional, físico o sexual- tienden a ser entornos marcados por grados variables de disfuncionalidad.<sup>8</sup> Es así como de manera parcial, se explica la relación entre abuso y embarazo adolescente, cuyo mecanismo puede estar mediado por la disfunción, el caos o a la falta de

apoyo dentro de la familia del niño o niña abusada.

**Embarazo planificado:** En casos en los que niñas son abusadas por miembros de su familia, es muy frecuente que exista una gran necesidad de escape, sin embargo, a menudo carecen de opciones para salir de sus hogares abusivos, lo que hace que éstas usen el embarazo como un mecanismo inadecuado para huir. De esta forma, algunos embarazos adolescentes son realmente planeados o intencionales, aunque la razón que los subyace sea un profundo daño psicológico.<sup>9</sup> Existe otra teoría que plantea que las niñas que han sido abusadas sexualmente llegan a sentir que su sistema reproductor ha sido dañado como consecuencia del abuso, y debido a eso las invade el miedo a la infertilidad que termina conduciéndolas a quedar embarazadas a propósito<sup>10</sup>.

**Afectación del desarrollo emocional y cognitivo:** La presente teoría expone que al experimentar tempranamente un trauma como el abuso, se puede afectar e interrumpir el desarrollo emocional y cognitivo normal de los niños y niñas<sup>11</sup>, lo que como consecuencia impacta su auto estima y su habilidad para la toma de decisiones en la adolescencia, que los puede conducir a comportamientos que aumenten el riesgo de un embarazo temprano.<sup>12</sup>

<sup>8</sup> Lammers C, Ireland M, Resnick M and Blum R. 2000. Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: a survival analysis of virginity among youths aged 13 to 18 years. *Journal of Adolescent Health* 26(1):42-48; Luster T and Small SA. 1997. Sexual abuse history and number of sex partners among female adolescents. *Family Planning Perspectives* 29(5):204-211.

<sup>9</sup> Horowitz SM, Klerman LV, Kuo HS, Jekel JF. 1991. Intergenerational transmission of school age parenthood. *Family Planning Perspectives* 24:168-177.

<sup>10</sup> Rainey DY, Stevens-Simon C and Kaplan DW. 1993. Self-perception of fertility among female adolescents. *American Journal of Diseases in Childhood* 147(10):1053-1056.

<sup>11</sup> Boyer D and Fine D. 1992. Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child maltreatment. *Family Planning Perspectives* 24(1):4-11, 19; Butler JR and Burton L. 1990. Rethinking teenage childbearing: is sexual abuse a missing link? *Family Relations* 39(1):73-80.

<sup>12</sup> DeBellis MD. 2001. Developmental traumatology: the psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment and policy. *Development and Psychopathology* 13(3):539-564.

Adicionalmente, la depresión y las necesidades psicológicas asociadas al abuso infantil pueden provocar que niños, niñas y adolescentes se vean involucrados en relaciones sexuales en su búsqueda de afecto; lo que al mismo tiempo les limita su poder de decisión al enfrentarse a demandas sexuales no deseadas<sup>13</sup>.

Sexualización temprana: De acuerdo con esta explicación teórica, adolescentes que han sido abusadas sexualmente cuando niñas, desarrollan un entendimiento prematuro de su sexualidad que está basado en su experiencia previa de abuso<sup>14</sup>. Como resultado, ellas aprenden a verse a sí mismas como un objeto sexual y conciben su valor personal relacionado a su sexualidad.

¿Tienen mayor riesgo de embarazarse las adolescentes con historia de abuso infantil?

La base teórica que explica la asociación entre abuso infantil y embarazo adolescente existe, y estudios previos proveen evidencia que sustenta las teorías. Sin embargo, una revisión bibliográfica que incluye quince estudios relacionados a maltrato y embarazo adolescente<sup>15</sup> concluyó que aunque hay evidencia que apoya la hipótesis de que abuso está asociado con embarazo adolescente, la evidencia para asegurar que existe asociación entre abuso infantil y embarazo en la adolescencia es insuficiente, y menos para concluir que la relación entre estas dos variables es causal.

Un ejemplo que provee evidencia de que existe asociación, es una rigurosa investigación en la que se exploró el efecto de experiencias adversas durante la infancia -que incluían varias formas de abuso, ser testigo de actos abusivos, enfermedades mentales, criminalidad, y uso de sustancias entre los miembros de la familia del niño o niña- en el riesgo de un embarazo en la adolescencia y consecuencias psicosociales negativas y de larga duración<sup>16</sup>. Lo que se encontró fue que el riesgo de embarazarse durante la adolescencia se incrementa al haber tenido alta exposición a experiencias adversas en la infancia, incluso al ajustar los resultados a raza, educación y edad. Este reciente estudio provee evidencia de la presencia del síndrome de disfuncionalidad entre las familias abusivas, y muestra que al elevarse el nivel de disfuncionalidad y abuso dentro de la familia de un infante, crece también la probabilidad de que experimente un embarazo en su adolescencia.

Otros investigadores han obtenido resultados similares al examinar muestras tomadas de la base de datos de una encuesta a nivel escolar a lo largo de todo el estado de Minnesota<sup>17</sup> y Massachusetts<sup>18</sup>.

---

<sup>13</sup> Butler and Burton, 1990. *Op cit.* (Vea cita 11); Rainey DY, Stevens-Simon C and Kaplan DW. 1995. Are adolescents who report prior sexual abuse at higher risk for pregnancy? *Child Abuse and Neglect* 19(10):1283-1288.

<sup>14</sup> Finkelhor D and Browne A. 1985. The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry* 55(4):530-541.

<sup>15</sup> Bilin-Pike et al., 2002. *Op. Cit.* (Vea cita 7).

<sup>16</sup> Hillis et al., 2004. *Op. Cit.* (Vea cita 1).

<sup>17</sup> Saewyc EM, Magee LL and Pettigall SE. 2004. Teenage pregnancy and associated risk behaviors among sexually abused adolescents. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 36(3):98-105.

<sup>18</sup> Raj A, Silverman JG, and Amaro H. 2000. The relationship between sexual abuse and sexual risk among high school students: Findings from the 1997 Massachusetts youth risk behavior survey. *Maternal and Child Health Journal* 4(2):125-134.

Los hallazgos fueron que los adolescentes hombres y mujeres que reportaron abuso sexual dentro o fuera de su familia, se vieron significativamente más afectados por experiencias de embarazo adolescente y otras conductas riesgosas; dichos resultados se mantuvieron entre mujeres y hombres, incluso luego de ajustarlos a variables como raza y edad al momento de la encuesta. A pesar de la rigurosidad metodológica de estos estudios, sus muestras fueron tomadas de población escolarizada y por esa razón pueden estar inherentemente sesgadas por excluir a estudiantes que han desertado, y que por lo mismo pueden haber estado más expuestos a experimentar un embarazo adolescente.

Una de las pocas investigaciones en el tema que ha sido publicada en países en vías de desarrollo fue conducida en Ecuador, en la cual los científicos reportaron mayores tasas de historia de abuso sexual entre adolescentes embarazadas, al compararlas con sus pares no embarazadas<sup>19</sup>. Sin embargo, el estudio tiene diferentes limitantes metodológicas, incluyendo el hecho de que las adolescentes no embarazadas tenían menor edad que las que sí lo estaban, y por lo tanto su historia en lo referente a embarazos aún no estaba concluida. Los autores tampoco controlaron variables de confusión en su análisis y no exploraron el efecto

específico del abuso infantil en el historial de embarazo de las chicas.

Otros estudios fueron capaces de encontrar asociación entre abuso físico y/o sexual y embarazo adolescente, pero la correlación no se mantuvo significativa luego de que se controlaran otros factores de confusión en el análisis<sup>20</sup>, o en los casos en los que los autores fallaron en controlarlos<sup>21</sup>. Otra limitación metodológica observada en numerosos estudios en los que se ha entrevistado a adolescentes embarazadas o a madres jóvenes acerca de sus experiencias sexuales durante su infancia, es referente a los grupos de comparación. A pesar de que se ha encontrado que las tasas de abuso sexual entre esta población doblan el promedio nacional<sup>22</sup>, y estas investigaciones aportan información valiosa acerca de los factores de riesgo y mecanismos entre el abuso y el embarazo, debido a la falta de grupo comparativo no puede establecerse el hecho de que adolescentes que han sido abusados estén más propensos a verse envueltos en embarazos, que sus pares que no han sufrido abuso.

Un factor cuyo rol no ha sido explorado apropiadamente en la literatura, pero que puede ser esencial para entender cómo opera la asociación entre abuso infantil y embarazo adolescente, es el de la violencia de pareja. Este estudio profundiza el conocimiento del efecto de esa variable.

---

<sup>19</sup> Gujjarro S, Naranjo J, Padilla M, Gutierrez R, Lammers C, Blue RW. 1999. Family risk factors associated with adolescent pregnancy: Study of a group of adolescent girls and their families in Ecuador. *Journal of Adolescent Health* 25(2):166-172.

<sup>20</sup> Adams JA and East PL. 1999. Past physical abuse is significantly correlated with pregnancy as an adolescent. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 12:133-138; Stock JL, Bell MA, Boyer DK and Connell FA. 1997. Adolescent pregnancy and sexual risk-taking among sexually abused girls. *Family Planning Perspectives* 29(5): 200-203, 227.

<sup>21</sup> Kenney JW, Reinholtz C and Angelini PJ. 1997. Ethnic differences in childhood and adolescent sexual abuse and teenage pregnancy. *Journal of Adolescent Health* 21(1):3-10; Rainey DY, Stevens-Simon and Kaplan DW. 1995. Are adolescents who report prior sexual abuse at higher risk for pregnancy? *Child Abuse and Neglect* 19(10):1283-1288.

<sup>22</sup> Boyer and Fleh. 1992. *Op cit.* (Vea cita 11); Butler & Burton. 1990. *Op cit.* (Vea cita 11); Esperat MC and Esparza DV. 1997. Minority adolescent mothers who reported childhood sexual abuse and those who did not: perceptions of themselves and their relationships. *Issues in Mental Health Nursing* 18(3):229-246; Fiscella K, Kitzman HJ, Cole RE, Sidora KJ and Olds D. 1998. Does child abuse predict adolescent pregnancy? *Pediatrics* 101(4):620-624; Kellogg ND, Hoffman TJ and Taylor ER. 1999. Early sexual experiences among pregnant and parenting adolescents. *Adolescence* 34(134):293-303.

## Metodología

La estructuración y desarrollo del presente estudio se realizó en tres fases, a saber, revisión de la literatura internacional, consulta nacional de la problemática y análisis estadístico. Los lineamientos metodológicos de cada fase serán expuestos a continuación.

### Revisión de la literatura internacional

El primer paso para la elaboración de la investigación fue la revisión de la literatura. Se desarrolló una amplia búsqueda en la base de datos de Medline de artículos publicados en revistas académicas bajo los términos "abuso infantil" y "embarazo adolescente". Estudios que exploraran la asociación entre estos dos fenómenos o que aportaran valiosas pautas teóricas al respecto, fueron consultados para la presente investigación. Adicionalmente, fueron revisados artículos citados en los documentos encontrados. La revisión estuvo limitada a artículos de la base de datos Medline que en su mayoría son escritos en inglés.

### Consulta nacional de la problemática

El segundo componente del estudio fue un diagnóstico de los esfuerzos y recursos existentes relacionados con el abuso infantil, el embarazo adolescente y la conexión entre estos dos fenómenos. Se realizaron dos talleres de consulta con representantes de diferentes instituciones gubernamentales, no gubernamentales y agencias de cooperación internacional. La metodología adoptada permitió que todas las presentes participaran activamente en aportar información y discutirla, hecho que hizo posible recopilar importantes datos que han servido para contextualizar el estudio, así como también para enriquecer las recomendaciones a políticas y programas nacionales.

Un total de catorce personas -trece mujeres y un hombre- asistieron a los talleres, representando así a doce entidades entre públicas y privadas. Una lista detallada de las organizaciones que participaron y de sus representantes, así como de la agenda que desarrolló en las dos jornadas, se encuentran en los anexos de este documento. A continuación se describirán brevemente algunas de las preguntas generadoras que facilitaron la discusión.

Primeramente, en base a una descripción gráfica del marco de referencia conceptual del estudio -referida a la relación entre abuso infantil y embarazo en la adolescencia-, se les pidió dieran su opinión acerca de en cuál etapa del proceso -prevención de abuso infantil, su detección, etapa intermedia entre abuso y embarazo, prevención del embarazo adolescente o prevención secundaria del mismo- se encontraban la población y las organizaciones, mayormente sensibilizadas y concientizadas del problema; o al contrario en cuál se necesitaba mayor atención. Bajo la misma modalidad se quiso saber en cual fase del proceso se puede contar con mayor coordinación interinstitucional. La pregunta final estuvo referida a la creación de espacios de participación para la infancia y la adolescencia en la sociedad salvadoreña.

## **El análisis estadístico**

### *La población de análisis*

La población de análisis comprende al subgrupo de 3.753 mujeres de 15 a 24 años. Se limitó a este grupo porque solo a ellas se les preguntó qué edad tenían al enterarse que estaban embarazadas por primera vez. A las demás no les aplicaron dicha pregunta. Al intentar identificar si hubo embarazo adolescente a través de otros ítems del cuestionario, se encontró que a pesar de que otras secciones del mismo contienen preguntas referentes a las fechas de otros nacidos vivos, así como de mortinatos y abortos, la pregunta sobre pérdidas antes de los cinco meses de embarazo no tiene información acerca de las fechas. Por lo tanto no se sabe si este ocurrió antes o después de los 19 años. De hecho 1,142 mujeres reportaron abortos, y a través de otros ítems se pudo determinar que 170 mujeres habían tenido un embarazo adolescente. Sin embargo, no se pudo calcular la edad exacta del primer embarazo

entre las otras 972 mujeres con historia de aborto. Usar los datos de estas 972 mujeres o clasificarlas como "sin embarazo adolescente" perjudicaría las asociaciones a encontrar. Por lo tanto, se tomó la decisión de limitar el análisis al subgrupo de las 3,753 mujeres de 15 a 24 años de edad a quienes les fue preguntada directamente la edad de su primer embarazo.

### *Creando las variables*

La variable de embarazo adolescente es dicotómica y es positiva si una mujer respondió que supo de su primer embarazo a los 19 años o antes. Es negativa si respondió que supo de su primer embarazo después de los 19 años. Se tomó la decisión de clasificar el embarazo adolescente como un embarazo a los 19 años y antes, en lugar de los 18 años porque el período de adolescencia definido por la Organización Mundial de la Salud incluye los 19 años y se considera que el desarrollo físico y psico-social de la adolescencia sigue hasta esa edad.

En cuanto al abuso infantil, se crearon distintas variables para cuantificar abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, y haber sido testigo de abuso. Además, se creó una variable para combinar todos los tipos de abuso, la cual es positiva si ha experimentado uno o más tipos de abuso infantil. La variable de abuso sexual combina la violación y el abuso sexual sin penetración ocurrido antes de los 18 años y antes del embarazo de parte de alguien que no sea su esposo, compañero, novio, o ex novio. En caso de que sea una pareja, se clasificó el abuso como abuso sexual de pareja, cuyo análisis será descrito más adelante.

El abuso físico se clasificó como castigo antes de los 18 años, bajo las formas de haber sido golpeada con cincho, palo o lazo; quemada o herida en alguna parte de su cuerpo; y/o

amarrada o encadenada. Por su parte, el abuso emocional se clasificó como castigo antes de los 18 años bajo las formas de haber sido encerrada, dejada sola, no permitirle salir o relacionarse, amenazada, y/o gritada, humillada, ridiculizada o regañada frente a otros. Por último, se creó otra variable para medir si ellas habían sido testigos de abuso contra mujeres perpetrado por hombres en el hogar donde vivían antes de los 18 años.

Las variables de abuso de pareja se crearon a través de preguntas aplicadas a mujeres que declararon tener o haber tenido novio, esposo y/o compañero. Aquellas que respondieron que su actual o pasada pareja le ha pegado con manos o pies, le ha hecho una herida o fractura, le ha quemado alguna parte de su cuerpo o le ha amenazado de muerte, antes de los 18 años y antes del embarazo, se clasificaron como mujeres abusadas físicamente. El abuso emocional incluyó las siguientes formas de abuso: amenazas con quitarle ayuda económica, echarla de la casa, quitarle los hijos, dejarla o abandonarla; destruir muebles, cosas de la casa o sus cosas personales; gritarle, insultarla o humillarla frente a otras personas; o prohibirle tener amistades, relacionarse con su familia o vestirse como quiere. Por último, con respecto al abuso sexual, se clasificó a una mujer como abusada sexualmente si contestó que su compañero, esposo, o novio actual o pasado le ha obligado a tener relaciones sexuales. Con ello se obtuvo la categoría de mujeres abusadas por su pareja -bajo cualquiera de las formas mencionadas- antes de los 18 años y antes del embarazo.

Pasando al control de variables de confusión, se creó un índice para medir estatus socio-económico, basado en la cantidad de los siguientes bienes y servicios en el hogar: electricidad, televisor, refrigeradora, teléfono, automóvil, inodoro y un piso de concreto. La cantidad promedio de bienes y servicios era de cuatro, por lo tanto se consideró el nivel socio-económico bajo si un hogar contaba con cuatro o menos ítems, y alto si contaba con cinco o más ítems.

Se crearon otras variables para medir el nivel educativo, el cual se consideró alto si habían completado la educación media o más; mientras fue clasificado como bajo si no cursaron ningún grado escolar o si dejaron de estudiar al noveno grado o antes.

### *Análisis preliminares*

Antes de realizar los análisis sobre la asociación entre el abuso durante la niñez y el embarazo adolescente, se llevaron a cabo varios análisis preliminares. Como primer punto se hizo una caracterización de la población del subgrupo en base a sus características demográficas, económicas y sociales; en segundo lugar se comparó el subgrupo de mujeres entre 15 y 24 años con el grupo entero para saber si el subgrupo es representativo de la población en términos socio-económicos; y por último, se profundizó en los detalles del uso de anticonceptivos, apoyo social, nivel educativo, y abuso infantil. Seguidamente se calcularon las tasas de cada tipo de abuso infantil y la manera en la que coinciden. Igualmente, se calcularon las tasas de cada tipo de abuso de pareja y la manera en la que éstas también coinciden.

Para entender cuales factores intervienen en la relación entre la variable dependiente -embarazo adolescente- y la variable independiente -abuso infantil-, se identificaron aquellos que

estuvieran asociados a las dos variables. Para ello, se cruzó cada factor socio-económico con la variable dependiente usando pruebas  $t$  para las variables continuas y prueba de chi-cuadrado  $\chi^2$  para las variables categóricas y dicotómicas. Luego se relacionaron las mismas características socio-económicas con el embarazo adolescente usando las mismas pruebas. Aquellas variables asociadas tanto al abuso infantil como al embarazo adolescente se consideraron variables de confusión, y se añadieron a los modelos de regresión para controlar su efecto a la relación.

#### *Los modelos logísticos múltiples*

En base a los resultados de los pasos anteriores, se fueron creando los modelos logísticos. Se cruzó por separado cada tipo de abuso infantil con la variable dependiente-embarazo adolescente. Se añadió una variable después de la otra y se evaluó su efecto a la relación principal entre el abuso infantil y embarazo adolescente. De ello resultaron distintos modelos -unos más fuertes que otros- para cada tipo de abuso infantil.

#### *Subanálisis*

Se exploró el efecto de abuso de pareja como factor mediador en la relación entre el abuso en la infancia y el embarazo adolescente. Sin embargo, debido a que los datos son transversales y a que las preguntas fueron formuladas a todas las mujeres entre 15 y 49 años de edad, es imposible conocer a ciencia cierta cómo habrían respondido las mujeres mayores de 19 años como adolescentes en el momento de la entrevista. Esa fue una de las razones por las cuales se decidió conducir un subanálisis de las adolescentes entre 15 y 19 años de edad. Específicamente, este subanálisis exploró el efecto de abuso de pareja durante la adolescencia en la relación entre el abuso infantil y el embarazo adolescente. Los hallazgos de este subanálisis proporcionan

información más exhaustiva acerca de los mecanismos a través de los cuales el abuso en la infancia puede conducir al embarazo adolescente.

Como primer paso, se calculó la prevalencia de cada tipo de abuso de pareja entre este subgrupo. Como segundo paso se relacionó la experiencia o no de abuso de pareja -variable independiente- entre las adolescentes y el reporte o no de embarazos en su adolescencia, usando pruebas de chi-cuadrado  $\chi^2$ . Luego, se consideró cada uno de los tipos de abuso infantil en relación con la prevalencia o no de abuso de pareja -variable dependiente. Con esto, se fueron estratificando los tipos de abuso infantil en base a la prevalencia de abuso o no de pareja, y a su vez se fueron visualizando ambos factores bajo la variable de embarazo adolescente, para con ello comparar la conexión entre el abuso infantil y el abuso de pareja, entre las adolescentes con embarazos y las adolescentes sin ellos, ajustando factores de confusión.

### **Resultados del análisis cuantitativo**

El análisis fue limitado a 3,753 mujeres entre 15 y 24 años de edad. La Tabla 1 compara a este grupo con el de las mujeres mayores de 24 años en referencia a algunas de las variables más importantes del análisis.

#### *Comparación entre subgrupo (15-24 años) y las que tienen más de 24 años*

Como puede verse, la mayoría de mujeres entre 15 y 24 años (66.3%) han cursado educación básica y un tercio ha completado la educación media o educación superior. Debe suponerse que muchas de ellas aún estaban estudiando al momento de la entrevista debido a su edad. En referencia a su situación socioeconómica se puede ver que la mayor parte de las mujeres

tienen un número de bienes o servicios de 3.7 ítems de un total posible de 7 bienes o servicios. Pocas mujeres viven en el área rural y de manera significativa, es menor la cantidad de mujeres entre 15 y 24 años que viven en área rural, comparada con el grupo de mujeres mayores.

Los grupos difieren también en su historial de abuso infantil. El grupo de mujeres mayores tiene niveles significativamente más altos en todos los tipos de abuso infantil, que las mujeres del subgrupo. Así, mientras el 16% de mujeres entre 15 y 24 años reportó algún tipo de abuso en su niñez, entre las mujeres mayores el porcentaje subió a 33%. Adicionalmente, las mujeres del subgrupo tienen tasas significativamente menores de uso actual o pasado de contraceptivos, comparadas con las de mayor edad; con porcentajes de 9% y 38% para el uso actual y 14% y 50% para uso pasado, respectivamente. Algunas de las divergencias entre los dos grupos pueden ser explicadas por diferencias en el comportamiento sexual y los deseos de fertilidad debidas a la edad. No pasa lo mismo con las variables de disponibilidad y acceso de anticonceptivos, ya que es significativamente mayor el número de mujeres jóvenes las que saben cómo obtener contraceptivos y sin embargo los usan menos.

Las diferencias entre los dos grupos revelan que el presente análisis está limitado al subgrupo de mujeres entre 15 y 24 años, y que esta muestra no es representativa de la población total, sino difiere significativamente de ella en términos de mayores niveles educativos, mayor residencia urbana y menores tasas de abuso infantil. Sin embargo, hay que considerar que debido al proceso de desarrollo que ha tenido el país, es lógico un aumento en el número de años de escolaridad y en la urbanidad en las mujeres más jóvenes. Las bajas tasas de abuso tienden a subestimar la fuerza de la relación observada entre abuso infantil y embarazo adolescente en el subsiguiente análisis.

Tabla No. 1

### Comparación del subgrupo (15-24 años) con el grupo de 25 a 49 años en relación a características seleccionadas

	Subgrupo (15-24 años)	Otros (25-49 años)
Nivel Educativo***		
Ninguna	4.8%	1.1%
Básica	66.3%	69.6%
Media	25.4%	17.3%
Superior	7.9%	7.9%
Estatu socioeconómico*	3.7 ítems	3.8 ítems
Vive en área rural**	17.2%	29.9%
Abusada sexualmente de niña	2.6%	4.6%
Abusada físicamente de niña***	10.8%	26.2%
Abusada emocionalmente de niña**	3.1%	4.7%
Testigo de abuso de niña***	5.6%	13.7%
Objeto de algún tipo de abuso de niña***	15.9%	32.6%
Uso actual de anticonceptivos***	9.3%	38.3%
Uso pasado de anticonceptivos***	14.1%	50.0%
Sabe donde obtener anticonceptivos***	49.3%	28.2%

Nota: Diferencia significativa al  $p < .05^*$ ,  $p < .005^{**}$ ,  $p < .001^{***}$

Entre las mujeres de 15 a 24 años de edad, 1,818 han estado embarazadas en algún momento de su vida o estaban embarazadas al momento de la entrevista. De ellas, 1,510 tenían 19 años o menos. 1,327 de las 1,818 que han estado embarazadas declararon que ellas sabían que podían ser fecundadas al momento de su primer embarazo, mientras 491 mujeres dijeron que pensaban que no podían embarazarse en ese momento. Al tomar a estas 491 y comparar aquellas con su primer embarazo antes de los 19 años con aquellas que se embarazaron por primera vez después de los 19 años, y las razones por las cuales pensaron que no podían quedar embarazadas, se obtuvo los resultados que se muestran en la Tabla No. 2

Tabla No. 2

**Razones para creer que no podían quedar embarazadas**

Porqué pensó que no se embarazaría?	1º Embarazo ≥ 20 años	1º Embarazo < 20 años	Total
Era la primera vez	7 11.11	77 17.99	84 17.11
No tenía relaciones frecuentes	13 20.63	97 22.66	110 22.40
Usó anticonceptivos	5 7.94	16 3.74	21 4.28
Creía que no estaba en su período fértil	20 31.75	51 11.92	71 14.76
Creía que todavía no tenía la edad	1 1.69	67 15.65	68 13.85
Su pareja le dijo que no quedaría embarazada	6 9.52	63 14.72	69 14.06
No tenía información	1 1.59	16 3.74	17 3.46
Otra razón	10 15.87	37 8.64	47 9.57
No sabe / No responde	0 0.00	4 0.93	4 0.81
Total	63 100.00	428 100.00	491 100.00

Como puede observarse, la gran mayoría (428 de 491) de mujeres que pensaron que no podían quedar embarazadas en el momento de su primera gestación, eran menores de 20 años. Entre las mujeres con embarazos adolescentes, las razones principales para pensar que no podían embarazarse en aquel momento eran por no tener relaciones frecuentes (23%), por ser su primera vez (18%), por su edad (16%), y por la creencia de su pareja que no podía embarazarse (15%). Cuatro por ciento de ellas se embarazaron aunque usaron anticonceptivos.

### *Características de las que tuvieron embarazos adolescentes*

Entre las mujeres cuyo primer embarazo se desarrolló durante su adolescencia (1,510 mujeres), 944 declararon que su pareja era su esposo o compañero de vida. De las 566 restantes, el 83% se encontraban viviendo todavía con sus padres.

Se quiso saber si el estatus educativo se vería afectado por el embarazo o no. Lo que se pudo saber es que entre las 1,510 mujeres con embarazo adolescente, solamente 353 (23%) estaban estudiando durante la gestación y de ellas 215 (61%) interrumpieron sus estudios para dar a luz. No se supo que pasaría con 15 adolescentes, ya que estaban embarazadas al momento de la entrevista. Luego del parto, menos de un tercio (112 adolescentes) si continuaron sus estudios, pero el 64% (226) ya no lo hicieron, y las razones por las cuales desertaron de la escuela se enlistan en la Tabla No. 3

Tabla No. 3

### **Razones para dejar la escuela de las mujeres con embarazo durante su adolescencia**

<b>Por qué no siguió asistiendo a la escuela?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No tenía con quien dejar al niño	105	46.46
Ya no le quedaba tiempo	24	10.62
El niño era muy enfermo	1	0.44
Oposición del esposo/ Compañero	13	5.75
No la admitieron/ Fue expulsada	7	3.10
Problemas de salud de ella	4	1.77
Tenía que trabajar	19	8.41
Cambió de residencia	4	1.77
Ya no quiso continuar	19	8.41
Le dio pena seguir	8	3.54
Prob. econ/ Padres ya no la apoyaron	13	5.75
Otra	9	3.98
<b>Total</b>	<b>226</b>	<b>100.00</b>

La Tabla No. 3 deja en evidencia que la razón principal para que el 46% de mujeres desertaran de la escuela luego del parto, fue el hecho de que no tenían a nadie quien les ayudara a cuidar al bebé. Otras razones mencionadas frecuentemente fueron la falta de tiempo, la oposición de su pareja, la falta de apoyo de sus padres, necesidad de generar ingresos, y la falta de deseos de seguir estudiando.

### *El abuso infantil dentro de la población estudiada*

A continuación se van a ir presentando diferentes conglomerados de datos referentes al abuso infantil. Las Tablas No. 4 y 5 muestran el número de mujeres que han experimentado una o varias formas de abuso en su niñez. Debido al traslape entre los diferentes tipos de abuso, el decir que una mujer ha sido sexualmente abusada, físicamente abusada, emocionalmente abusada, o ha sido testigo de abuso, no es una categorización independiente de las demás, ya que algunas mujeres en cada categoría también han experimentado otras formas de abuso.

## Diferentes tipos de abuso infantil y su traslape

Tipos de abuso infantil	Número	Porcentaje
Sexual solamente	84	2%
Físico solamente	697	19%
Emocional solamente	188	5%
Testificado solamente	210	6%
Sexual y físico	72	2%
Sexual y emocional	8	0%
Sexual y testificado	24	1%
Físico y emocional	44	1%
Físico y testificado	233	6%
Emocional y testificado	27	1%
Sexual, físico, emocional	11	0%
Sexual, físico, testificado	50	1%
Sexual, emocional, testificado	4	0%
Físico, emocional, testificado	34	1%
Todos: Sexual, físico, emocional, testificado	12	0%
Ninguno	2055	55%
TOTAL	3753	100%
Algún tipo: sexual, físico, emocional o testificado	1698	45%

De acuerdo con la Tabla No. 4, el físico es el patrón de abuso más común, con casi un quinto de las mujeres que reportan haberlo experimentado en su niñez. Solo haber testificado abuso o que eso haya sido acompañado con abuso físico, son el segundo tipo de patrones abusivos más frecuentes, con el 6% de mujeres declarando el haber sido objeto de alguno de estos dos tipos. Solo el 5% de las mujeres afirman haber sufrido de abuso emocional sin que este se acompañara de otra forma de abuso.

Mientras la Tabla No. 4 presenta todas las posibles categorías de abuso, otro método para cuantificar abuso infantil entre la población, es

cuantificar si la entrevistada ha experimentado alguna forma de abuso, independientemente de si ha sufrido al mismo tiempo otro tipo. La Tabla No. 5 muestra cuántas mujeres han experimentado cada tipo de abuso, sin importar si ha sufrido algún otro tipo, es decir se cuantifican las formas dejando de lado si se traslapan.

La forma más común de abuso infantil es la infligida físicamente, reportada por el 31% de las mujeres. Un 16% fueron testigas de abuso en contra de su madre durante su niñez, al 7% las abusaron sexualmente, y el 9% sufrió abuso emocional.

## Número y porcentaje de mujeres que han experimentado cada tipo de abuso, independiente de la experiencia de los demás tipos

	Número	Porcentaje
Abuso sexual	267	7.1%
Abuso físico	1,153	30.7%
Abuso emocional	328	8.7%
Testificación de abuso	594	15.8%

Algunos de los análisis subsiguientes ponen a prueba los cuatro tipos de abuso en modelos separados; sin embargo es preciso recordar las limitaciones de este procedimiento, ya que así como fue mostrado por las Tablas No. 4 y 5, nos encontramos ante un traslape entre las diferentes formas de abuso infantil. Además, se decidió que cada tipo de abuso no sería analizado separadamente debido al pequeño número de mujeres que han experimentado cada tipo de abuso por separado. La variable que registra algún tipo de abuso da cuenta de algunos de los traslapes, así como lo hace otra variable en la cual se cuantifica el número de formas de abuso experimentadas. A través de esa variable, se encontró que 31% experimentó un tipo de abuso ya sea físico, sexual, emocional o han sido testigas de abuso, y el 14% han vivenciado dos o más tipos.

### *Relacionando las características socio-demográficas con abuso infantil*

Antes de crear los modelos de regresión, cada una de las características sociodemográficas que pueden crear confusión en el análisis de la relación entre abuso infantil y embarazo adolescente fueron probadas; primero en relación con la variable dependiente (embarazo adolescente) y luego con la independiente (abuso infantil) usando modelos de regresión logística separados para cada variable. En la Tabla No. 6 cada variable está relacionada con cada tipo de abuso infantil, y las mismas se presentan relacionadas con la variable de embarazo adolescente en la Tabla No. 7. El cociente de disparidad (odds ratio) y los intervalos del nivel de confianza del 95% son mostrados para cada variable en las mismas Tablas No. 6 y 7.

El alto nivel educativo (nivel alto significa medio y superior, mientras bajo incluye básico y ninguna educación) está asociado con niveles bajos de abuso infantil en general, en todos los modelos menos en el de abuso emocional. Sin embargo, su efecto es solamente significativo en el modelo de abuso físico y de testificación del abuso. La mayor edad tiene un efecto protector y significativo solamente en el modelo de abuso emocional pero no se esperaba encontrar una relación significativa con las variables de abuso. Estatus socioeconómico alto (5 ítems o más vs. 4 o menos) está asociado con niveles reducidos de abuso físico y testificación de abuso, mientras que el vivir en el área rural guarda asociación con menores tasas de abuso.

### Cociente de disparidad de los diferentes tipos de abuso infantil dependiendo de las características sociodemográficas de las entrevistadas (sin ajuste)

	Sexual	Físico	Emocional	Testificado	Algún tipo
Nivel educativo	.82 (.89-1.13)	.77 (.66-90)	2.4 (1.9-3.0)	.69 (.57-.85)	.99 (.86-1.14)
Edad	1.0 (.97-1.1)	1.08 (1.05-1.10)	.93 (.90-.97)	1.02 (.99-1.05)	1.04 (1.02-1.06)
Estatus socioecon.	1.04 (.97-1.1)	.94 (.91-.97)	1.27 (1.19-1.34)	.96 (.92-1.0)	1.01 (.98-1.04)
Residencia rural	.70 (.52-.94)	1.0 (.87-1.15)	.40 (.31-.51)	.88 (.74-1.05)	.78 (.69-.89)

#### Relacionando las características socio-demográficas con embarazo adolescente

En la siguiente tabla, Tabla No. 7, se puede visualizar el efecto protector que tiene un alto nivel educativo y un alto estatus socioeconómico en el embarazo adolescente, mientras que una mayor edad y vivir en el área rural incrementa el

riesgo de una adolescente de quedar embarazada, en estos modelos aún no ajustados. Es interesante que el uso presente o pasado de anticonceptivos está asociado con alto riesgo de embarazo, pero esto puede estar indicando altas tasas de actividad sexual entre adolescentes que usan contraceptivos, que también es un factor de riesgo del embarazo adolescente.

Tabla No. 7

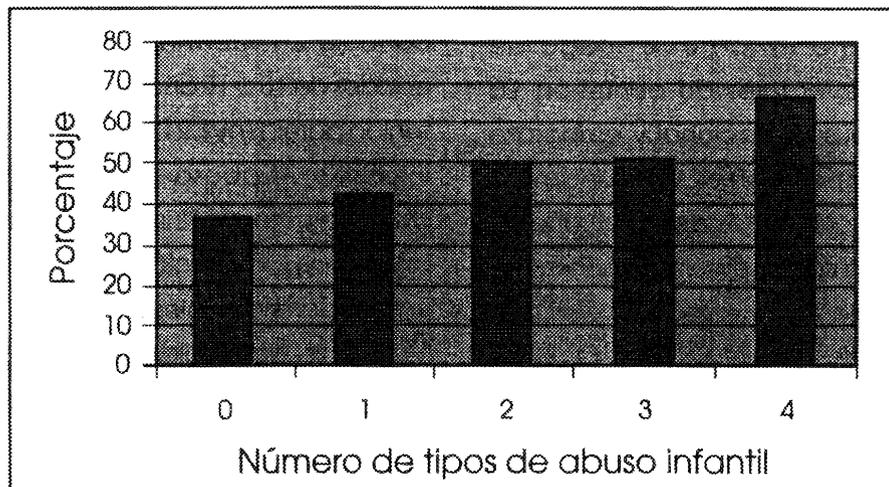
### Cociente de disparidad de embarazo adolescente dependiendo de las características sociodemográficas de las entrevistadas (sin ajuste)

	Cociente de disparidad del embarazo adolescente
Nivel educativo	.25 (.21-.29)
Edad	1.24 (1.21-1.27)
Estatus socioeconómico	.79 (.76-.81)
Residencia rural	1.58 (1.38-1.80)
Uso pasado de contraceptivos	14.1 (11.99-16.49)
Uso actual de contraceptivos	9.01 (7.60-10.68)

La relación directa entre abuso infantil y embarazo adolescente, sin el ajuste de factores de confusión, se puede apreciar en el Gráfico No. 1. A mayor la cantidad de tipos de abuso experimentado, mayor el riesgo de embarazo durante la adolescencia; no obstante, el efecto de dos o tres tipos de abuso en la ocurrencia de embarazo adolescente es similar.

Gráfico No. 1

**Porcentaje con embarazo adolescente por número de abusos**



Cinco modelos diferentes de regresión logística múltiple fueron creados, probando en cada uno de ellos el efecto de una forma de abuso infantil en relación con la variable dependiente, embarazo adolescente, controlando factores de confusión. Aclárese que el modelo 5 puso a prueba la relación entre haber experimentado algún tipo de abuso infantil y el embarazo en la adolescencia. Los detalles de cada modelo de regresión se pueden observar en la Tabla No. 8

Tabla No. 8

**Regresión resultante en 4 modelos derivados de cada tipo de abuso infantil y un 5º modelo de la ocurrencia de alguno de ellos, controlando factores de confusión**

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5
Sexual	1.48**				
Físico		1.42***			
Emocional			.90		
Testificado				1.14	
Algún tipo					1.31***
Educación	.45***	.45***	.45***	.45***	.45***
Edad	.82***	.82***	.82***	.82***	.82***
Estatus SE	.84***	.85***	.84***	.84***	.84***
Res. Rural	.80**	.80**	.78**	.80**	.81**

Nota: \*\*\* p<.001 \*\* p<.005 \* p<.05

Modelo 1: Abuso sexual. Modelo 2: Abuso físico. Modelo 3: abuso emocional. Modelo 4: testiga de abuso. Modelo 5: cualquier tipo de abuso

Haber experimentado abuso sexual cuando niña incrementa el riesgo de una mujer de tener un embarazo en su adolescencia en un 48%, incluso después de controlar factores de confusión como la edad, el nivel educativo, su estatus socioeconómico, y el vivir en un área rural o urbana. De manera similar, el abuso físico incrementa el riesgo de embarazo adolescente en un 42%, y haber experimentado algún tipo de abuso lo incrementa en un 31%, luego de controlar los mismos factores de confusión. La asociación entre abuso emocional y embarazo adolescente no incrementa el riesgo de una mujer de quedar embarazada antes de los 20 años, y haber sido testiga de abuso en el hogar lo incrementa pero no significativamente. El alto estatus socioeconómico, vivir en el área rural y un alto nivel educativo sirven como factores protectivos significativos en la asociación.

Los resultados hasta aquí encontrados son elocuentes en mostrar el efecto tan importante que tienen varias formas de abuso infantil en el subsiguiente riesgo de una mujer, dentro del grupo de estudio, de experimentar un embarazo en su adolescencia. En la siguiente sección será

explorado más en detalle el rol de abuso de pareja en la adolescencia, en la relación estudiada.

#### *Subanálisis de adolescentes entre 15 y 19 años*

Para explorar el efecto que tiene el abuso de pareja durante la adolescencia en la asociación entre abuso infantil y embarazo precoz, se condujo un subanálisis con mujeres entre las edades de 15 a 19 años que tenía pareja o habían tenido pareja (n=1,212). La relación entre el abuso infantil y el abuso de pareja fue explorada directamente, de la misma manera en la que se midió luego la relación entre el abuso de pareja y el embarazo adolescente (Ver Gráficos No. 2 y 3). Para finalizar se llevaron a cabo un análisis de regresión logística para establecer el efecto dual que tienen el abuso infantil y el abuso de pareja en el embarazo adolescente.

Antes de presentar los resultados de estas asociaciones, la frecuencia de las diferentes formas de abuso de pareja entre las adolescentes es presentada en la Tabla No. 9

Tabla No. 9

#### **Número y porcentaje de mujeres que han experimentado cada tipo de abuso de pareja, independiente de la experiencia de los demás tipos (n=1212)**

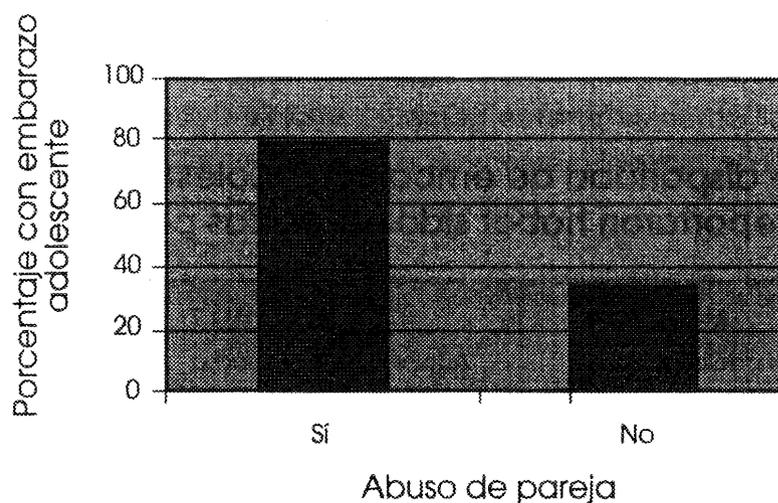
	Número	Porcentaje
Abuso sexual	22	1.8%
Abuso físico	51	4.2%
Abuso emocional	85	7.0%
Algún tipo de abuso	112	9.2%

De las 1,212 mujeres entre las edades de 15 y 19 años con pareja, solamente el 9% reportó haber sido objeto de algún tipo de abuso por parte de su pareja. Los análisis siguientes definirán la violencia de pareja bajo la forma de cualquier tipo de abuso, ya sea este físico, sexual o emocional.

Dentro del subgrupo de mujeres adolescentes, el haber sido abusadas por su pareja en esa etapa de su vida, incrementa el riesgo de quedar embarazadas en 7 veces (cociente de disparidad: 7.3, 95% intervalo de confianza 4.6, 11.7). La relación entre abuso de pareja y embarazo adolescente se visualiza en el Gráfico No. 2. Adolescentes abusadas por una pareja experimentaron tasas de embarazos adolescentes de 78.6%, mientras adolescentes no abusadas por una pareja experimentaron tasas de embarazos adolescentes de 33.3%.

Gráfico No. 2

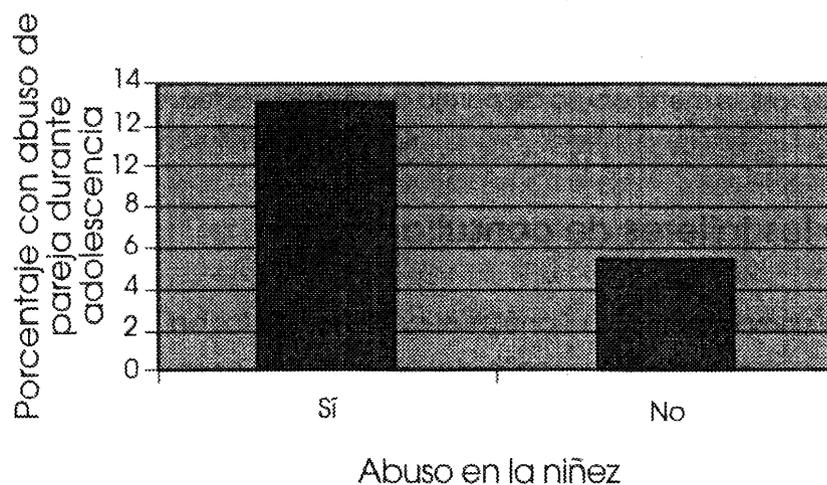
### Tasas de embarazo adolescente según reporte de abuso de pareja



Una fuerte relación se encontró entre abuso infantil y abuso de pareja durante la adolescencia. Haber experimentado abuso en la niñez incrementó el riesgo de una mujer de ser abusada por su pareja en más de tres veces (Cociente de disparidad: 2.9, 95% intervalo de confianza 1.9, 4.6), esto sin haber ajustado el análisis a factores de confusión. El Gráfico No. 3 muestra el hecho de que una adolescente abusada durante la niñez tiene un riesgo de abuso de pareja de 13.1%, mientras una adolescente no abusada tiene un riesgo de 4.9%.

Gráfico No. 3

### Tasa de abuso de pareja en adolescencia si abusada en la niñez o no



Tres modelos de regresión logística fueron creados para el subgrupo de adolescentes. La variable de embarazo adolescente fue considerada la variable dependiente, la variable de abuso de pareja fue la independiente clave, y variables tales como edad, educación, estatus socioeconómico, y zona de residencia fueron agregadas como control. En el primer modelo, todas las adolescentes fueron incluidas y la variable de abuso infantil fue añadida esta vez como control. En el segundo y tercer modelo, la misma relación entre abuso de pareja y embarazo adolescente fue explorada en modelos estratificados bajo las categorías de haber o no experimentado abuso infantil. El modelo 2 muestra la asociación entre abuso de pareja y embarazo adolescente entre mujeres que fueron abusadas de niñas; mientras el modelo 3 presenta la asociación entre abuso de pareja y embarazo adolescente entre las que no fueron abusadas de niñas. Ambos modelos controlan factores de confusión. A continuación la Tabla No. 10 con los datos de los tres modelos creados.

Tabla No. 10

### Cocientes de disparidad de embarazo adolescente entre mujeres que reportaron haber sido abusadas por su pareja

MODELO 1 Todas las adolescentes	MODELO 2 Adolescentes abusadas de niñas	MODELO 3 Adolescentes no abusadas de niñas
7.91	7.86	8.23
(4.69-13.35)	(4.29-14.41)	(2.81-24.10)

*Nota: Todos los modelos controlaron edad, nivel educativo, estatus socioeconómico, lugar de residencia. El primer modelo controló la variable de abuso infantil.*

El efecto significativo que posee el abuso de pareja en el riesgo de embarazo adolescente queda demostrado en los tres modelos. Que la pareja se comporte abusivamente con la adolescente, aumenta su riesgo de quedar embarazada en casi 8 veces entre todas las mujeres entre 15 y 19 años con pareja. Entre aquellas que fueron objeto de abuso de niñas, el efecto fue similar y significativo, mientras este se incrementó entre aquellas que no experimentaron abuso en su niñez. Los modelos aquí presentados permiten visualizar la importancia que tiene la variable de abuso de pareja en la asociación estudiada, y sobre todo porque incrementa más aun el riesgo de un embarazo adolescente de lo que lo hace el abuso infantil. Se sabe que el análisis está limitado a mujeres en su adolescencia, y por esa razón se sospecha que la relación habría resultado similar entre grupos de mujeres de mayor edad, si hubiera sido posible medir abuso de pareja durante la adolescencia entre población fuera de dicha etapa vital.

### Resultados de los talleres de consulta

Como elemento complementario al análisis cuantitativo de los datos de la encuesta FESAL 2002/2003 se analizó el problema con expertas en la atención de niños, niñas y adolescentes. Se identificaron tópicos dominantes y temas que surgieron durante las reuniones, que explican el contexto nacional en el que ocurre el abuso infantil y el embarazo en la adolescencia, ya sea separadamente o en conexión

el uno con el otro. Las dos áreas temáticas son (1) la vulnerabilidad social de niñas y adolescentes y (2) el enfoque de derechos humanos.

### *Vulnerabilidad social de niñas y adolescentes salvadoreñas*

Esta se ve relacionada con la estructura desigual de poder en la que el abuso infantil y el embarazo en la adolescencia se desarrollan. Aspectos determinantes como su ser mujer, su edad y su bajo estatus socioeconómico por sí solos se encuentra asociado a bajos niveles de poder tanto económico como social, en relación con la estructura predominante. Por lo tanto, en los casos en los que se conjugan estos factores, las niñas son más susceptibles a abuso y discriminación. El ciclo que caracteriza al abuso, la indefensión y el poco espacio para decidir o maniobrar, es clave para entender la dinámica entre el abuso y el embarazo adolescente.

Dentro del mismo ciclo se visibiliza alta presión social y cultural para mantener el estatus quo, lo que puede estar contribuyendo a que, tal como lo expresaron representantes del Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez (ISNA) de 2003 a 2004 se visualiza una disminución en el número de denuncias de abuso sexual y maltrato infantil.<sup>23</sup> Eso también abona a que sea más difícil abandonar entornos abusivos y aumenta la dependencia hacia sus abusadores, sean estos familiares o pareja. Debido a las pocas opciones emocionales y económicas, muchas veces las niñas, adolescentes o mujeres mayores de cualquier estatus socioeconómico, salen de

un entorno de dependencia y abuso y se involucran en otro con similares riesgos.

Además del miedo, de la baja autoestima, la dependencia emocional y económica, la tolerancia social de la victimización femenina, y el estigma social que sufre una mujer abusada, las denuncias de abuso en numerosas ocasiones no se realizan por falta de un sistema de atención integral de justicia que les facilite las cosas, les informe, las proteja, sea efectivo y castigue al agresor. Lo que tiene como efecto que se incrementa la vulnerabilidad de la niña o adolescente a la revictimización y al embarazo prematuro.

En lo que respecta a las instituciones educativas y de salud, éstas se ven limitadas en su intervención primaria o secundaria por diversas razones que no se tocarán aquí. Sin embargo, la consecuencia es que los temas que tienen relación con la salud sexual y reproductiva y los derechos humanos no se abordan integralmente, se hace de forma reactiva, o se hacen envueltos en conceptos conservadores, religiosos, o puramente biologizados.

El papel de la comunidad se considera importante por ser un facilitador cuando está organizado y en su seno se gestan iniciativas de control social, reivindicación de derechos humanos, protección y capacitación de sus miembros; mientras es un obstáculo cuando tales elementos faltan.

<sup>23</sup> Sistema de Información para la Infancia (SIPI), ISNA, enero 2005. San Salvador, El Salvador.

El estado y sus instituciones están llamados a velar por el derecho que tienen las niñas y adolescentes a su desarrollo integral y a vivir sin violencia. Con la conciencia de que la violación de un derecho tiene su efecto en la tutela de los demás, la prevención y atención del abuso infantil y el embarazo adolescente es un asunto que debería ser prioritario. Sin embargo, en la práctica los problemas se abordan según los recursos, la misión y visión que se tenga, lo que da por resultado una intervención fragmentada. Esto se refiere a que en el caso del abuso infantil y embarazo adolescente, algunos entes se enfocan en la atención de niños y niñas abusadas y sus familiares, en el mejor de los casos. Otras velan por la educación sexual, la formación ocupacional de adolescentes, la aplicación de justicia, la atención de madres jóvenes, etc. Sin embargo, sus esfuerzos se encuentran desconectados y si se asume que un problema está relacionado con otro, el seguimiento y la integración de esfuerzos es esencial. Por otro lado, se observa que en la práctica los esfuerzos se encaminan más a la prevención secundaria que a la primaria.

Por otro lado, se denuncia que son los entes encargados de administrar la justicia los que más entorpecen el proceso de prevención y atención, y se lamenta que ni las Defensorías de Derechos Humanos -recién creadas- tengan la capacidad de exigir aplicabilidad de ley a un ente que no cumpla con su deber. Las instituciones gubernamentales o no gubernamentales buscan integrarse estratégicamente a otras, pero no obedeciendo a una ley o estrategia nacional de coordinación, de acuerdo en la co-responsabilidad, y vigilancia de la restitución del derecho a la integridad personal, sino a sus propias iniciativas. No se puede desestimar el

papel que juegan el conservadurismo, las ideologías e intereses políticos como obstáculos para el trabajo concertado en la atención de la población de la que se habla.

Dentro de los lineamientos nacionales de atención a la niñez y adolescencia, es reconocido el papel fundamental que posee la sociedad civil y sus representantes locales, sin embargo éstos no logran involucrarse significativamente en los procesos de prevención y atención de la población en cuestión. El proceso de descentralización aun no ha dado los resultados esperados y todavía se encuentran obstáculos para la inclusión eficiente de ejes estratégicos que apoyen el desarrollo integral de la niñez, la adolescencia y la familia en los planes de desarrollo y de inversión municipal. Además, se sigue viendo a la organización comunitaria con temor y poca credibilidad por parte de los mismos habitantes, además de que no se conocen a cabalidad los derechos de niños, niñas y adolescentes, y a su abordaje integral dentro del Estado y sus representantes, también entre los mismos afectados y en la sociedad en general.

Como punto adicional el tema del derecho a la participación que tienen tanto niños, niñas y adolescentes en la toma de decisiones de asuntos que les conciernen también fue abordado. Al respecto se resaltan avances en educación de pares; consultas y foros para el diagnóstico y formulación de políticas; involucramiento en la formulación y seguimiento de proyectos concretos, sobre todo con organizaciones no gubernamentales; espacios en plenarias de la Asamblea Legislativa, y las mismas votaciones infantiles. Sin embargo, se menciona que aun no se cuenta con jóvenes en los consejos municipales, ni en los cabildos abiertos.

## Discusión

El estudio encontró un fuerte respaldo para la hipótesis que asocia el abuso infantil con el incremento en el riesgo del embarazo adolescente, dentro una muestra considerable de mujeres de la población salvadoreña en general. Este es el primer estudio, hasta donde se sabe, que encuentra tal asociación en un país de América Latina, incluso luego de controlar factores de confusión.

Estos resultados concuerdan con investigaciones previas provenientes de Los Estados Unidos y otros países desarrollados, cuyas conclusiones indican que el abuso infantil incrementa el riesgo del embarazo adolescente<sup>24</sup>. Sin embargo, el presente estudio conceptualiza todos los tipos de abuso infantil en relación con embarazo adolescente, y a diferencia de otros, éste considera múltiples tipos de abuso experimentado durante la niñez y concluye que experimentar cada tipo de abuso adicional, incrementa el riesgo de una adolescente a quedar embarazada; con excepción de los casos en los que se experimentaron dos o tres tipos de abuso, que se asocian a un riesgo similar.

Al analizar cada tipo de abuso infantil en relación con el embarazo adolescente en modelos separados, se vio que el abuso físico, el abuso sexual, o algún tipo de abuso, incrementó significativamente la probabilidad de un embarazo adolescente. Por su parte, el haber sido testigo de abuso incrementó la probabilidad de embarazo pero no de manera significativa, mientras el abuso emocional mostró un efecto protector ante el embarazo adolescente pero tampoco fue significativo. Tal efecto paradójico puede deberse al hecho de que la conceptualización del abuso emocional no abarcó suficientemente el concepto requerido, y a que experiencias que fueron categorizadas como abuso emocional, incluían formas no abusivas de corrección verbal.

Durante los talleres de consulta, las participantes hablaron acerca de cómo ellas perciben que la asociación entre los dos fenómenos se desarrolla, sin embargo, faltó evidencia que afirmara tal hecho. Se cree que el embarazo adolescente está cercanamente vinculado a los niveles de autoestima, relaciones de poder entre géneros, y falta de voluntad social y política que lo aborde. Los resultados de este estudio proveen la evidencia que hacía falta acerca de que experiencias tempranas de abuso, actúan como factores de riesgo del embarazo adolescente. Estudios previos así como las conclusiones producto de los talleres, demuestran que existen mecanismos reales mediante los cuales el abuso infantil incrementa el riesgo de una adolescente de quedar embarazada. Estas teorías encuentran fundamento en la literatura y proveen la justificación teórica necesaria para comprender tal asociación. Por ejemplo, adolescentes que han sido abusadas pueden llegar a tener más experiencias sexuales debido a que su identidad ha sido moldeada alrededor de una sexualización temprana. Niñas abusadas pueden desear escapar de sus hogares abusivos, o pueden estar sufriendo consecuencias adversas en su desarrollo cognitivo y emocional que afecta su habilidad en la toma de decisiones y su autoestima, llevándolas a experiencias de revictimización.

<sup>24</sup> *Blinn-Pike et al. Op. Cit. (Vea cita 7); Hillis et al., 2004. Op. Cit. (Vea cita 1).*

Este estudio también demuestra la importancia de considerar el efecto intermediario que exhibe la violencia de pareja en la asociación entre abuso infantil y embarazo adolescente. Este es un factor cuyo rol no ha sido explorado apropiadamente en la literatura, pero que puede ser esencial para entender cómo opera la asociación entre abuso y embarazo. En los pocos estudios que se han realizado, se han identificado altas tasas de prevalencia de abuso físico y sexual perpetrado por la pareja, entre mujeres adolescentes;<sup>25</sup> otros han revelado que abuso sexual en la niñez es un predictor de revictimización en etapas adolescentes y adultas;<sup>26</sup> sin embargo, falta cruzar estas tres variables para establecer si adolescentes que fueron abusadas de niñas y que además fueron violentadas por sus parejas, poseen un mayor riesgo de embarazarse precozmente, que aquellas que habiendo sufrido de abuso infantil, no experimentaron abuso sexual de sus parejas.

Uno de los hallazgos más importantes de esta investigación fue el hecho de que, mientras solo el 9% de las adolescentes con pareja en el análisis fueron abusadas por su pareja, el haber sido objeto de abuso de pareja incrementó en 8 veces su riesgo de quedar embarazadas, luego de controlar la experiencia de abuso infantil y otros factores de confusión. Al estratificar los resultados a partir del estatus de abuso infantil, se encontraron tasas similares de embarazo asociadas al abuso de pareja entre las adolescentes que fueron abusadas de niñas y las que no, luego de controlar factores de confusión.

Los altos cocientes de disparidad (odds ratio) entre las adolescentes no abusadas muestran el efecto directo del abuso de pareja en el embarazo adolescente, independientemente de las experiencias tempranas. Sin embargo, muchas más adolescentes abusadas durante su niñez reportan haber experimentado abuso de su pareja durante su adolescencia que aquellas que no sufrieron de abuso de niñas (13% en comparación con 5%) hecho que evidencia que estos tres factores están altamente interrelacionados.

A pesar de estos importantes hallazgos, se deben reconocer algunas limitaciones del análisis. La muestra estuvo limitada a un subgrupo de mujeres entre las edades de 15 a 24 años, quienes no representaban a la población entera de mujeres de la encuesta. El subgrupo exhibió menores tasas de abuso infantil que las mujeres mayores de 24 años; ellas también mostraron menores tasas de uso de anticonceptivos, lo que puede estar en función de su edad; muchas de ellas vivían en áreas urbanas y tenían mayores niveles educativos que sus contrapartes mayores al momento de la entrevista. No obstante, el hecho de que la pregunta acerca del embarazo adolescente fue solamente administrada a este subgrupo, llevó a que se decidiera analizar exclusivamente dicho subgrupo. Por esta razón, es importante recordar que los resultados no pueden ser generalizados a la población entera de mujeres salvadoreñas en edad reproductiva, debido a las diferencias observadas en este subgrupo.

---

<sup>25</sup> Parker B, McFarlane J and Soeken K. 1994. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstetrics and Gynecology* 84(3):323-328.

<sup>26</sup> Fergusson DM, Horwood LJ and Lynskey MT. 1997. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse and Neglect* 21(8):789-803.

El hecho de que los datos fueran recogidos de manera transversal limita la capacidad de hacer conclusiones acerca de la causalidad. Así, mientras una fuerte relación fue encontrada entre abuso de pareja durante la adolescencia y embarazo adolescente, el orden en el cual estos eventos ocurrieron se desconoce. Se podría hipotetizar que el abuso precedió al embarazo, pero también es posible que el embarazo precediera al abuso perpetrado por la pareja.

En términos de la variable de abuso infantil, con excepción de la variable de abuso sexual en la cual se supo la edad en la que éste se sufrió y por ello fue posible categorizar abuso sexual infantil antes de los 18 años y antes del embarazo, es posible que algunas adolescentes hayan experimentado abuso físico o emocional de parte de un miembro de su familia después del embarazo, pero antes de alcanzar la mayoría de edad.

Adicionalmente, puesto que el estudio maneja temas sensible tales como abuso infantil, abuso de pareja y conducta sexual adolescente, es

posible que haya habido imprecisión y subregistro de los casos. Un subregistro de abuso podría estar debilitando la asociación encontrada en este análisis.

Dada la evidencia encontrada en esta exploración acerca de la relación entre abuso infantil y embarazo adolescente, así como del importante efecto que tiene el abuso de pareja durante la adolescencia dentro de la relación de las dos variables arriba mencionadas, los hallazgos de esta investigación proporcionan información empírica que no solamente es relevante para el contexto salvadoreño, sino también para otros países. El marco teórico brinda la base para comprender las asociaciones descubiertas en este estudio y los mecanismos a través de los cuales experiencias adversas pueden llevar a un embarazo temprano. Al mismo tiempo, las conclusiones a las que se llegó en las discusiones de los grupos consultados apoyan estos hallazgos y proveen el contexto a través del cual se les puede interpretar, así como también el ímpetu para lograr cambios.

## Recomendaciones

Se ha concluido que entre el abuso infantil y el embarazo adolescente existe relación, y que en la vía que conecta estos dos fenómenos juega un papel importante el abuso que una adolescente sufre de parte de su pareja, que como se ha visto es un factor de riesgo incluso en los casos en los que la adolescente no fue abusada de niña. Las siguientes recomendaciones resaltan algunas de las maneras en las que el sistema educativo, el sistema de salud, la comunidad, la iglesia y la sociedad en general puede trabajar en el mejoramiento del abordaje integral de estas problemáticas, desde su prevención hasta la detección, desde el seguimiento de los casos particulares, hasta los esfuerzos al nivel poblacional.

1. Para poder evitar cualquier tipo de abuso infantil, todos los sectores de la sociedad en especial los niños y niñas, deben estar sensibilizados con sus propios derechos, los tipos de abuso y la importancia de su prevención.
2. Los centros escolares son los mayores receptores de niños y niñas menores de edad. Dentro de los mismos debería haber programas concretos de capacitación de educadores y administradores en los temas de derecho a vivir sin violencia y todas sus manifestaciones, equidad de género, autoestima, detección de irregularidades y atención para los casos que se presenten. La exigencia debería ser que estos temas se aborden de manera directa, clara y contextualizada.
3. Dentro de la escuela deberían crearse mecanismos eficaces de protección de los niños y niñas ante el abuso, esto es facilitar el conocimiento del procedimiento de denuncia, búsqueda de ayuda y orientación directa a sus familias; así como para el castigo a maestros y maestras, administradores y otros estudiantes perpetradores de abuso.
4. El currículum educativo a todos los niveles debería dar espacio privilegiado a la educación para la vida, es decir, a la educación sexual, a la autoestima, a la expresión y abordaje de problemas familiares y al derecho de vivir sin violencia.
5. La prevención de la deserción escolar debería de ser un tema prioritario al final de la primaria. De manera especial debe haber sensibilización del derecho de una adolescente madre o embarazada a continuar estudiando y hacer esto del conocimiento de todos, para que ella no se sienta presionada a desertar.

6. Los proveedores de salud deberán ser capacitados y sensibilizados para la detección de señales de abuso infantil y en la adolescencia. Materiales de entrenamiento estandarizados y currículo deberían ser desarrollados e impartidos a través del sistema de salud, desde los SIBASI hasta los hospitales.
7. Adolescentes embarazadas y acompañadas deber ser sujetos de una atención integral que aborde claramente su situación de riesgo de abuso por sus parejas y familiares, y los mecanismos existentes para la propia protección y la de sus hijos. Eso requiere una coordinación o sistema de referencia entre los servicios de salud y los servicios de la sociedad civil que abordan temas de abuso y la protección de derechos de las mujeres.
8. Las asociaciones comunitarias, incluyendo la iglesia, deben ser capaces de educar a sus miembros sobre equidad de género y violencia intrafamiliar, y de ayudarles en los casos que se registren, con el fin de modificar actitudes que pueden estar incrementando la vulnerabilidad de las mujeres jóvenes y adultas.
9. Los esfuerzos individuales, familiares o comunitarios en la denuncia de casos de violencia intrafamiliar deben ser respaldados con efectivos mecanismos legales de castigo a los victimarios, ya que si no es así las denuncias disminuyen, más no así los casos.
10. Las comunidades eclesíásticas deben abordar los temas referentes a salud reproductiva de forma tal que la gente aprenda a analizar sus opciones a partir de sus convicciones religiosas, pero teniendo la información completa y clara.
11. Se debe impulsar la organización comunitaria para que en coordinación con el gobierno local y las organizaciones no gubernamentales, puedan gestar espacios de promoción de salud, cooperación comunitaria, formación ocupacional, protección de víctimas, mecanismos de denuncia, etc. Eso facilitaría a su vez las iniciativas de desarrollo que la alcaldía, la iglesia y otras organizaciones tengan dentro de una determinada comunidad.
12. Se deben aprovechar los espacios ya creados para la participación comunitaria de niñas, niños y adolescentes, y potenciar asociaciones formadas y dirigidas por ellos, en las que tengan oportunidad de tomar decisiones y empoderarse como grupo poblacional.
13. Son fundamentales los programas dirigidos a la población masculina enfocada a la equidad de género, manejo pacífico de conflictos, implicaciones del embarazo adolescente, y a su responsabilidad en la planificación familiar.
14. En el tema de equidad de género, se debería de poner mayor énfasis en los efectos nocivos en hombres y mujeres del machismo y hembrismo, y en las graves consecuencias de la violencia intrafamiliar.

15. Vivir en un ambiente violento no solo incrementa el riesgo de un niño o niña de ser abusada, sino también genera un ambiente de violencia y de disfunción, que son en sí mismos factores de riesgo de comportamientos sexuales de alto riesgo, así como del abuso de pareja durante la adolescencia y/o la adultez. Por ello, entornos donde se identifique el abuso deben ser sujetos de intervención en un esfuerzo por apoyar a las madres abusadas y conectarlas con servicios de asistencia social y entrenamiento de habilidades, que puedan auxiliarlas en el rompimiento de una relación violenta que las atrapa a ellas y a sus hijos en un círculo de violencia.

16. Debe existir un protocolo intersectorial creado en consenso con todos los sectores involucrados, acerca de directrices en la detección de abuso de todo tipo. Esto con el fin de proveer o dar a conocer los mecanismos existentes de atención en salud sexual, reproductiva y mental, además de los de protección y denuncia. Todo esto con la confidencialidad y respeto al que tienen derecho.

17. Con la población sexualmente activa habrá que invertir esfuerzos que vayan encaminados a informarlos y formarlos directa y eficientemente en el cuidado a su salud sexual y reproductiva, y en la defensa de su integridad personal. Así como proveer de líneas telefónicas confidenciales o centros especiales para su protección y atención.

# Anexos

## Tabla de variables

Nombre de variable	Tipo de variable	Como creará variable	Como usar variable
Embarazo adolescente	Dicotómica (1=si, 0=no)	Si #711 <=18	Variable dependiente
Abuso o trauma durante la niñez			Variables independientes principales
- Testigo de abuso a madre	Dicotómica (1=si, 0=no)	Si #802 o #806 =1	
- Abuso emocional y descuido	Dicotómica (1=si, 0=no)	Si #803 o #807 = 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10	
- Abuso físico	Dicotómica (1=si, 0=no)	Si #803 o #807 = 1, 3, 7	
- Abuso sexual y violación	Dicotómica (1=si, 0=no)	Si #815 = 1 y #817 <18 y #817 <= #711 Si #810 = 1 y #812 <18 y #812 <= #711	
Edad actual	Continua (15-49 años)	#202	Variable de confusión
Nivel de educación	Catagórica 0=ninguna 1=hasta 6ª 2=básica 3=bach. o superior	#207	Variable de confusión
Estatus socio-económico	Escala de 0 a 7 ítems	Basada en escala de número de bienes o servicios que tienen en el hogar	Variable de confusión
Urbano / rural	Dicotómica 1= Rural 0= Urbana	Será determinado	Variable de confusión
Abuso de pareja			Subanálisis de adolescentes
- Abuso emocional	Dicotómica 1= Abusada 0= No abusada	Si #820a, b, c, d, f, h, l = 1	
- Abuso físico	Dicotómica 1= Abusada 0= No abusada	Si #820g, j, k, l =1	
- Abuso sexual	Dicotómica 1= Abusada 0= No abusada	Si #820e =1	

## Participantes Talleres de Consulta 25 y 26 de enero 2005

Representante Institucional	Nombre de organismo	Dirección y teléfono
Lic. Coralia Ester Choto Cruz	Asociación de capacitación, atención y prevención del maltrato infanto-juvenil acap_es@hotmail.com	1ª Calle Poniente 73 Avenida Norte Edificio AIN, Local B-7 San Salvador, Telefax 2260 2269
Lic. Gloria Elizabeth Cerón	Organización de Mujeres Salvadoreñas ORMUSA ormusa@integra.com.sv	Bvld. Universitario Col. San José, No. 235 San Salvador 2226 5829 y 2225-5007 (telefaxes)
Lic. Lilliam Meléndez de Franco	Asociación Demográfica Salvadoreña ADS lilliam.franco@ads.org.sv	25 Avenida Norte #583, Edificio Pro-Familia San Salvador Tels. 2244-8100, 2244-8169
Lic. Isolina Alas de Marín	Comisión de Familia, Mujer y Niñez de la Asamblea Legislativa isolina2908@hotmail.com	Tels. 2281-9518, 2281 9389, 2207 3028
Lic. Dina Eugenia Bonilla	Gerencia de Atención al Adolescente, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) dina_eugenia@yahoo.com	Calle Arce No. 827 San Salvador, Tels. 2281 2498, 2221-0966
Lic. Rina Velasco de Comejo	Instituto Salvadoreño de Desarrollo Integral de la Niñez y Adolescencia ISNA pndina@sna.gob.sv	División de Atención Preventiva Tels. 2213 4745 / 49
Lic. Martín Rodríguez	Instituto Salvadoreño de Desarrollo Integral de la Niñez y Adolescencia ISNA sipi@sna.gob.sv	División Sistema de Información para la Infancia Tel. 2213 4751
Lic. Elizabeth Ramírez	Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos PDDH elizabethramirez@pddh.gob.sv	5ª Calle Poniente y 9ª Avenida Norte Edificio AMSA N° 535 San Salvador, El Salvador Tels. 2222 1967, 2222 0011
Lic. Georgina de Villalta	Red para la Infancia y la Adolescencia RIA redparalainfancia@navegante.com.sv	Colonia Avila Calle A #137 San Salvador Tel. 2298 1096
Lic. María González	Visión Mundial / RIA maria_gonzalez@wvi.org	Tel. 2261 9800 ext. 1125
Sra. Ludín de Chávez	Save the Children lchavez@savechildren.org	35 Avenida Sur, No. 626 Colonia Flor Blanca San Salvador Tel. 2298 9111

Representante Institucional	Nombre de organismo	Dirección y teléfono
Lic. Karla H. de Varela	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF kvarela@unicef.org	Plaza Madrefiera Edificio 12 Boulevard orden de Malta Sur Antigua Cuscatlán La Libertad, El Salvador Tels. 2252 8808 2263 3380 / 3384 Tel. 2226 6650
Dra. Padilla de Gil	Ginecóloga Consultora e Investigadora Independiente. Miembra Comité Consultivo Interinstitucional de FESAL 2002/2003 gilpas2002@yahoo.com	Avenida Norte #120 San Salvador Tels. 2222 9313, 2221 2100, 2271 0052 fax: 2222 9349
Lic. Loretta Cruz Estrada	Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer ISDEMU lestrada@isdemu.gob.sv	

## **Preguntas de los talleres de consulta**

1. ¿En cuál etapa del proceso entre abuso infantil y embarazo adolescente (prevención de abuso infantil, su detección, etapa intermedia entre abuso y embarazo, prevención del embarazo adolescente o prevención secundaria del mismo) hay mayor sensibilización y concientización entre la población y las instituciones de atención a esta población? ¿O complementariamente en cuál se necesita mayor atención?
2. ¿En cuál fase del proceso se puede contar con mayor coordinación interinstitucional?
3. ¿En qué estadio se encuentra la creación o promoción de espacios de participación para la infancia y la adolescencia en la sociedad salvadoreña?

Características sociodemográficas y socioeconómicas relacionadas  
al conocimiento sobre VIH/SIDA y asociación del conocimiento con  
actitudes positivas y prácticas preventivas  
entre los/las adolescentes y jóvenes. FESAL 2002-03.

## **Informe Final**

ELABORADO POR:  
Licda. Rhina Ivette Cáceres Rodas

## Resumen

Uno de los problemas de salud que se ha incrementado en El Salvador es la infección del virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). De los 13,665 casos acumulados, a Julio del 2004 el 20% son jóvenes de 15 a 24 años.

Muchas de las acciones realizadas por las instituciones que trabajan en la prevención del VIH/SIDA van encaminadas al aumento de conocimientos sobre la formas de transmisión y prevención de la enfermedad. Este estudio pretende identificar características sociodemográficas asociadas al nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en los/las adolescentes y jóvenes y a la vez verificar si este conocimiento sobre la enfermedad se traduce en actitudes positivas y prácticas de prevención entre esta población.

Tienen un conocimiento alto el 17% de las mujeres y el 12% de los hombres. Cuatro de cada diez hombres y mujeres tienen actitudes positivas hacia personas infectadas. Manifiestan prácticas preventivas cuatro de cada diez mujeres y siete de cada diez hombres con experiencia sexual.

Utilizando la regresión lineal como herramienta estadística se obtuvo que los/las adolescentes y jóvenes viviendo en el área rural, de nivel socioeconómico bajo, con baja escolaridad y que tienen poco o ningún contacto con los establecimientos de salud, constituyen la población con mayor necesidades de educación en VIH/SIDA.

Se determinó que hay una asociación significativa entre los conocimientos sobre VIH/SIDA y las actitudes a personas viviendo con VIH. No se obtuvo una asociación significativa entre prácticas preventivas y conocimientos sobre VIH/SIDA.

## I. INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas de salud que se ha incrementado en El Salvador es la Infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). El primer caso se notificó en 1984, desde esa fecha se ha observado un aumento progresivo de la epidemia.

El Programa Nacional de control y Prevención de ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ha registrado un total acumulado a Julio del 2004 de 6,579 casos de personas con signos y síntomas de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y 7,086 casos de personas viviendo con VIH (+). (MSPAS, 2004)

Es importante reconocer que existe un subregistro estimado en un 40-50% y según datos de ONUSIDA, se calcula que en el país hay más de 25,000 personas infectadas con el virus de Inmunodeficiencia humana.

De los 13,665 casos acumulados, el grupo más afectado es el de 25 a 34 años, seguido por el grupo de 15 a 24 años que representan el 20% de casos, lo que significa que del total de infectados cerca 2700 son adolescentes y jóvenes.

Teniendo en cuenta que el período de incubación de la Infección en el país es de 5 a 7 años, se deduce que en muchos de los casos la Infección se adquiere en la niñez o en la adolescencia.

Las mujeres y los hombres de 15 a 24 años de edad representan cerca del 37% de la población salvadoreña en edad fértil<sup>1</sup>(ADS, 2004), lo que constituyen un segmento de considerable importancia en salud pública y sobre todo en el control de la epidemia del VIH/SIDA.

Ya que muchas de las acciones de las instituciones que trabajan en la prevención del VIH/SIDA van encaminadas al aumento de conocimientos a través de educación e información, el presente estudio pretende identificar qué características sociodemográficas y socioeconómicas están asociadas al nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en los y las adolescentes y jóvenes y verificar si un conocimiento adecuado se traduce en actitudes positivas y prácticas de prevención.

<sup>1</sup> *Mujeres de 15 a 49 años y hombres de 15 a 59 años, de la población estimada para el año 2003*

El acceso a la educación sobre sexualidad y salud reproductiva que se haya tenido en la niñez y la adolescencia, puede influir de manera determinante en los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales y reproductivos. El proyecto de vida de una adolescente puede ser frustrado cuando se enfrenta a un embarazo no deseado o ante el apareamiento de una infección de transmisión sexual, particularmente si se trata del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (ADS, 2004).

Como ya se mencionó, las estadísticas epidemiológicas del país demuestran que la población adolescente, constituye uno de los grupos más vulnerables ante la epidemia del VIH/SIDA.

La vulnerabilidad Juvenil al VIH incluye muchos factores como la iniciación sexual temprana, explotación sexual de jóvenes, uso de drogas, desempleo y fragilidad familiar. Alrededor de estos problemas se encuentran muy a menudo la pobreza y una marginalización social en varios niveles. En el mundo en desarrollo la pobreza amplifica otros factores que contribuyen a la vulnerabilidad, como la edad y el género (IPPF/RHO, 2002).

Lo que empezó como una epidemia de hombres adultos homosexuales en los centros urbanos de América Latina se está convirtiendo en una epidemia primordialmente heterosexual y joven. En toda la región los índices de infección femenina están alcanzando a los índices masculinos, y las infecciones están ocurriendo en gente cada vez más joven. (IPPF/RHO, 2002).

El objetivo fundamental de los programas/proyectos de prevención de VIH/SIDA es detener totalmente la propagación de la infección por VIH. Dado que no existe ni vacuna ni tratamiento curativo, es una meta ambiciosa que exige el

esfuerzo de muchos grupos por varios años. Cada una de las organizaciones que forma parte de la iniciativa nacional realiza una o más estrategias para la prevención (Bertrand, J.; Solís, M., 2000).

Entre algunas de estas estrategias se encuentran la diseminación de información y educación, a través de actividades tales como: líneas de información telefónica sobre ITS y VIH/SIDA, educación formal sobre ITS y VIH/SIDA para jóvenes, capacitación a trabajadores del sector privado para ser replicadores de información, educación a través de pares y centros de información sobre VIH/SIDA (Bertrand, J.; Solís, M., 2000).

El Programa Nacional de control y Prevención de ITS/ VIH /SIDA del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, ha impulsado diferentes estrategias educativas con el propósito de contribuir y aumentar los conocimientos de la población sobre el VIH/SIDA. En el caso de la población adolescente, se ha impulsado una campaña denominada "Decídete a Esperar". Con esta campaña se promueve el retraso de las relaciones sexuales en los adolescentes como la única alternativa que ofrece un 100% de seguridad para la prevención del VIH/SIDA en este grupo poblacional, dentro de las estrategias de prevención: Abstinencia, fidelidad y uso del condón (MSPAS, 2004).

El que estas estrategias alcancen a la mayor parte de los y las adolescentes y jóvenes o que esta información sea retenida, está determinado por una serie de factores que puedan favorecer o limitar su uso. El acceso a la educación formal (Madrigal, J. Gómez, M., 1988), el nivel socioeconómico, exposición a fuentes de información como son el acceso a servicios de salud, etc. determinan el que los/las adolescentes y jóvenes tengan o no un conocimiento adecuado sobre VIH/SIDA.

El nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA según Bertrand & Solís, puede medirse en términos de la identificación de factores de riesgo, vías de transmisión, de tres modos de prevención (monogamia, abstinencia sexual y relaciones sexuales seguras); conocimientos de fuentes de distribución de condones y uso correcto del condón (Bertrand, J.; Solís, M., 2000).

En la Figura 1 se establece una serie de relaciones con las cuales se pretende analizar algunos de los factores que pueden determinar el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA entre los y las adolescentes y jóvenes.

Se establece en primer lugar que aspectos como la zona de residencia dentro del país esta asociada con el nivel de escolaridad y este con el nivel socioeconómico, esto se relaciona con el nivel de conocimientos en salud sexual y reproductiva en general así como específicamente sobre VIH/SIDA.

Lo esperado sería que el nivel de conocimientos sobre VIH sea mayor en área urbana, entre personas de escolaridad y nivel socioeconómico alto; entre personas que han recibido educación sexual y que hayan tenido mas contacto con los establecimientos de salud.

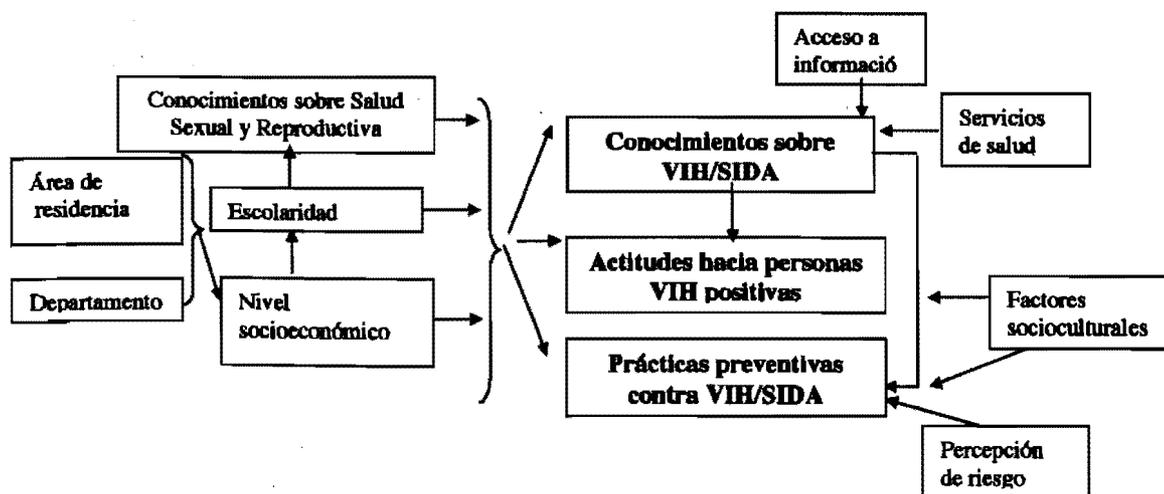
Las actitudes, son predisposiciones a responder de una forma más o menos emocional a ciertos objetivos e ideas. En el caso del VIH/SIDA, la actitud funciona como un factor de la personalidad del individuo, que favorece, desfavorece o fortalece, el desarrollo de ciertos comportamientos que sitúa a la persona en riesgo de contagio (Enamorado, 2000).

Es importante además analizar actitudes de los y las adolescentes y jóvenes hacia personas infectadas por el VIH/SIDA, de hecho muchos de los contenidos de educación en el tema tiene como objetivo evitar la discriminación y defender los derechos de personas viviendo con VIH/SIDA.

Las personas pueden tener una idea de lo que deben y no deben hacer, pero las actitudes, que funciona como cargas emocionales fuertes pueden sabotear muchos de estos conocimientos. (Enamorado, 2000)

Figura 1.

### Relaciones entre variables y conocimientos, actitudes y prácticas hacia el VIH/SIDA.



En la Figura 1 se sostiene que las actitudes guardan relación con los conocimientos pero que pueden estar condicionadas por factores socioculturales, tales como las desigualdades de género (Enamorado, R., 2000) y por experiencias personales ya sea positivas o negativas con personas portadoras del VIH.

Se espera que los/las jóvenes con mayores conocimientos sobre VIH/SIDA tengan más actitudes positivas hacia personas infectadas.

Según Bertrand & Soñis, las actitudes frente a personas infectadas con VIH/SIDA pueden medirse mediante la respuesta a situaciones que implican convivencia o algún tipo de contacto con dichas personas. Situaciones tales como, aceptar darle la mano, compartir cubiertos en la mesa, abrazar o bañarse en una misma piscina con una persona VIH positiva (Bertrand, J.; Soñis, M., 2000).

El comportamiento prudente o de riesgo, dependerá en gran medida de los conocimientos que las personas tienen sobre la enfermedad y de la manera como internalicen estos conocimientos. Se supone que entre mayor sea el conocimiento sobre VIH/SIDA y menores los prejuicios hacia la enfermedad, mayores serán las probabilidades de modificar o prevenir el comportamiento de riesgo (Enamorado, R., 2000).

Factores socioculturales como la desigualdad en las relaciones entre hombres y mujeres, ponen a las mujeres en condiciones de alta vulnerabilidad a la infección, ya que dejan de ejercer control sobre su propia sexualidad y por lo tanto no tienen

el poder para evitar las relaciones riesgosas. En estas condiciones, el riesgo de las mismas de contraer la enfermedad estaría fuertemente determinado por el comportamiento de sus propios compañeros sexuales. (AIDS, 2000).

En la Figura 1 se expresa una relación entre conocimientos y prácticas preventivas las cuales pueden estar condicionadas además por factores socioculturales y por la conciencia de la persona de estar en riesgo de infección.

Las conductas o prácticas preventivas pueden medirse a través de indicadores como porcentaje de personas que reportan haber usado condón en su última relación sexual penetrativa, las que reportan haber usado condón en su última relación sexual con una pareja ocasional (o sea, no cohabitante ni en unión) y personas que reportan "siempre" usar condones en sus relaciones sexuales (o en relaciones sexuales con parejas ocasionales) (Bertrand, J.; Soñis, M., 2000).

El objetivo general de este estudio es analizar las características de la población adolescente asociadas con el nivel de conocimientos y su traducción en actitudes positivas y prácticas preventivas ante el VIH/SIDA.

En el presente documento se desarrollan seis grandes secciones incluyendo esta introducción. La segunda sección es la descripción de la metodología utilizada, los resultados obtenidos es la tercera, la discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones.

## II. METODOLOGÍA

### Datos

Los datos utilizados para el desarrollo de esta estudio fueron tomados de la encuesta FESAL 2002- 2003 realizada por la Asociación Demográfica Salvadoreña.

Para el análisis en mujeres es la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL) 2002/03 y para el análisis en hombres la Encuesta Nacional de Salud Masculina (ENSM) 2003.

Tanto en hombres como en mujeres, se trabajó con la población de jóvenes con edad entre los 15 y los 24 años<sup>2</sup>.

### Variables

#### 1. Variables dependientes

Para este análisis se tomaron tres variables dependientes: conocimientos sobre VIH/SIDA, Actitudes hacia personas infectadas y Prácticas preventivas.

#### **Conocimientos:**

Se utilizaron ocho preguntas sobre formas de prevención y transmisión<sup>3</sup>. Con estas preguntas se obtuvo un alpha de Cronbach de 0.7231 en el caso de las mujeres y 0.6386 en los hombres.

Con base a estas preguntas se construyó una variable continua con la sumatoria de respuestas correctas. La escala obtenida se dividió entre 8 (por ser el número de preguntas) y multiplicó por 100, para obtener una variable con rango de 0 a 100.

<sup>2</sup> En la encuesta FESAL existe un capítulo sobre Actividad sexual y salud reproductiva exclusivo para mujeres entre este rango de edad.

<sup>3</sup> ¿Cuáles formas conoce usted para que un hombre o una mujer puedan prevenir infectarse de VIH/SIDA? (1) No tener relaciones sexuales/ abstinencia (2) Tener un solo compañero / fidelidad (3) Usar condones en todas las relaciones sexuales  
¿Piensa usted que una persona puede infectarse de VIH/SIDA al:  
(4) Darle la mano a alguien que tiene SIDA (5) Besar en la frente a alguien que tiene SIDA (6) Ser picado por un mosquito o zancudo (7) Usar utensilios usados por alguien que tiene SIDA (8) Trabajar con una persona que tiene SIDA.

En algunos de los cuadros se utiliza la variable de Conocimientos sobre VIH/SIDA dividida en tres categorías. Estas se definieron como (1) conocimiento bajo: cuando se tiene solo el 33% ó menos de respuestas correctas, (2) intermedio: si es mas de 33 y menos de 66% y (3) alto cuando las respuestas correctas son mas del 66%.

### **Actitudes:**

Se utilizaron cuatro preguntas sobre actitudes ante situaciones de contacto con personas infectadas de VIH/SIDA<sup>4</sup>. Con estas preguntas se obtuvo un alpha de Cronbach de 0.7053 en mujeres y 0.7542 en hombres.

Con base a éstas, se construyó una variable continua con la sumatoria de respuestas correctas. Se obtuvo una variable con rango de 0 a 4.

En algunos de los cuadros se utiliza la variable de Actitudes hacia personas infectadas en tres categorías. Estas se definieron como (1) ninguna: cuando no presentó ninguna actitud positiva ante las situaciones planteadas en las preguntas, (2) algunas, cuando presentó una o dos actitudes positivas y (3) todas, cuando las respuestas positivas fueron tres o cuatro.

### **Prácticas preventivas:**

La variable de prácticas preventivas se generó tanto en hombres como en mujeres, tomando

únicamente a los/las jóvenes que habían tenido experiencia sexual al momento de la encuesta.

Esto, por que siendo la abstinencia una de las formas de prevención el 100% de las que no han tenido experiencia sexual tendrían entonces ya una practica preventiva al abstenerse de actividad sexual.

Se consideró con prácticas preventivas en el caso de las mujeres cuando:

- \* Utilizó condón en la última relación sexual con intención de evitar el VIH /SIDA
- \* Cuando considera no tener riesgo y no ha tenido actividad sexual en el último año.
- \* No sabe si tiene riesgo de contagio pero no ha tenido actividad sexual en el último año.
- \* Considera no tener riesgo, y es una joven casada o unida con una misma pareja por al menos un año.

Se consideró con prácticas preventivas en el caso de los hombres cuando:

- \* Utilizó condón en la última relación sexual con intención de evitar el VIH /SIDA.
- \* Considera que no tiene o no sabe si tiene riesgo de contagio pero no ha tenido actividad sexual en el último año.
- \* Considera no tener riesgo y en el último año ha tenido relaciones sexuales con una solo persona.

<sup>4</sup> (1) Si un pariente suyo se enfermara de SIDA, ¿Estaría usted dispuesto a recibirlo y cuidarlo en su casa? (2) Si usted supiera que un vendedor de verduras o alimentos tiene SIDA, ¿Le compraría usted a él? (3) Si una profesora se encuentra infectada por el VIH, pero no se ve enferma, ¿Se le podría permitir que siga dando clases? (4) Si un niño está infectado con el virus del SIDA, ¿Piensa que debe dejar que vaya a la misma escuela o colegio donde van los niños y niñas de su familia?

En ambos casos se formó una variable dicotómica que responde a si tiene o no practicas preventiva según los criterios anteriores.

## 2. Variables independientes

**Edad.** Esta variable se utiliza tal como aparece en la base de datos. En algunos cuadros aparece en dos grupos: (1) de 15 a 19 años y (2) de 20 a 24 años.

**Escolaridad.** Se utiliza como aparece en la base de datos con base a los años de estudio. En algunos cuadros los años de estudio aparecen agrupados de la siguiente manera: (1) 0-3 años, (2) 4 a 6 años (3) de 7 a 9 años (4) 10 años de estudio y más.

**Área.** Se utilizó con dos categorías (1) área urbana y (2) área rural.

**Experiencia sexual.** Se tomó como con experiencia sexual a los hombres o mujeres que han tenido en alguna ocasión relaciones sexuales coitales.

**Contacto con servicios de salud.** En las mujeres se utilizó la variable de si se ha practicado alguna vez la citología como variable próxima al contacto con establecimientos de salud. En el caso de los hombres se utilizó la pregunta sobre si han sido usuarios de servicio de salud de públicos en el último año.

**Hijos.** Se utilizó como variable dicotómica, si ha tenido o no hijos.

**Ocupación.** Se dividió en tres categorías (1) estudian, en esta categoría se unieron los que solo estudian y los que además de estudiar trabajan. (2) solo trabajan y (3) no estudian ni trabajan.

**Nivel socioeconómico.** Se trabajo con el índice utilizado en el Informe de la encuesta, el cual incluye el acceso a nueve bienes y servicios<sup>5</sup> por lo que va de 0 a 9. Cuando se utiliza en categorías están definidas de la siguiente manera: (1) bajo 0-3 (2) medio 4-6 (3) alto 7-9.

---

<sup>5</sup> Electricidad, TV, cocina de gas o eléctrica, chorro dentro de la casa, refrigeradora, teléfono, inodoro, vehículo propio y cuatro ó más habitaciones.

**Educación sexual.** Esta variable se construyó según la declaración de temas de sexualidad sobre los cuales han recibido información en la escuela o colegio<sup>6</sup>. Con estas preguntas se calculó un alpha de Cronbach de 0.9338 en mujeres y 0.9080 en hombres. La variable va de 0 a 7.

**Conocimientos sobre anticonceptivos.** Se refiere al número de métodos anticonceptivos que los y las jóvenes refieren conocer de manera espontánea. Tiene un rango de 0 a 13.

**Conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).** Se refiere a conocimiento espontáneo de diferentes ITS. Tiene un rango de 0-10.

**Maltrato.** Esta variable se construyó según la declaración de las jóvenes sobre situaciones de

maltrato ocasionada por la pareja o conyuge<sup>7</sup>. Tiene un rango de 0 a 12. Se utilizó únicamente en el análisis con mujeres tomando tres categorías: (1) ninguno, cuando respondió negativamente a todas las preguntas, (2) leve, de una a tres situaciones y (3) moderado, más de tres.

## Métodos

El análisis realizado consiste en primer lugar en el cruce de las variables de conocimientos actitudes y prácticas con otras variables de interés.

Luego se corrieron modelos de regresión simples utilizando como variables dependientes conocimientos sobre VIH/SIDA y Actitudes hacia personas viviendo con VIH para hombres y mujeres.

<sup>6</sup> (1) El desarrollo del cuerpo en la pubertad? (2) El aparato reproductor femenino/ masculino? (3) La menstruación o regla? (4) Las relaciones sexuales? (5) El embarazo y el parto? (6) Los métodos anticonceptivos? (7) Las Infecciones de transmisión sexual o el VIH/SIDA?

<sup>7</sup> Ha pasado por alguna de estas situaciones con sus novios, esposos o compañeros de vida: (1) La amenazó con quitarle la ayuda económica o echarla fuera de la casa? (2) Le amenazó con quitarle a los hijos? (3) Destruyó muebles o cosas de la casa? (4) Le destruyó sus cosas personales? (5) Le obligó a tener relaciones sexuales que usted no quería? (6) Le amenazó con separarse, dejarla o abandonarla? (7) Le amenazó de muerte? (8) Le gritó, insultó o humilló frente a otras personas? (9) Le prohibió tener amistades o relacionarse con su familia o vestirse como a usted le gusta? (10) Le pegó con las manos o pies? (11) Le hizo alguna herida o fractura? (12) Le quemó alguna parte del cuerpo? (13) otra.

## III. RESULTADOS

### Características sociodemográficas

#### • Mujeres

La encuesta FESAL 2002/03 contó con una muestra de 3753 mujeres entre los 15 y 24 años. La edad promedio de esta muestra fue de 19.3 años. El 56% reside en el área urbana y según el indicador socioeconómico el 33% pertenece al nivel socioeconómico bajo, el 37% en nivel intermedio y el resto (30%) en el nivel alto.

La escolaridad promedia 8.3 años de estudio. El 34.5% de las jóvenes aun estudia.

En el grupo de 15 a 19 años el 32.5% ha tenido experiencia sexual, el 19% esta en unión y el 18.5% ha tenido al menos un hijo.<sup>a</sup>

En el grupo de 20 a 24 años el porcentaje de jóvenes con experiencia sexual es de 74%, el 51.5% vive en unión conyugal y han tenido al menos un hijo el 59%.<sup>b</sup>

El 35% ha utilizado alguna vez un método anticonceptivo artificial y el 11% ha utilizado en alguna ocasión métodos naturales.

Como una variable próxima al contacto con los servicios de salud, se tomo la pregunta sobre si alguna vez la joven se ha realizado una citología, a esto respondieron afirmativamente el 33% de las entrevistadas.

#### • Hombres

La encuesta FESAL 2002/03 contó con una muestra de 414 hombres entre los 15 y 24 años. La edad promedio de esta muestra fue de 19.2 años. El 53% reside en el área urbana y según el indicador

<sup>a</sup> Porcentaje calculado utilizando como denominador N= 1839 (Casos no ponderados)

<sup>b</sup> Porcentaje calculado utilizando como denominador N= 1914 (Casos no ponderados)

socioeconómico el 30% pertenece al nivel socioeconómico bajo, el 40% en nivel intermedio y el resto (30%) en el nivel alto.

La escolaridad promedia 8.4 años de estudio. El 33% de los jóvenes aun esta estudiando y el 43% únicamente trabaja. Solo uno de cada 10 jóvenes entre 15 y 24 años es derechohabiente del seguro social.

Entre los muchachos de 15 a 19 años el 50% ha tenido experiencia sexual, el 2% esta en unión y el 1% declaró haber tenido al menos un hijo.<sup>10</sup>

En el grupo de 20 a 24 años ha tenido experiencia sexual el 86.5%; el 36% vive en unión conyugal y han tenido al menos un hijo el 33%.<sup>11</sup>

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, tres de cada 10 dice que él o su pareja ha utilizado algún método moderno y el 26% ha utilizado métodos naturales.

El 40% de los muchachos entrevistados ha sido usuario de establecimientos de servicios de salud públicos durante el último año.

### **Conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva**

Por su relación con el tema de VIH/SIDA se analizaron los conocimientos en temas como anticonceptivos, otras ITS y la educación sexual.

### **\* Mujeres**

En cuanto al conocimiento de métodos anticonceptivos únicamente el 2% desconoce todos los métodos. De los 13 métodos sobre los cuales se cuestionó las jóvenes entrevistadas conocen en promedio 6.

El 33% mencionó espontáneamente al menos una de las Infecciones de Transmisión Sexual y en lo que se refiere a temas de sexualidad sobre los que han recibido información en la escuela o colegio, cerca del 33% ha recibido información sobre todos los temas<sup>12</sup> y un 26% no recibió información sobre ninguno de ellos.

### **\* Hombres**

En cuanto al conocimiento de métodos anticonceptivos el 8% los desconoce todos. De los 12 métodos sobre los cuales se cuestionó los jóvenes entrevistados conocen en promedio 6.

El 58% no conocen ninguna de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). En lo que se refiere a temas de sexualidad sobre los que han recibido información en la escuela o colegio, cerca del 39% ha recibido información sobre todos los temas y un 17% no recibió información sobre ninguno de ellos.

<sup>10</sup> Porcentaje calculado utilizando como denominador N= 204 (Casos no ponderados)

<sup>11</sup> Porcentaje calculado utilizando como denominador N= 210 (Casos no ponderados)

<sup>12</sup> "Ha recibido información en la escuela o colegio sobre:".

## Conocimientos sobre VIH/SIDA

### \* Mujeres

De las ocho preguntas sobre formas de prevención y transmisión del VIH, el promedio de respuestas correctas es de aproximadamente cuatro. El 15% de las jóvenes respondieron correctamente al menos al 75% de las preguntas.

En el **Cuadro 1** se presentan la combinación de categorías de conocimientos sobre VIH/SIDA con una serie de variables independientes.

Según se observa en este cuadro el conocimiento sobre VIH aumenta con la edad aunque no de manera significativa. Aumenta a medida aumenta la escolaridad, es mejor entre las jóvenes que estudian que entre las que no lo hacen. Es ligeramente mas alto entre quienes no han tenido experiencia sexual ni han tenido hijos.

Si se toma a todas las jóvenes no hay diferencia importante entre el nivel de conocimientos de quienes se han hecho citología, aunque al tomar únicamente a las que han tenido experiencia sexual si hay mayor conocimientos entre las que se han practicado dicho examen.

El nivel de conocimientos sobre VIH aumenta también entre las derechohabientes del seguro social, en el área urbana y en el nivel socioeconómico alto.

Los conocimientos sobre VIH/SIDA guardan correlación importante con conocimientos sobre anticonceptivos, ITS y educación sexual. A mayor conocimiento en uno de estos temas mayor conocimiento sobre VIH/SIDA (Cuadro 2).

### \* Hombres

En conocimientos sobre VIH/SIDA en hombres se trabajo también con 8 ítemes entre los cuales el promedio de respuestas correctas fue de 3.5. Ninguno de los jóvenes respondió correctamente al total de preguntas.

En el **Cuadro 3** presentan la combinación de categorías de conocimientos sobre VIH/SIDA con una serie de variables independientes.

Según se observa el conocimiento sobre VIH en los hombres aumenta con la edad y con la escolaridad, es mejor entre los jóvenes que estudian que entre las que no lo hacen. No hay diferencia importante según experiencia sexual y es ligeramente mas alto entre quienes no han tenido hijos. El nivel de conocimiento aumenta también entre usuarios de servicios de salud pública y del seguro social así como en el área urbana y el nivel socioeconómico alto.

Proporción de adolescentes y jóvenes por nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA según variables de interés. Mujeres de 15 a 24 años, El Salvador FESAL 2002/03.

Variables	Conocimiento sobre VIH			N°
	Bajo	Intermedio	Alto	
	21,5	61,1	17,4	3753
<b>Edad</b>				
15-19	23,2	60,0	16,8	1839
20-24	19,5	62,4	18,1	1914
<b>Escolaridad</b>				
0-3	54,1	42,7	3,2	668
4 a 6	38,2	56,0	5,7	857
7 a 9	14,4	70,4	15,2	1051
10 y más	4,59	63,31	32,1	1177
<b>Ocupación</b>				
No estudia ni trabaja	28,4	59,3	12,3	2105
Trabaja	22,0	58,9	19,0	577
Estudia	11,6	64,7	23,8	1071
<b>Ha tenido experiencia sexual</b>				
Si	23,7	60,7	15,6	2155
No	19,2	61,5	19,3	1598
<b>Ha tenido hijos</b>				
Si	24,7	60,4	15,0	1653
No	19,7	61,5	18,8	2100
<b>Se ha hecho la citología</b>				
Si	20,51	61,64	17,86	1469
No	22,01	60,84	17,15	2284
<b>Seguro social</b>				
Si	7,7	71,1	21,1	356
No	23,3	59,8	16,9	3397
<b>Nivel socioeconómico</b>				
Bajo	39,3	54,2	6,5	1474
Medio	15,0	67,1	18,0	1327
Alto	10,5	61,1	28,4	952
<b>Área</b>				
Urbana	13,2	63,0	23,8	1920
Rural	32,2	58,7	9,1	1833

\*Casos no ponderados

Los conocimientos sobre VIH/SIDA guardan correlación importante con conocimientos sobre anticonceptivos, ITS y educación sexual. A mayor conocimiento en uno de estos temas mayor conocimiento sobre VIH/SIDA. Cuadro 4

Cuadro 2.

**Correlación entre conocimientos sobre VIH/SIDA, métodos anticonceptivos, Infecciones de transmisión sexual y temas de educación sexual. Mujeres de 15 a 24 años, El Salvador FESAL 2002/03.**

	VIH/SIDA	Anticonceptivos	Educ. Sexual	ITS
Conocimientos sobre VIH/SIDA	1			
Conocimientos sobre anticonceptivos	0,423 0,000	1		
Educación sexual	0,400 0,000	0,348 0,000	1	
Conocimientos sobre ITS	0,353 0,000	0,381 0,000	0,266 0,000	1

Cuadro 3.

**Proporción de adolescentes y jóvenes por nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA según variables de interés. Hombres de 15 a 24 años, El Salvador FESAL 2002/03.**

Variables	Conocimiento sobre VIH			
	Bajo	Intermedio	Alto	N°
	26,6	61,2	12,3	414
<b>Edad</b>				
15-19	31,9	60,0	8,1	204
20-24	19,8	62,7	17,6	210
<b>Escolaridad</b>				
0-3	68,4	30,5	1,2	48
4 a 6	44,0	54,1	2,0	70
7 a 9	20,0	67,5	12,5	129
10 ó más	17,7	72,1	23,2	167
<b>Ocupación</b>				
No estudia no trabaja	33,5	63,0	3,5	54
Trabaja	32,6	58,8	8,7	176
Estudia	17,7	63,0	19,3	184

Variables	Conocimiento sobre VIH			
	Bajo	Intermedio	Alto	N*
<b>Ha tenido experiencia sexual</b>				
Si	22,9	64,5	12,6	307
No	33,5	54,7	11,8	107
<b>Ha tenido hijos</b>				
Si	26,4	70,6	3,0	78
No	26,5	59,5	14,0	336
<b>Usuario servicios de salud pública</b>				
Si	26,3	59,2	14,5	181
No	26,6	62,6	10,8	233
<b>Seguro social</b>				
Si	13,7	62,3	24,1	54
No	27,9	61,1	11,0	360
<b>Nivel Socioeconómico</b>				
Bajo	49,8	66,7	3,5	107
Medio	20,8	66,2	13,0	150
Alto	10,4	69,2	20,4	157
<b>Área</b>				
Urbana	11,0	72,2	16,8	289

Cuadro 4.

**Correlación entre conocimientos sobre VIH/SIDA, métodos anticonceptivos, Infecciones de transmisión sexual y temas de educación sexual. Hombres de 15 a 24 años, El Salvador FESAL 2002/03.**

	VIH/SIDA	Anticonceptivos	Educ. Sexual	ITS
Conocimientos sobre VIH/SIDA				
Conocimientos sobre anticonceptivos	0,474			
	0,000			
Educación sexual	0,493	0,509		
	0,000	0,000		
Conocimientos sobre ITS	0,382	0,600	0,282	
	0,000	0,000	0,000	

#### Actitudes hacia personas infectadas con VIH

##### \* Mujeres

En lo que se refiere a actitudes positivas hacia personas viviendo con VIH, el 20% de las jóvenes respondieron favorablemente a todas las preguntas y el 17.5% no manifestó ninguna conducta positiva hacia estas personas.

Entre las situaciones de contacto con personas infectadas que se plantearon, la que resulta con menor aceptación es la de comprar alimentos a una persona infectada, solo el 35% mostró actitud positiva ante esta situación. El recibir a un familiar infectado fue la que tuvo mayor aceptación con el 71%.

En el Gráfico 1 se presentan las actitudes positivas hacia personas viviendo con VIH y el nivel de conocimientos sobre la enfermedad. El gráfico evidencia que ante todas las situaciones planteadas a mayor conocimiento hay mayor porcentaje de jóvenes con actitud positiva.

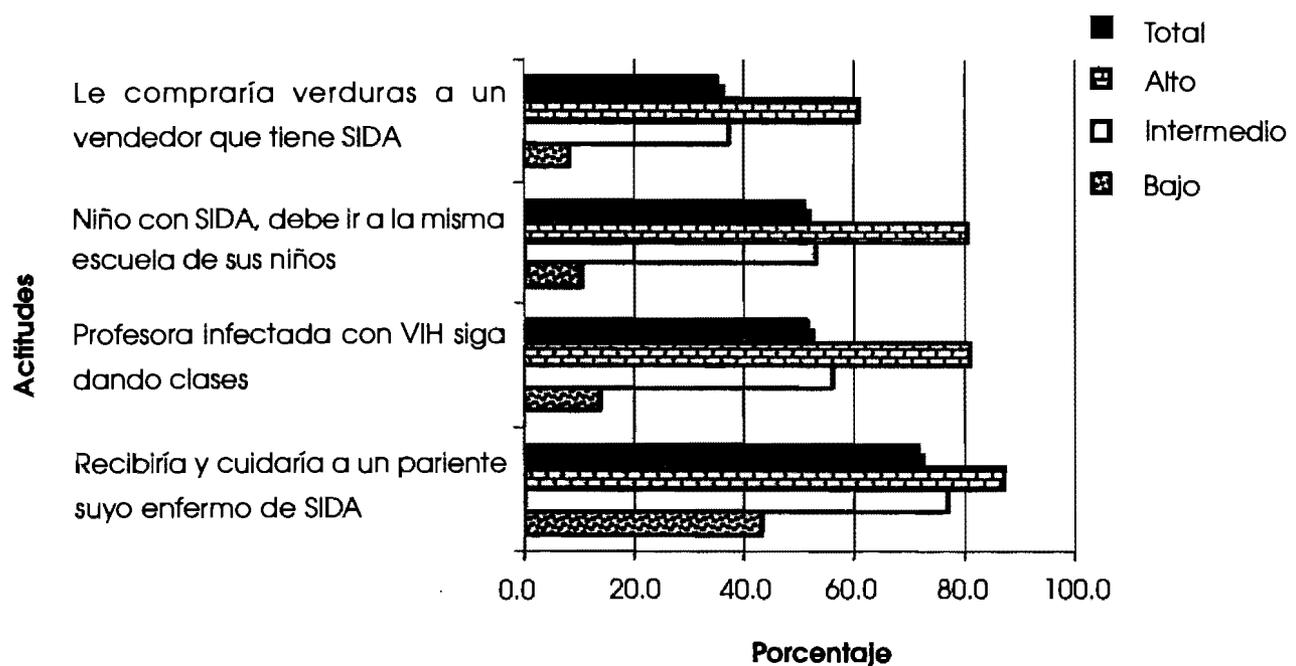
En el Cuadro 5 se presentan la combinación de categorías de Actitudes positivas hacia personas viviendo con VIH/SIDA con una serie de variables independientes.

Según se observa en el cuadro 5 hay una relación importante entre el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA y las actitudes hacia personas infectadas, a mayor conocimientos mejores actitudes.

En mujeres las actitudes positivas aumentan con la escolaridad y el nivel socioeconómico y son mayores en el área urbana.

Gráfico 1.

**Proporción de adolescentes y jóvenes con actitudes positivas hacia personas infectadas según nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA. Mujeres 15-24 años. El Salvador. FESAL 2002/03**



**Proporción de adolescentes y jóvenes por niveles de actitudes positivas hacia personas infectadas según variables de interés.  
Mujeres de 15 a 24 años, El Salvador FESAL 2002/03.**

	Actitudes hacia personas VIH positivas			
	Ninguna	Algunas	Todas	N*
	17,5	41,6	41,0	3753
<b>Conocimientos sobre VIH/SIDA</b>				
Bajo	51,4	43,0	5,7	966
Intermedia	9,7	46,0	44,3	2206
Alta	3,0	24,8	72,3	581
<b>Edad</b>				
15-19	17,5	41,2	41,3	1839
20-24	17,6	42,1	40,4	1914
<b>Escolaridad</b>				
0-3	35,2	46,6	18,2	668
4 a 6	30,4	45,4	24,3	857
7 a 9	14,4	43,6	42,1	1061
10 o más	5,5	35,6	59,0	1177
<b>Se ha hecho la citología</b>				
Si	18,7	44,9	36,5	1469
No	16,9	40,0	43,1	2284
<b>Nivel socioeconómico</b>				
Bajo	30,3	44,6	25,1	1474
Medio	14,7	43,0	42,3	1327
Alto	7,1	36,7	56,2	952
<b>Área</b>				
Urbana	11,0	40,4	48,7	1920
Rural	25,9	43,3	30,8	1833

\* Casos no ponderados

#### \* Hombres

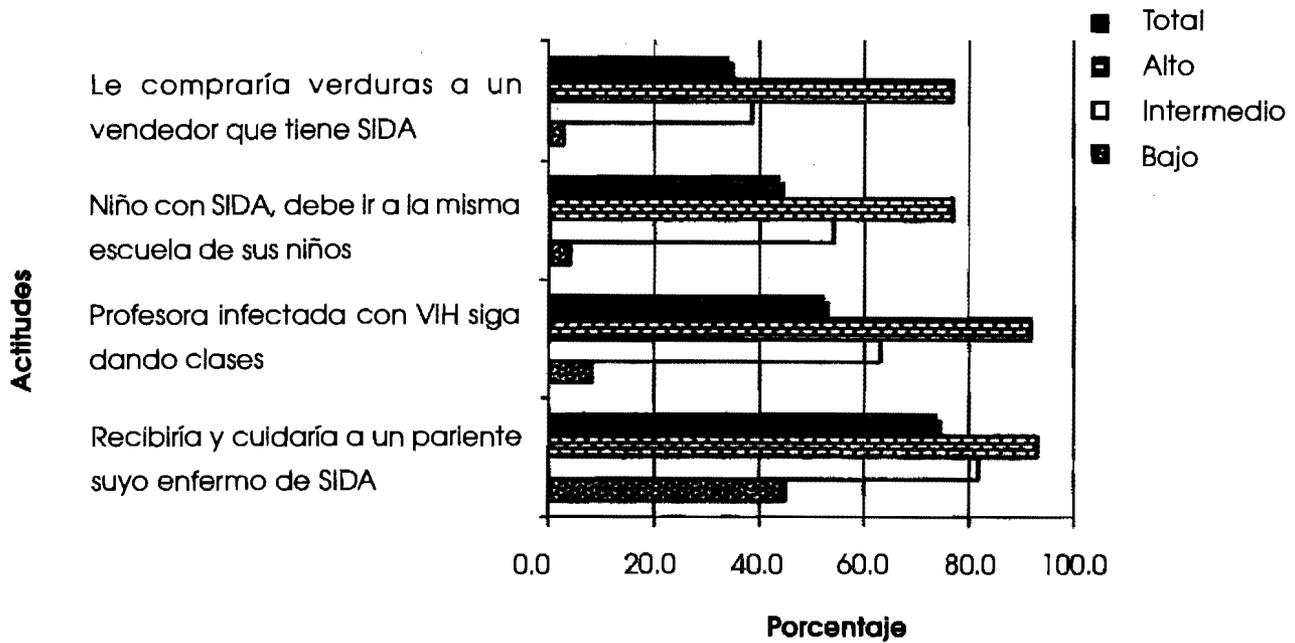
En los hombres en lo que se refiere a actitudes positivas hacia personas viviendo con VIH, el 24% respondieron favorablemente a todas las preguntas y cerca del 20% no manifestó ninguna conducta positiva.

Entre las situaciones de contacto con personas infectadas que se plantearon, el comportamiento es igual que entre las mujeres, la que resulta con menor aceptación es la de comprar alimentos a una persona infectada, solo el 34% mostró actitud positiva ante esta situación. El recibir a un familiar infectado fue la que tuvo mayor aceptación con el 74%.

En el Gráfico 2 se presentan las actitudes positivas hacia personas viviendo con VIH y el nivel de conocimientos sobre la enfermedad. El gráfico evidencia que ante todas las situaciones planteadas a mayor conocimiento hay mayor porcentaje de jóvenes con actitud positiva.

Gráfico 2.

**Proporción de adolescentes y jóvenes con actitudes positivas hacia personas infectadas según nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA.  
Hombres 15-24 años. El Salvador. FESAL 2002/03**



En el Cuadro 6 se presentan la combinación de categorías de actitudes positivas hacia personas viviendo con VIH/SIDA con una serie de variables independientes.

Según se observa en el cuadro 6 hay una relación importante entre el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA y las actitudes hacia personas infectadas, a mayor conocimientos mejores actitudes.

Las actitudes positivas aumentan con la escolaridad y el nivel socioeconómico y son mayores en el área urbana.

**Proporción adolescentes y jóvenes por nivel de actitudes positivas  
hacia personas infectadas según variables de interés.  
Hombres de 15 a 24 años, El Salvador FESAL 2002/03.**

	Actitudes hacia personas VIH positivas			
	Ninguna	Algunas	Todas	N°
	19,6	37,4	43,0	414
<b>Conocimientos sobre VIH/SIDA</b>				
Bajo	51,4	46,0	2,7	83
Intermedio	9,7	38,0	52,4	255
Alto	0,6	15,7	83,7	56
<b>Edad</b>				
15-19	21,4	37,2	41,5	204
20-24	17,3	37,6	45,1	210
<b>Escolaridad</b>				
0-3	47,2	35,8	17,1	48
4 a 6	33,4	42,8	23,8	70
7 a 9	14,1	42,9	43,1	129
10 ó más	5,2	28,9	65,9	167
<b>Usuario servicios de salud pública</b>				
Si	16,5	36,3	47,2	181
No	21,6	38,1	40,3	233
<b>Nivel socioeconómico</b>				
Bajo	34,2	41,4	24,4	107
Medio	19,8	34,4	45,8	150
Alto	4,5	37,1	58,3	157
<b>Área</b>				
Urbana	9,4	34,1	56,5	289
Rural	31,1	41,1	27,9	125

\*Casos no ponderados

### Prácticas Preventivas

#### Mujeres

De las adolescentes y jóvenes sexualmente activas<sup>13</sup> utilizaron condón en su última relación sexual únicamente el 8%. De este mismo grupo el 24% dijo que considera tener riesgo de contagiarse del VIH/SIDA.

En el Cuadro 7. puede observarse que entre las adolescentes y jóvenes que tiene mayor conocimiento hay un porcentaje levemente mas alto de muchachas que usaron el condón en su ultima relación sexual y de jóvenes que perciben riesgo de contagio.

Sin embargo no hay coincidencia entre percibir el riesgo y el uso del condón en la última relación.

<sup>13</sup> Las que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses. N= 1607

**Proporción de adolescentes y jóvenes por nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA según percepción del riesgo de contagio y uso de condón.  
Mujeres 15-24 años. FESAL 2002/03.**

	Conocimiento sobre VIH/SIDA		
	Bajo	Intermedio	Alto
<b>N*</b>	<b>449</b>	<b>941</b>	<b>217</b>
<b>Uso condón en última relación sexual</b>			
Sí	2,3	9,3	12,4
No	97,7	90,7	87,6
<b>Percepción del riesgo</b>			
Sí	16,4	25,1	30,4
No	62,1	74,9	69,6

\*Casos no ponderados

Con la variable denominada practicas preventivas la cual se define en la metodología, se obtuvo que el 41% de las jóvenes que han tenido experiencia sexual<sup>14</sup>, tienen practicas preventivas contra el VIH/SIDA.

En el Cuadro 8 se presentan la combinación de prácticas preventivas con variables de interés.

No se observa una tendencia clara en cuanto a la relación entre conocimientos y prácticas. Las medidas de prevención aparecen en mayor porcentaje entre las jóvenes de 15 a 19 años, aumentan con la escolaridad hasta la categoría de 7 a 9 años de estudio y son levemente más frecuentes entre quienes han tenido hijos y han tenido contacto con establecimientos de salud.

Los datos indican que quienes sufren algún tipo de maltrato por parte de sus parejas tienden también a presentar en menor porcentaje prácticas de prevención que quienes manifestaron no tener este problema. Entre quienes han sufrido maltrato en mayor grado el 24% tienen practicas preventivas, entre quienes no lo han sufrido el porcentaje es esta práctica es del 44%.

#### \* Hombres

De los muchachos sexualmente activos<sup>15</sup> utilizaron condón con su última pareja el 44.5%. De este mismo grupo el 32% dijo que considera tener riesgo de contagiarse del VIH/SIDA.

El 68% de los jóvenes que han tenido experiencia sexual<sup>16</sup>, tienen practicas preventivas contra el VIH/SIDA.

<sup>14</sup> La variable de prácticas preventivas se calculo con las jóvenes que han tenido experiencia sexual, independientemente del periodo transcurrido desde la última relación sexual. N= 2155

<sup>15</sup> Las que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses. N= 1607

<sup>16</sup> Porcentaje calculado utilizando como denominador a los jóvenes que han tenido experiencia sexual. N= 307

Proporción de adolescentes y jóvenes que tienen prácticas preventivas según variables de interés. Mujeres de 15 a 24 años, El Salvador FESAL 2002/03.

Variables	Prácticas preventivas		
	NO	SI	N°
	58,7	41,3	2155
<b>Conocimientos sobre VIH/SIDA</b>			
Bajo	65,8	34,2	624
Intermedio	54,7	45,4	1235
Alto	63,6	36,4	796
<b>Edad</b>			
15-19	53,6	46,4	676
20-24	61,4	38,6	1479
<b>Escolaridad</b>			
0-3	67,7	32,4	528
4 a 6	58,4	41,6	568
7 a 9	48,8	51,2	540
10 y más	63,1	36,9	400
<b>Ha tenido hijos</b>			
SI	58,4	41,6	1653
No	59,4	40,6	602
<b>Se ha hecho la citología</b>			
SI	57,8	42,2	1465
No	60,3	39,7	690
<b>Maltrato</b>			
Ninguno	56,1	44,0	1529
Leve	61,3	38,7	463
Moderado	76,3	23,7	163
<b>Nivel Socioeconómico</b>			
Bajo	60,3	39,7	967
Medio	63,0	47,0	762
Alto	64,7	35,4	426
<b>Área</b>			
Urbana	58,4	41,6	1064
Rural	59,1	40,9	1091

\* Casos no ponderados

En el Cuadro 10 se presentan la combinación de prácticas preventivas con variables de interés.

Las medidas preventivas aparecen en mayor porcentaje entre las jóvenes de 15 a 19 años, aumentan con la escolaridad y son más frecuentes entre quienes no han tenido hijos.

La proporción de muchachos con prácticas preventivas aumenta con el nivel socioeconómico.

Cuadro 9.

Proporción de jóvenes por nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA según percepción del riesgo y uso de condón. Hombres 15-24 años. El Salvador FESAL 2002/03.

	Conocimiento sobre VIH/SIDA		
	Bajo	Intermedio	Alto
<b>N°</b>	<b>58</b>	<b>205</b>	<b>44</b>
<b>Uso condón en última relación sexual</b>			
Si	35,6	39,6	39,8
No	64,4	60,4	60,2
<b>Percepción del riesgo</b>			
Si	11,2	39,4	56,5
No	88,8	60,6	43,5

\* Casos no ponderados

Cuadro 10.

Proporción de adolescentes y jóvenes que tienen prácticas preventivas según variables de interés. Hombres de 15 a 24 años, El Salvador FESAL 2002/03.

Variables	Prácticas preventivas		
	NO	SI	N°
	<b>31,3</b>	<b>68,3</b>	<b>307</b>
<b>Conocimientos sobre VIH/SIDA</b>			
Bajo	29,9	70,1	58
Intermedio	31,2	68,9	205
Alto	38,1	62,0	44
<b>Edad</b>			
15-19	24,7	75,4	118
20-24	36,9	63,1	189
<b>Escolaridad</b>			
0-3	43,7	56,3	36
4 a 6	28,0	72,0	54
7 a 9	36,3	63,7	80
10 y más	27,0	73,0	137
<b>Ha tenido hijos</b>			
Si	54,8	45,2	78
No	24,9	75,1	229
<b>Usuario servicios de salud pública</b>			
Si	31,2	68,8	127
No	32,1	68,0	180
<b>Nivel Socioeconómico</b>			
Bajo	33,5	66,5	79
Medio	36,9	63,2	116
Alto	23,5	76,5	112
<b>Área</b>			
Urbana	31,1	68,9	224
Rural	32,7	67,3	83

\*Casos no ponderados

## Resultados de los modelos regresión

### 1. Conocimientos sobre VIH/SIDA

#### \* Mujeres

En el Anexo 1 se presenta el cálculo de la regresión simple, tomando en como variables dependiente Conocimientos sobre VIH<sup>17</sup>.

Las variables independientes que resultaron significativas ( $P < 0.05$ ) en explicar el conocimiento sobre VIH fueron:

- Escolaridad, a mayor escolaridad mayor conocimiento.
- Temas de educación sexual sobre los que han recibido información, a más temas mayor conocimiento sobre VIH
- Experiencia sexual. Quienes no han tenido experiencia sexual tienen más conocimientos.
- Contacto con establecimientos de salud. Los jóvenes que han tenido contactos con los establecimientos de salud al practicarse una citología tienen más conocimientos que quienes no lo han hecho.

- Nivel socioeconómico. A mayor nivel más conocimiento.

#### \* Hombres

En el Anexo 2 se presenta el cálculo de la regresión simple, tomando en como variables dependiente Conocimientos sobre VIH<sup>18</sup> en hombres.

Las variables independientes que resultaron significativas ( $P < 0.05$ ) en explicar el conocimiento sobre VIH en el sexo masculino fueron:

- Edad. El conocimiento aumenta con la edad.
- A mayor escolaridad mayor conocimiento.
- En el área urbana el nivel de conocimientos es mayor.
- A más temas de educación sexual sobre los que han recibido información, mayor conocimiento sobre VIH
- Nivel socioeconómico. A mayor nivel más conocimiento.

<sup>17</sup> Para el cálculo de la regresión se utilizó Conocimientos como variable continua, que va de 0 a 100 expresada como porcentaje de respuestas correctas.

<sup>18</sup> Para el cálculo de la regresión se utilizó Conocimientos como variable continua, que va de 0 a 100 expresada como porcentaje de respuestas correctas.

## 2. Actitudes hacia personas VIH positivas

### \* Mujeres

En el Anexo 3 se presenta el cálculo de la regresión simple, tomando como variables dependiente Actitudes hacia personas viviendo con VIH<sup>19</sup> para mujeres.

Las variables independientes que resultaron significativas ( $P < 0.05$ ) en explicar las actitudes fueron:

- a. Conocimientos sobre VIH/SIDA, a mayor conocimientos más actitudes de aceptación.
- b. Escolaridad, a mayor escolaridad mejores actitudes
- c. Temas de educación sexual sobre los que han recibido información, a más temas más actitudes positivas
- d. Nivel Socioeconómico. A mayor nivel más actitudes positivas hacia personas infectadas.

### \* Hombres

En el Anexo 4. se presenta el calculo de la regresión simple, tomando en como variables dependiente Actitudes hacia personas viviendo con VIH<sup>20</sup>.

Las variables independientes que resultaron significativas ( $P < 0.05$ ) en explicar las actitudes en el caso de los hombres fueron:

- a. Conocimientos sobre VIH/SIDA, a mayor conocimientos más actitudes de aceptación.
- b. Contacto con establecimientos de salud. Las actitudes positivas hacia personas infectadas son mas entre usuarios de los servicios públicos de salud.

---

<sup>19</sup> Para el cálculo de la regresión se utilizó Actitudes como variable continua, que va de 0 a 4 según el número de actitudes de aceptación.

<sup>20</sup> Para el cálculo de la regresión se utilizó Actitudes como variable continua, que va de 0 a 4 según el número de actitudes de aceptación.

## IV. DISCUSIÓN

**E**l conocimiento sobre VIH/SIDA según el análisis realizado está determinado principalmente por aspectos que tienen que ver con acceso a educación formal y a servicios de salud.

El grado de escolaridad está directamente relacionado con el grado de conocimientos sobre VIH así como la educación sexual recibida dentro del sistema educativo. Cabe esperar entonces que los adolescentes y jóvenes que tienen una condición económica que les permite el acceso a la educación formal tengan mayores conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en general y específicamente sobre VIH/SIDA.

El que entre las mujeres que no han tenido experiencia sexual el conocimiento sobre VIH sea mayor, podría estar asociado a los mismos factores que determinan el inicio de actividad sexual. Los datos muestran que hay una relación significativa entre educación sexual y el conocimiento sobre VIH/SIDA, otros estudios han mostrado que mayor educación sexual así como la mayor escolaridad se asocia con retraso en el inicio de actividad sexual al menos en las mujeres.

El contacto con los servicios de salud puede ser muy significativo en el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA y ser la principal fuente de información para aquellas adolescentes y jóvenes que están fuera del sistema educativo. De hecho tomando el practicarse una citología como una forma de contacto con el sistema de salud, se obtiene que entre las sexualmente activas que se han practicado la citología el conocimiento es mayor que entre las sexualmente activas que no se la han hecho.

Los jóvenes viviendo en el área rural, de nivel socioeconómico bajo, con baja escolaridad y que tienen poco o ningún contacto con los establecimientos de salud constituyen la población con mayor necesidades de educación en VIH/SIDA.

En el caso de los hombres resultó ser significativa igualmente la escolaridad, la educación sexual y el nivel socioeconómico. En este caso la variable de contacto con los establecimientos de salud parece que sí guarda cierta relación pero no resultó ser muy significativa. Hay que tomar en cuenta que la visita de un muchacho a un establecimiento de salud podría no estar relacionada con servicios de salud sexual y reproductiva y por eso es probable que estas visitas no constituyan claramente una forma de recibir educación sobre el tema.

Hay una diferencia importante entre los conocimientos de hombre viviendo en el área urbana y rural. En el área rural las condiciones socioeconómicas pueden ser más difíciles, el acceso a educación más limitado y es menor el porcentaje de hombres que visitan los establecimientos de salud.

Las características de la población masculina con mayores necesidades de atención en temas de VIH/SIDA son muy similares a las de las mujeres, fuera del sistema educativo, nivel socioeconómico bajo y principalmente residentes en el área rural.

En el caso de este trabajo se definió conocimientos sobre VIH/SIDA básicamente al conocer formas de transmisión y de prevención. Hay que tener en cuenta que hay una serie de aspectos adicionales que debería evaluarse para que el conocimiento sobre VIH/SIDA implique un concepto más amplio, o sea conocer además aspectos propios de la enfermedad como sus manifestaciones y consecuencias a largo plazo que, de conocerse más profundamente, podrían motivar el tomar medidas preventivas al menos en las personas que son conscientes de que esta en riesgo de ser contagiadas.

En lo que respecta a actitudes hacia personas viviendo con VIH, hay una clara relación tanto en hombres como mujeres entre el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA y responder positivamente al contacto con las personas infectadas.

Parte de los objetivos de este estudio era probar si el nivel conocimiento se traduce en actitudes positivas hacia personas infectadas y los datos demuestran que efectivamente el conocimiento es un determinante significativo.

Sin embargo, llama la atención que existe diferencias en las actitudes según la situación planteada, estas diferencias parecen obedecer más a cuestiones personales, las actitudes pueden en algún momento obedecer a experiencias o sentimientos que pueden no precisamente coincidir con los conocimientos que tiene una persona.

Tratar de medir prácticas preventivas contra el VIH/SIDA puede resultar un poco más complejo ya que hay algunas situaciones en las que se trabaja tomando como cierto algunos supuestos. Por ejemplo, en el caso de las mujeres, se toma como con practica preventiva a las que usaron condón en la última relación, pero además a todas aquellas que no usaron condón en su último encuentro sexual pero que han permanecido en cohabitación con la misma pareja por al menos un año. En ese caso se esta suponiendo, que estas no han tenido relaciones sexuales con otros hombres durante ese período y por tanto estarían practicando la fidelidad como prevención. Por otro lado aun cuando estas jóvenes tenga mas de un año de relación con la misma pareja y no hayan tenido contacto sexual con otros hombres, no se conoce las prácticas sexuales del cónyuge y el riesgo que esto podría implicar para ella.

El no encontrar una relación clara entre conocimientos y prácticas preventivas puede deberse en primer lugar a la forma en la que para efectos de este trabajo se definió como práctica preventiva y como conocimiento sobre VIH.

Se encontró alguna relación entre tener conocimientos sobre VIH/SIDA y mayor percepción de riesgo de contagio aunque esto no implique necesariamente actuar de manera preventiva.

Por otro lado aunque la educación sobre salud sexual representa un recurso valioso para moldear el contacto sexual entre los jóvenes no es, con frecuencia, el elemento más influyente, de manera que el potencial de la educación para el desarrollo de pautas de comportamiento debe evaluarse en el contexto de otras influencias sobre la salud sexual de los jóvenes. (ONUSIDA 1997)

Los datos muestran que a mayor grado de maltrato sufrido por la mujer por parte de su pareja las prácticas preventivas se presentan con menos frecuencia.

Por otro lado, la relación encontrada entre las prácticas preventivas y las situaciones de maltrato por parte de la pareja, evidencia que en este tipo de análisis la situación de la mujer y la posibilidad de ésta de negociar sexo seguro, el grado de empoderamiento, etc., son factores que más que el nivel de conocimiento podría determinar las prácticas de riesgos o de prevención que se puedan tener.

Además en los/las adolescentes y jóvenes, el no usar condón como forma de prevención en las relaciones extramatrimoniales podría también estar determinado por factores que explican también el no uso de medidas anticonceptivas en esta población tales como, las relaciones sexuales esporádicas, con parejas ocasionales, o sin ser planeadas ó bajo el efecto de alcohol y drogas. Como ocurre también con los embarazos entre adolescentes frecuentemente tienen la mentalidad de que son situaciones que a ellos/as no les pueden pasar aun cuando se exponen a estas (Coll, 2001).

Dado la condición particular de los y las adolescentes la estrategia que está llevando a cabo el Programa Nacional de Control y Prevención de ITS/ VIH /SIDA específicamente para esta población denominado "Decídete a esperar" parece ser una opción muy acertada. No solo por que la abstinencia es la forma más segura de prevención sino por que esto fomenta una mayor responsabilidad y dominio de sí mismo en el/la adolescente lo que repercute positivamente en todos los aspectos de su vida.

En el período de la adolescencia el retrasar en el inicio de las relaciones sexuales y el ejercicio responsable de la sexualidad son las formas más efectivas de prevención no solo de VIH/SIDA sino de embarazos no deseados y otras ITS.

El reto está en primer lugar en hacer llegar el mensaje de "decidirse a esperar" a los y las jóvenes más allá del sistema educativo formal, que con igual calidad sea llevado a toda la población joven ya sea a través de los servicios de salud, medios de comunicación masivos u otros medios que permitan que el mensaje llegue claro y convincente.

En segundo lugar, no se puede obviar que aun cuando el mensaje de abstinencia es el que debe de impulsarse con mayor empeño, siempre habrá una buena parte de la población adolescente que no tomará esta opción como la más factible, sea por las prácticas ya instituidas o por que se encuentra ya en unión conyugal.

Por tanto debe de insistirse también en acciones encaminadas a las otras formas de prevención como son el uso del condón sobre todo en relaciones que representen riesgo de contagio y esto implica trabajar también en programas para evitar la violencia contra la mujer y equidad de género y una apertura de los establecimientos de salud que permitan atención a los/las adolescentes y jóvenes desde el momento que inician una vida sexual activa y no hasta que presenten un embarazo o una ITS.

## V. CONCLUSIONES

1. La población de mujeres adolescentes y jóvenes con mayores necesidades de atención sobre VIH/SIDA la constituyen aquellas que están fuera del sistema educativo formal, que tienen poco o ningún contacto con los servicios de salud y sobre todo en las áreas rurales y nivel socioeconómico bajo.
2. El sistema educativo debe garantizar que los/las adolescentes y jóvenes tanto en instituciones públicas como privadas tenga una educación sexual de calidad que les permita no solo conocer sobre temas de salud sexual y reproductiva sino que promueva en ellos actitudes y practicas para su propio beneficio y les capacite para ser propagadores de dichos conocimientos.
3. La lucha por la equidad de género y el empoderamiento de la mujer son vitales en el propósito de lograr conductas de prevención contra ITS y VIH/SIDA. Mas allá del nivel de los conocimientos la capacidad de la mujer de negociar sexo seguro y evitar abusos en su contra se traducirían en capacidad de evitar riesgo de contagio de ITS y VIH/SIDA.
4. Hay un logro importante de las estrategias de educación sobre VIH/SIDA es lo que se refiere a actitudes hacia personas viviendo con el virus. Hay una asociación visible entre conocimientos y actitudes positivas
5. Las prácticas de prevención del VIH/SIDA tales como la abstinencia y la fidelidad, que dignifican a la persona y promueven el dominio de sí, serán siempre las más duraderas a futuro y traerán consigo una serie de beneficios adicionales que aquellas prácticas que si bien permiten evitar el contagio no hacen cambiar de conducta a la persona y no dejan de exponerla al mismo riesgo constantemente.

## VI. RECOMENDACIONES

1. Es necesario establecer una estrategia de educación para la prevención de ITS y VIH/SIDA creada y dirigida especialmente a las y los jóvenes fuera del sistema educativo y que no dependa de las visitas a los establecimientos de salud. Las campañas a través de medios de comunicación han sido importantes pero podrían no ser suficientes para esta población que probablemente requiera de una atención mas personalizada para internalizar conocimientos.
2. Debe aprovecharse la visita de los hombres a los establecimientos de salud para que estas constituyan también para ellos fuente importante de información sobre ITS y VIH/SIDA. Identificar el tipo de servicio de salud frecuentado mas por adolescentes y jóvenes del sexo masculino orientaría en las posibles oportunidades de llegar con información.
3. Debe hacerse énfasis importante en la información dirigida a los hombres que viven en unión y que tienen practicas sexuales de riesgo como sexo con otros hombres, con parejas ocasionales, con trabajadoras del sexo etc. Ya que esto constituyen un riesgo importante no solo para ellos sino para la pareja con la cual cohabitan sobre todo si estas no son conscientes de este riesgo y no tiene con ellos ninguna medida de protección.
4. Los programas de prevención del VIH/SIDA dirigidos a las mujeres, deben tener en cuenta la condición de las mujeres sometidas a maltrato ya que estas aunque tenga conocimientos pueden verse sin la posibilidad de negociar sexo seguro aun cuando tenga consiencia de las situaciones de riesgo. Por lo que la lucha a favor de la igualdad, del empoderamiento de la mujer y en contra del mantrato deben ser componentes importantes de atención.
5. Debe continuarse la labor de educación no solo en la prevención de la enfermedad sino en las formas de trasmisión que eviten la discriminación y rechazo de personas viviendo con VIH/SIDA.
6. La estrategia impulsada por Programa Nacional de Control y Prevención de ITS/ VIH /SIDA para la población adolescente denominado " Decídete a esperar" por estar basada en la propagación de la abstinencia como forma de prevención entre lo adolescentes, tiene la ventaja de armonizar

con los principios y valores defendidos por otras instituciones como son las instituciones religiosas. Esto puede convertirse en una ventaja importante en la medida en que se logren acciones conjuntas que permitan llegar a más adolescentes y jóvenes y lograr además apoyo de sus familias.

7. Promover la fidelidad a la pareja es también importante como forma de prevención de ITS en general y específicamente el VIH/SIDA. Esta práctica no solo fomenta la prevención de enfermedades sino mejores situaciones familiares asociadas también a otros problemas sociales. Así como en los adolescentes solteros se esta apostando por la abstinencia, entre los jóvenes y adultos que viven en unión conyugal, apostar por la promoción de la fidelidad como forma de prevención podría lograr buenos resultados.

## VII. REFERENCIAS

1. AIDS. Diccionario comentado sobre SIDA.; <http://www.aids.sida.org>. 2000
2. Asociación Demográfica Salvadoreña (2004). Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 2002/03. Informe Final. San Salvador, El Salvador.
3. Bertrand, Jane T.; Solís, Manuel. (2000). Evaluando proyectos de prevención de VIH/SIDA: un manual con enfoque en las organizaciones no gubernamentales. MEASURE Evaluation Technical Report Series No 3. Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill.
4. Centro de control y prevención de enfermedades (CDC) & Salud Familiar Internacional & Organización Mundial de la Salud (OMS). (1996) Epidemiología aplicada a la salud reproductiva. WHO/HRP/EPID/96.1 Distr.: LIMITADA
5. Coll, A. (2001) Embarazo en la adolescencia. ¿Cuál es el problema?. En: Solum Donas Burak (compilador). Adolescencia y Juventud en América Latina. Libro Universitario Regional. (EULAC-GTZZ):425-445
6. Enamorado, R. (2000). Factores Psicosociales Asociados al riesgo de contraer una ETS o el VIH/SIDA en Charita, Puntarenas. Proyecto de graduación, Maestría en Población y Salud. Universidad de Costa Rica.
7. Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región Hemisferio Occidental (IPPF/RHO) (2002). Boletín electrónico de la IPPF/RHO sobre la salud sexual y reproductiva de adolescentes.[http://www.ippfwhr.org/publications\\_serial\\_article\\_s.asp?PubID=20&SerialIssuesID=91&ArticleID=182](http://www.ippfwhr.org/publications_serial_article_s.asp?PubID=20&SerialIssuesID=91&ArticleID=182).
8. London, A. y A. Robles. (2000). The co-occurrence of correct and incorrect HIV transmission knowledge and perceived risk for HIV among women of childbearing age in El Salvador. Social Science & Medicine (in press). <http://www.ccp.ucr.ac.cr/proyecto/publicaciones#2000>

9. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Comité Acción SIDA, ELS. Proyecto Acción SIDA de Centroamérica, PASCA , USAID. (1999). Situación del VIH/SIDA en El Salvador. San Salvador, El Salvador.
10. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. (2004) Alcances y Logros de la lucha contra el VIH/SIDA en El Salvador. 1999 - 2004. San Salvador, El Salvador.
11. Organización Panamericana para la Salud (OPS), Banco Mundial. 1998. Hacer frente al SIDA. Prioridades de la acción pública ante una epidemia mundial. Washington, D.C., EUA..
12. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). (1997). Impacto de la educación en materia de salud sexual y VIH sobre el comportamiento sexual de los jóvenes: actualización de un análisis. Colección Prácticas Óptimas de ONUSIDA

# ANEXOS

**Modelo de regresión simple. Variable dependiente: Conocimientos sobre VIH/SIDA.  
Mujeres de 15 a 24 años, El Salvador FESAL 2002/03.**

Number of obs =					3753
Source	SS	df	MS	F( 10, 3742)	183,620
Model	655102,6	9	72789,174	Prob > F	0,000
Residual	1483786,3	3743	396,416	R-squared	0,306
Total	2138888,8	3752	570,066	Adj R-squared	0,305
				Root MSE	19,910

Conocimientos sobre VIH	Coef.	Std. Err	t	P>t	(95% Conf. Interval)	
Edad	-0,005	0,141	-0,030	0,974	-0,282	0,272
Escolaridad	1,798	0,111	16,170	0,000	1,580	2,016
Educación sexual	0,099	0,011	9,060	0,000	0,077	0,120
Experiencia sexual	-2,230	1,125	-1,980	0,047	-4,435	-0,025
Ha tenido hijos	1,868	1,186	1,580	0,115	-0,456	4,193
Citología	4,961	1,092	4,550	0,000	2,821	7,101
Uso de Métodos modernos	1,877	1,010	1,860	0,063	-0,103	3,857
Nivel Socioeconómico	1,601	0,178	9,000	0,000	1,253	1,950
Area	-1,446	0,817	-1,770	0,077	-3,048	0,155
_cons	20,163	3,012	6,690	0,000	14,258	26,068

**Modelo de regresión simple. Variable dependiente: Conocimientos sobre VIH/SIDA.  
Hombres de 15 a 24 años, El Salvador FESAL 2002/03.**

Number of obs					414
Source	SS	df	MS	F( 10, 403)	36,250
				Prob > F	0,000
Model	84607,413	8,000	10825,630	R-squared	0,417
Residual	120958,893	405,000	298,663	Adj R-squared	0,406
Total	207563,933	413,000	502,576	Root MSE	1,728

Conocimientos sobre VIH	Coef.	Std. Err	t	P>t	(95% Conf. Interval)	
Edad	1,221	0,385	3,170	2	0,464	1,978
Escolaridad	0,527	0,330	1,600	0,111	-0,121	1,175
Área	-6,896	2,131	3,240	0,001	1,109	2,706
Nivel socioeconómico	2,013	0,454	4,430	0,000	1,120	2,905
Experiencia sexual	-0,562	1,984	-0,280	0,777	-4,462	3,337
Ha tenido hijos	-2,067	2,897	-0,710	0,476	-7,761	3,627
Usuario de servicios de salud	0,979	1,756	0,560	0,577	-2,473	4,431
Educación sexual	0,191	0,031	6,250	0,000	0,131	0,251
_cons	4,574	9,361	0,490	0,625	-1,383	22,976

Anexo 3.

**Modelo de regresión simple. Variable dependiente: Actitudes hacia personas viviendo con VIH/SIDA. Mujeres de 15 a 24 años, El Salvador FESAL 2002/03.**

			Number of obs = 3753	
Source	SS	df	MS	F( 7, 3745)
Model	2555,000	8,000	318,750	Prob > F
Residual	4786,730	3744,000	1,279	R-squared
Total	7336,731	3752,000	1,955	Adj R-squared
				Root MSE
				249,310
				0,000
				0,348
				0,346
				1,131

Actitudes	Coef.	Std. Err	t	P>t	(95% Conf. Interval)	
Conocimientos sobre VIH	0,028	0,001	30,390	0,000	0,026	0,030
Educación Sexual	0,003	0,001	4,470	0,000	0,002	0,004
Edad	0,000	0,008	-0,010	0,989	-0,016	0,015
Escolaridad	0,017	0,006	2,560	0,010	0,004	0,029
Experiencia sexual	-0,058	0,053	-1,090	0,277	-0,162	0,046
Area	-0,060	0,046	-1,290	0,197	-0,151	0,031
Nivel socioeconómico	0,033	0,010	3,260	0,001	0,013	0,053
Citología	0,026	0,055	0,470	0,635	-0,082	0,134
_cons	0,337	0,172	1,960	0,050	0,000	0,673

**Modelo de regresión simple. Variable dependiente: Actitudes hacia personas viviendo con VIH/SIDA. Hombres de 15 a 24 años, El Salvador FESAL 2002/03.**

Source	SS	df	MS	F( 7, 406)	Number of obs = 414
Model	418.174	7	59.739	Prob > F	0,000
Residual	490.690	406	1.209	R-squared	0,460
Total	908.864	413	2.201	Adj R-squared	0,451
				Root MSE	1,099

Actitudes	Coef.	Std. Err.	t	P> t	(95% Conf. Interval)	
Conocimientos sobre VIH	0,038	0,003	12,330	0,000	0,032	0,045
Educación Sexual	0,004	0,002	1,960	0,051	0,000	0,008
Edad	0,022	0,021	1,050	0,295	-0,019	0,063
Escolaridad	-0,013	0,020	-0,630	0,531	-0,052	0,027
Área	-0,223	0,135	-1,650	0,100	-0,489	0,043
Nivel socioeconómico	0,076	0,092	0,830	0,406	-0,104	0,257
Usuario	0,298	0,112	2,660	0,008	0,077	0,519
_cons	-0,188	0,547	-0,340	0,731	-12,636	0,887

Factores asociados a actitudes de estigma y discriminación hacia  
personas viviendo con VIH/SIDA en mujeres de El Salvador  
¿Qué debemos conocer para combatirlas?

## **Informe final**

Dra. Gabriela Maria Marón

# 1. INTRODUCCION

**T**ras dos décadas de estar viviendo la humanidad con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), a pesar de los avances médicos en el campo del tratamiento y los esfuerzos realizados por gran parte de los países afectados y las instituciones internacionales, la epidemia global por VIH/SIDA no muestra aún indicios de ceder según los reportes de ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud<sup>1</sup>

Entre las múltiples razones que explican este fenómeno una de las más importantes es la persistencia de las actitudes de estigma y discriminación hacia las personas que viven con el VIH y SIDA. Esta flagrante violación a los derechos humanos básicos ha ocasionado una epidemia silenciosa que mina los esfuerzos en la prevención, tratamiento y cuidado de estas personas. Dentro de este contexto, los mitos, estereotipos y juicios que rodean al VIH/SIDA y su transmisión llegan a ser tan letales como el mismo virus.<sup>2</sup>

El estigma relacionado al VIH/SIDA puede ser descrito como un "proceso de devaluación" de las personas que viven o son afectadas por el VIH/SIDA. Este es seguido por la discriminación, la cual es el trato injusto y parcial que se le da a un individuo basado en su estado real o percibido de ser positivo al VIH. El estigma y la discriminación violan los derechos humanos fundamentales y pueden ocurrir en diferentes niveles tales como políticos, económicos, sociales, psicológicos e institucionales.<sup>3</sup>

En el año 2003, debido al impacto que el estigma y la discriminación tienen sobre la epidemia del VIH/SIDA, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) lanzó su campaña "Vive y deja vivir", la cual exploraba como los países, organizaciones, e individuos pueden ayudar a reducir estas actitudes. En esta se hace hincapié sobre la importancia que la erradicación de estas conductas traduce en la prevención, tratamiento y cumplimiento de los derechos humanos básicos de las personas viviendo con VIH/SIDA.

---

<sup>1</sup> UNAIDS and WHO, *AIDS Epidemic Update 2003*

<sup>2</sup> UNFPA Executive Director, *Stigma and Discrimination Stymie AIDS Prevention Efforts, World AIDS Day 2003*

<sup>3</sup> UNAIDS Fact Sheet, *Stigma and Discrimination, December 2003*

En El Salvador, la experiencia y comunicaciones verbales de quienes trabajan con personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) en los diferentes niveles de atención médica y a nivel comunitario, así como los testimonios de las personas que viven con el VIH/SIDA nos permiten vislumbrar que a pesar de los esfuerzos que se realizan en nuestro país por combatirlas, el estigma y discriminación continúan siendo prácticas prevalentes en nuestro país.<sup>4</sup> Es necesario documentar esto en forma objetiva para tener una base que sustente políticas y programas dirigidos a erradicar este problema, y

es lo que se pretende hacer a través de este estudio.

En palabras del secretario General de las Naciones Unidas en el Día Mundial del SIDA: "No habrá progreso mientras se estigmatice a las personas que viven con VIH/SIDA. En ese mundo el silencio es la muerte. Les exhorto a que me acompañen a derribar las barreras del silencio, el estigma y la discriminación que rodean esta epidemia. La batalla inicia con cada uno de nosotros."

---

<sup>4</sup> Ramos Quintanilla, Donald R. Proyecto Educativo para el Área Rural de Panchimalco, presentado en la Primera Conferencia Planeando e Implementando proyectos de VIH/SIDA para personal de Enfermería, San Salvador, Noviembre 2004

## 2. ANTECEDENTES

La epidemia del VIH/SIDA es la peor que ha tenido que enfrentar hasta el momento la humanidad, debido a que se ha diseminado en forma más extensa, más rápida y con más efectos catastróficos a largo plazo que cualquier otra enfermedad.<sup>5</sup> Al momento las estadísticas mundiales reportan para el año 2004 un total de 39,4 millones de personas viviendo con VIH (de las cuales 4,9 millones son nuevas infecciones) y 3.1 millones de muertes por SIDA.

En Latinoamérica el total de adultos y niños viviendo con VIH ha aumentado de 1.5 millones en el 2002 a 1,7 millones para el 2004. Las muertes por SIDA han sido 95,000.<sup>6</sup> En El Salvador, desde 1984 hasta diciembre del 2004 el total de pacientes VIH positivos asciende a 14,663 casos. De este número 1,027 casos corresponden al primer semestre del año 2004.<sup>7</sup> Durante el año 2003 el SIDA fue la primera causa de muerte en mujeres y hombres entre los 20 -59 años, y la séptima causa de muerte hospitalaria.<sup>8</sup> Además del impacto en la salud de la población, el impacto económico de la epidemia en nuestro país asciende a \$ 30.73 millones en el año 2003.<sup>9</sup>

Se ha reconocido que la falta de acceso a terapia antiretroviral, junto al estigma y la discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA son las barreras más importantes para prevenir nuevas infecciones y proveer adecuado tratamiento y apoyo.<sup>10</sup> Esfuerzos gubernamentales y de distintas entidades alrededor del mundo, en Latinoamérica, y en nuestro país han logrado mejorar la disponibilidad de la terapia antiretroviral para la población que vive con el VIH/SIDA. Sin embargo hace falta aun trabajar en el tema de estigma y discriminación, un problema que se ha llegado a conocer como "la epidemia paralela".<sup>11</sup>

El estigma y la discriminación tienen múltiples efectos en la dinámica de la epidemia, contrarrestando en muchos aspectos la efectividad de las medidas de control ya implantadas, y de esta forma aumentando el riesgo de transmisión. Estas condiciones catalizan la visión colectiva de las personas

<sup>5</sup> Kofi Annan-Iniciativa Global a los Medios de Comunicación, ONUSIDA, enero 2004

<sup>6</sup> OMS/ONUSIDA -Situación de la epidemia de SIDA, diciembre 2004

<sup>7</sup> Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

<sup>8</sup> Fuente: Dirección de Planificación de los Servicios de Salud, MSPAS

<sup>9</sup> Fuente: MSPAS

<sup>10</sup> UNFPA Executive Director, *Stigma and Discrimination Stymie AIDS Prevention Efforts*, World Aids Day 2003

<sup>11</sup> Asir Uddin Swapon, *Stigma biggest hurdle to AIDS Prevention in South Asia*, XV International AIDS Conference.

viviendo con VIH/SIDA como un "problema" para la sociedad. Además afectan la cobertura del diagnóstico debido al temor individual de ser reconocidos como "enfermos" dada la previsible reacción social de rechazo, y aumenta la probabilidad de que las personas positivas al VIH presenten una progresión más rápida de su enfermedad al no buscar tratamiento.

El agravamiento de las consecuencias psicológicas de desesperación y depresión en las personas viviendo con VIH/SIDA puede ser potenciado también por la presencia de este fenómeno. A nivel epidemiológico, el estigma y la discriminación causan un subregistro de casos de VIH/SIDA el cual impide obtener una mejor visión del panorama real de la epidemia.

- Se cree que la falta de conocimiento sobre la infección es uno de los principales factores que lleva a estas conductas. En países donde se ha estudiado este fenómeno como India y Uganda, la falta de conocimiento ha sido uno de los principales determinantes del estigma y discriminación en la sociedad.<sup>12</sup> "Las personas tienen actitudes de estigma por el miedo que les trae la ignorancia" dijo en la XV Conferencia Internacional del VIH/SIDA el Sr. Asir Uddin Swapon, secretario general del grupo del parlamento para VIH/SIDA para Asia del Sur.<sup>13</sup>

El estigma y la discriminación se alimentan y refuerzan por los prejuicios pre-existentes e inequidades en las sociedades, como son las de género, sexualidad y grupos minoritarios. Algunos de los grupos que se han identificado como vulnerables al VIH/SIDA han sido los hombres que tienen sexo con hombres (HCH), las y los trabajadores comerciales del sexo (TCS), los usuarios de drogas intravenosas y los privados de libertad. Estos mismos grupos han sido históricamente víctimas del estigma y la discriminación por parte de la sociedad, y esto refuerza las actitudes negativas de la sociedad hacia las PVVS. En El Salvador, al igual que en otros países del mundo, existen programas dirigidos a estas poblaciones vulnerables, donde se les ofrece atención médica integral, consejería y componentes educativos sobre el VIH/SIDA.<sup>14</sup>

Sin embargo en el año 2004 ONUSIDA identifica a las mujeres en edad fértil como otro grupo vulnerable: El reporte de ONUSIDA/OMS a finales del 2004 indica que la epidemia está afectando a un número cada vez mayor de mujeres y niñas, siendo en todo el mundo un poco menos de la mitad de las personas afectadas por el VIH/SIDA mujeres en edad fértil.<sup>15</sup> En El Salvador, hasta diciembre del 2004, de los 5282 casos de VIH/SIDA en el sexo femenino, 77% ocurrió en mujeres en edad fértil. Para el final del año 2004 la relación de casos hombre / mujer es de 1.9:1, con una clara tendencia a igualar la incidencia entre ambos géneros.<sup>16</sup>

<sup>12</sup> Aggleton, Peter, and Maluwa Miriam, *Análisis comparativo: Estudios en India y Uganda, discriminación, estigma y negación relacionados con VIH/SIDA*, ONUSIDA, Agosto 2001

<sup>13</sup> Asir Uddin Swapon, *Stigma biggest hurdle to AIDS Prevention in South Asia*, XV International AIDS Conference

<sup>14</sup> Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, MSPAS, *Alcances y Logros de la Lucha contra el VIH/SIDA en El Salvador, 1999-2004*, pag. 21

<sup>15</sup> OMS/ONUSIDA -*Situación de la epidemia de SIDA, diciembre 2004*

<sup>16</sup> Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

En muchas sociedades las relaciones de poder entre géneros hacen susceptibles a las mujeres, quienes pueden no tener capacidad para negarse a tener relaciones sexuales sin protección o indeseadas. Esto además influye sobre su capacidad de buscar diagnóstico y tratamiento para la infección. La violencia a la mujer la hace más vulnerable a la infección por VIH, y el miedo a las reacciones violentas de su pareja refrena a muchas de ellas de interesarse por saber más acerca del VIH, a realizarse la prueba y solicitar tratamiento en caso de salir esta positiva.<sup>17</sup>

En su campaña mundial para el 2002-2003, ONUSIDA apuesta a la erradicación de las conductas de estigma y discriminación como un componente crítico para combatir en forma efectiva la epidemia de VIH/SIDA. Dentro de sus estrategias recomienda que es necesario no solo evaluar los conocimientos de la población sobre la enfermedad si no entender más acerca de los prejuicios y normas sociales de cada comunidad para poder desarrollar programas e intervenciones integrales y adaptadas a la misma. De lo contrario se corre el riesgo de causar poco impacto con dichas acciones<sup>18</sup>.

En el presente estudio se utilizaron los datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 2002-2003 (ADS) para intentar identificar los factores asociados a las actitudes de estigma y discriminación que hacia personas viviendo con VIH/SIDA refiere un grupo considerado vulnerable como son las mujeres en edad fértil en nuestro país. Además se pretende identificar la influencia de estos factores en la relación que el conocimiento acerca del VIH/SIDA se supone que tiene con la prevalencia de este fenómeno.

Se busca a través de este estudio mostrar la magnitud del estigma y discriminación que existen hacia personas viviendo con VIH/SIDA, así como las condicionantes del mismo. La principal política que se tratará de impulsar para abordar dicho problema es la educación orientada a las necesidades de un grupo vulnerable dentro de nuestra sociedad. Las características particulares que se identifiquen en este estudio serán útiles para elaborar un enfoque adaptado a la realidad de esta población, con énfasis en las siguientes esferas:

- \* Conocimientos técnicos básicos adecuados acerca de la prevención y transmisión del VIH/SIDA.
- \* Educación sexual y reproductiva.
- \* Enfoque de género.
- \* Identificación y erradicación del estigma y discriminación.

Otras políticas que se podrán reforzar a raíz de los resultados de este estudio serán:

- \* Estrategias de concientización dirigidas hacia los diferentes sectores de la sociedad para el cumplimiento de las leyes que protegen los derechos de las personas viviendo con VIH/SIDA.
- \* Ampliación de la cobertura de la prueba diagnóstica para el VIH a través del conocimiento de los factores que influyen en su uso.

<sup>17</sup> Peter Piot, Poner fin a la violencia contra la mujer, poner freno a la propagación del SIDA, declaración de prensa, ONUSIDA, diciembre 2004.

<sup>18</sup> ONUSIDA, Campaña Mundial 2002-2003, Marco conceptual y bases de acción contra el estigma y discriminación en VIH/SIDA, noviembre 2002.

## 3.OBJETIVOS

### *3.1 Objetivo general*

- \* Identificar los factores asociados a las actitudes de las mujeres en edad fértil hacia personas con VIH/SIDA en El Salvador.

### *3.2 Objetivos específicos*

- \* Identificar la magnitud y dirección de la asociación entre conocimientos sobre VIH/SIDA y las actitudes de las mujeres en edad fértil hacia personas con VIH/SIDA
- \* Identificar la influencia de factores sociodemográficos sobre la relación existente entre conocimiento acerca de VIH/SIDA y las actitudes de las mujeres en edad fértil hacia personas con VIH/SIDA
- \* Identificar la asociación entre la actitud de mujeres en edad fértil hacia personas con VIH/SIDA y la realización de la prueba de VIH.

## 4. MATERIALES Y MÉTODOS

### 4.1 Diseño:

Estudio observacional descriptivo transversal basado en datos de la Encuesta Nacional de Salud Familiar 2002-2003 (ADS).

### 4.2 Población:

La población de estudio fueron todas las mujeres entrevistadas en la Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 2002-2003 (Asociación Demográfica de El Salvador, ADS) llevada a cabo en El Salvador. Se seleccionaron 4,620 viviendas distribuidas en 5 estratos ("zonas"). Con el trabajo de campo realizado entre el 4 de noviembre de 2002 y el 15 de abril de 2003, se identificó un total de 11,723 viviendas con mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad, elegibles para entrevista, y se entrevistaron 10,689 mujeres, logrando obtener una tasa de entrevistas completas de 91 por ciento. La metodología para la selección de la muestra con mujeres y para la ponderación (expansión) de los resultados, tomó en cuenta los cambios ocurridos en la población desde el último censo en 1992.

#### \* Criterios de inclusión:

- Mujeres entre 15 y 49 años de edad que hayan sido entrevistadas dentro del marco de la Encuesta FESAL 2002/2003 en El Salvador

#### \* Criterios de exclusión: No aplica ningún criterio de exclusión.

### 4.3 Tamaño muestral:

- \* Se estudiará a la totalidad de las mujeres encuestadas respetando el muestreo multietápico de la Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL.02/03

### 4.4 Muestreo:

- \* Población total encuestada.

#### 4.5 Variables a estudiar:

##### 4.5.1. Conocimiento del VIH/SIDA (ONUSIDA)

- \* Conocimientos de métodos de prevención del VIH
- \* Ningún conocimiento erróneo sobre el SIDA

Conocimientos de métodos de prevención del VIH

Las tres formas primarias de prevención son: abstinencia, fidelidad, uso del condón.

Las categorías se determinaron así:

- \* Buen conocimiento (Sí conoce):
  - MEF 15-19 años: Identificación de las tres formas de prevención,
  - MEF 20-49 años: Identificación de las tres formas de prevención o al menos Fidelidad + Uso del condón como métodos de prevención para VIH
- \* Conocimiento deficiente (No conoce):
  - MEF 15-19 años: No identificación de las tres formas de prevención en conjunto.
  - MEF 20-49 años: No identificación Fidelidad, Uso del condón o ambas como métodos de prevención para VIH

Ningún conocimiento erróneo sobre el SIDA según ONUSIDA

Se entenderá como conocimiento adecuado si la persona entrevistada respondió

NO a las primeras dos de las siguientes preguntas y SI a la última:

1. ¿Piensa usted que una persona pueda infectarse del VIH/SIDA al usar cucharas, tenedores, platos o vasos usados por alguien que tiene SIDA?
2. ¿Piensa usted que una persona pueda infectarse del VIH/SIDA al ser picado por un mosquito o zancudo?
3. ¿Piensa que una persona puede estar infectada del virus del SIDA y no presentar síntomas de la enfermedad?

##### 4.5.2. Actitudes hacia las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS).

Según los indicadores propuestos por ONUSIDA se entenderá como actitudes de aceptación y apoyo hacia personas viviendo con VIH/SIDA si la persona entrevistada respondió SI las tres primeras preguntas y NO la última pregunta de las siguientes:

- a) ¿Si un pariente suyo se enfermara de SIDA estaría usted dispuesto a recibirlo y cuidarlo en su casa?
- b) ¿Si usted supiera que un vendedor de verduras o alimentos tiene SIDA le compraría usted a él?
- c) ¿Si una profesora se encuentra infectada por el VIH pero no se ve enferma se le podría permitir que siga dando clases?
- d) ¿Mantendría en secreto si algún familiar se infecta con el virus del SIDA?

Las MEF que no mostraron actitudes de aceptación en alguna de las cuatro situaciones anteriores se consideraron como poseedoras de conducta estigmatizadora y discriminatoria.

##### 4.5.3. Variables Sociodemográficas: edad, área de residencia, estado socio económico, grado de escolaridad y estado civil de las MEF

#### 4.5.4. Referencia de haber escuchado previamente de otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

Para esta variable se exploró si las MEF referían haber escuchado acerca de las cinco ITS más frecuentes, a saber: Sífilis, Gonorrea, SIDA, Herpes y Candidiasis. Se consideró que había un Conocimiento previo de ITS si la MEF refería haber oído hablar de todas las cinco ITS propuestas. Si la MEF refería no haber escuchado previamente al menos acerca de una de ellas, se catalogó como No Conocimiento previo de ITS.

#### 4.5.5. Historia de violencia hacia la mujer

Se tomó en cuenta la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cual incluye como Violencia a la mujer cualquier acto de violencia física, patrimonial, psicológica y sexual, así como amenazas de tales actos y abuso verbal. Se utilizaron los parámetros de la clasificación operacional de los actos de violencia de pareja FESAL -2002/03, Incluyéndose en el numerador las MEF que presentaran al menos alguno de las siguientes formas de maltrato:

- \* Violencia Verbal/ Psicológica
- \* Violencia Patrimonial
- \* Violencia Física ( realizada o amenaza)
- \* Violencia Sexual (violación)

#### 4.5.6. Referencia de haberse realizado la prueba del VIH.

Se tomó en cuenta además para la descripción de esta variable la voluntariedad de la prueba, asistencia a recepción de sus resultados, el haber escuchado previamente sobre la prueba diagnóstica y las razones referidas por las MEF para no realizarse dicha prueba.

#### 4.6 Procedimiento para recolección de variables:

Se utilizaron los datos recolectados en el marco de la Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 2002-2003 (ADS).

#### 4.7 Análisis de los datos

El análisis se desarrolló de la siguiente manera:

1. Identificación de las posibles variables asociadas a actitudes de aceptación hacia personas con VIH/SIDA.
  - a. Se realizó estadística descriptiva con tablas, gráficos y medidas numéricas de resumen. Se justificó la entrada de las variables a un modelo de regresión logística a través de análisis bivariado (chi-cuadrado) con la variable de respuesta, con un nivel de significancia de 0.05. Se llevó a cabo análisis multivariado con regresión logística múltiple.

2. Análisis de modificación de efecto y confusión de las potenciales variables de ajuste para conocimiento según ONUSIDA y su asociación a las actitudes de aceptación.

a. Se hizo la estimación de la asociación cruda a través de la odds ratio (OR). Se justificaron las variables potenciales de ajuste a través de análisis bivariado (chi-cuadrado) con un nivel de significancia de 0.05. Se llevo a cabo análisis estratificado de Mantel-Haenszel. Se acepto un punto de corte para sesgo de confusión de una diferencia mayor al 10% entre la OR ajustada y la OR cruda.

3. Identificación de la asociación entre actitudes de aceptación y uso de la prueba diagnóstica.

Se hizo prueba de asociación de chi-cuadrado con un nivel de significancia de 0.05, se estimó la OR de la asociación.

Software: SPSS 12.0 (SPSS Inc) y STATA 8.0 (STATA Co).

## 5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

**S**e utilizaron resultados de una encuesta anónima, por lo que no se revelará la identidad de los participantes de la investigación. Ningún dato que identifique a los participantes será divulgado ni publicado.

## 6. PRESENTACIÓN DE DATOS

El total de mujeres entrevistadas fue de 10689 (Casos no ponderados). El análisis se llevó a cabo con Casos Ponderados (n= 15141)

### 1. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

#### 1.1. CONOCIMIENTO DEL VIH/SIDA (ONUSIDA)

\* Conocimientos de métodos de prevención del VIH

\* Ningún conocimiento erróneo sobre el VIH/SIDA

##### 1.1.1 Conocimientos de métodos de prevención del VIH

Tabla 1.

#### Conocimiento de métodos de prevención del VIH según ONUSIDA Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No conoce	5199	34.3	34.3	34.3
Si conoce	9942	65.7	65.7	100.0
Total	15141	100.0	100.0	

Dos tercios de las entrevistadas (65.7%) fueron catalogadas como poseedoras de buen conocimiento acerca de las formas de prevención de VIH/SIDA según los criterios propuestos por ONUSIDA.

Tabla 2.

#### Conocimiento métodos prevención del VIH por ONUSIDA estratificado por edad. Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador

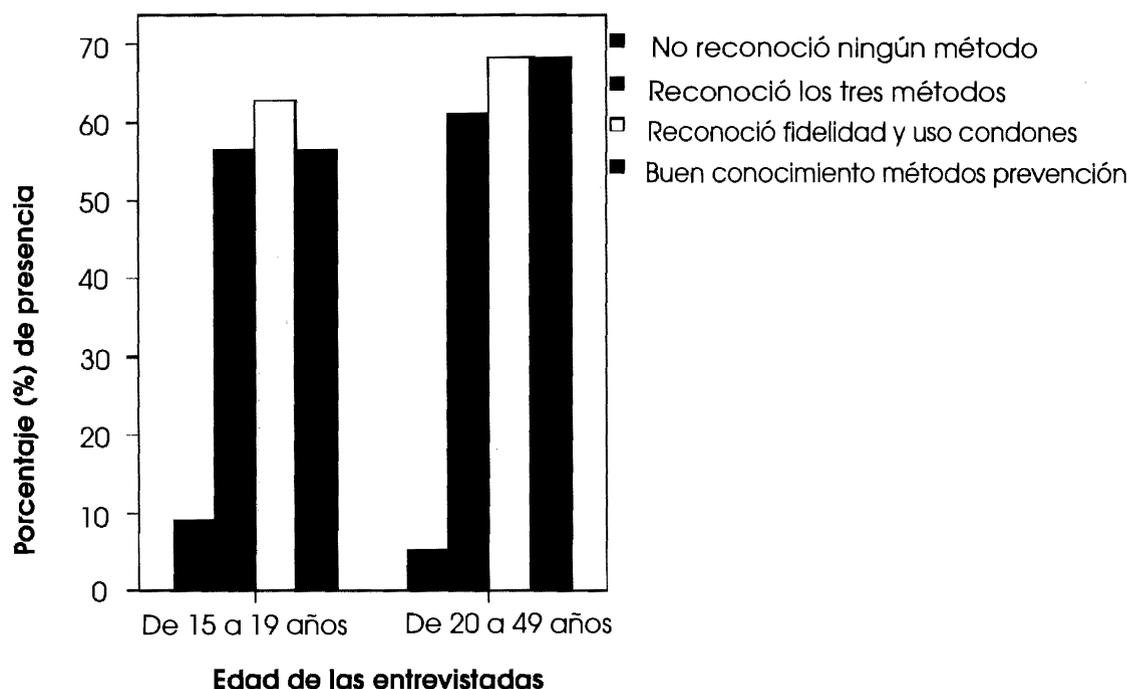
Edad en años	Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
De 15 a 19	Si	1888	56.4	56.4	56.4
	No	1458	43.6	43.6	100.0
	Total	3346	100.0	100.0	
De 20 a 49	Si	8054	68.3	68.3	68.3
	No	3741	31.7	31.7	100.0
	Total	11795	100.0	100.0	

Al estratificarlo por edad, tomando como punto de corte los 19 años de edad, se observa que la prevalencia de conocimiento adecuado en el grupo de 15 a 19 años es menor que la observada en el grupo de 20 a 49 años (56.5% vs 68.3%). Es de hacer notar que en el grupo de 15 a 19 años los criterios para considerar buen conocimiento fueron más estrictos ya que se incorporó la identificación de la abstinencia como método de prevención contra el VIH, además de reconocer la fidelidad y uso del condón.

Esta dicotomización de la edad se hizo de acuerdo con las sugerencias que da ONUSIDA para la elaboración de indicadores de conocimientos sobre VIH/SIDA. Se propone que en países como el nuestro, donde los programas de salud reproductiva buscan retrasar la edad de la primera relación sexual, se incluya la abstinencia ( además de la fidelidad y el uso del condón) para la evaluación de conocimientos sobre métodos de prevención en las mujeres más jóvenes (15-19 años) a quienes va dirigida este tipo de campañas.

Grafico 1.

### Conocimiento de métodos de prevención del VIH según ONUSIDA Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador



#### 1.1.1. Ningún conocimiento erróneo sobre el SIDA

Tabla 3.

### Ningún conocimiento erróneo sobre el VIH/SIDA según ONUSIDA Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Ningún conocimiento erróneo	2926	19.3	19.3	19.3
Algún conocimiento erróneo	12215	80.7	80.7	100.0
Total	15141	100.0	100.0	

Cerca de una quinta parte de las entrevistadas (19.3%) no presentó ningún conocimiento erróneo sobre el VIH/SIDA. El 80% de las encuestadas presentaron al menos un conocimiento erróneo sobre las formas de transmisión del VIH/SIDA.

## 1.2. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

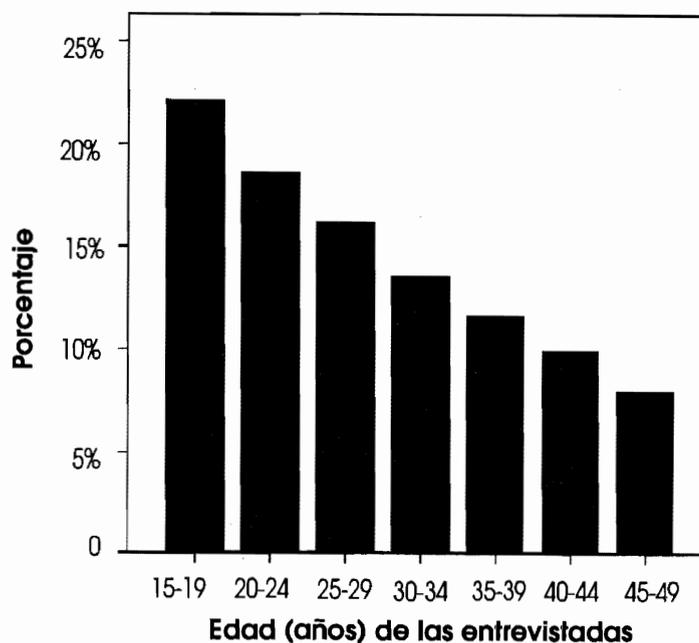
- \* Edad
- \* Área de residencia
- \* Nivel Socioeconómico
- \* Nivel educativo
- \* Estado civil

### 1.2.1. EDAD

La edad de las mujeres entrevistadas se concentró alrededor de los 15-29 años (56.8%). El 22% de las entrevistadas tenían entre 15 y 19 años de edad y el grupo de mujeres de 40 a 49 años de edad representó el 18% de todas las entrevistadas.

Gráfico 2.

**Distribución por grupos de edad  
Mujeres de 15-49 años de edad.  
Encuesta FESAL 02-03.  
El Salvador**



### 1.2.2. AREA DE RESIDENCIA

El 43.3% de las entrevistadas residían en áreas rurales del país, el resto en áreas urbanas (56.7%).

Tabla 4.

**Distribución por área de residencia  
Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador**

Área de Residencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Urbana	8587	56.7	56.7	56.7
Rural	6554	43.3	43.3	100.0
Total	15141	100.0	100.0	

### 1.2.3. NIVEL SOCIOECONÓMICO

Las categorías de nivel socioeconómico se distribuyeron en proporciones similares entre las entrevistadas (nivel bajo 33%, medio 36% y alto 31%).

Tabla 5.

**Distribución por nivel socioeconómico  
Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador**

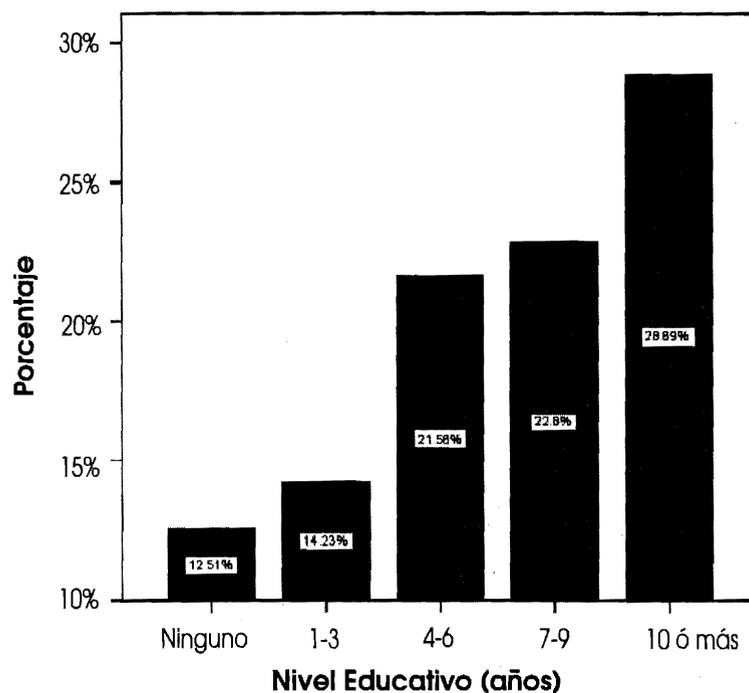
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Bajo	5035	33.3	33.3	33.3
Medio	5425	35.8	35.8	69.1
Alto	4681	30.9	30.9	100.0
Total	15141	100.0	100.0	

### 1.2.4. NIVEL EDUCATIVO

Casi un tercio de las entrevistadas (29%) tenían 10 años o más de estudio. Un 35% de las mujeres tenían estudios de primaria y un 12% no tenían ningún grado de escolaridad.

Gráfico 3.

**Distribución por nivel educativo en años.  
Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador**



### 1.2.5. ESTADO CIVIL

Un 56% reportó estar casada o acompañada. El resto (43.5%) reportó estar soltera, separada, divorciada y /o viuda.

Tabla 6.

**Distribución por nivel socioeconómico  
Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador**

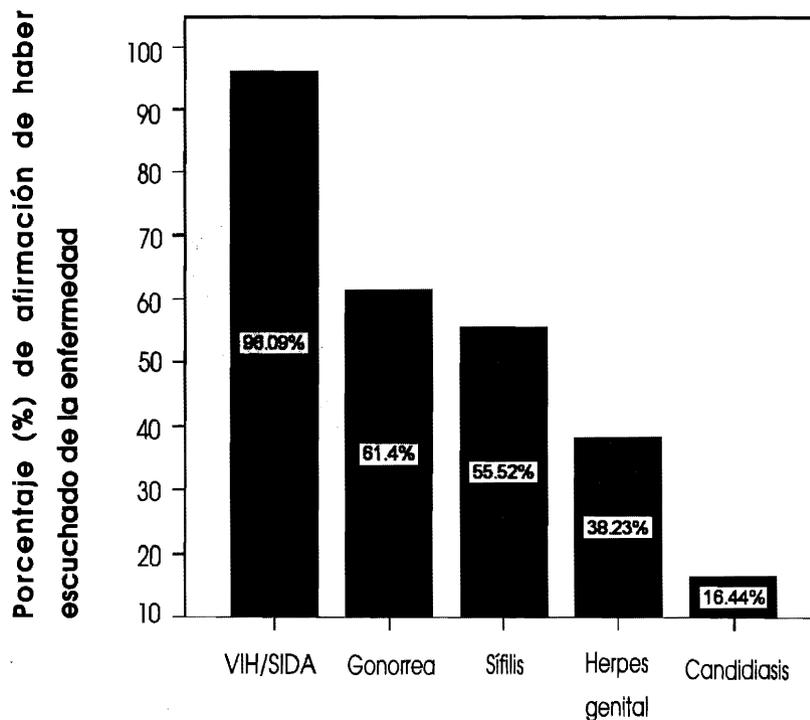
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Soltera/divorciada /viuda/separada	6587	43.5	43.5	43.5
Casada/ Acompañada	6554	56.5	56.5	100.0
Total	15141	100.0	100.0	

### 1.3. REFERENCIA DE HABER ESCUCHADO PREVIAMENTE DE CINCO INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) (Sífilis, Gonorrea, SIDA, Herpes y Candidiasis)

De las ITS las MEF dieron referencia de haber escuchado previamente acerca del VIH/SIDA en un 96%, de la Gonorrea (61%), y sobre Sífilis (55%). De la que menos se refirió haber escuchado fue sobre la candidiasis con 16%.

Gráfico 4.

**Prevalencia de haber escuchado previamente acerca de cinco ITS  
Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador**



Se consideró que existía conocimiento previo de ITS si referían haber escuchado previamente acerca de las cinco ITS propuestas. Si se refería que no se tenía conocimiento de al menos una de ellas, se catalogó como No Conocimiento previo de ITS. El 13% de las entrevistadas refirió haber oído acerca de las cinco ITS propuestas.

Tabla 7.

**Conocimiento previo de ITS  
Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador**

Conocimiento Previo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Si	1996	13.2	13.2	13.2
No	13145	86.8	86.8	100.0
Total	15141	100.0	100.0	

*1.4 VIOLENCIA HACIA LA MUJER*

Un poco más de la cuarta parte de las entrevistadas (27.7%) reportó haber sufrido al menos un tipo de violencia: psicológica, verbal, sexual, física o patrimonial.

Tabla 8.

**Algún tipo de violencia sufrida por la mujer  
Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador**

Violencia a la mujer	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Ha sufrido al menos un tipo	4194	27.7	27.7	27.7
No ha sufrido al menos un tipo	10947	72.3	72.3	100.0
Total	15141	100.0	100.0	

*1.5. USO DE LA PRUEBA DE VIH*

Un 12% de las entrevistadas refirió haberse hecho la prueba del VIH.

Tabla 9.

**Uso de la prueba del VIH  
Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador**

Prueba de VIH	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Se la hizo	1796	11.9	11.9	11.9
No se la ha hecho	13345	88.1	88.1	100.0
Total	15141	100.0	100.0	

1.6. ACTITUDES DE ACEPTACION A LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA

El 11% de las entrevistadas mostraron actitudes de aceptación a personas que viven con VIH/SIDA.

Tabla 10.

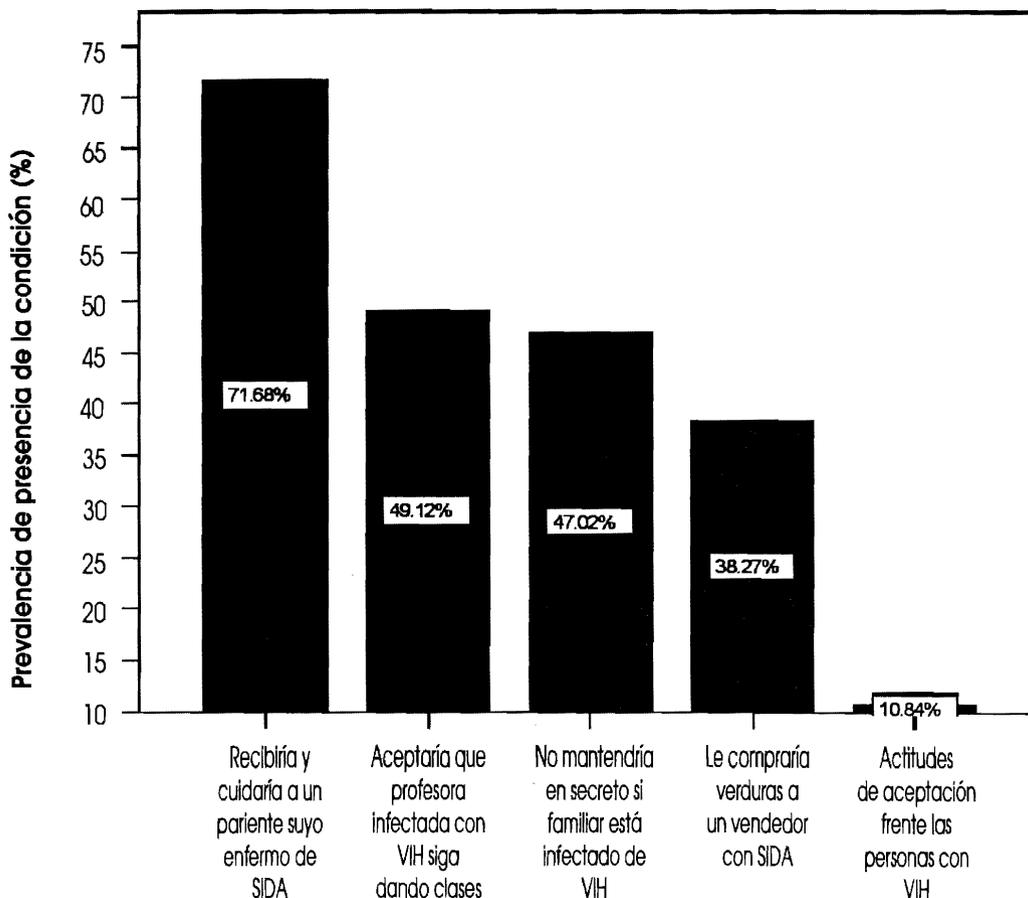
**Actitudes de aceptación a personas que viven con VIH/SIDA  
Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador**

Actitudes de aceptación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Si	1642	10.8	10.8	10.8
No	13499	89.2	89.2	100.0
Total	15141	100.0	100.0	

El 72% de las entrevistadas refirió que recibirían y cuidarían a un pariente suyo viviendo con SIDA; sin embargo, la prevalencia de aceptación bajo a 49% cuando se refirió a aceptar que una profesora positiva al VIH siga dando clases, 47% dijo que no mantendría en secreto si un familiar viviera con VIH/SIDA y un 38% refirió que le compraría verduras a un vendedor viviendo con SIDA. En conjunto las actitudes de aceptación fueron cumplidas por el 11% de las entrevistadas.

Grafico 5.

**Prevalencia actitudes de aceptación a personas que viven con VIH/SIDA  
Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador**



## 2. FACTORES ASOCIADOS A ACTITUDES DE ACEPTACIÓN HACIA PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA (PVVS)

### 2.1. JUSTIFICACION DE LOS POTENCIALES FACTORES ASOCIADOS A ACTITUDES DE ACEPTACION HACIA PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA

Se justificó la inclusión de los potenciales factores asociados al modelo logístico, a través de análisis biviariado de la asociación de cada uno de ellos con la variable de respuesta, con un nivel de significancia del 0.05.

#### 2.1.1. Conocimiento de métodos de prevención del VIH y actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA

La prevalencia de actitudes de aceptación fue mayor en mujeres con buen conocimiento de métodos de prevención para VIH/SIDA (12.8% vs 7.2%  $p=0.000$ )

Tabla 11.

#### Conocimiento de métodos de prevención del VIH y actitudes de aceptación hacia personas que viven con VIH/SIDA Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador

	Actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA			
		No	Si	Total
Conocimiento sobre métodos de prevención	Si	87.2%	12.8%	100.0%
	No	92.8%	7.2%	100.0%
	Total	89.2%	10.8%	100.0%

#### 2.1.2. Ningún conocimiento erróneo sobre el SIDA y actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA

La prevalencia de actitudes de aceptación fue mayor en mujeres con ningún conocimiento erróneo sobre transmisión del VIH/SIDA comparada con la de aquellas que presentaban al menos un conocimiento erróneo (18.6 % vs 9 %  $p=0.000$ )

Tabla 12.

#### Ningún conocimiento erróneo sobre el SIDA y actitudes de aceptación hacia personas que viven con VIH/SIDA Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador

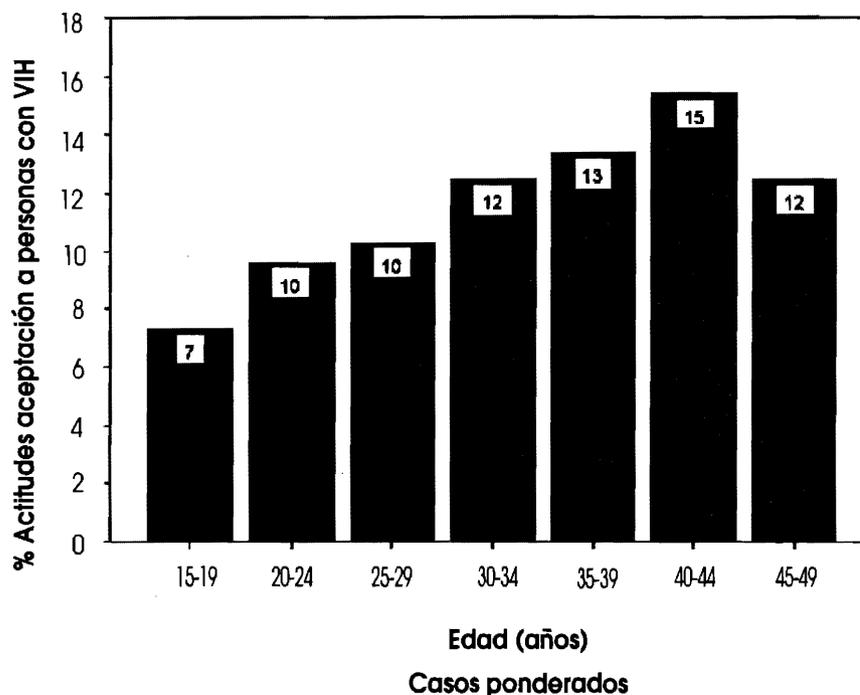
	Actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA			
		No	Si	Total
Ningún conocimiento erróneo sobre el VIH/SIDA	Si	81.4 %	18.6%	100.0%
	No	91.0%	9.0%	100.0%
	Total	89.2%	10.8%	100.0%

### 2.1.3. Edad y actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA

A medida que la edad de la entrevistada aumentó, la prevalencia de actitudes de aceptación se vió incrementada ( $p=0.000$ ) hasta la edad de 44 años donde se observó una disminución.

Gráfico 6.

#### Edad y actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador



Se dicotomizó esta variable agrupando a las mujeres de 15 a 24 años de edad y las de 25 a 49 años. La prevalencia de aceptación fue mayor en las mujeres de este ultimo grupo (12.5% vs 8,4%  $p= 0.000$ )

Tabla 13.

#### Edad y actitudes de aceptación hacia personas que viven con VIH/SIDA Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador

		Actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA		
		No	SI	Total
Edad en Años	De 15 a 24 años	91.6 %	8.4 %	100.0%
	De 25 a 49 años	87.5 %	12.5%	100.0%
	Total	89.2%	10.8%	100.0%

### 2.1.4. Área de residencia y actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA

La prevalencia de actitudes de aceptación fue mayor en mujeres que viven en áreas urbanas comparada con las que viven en el área rural (11.6% vs 9.8%  $p=0.000$ )

Tabla 14.

**Área residencia y actitudes aceptación hacia personas que viven con VIH/SIDA  
Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador**

		Actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA		
		No	Si	Total
Área de residencia	Rural	90.2 %	9.8 %	100.0%
	Urbana	88.4 %	11.6%	100.0%
	Total	89.2%	10.8%	100.0%

2.1.5. Nivel socioeconómico y actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA

La prevalencia de aceptación fue mayor en mujeres con nivel socioeconómico alto comparada con aquellas con menor nivel socioeconómico (p=0.000)

Tabla 15.

**Nivel socioeconómico y actitudes aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA  
Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador**

		Actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA		
		No	SI	Total
Nivel Socioeconómico	Bajo	92.5 %	7.5 %	100.0%
	Medio	89.6 %	10.4%	100.0%
	Alto	85.1%	14.9%	100.0%
	Total	89.2%	10.8%	100.0%

2.1.6. Nivel educativo y actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA

La prevalencia de actitudes de aceptación fue más alta en las MEF entrevistadas que presentaron mayor número de años de estudio (p=0.000).

Tabla 16.

**Nivel educativo y actitudes de aceptación hacia personas que viven con VIH/SIDA  
Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador**

		Actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA		
		No	SI	Total
Nivel Educativo (años de estudio)	Ninguno	93.1 %	6.9 %	100.0%
	1-3	91.0 %	9.0 %	100.0%
	4-6	90.4 %	9.6 %	100.0%
	7-9	89.3 %	10.7 %	100.0%
	10 ó más	85.5%	14.5 %	100.0%
	Total	89.2%	10.8%	100.0%

2.1.7. Estado civil y actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA

La prevalencia de actitudes de aceptación entre las mujeres solteras, separadas, divorciadas o viudas no difirió significativamente con la de las mujeres casadas o acompañadas (11.2% vrs 10.6% p=0.231)

Tabla 17.

**Estado civil y actitudes de aceptación hacia personas que viven con VIH/SIDA  
Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador**

		Actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA		
		No	SI	Total
Estado Civil	Soltera/divorciada/ Viuda/separada	88.8 %	11.2 %	100.0%
	Casada/acompañada	89.4 %	10.6 %	100.0%
	Total	89.2%	10.8 %	100.0%

2.1.8. Referencia de haber escuchado previamente de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA

La prevalencia de actitudes de aceptación es mayor en las mujeres que refirieron haber escuchado previamente de las cinco ITS que la de aquellas que no (13.9% vrs 10.4% p=0.000)

Tabla 18.

**Referencia de haber escuchado previamente de cinco ITS  
y actitudes de aceptación a personas que viven con VIH/SIDA  
Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador**

		Actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA		
		No	SI	Total
Conocimiento previo de cinco ITS	No	89.6 %	10.4 %	100.0%
	SI	86.1 %	13.9 %	100.0%
	Total	89.2%	10.8 %	100.0%

2.1.9. Referencia de haber sufrido algún tipo de violencia y actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA

La prevalencia de actitudes de aceptación es mayor en las mujeres que reportaron haber sufrido algún tipo de violencia (12.8% vrs 10% p=0.000)

Tabla 19.

**Referencia de haber sufrido algún tipo de violencia a la mujer y actitudes de aceptación hacia personas que viven con VIH/SIDA Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador**

		Actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA		
		No	Si	Total
Ha sufrido algún tipo de violencia	Si	87.2 %	12.8 %	100.0%
	No	89.9 %	10.1 %	100.0%
	Total	89.2%	10.8 %	100.0%

*2.2. MODELO LOGISTICO DE ASOCIACION CON ACTITUDES DE ACEPTACION HACIA PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA*

Se excluyó del modelo a la variable Estado civil dado que no presentó asociación estadísticamente significativa con las Actitudes de aceptación hacia personas que viven con VIH/SIDA ( $p= 0.231$ ). El resto de variables entraron al modelo de asociación.

Tabla 20.

**Justificación de los potenciales factores asociados a actitudes de aceptación hacia personas que viven con VIH/SIDA Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador**

VARIABLES	VALOR p	Entra al modelo
Conocimientos acerca VIH/SIDA		
Conocimientos prevención del VIH	0.000	Si
Ningún conocimiento erróneo sobre el SIDA	0.000	Si
Variables demográficas		
Edad	0.000	Si
Área de residencia	0.000	Si
Nivel socioeconómico	0.000	Si
Nivel educativo	0.000	Si
Estado civil	0.231	No
Referencia de haber escuchado previamente de las cinco ITS	0.000	Si
Algún tipo de violencia	0.001	Si

Las principales variables asociadas a las actitudes de aceptación fueron el conocimiento acerca de prevención y transmisión de VIH/SIDA y la edad de la entrevistada. El nivel socioeconómico, educativo, violencia sufrida por la mujer y área de residencia también se encontraron estadísticamente asociadas a actitudes de aceptación ( $p < 0.05$ ).

**Modelo logístico de asociación a actitudes de aceptación  
hacia personas que viven con VIH/SIDA  
Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador**

Variable	B	Sig	R	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
					Lower	Upper
Con/na erróneo	.7460	.0000	.12192	.1086	1.8759	2.3702
Edad	.5137	.0000	.0841	1.6715	1.4886	1.8769
Con/prevenición	.4980	.0000	.0762	1.6455	1.4542	1.8619
Nivel Socioeco	.4208	.0000	.0541	1.5231	1.3178	1.7605
Nivel educativo	.3063	.0000	.0454	1.3584	1.1998	1.5378
Violencia	.1917	.0010	.0293	1.2112	1.0810	1.3572
Área reside	-.2985	.0000	-.0431	0.7419	0.6536	0.8421
Constante	-3.3270	.0000				

Se excluyó la variable Referencia de haber escuchado previamente de las cinco ITS ya que no se encontró significancia estadística en el modelo logístico ( $p= 0.1207$ )

La probabilidad de presentar actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA aumenta en mujeres mayores de 24 años, con buenos conocimientos acerca de prevención y transmisión de VIH/SIDA (según indicadores de ONUSIDA), con nivel socioeconómico medio ó alto, más de 6 años de estudio, que reside en área urbana y que ha sufrido al menos un tipo de violencia de pareja.

### 3. ASOCIACION ENTRE CONOCIMIENTOS ACERCA DE VIH/SIDA Y ACTITUDES DE ACEPTACION HACIA PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA.

#### 3.1 MODELO TEORICO DE ASOCIACIÓN

Variable de exposición:

- \* Conocimiento acerca de métodos de prevención del VIH.
- \* Ningún conocimiento erróneo sobre el SIDA

Variable de respuesta:

- \* Actitudes de aceptación hacia personas con VIH/SIDA

Potenciales variables de ajuste:

- \* Edad
- \* Área de residencia
- \* Nivel socioeconómico
- \* Nivel educativo

- \* Estado civil
- \* Referencia de haber oído de las 5 ITS
- \* Violencia

### 3.2. ASOCIACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS DE METODOS DE PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH Y ACTITUDES DE ACEPTACIÓN HACIA PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA AJUSTADA POR VARIABLES DE CONTROL

#### 3.2.1. Asociación cruda entre la variable de exposición y la variable de respuesta

La prevalencia de actitudes de aceptación fue estadísticamente superior en las mujeres con mejor conocimiento que en aquellas que no lo tenían (12.8% vs 7.2%  $p=0.000$ ).

Tabla 22.

#### Asociación cruda entre conocimientos de prevención del VIH y actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador

		Actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA		
		Si	No	Total
Conocimientos de métodos de prevención	Si conoce	1270 (12.8 %)	8672 (87.2%)	9942 (100.0%)
	No conoce	372 (7.2 %)	4827 (92.8 %)	5199 (100.0%)
	Total	1642 (10.8%)	13499 (89.2 %)	15141(100.0%)

Odds ratio: 1.90 IC 95% (1.68-2.15)  $p=0.000$

La prevalencia de buen conocimiento sobre métodos de prevención del VIH/SIDA fue casi el doble en las mujeres que mostraron actitudes de aceptación comparado con la prevalencia observada en las que referían actitudes de estigma y discriminación.

#### 3.2.2. Análisis de las variables de ajuste como modificadores del efecto o confundentes de la asociación entre conocimientos de métodos de prevención de transmisión sexual del VIH/SIDA y actitudes de aceptación a personas con VIH/SIDA

Cada variable de ajuste fue justificada previo cruce bivariado con la variable de exposición (conocimiento de prevención de transmisión sexual del VIH/SIDA). Nivel de significancia del 0.05.

Tabla 23.

**Modificación del efecto / confusión en la relación entre conocimientos sobre métodos  
prevención del VIH/SIDA y actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA  
Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador**

Variable	Valor p exposición	OR cruda	OR por estratos	OR ajustada	Sesgo de confusión
<b>Edad*</b>	0.000				
De 15 a 19 años			1.91 IC 95% (1.44-2.54)		
De 20 a 49 años			1.81 IC 95% (1.6-2.07)		
Total		1.90 IC 95% (1.68-2.15)	P= 0.75	1.832 IC 95% (1.6-2.07)	3.6%
<b>Área residencia*</b>	0.000				
Urbana			1.94 IC 95% (1.6-2.3)		
Rural			1.79 IC 95% (1.5-2.15)		
Total		1.90 IC 95% (1.68-2.15)	p= 0.534	1.87 IC 95% (1.7-2.11)	1.6%
<b>Nivel socioeco*</b>	0.000				
Medio/alto			1.84 IC 95% (1.6-2.13)		
Bajo			1.676 IC 95% (1.3-2.10)		
Total		1.90 IC 95% (1.68-2.15)	p= 0.499	1.79 IC 95% (1.6-2.02)	5.8%
<b>Nivel educativo*</b>	0.000				
Ninguno/hasta 6 años			1.89 IC 95% (1.6-2.27)		
Más de 6 años			1.71 IC 95% (1.5-2.04)		
Total		1.90 IC 95% (1.68-2.15)	p= 0.45	1.80 IC 95% (1.6-2.03)	5.2%
<b>Estado civil*</b>	0.000				
Soltera/Sep/Div/Viu			2.13 IC 95% (1.78-2.55)		
Casada/Acompañada			1.74 IC 95% (1.5-2.04)		
Total		1.90 IC 95% (1.68-2.15)	p= 0.099 IC 95% (1.7-2.15)	1.90	0%
<b>Conoce ITS*</b>	0.000				
Si conoce las 5 ITS			1.46 IC 95% (1.07-2.00)		

Variable	Valor p exposición	OR cruda	OR por estratos	OR ajustada	Sesgo de confusión
No conoce las 5 ITS			1.94 IC 95% (1.7-2.2)		
Total		1.90	p= 0.1012	1.87	2.6%
<b>Violencia*</b>	0.000	IC 95% (1.68-2.15)		IC 95% (1.7-2.15)	
Si ha recibido			2.05 IC 95% (1.6-2.6)		
No ha recibido			1.80 IC 95% (1.56-2.08)		
Total		1.90 IC 95% (1.68-2.15)	p= 0.349	1.88 IC 95% (1.6-2.11)	1.6%

\* Esta variable ni modifica ni confunde el efecto del conocimiento de prevención sobre actitudes de aceptación VIH/SIDA

Ninguna de las variables de ajuste mostró su carácter de modificador de efecto ni confundente de la relación entre conocimientos sobre métodos de prevención de transmisión sexual del VIH/SIDA y actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA.

### 3.3. ASOCIACIÓN ENTRE NINGUN CONOCIMIENTO ERRÓNEO SOBRE EL SIDA Y ACTITUDES DE ACEPTACIÓN HACIA PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA AJUSTADA POR VARIABLES DE CONTROL

#### 3.3.1. Asociación cruda entre la variable de exposición y la variable de respuesta

La prevalencia de actitudes de aceptación fue estadísticamente superior en las mujeres con mejor conocimiento que aquellas que no lo tenían (18.6% vs 9% p=0.000).

Tabla 24.

#### Asociación cruda entre ningún conocimiento erróneo acerca de transmisión del VIH/SIDA y actitudes de aceptación a personas viviendo con VIH/SIDA Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador

		Actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA		
		SI	No	Total
Conocimientos erróneos acerca de la transmisión del VIH/SIDA	Ningún conocimiento erróneo	545 (18.6%)	2382 (81.4%)	2927 (100%)
	Algún conocimiento erróneo	1096 (9.0%)	11118 (91.0%)	12214 (100%)
	Total	1641 (10.8%)	13500 (89.2%)	15141 (100%)

Odds ratio: 2.32 IC 95% (2.07-2.60) p=0.000

La prevalencia de ningún conocimiento erróneo acerca de la transmisión del VIH/SIDA es más del doble en las mujeres que presentaron actitudes de aceptación a las personas viviendo con VIH/SIDA, que la prevalencia en aquellas que presentaban actitudes de estigma y discriminación.

asociación entre ningún conocimiento erróneo sobre el SIDA y actitudes de aceptación a personas viviendo con VIH/SIDA

Cada variable de ajuste fue justificada previo cruce bivariado con la variable de exposición (ningún conocimiento erróneo acerca de la transmisión del VIH/SIDA). Nivel de significancia del 0.05.

3.3.2. Análisis de las variables de ajuste como modificadores del efecto o confundentes de la

Tabla 25.

**Modificación del efecto / confusión en la relación entre ningún conocimiento erróneo sobre el SIDA y actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador**

Variable	Valor p exposición	OR cruda	OR por estratos	OR ajustada	Sesgo de confusión
<b>Edad*</b>	0.000				
De 15 a 24 años			2.64 IC 95% (2.2-3.2)		
De 25 a 49 años			2.25 IC 95% (1.96-2.6)		
Total		2.32 IC 95% (2.07-2.60)	p= 0.176	2.4 IC 95% (2.13-2.7)	3.5%
<b>Area residencia*</b>	0.000				
Urbana			1.84 IC 95% (1.6-2.11)		
Rural			3.54 IC 95% (2.9-4.3)		
Total		2.32 IC 95% (2.07-2.60)	p= 0.000	2.25 IC 95% (2.01-2.52)	3%
<b>Nivel socioeco*</b>	0.000				
Medio/alto			1.8 IC 95% (1.6-2.04)		
Bajo			4.53 IC 95% (3.5-5.8)		
Total		2.32 IC 95% (2.07-2.60)	p= 0.000	2.1 IC 95% (1.89-2.36)	9.5%
<b>Nivel educativo*</b>	0.000				
Ninguno/hasta 6 años			2.6 IC 95% (2.1-3.2)		

Variable	Valor p exposición	OR cruda	OR por estratos	OR ajustada	Sesgo de confusión
Más de 6 años			2.0 IC 95% (1.74-2.3)		
Total		2.32 IC 95% (2.07-2.60)	p= 0.0461	2.14 IC 95% (1.9-2.4)	7.8%
<b>Estado civil●</b>	0.000				
Soltera/Sep/Div/Viu			2.7 IC 95% (2.3-3.2)		
Casada/Acompañada			1.99 IC 95% (1.7-2.3)		
Total		2.32	p= 0.0078 IC 95% (2.07-2.60)	2.32 IC 95% (2.07-2.6)	0
<b>Conoce ITS●</b>	0.000				
Si conoce las 5 ITS			1.6 IC 95% (1.3-2.13)		
No conoce las 5 ITS			2.5 IC 95% (2.2-2.84)		
Total		2.32	p= 0.0044	2.26 IC 95% (2.01-2.54)	2.6%
		IC 95% (2.07-2.60)			
<b>Violencia▲</b>	0.176				
Si ha recibido					
No ha recibido					
Total		1.90 IC 95% (1.68-2.15)			

- \* Esta variable ni modifica ni confunde el efecto de ningún conocimiento erróneo VIH sobre actitudes de aceptación VIH/SIDA
- Esta variable modifica pero no confunde el efecto de ningún conocimiento erróneo VIH sobre actitudes de aceptación VIH/SIDA
- ▲ Esta variable no mostró significancia estadística con ningún conocimiento erróneo sobre VIH

El área de residencia, nivel socioeconómico, estado civil y el conocimiento previo de ITS modificaron el efecto de la relación entre ningún conocimiento erróneo sobre el SIDA y actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA

#### 4. ASOCIACIÓN ENTRE ACTITUDES DE ACEPTACIÓN A PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA Y USO DE LA PRUEBA DIAGNÓSTICA DEL VIH.

La prevalencia de uso de la prueba diagnóstica para VIH/SIDA fue significativamente mayor entre aquellas mujeres que referían actitudes de aceptación a personas viviendo con VIH/SIDA (17.1% vs 11.2% p=0.000)

Tabla 26.

**Asociación entre actitudes de aceptación a personas viviendo con VIH/SIDA y uso de la prueba diagnóstica para VIH/SIDA**

**Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador**

		Uso de la prueba para VIH/SIDA		
		Si	No	Total
Actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA	No	280 (11.2 %)	1362 (88.8 %)	1642 (100.0%)
	Si	1516 (17.1 %)	11983 (82.9 %)	13499(100.0%)
	Total	1796 (11.9 %)	13345 (88.1 %)	15141(100.0%)

Odds ratio: 1.62 IC 95% (1.4-1.87) p=0.000

La prevalencia de actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA en las mujeres que se realizaron la prueba diagnóstica es un 60% mayor que la prevalencia en aquellas mujeres que no se la realizaron.

La prevalencia de realizarse voluntariamente la prueba del VIH y de asistir a la entrega de resultados es el doble en las MEF con actitudes de aceptación a personas viviendo con VIH/SIDA comparada con la de las que no las presentan (10.2% vrs 5.4% p=0.000)

Tabla 27.

**Asociación entre actitudes de aceptación a personas viviendo con VIH/SIDA y uso voluntario de la prueba diagnóstica para VIH/SIDA mas recepción de resultados. Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador**

		Prueba voluntaria y recibió resultados		
		No	Si	Total
Actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA	No	94.6%	5.4%	100.0%
	Si	89.8%	10.2%	100.0%
	Total	94.1%	5.9%	100.0%

Del grupo de MEF las cuales refirieron no haberse hecho la prueba de VIH (88%) el 87.1% tampoco mostraba actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA independiente de las razones referidas para no habérsela hecho.

Tabla 28.

**Asociación entre actitudes de aceptación a personas viviendo con VIH/SIDA y razones para no realizarse la prueba diagnóstica. Mujeres de 15-49 años que no se han hecho la prueba para VIH. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador**

		Actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA		
		No	SI	Total
Razón para no hacerse la prueba diagnóstica para VIH	No lo considera necesario	86.8	13.2	100.0%
	Temor a falta de confidencialidad	95.6	4.4	100.0%
	Falta de dinero /muy cara	87.0	13.0	100.0%
	Nunca se la han indicado o recomendado	86.7	13.3	100.0%
	Otra	86.5	13.5	100.0%
	NS/NR	92.6	7.4	100.0%
	Total	87.1	12.9	100.0%

En el grupo de MEF que ya habían escuchado acerca de la prueba de VIH ( 71% del total de MEF) la prevalencia de su uso es mayor en aquellas con actitudes de aceptación hacia personas con VIH/ SIDA que la de aquellas que no las presentan (15.7% vrs 12.5% p=0.000)

Tabla 29.

**Asociación entre actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA y uso de la prueba para VIH según referencia de haber escuchado de ella previamente. Mujeres de 15-49 años de edad. Encuesta FESAL 02-03. El Salvador**

Ha escuchado acerca de la prueba del VIH viviendo con VIH/SIDA	Actitudes de aceptación hacia personas	Uso de la prueba diagnóstica para VIH		
		SI	No	Total
SI	No	12.5%	87.5%	100.0%
	SI	15.7%	84.3%	100.0%
	Total	12.9%	87.1%	100.0%
No	No		100.0%	100.0%
	SI		100.0%	100.0%
	Total		100.0%	100.0%

## 7. DISCUSIÓN

La prevalencia de actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA por parte de las MEF encuestadas es apenas del 11%, situación preocupante ya que supone que el 89% restante presentaría actitudes de estigma y discriminación, fenómeno que ha sido ampliamente reconocido como uno de los principales obstáculos para el control de la epidemia a nivel mundial.

La probabilidad de presentar actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA aumenta en mujeres con buenos conocimientos acerca de prevención y transmisión de VIH/SIDA, mayores de 24 años, con nivel socioeconómico medio ó alto, más de 6 años de estudio, que reside en área urbana y que ha sufrido al menos un tipo de violencia de pareja. Por el contrario, aquellas MEF con conocimientos no adecuados acerca de prevención y transmisión del VIH, más jóvenes, de nivel socioeconómico bajo, con menor escolaridad y residente del área rural son las que presentaron prevalencias mucho mas altas de actitudes de estigma y discriminación.

El estudio muestra evidencia que sugiere que el conocimiento adecuado acerca de los métodos de prevención y de las formas de transmisión en general del VIH/SIDA puede aumentar la probabilidad de presentar actitudes de aceptación hacia personas que viven con VIH/SIDA, disminuyendo el riesgo de estigma y discriminación por parte de la mujeres en edad fértil en El Salvador.

La relación entre el conocimiento adecuado sobre la enfermedad causada por el VIH y el SIDA y las actitudes de las personas hacia personas infectadas esta documentada en estudios a nivel mundial. Los estudios realizados en India, África y Asia del Sur demuestran que la falta de conocimiento es un determinante para las actitudes de estigma y discriminación en esas poblaciones.<sup>19</sup> Datos similares se han encontrado en Latinoamérica en poblaciones de Brasil.<sup>20</sup>

Según los datos del estudio, el conocimiento global sobre métodos de prevención del VIH fue de 65.7% mientras que solo una quinta parte de las mujeres encuestadas pudieron identificar conceptos erróneos sobre VIH/SIDA. Conocer adecuadamente acerca de los mecanismos de transmisión del VIH/

<sup>19</sup> Aggleton, Peter, and Maluwa Miriam, *Análisis comparativo: Estudios en India y Uganda, discriminación, estigma y negación relacionados con VIH/SIDA*. ONUSIDA, Agosto 2001

<sup>20</sup> Paiva V (2000) *Gendered Scripts and the Sexual Scene: Promoting Sexual Subjects among Brazilian Teenagers*. In *Framing the Sexual Subject: The Politics of Gender, Sexuality, and Power*, ed. R.G. Parker, R.M. Barbosa, P. Aggleton, 1:216-239. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press

SIDA y que una persona aparentemente no enferma puede transmitirlo, aumenta más del doble la prevalencia de actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA. Este tipo de conocimiento resultó estar más fuertemente asociado con las actitudes de aceptación que el conocimiento acerca de los métodos de prevención como abstinencia, fidelidad y uso de condón.

Lo anterior se puede explicar ya que la claridad en los conceptos de transmisión disminuye el miedo a relacionarse en forma casual con las personas que viven con VIH y evita que estas sean excluidas de las actividades que comúnmente se desarrollan dentro de una sociedad. Al evaluar conocimientos erróneos, ONUSIDA indica que se deben evaluar los mitos más comunes en la comunidad acerca de la transmisión del VIH. De tal manera, el presentar un adecuado conocimiento en esta área permite disminuir los mitos y estereotipos que sobre el VIH/SIDA comúnmente presenta la sociedad y disminuiría a la vez las actitudes de estigma y discriminación.

El conocimiento sobre los métodos de prevención de la transmisión del VIH (el ABC) aunque esencial para lograr detener la epidemia no está tan relacionada con las actividades diarias entre personas en la sociedad, y por eso podría mostrar una asociación menos fuerte. Sin embargo esto no resta la importancia que tiene en relación a las actitudes de aceptación, observándose nuevamente mayor aceptación en aquellas MEF con mejores conocimientos.

Las actitudes de estigma son más frecuentes en los grupos de edad extremos dentro de las MEF. Así, las más jóvenes (15-19 años) y las mayores (45-49 años) fueron las que mostraron menos actitudes de aceptación. Esto podría estar relacionado al nivel de conocimientos acerca de VIH en estos grupos. Aunque las adolescentes son altamente vulnerables a la infección, encuestas realizadas por UNICEF entre 1998 y 2003 demostraban que a nivel mundial las adolescentes conocían menos acerca del VIH/SIDA que los varones. Los datos demostraban que más del 80% de las adolescentes entre 15 y 20 años no tenían conocimientos suficientes sobre el VIH. Muchas no tenían ningún concepto acerca de cómo se transmite la enfermedad o como prevenirla.<sup>21,22</sup> En nuestro país al estratificar el conocimiento de métodos de prevención por edad, un poco más de la mitad de las adolescentes presentaron conocimientos adecuados, pero eran menores en relación al grupo de mayor edad. (56.4% vs. 68.3%)

En El Salvador en los últimos años se han llevado campañas orientadas específicamente a los y las adolescentes, bajo el slogan "Decídete a Esperar", las cuales permiten identificar el retraso del inicio de las relaciones sexuales como la única alternativa cien por ciento segura para la prevención del VIH/SIDA en este grupo. Se hace además énfasis en los otros métodos de prevención (fidelidad y condón) y sensibilización sobre el estigma y la discriminación hacia las personas viviendo con VIH/SIDA. Según datos del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, en la primera y

<sup>21</sup> *The Global Coalition on Women and AIDS, Preventing HIV Infection in girls and young women*. Aggleton, Peter, and Maluwa Miriam. *Análisis comparativo: Estudios en India y Uganda, discriminación, estigma y negación relacionadas con VIH/SIDA*. ONUSIDA, Agosto 2001

<sup>22</sup> *Palva V (2000) Gendered Scripts and the Sexual Scene: Promoting Sexual Subjects among Brazilian Teenagers. In Framing the Sexual Subject: The Politics of Gender, Sexuality, and Power*, ed. R.G. Parker, R.M. Barbosa, P. Aggleton, 1:216-239. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press

segunda fase de la campaña se ha logrado alcanzar alrededor de 30,000 jóvenes del área Metropolitana y áreas fronterizas, y se estima que cerca de 140,000 adolescentes recibieron el mensaje a través de los medios masivos de comunicación.<sup>23</sup> El alcance de estas campañas podría explicar que las adolescentes salvadoreñas, tengan niveles más altos de conductas de aceptación a personas con VIH/SIDA en relación a otras regiones del mundo, pero sigue siendo bajo en relación a otros grupos de edad en nuestro país.

En cuanto a las mujeres mayores de 44 años, este grupo podría estar menos expuesto a campañas educativas, ya que sus edades colindan con el límite superior de la edad reproductiva a quienes se les dirigen principalmente los programas de prevención.

Aunque se reconoce que la edad es una condición que pudiera influir sobre las actitudes de estigma y discriminación, no se puede influir directamente sobre esta para fines prácticos, por lo que en el análisis multivariado esta pasa a ser una variable de ajuste.

Se observó la relación que con las actitudes de estigma y discriminación tenían otras variables como nivel socioeconómico bajo, residencia en área rural y bajo nivel educativo. La residencia en área rural dificulta el acceso a información a través de los medios que se utilizan usualmente en el área urbana (televisión, vallas, anuncios en transporte, folletos). Muchas zonas son de difícil acceso e infrecuentemente alcanzadas por los sistemas de salud y educación. Al no poder obtener conocimientos sobre la enfermedad es más fácil ser víctima de los prejuicios que llevan al estigma y la discriminación. Además el bajo nivel educativo condiciona a estas mujeres a limitantes para obtener información del tema, por ejemplo lectura de folletos y anuncios.

El bajo nivel socioeconómico ha sido siempre uno de los factores asociados fuertemente no solo a la transmisión del VIH/SIDA si no al estigma y discriminación que le acompañan. La pobreza hace que la mujer dependa económicamente del hombre permitiendo pocos medios de negociación en temas relacionados a las relaciones sexuales. Muchas de ellas tienen miedo de buscar información acerca del VIH por las reacciones que sus parejas puedan tener, ya que no tiene donde ir ni forma de mantenerse por sí mismas.<sup>24</sup> Al perpetuarse la ignorancia sobre el tema, crecen los mitos y mentiras que no permiten la aceptación de las personas viviendo con VIH/SIDA en la comunidad.

Cabe mencionar el efecto que la violencia a la mujer tiene sobre las actitudes de aceptación a personas viviendo con VIH/SIDA. Una de las formas más comunes es la perpetrada por su pareja íntima, ya sea esta verbal, física, psicológica o sexual. Alrededor del mundo un 10 a 50% de las mujeres refieren haber sido víctimas de algún tipo de violencia al menos una vez en su vida.<sup>25</sup> Los datos del presente estudio mostraron que el 28% de las MEF encuestadas habían sufrido algún tipo de violencia, Para

---

<sup>23</sup> Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, MSPAS, Alcances y Logros de la Lucha contra el VIH/SIDA en El Salvador, 1999-2004, pag.21

<sup>24</sup> La Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA, Violencia contra la Mujer y SIDA, [womenatds@unaid.org](mailto:womenatds@unaid.org)

<sup>25</sup> *idem*.

muchas mujeres alrededor del mundo el miedo a las reacciones violentas del varón sean físicas o psicológicas, las refrenan de interesarse por saber más acerca del VIH, las disuade de hacerse la prueba y buscar tratamiento.<sup>26</sup> En algunos países del África, como Uganda y Zimbabwe las mujeres son acusadas de la enfermedad por VIH de sus parejas.<sup>27</sup> De este miedo, falta de conocimiento e inequidad de géneros se alimenta el estigma y la discriminación en las comunidades.

Por lo anterior se exploró en el presente estudio la posible relación que la violencia de pareja pudiera tener sobre las actitudes de estigma y discriminación en nuestro país. Sin embargo en los resultados se identificó una mayor prevalencia de actitudes de aceptación en mujeres que habían sufrido algún tipo de violencia. Una posible explicación es que las mujeres que pudieran presentar actitudes de estigma y discriminación estuvieran ocultando su condición de víctima de violencia por múltiples razones, entre ellas el miedo. Esto ocasionaría un sesgo de información diferencial en el registro de la violencia de pareja, subestimando la magnitud del fenómeno. Otra explicación es que el haber sido víctima de violencia produzca una mayor sensibilización e identificación hacia otros grupos vulnerables.

El análisis de modificadores de efecto y confusión permitió visualizar mejor las interrelaciones de terceras variables, especialmente cuando se evaluó la asociación entre ningún conocimiento erróneo acerca del SIDA con las actitudes hacia las personas que viven con VIH/SIDA. Hay evidencia que sugiere que a medida que la MEF tenga menos conocimientos equivocados al respecto, la

tolerancia y aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA irá aumentando progresivamente. (OR= 2.32, IC 95% ( 2.07-2.60) p=0.000)

Por el contrario cuando se evaluó la asociación entre conocimiento acerca de métodos de prevención del VIH y actitudes de aceptación, la cual mostró magnitud de asociación un poco menor que la anterior ( OR 1.9 vs OR 2.32) esta se mantuvo sin modificaciones significativas entre las diferentes categorías de las variables de ajuste.

Es de hacer notar que la edad la cual parecía ser una condición ligada a las actitudes de aceptación no modifica ni confunde el efecto que buenos niveles de conocimiento presenta sobre las actitudes de aceptación. Una explicación a ello podría ser el tipo de dicotomización que se hizo de ella, especialmente al evaluar ningún conocimiento erróneo del SIDA, ya que el punto de corte fue a los 24 años. Esto podría haber diluido la probabilidad de encontrar estimaciones de riesgo con diferencia significativa entre los dos grupos de edad (OR 15.24 años = 2.64 vs OR 25-49 años = 2.25 p= 0.176) El haber utilizado un menor punto de corte (20 años) podría haber mostrado una mayor asociación en el grupo de MEF de 15 a 19 años.

Lo que se hace notar es que probablemente el grupo de mujeres más jóvenes al mostrar un OR que tiende a ser mayor que el de las mujeres mayores, se perfila como un estrato poblacional que presente mejores probabilidades de ser impactado en sus actitudes hacia personas viviendo con VIH/SIDA, a través del aumento del conocimiento y sensibilización sobre el tema.

<sup>26</sup> ONUSIDA. *Poner fin a la violencia contra la mujer; poner freno a la propagación del SIDA*. Diciembre 2004

<sup>27</sup> Mukasa Monica S, Tanga E., and Nuwagaba A., *Uganda: HIV and AIDS-related Discrimination, Stigmatization and Denial, UNAIDS best practice collection, August 2001, pp 12-25.*

Es importante mencionar también que el conocimiento previo acerca de las ITS modifica el efecto de ningún conocimiento erróneo sobre las actitudes hacia personas viviendo con VIH/SIDA, viéndose aumentado este en aquellas mujeres que habían oído hablar de las cinco ITS más frecuentes. Este fenómeno podría ser explicado debido a que los programas de educación en salud reproductiva que al momento se llevan a cabo en nuestro país se incluyen al VIH dentro de las ITS más frecuentes, lo que puede haber condicionado una sensibilización previa hacia el tema.<sup>28</sup>

Mención especial merece el hecho que la condición civil de las MEF condiciona el efecto e la asociación antes mencionada, aumentándola casi en un 50% en aquellas que no se reportan actualmente con pareja. En las que reportan estar solteras/separadas/divorciadas/viudas (es decir aquellas que probablemente no tenían pareja al momento de la entrevista) esta asociación antes mencionada se acentuó (OR 2.7 vs 1.99). Esto es contrario a lo encontrado en otros países en desarrollo donde las mujeres acompañadas o casadas presentan dificultades para tener acceso a la información en tópicos de educación reproductiva y VIH/SIDA. Estos obstáculos son impuestos muchas veces por la pareja, y pueden deberse a violencia de pareja, o por inequidades de género en cuanto a acceso a centros de salud, conocimientos sobre temas de salud reproductiva y métodos de prevención como el condón.<sup>29</sup> Es probable que la agrupación de la variable original tomando en cuenta solteras, divorciadas, separadas y viudas en una misma categoría diluyan el efecto que pudiera tener la condición real de no tener pareja en la relación de conocimientos y actitudes.

La importancia de haber detectado las variables que modifican el efecto anteriormente mencionada radica en que de esta manera se podría identificar las condiciones poblacionales cuyo abordaje específico supondría un mayor impacto y mejores probabilidades de éxito. Así, en nuestro país, según los hallazgos aquí reportados, estrategias dirigidas a aumentar el conocimiento en mujeres del área rural, con baja escolaridad y nivel socioeconómico, sin pareja estable y que no hayan escuchado previamente acerca de ITS serían de mayor impacto.

Por ejemplo, el riesgo estimado en área rural difirió significativamente del encontrado para el área urbana (OR=3.54 vs OR=1.84 p=0.000). Esto pudiera significar que al centrar acciones tendientes a mejorar el conocimiento acerca del VIH en el grupo de mujeres rurales, la probabilidad de disminuir las actitudes de estigma y discriminación podría ser el doble si se compara con el impacto que dicha intervención tendría sobre las mujeres del área urbana.

En cuanto a la prueba de VIH, es notoria la baja prevalencia de uso de la misma dentro de las MEF, grupo altamente vulnerable a adquirir esta enfermedad, haciéndose notar que las mujeres que presentaron mejores actitudes hacia personas viviendo con VIH/SIDA fueron las que más frecuentemente se hicieron la prueba. Esto podría estar representando como una adecuada actitud hacia el VIH/SIDA influye positivamente en las áreas de diagnóstico e identificación de nuevos casos en la intención de controlar la diseminación de la epidemia.

<sup>28</sup> Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, MSPAS

<sup>29</sup> The Global Coalition on Women and AIDS, Preventing HIV Infection In girls and young women [womenaids@unalds.org](mailto:womenaids@unalds.org)

Estas personas con adecuadas actitudes refirieron no solo haberse realizado la prueba de manera voluntaria, sino que asistieron a conocer el resultado de la misma, punto fundamental para establecer el seguimiento efectivo de los posibles casos y oportunidad de conserjería sobre el tema a la población en general. Dentro del grupo de mujeres que no se realizó la prueba se encontró que una proporción estadísticamente significativa de ellas presentaba actitudes de estigma y discriminación hacia personas viviendo con VIH/SIDA, sin importar cual motivo referían para no haberla realizado.

El haber oído hablar previamente de la prueba del VIH favoreció el uso de la misma, acentuándose tal efecto en las mujeres con mejor disposición hacia personas viviendo con el VIH/SIDA.

En síntesis, el estudio muestra que el adecuado conocimiento del VIH/SIDA, sobre todo en cuanto a sus formas de transmisión, incide sobre la actitud que hacia las PVVS presentan las MEF en nuestro país, pudiéndose reconocer condiciones poblacionales específicas donde esta relación se acentúa. Esto permitiría focalizar esfuerzos a través de estrategias educativas especialmente diseñadas que apunten a mejorar el conocimiento en estos sectores con efectividad y eficiencia.

El Salvador a través del Programa de ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud, y en conjunto con organizaciones no gubernamentales (ONGs) nacionales e internacionales, han llevado a cabo acciones dirigidas a la erradicación del estigma y discriminación hacia personas viviendo con VIH/SIDA en nuestro país. Además de campañas educativas sobre el VIH/SIDA dirigidas a adolescentes, mujeres embarazadas, HCH, TCS, poblaciones móviles y población en general, se han llevado a cabo foros y congresos que tocan directamente el tema del estigma y la discriminación. (Foro "Estigma y Discriminación" Diciembre 2003; 3er Congreso Nacional de ITS/VIH/SIDA " Unidos en una voz sin Estigma ni Discriminación" 2003)<sup>30</sup>

Se cuenta además con la Alianza Estratégica de la Legislación en VIH/SIDA, la cual agrupa al programa nacional, ONGs y agrupaciones de PVVS que buscan fortalecer el ambiente legal y la protección de los derechos humanos de las PVVS. Entre los logros de la misma cabe mencionar la aprobación en el 2001 de la Ley del VIH/SIDA, la cual entre otros objetivos busca garantizar los derechos individuales y sociales de las PVVS. En el 2002 logran derogar el artículo 16, literal "d" de la misma ley, el cual autorizaba la solicitud de la prueba del VIH para optar a un trabajo. En la actualidad se elaboran propuestas para reformas al Código de Trabajo y Código Penal.<sup>31</sup> En evaluaciones hechas en el período 2002-2003 por Futures Group, El Salvador clasificó como el país con mayor apoyo político en Centro América en materia de VIH/SIDA. En los rubros de Ley y Regulación y Derechos Humanos de las PVVS, El Salvador muestra liderazgo en Latinoamérica.<sup>32</sup>

<sup>30</sup> Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, MSPAS, Alcances y Logros de la Lucha contra el VIH/SIDA en El Salvador, 1999-2004, pag.22

<sup>31</sup> *Idem*, pag. 55 y 80.

<sup>32</sup> *Idem*, pag. 52 y 53.

A pesar de estos esfuerzos, se debe estar conciente que todavía hay mucho trabajo por hacer, sobre todo a nivel de la comunidad. Combatir el estigma y la discriminación es una parte crítica de la lucha contra la epidemia, y debe acompañarse de esfuerzos dirigidos hacia la prevención, tratamiento y cuidado de las personas que viven con VIH/SIDA, particularmente con acciones contra la inequidad de género y la violencia que alimentan a esta epidemia en las

mujeres en edad fértil. Se espera que los resultados de este estudio sirvan para demostrar la importancia que la educación tiene en las actitudes de aceptación y apoyo por parte de la sociedad, así como los factores que inciden en esta relación, y de esta forma orientar y fortalecer políticas y programas que causen aún mayor impacto en la erradicación de estas actitudes en nuestras mujeres salvadoreñas en edad fértil.

## 8. CONCLUSIONES

1. Se identificó que existe asociación entre conocimiento sobre prevención y transmisión del VIH/SIDA y las actitudes de las mujeres en edad fértil hacia personas que viven con VIH/SIDA.
2. Se observó que a mayor conocimiento sobre VIH/SIDA había menor prevalencia de actitudes de estigma y discriminación en las mujeres en edad fértil.
3. Se identificó que las mujeres más jóvenes, del área rural, con menor nivel socio económico y menor nivel educativo, presentaban mayor prevalencia de actitudes de estigma y discriminación hacia personas viviendo con VIH/SIDA.
4. El conocimiento acerca de las formas de transmisión del VIH/SIDA y el saber reconocer que una persona infectada puede verse sana presentó una asociación de mayor magnitud con actitudes de aceptación hacia las personas con VIH/SIDA que el conocimiento de las formas de prevención de la transmisión sexual.
5. La relación entre conocimientos de transmisión y actitudes de aceptación se ve modificada en su efecto por el área de residencia, nivel socioeconómico, estado civil, nivel educativo y conocimientos previos sobre ITS de la MEF entrevistada.
6. Las MEF del área rural, con menor nivel socioeconómico y educativo, sin conocimiento previo sobre ITS y sin pareja estable representan el grupo blanco para intervenciones, con mejor probabilidad de ser impactados por una estrategia educativa que busque aumentar los conocimientos acerca del VIH/SIDA, y de esa forma disminuir en forma significativa la prevalencia de actitudes de estigma y discriminación en nuestro país.
7. La prevalencia de uso de la prueba diagnóstica para VIH fue mayor en mujeres en edad fértil que habían oído hablar de ella previamente y que presentaban actitudes de aceptación hacia el VIH/SIDA.
8. Las MEF con actitudes de aceptación hacia las personas con VIH/SIDA, mostraron mayor prevalencia en la realización voluntaria de la prueba, y regresaron a recibir su resultado, en comparación con aquellas que no las presentaban.
9. Las mujeres en edad fértil que no se habían hecho la prueba presentaron mayor prevalencia de actitudes de estigma y discriminación hacia personas con VIH, independiente del motivo referido para no hacérsela.

## 9. RECOMENDACIONES

**A**l Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Ministerio de Educación, Organizaciones no gubernamentales con programas de educación en salud reproductiva, y entidades académicas nacionales:

1. Fortalecer las estrategias educativas orientadas a aumentar el conocimiento acerca de la prevención, formas de transmisión del VIH/SIDA y sensibilización acerca de estigma y discriminación hacia PVVS dirigidas a las mujeres en edad fértil de El Salvador, para promover el correcto entendimiento de esta condición.
2. Diseñar programas educativos sobre VIH/SIDA orientados a las mujeres en edad fértil con las siguientes características: área rural, bajo nivel socioeconómico, baja escolaridad, y sin pareja estable, grupo en el cual deberá hacerse impacto para disminuir el estigma y discriminación dentro de las comunidades.
3. Los programas de salud reproductiva, sobre todo en el área de VIH/SIDA, deberán hacer énfasis especial en el grupo de mujeres adolescentes de los 15 a 19 años, grupo altamente vulnerable y en quienes se puede lograr impacto significativo con estas acciones. También debe considerarse el grupo de mujeres arriba de los 44 años, ya que pueden ser no alcanzadas por las campañas dirigidas a mujeres en edad fértil y también contribuyen a la opinión y actitudes que la sociedad presenta hacia las PVVS.
4. Sensibilizar acerca del estigma y discriminación hacia PVVS a través de la educación sobre el tema del VIH/SIDA a personas clave de la sociedad como son líderes de la comunidad, entidades religiosas, empresa privada, y organizaciones políticas, involucrándolos en los esfuerzos de erradicar estas conductas y transformándolos en voceros en pro de las personas viviendo con VIH/SIDA.

A los poderes del Estado (Ejecutivo, Legislativo y Judicial), Derechos Humanos, Organizaciones de PVVS, Derechos de la Mujer, Ministerio de Trabajo.

5. Apoyar las iniciativas legales que promueven los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA y velar por su cumplimiento dentro de las distintas instituciones laborales y en la comunidad, apoyados en las instituciones que garantizan el cumplimiento de las leyes.

A las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que promueven los Derechos de la Mujer:

6. Reconocer a las mujeres en edad fértil como grupo vulnerables ante el VIH/SIDA, y

continuar con los programas de empoderamiento de la mujer dentro de la sociedad, garantizando el acceso al conocimiento del VIH/SIDA en forma oportuna y libre de coerciones ligadas al género.

## 10. BIBLIOGRAFIA

1. Aggleton, Peter, and Maluwa Miriam, Análisis comparativo: Estudios en India y Uganda, discriminación, estigma y negación relacionados con VIH/SIDA, ONUSIDA, Agosto 2001
2. Asir Uddin Swapon, Stigma biggest hurdle to AIDS Prevention in South Asia, XV International AIDS Conference.
3. Dirección de Planificación de los Servicios de Salud, MSPAS, El Salvador, 2004
4. Fisher, Andrew and Foreit James, Designing HIV/AIDS Intervention Studies, Population Council Press, May 2002
5. Kofi Annan-Iniciativa Global a los Medio de Comunicación, ONUSIDA, enero 2004
6. La Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA, Violencia contra la Mujer y SIDA, [womenaids@unaids.org](mailto:womenaids@unaids.org)
7. Mukasa Monico S, Tanga E., and Nuwagaba A., Uganda: HIV and AIDS-related Discrimination, Stigmatization and Denial, UNAIDS best practice collection, August 2001, pp 12-25.
8. OMS/ONUSIDA -Situación de la epidemia de SIDA, diciembre 2004
9. ONUSIDA, Poner fin a la violencia contra la mujer: poner freno a la propagación del SIDA, Diciembre 2004
10. ONUSIDA- Directrices para la elaboración de indicadores básicos ,Ginebra (Suiza), diciembre de 2002
11. Paiva V (2000) Gendered Scripts and the Sexual Scene: Promoting Sexual Subjects among Brazilian Teenagers. In Framing the Sexual Subject: The Politics of Gender, Sexuality, and Power, ed. R.G. Parker, R.M. Barbosa, P. Aggleton, 1:216-231 University of California Press

12. Peter Piot, Poner fin a la violencia contra la mujer, poner freno a la propagación del SIDA, declaración de prensa, ONUSIDA, diciembre 2004.
13. Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), El Salvador, 2005
14. Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Alcances y Logros de la Lucha contra el VIH/SIDA en El Salvador 1999-2004.
15. Ramos Quintanilla, Donald R. Proyecto Educativo para el Área Rural de Panchimalco, presentado en la Primera Conferencia Planeando e Implementando proyectos de VIH/SIDA para personal de Enfermería, San Salvador, Noviembre 2004
16. The Global Coalition on Women and AIDS, Preventing HIV infection in girls and young women [womenaids@unaids.org](mailto:womenaids@unaids.org)
17. UNFPA Executive Director, Stigma and Discrimination Stymie AIDS Prevention Efforts, World AIDS Day 2003
18. UNAIDS and WHO, AIDS Epidemic Update 2003
19. UNAIDS Fact Sheet, Stigma and Discrimination, December 2003

Factores asociados a la desnutrición infantil.  
Análisis secundario de la base de datos de FESAL-2002/03

## **Informe final**

Licda. Irma Yolanda Núñez  
Dr. Guillermo Carlos Santos Herrera

## AGRADECIMIENTOS

Los autores queremos agradecer el apoyo incondicional, aportes, sugerencias, el tiempo y la información proporcionada por las siguientes personas:

- \* Dra. Verónica de Betancourt (POLICY - El Salvador).
- \* Lic. Mario Cáceres (Coordinador de FESAL 2002/03- ADS).
- \* Lic. Juan Carlos Salguero (Especialista de FESAL - ADS).
- \* Dr. Wilfredo Clará (Consultor POLICY- El Salvador).

## I. INTRODUCCION

El estado nutricional de una población, especialmente de la niñez, es el resultado de una múltiple combinación de factores sociales, económicos, demográficos, sanitarios y prácticas de alimentación que son diferentes de una población a otra, por lo que es importante, para la determinación de políticas e intervenciones efectivas, determinar cuáles de estos factores pueden influir en la reducción de la desnutrición.

Una de las razones por las que es difícil incluir el mejoramiento de la nutrición en el desarrollo de programas es porque, aparte de las manifestaciones graves de la desnutrición, es difícil mostrar las consecuencias secundarias a un retraso grave de crecimiento físico, como son la deficiencia intelectual que produce la desnutrición en los primeros 2 años de vida. Es difícil mostrar y contabilizar con exactitud el daño que la malnutrición produce a la salud, la sobrevivencia, la capacidad intelectual, al rendimiento escolar, y al desarrollo social y económico del país (IFPRI, 2002). La desnutrición (aún leve y moderada) es una amenaza a la vida ya que el 56% de las muertes infantiles están asociadas a la desnutrición (Pelletier, 1993).

La nutrición tiene un papel muy importante como insumo en el proceso de desarrollo y se ha subestimado grandemente las implicaciones de la malnutrición en los primeros años de vida sobre la salud y la reducción de la pobreza y el desarrollo del país. Por ejemplo: mejorar el nivel de vitamina A, contribuye a reducir la mortalidad, especialmente la neonatal en un 23% (Agostina, 1994), la anemia por deficiencia de hierro es causa de bajo rendimiento escolar y afecta la mortalidad materna en un 20% y en los adultos se asocia a baja productividad.

La Nutrición es clave para lograr las Metas de Desarrollo del Milenio (MDM), fue declarado en la 31ª sesión del Comité Permanente de Nutrición de las Naciones Unidas (SCN) (ONU, 2002). Sin embargo para mejorar la nutrición se requiere una combinación de políticas a nivel macroeconómico, la municipalidad, la comunidad y las familias (WHO/UNICEF, 1999), por lo que este análisis nos brinda información que permite identificar que intervenciones que en el corto plazo tienen potencial de mejorar la nutrición en los diferentes niveles y especialmente en las intervenciones nutricionales que se pueden focalizar desde el sector salud.

## II. OBJETIVOS

### **Objetivo General.**

Identificar los factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años, que pueden ser factibles de modificar a través de intervenciones de corto o mediano plazo.

### **Objetivos Específicos.**

- 1) Determinar el peso de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, investigadas en FESAL 2002/03, en la prevalencia de la desnutrición en niños menores de 5 años.
- 2) Identificar los servicios de salud (utilización y acceso) asociadas al estado nutricional de los niños menores de 5 años.
- 3) Relacionar la prevalencia de desnutrición en niños menores de 5 años con la situación nutricional de las madres.
- 4) Identificar el efecto de la desnutrición en la incidencia de deserción y repitencia escolar.
- 5) Identificar el efecto de las prevalencias de la anemia en las prevalencias de deserción y repitencia escolar.

### III. METODOS

Los datos utilizados fueron recolectados en la encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL 2002/03, la cual es representativa a nivel nacional, por área rural, urbana y metropolitana y por Departamento. Se realizó un análisis secundario a partir de las bases de datos proporcionadas por la Asociación Demográfica de El Salvador ADS y POLICY.

Para el análisis de los factores asociados a la desnutrición crónica se utilizó el indicador talla para la edad y se trabajó con la base de datos de FESAL 2002/03.

En el análisis se incluyeron los niños y niñas de 0 a 59 meses y 29 días de edad, teniendo un total de 5939 casos no ponderados.

Para el análisis de los factores asociados a la desnutrición y la anemia, se utilizaron como variables dependientes el estado nutricional según el indicador de talla para la edad (desnutrición crónica) y la anemia según el indicador de hemoglobina menor de 11mg/dl. Para el análisis de asociación de la anemia y el retardo en talla con repitencia y deserción escolar, las variables dependientes fueron la deserción y la repitencia escolar.

Los datos se analizaron en el programa estadístico SPSS 12.0 y se aplicaron pruebas de análisis bivariado, correlación y de regresión logística.

Para el análisis de datos de anemia se creó una sub-base que contó con 4496 casos no ponderados la cual resultó de la escogitación de las madres que tenían un hijo seleccionado menor de 5 años y de los niños nacidos a partir de 1997 que cumplieran con la condición de estar vivos al momento de la entrevista, y para homogenizarlas se utilizó la variable "cuestionario" (la cual fue el ancla entre las dos bases de datos). Este procedimiento fue necesario pues algunas de las variables de interés no se encontraban en la base de datos de los hijos, sino en la base de datos de las mujeres (madres).

Para realizar los análisis relacionados al estado nutricional de los niños (as) menores de 5 años se seleccionaron de la muestra aquellos niños que fueron medidos (peso y talla) y que no tuvieron problemas en la medición. Mientras que para los análisis relacionados con anemia se seleccionaron de la muestra aquellos niños a quienes se les realizó la prueba de hemoglobina y que no tuvieron problemas en la medición.

Para reportar los resultados se ha utilizado el indicador talla para edad menor de -2.00 Desviaciones Estándar (D.E); ya que es el corte recomendado por la Organización Mundial de la Salud para reportar desnutrición en poblaciones y que corresponde a la distribución de una curva normal de población (Cogill, 2003).

Para el análisis de correlación se realizaron sub-bases de datos en SPSS 12.0, utilizando los porcentajes promedio por departamento que aparecen en el informe final de FESAL 2002/03.

En el documento se presentan los resultados más relevantes obtenidos de la asociación entre las diferentes variables para poder identificar los factores asociados al retardo en talla y la anemia en niños y niñas menores de 5 años y de esta

manera establecer recomendaciones de política, acordes a los resultados obtenidos.

Para el análisis e identificación de las variables de interés en el estudio, se utilizó el esquema de UNICEF, de los factores asociados a la desnutrición, que establece variables de tipo socioeconómico que determinan la seguridad alimentaria en el hogar (area de residencia, escolaridad de la madre, nivel de empleo, nivel socioeconómico y otros), variables de acceso y utilización de servicios de salud (atención de las enfermedades prevalentes, control prenatal y suplementación con micronutrientes) y variables relacionadas con las prácticas de cuidado y alimentación (lactancia materna y alimentación complementaria) (UNICEF, 1998).

## IV. RESULTADOS

### A. FACTORES ASOCIADOS A LA DESNUTRICION (RETARDO EN TALLA) EN MENORES DE 5 AÑOS.

#### 1. Descripción General de la Situación Nutricional de los niños y niñas menores de 5 años<sup>1</sup>.

La situación alimentaria y nutricional de una población refleja su bienestar económico y sus condiciones de vida tanto a nivel del hogar como de la comunidad. UNICEF en su marco conceptual que explica las causas de la desnutrición (UNICEF, 1998) establece que existen tres factores o pilares fundamentales, que juntos, son responsables de una buena o mala nutrición. Un pilar fundamental es la seguridad alimentaria, producto de la estructura económica y productiva del país, un segundo pilar es el acceso a los servicios de salud y la prevalencia de enfermedades infecciosas como producto de las condiciones de saneamiento y acceso a servicios básicos de las familias y un tercer pilar lo constituyen las prácticas de alimentación y cuidado de los niños tanto sanos como enfermos, como producto de los conocimientos y prácticas de salud y alimentación. Utilizando este marco, se analizaron las condiciones asociadas a la situación nutricional de los niños y las niñas en El Salvador, estudiando los datos recolectados en FESAL 2002/03, que se pueden incluir en cada uno de los tres factores.

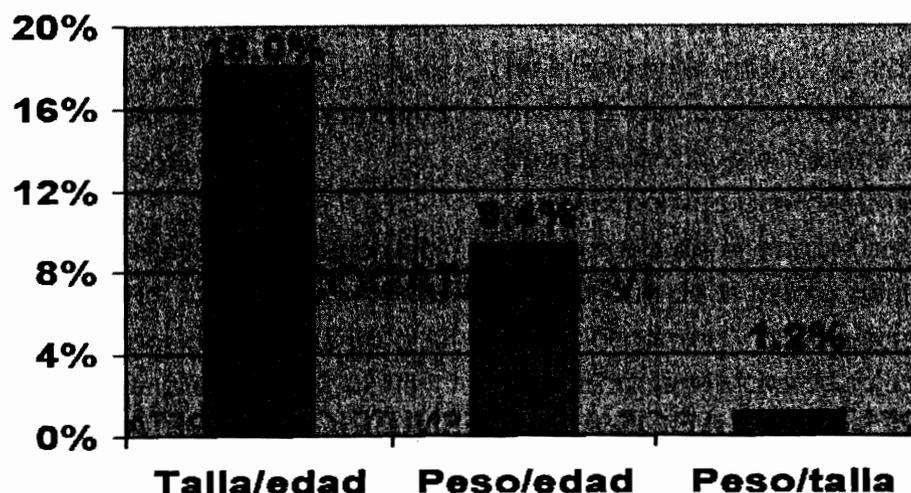
Según la grafica 1, el retardo en talla es el indicador nutricional que mejor refleja el deterioro nutricional de los niños y niñas, que es por períodos largos de tiempo y que inicia desde que una mujer tiene una talla pequeña, lo que ya es un condicionante para que los niños nazcan con bajo peso desde el nacimiento. En términos de política nutricional, este es el dato que más debería determinar las intervenciones alimentario-nutricionales, por lo que en adelante este es el indicador que se utilizará para determinar los factores asociados a la desnutrición.

En general, el retardo en talla es muy similar tanto en niñas como en niños. En niñas es de 18.6% y en niños del 17.5%, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, según sexo.

<sup>1</sup> En este análisis se incluyen los niños y niñas desde los 0 a los 59 meses y 364 días de edad. Los resultados presentados en el Informe FESAL 2002/03 (para propósitos comparativos con años anteriores), excluyen los niños y niñas menores de 3 meses de edad, por lo que hay pequeñas diferencias con el dato que aquí se presenta.

Gráfica 1:

**Estado Nutricional niños(as) 0 a 59 meses y 29 días, según los tres indicadores antropométricos estudiados.**



Según departamento, si se encontraron diferencias estadísticamente significativas, especialmente Ahuachapán que tiene una prevalencia mayor que todos los otros departamentos, a excepción de Cuscatlán, con el cual está muy similar, como se muestra en el cuadro 1.

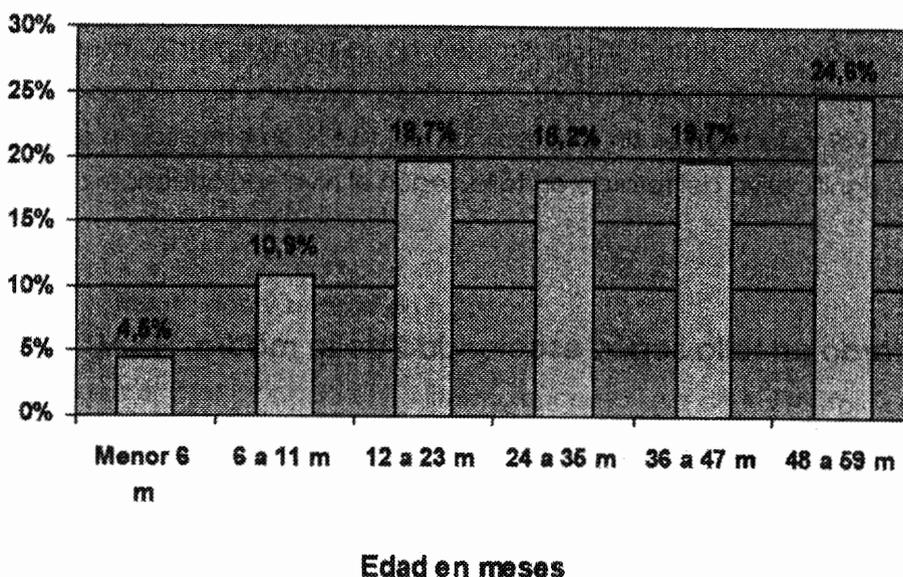
Cuadro 1:

**Retardo en talla según departamento.  
FESAL 2002/03.**

Departamento	Prevalencia (%)
1. Ahuachapán	34.1%
2. Santa Ana	24.9%
3. Sonsonate	21.2%
4. Chalatenango	22.6%
5. La Libertad	18.3%
6. San Salvador	11.8%
7. Cuscatlán	32.0%
8. La Paz	16.7%
9. Cabañas	20.0%
10. San Vicente	11.7%
11. Usulután	9.9%
12. San Miguel	14.6%
13. Morazán	21.4%
14. La Unión	15.7%
Total	18.0%

Gráfica 2:

**Retardo en talla en niños (as) menores de 5 años según edad. FESAL 2002/03.**



El retardo en talla, según edad, el grupo de 1 a 2 años es el más afectado, ya que es el momento en el que se "instala" la desnutrición, según se muestra en la gráfica 2 y a partir de esta edad, se mantiene el porcentaje de retardo en talla, prácticamente, para el resto de la vida, ya que la desnutrición es un proceso acumulativo de daños; que se confirma en los resultados del censo de talla en escolares de primer grado (Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación, El Salvador, 2000) realizado en el 2000, en el cual el porcentaje de retardo en talla es de 19.5% a nivel nacional, lo que refleja que el daño en los primeros 2 años es el que se mantiene para el resto de la vida.

**2. Variables sociodemográficas asociadas a la desnutrición en menores de 5 años (retardo en talla).**

El retardo en talla en los niños, resultó ser estadísticamente significativo según el área de

residencia. Siendo la prevalencia en el área rural de un 24.7%, más del doble del área urbana (11.2%) y metropolitana (10.1%), y en términos de recomendaciones de política implica la focalización de acciones y recursos en las áreas rurales, sin embargo si se considera que lo esperado en una población es el 2.3% (Cogill, 2003), aún para el área metropolitana es un problema de salud pública.

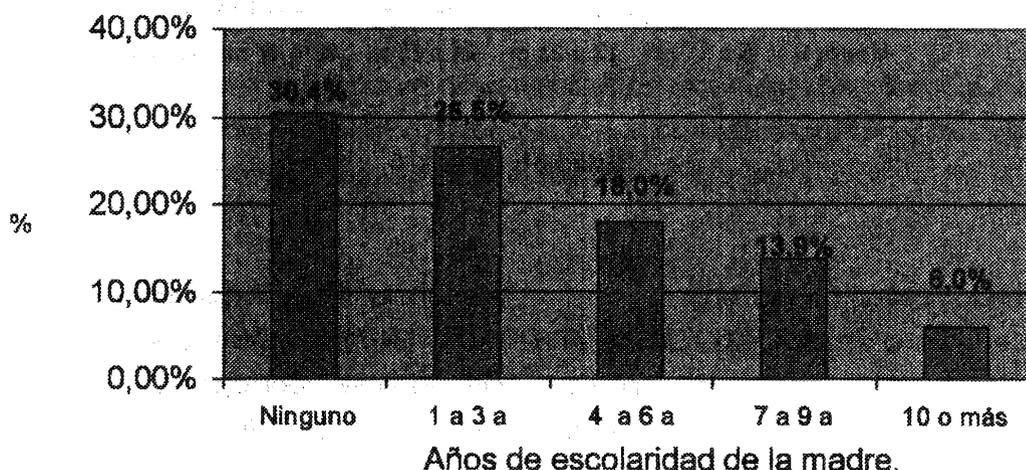
Según edad de la madre, el retardo en talla es mayor en los niños(as) del grupo de mujeres mayores de 35 años, con un 21%, mientras que en los niños de mujeres menores de 25 años es de 16.2%. No se encontró diferencia significativa entre el porcentaje de retardo en talla en los niños y el estado civil de las madres. En madres casadas o en unión el 17.6% de los niños presentaron retardo en talla y en madres separadas, viudas o solteras el 19.7%.

En cuanto al nivel educativo de la madre también se encontró diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de retardo en talla entre los niños de las madres sin ningún nivel educativo y los niños de las madres con 10 o más grados de estudio, según muestra la gráfica 3, confirmando que invertir en educación de las niñas es una estrategia de reducción de la desnutrición (National Institute of health, 1985).

El retardo en talla según situación de empleo de la madre mostró que no existe diferencia estadísticamente significativa entre el retardo en talla de los niños de madres con empleo fuera del hogar, con un 15.9% y de madres sin empleo con un 18.6%, sin embargo sí se encontró diferencia estadísticamente significativa del retardo en talla, según el nivel socioeconómico de la madre.

Gráfica 3:

**Retardo en talla según escolaridad de la madre. FESAL 2002/03**



El retardo en talla de los niños de madres con nivel bajo de tenencia de bienes y servicios en la vivienda es de 26.7%, mientras que en los niños de madres del nivel alto solamente se encontró el 6.5% de retardo. Es decir que no es estar empleada o no lo que se asocia con el estado nutricional de los niños; sino el nivel de poder adquisitivo (medido por los bienes y servicios con los que cuenta) lo más importante para mejorar la desnutrición. Este resultado es coherente con la situación económica de la población salvadoreña, que presenta altos niveles de sub-empleo y salarios bajos, en los cuales a pesar de que la madre se considere "empleada" el nivel de ingreso es bajo, y esta situación afecta especialmente al área rural (PNUD, 2003).

Un factor importante asociado a la desnutrición es el tamaño familiar, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa en el porcentaje de retardo en talla en niños de familias con menos de 6 miembros con un 14.8% y el doble, en familias con más de 10 miembros con un 29.2%, según se muestra en el cuadro 2.

**Retardo en Talla en menores de 5 años, según el tamaño familiar <sup>2</sup>. FESAL 2002/03.**

No. de Miembros de la familia	% de retardo en talla
1 a 5	14.8
6 a 10	21.0
Más de 10	29.2
	Valor de p = 0.000

**3. Prácticas de alimentación y retardo en talla.**

Un pilar fundamental, mencionado en la literatura, como uno de los factores asociados al estado nutricional, es las prácticas de alimentación de niños y niñas (UNICEF, 1998), por lo que se investigó su asociación, sin embargo es importante aclarar que el objetivo de FESAL 2002/03, no era determinar, ni cualificar las practicas de alimentación y lactancia materna, si no básicamente determinar la práctica de la lactancia materna exclusiva y en este sentido esto aplica solamente a los menores de 6 meses fundamentalmente, sin embargo para poder hacer un análisis de los datos con los que se contaba, se hizo una selección de las variables que podrían considerarse como "prácticas óptimas" y representativas en algunos grupos de edad.

En el país, el promedio de lactancia materna exclusiva es de solamente 2.3 meses y todavía alrededor del 50% de las madres no inicia la lactancia en la primera media hora después del parto.

La práctica de apego precoz<sup>3</sup> en las primeras dos horas después del parto, es fundamental para el éxito de la lactancia materna, sin embargo no está asociada al retardo en talla. En el grupo de niños que tuvieron apego precoz en las primeras 2 horas el retardo fue de 18.2% y en el grupo de más de 4 horas fue de 19.2%.

En el grupo de niños y niñas menores de 6 meses, se analizó la asociación entre retardo en talla y lactancia materna y a pesar de que el retardo en talla se manifiesta mayormente después de los 6 meses (Cogill, 2003), se encontró una asociación estadísticamente significativa en el grupo de niños sin lactancia con un 17.4% de retardo en talla y un 3.8% en el grupo de niños con lactancia exclusiva.

En el grupo de niños menores de 2 años, que es el grupo en el que se recomienda la lactancia materna, se analizó la asociación entre los niños que reciben lactancia y los que no reciben lactancia

<sup>2</sup> Este cruce se realizó tomando la sub-base creada (4496 casos no ponderados)

<sup>3</sup> Este cruce se realizó tomando la sub-base creada (4496 casos no ponderados)

materna. En este análisis se encontró asociación significativa en el grupo de menores de 6 meses y hasta un año, sin embargo en el grupo de mayores de 1 año, no se encontró asociación significativa, según se muestra en el cuadro 3.

Cuadro 3:

**Retardo en talla según lactancia materna en niños (as) menores de 2 años.  
FESAL 2002/03.**

Tipo de alimentación	% de retardo en talla		Valor de p (test de Fisher)
	Con Lactancia Materna	Sin Lactancia Materna	
Menores de 6 meses	3.5	17.4	0.01
6 a 11 meses	9.0	20.7	0.02
12 a 24 meses	21.8	17.3	0.52

Este dato es importante retomar para mejorar la consejería en lactancia materna y alimentación complementaria, ya que el efecto protector de la lactancia se pierde cuando la práctica es inadecuada, como lo han mostrado otros estudios cualitativos en el país (Ministerio de Salud Pública, El Salvador, 1994), en los cuales se encontró que la práctica de la lactancia materna ha sido muy inadecuada y además porque después del año los alimentos complementarios son muy importantes para lograr una alimentación adecuada (World Health Organization, 1998).

Se incluyó en el análisis la práctica de alimentación en niños de 6 a 24 meses, considerándose como niños con "alimentación adecuada" a quienes estaban recibiendo semisólidos y además lactancia materna<sup>4</sup>. Se analizó el porcentaje de retardo en niños con alimentación adecuada y niños sin alimentación adecuada y se encontró una asociación significativa en el grupo de menores de un año con alimentación adecuada, sin embargo en los mayores de un año no se encontró diferencias estadísticamente significativas, como se muestra en el cuadro 4, posiblemente porque la práctica adecuada, no pudo ser determinada en este estudio, con el detalle que se necesita, ya que después del año son más determinantes del estado nutricional la frecuencia, cantidad y consistencia de los alimentos complementarios (World Health Organization, 1998), sobre todo si se considera que la práctica de la lactancia en el país no es adecuada, como se ha identificado en otros estudios, como se mencionó anteriormente.

<sup>4</sup> Para establecer "alimentación adecuada" también se requieren otros datos, pero estos son los que se investigaron en el estudio de FESAL-2002/03, para otros propósitos.

**Retardo en talla según tipo de alimentación en niños (as) de 6 a 24 meses.  
FESAL 2002/03.**

Tipo de alimentación	% de retardo en talla		Valor de p (test de Fisher)
	Alimentación Adecuada		
	SI	NO	
6 a 11 meses	8.4	19.6	0.01
12 a 24 meses	21.4	17.9	0.71

#### 4. Acceso y utilización de servicios de salud y retardo en talla.

Otro factor fundamental, según el enfoque de UNICEF, en las causas de la desnutrición (UNICEF, 1998), es el acceso y utilización de los servicios de salud, que implica una mejor y oportuna atención de las enfermedades y un mejor cuidado integral de la salud, en los cuales se incluye la atención prenatal, inmunización, suplementos de micronutrientes, etc.

Para analizar estos aspectos se analizó la prevalencia de retardo en talla de los niños de madres que asistieron a su control prenatal, encontrándose una diferencia significativa en el porcentaje de retardo en los niños que tuvieron control prenatal con un 16.2% y un 30.5% en aquellos cuyas madres no asistieron al control prenatal. Por otra parte, fue altamente significativa la diferencia entre el retardo en talla de aquellos que tuvieron menos de 5 controles (21.5%) y los que tuvieron 5 o más controles con un 14%.

La deficiencia de Vitamina A, está asociada al retardo en crecimiento en niños(as) menores de 5 años (Amaya, 2002). En este estudio, solamente se estudió la cobertura de

suplementación con vitamina A, encontrándose que la cobertura es muy baja, solamente el 20.2%, habían recibido alguna vez vitamina A.

En cuanto al retardo en talla y la suplementación con vitamina A en niños(as) de 6 a 59 meses<sup>5</sup>, se encontró que no existen diferencias en la prevalencia de retardo en talla y el hecho de haber recibido vitamina A en los últimos 6 meses. Es importante aclarar que el porcentaje de niños (as) que han recibido vitamina A en los últimos 6 meses fue muy bajo (17.5% de los que habían recibido Vitamina A alguna vez en la vida (20% de la población estudiada) por lo que el poder para establecer conclusiones a partir de estos resultados es muy bajo. Esta aclaración aplica también para la suplementación con hierro.

El Hierro es uno de los nutrientes esenciales para asegurar el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas en sus primeros años de vida (The United Nations University, 2004), por esta razón se relacionó el retardo en talla y la suplementación con Hierro en los últimos 4 meses.<sup>6</sup> En el análisis no se encontró asociación significativa. El 16.6% de los que recibieron suplemento de hierro, en los últimos 4 meses,

<sup>5</sup> Para el análisis de las variables de uso de suplementos y antiparasitarios se utilizó la sub-base de datos n = 4496.

<sup>6</sup> Se tomó el periodo de los últimos 4 meses porque fue el periodo más corto encontrado en la base de datos.

presentaron retardo en talla y el 19.1% de los niños (as) que recibieron suplemento alguna vez en la vida presentaron retardo en talla, no encontrando diferencias estadísticamente significativas.

Otro factor importante, para evaluar el acceso a los servicios de salud es la atención oportuna de las enfermedades prevalentes de la infancia, lo cual significa disminución de los períodos de enfermedad y disminución de las complicaciones y con ello un menor deterioro nutricional (Pelletier, 1993). En este sentido se estudió la prevalencia de retardo en talla en aquellos niños que presentaron diarrea (702 casos) y en éstos los que buscaron ayuda para su atención (343 casos), y se encontró que en los niños que consultaron hay significativamente menor prevalencia de retardo en talla 14.6% y en los que no consultaron el 23.6% presentó retardo en talla, con un valor de p: 0.003. Es importante notar que el número de niños con diarrea fue solamente de 702, por lo que el análisis estadístico disminuye su representatividad y el poder para establecer conclusiones, al igual que para la prevalencia de IRA.

En relación al retardo en talla y la búsqueda de ayuda por IRA, se encontró un 13.7% de niños con retardo en talla, mientras que en el grupo que no consultó por esta enfermedad se encontró un

19.3% de niños con retardo en talla, con un valor de p de 0.001.

##### **5. Prevalencia y duración de las enfermedades y retardo en talla.**

La alta prevalencia de enfermedades infecciosas principalmente en los primeros años de vida, cuando son mas frecuentes, es una causa asociada a la desnutrición y a mayor desnutrición mayor morbilidad, lo que crea un círculo que fácilmente lleva a la muerte y esta sinergia es la que incrementa la mortalidad infantil (Pelletier, 1993).

Se evaluó la prevalencia del retardo en talla y prevalencia de diarrea durante los últimos 15 días a la encuesta y se encontró una diferencia estadísticamente mayor de retardo en talla en los niños (as) con diarrea. Sin embargo no se encontró diferencia significativa entre la prevalencia de retardo en talla y número de días de duración de la diarrea.

En cuanto a la asociación con la prevalencia de enfermedad respiratoria (tos o dificultad para respirar), no se encontró diferencia estadísticamente significativa. En el grupo con infección respiratoria se encontró al 16.1% y en el grupo sin infección respiratoria fue de 16.7%.

## B. FACTORES ASOCIADOS A LA ANEMIA

### 1. Descripción General de la situación de anemia de los niños y niñas de 6 a 59 meses y 29 días<sup>7</sup>:

La anemia es uno de los principales problemas nutricionales en el país. Al comparar FESAL 1998 con FESAL 2002/03 se nota que la prevalencia de anemia en niños de 6 a 59 meses y 364 días se ha mantenido igual en 19.8%).

La anemia en niños (as), se midió por el análisis de hemoglobina en sangre capilar, menor de 11 mg/dl, utilizando hemocue y se realizó la prueba a niños y niñas de 6 a 59 meses y 29 días, encontrándose que el 21.2% presentaban anemia, con un porcentaje significativamente mayor de los niños (22.4%) que en las niñas (19.8%).

Por departamento también se encontraron diferencias estadísticamente significativas como se muestra en el cuadro 7, que al igual que en el retardo en talla, ahuachapán es el que presenta el mayor porcentaje con un 32.2%.

Cuadro 5:

#### Prevalencia de anemia según departamento. FESAL 2002/03.

DEPARTAMENTO	% de ANEMIA
Ahuachapán	32.2
Santa Ana	22.8
Sonsonate	21.6
Chalatenango	28.8
La Libertad	24.4
San salvador	15.2
Cuscatlán	20.1
La Paz	22.2
Cabañas	21.3
San Vicente	18.9
Usulután	17.4
San Miguel	24.6
Morazán	27.4
La Unión	26.8

Valor de p = 0.000

<sup>7</sup> Se incluyeron en el análisis los niños y niñas desde los 6 a 59 meses de edad.

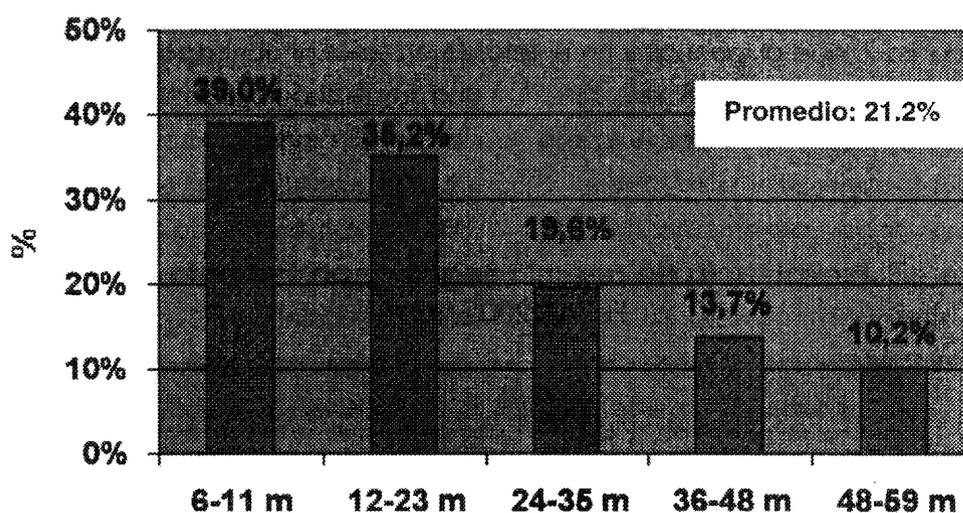
## 2. Factores Sociodemográficos asociados a anemia:

La prevalencia de anemia según área de residencia, fue significativamente mayor en los niños (as) del área rural (21.2%) que en el área metropolitana (18.6%) y resto urbano (17.7%), aunque aún en el área metropolitana se mantiene alta.

Es importante, para el diseño de políticas, el hallazgo de la prevalencia de anemia según edad del niño (a) ya que como se muestra en la gráfica 4, fue significativamente mayor en el grupo de 6 a 11 meses que en los mayores de 48 meses.

Gráfica 4:

**Prevalencia de anemia según edad del niño(a). FESAL 2002/03.**



Según edad de la madre, como se muestra en el cuadro 8, existen diferencias significativas entre los diferentes grupos de edad. La prevalencia de anemia en los niños fue significativamente mayor en el grupo de madres de 15 a 19 años con un 28.3%, ya que la demanda de hierro en esta edad de la mujer es alta y se duplica con la demanda durante el embarazo y si no hay suficiente ingesta de hierro para los dos, los niños, tienen mayor posibilidad de nacer deficientes (International Life Sciences Institute, OPS, 1998.). Este resultado también tiene que ver con el diseño de políticas de planificación familiar y prevención de embarazos en adolescentes.

La prevalencia de anemia según estado civil de la madre, mostró que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. El grupo de madres separadas, viudas y divorciadas fue de 16.5%, mientras que para las casadas o en unión fue del 21.8% y en las solteras de 21.2%. Esta asociación no es clara en su nivel de significancia.

Cuadro 6:

**Prevalencia de anemia en niños 6 a 59 meses y 29 días, según edad de la madre.  
FESAL 2002/03.**

Edad de la madre	% de Anemia en niños 6 a 59 meses
15 - 19 años	28.3
20 - 24 años	20.7
25 - 29 años	21.7
30 - 34 años	19.7
35 - 39 años	22.7
40 - 44 años	13.3
45 - 49 años	20.3

Valor de p = 0.000

La prevalencia de anemia según nivel educativo de la madre (en años), mostró que existen diferencias significativamente mayores en los grupos de menor escolaridad comparados con los grupos de mayor escolaridad, según se muestra en el cuadro 9.

Cuadro 7:

**Prevalencia de anemia en niños 6 a 59 meses, según nivel educativo de la madre.  
FESAL 2002/03.**

Nivel educativo de la madre (en años)	% de Anemia en niños 6 a 59 meses
Ninguno	22.8
1 - 3	26.6
4 - 6	24.1
7 - 9	18.2
10 a más	14.6

Valor de p = 0.000

Por otra parte, también se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de anemia en el grupo de madres según el empleo. Las madres sin empleo, tienen el 22.2% de los hijos con anemia, mientras que las madres que trabajan fuera, tienen el 17.3%, esto como un indicador de la asociación entre condiciones económicas y de ingreso y la prevalencia de deficiencias nutricionales.

Según nivel socioeconómico de la madre, se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de anemia, como se muestra en el cuadro 10. Es importante resaltar que aún en el grupo de alto nivel socioeconómico, la anemia representa un problema de salud pública, ya que afecta a más del 10% de la población.

**Prevalencia de anemia en niños(as) 6 a 59 meses y 29 días, según nivel socioeconómico de la madre. FESAL 2002/03**

Nivel socioeconómico	% de prevalencia de anemia
Bajo	24.6
Medio	21.0
Alto	12.9

Valor de p = 0.000

Otro factor demográfico importante en los problemas nutricionales es el tamaño familiar, que en relación con la anemia, se encontró, que en los niños en el grupo familiar de menos de 5 miembros es de 19.7% y en el grupo de más de 10 miembros el porcentaje fue significativamente mayor (32.8%), que nuevamente confirman la necesidad de mejorar y aumentar la planificación familiar en el país.

### **3. Acceso y utilización de los servicios de salud y Prevalencia de Anemia.**

La anemia, puede establecerse como una condición crónica desde el nacimiento de los niños, cuando éstos nacen de una madre también anémica (Ramakrishnan, 2000), por esta razón al analizar la Prevalencia de Anemia y el Control prenatal, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los niños cuyas madres asistieron al control prenatal con un 19.6% y entre los niños de madres que no asistieron al control prenatal que fue de 31.8%. Sin embargo el número de controles no mostró tener significancia en la prevalencia de anemia de los niños, lo que muestra que aún de pocos contactos se benefician los niños.

Muchos estudios han mostrado una asociación entre la deficiencia de vitamina A y la anemia (Villamor, 2000), sin embargo en el país no se cuenta con información sobre los niveles de

deficiencia de vitamina A desde 1988. En el estudio no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los niños que recibieron suplementos de vitamina A en los últimos 6 meses (22.6%) y los que no han recibido vitamina A (21.6%). Es importante aclarar que para este análisis el número de niños que habían recibido vitamina A en los últimos 6 meses fue pequeño, por lo que el poder para establecer conclusiones, de estos resultados es muy bajo.

Una estrategia importante en la reducción de la anemia en la niñez, tanto en países desarrollados como sub-desarrollados, es la suplementación preventiva con jarabe de hierro (World Health Organization/United Nations University/UNICEF, 2001). En el país, el Ministerio de Salud ha implementado desde hace varios años la suplementación rutinaria de jarabe de hierro (sulfato ferroso) en los niños y niñas y tabletas (sulfato ferroso más ácido fólico) en mujeres en edad fértil (Gerencia de la Mujer y Niñez, Ministerio de Salud Pública, El Salvador, 2004).

En el análisis de la prevalencia de anemia y la suplementación con Hierro en niños y niñas de 6 a 59 meses, no se encontraron diferencias significativas entre la prevalencia de anemia en niños que han recibido alguna vez en su vida hierro (20.6%) y los que nunca han recibido el suplemento (17.5%). Sin embargo si se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los

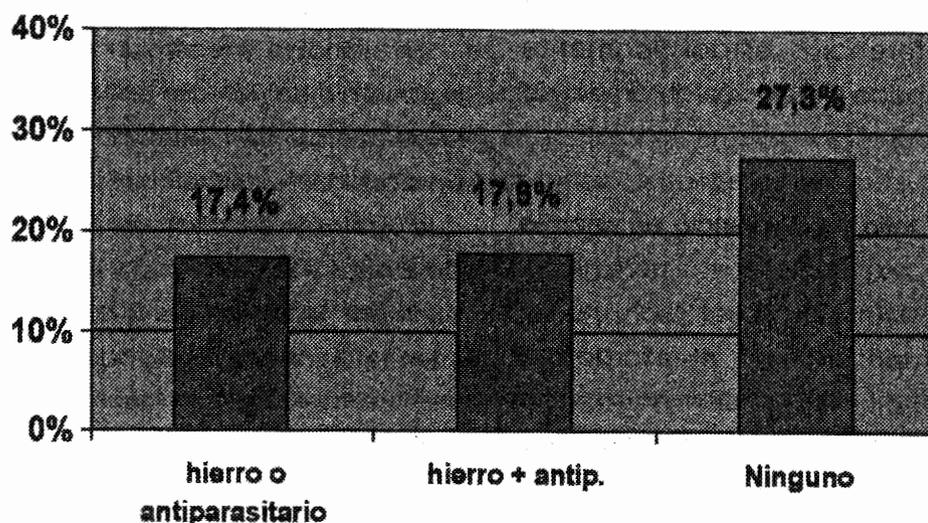
niños que al momento de la entrevista tenían menos de 5 días de haber recibido suplemento de hierro (17%), con los que tenían más de 5 días de haber recibido el hierro (34.4%), esto confirma que la efectividad de los suplementos depende de muchos aspectos logísticos y del grado de cumplimiento en la utilización de los suplementos (Schultink. 1996).

Otra intervención importante, mencionada en la literatura, para el control de la anemia es la desparasitación periódica de los niños y las niñas (Nestel. 2004), que el ministerio ha establecido en una forma preventiva en el programa de de atención integral a la niñez y en los protocolos de la estrategia de atención integral a las enfermedades prevalentes de la niñez -AIEPI (Ministerio de Salud, Programa de Atención Integral a la Niñez, El Salvador. 2005).

En el análisis se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la prevalencia de anemia en los niños y niñas que recibieron antiparasitarios o hierro (17.4%) o ambos (17.9%) y los que nunca han recibido ninguno (27.3%), como se muestra en la gráfica 5.

Gráfica 5:

**Prevalencia de Anemia y Administración de Antiparasitarios en los últimos 6 meses<sup>8</sup> y suplementación con hierro. FESAL 2002/03**



En cuanto al acceso a servicios de salud, tomando la búsqueda de ayuda por enfermedades como la diarrea e ira, no se encontraron diferencias significativas entre el porcentaje de anemia en los niños que buscaron ayuda y los que no.

<sup>8</sup> Este análisis se hizo solamente en niños de 24 a 59 meses.

#### **4. Prevalencia y duración de las enfermedades y prevalencia de anemia.**

Las enfermedades infecciosas generan grandes pérdidas de nutrientes, especialmente vitaminas y minerales que participan en procesos de formación de anticuerpos, como los son la vitamina A y el hierro (Castillo-Durán, 1988). En el análisis se encontró una diferencia estadísticamente significativamente mayor (valor  $p = 0.001$ ) de anemia entre el grupo de niños que presentaron diarrea durante los últimos 15 días (25.7%) y en los que no habían tenido diarrea el 20.4%, sin embargo no se encontró diferencia en la prevalencia de anemia según el número de días que tuvo diarrea.

En cuanto a presencia de enfermedad respiratoria (tos o dificultad para respirar) y la prevalencia de anemia, en el estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, tampoco en relación al número de días con la infección.

#### **5. Retardo en talla y prevalencia de anemia del niño.**

Otro factor importante en el retardo del crecimiento son las deficiencias de micronutrientes, vitaminas y minerales que intervienen en el crecimiento (Ramakrishnan, 2000). En El Salvador la anemia es un problema importante de salud pública y en el análisis se encontró una diferencia significativamente mayor de retardo en talla en los niños con anemia, 25.1%, mientras que en el grupo sin anemia fue del 20.5%, con lo cual se comprueba que es la deficiencia en la alimentación una causa importante de

retardo en talla, en una compleja interrelación de disponibilidad de nutrientes y prácticas de alimentación (World Health Organization, 1998).

### **C. ASOCIACION ENTRE LA DESNUTRICION (RETARDO EN TALLA) Y LA ANEMIA CON LA REPITENCIA Y DESERCIÓN ESCOLAR**

Tanto la anemia como en el retardo en talla son condiciones crónicas en el país y éstos cuando afectan los primeros años de vida de una persona están asociados con consecuencias negativas en años posteriores. La anemia afecta en un 20% el rendimiento académico (Ramakrishnan, 2000) y el retardo en talla está también asociada a bajo coeficiente intelectual (UNICEF, 1998).

En el análisis se realizó una correlación entre el porcentaje de Retardo en talla y la anemia con el porcentaje de repitencia y deserción escolar en cada departamento. Es importante aclarar que el retardo en talla y la anemia es en menores de 5 años y la repitencia y deserción escolar es en niños mayores de 7 años, por lo que la interpretación de los resultados es muy cuidadosa, en no establecer conclusiones, con este tipo de análisis.

En los resultados del análisis, utilizando los datos señalados, no se encontró correlación estadísticamente significativa entre ninguna de las variables relacionadas. Se requieren estudios longitudinales que son los que establecen mejor estas asociaciones.

## V. CONCLUSIONES

1. Los factores sociodemográficos asociados al retardo en talla que presentaron significancia estadística fueron, el lugar de residencia (área rural), la edad de los niños (el grupo de 1 a 2 años); la escolaridad de la madre (mayor de 7 años de estudio); la edad de la madre (mayores de 35 años), y el nivel socioeconómico bajo.
2. El tamaño familiar (mayor de 6 miembros) fue asociado con mayor prevalencia de retardo en talla, lo que justifica una mayor promoción y atención a los factores reproductivos de la población y a la planificación familiar.
3. En relación a las prácticas de alimentación, la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida y hasta el año de edad es altamente protectora, sin embargo este efecto desaparece después del año, debido a que después del año son más importantes los alimentos complementarios.
4. Se estableció claramente la relación nutricional entre el binomio madre-hijo(a), ya que los cuidados y atención de la mujer durante la gestación garantizan un niño(a) sano y con crecimiento adecuado.
5. Los resultados de este análisis muestran que el acceso a servicios básicos de salud como son el control prenatal y la atención oportuna de las enfermedades prevalentes son efectivas en la prevención del retardo en talla.
6. La suplementación con vitamina A y hierro, por haberse obtenido coberturas muy bajas no permiten establecer conclusiones finales sobre su efecto en el retardo en talla.
7. En la prevalencia de anemia también se asociaron los mismos factores sociodemográficos que para el retardo en talla lo que indica que los aspectos relacionados a la seguridad alimentaria y condiciones de vida en los hogares requieren intervención inmediata dentro de las políticas macroeconómicas.

8. El control prenatal y la prevalencia de la diarrea fueron significativamente asociados a la anemia y tiene implicaciones importantes en el reconocimiento de los aspectos de atención integral a la salud de mujeres y niñez, necesarios para mejorar la nutrición.
9. La suplementación con hierro, a pesar de haberse obtenido coberturas muy bajas en el momento de la encuesta, se logró establecer asociación con la anemia, y significa que existe necesidad de mejorar los aspectos logísticos del programa y de utilización adecuada de los suplementos de hierro.
10. En un medio donde las condiciones de saneamiento son muy bajas, la desparasitación muestra un efecto importante sobre todo si se realiza integralmente con la suplementación con hierro, que juntos muestran un efecto potencial para la reducción de la anemia.
11. Es importante reconocer, que aún dentro de los límites que la pobreza y las condiciones de vida de la población, existen espacios desde el sector salud, que pueden mejorar la situación nutricional, con intervenciones efectivas que logren un mayor impacto, que el que se ha mostrado en los últimos 15 años, en la reducción de la desnutrición.

## VI. RECOMENDACIONES DE POLITICA

La salud y nutrición tienen un papel muy importante como insumos en el proceso de desarrollo y se ha subestimado grandemente las implicaciones de la malnutrición en los primeros años de vida sobre la salud y la reducción de la pobreza y el desarrollo del país.

Se comprueba la teoría de UNICEF que indica que existen factores asociados a la desnutrición desde la estructura económica del país, que determinan la seguridad alimentaria en los hogares, factores asociados al acceso a servicios de salud y atención oportuna de las enfermedades prevalentes y en tercer lugar factores asociados a las prácticas de alimentación de los niños y las niñas.

Desde este punto de vista es importante establecer que para poder eliminar la desnutrición y sus consecuencias, es necesario abordar con acciones que enfrenten los diferentes factores asociados y desde los diferentes sectores, en un marco a largo plazo que incluya la reducción de la pobreza, mejorar el nivel de educación y la situación de las mujeres y promover la seguridad alimentaria que garanticen el desarrollo sostenible del país.

Desde el sector salud, que es el responsable de vigilar la situación nutricional de la población y que muchas veces es el que más sufre las consecuencias de la desnutrición, según el análisis de los factores asociados a la desnutrición (retardo en talla) y la anemia, se han identificado factores que pueden contribuir a la reducción de la desnutrición y la anemia con intervenciones integrales de atención a la mujer y la niñez, como grupos prioritarios.

1. Es importante, que debido a los pocos recursos tanto humanos como materiales, el ministerio de salud y los organismos no gubernamentales y otras instituciones que trabajan en salud y nutrición prioricen los grupos de atención, focalicen las intervenciones nutricionales y que éstas se integren a la atención en los servicios de salud a nivel de establecimientos de salud y la comunidad, es decir las intervenciones nutricionales no deben ser programas separados.
2. Los resultados obtenidos indican que es prioritario el grupo de mujeres gestantes y niños y niñas menores de dos años y que es importante focalizar en las áreas rurales del país sobre todo de los departamentos de: Ahuachapán, Cuscatlán, Santa Ana, Chalatenango y Morazán como los más afectados en este momento.

3. Integrar las acciones nutricionales (consejería en lactancia materna, alimentación complementaria y suplementación con micronutrientes) a la atención integral a la niñez y la mujer, en los establecimientos de salud y en la comunidad.
4. Para lograr la integración de nutrición en los servicios de salud, es importante fortalecer las habilidades y conocimientos de nutrición del personal de salud.
5. Desde el sector salud, según los resultados de este análisis, se puede decir que hay un conjunto de intervenciones nutricionales esenciales y prioritarias:
  - Promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementada hasta los 6 meses.
  - Promover la adecuada alimentación complementaria a partir de los 6 meses.
  - Promover la adecuada suplementación con micronutrientes (hierro, ácido fólico y vitamina A) durante la gestación y los primeros años de vida.
  - Promover la atención oportuna y adecuada de las enfermedades prevalentes en la infancia.
  - Incrementar la demanda y utilización de los servicios de planificación familiar por medio de la consejería, promoción, información y educación en poblaciones vulnerables. Además de asegurar el abastecimiento de métodos anticonceptivos en los establecimientos de salud para que exista siempre la oferta básica de anticonceptivos.
  - Mejorar la cobertura del control prenatal.
6. Fortalecer los servicios de salud y nutrición a nivel comunitario es fundamental para lograr cambios en las prácticas de alimentación y la atención oportuna y adecuada de las enfermedades. Estrategias operativas, que acerquen a las comunidades y las familias el apoyo para mejorar las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria deben ser fortalecidas y priorizadas.
7. Mejorar la cobertura del programa de suplementación con micronutrientes y los aspectos logísticos y de utilización de los suplementos es fundamental para aumentar el impacto aquí demostrado, sobre todo en la prevención de la anemia.
8. Los programas de aumento de cobertura en la planificación familiar son importantes para la disminución de los problemas nutricionales, ya que familias más pequeñas presentaron mejores indicadores de retardo en talla y anemia.
9. Mejorar en la calidad y cobertura del control prenatal contribuirán a una mejor condición nutricional tanto de las madres como de la niñez.
10. El ministerio de salud debe establecer mecanismos de coordinación en los diferentes sectores involucrados para lograr políticas que mejoren la situación nutricional. Su papel fundamental es en vigilar la situación nutricional constantemente y alertar a los otros sectores en las consecuencias que para el país ocasiona, la falta de las intervenciones adecuadas.
11. Con base a los resultados obtenidos de este estudio es necesario desarrollar investigaciones operativas que permitan identificar a profundidad los aspectos relacionados a la logística y utilización de los suplementos de micronutrientes.
12. Es fundamental un estudio sobre los niveles de deficiencia de vitamina A en la niñez, ya que desde 1988 no se cuenta con información para la toma de decisiones.

## VII. BIBLIOGRAFIA

- \* Agoestina, T.: et. al. Safety of one 52 mmol (50,000 UI) oral dose of vitamin A administered to neonates. Bulletin WHO, 1994.
- \* Amaya CD; Viloria CH; Ortega P; Gómez G; Urrieta JR; Lobo P; Estevez J. Vitamin A deficiency and the anthropometric nutritional status in underprivileged children from urban and rural slums in the Zulia State, Venezuela. Instituto de investigaciones clínicas. Venezuela, 2002.
- \* Asociación Demográfica de El Salvador, ADS. Encuesta Nacional de Salud Familiar- FESAL. El Salvador, 1998.
- \* Castillo-Durán C, Vial P, Uauy R. Trace Mineral Balance During Acute Diarrhea in Infants. Journal of Pediatrics, 113. 1988.
- \* Cogill, Bruce. Anthropometric Indicators Measurement Guide. Food and Nutrition Technical Assistance Project, Academy for Educational Development, Washington, D.C., 2003.
- \* FESAL 2002/03, "Encuesta Nacional de Salud Familiar". El Salvador, 2003.
- \* Gerencia de la Mujer y Niñez, Ministerio de Salud Pública. Manual de suplementación con micronutrientes. Tercera edición, El Salvador, 2004.
- \* Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias, IFPRI. "La Agenda Inconclusa. Perspectivas para Superar la Pobreza, el hambre y la Degradación Ambiental". Washington, D.C. 2002.
- \* International Life Sciences Institute, OPS. Conocimientos Actuales sobre Nutrición. Séptima edición. Washington, D.C. 1998.
- \* M. Peña y J. Bacallao. La Obesidad en la Pobreza, un nuevo reto para la salud pública. OPS/ OMS. Washington, D.C. 2000.

- \* M.A. Méndez, C.A.; Monteiro & B.M. Popkin. Overweight exceeds underweight among women in most developing countries.
- \* Ministerio de Salud Pública. Aprendiendo más del desafío para todos: Prácticas, Percepciones y maneras de mejorar la alimentación de los niños, en las zonas más pobres de El Salvador. 1994.
- \* Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación.: Segundo Censo Nacional de Talla en Escolares de Primer Grado de El Salvador. El Salvador, 2000.
- \* Ministerio de Salud, Programa de Atención Integral a la Niñez. Guía de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia-AIEPI. El Salvador, 2005.
- \* National Institute of health. Consensus Development Panel on the health implications of obesity. Annals of Internal Medicine 1985.
- \* Nestel P; Davidsson L. Anemia, Deficiencia de Hierro y Anemia Ferropriva. Declaración de INAGC. Estados Unidos, 2004.
- \* ONU. Comité permanente de nutrición del sistema de las Naciones Unidas. Nutrición: la base para el desarrollo. 2002.
- \* Organización Panamericana de la Salud. La Obesidad en la Pobreza: un nuevo reto de salud pública. Washington, D.C. 2000.
- \* Pelletier D.L.; Frongillo E.A.; Habicht J.P. Epidemiologic evidence for a potentiating effect of malnutrition on child mortality. American Journal of public Health. 1993; 83:1130-1133.
- \* Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Humano, PNUD. Informe de Desarrollo Humano en El Salvador 2003.
- \* Ramakrishnan, Usha. Nutritional Anemias. Library of Congress, 00-045504. 2000.
- \* Schultink, W. Iron supplementations Programmes: Compliance of target groups a frequency of tablet intake. Food and Nutrition Bulletin. 1996.
- \* The United Nations University. Food and Nutrition Bulletin, vol. 25, No. 1 (supplement 2). 2004.
- \* UNICEF. "El estado mundial de la infancia", 1998.
- \* UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2004: Las niñas, la educación y el desarrollo.

- \* United Nations. Administrative Committee on coordination. Sub-committee on Nutrition (ACC/SCN). 3rd Report on the World Nutrition Situation. Geneva. 1997.
- \* Villamor E; Mbise R; Spielman D; Ndossi G; Fawzi WW. Vitamin A supplementation and other predictors of anemia among children from Dar es Salaam, Tanzania. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 2000.
- \* World Health Organization. Physical Status: The use and Interpretation of Anthropometry: Report of a WHO Expert Committee. Geneva, 1994.
- \* World Health Organization, Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries: a review of current scientific knowledge. Geneva, 1998.
- \* World Health Organization/BASICS/UNICEF. Nutrition Essentials: A guide for health managers. 1999.
- \* World Health Organization/United Nations University/UNICEF: Iron Deficiency anemia, assessment, prevention and control: a guide for program managers. Geneva, 2001.
- \* World Health Organization. Diet, nutrition and Prevention of Chronic diseases: a report of a Joint WHO/FAO expert consultation. Geneva: WHO, 2003. (Technical Report Series 916.).
- \* World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva. 2003. WHO Technical Report Series, 916.

Condiciones preventivas y de riesgo asociadas a la prevalencia de  
infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas en la niñez  
salvadoreña

## **Informe Final**

Lic. Martín Eugenio Rodríguez Zepeda

## Resumen

Este estudio denominado "Condiciones preventivas y de riesgo asociadas a la prevalencia de infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas en la niñez salvadoreña"; ha sido realizado como parte del Programa de Becas a la Investigación en Salud FESAL 2002/03 en el marco del Proyecto POLICY II, cuyo propósito plantea, entre otros, el de promover estudios que profundicen en los temas de fecundidad y salud considerados en la encuesta de Salud Familiar FESAL 2002/03, tomando como referente las bases de datos que se construyeron para ésta.

Para fines del trabajo de investigación aquí presentado, se consideró como población sujeto de estudio a niños(as) menores de cinco años; en quienes se analizó la prevalencia de infecciones respiratorias agudas y diarreas y la asociación que éstas tienen con las condiciones preventivas y de riesgo; considerando como tales: la atención materno infantil, las condiciones de salubridad de las viviendas, el riesgo por la condición de nacimiento y la inmunización incompleta de los niños, el estado nutricional y las prácticas de lactancia. La muestra principal incluyó 3,860 niños(as) menores de cinco años pertenecientes a igual número de hogares que constituyeron las unidades de análisis de la encuesta FESAL 2002/03; además se seleccionó de entre los últimos nacidos vivos de cada hogar, otra submuestra de 2,097 niños(as) menores de 24 meses para evaluar lo concerniente a las prácticas de lactancia.

Los principales resultados de este estudio refieren que la prevalencia de infecciones respiratorias agudas (IRAS) fue presentada por dos de cada cinco niños(as) y las enfermedades diarreicas (EDAS) por uno de cada siete; de igual manera, uno de cada dos niños que presentaron IRAS, mostraron signos de considerable gravedad; lo cual también se reflejó en dos de cada tres niños(as) que presentaron EDAS. En el análisis relacional realizado se encontró que la prevalencia de EDAS tiene un alto grado de asociación con las condiciones de insalubridad de la vivienda, con la insuficiente atención materno infantil, con el riesgo por condiciones de nacimiento e insuficiente inmunización y con la desnutrición. En lo referente a gravedad de las EDAS, el grado de asociación está más determinado por la condición de insalubridad de la vivienda y la insuficiente atención materno infantil. Por su parte la prevalencia de las IRAS únicamente mostró un alto grado de asociación con las condiciones de insalubridad de la vivienda; pero la gravedad si fue determinada por la insuficiente atención materno infantil, el riesgo por condición de nacimiento e insuficiente inmunización, además de la insalubridad de la vivienda. Contrario a lo esperado, las inadecuadas prácticas de lactancia no presentaron asociación significativa ni con la prevalencia de las IRAS y EDAS, ni con la gravedad de las mismas.

Lo encontrado en este estudio sugiere el fortalecimiento de los programas que se están desarrollando en los últimos años por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y que han demostrado su eficacia, mereciendo atención especial las estrategias de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), la atención Integral en Nutrición (AIN) y el

Paquete Madre Bebé que abarcan en forma completa la prevención y gran parte de la promoción de salud para la niñez. De igual manera se menciona la necesidad de enfoques integrados e intersectoriales especialmente en aspectos relacionados con el acceso al agua potable y al saneamiento básico de las viviendas y del ambiente.

## Introducción

La salud que tradicionalmente ha estado asociada al concepto de supervivencia, ha adquirido en los últimos años una importancia capital, al considerarla como uno de los pilares para el desarrollo humano y para la sostenibilidad del mismo; es así que en el compromiso adquirido por la mayoría de naciones del mundo, la salud está representada en cinco de los ocho objetivos de desarrollo del milenio y en nueve de las 18 metas a lograr antes del año 2015. Las estrategias, planes y programas que cada nación implemente para impulsar las acciones de salud para el logro de estas metas y las de cada país, requieren un claro conocimiento de su propio perfil epidemiológico, fundamentado en la información oportuna y pertinente de los principales indicadores de salud; los que además de mostrar el comportamiento de la prevalencia e incidencia de las enfermedades y de sus factores asociados, permiten medir, monitorear y evaluar los resultados de la gestión de los servicios de salud; aspectos que se vuelven esenciales para la orientación de las decisiones en políticas de salud pública.

En este contexto, las encuestas de Salud Familiar FESAL que se realizan periódicamente en El Salvador, se constituyen en un instrumento de apoyo al sistema de salud, ya que su propósito es el de medir y evaluar una serie de indicadores de salud y el impacto que estos tienen en la mortalidad materna y en la población menor de cinco años. En la versión última publicada el año 2003, se ha abierto el espacio para que investigadores e instituciones interesadas puedan desarrollar estudios a partir de los datos recopilados, en los que se focalicen temas en particular para profundizar y ampliar aspectos específicos, que contribuyan a las decisiones de política y orienten las acciones a realizar.

El estudio aquí presentado es una modesta contribución al tema de las principales enfermedades prevalentes de la niñez y su relación con las condiciones preventivas de la salud, las cuales se convierten en factores de riesgo ante su carencia, incumplimiento o por prácticas inadecuadas. Este informe comienza haciendo una breve descripción del comportamiento de las tasas de mortalidad de la niñez con sus principales causas en las que se destacan como tales a las enfermedades respiratorias y diarreicas; y como la incidencia de éstas puede ser explicada a partir de sus causas subyacentes y de otros factores condicionantes y determinantes asociados a la desnutrición y prácticas de lactancia, los servicios de salud, las condiciones de salubridad de la vivienda y otros aspectos propios de la condición de nacimiento; de todos estos se hace una breve descripción de su comportamiento en el contexto salvadoreño y luego se operacionalizan para el propósito particular del estudio en función de los datos presentados en FESAL 2002/03; describiéndose su comportamiento a partir del riesgo que representan para la salud de la niñez. También se incluye una breve descripción de las principales estrategias

orientadas a la salud de la niñez que se están realizando en El Salvador y al final se hace un análisis de la relación de los factores condicionantes y determinantes con la

prevalencia y gravedad de las infecciones respiratorias y diarreas; complementándolo con una comparación con algunas variables socioeconómicas presentes en la encuesta.

## Objetivos del estudio

### Objetivo general

- \* Investigar la relación que existe entre las Condiciones Preventivas y de Riesgo con la prevalencia y gravedad de las Infecciones Respiratorias Agudas y las enfermedades Diarreicas en la población infantil menor de cinco años de El Salvador.

### Objetivos específicos

- \* Establecer el grado de asociación que existe entre la Atención Materno Infantil y la prevalencia y gravedad de las Infecciones Respiratorias Agudas y las Enfermedades Diarreicas en la población infantil menor de cinco años de El Salvador.
- \* Determinar el grado de asociación que existe entre el Estado Nutricional de la niñez y la prevalencia y gravedad de las Infecciones Respiratorias Agudas y las Enfermedades Diarreicas en la población infantil menor de cinco años de El Salvador.
- \* Contrastar la relación que existe entre las Condiciones de Salubridad de la Vivienda y la prevalencia y gravedad de las Infecciones Respiratorias Agudas y las Enfermedades Diarreicas en la población infantil menor de cinco años de El Salvador.
- \* Comparar el grado de asociación que existe entre las Condiciones del nacimiento y la insuficiente inmunización de la niñez y la prevalencia y gravedad de las Infecciones Respiratorias Agudas y las Enfermedades Diarreicas en la población infantil menor de cinco años de El Salvador.
- \* Comprobar el grado de asociación que existe entre las Prácticas de Lactancia en la niñez y la prevalencia y gravedad de las Infecciones Respiratorias Agudas y las Enfermedades Diarreicas en la población infantil menor de cinco años de El Salvador.
- \* Estudiar la relación existente entre las Condiciones Preventivas y de Riesgo con la ubicación geográfica de la vivienda y las características socioeconómicas del hogar y la madre.

## Metodología

El presente es un estudio descriptivo analítico, cuyas técnicas básicas estuvieron fundamentadas en la revisión documental y en el análisis cuantitativo realizado a las bases de datos de la encuesta FESAL 2002/03, utilizando como herramienta básica el paquete estadístico SPSS. Como muestra de trabajo se eligió a niños(as) menores de cinco años que en la encuesta original habían sido seleccionados en cada hogar y que tuvieran completos sus datos de prevalencia de enfermedades y sus mediciones nutricionales; criterios que fueron cumplidos por 3,860 casos; sin embargo para el análisis relacionado con la gravedad de las enfermedades, el criterio incluyente estaba condicionado a la presencia de las mismas, siendo 1,725 niños(as) con prevalencia de IRAS y 562 con diarreas. También para el análisis de las prácticas de lactancia se tomó otra submuestra de niños(as) menores de 24 meses de los últimos nacidos vivos de cada hogar, por ser a quienes se les tomó datos de lactancia, considerando además que se les haya tomado datos de prevalencia de IRAS y diarreas; de estos el número seleccionado fue de 2,097. El análisis de datos aplicado requirió en primer lugar un estudio exhaustivo de la base de datos original y la construcción de una nueva base en la que se calcularon otras variables en función de los indicadores originales de la encuesta y adaptada a las necesidades propias de este estudio. Para cada una de las variables se hizo un análisis descriptivo basado en el porcentaje de casos por cada indicador y en las puntuaciones de riesgo; luego se realizó un análisis que relacionó cada una de las condiciones de riesgo con la prevalencia y gravedad de las IRAS y diarreas, para lo cual se utilizaron dos estadísticos, el primero conocido como "prueba t" para verificar diferencias significativas de medias aritméticas en las puntuaciones de riesgo entre grupos con o sin prevalencia y entre grupos de mayor o menor gravedad de las enfermedades; la otra prueba utilizada fue "Chi cuadrado", para verificar diferencias significativas en la distribución de los casos que tenían puntuaciones de riesgo y los que no los tenían. En el apartado correspondiente se da una explicación más detallada del uso y aplicación de estas pruebas.

## 1- Mortalidad y Morbilidad en la niñez: causas y factores asociados

En las últimas décadas, los avances en materia de salud en el mundo han tenido un impacto significativo en la disminución de las tasas de mortalidad de la niñez, las cuales han variado de 147 a 80 por cada 1000 NV (nacidos vivos) en el período de 1970 al 2002<sup>1</sup>. A pesar de la notoriedad de estos cambios a nivel global, se reconoce que no han sido homogéneos para los diferentes países y regiones y aún al interior de los mismos; es así que en los países menos desarrollados<sup>2</sup>, uno de cada seis niños(as) mueren antes de cumplir los cinco años; mientras que en los países más desarrollados la relación es de uno por 167; siendo aún más dramático en algunas regiones del Africa debido a la alta incidencia de enfermedades transmisibles, representadas en el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades infecciosas. Otro dato importante expuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que las principales causas directas de la mortalidad de la niñez en los países en desarrollo son las enfermedades perinatales, infecciones agudas de las vías respiratorias, diarrea, malaria y sarampión; a las que se les atribuye el 70% de las defunciones de la niñez; todas éstas prevenibles o tratables con intervenciones a bajo costo. De las causas mencionadas, las tres primeras, son típicas de los países centroamericanos como Nicaragua, Honduras, Guatemala y El Salvador<sup>3</sup>.

Si bien las principales causas directas de mortalidad en la niñez se refieren a estados previos de morbilidad; existen otras causas subyacentes y factores de riesgo asociados a este hecho que contribuyen al apareamiento de las enfermedades, a la débil resistencia a éstas y a la deficiente atención de las mismas, aumentando en su conjunto la probabilidad del deceso. La literatura sobre el tema destaca entre éstos: la salud reproductiva de la madre asociada a la edad y los intervalos de los embarazos, las condiciones de nacimiento del bebé como prematuridad, orden de nacimiento y bajo peso al nacer; el deficiente estado nutricional del infante, las inadecuadas prácticas de lactancia materna y la falta de acceso a los servicios de atención materno infantil. Además de las anteriores, la mortalidad de la niñez está asociada a las condiciones de pobreza y marginalidad en que viven amplios conglomerados poblacionales; lo que incluye bajo nivel socioeconómico, bajo nivel educativo de las

---

<sup>1</sup> OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo 2003. Pág. 10

<sup>2</sup> UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2005. pag17

<sup>3</sup> Las referencias son para Nicaragua: OPS. Perfil de País Nicaragua. Boletín 2001; para Honduras INE. Estadísticas Vitales 2003. Honduras y para Guatemala OPS. Boletín Epidemiológico. Vol. 24 N° 2. 2004 y para El Salvador Sitio Web del MSPAS.

madres, residir en zonas rurales, condiciones de insalubridad del ambiente y la vivienda; entre los más importantes.

Las principales causas de morbilidad de la niñez y el principal referente de las enfermedades prevalentes de la infancia lo constituyen las infecciones respiratorias agudas (IRAS) y las enfermedades diarreicas (EDAS); ambas son transmisibles y de fácil propagación al haber condiciones propicias para desarrollarse y desencadenar en infecciones de mayor gravedad como la Neumonía y Bronconeumonía en el caso de las IRAS y en Deshidratación Grave en el caso de las diarreas; las cuales si no son tratadas a tiempo, llevan como consecuencia a la muerte del infante. Las condiciones para que se desarrollen estas enfermedades hasta estados de alta peligrosidad está asociado a las débiles defensas del(a) niño(a) y a las condiciones ambientales e higiénicas del medio; también constituye un factor condicionante el acceso y disponibilidad de los servicios de salud materno infantil.

Las defensas ante las enfermedades infecciosas se fortalecen principalmente con la adecuada alimentación, incluyendo la ingesta de micronutrientes necesarios y fundamentalmente las prácticas adecuadas de lactancia materna. Murray y colaboradores<sup>4</sup>, plantean varios estudios que demuestran que la probabilidad de enfermarse de diarrea e infecciones respiratorias en niños amamantados con lactancia materna es menor que quienes no lo hacen, de igual

manera se demuestra que al introducir otros líquidos antes del tiempo en la dieta de los bebés, existe mayor riesgo de morbilidad por diarrea y reduce la producción de leche materna.

Los servicios de salud materno infantil también juegan un papel fundamental en la prevención y tratamiento de estas enfermedades; lo cual comienza desde los controles, medidas preventivas y orientaciones que se le dan a la embarazada sobre cuidado, higiene, alimentación y lactancia adecuada; tanto para ella como para el futuro ser; la preparación y atención en el parto bajo el cuidado de personal capacitado y luego el control posnatal de la madre, el control precoz del recién nacido y posteriormente los controles de crecimiento y desarrollo; así como la disponibilidad inmediata para atención en caso de síntomas o evidencias de apareamiento de enfermedades. En países donde se ha implementado programas sistemáticos de atención en salud en las poblaciones más necesitadas con énfasis en atención materno infantil, se están viendo resultados exitosos<sup>5</sup>; un programa de esta naturaleza en Madagascar ha contribuido significativamente a la reducción de enfermedades y a una mejor nutrición de la niñez; en México se está desarrollando el programa Oportunidades dirigido a madres de las zonas rurales en extrema pobreza y los resultados muestran un aumento de un 57% en las visitas a las clínicas en las zonas rurales, 45% en las consultas para supervisión nutricional y un 12% de reducción de la morbilidad en menores de cinco años.

<sup>4</sup> Murray Murray, John, Gabriella Newes Adeyi, Judith Graeff, Rebecca Fields, Mark Rasmuson, René Salgado, Tina Sanghvi, 2001. *Conductas clave en salud materno infantil*. Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el Proyecto BASICS, VA. Pág. 15.

<sup>5</sup> UNICEF. *Op. Cit.* Pág. 31

Las condiciones de salubridad de la vivienda también son factores determinantes en la incidencia y prevalencia de enfermedades infecciosas; está demostrado que el consumo de agua no potable, la falta o uso inadecuado de servicios sanitarios y la indebida disposición final de la basura son medios propicios para la transmisión de enfermedades infecciosas y gastrointestinales producidos en la generalidad de casos por microorganismos presentes en las heces humanas. La Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>6</sup> expone que un 88% de las enfermedades diarreicas se puede atribuir a un abastecimiento de agua insalubre y a un saneamiento e higiene deficientes; también plantea que la mejora del abastecimiento de agua reduce la morbilidad por diarrea en un 21%, la mejora en saneamiento en un 37,5% y el hecho de lavarse las manos en momentos esenciales puede reducir el número de casos de diarrea hasta un 35%. Los materiales de los que está construida la vivienda también pueden contribuir o fomentar el desarrollo de agentes transmisores o patógenos; si éstos son de desecho o no han tenido un tratamiento, por ejemplo los pisos y paredes de tierra, paja u otro material orgánico no tratado. El combustible que utilicen para cocinar también puede ser una fuente que contribuya a propagar sustancias en el ambiente que afectan las vías respiratorias, especialmente utilizando leña u otros materiales orgánicos que producen mucho humo.

## 2- Principales indicadores de morbilidad en la niñez salvadoreña

Según la encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples de El Salvador, en este país la población estimada para el año 2003 era de 6,638,639 de los cuales 737,659 corresponde a la población menor de cinco años lo que representa el 11% del total, ubicándose el 46.3% en la zona urbana y el 53.7% en la rural. En lo relativo a la salud de la niñez se reconoce el avance obtenido en el mejoramiento de las tasas de mortalidad infantil; las cuales disminuyeron en los períodos<sup>7</sup> 1993-1998 al 1998-2003 de 35 a 24.6 por 1000 NV en menores de un año y de 43 a 30.5 por 1000 NV en menores de 0 a 4 años; de igual manera las tasas de inmunización promedian el 70%.

Si bien estos avances han contribuido a mejorar la calidad de vida de la niñez, se reconoce que aún queda mucho por hacer especialmente porque aún se presentan entre las principales causas de mortalidad las enfermedades perinatales, neumonías, diarreas y gastroenteritis que pueden ser prevenibles y curables; pero además porque estas se presentan con mayor intensidad en sectores poblacionales más vulnerables; es así que las mayores tasas de mortalidad<sup>8</sup> se reflejan en niños(as) de hogares de nivel socioeconómico bajo, en los que carecen de servicios básicos de electricidad, agua potable y servicio sanitario, en aquellos cuyas madres tienen bajos niveles educativos, en quienes han tenido menos acceso a la atención materno infantil y en aquellos que mostraron mayores condiciones de riesgo por el orden de nacimiento, prematuridad, bajo peso al nacer, edad de las madres y cortos intervalos de nacimiento.

<sup>6</sup> OPS. *Relación del agua, el saneamiento y la higiene con la salud: Hechos y cifras. Comunicado de Prensa, actualización de marzo de 2004.* Tomado de Sitio web. [www.paho.org](http://www.paho.org)

<sup>7</sup> PNUD. *Informe de Desarrollo Humano El Salvador 2003.* Pág. 333-336

<sup>8</sup> FESAL Op.Cit. Pag. 322-324

De igual manera es aún preocupante la inequidad mostrada en el acceso a los servicios de salud; al respecto FESAL 2002/03 muestra que un 17.9% de las mujeres del área rural no tuvieron control prenatal, mientras que el área urbana la cifra fue de 9.4%, referente al parto un 69.4% de éstos se dio en hospitales, pero en la zona rural solamente el 54% de madres hizo uso de este servicio; también a nivel nacional un 23% fue atendido por parteras, método que fue adoptado por un 34.8% de madres de la zona rural. Por su parte el control posnatal únicamente fue realizado en un 54.2% de los casos; servicio utilizado por el 60.4% de madres del área urbana y el 49% del área rural. Con relación al control del recién nacido, un 95% de ellos(as) lo tuvieron y de estos el 80% lo recibió en el primer mes de vida tal como lo indican las normas, siendo muy similar la cobertura urbana y rural.

### *2.1- Incidencia y prevalencia de infecciones respiratorias y diarreas*

De acuerdo a los reportes estadísticos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador (MSPAS)<sup>9</sup> para el año 2003, las primeras causas de morbilidad en menores de cinco años fueron las infecciones de las vías respiratorias, diarreas y gastroenteritis. En la población infantil menor de un año las IRAS representan un 34.5% del total de primeras consultas con una tasa de incidencia de 159,702 por cada cien mil; agregando que en este grupo poblacional aparecen las Neumonías y Bronconeumonías con el 5.4% en el diagnóstico de las primeras consultas, con una tasa de incidencia de 24,822 por cada cien mil. En niños(as) de uno a cuatro años las

primeras consultas IRAS es del 42.5% con una tasa de incidencia de 106,802 por cada cien mil y las Neumonías alcanzaron el 3% de las primeras consultas, con una tasa de incidencia de 7,656 por cada cien mil. De acuerdo a los datos de FESAL 2002/03, un 42.3% de niños(as) habían mostrado algún episodio de infecciones respiratorias agudas (IRAS) en los 15 días previos al desarrollo de esta encuesta. El informe de este estudio<sup>10</sup> presenta detalladamente la caracterización de la prevalencia de las infecciones respiratorias y las enfermedades diarreicas; de las cuales en este apartado únicamente se hace una breve descripción para posteriormente profundizar un poco más en el análisis con las condiciones de riesgo.

En las zonas rurales, en los 15 días previos a la encuesta FESAL, un 45% de niños(as) presentaron algún episodio de Infecciones respiratorias agudas, con respecto a un 39.3% de las zonas urbanas; de igual manera los más altos porcentajes de gravedad y duración de las mismas se dieron en las zonas rurales; los departamentos en los que se presentó los mayores porcentajes de prevalencia fueron Cuscatlán (59.8%), Chalatenango (49.3%), Cabañas (48.2%) y Morazán (48.1%); aunque las mayores proporciones referentes a la gravedad se presentaron en Ahuachapán, Usulután y la Libertad. Por género, no se presentan diferencias notables; mientras que por grupos de edad se observa más en niños(as) de un año (48.5%) respecto a las otras edades; aunque los casos de mayor gravedad se presentan en el grupo de dos años. Respecto al nivel educativo de la madre hubo mayor prevalencia en niños cuyas madres

<sup>9</sup> Información estadística tomada del sitio Web del MSPAS. <http://www.mspas.gob.sv>

<sup>10</sup> El detalle de la clasificación por síntomas, duración y las características relacionadas de prevalencia de infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas en El Salvador puede verse en el capítulo 14 de la encuesta de Salud Familiar 2002/03 y en tablas desde 14.11 a la 14.14 y de la 14.18 a la 14.21.

han estudiado entre 7 y 9 años (43.1%), pero la mayor proporción de casos graves se refleja en niños(as) de madres sin ningún nivel educativo. En relación al tratamiento que le dan a la basura no se aprecian grandes diferencias respecto a la proporción de casos que tuvieron episodios de infecciones respiratorias ni en la gravedad de las mismas; en cambio al comparar el combustible que utilizan para cocinar, se aprecia una notable diferencia en la gravedad de las infecciones representadas en los caso de neumonías graves, donde hay mayor prevalencia de casos en viviendas donde utilizan predominantemente leña.

La incidencia de enfermedades diarreicas en El Salvador para el año 2003 reportó para los menores de un año un 10.3% de las primeras consultas con una tasa de incidencia de 47,664 por cada cien mil; mientras que para niños(as) entre uno y cuatro años la primera consulta relacionada con enfermedades diarreicas y gastrointestinales registró un 8% y una tasa de incidencia de 20,283 por cada cien mil. La encuesta FESAL 2002/03 revela que en los 15 días previos a la encuesta, la prevalencia de diarreas en la población infantil menor de 5 años en EL Salvador fue de 13.8%, al comparar por zona de residencia se mostró en un 15.4% de niños(as) del área rural, lo que representa cuatro puntos más de la urbana que reflejó 11.6%. De acuerdo a la clasificación establecida por la gravedad de la deshidratación presentada, aproximadamente la mitad de los niños que presentaron episodios de diarrea mostraron deshidratación menos grave y solamente una cuarta parte la presentó grave. Por departamentos los mayores índices de prevalencia y de deshidratación grave los presentan Cabañas (24.8%), San Vicente (21.2%) y Cuscatlán (21.1%). La mayor proporción de prevalencia y de deshidratación grave es más notoria en niños(as) cuyas madres no tienen ningún nivel educativo, en aquellas que no le dan tratamiento al agua y en los sectores de nivel socioeconómico bajo.

## *2.2- Incidencia de la desnutrición*

En este apartado únicamente se hace una breve descripción de la prevalencia de la desnutrición en El Salvador basados en los datos de la encuesta FESAL 2002/03 y considerando los criterios de las relaciones talla para edad y peso para edad; pues la desnutrición por bajo peso para talla ha dejado de ser un problema de salud pública por su escasa incidencia. El porcentaje de niños desnutridos menores de cinco años por baja talla para edad (debajo de -2 DE)<sup>11</sup> fue de 18.9 %; pero en el área rural este valor llega al 25.6 % y en la urbana alcanzó el 11%. Respecto a la distribución geográfica, los departamentos mas afectados son Ahuachapán con un 36 %, Cuscatlán con un 33.7% y Santa Ana con un 26.2 %. Las mayores proporciones se dan en niños(as) cuyas madres no tiene ningún nivel educativo (31.7 %), los de estrato socioeconómico bajo (28.0 %). La mayor incidencia respecto a las edades se muestra en el grupo de 48 a 59 meses con un 24.6% y en el género femenino con el 19.6% que supera al masculino en más de un punto. Otras dos características de las mayores proporciones de niños(as) desnutridos es su bajo peso al nacer y en aquello que no han tenido control de crecimiento y desarrollo (36.4 %).

---

<sup>11</sup> FESAL 2002/03 toma como referencia las tablas de NSHS/CDC/OMS.

De acuerdo al criterio de bajo peso para la edad, el comportamiento de las variables asociadas es muy similar al anterior. En este indicador se presentó un total nacional de 10.3% de desnutridos(as), incrementándose a un 13.2% para la zona rural; los departamentos que presentaron los mayores índices fueron Ahuachapán (19.8%), San Vicente (14.9%) y Santa Ana (13.4%). Los mayores índices de desnutrición por bajo peso para la edad también se observan en el nivel socioeconómico bajo (15.4%); en niños(as) cuyas madres están dentro del rango de uno a tres años de estudio con un (14.3%). Respecto a la edad de los(as) niños(as) se ve una mínima diferencia entre los del rango de 12-23 meses (12.6%) y el de 24-35 meses (12.1%) en su mayoría del sexo femenino; con bajo peso al nacer el porcentaje llegó al 18.2% y en quienes no tuvieron control de crecimiento y desarrollo se presentó en un 13.3% de casos.

### *2.3- Las condiciones de salubridad de las viviendas como factor determinante*

Datos de FESAL 2002/03<sup>12</sup> muestran que en El Salvador el 63.4% de las viviendas cuentan con agua potable intradomiciliar, sin embargo solamente el 37.8% de la zona rural lo poseen y del total nacional solo el 46.5% de éstas recibe el servicio en forma continua (al menos 4 horas diarias) agregándole que en algunas zonas el agua llega con turbiedad y con malos olores, producto del deficiente mantenimiento de las tuberías. Beneke de Sanfeliú<sup>13</sup> expone que un 61%

de familias rurales consume agua contaminada, principalmente de origen microbiológico con bacterias coliformes fecales y *Escherichia Coli*; lo mismo se encontró en un 43% de hogares que tenían acceso a agua por cañería, lo que muestra que la contaminación no sólo proviene de las fuentes mismas del agua, sino también de su manejo posterior, y denota la falta de conocimiento de las personas sobre prácticas de salud preventiva. También Mena<sup>14</sup>, ha realizado varios estudios que demuestran la presencia de bacterias coliformes en el agua proveniente de dispensadores utilizados en muchos establecimientos, la cual aunque venga purificada, posteriormente se contamina debido a la falta o inadecuada higiene de éstos.

En relación al saneamiento, los datos de FESAL 2002/03 muestran que en El Salvador nueve de cada diez viviendas cuentan con inodoro o letrina, pero solo el 81.2% del área rural lo tienen con respecto al 97.6% de la urbana. En lo referente a la disposición de la basura las dos modalidades que predominan son la entrega al servicio municipal realizada por un 47.3% y la práctica de quemarla por un 34.5%; Predominando la primera en el 79% de casos de la zona urbana, mientras que la segunda se da en mayor proporción en lo rural abarcando un 63.9% de éstos. Esta misma tendencia se observa en el combustible utilizado para cocinar predominando la leña en el 62.7% de los hogares de la zona rural y el gas o electricidad en el 89.4% de los urbanos.

<sup>12</sup> FESAL Op. Cit. Pág. 13

<sup>13</sup> Citada en Informe de Desarrollo Humano El Salvador 2003. PNUD

<sup>14</sup> Mena, Efraín. Estudios sobre presencia de bacterias coliformes en aguas de consumo humano. Departamento de Microbiología UEES. El Salvador. 2001

### 3- El entorno de las acciones de salud orientadas a la niñez en El Salvador

En El Salvador, el ente rector encargado de establecer los lineamientos de política y de formular los planes y programas que garanticen la salud de la población es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Como Sistema Nacional de Salud fundamenta su acción en la atención primaria de salud, para lo cual ha creado la estructura organizativa descentralizada denominada Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI) los que a través de una red de organismos públicos, privados y comunitarios desarrollan acciones de promoción de la salud, de prevención y curación de enfermedades y rehabilitación. En este país existen 28 SIBASI distribuidos en el territorio nacional, los cuales incluyen establecimientos de primer y segundo nivel pertenecientes en su mayoría al MSPAS, incluyendo además los del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), los de entidades autónomas, semi autónomas, organismos sin fines de lucro y entidades privadas. Las acciones relacionadas con la salud infantil se desarrollan en el marco del programa de Atención Integral a la Niñez que abarca varias estrategias; de las cuales en este trabajo se hará referencia a aquellas que están ligadas a la atención directa a la niñez; entre éstas la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), la Atención Integral en Nutrición (AIN) y el Paquete Madre Bebé (PMB); las primeras dos tienen más énfasis en acciones en la comunidad y la tercera en la atención perinatal dada en los establecimientos de salud.

#### *3.1- Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)*

La AIEPI ha sido presentada mundialmente por la OMS y la UNICEF como la principal estrategia para mejorar la salud de la niñez, integrando todas las medidas disponibles para la prevención de enfermedades y problemas de salud, para su detección precoz y tratamiento efectivo y para la promoción de hábitos de vida saludables en la familia y la comunidad. En El Salvador<sup>15</sup> como en la mayoría de países del mundo ha sido adoptada adecuándola a las necesidades y condiciones propias; comprendiendo las modalidades de AIEPI clínico, AIEPI comunitario y AIEPI del voluntariado; comprometiendo los componentes de crecimiento, desarrollo y nutrición, promoción de salud, atención a la morbilidad prevalente y la calidad ambiental; para ello combina las guías del mejor manejo de las enfermedades, intervenciones preventivas y de promoción de la salud; las que incluyen detección oportuna, tratamiento adecuado, seguimiento y control; lactancia materna, inmunizaciones, desparasitación y prevención de accidentes; la estrategia tiene sus ámbitos de atención en la familia, la comunidad y los establecimientos de salud y enfoca dos edades fundamentales de ocho días a 11 meses y de uno a cuatro años.

En el ámbito comunitario los ejecutores de la estrategia AIEPI<sup>16</sup> son los(as) Promotores(as) de salud, quienes se han capacitado para el desarrollo de los procedimientos establecidos en ésta; los cuales comprenden cuatro pasos básicos: indagación, clasificación-valoración, toma de decisiones y

<sup>15</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Guía para la supervisión de la atención integral en salud a los niños menores de 5 años en los establecimientos de salud del primer nivel de atención y hospitales del segundo nivel de atención. El Salvador 2004.*

<sup>16</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Documentos de curso para promotores en salud. Manual de Apoyo y Manual de Procedimientos. 2002*

seguimiento. Independientemente de la persona que se focalice para dar la atención; sea esta la madre o niño(a), el(la) promotor(a) comienza con una presentación previa que requiere algunas actitudes comunicativas básicas para ganarse la confianza de sus visitados; para luego abordar los aspectos propios de la salud. Para cada caso, sea madre y/o niño(a) el primer paso del abordaje es la indagación mediante preguntas, observación directa y revisión de evidencias que lleven a determinar si se han presentado o están presentes en la madre o niño(a), los signos de peligro propios de cada período perinatal, neonatal y posnatal y mediante esta evaluación el(a) promotor(a) clasifica la situación del(a) examinado(a) y a partir de ello toma las decisiones respectivas; entre éstas: referir al establecimiento de salud más cercano, puede ser con urgencia o no dependiendo del caso, explicar la situación, dar indicaciones sobre cuidados necesarios, aportar insumos si fuere necesario como medicamentos, sueros u otros, vacunar a quien lo necesite, orientaciones y explicaciones sobre nutrición, cuidados básicos, lactancia y alimentación. Esta estrategia también involucra a la familia en el fomento de mejores prácticas de salud, reconocimiento oportuno de signos de gravedad y búsqueda inmediata de la ayuda calificada; así como la asistencia a los controles periódicos con o sin enfermedad; también con esta se pretende mejorar la referencia y retorno de pacientes graves.

La estrategia AIEPI también incluye una serie de intervenciones preventivas<sup>17</sup> y promoción de

factores protectores, buscando influir en las condiciones de la vivienda y del ambiente que puedan afectar la salud; estas comprenden orientaciones sobre aseo e higiene personal y de la vivienda, manipulación de alimentos, lactancia y alimentación, purificación del agua; recomendaciones sobre la disposición de excretas, el manejo y clasificación de basuras; el control de vectores, convivencia con animales; así como aspectos relacionados con los servicios de salud, como el control prenatal el parto institucional, la vacunación, y la inscripción del(a) niño(a) al programa de crecimiento y desarrollo; también se incluye un componente relacionado con el afecto y amor que todo niño(a) necesita. AIEPI se complementa en los Hospitales del SIBASI con las guías de manejo integral de niños y niñas con patologías que ameriten ingreso como lo son la Neumonía grave, la deshidratación severa, la sepsis, la sospecha de meningitis, el dengue hemorrágico, la desnutrición grave y anemia severa. Así como el reconocimiento y tratamiento oportuno de patologías crónicas como la tuberculosis infantil y el asma bronquial.

### *3.2- Atención Integral en Nutrición (AIN)<sup>18</sup>*

AIN es una estrategia comunitaria de promoción de salud y nutrición cuyo eje principal es el monitoreo de la ganancia de peso de la mujer embarazada y los(as) niños(as) menores de dos años; sus acciones se fundamentan en que la desnutrición es un proceso que comienza cuando el(a) niño(a) no gana el peso adecuado en dos meses seguidos; de igual manera gran

<sup>17</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Documentos de curso para promotores en salud. .Rotafollos de medidas preventivas. 2002

parte del rezago en crecimiento se produce desde antes de nacer hasta los dos años, por lo que focalizar las acciones en estos períodos críticos de la vida logrará un impacto posterior en el mejoramiento de la salud y el adecuado desarrollo del(a) niño(a). Además de la promoción del crecimiento, AIN desarrolla acciones como la consejería nutricional, suplementación preventiva con micronutrientes esenciales, chequeo de inmunizaciones, investigación de enfermedades y referencias cuando sean necesarias. Las acciones son desarrolladas por personas voluntarias de la comunidad, promotores(as) de salud y el equipo local de salud mediante sesiones mensuales de monitoreo del crecimiento y desarrollo del(a) niño(a), visitas a los hogares de niños o embarazadas con crecimiento inadecuado o enfermos, reuniones mensuales con el personal de salud de nivel local para coordinación y educación continuada, reuniones semestrales con toda la comunidad y autoridades locales para discutir los problemas de salud y nutrición y buscar soluciones en conjunto.

### 3.3- El Paquete Madre Bebé<sup>19</sup>

Esta estrategia está centrada en el aspecto preventivo de la atención a la madre y al recién nacido, poniendo en relieve la importancia del período perinatal que incluye las intervenciones que se requieren antes y durante el embarazo, durante el parto y el posparto, tanto para la madre como para el recién nacido; en ésta se integran los componentes de crecimiento, desarrollo y nutrición, salud sexual y reproductiva, la promoción de salud y la atención a la morbilidad más frecuente del período prenatal.

Las acciones se desarrollan en los ámbitos familiar, comunitario y establecimientos de salud en función de los denominados cuatro pilares de la maternidad segura que incluyen la planificación familiar, la atención prenatal, parto limpio y seguro y cuidados obstétricos esenciales.

En el período prenatal se realizan intervenciones para asegurar que las mujeres y sus parejas dispongan de información y servicios para planificar el tiempo, el número y el distanciamiento entre los embarazos; lo mismo que la pronta detección y tratamiento adecuado de las posibles complicaciones del embarazo y prevenirlas cuando sea posible. Lo anterior incluye intervenciones sobre información y servicios de planificación familiar, prevención y manejo de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, inmunización con Toxoide Tetánico, registro y atención prenatal, tratamiento de condiciones existentes (malaria u otras), asesoramiento sobre dieta y nutrición, prescripción de Hierro y ácido fólico e identificación, detección precoz y tratamiento de complicaciones.

Durante el parto las intervenciones buscan garantizar que toda persona que atiende partos tenga los conocimientos, las actitudes y el equipo necesario para realizarlo en forma limpia y segura y pueda proveer los cuidados de posparto para la madre y el recién nacido; ésta incluye parto limpio y seguro (no traumático) y reconocimiento, detección precoz y tratamiento de complicaciones en el centro de salud u hospital. Después del parto, se desarrollan una serie de intervenciones tanto para la madre como para el recién nacido; para la primera se incluyen el reconocimiento, detección precoz y tratamiento

<sup>18</sup> Nuñez, Irma Yolanda. Promoción de Crecimiento y Desarrollo a través de la Participación Comunitaria; \*Atención Integral en Nutrición en la Comunidad-AIN\* Boletín AIN. 2004

<sup>19</sup> De Alas, Claudia. El Paquete Madre - Bebé. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Gerencia de Atención Integral en Salud a la Niñez. El Salvador 2004.

de las complicaciones posparto, los cuidados postnatales con énfasis en la promoción y apoyo de la lactancia materna y el tratamiento de las complicaciones y se revisan si algunas del periodo prenatal no han sido cumplidas. Para el recién nacido comprenden reanimación neonatal, cuidados básicos del recién nacido, prevención y tratamiento de la Hipotermia, lactancia materna temprana y exclusiva prevención, detección precoz y tratamiento de la oftalmía e infección del cordón umbilical y la inscripción precoz en el Programa de Crecimiento y Desarrollo.

#### 4- Condiciones preventivas y de riesgo asociadas a la morbilidad de la niñez salvadoreña.

Este estudio se ha propuesto conocer el grado de asociación que existe entre las condiciones preventivas y de riesgo con la prevalencia de las principales enfermedades en la niñez salvadoreña, para el caso, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas; tomando como base los datos de la encuesta FESAL 2002/03. Las variables que se han considerado como condiciones preventivas y de riesgo han surgido de la lectura de la literatura relacionada al tema, de la consulta a expertos y de las normativas técnicas emanadas de los principales organismos internacionales relacionados con la salud, incluyendo las del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador; para el estudio se consideraron como variables independientes: a) Servicios de atención materno infantil, b) Incidencia de la desnutrición, c) Condiciones sanitarias de la vivienda, d) la condición de riesgo del nacimiento e insuficiente inmunización y; e) Prácticas de lactancia materna. La hipótesis que subyace es que si no se tiene acceso suficiente a la atención materno infantil, si se está desnutrido, si las condiciones de la vivienda son insalubres, si se ha nacido en condiciones de riesgo, si no se ha tenido inmunización completa y si se tiene una deficiente lactancia materna, existen mayores probabilidades de enfermarse de diarrea e infecciones respiratorias y de que éstas se presenten con mayor gravedad.

Para cada una de las variables mencionadas, en los apartados siguientes se hace se hace una descripción del comportamiento mostrado en la población infantil salvadoreña; en función del riesgo que representan, tanto la falta de las condiciones preventivas, como la presencia de condiciones de riesgo; Para luego hacer un análisis del grado de asociación que tiene cada una éstas con la prevalencia de infecciones respiratorias y diarreas, de acuerdo al siguiente diagrama.

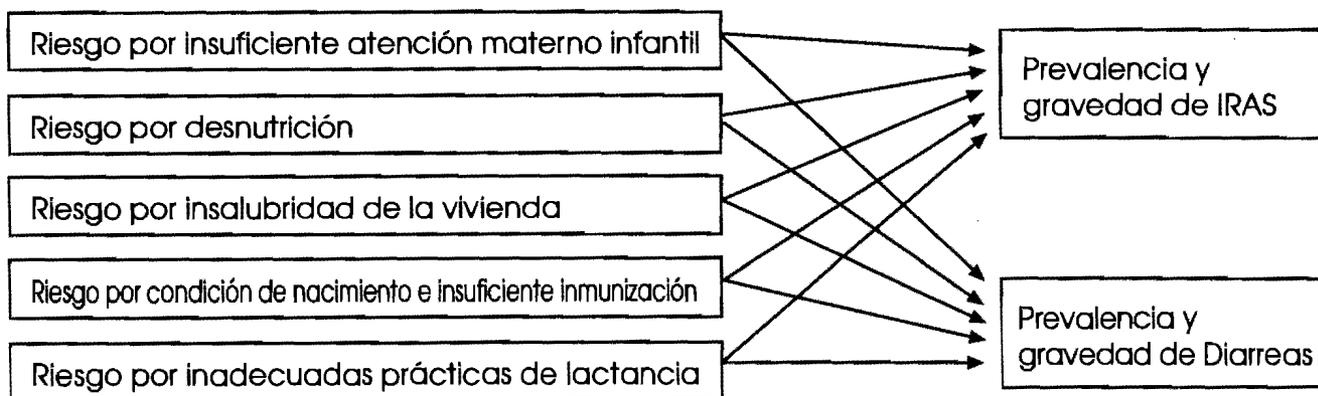


Tabla 1.

**Indicadores de la insuficiente atención materno infantil, con sus puntajes de riesgo y porcentaje de casos que se ubican en cada nivel.**

**Número de casos no ponderados 3,860**

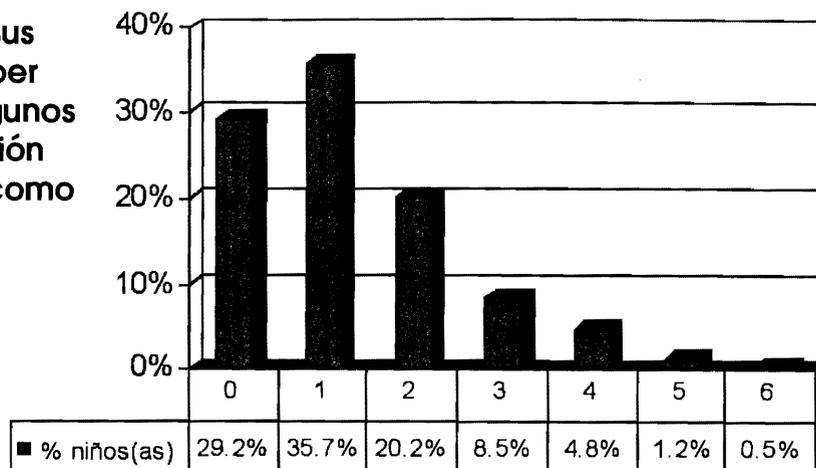
Indicador	Definición	Normas	Puntaje riesgo	% de casos
Atención Prenatal	Fue realizado en el primer trimestre y la cantidad mínima fueron 5 controles	Cumplió normas	0	62.1
	Aunque tuvo control prenatal no cumplió con el tiempo del primer control o con el número de estos	Cumplió en parte	1	24.6
	No tuvo controles prenatales	No cumplió normas	2	13.3
Atención del Parto	En Instalaciones de salud Idóneas	Cumplió normas	0	72
	En casa con atención de partera calificada	Cumplió en parte	1	21.9
	En casa sin atención de partera	No cumplió normas	2	6.1
Atención Posnatal	Se atendió a la madre y al niño(a) tempranamente y luego en los controles periódicos de seguimiento	Cumplió normas	0	60
	Solamente se atendió a uno de los dos o al niño por estar enfermo	Cumplió en parte	1	35.6
	Ni la madre tuvo control posnatal ni el (la) niño(a)	No cumplió normas	2	4.3

Esta variable se refiere a la falta de atención recibida por las madres de niños(as) menores de cinco años en los períodos prenatal, atención al parto y posnatal tomando como parámetro la normativa técnica y recomendaciones del MSPAS que establece los tiempos, el número de éstos, la idoneidad del personal que deben atenderlos y las condiciones en que deben hacerse; incluyendo también los controles de crecimiento y desarrollo del niño sano. Para cada uno de los períodos prenatal, parto y posnatal se establecieron tres niveles, de acuerdo a como se

cumplen las normas establecidas; asignando una puntuación de riesgo cuando éstas no se cumplen; de esta manera se asigna un puntaje de cero al haber cumplido las normas mínimas; uno cuando solamente se cumplieron en parte y dos cuando no se cumplieron en su totalidad; tal como se muestra en la tabla 1. Así al final es posible cuantificar el riesgo de cada variable como condición preventiva y de riesgo ante las infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas.

Figura 1.

**Porcentaje de niños según sus puntajes de riesgo al no haber recibido sus madres y ellos algunos de los controles de la atención materno infantil establecidos como normas mínimas.**



Véase en la tabla 1 que por cada período de atención los porcentajes de casos que recibieron la atención materno infantil de acuerdo a las normas mínimas, varían entre 60% y 72%, siendo mayor el de atención del parto en instalaciones de salud; sin embargo en la suma de puntajes de riesgo (véase figura 1); se aprecia que solamente un 29.2% de casos recibió todas las atenciones establecidas en los tres períodos. Esto indica que aproximadamente una de cada siete casos no recibieron en forma completa las seis atenciones mínimas que se requieren en los tres períodos y muchos de los que tuvieron atención de parto en instalaciones de salud no recibieron las atenciones prenatales y posnatales.

#### 4.2. Desnutrición infantil.

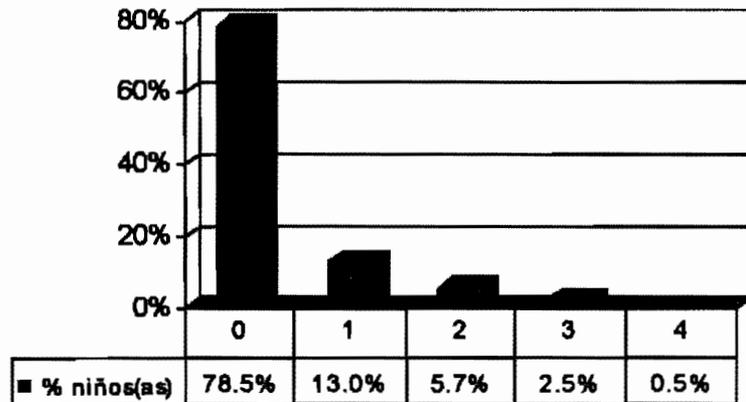
Tabla 2.

**Indicadores del Riesgo por desnutrición, puntajes y porcentaje de casos por nivel. Número de casos no ponderados 3,860**

Indicador	Definición	Calificación	Puntaje riesgo	% de casos
Peso edad	Niños(as) que registraron un valor mayor a - 2 D.E.	Normal	0	90
	Niños(as) que registraron un valor mayor que -3 D.E. y menor o igual a -2 D.E.	Desnutrido	1	9.4
	Niños(as) que registraron un valor menor o igual a -3 D.E.	Desnutrido extremo	2	0.6
Talla edad	Niños(as) que registraron un valor mayor a - 2 D.E.	Normal	0	81.8
	Niños(as) que registraron un valor mayor que -3 D.E. y menor o igual a -2 D.E.	Desnutrido	1	14
	Niños(as) que registraron un valor $\leq$ -3 D.E.	Desnutrido extremo	2	4.2

Esta variable se establece de acuerdo a las mediciones antropométricas de peso, longitud o talla y edad; en función de los cuales se determinan los criterios de bajo peso para edad y baja talla para edad comparando con la mediana de la población internacional de referencia, según tablas de la NHS/OMS. A la calificación de Desnutrido extremo que comprende el intervalo abajo de -3 desviaciones estándar (DE) se le asigno dos puntos de riesgo, a la de Desnutrido que va de -3 hasta -2 DE, un punto y a la Normal los mayores que -2 DE cero punto. Para efectos del análisis se excluyó el criterio peso talla porque la cantidad de casos en el nivel normal es de 98.6% lo cual no da márgenes para el análisis estadístico de los otros niveles.

Figura 2.  
**Porcentaje de niños según sus puntajes de riesgo de acuerdo a la calificación de los dos criterios de desnutrición considerados**



De acuerdo al criterio peso edad solamente un 10% de niños(as) se ubican en situación de riesgo, es decir que su puntuación Z marcó menos de -2 DE y para el otro criterio talla edad aumenta a un 18.2%. Al efectuar la suma de los puntajes de riesgo se observa en la figura 2 que para esta variable, el 21.5% de niños(as) presentó al menos una calificación de riesgo por desnutrición. Mientras que el 78.5% no reflejó puntajes de riesgo por su condición nutricional.

#### 4.3- Condiciones de insalubridad de la vivienda.

Para definir esta variable se consideraron los servicios básicos y las condiciones de salubridad mínimas que debe tener una vivienda, comenzando por el servicio de agua potable o la práctica de darle tratamiento; la tenencia de servicio sanitario, la adecuada disposición de la basura, el combustible para cocinar y el material del piso de la vivienda; algunos de estos se construyen con la respuesta directa, como la tenencia de sanitario, el combustible para cocinar y el material del piso; pero para los otros se construyó en base a más de una pregunta o combinación de respuestas. Para definir el indicador de consumo de agua potable se consideraron las preguntas sobre la tenencia de agua potable y si la que consumen es envasada, de la cañería o le dan tratamiento. El relacionado a la disposición de la basura se consideró como adecuada cuando es entregada al servicio municipal o le dan tratamiento e inadecuada cuando la tiran al patio, ríos o quebradas. Cada indicador de esta variable se clasificó en dos categorías a las que se les dio un punto de riesgo cuando se da la situación no deseable y cero punto en el caso contrario, a excepción de el consumo de agua potable que se asignó dos puntos de riesgo, en función del peso que tiene respecto a las otras condiciones.

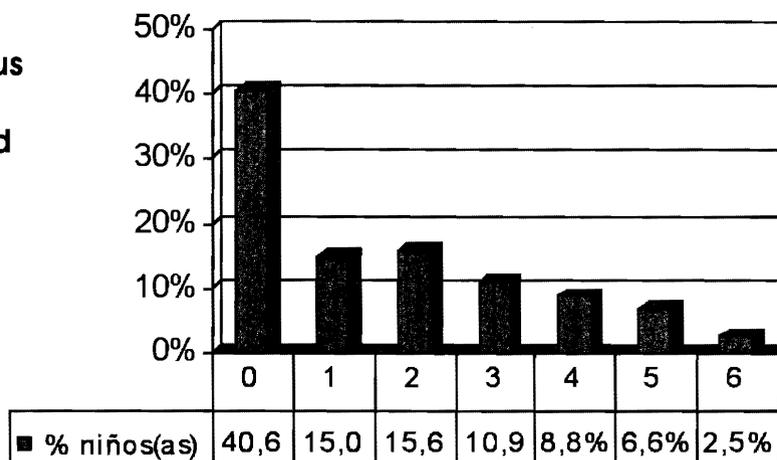
Tabla 3.

**Indicadores de condiciones de insalubridad de la vivienda con sus puntajes de riesgo y porcentajes de casos por cada clasificación. Número de casos no ponderados 3,860.**

Indicador	Definición	Clasificación	Puntaje de riesgo	% de casos
Consumo de agua potable	Consumen agua potable o tratada	Requerido	0	76.9
	Consumen agua no potable	No deseado	2	23.1
Tenencia de servicio sanitario	Tienen servicio sanitario	Tiene	0	85.2
	No tiene servicio sanitario	No tiene	1	14.8
Disposición de la basura	Entregada a servicio municipal o tratada	adecuada	0	81.4
	La botan en patios, ríos o quebradas	Inadecuada	1	18.6
Combustible para cocinar	Electricidad, gas, no cocinan	Menor contaminación	0	56.5
	Leña o kerosene	Mayor contaminación	1	43.5
Material del piso	Cemento, ladrillo u otro impermeable	Deseado	0	60.9
	Piso de tierra	No deseado	1	39.1

Figura 3.

**Porcentaje de niños según sus puntajes de riesgo por las condiciones de insalubridad de la vivienda.**



La proporción de niños por los que cada uno de estos indicadores presenta riesgo es muy variable, desde 14.5 % que no tienen servicio sanitario, hasta 43.5 % que en sus viviendas predomina el uso de la leña o el kerosene como combustible para cocinar. Al efectuar la suma de todos los puntajes de riesgo, solamente un 40.6% no lo presenta con estos indicadores; luego hay otro 40% que presentaron de uno a tres puntos y un 17% que mostró de cuatro a seis puntos de riesgo.

*4.4- Riesgo por condiciones de nacimiento e insuficiente inmunización.*

En esta variable se consideran algunas de las situaciones de riesgo asociadas a la condición del nacimiento y el desarrollo posterior del infante, que fueron recogidas en la encuesta para la población de niños(as) menores de 5 años. En esta se consideraron el riesgo de la niñez por no tener completo su esquema de vacunación con tres vacunas; el riesgo por haber nacido después del quinto parto y el referido al haber nacido a término de tiempo a prematuramente. Estos indicadores

también se establecieron en dos categorías nominales de acuerdo a si estaba presente o no la condición de riesgo.

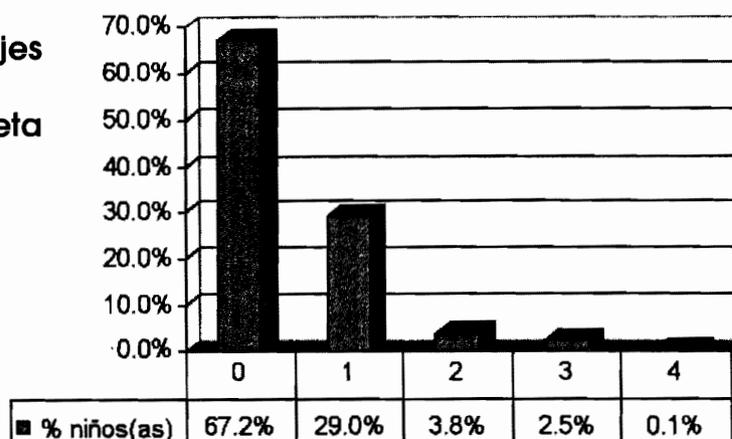
Tabla 4.

**Indicadores de riesgo por condiciones de nacimiento e insuficiente inmunización con sus puntajes y porcentajes de casos por cada clasificación.**  
**Numero de casos no ponderados 3,860.**

Indicadores	Definición	Clasificación	Puntaje de riesgo	Porcentaje de casos
Esquema de vacunación	Completo con tres vacunas	completo	0	76.5
	Incompleto con tres vacunas	Incompleto	1	23.5
Orden de nacimiento	Del 1° al 5°	De menos riesgo	0	88.6
	≥ al sexto mayor	De mayor riesgo	1	11.4
Tiempo de nacimiento	Nacimiento a término	Normal	0	92.3
	Antes del tiempo	Prematuro	1	7.7

Figura 4.

**Porcentaje de niños según sus puntajes de riesgo por las condiciones de nacimiento e inmunización incompleta**



Para estas condiciones de riesgo los porcentajes de niños(as) que las presentan varían desde un 7.7% de casos de prematuridad; hasta un 23.5% de niños que no tienen completo su esquema de vacunación. Al efectuar la suma de los puntajes de riesgo, un 67% de niños(as) no sumaron puntajes de riesgo, un 29% presentó una condición de riesgo y luego puntajes de dos a cuatro condiciones de riesgo fueron presentadas por solamente un 6% de los casos.

*4.5- Inadecuadas prácticas de lactancia*

Dado lo complejo para la medición de esta variable por las recomendaciones que se hacen para los grupos de las diferentes edades, se consideraron tres subgrupos de análisis, el primero para niños(as) de 0 a menos de 6 meses, el segundo los casos de seis a menos de 12 meses y el tercero de 12 a menos de 24 meses, edad hasta donde la OMS recomienda dar lactancia materna. Los puntajes de riesgo se establecieron de la siguiente manera:

Tabla 5.

### Indicadores de Riesgo por inadecuadas prácticas de lactancia, puntajes y porcentajes de casos por clasificación

Indicadores	Definición	Puntaje de riesgo	% de casos	Nº de casos no ponderados
Lactancia en niños de 0 a < 6 meses	Lactancia exclusiva	0	25	540
	Lactancia predominante	1	23	
	Otra lactancia no recomendada	2	52	
Lactancia niños de 6 a < 12 meses	Lactancia complementaria	0	43.6	475
	No incluye leche materna o incluye otro tipo de leche	1	56.4	
Lactancia en niños de 12 a < 24 meses	Incluye leche materna, sin otro tipo de leche	0	34	1082
	No incluye leche materna o incluye otro tipo de leche	1	66	

Estas submuestras se han obtenido de los últimos nacidos vivos de cada hogar, que vivían con la madre y que tenían menos de 24 meses de edad al día de la entrevista; de éstos el 94.8% ha recibido en alguna ocasión lactancia materna y solamente el 5.4% se expuso que nunca había sido amamantado; sin embargo son muy pocos los que a la fecha de la entrevista seguían las recomendaciones de lactancia emanadas por la OMS; por ejemplo para el grupo de menos de seis meses la recomendación es lactancia materna exclusiva, pero en esta muestra solamente el 25 % de los casos la cumplía; esto quiere decir que tres de cada cuatro casos quedan ubicados en condición de riesgo; un 23% de estos al menos tiene lactancia predominante (pecho y otros líquidos, excluyendo otro tipo de leche) pero el 52% no está lactando o tiene otro tipo de lactancia lo cual lo lleva a un mayor riesgo. En el caso de niños de seis meses a menos de 12, la recomendación es que se alimenten mediante lactancia complementaria (pecho y sólidos, atoles, purés); sin embargo solamente el 43.6 % tenía dicha práctica; es decir que más de la mitad de estos niños(as) tienen otro tipo de lactancia no recomendada. En el otro grupo de edad de 12 a 24 meses, es aún menos el número de niños(as) que los alimentan siguiendo las recomendaciones de la OMS, ya que solamente un 34% aún sigue recibiendo pecho y el resto recibe otro tipo de alimentación sin incluir la leche materna o si la incluyen también le dan a consumir otro tipo de leche; por lo que se afirma que solamente uno de cada tres niños(as) entre uno y dos años continúan recibiendo leche materna con otros alimentos.

#### 5- Análisis relacional.

Para efectos de establecer una análisis relacional de la prevalencia de enfermedades con las condiciones preventivas y de riesgo, se comparan en primer lugar los promedios de los puntajes de riesgo de las cuatro variables antes descritas con los grupos de niños(as) que tuvieron prevalencia de IRAS y diarreas contra los que no tuvieron, bajo el supuesto que quienes no presentaron prevalencia de

morbilidad tendrán menores promedios de riesgo con respecto a los que si la presentaron. Pero además para llevar el análisis a un mayor nivel de profundidad se hace la misma comparación con el grupo prevalente, clasificándolos de acuerdo al nivel de gravedad presentado; estableciéndose las categorías de muy grave y menos grave.

Para verificar si las diferencias entre los grupos son estadísticamente significativas se aplica el estadístico "t" para diferencia de medias aritméticas (t test); el cual es aplicable cuando los datos que se trabajan cumplen con los supuestos de normalidad, varianzas similares entre los grupos y variables medidas en escala de intervalo (numérica). El último criterio se cumple al trabajar con los puntajes de riesgo de cada factor, la normalidad se cumple haciendo referencia al teorema del limite central que demuestra la distribución normal de las probabilidades de aparición de los puntajes de un grupo de datos cuando las muestras son grandes; para verificar que las varianzas de los grupos fueran homogéneas se aplicó previamente el estadístico de Levene para igualdad de varianzas y cuando se cumplió con este criterio fue aplicada la prueba. Cuando no se cumplió la similitud de varianzas se utilizó como alternativa el estadístico Chi cuadrado, en su aplicación para probar diferencias significativas en la distribución de los casos de dos grupos establecidos mediante una clasificación determinada. Los dos grupos para este análisis fueron los siguientes: el primero los casos que no presentaron ninguna situación de riesgo en la

condición medida (puntaje = 0) y el segundo incluyó los casos que presentaron al menos una situación de riesgo; es decir puntajes iguales o mayores a uno. Para la decisión de considerar una diferencia o relación estadísticamente significativa se consideró el límite de probabilidad de 0.05 (5%); es decir que cuando el valor del estadístico de prueba arroja una probabilidad menor o igual a 0.05 indica que las diferencias entre los promedios de los puntajes de riesgo son significativas para el caso de la prueba "t" o que la diferencia en la distribución de los dos grupos es significativa en el caso de la prueba Chi cuadrado. Los datos de la distribución de las relaciones de estas variables y el valor calculado de la prueba estadística con su probabilidad asociada se presentan en las tablas de la ocho a la 24 en anexo.

#### *5.1- Clasificación de los niveles de prevalencia y gravedad de las IRAS y diarreas*

La prevalencia de las IRAS fue tomada tal como está presentada en la encuesta FESAL 2002/03; basada en la respuesta afirmativa a la pregunta que indaga si el niño o niña presentó tos o dificultad para respirar en los últimos 15 días; y si no le había comenzado es día. La gravedad se consideró a partir de la combinación de la duración en días y la clasificación que hace la encuesta en: neumonía grave, neumonía, sibilancia, tos o resfriado y enfermedad grave y solo tos o resfriado; a partir de las cuales se establecieron las categorías de menos grave y muy grave.

Tabla 6.

### Clasificación de la prevalencia y de la gravedad de las infecciones respiratorias agudas, porcentaje de niños(as) por categoría y número de casos.

Prevalencia de IRAS				Gravedad de las IRAS			
Si	No	Total	N° Casos no ponderados	Menos grave	Muy grave	Total	N° Casos no ponderados
44.7%	55.3%	100%	3860	34.4%	65.6%	100%	1725

En la tabla 6 se observa que un 44.7% de los niños de la muestra presentaron un episodio de infecciones respiratorias agudas en los 15 días previos a la encuesta, representando a un total de 1725 casos; y de éstos, aproximadamente dos de cada tres fueron clasificados como muy graves.

La prevalencia de las Enfermedades diarreicas también fue tomada tal como está presentada en la encuesta FESAL 2002/03; basada en la respuesta afirmativa a la pregunta que indaga si el niño o niña había presentado diarrea en los últimos 15 días y si no le había comenzado ese día. La gravedad se consideró a partir de la combinación de la duración en días y la clasificación que hace FESAL: sin deshidratación, con deshidratación no grave y con deshidratación grave; a partir de las cuales se establecieron las dos categorías de menos grave y muy grave.

Tabla 7

### Clasificación de la prevalencia y de la gravedad de las diarreas, porcentaje de niños(as) por categoría y número de casos.

Prevalencia de Diarreas				Gravedad de las Diarreas			
Si	No	Total	N° Casos no ponderados	Menos grave	Muy grave	Total	N° Casos no ponderados
14.6%	85.4%	100%	3860	48%	52%	100%	562

Los episodios de diarrea en los 15 días previos a la encuesta solamente fueron presentados por un 13.8% de niños, lo que representa solamente 562 casos. De éstos últimos el nivel de gravedad se distribuyó en forma similar con un 48% de casos de menor gravedad y el resto de mayor gravedad.

#### 5.2- Relación con las condiciones preventivas y de riesgo.

Significación estadística del grado de asociación de las variables que conforman las Condiciones Preventivas y de riesgo con la prevalencia y gravedad de las IRAS y EDAS en niños(as) menores de cinco años. (ver tablas de distribución de casos, cálculo de estadísticos y valores de significación en tablas de la 8 a la 24 en anexo).

Morbilidad	IRAS		EDAS	
	Prevalencia	Gravedad	Prevalencia	Gravedad
Condiciones de insalubridad de la vivienda	S	S	S	S
Insuficiente atención materno infantil	N	S	S	S
Condiciones de nacimiento e insuficiente inmunización	N	S	S	N
Desnutrición	N	N	S	N
Inadecuadas prácticas de lactancia materna	N	N	N	N
Número de casos no ponderados	3860	1725	3860	562

S: El grado de asociación es estadísticamente significativo  
N: No se encontró asociación estadísticamente significativa

Las relaciones del cuadro anterior llevan a deducir que:

El riesgo por falta de atención materno infantil está asociado significativamente con la prevalencia y gravedad de las Diarreas y con la gravedad de las IRAS; pero no con la prevalencia de las últimas. La asociación significativa relacionada con la prevalencia de IRAS y Diarreas, indica que en niños(as) en quienes se presentó la morbilidad, hubo mayor proporción de casos con puntajes de riesgo; de igual manera la asociación significativa con la gravedad, explica que quienes presentaron un mayor grado de gravedad, también presentaron una mayor proporción de puntajes de riesgo. La asociación no significativa con la prevalencia de las IRAS, indica que los puntajes de riesgo por falta de atención materno infantil se distribuyeron en forma similar entre los casos de niños(as) que presentaron episodios de IRAS con los que no lo presentaron.

La condición de riesgo por desnutrición no presentó asociación significativa con la prevalencia de IRAS ni con la gravedad de las mismas; y si bien presentó asociación significativa con la prevalencia de diarreas no la mostró con la gravedad de éstas. Esto indica que tanto los niños desnutridos como los no desnutridos se distribuyen similarmente entre quienes presentaron prevalencia de IRAS con los que no

la mostraron; igual situación se refleja en los grupos de mayor y menor gravedad de IRAS y de Diarreas. Sin embargo en la prevalencia de Diarreas hubo una mayor proporción de casos de niños desnutridos respecto a los no desnutridos.

El riesgo por las condiciones de insalubridad de la vivienda está asociado significativamente con la prevalencia de las IRAS y diarreas y con la gravedad de las ambas. El hecho que las cuatro relaciones presenten una asociación significativa, indica que hubo una mayor proporción de niños(as) con prevalencia de IRAS y Diarreas que habitan en viviendas de mayor riesgo por las condiciones de insalubridad; mostrándose la misma tendencia en el nivel de gravedad de éstas; es decir los(as) niños(as) que más se gravaron son aquellos que en sus viviendas existen mayores condiciones de riesgo por insalubridad.

Al comparar los grupos de niños(as) que tenían mayores y menores condiciones de riesgo por su condición de nacimiento y esquema de vacunación incompleto; se encontró una asociación significativa con la prevalencia de diarreas y con la gravedad de las IRAS; lo cual indica que entre los(as) niños(as) que presentaron prevalencia de diarreas, hubo una mayor proporción de puntajes en la condición de riesgo por nacimiento e insuficiente inmunización; aspecto que también se presentó en los casos

que mostraron mayor gravedad de las IRAS. La asociación no significativa indica que en la prevalencia de las IRAS y en la gravedad de las diarreas, los grupos de niños con mayores y menores puntajes de riesgo por la condición de nacimiento y esquema de vacunación incompleto, se distribuyen similarmente entre quienes se enfermaron y los que no se enfermaron; igual distribución se presenta en quienes se clasificaron como muy graves con respecto a los menos graves en la prevalencia de Diarreas.

Las inadecuadas prácticas de lactancia no presentaron asociación significativa con la prevalencia de IRAS y diarreas, ni con la gravedad de las mismas. Esto indica que en los tres grupos de edad con quienes se realizó el análisis estadístico (de 0 a < 6, de 6 a < 12, de 12 a < 24 meses), tanto en la prevalencia de las IRAS como la de las diarreas, se presentó similar distribución de casos de niños(as) que tenían una práctica de lactancia según normas de la OMS y los que no la tenían; de igual manera la misma tendencia se mostró al comparar los dos niveles de gravedad en ambas enfermedades.

### *5.3- Relación con variables socioeconómicas.*

Este apartado incluye una comparación de las cuatro condiciones antes estudiadas (excepto las prácticas de lactancia por ser varias muestras diferentes) y se relacionan con variables de tipo socioeconómico incluidas en la encuesta FESAL 2002/03; entre estas: zona de ubicación de la vivienda, nivel socioeconómico, sexo del jefe del hogar, edad de la madre, educación y situación de empleo. El análisis que se plantea es de carácter descriptivo y tiene por objeto comparar los porcentajes de casos según los puntajes de riesgo en cada una de condiciones de riesgo respecto a las categorías establecidas en cada una de las variables socioeconómicas mencionadas, considerando la muestra de trabajo de 3,860 casos. Los datos a los que se hace referencia en este apartado (ver en anexos tablas 25 a 31) complementan los presentados en FESAL 2002/03 con la diferencia que aquí se amplían de acuerdo al concepto de Condición preventiva y de riesgo, que incluye un acumulado de los indicadores originales de la encuesta.

Los resultados de esta comparación reflejan que en relación a la zona de ubicación de la vivienda, existe una mayor proporción de casos en condición de riesgo en lo rural con respecto a lo urbano en una relación diferencial porcentual de 26- 13 por desnutrición; 79 - 56 por falta de atención materno infantil; 87 - 32 por insalubridad de la vivienda y 35 - 30 por condiciones de nacimiento e inmunización completa. Véase lo determinante que resultan las condiciones de la vivienda como factores de riesgo, al mostrar la mayor diferencia entre las zonas urbana y rural.

Al comparar por el nivel socioeconómico de las familias, se aprecian grandes diferencias entre el nivel bajo, medio y alto; siendo el más alarmante el de riesgo por insalubridad de la vivienda con diferenciales porcentuales 96-43-8 respectivamente; le sigue el relacionado con la falta de atención materno infantil con un diferencial 82-66-48; en tercer lugar el riesgo por desnutrición con diferencias 29-15-6; y por último el de condición de nacimiento e insuficiente inmunización con diferencial 37-29-29. Véase las grandes diferencias de casos en condición de riesgo entre el nivel socioeconómico alto y el bajo; por su parte el nivel medio iguala al alto en lo relativo a menor riesgo por condiciones de nacimiento e inmunización, está mas cerca de éste en lo relativo a la desnutrición y a las condiciones de la vivienda, pero se acerca más al nivel bajo en lo relativo al insuficiente atención materno infantil.

Por departamentos, los que más se hacen notar por tener las mayores proporciones de población en riesgo y estar entre los primeros cuatro, son los siguientes: Ahuachapán que aparece en las cuatro condiciones; Morazán con altas proporciones en falta de atención materno infantil, condiciones de insalubridad y riesgo por condiciones de nacimiento e inmunizaciones incompletas de las viviendas; Cabañas por falta de atención materno infantil y riesgo por condiciones de nacimiento e incompleta inmunización; Usulután que también aparece con altas proporciones en falta de atención materno infantil y condiciones de insalubridad de la vivienda.; y San Vicente que presentó también altas proporciones en condiciones de salubridad de la vivienda y en riesgo por condiciones de nacimiento e inmunización incompleta.

Al cotejar las cuatro condiciones preventivas y de riesgo con el nivel educativo de las madres, se nota una clara correlación entre éstas; en la que se aprecia que a mayor nivel educativo de ellas menor proporción de casos de riesgo y viceversa; pero también son notables los puntajes extremos por ejemplo en el grupo de madres analfabetas las condiciones de insalubridad de la vivienda se presentan en el 90% de los casos y la falta de atención materno infantil en el 89%; mientras que en aquellas que tienen diez a más años de estudio los porcentajes de estas dos condiciones de riesgo fueron 24% y 50% respectivamente. En el riesgo por desnutrición los valores extremos según nivel educativo fueron 7% y 34% y en la condición de nacimiento e inmunización incompleta se mostraron valores entre 29% y 45%.

Comparando con el sexo del jefe del hogar, existe una pequeña diferencia que muestra menos casos de riesgo en la suma de las cuatro condiciones cuando el hogar tiene jefatura

femenina que cuando los es masculina, mostrándose con mayor claridad en el riesgo por insalubridad de la vivienda en el cual las diferencias fueron de ocho puntos (65 - 57); en las otras tres condiciones de riesgo las diferencias son prácticamente iguales o con diferencias muy mínimas.

Respecto a la edad de la madre se aprecia una tendencia interesante en donde niños(as) de madres de más de 40 años son los que presentaron mayor proporción de riesgo en las cuatro condiciones, seguidos por los de madres de menos de 20 años, y luego los de grupos de edades intermedias según orden cronológico. Es de destacar que aunque la tendencia se mantiene las diferencias son mínimas en el riesgo por desnutrición entre los cuatro grupos de edad; Sin embargo los datos más sobresaliente lo representan los mayores porcentajes de riesgo presentados en niños(as) de madres mayores de 40 años alcanzando porcentajes máximos de 85% en el riesgo por insalubridad de la vivienda y en la falta de atención materno infantil; además de la diferencia entre los puntajes de los dos grupos extremos de riesgo por condiciones de nacimiento e insuficiente inmunización que va de 27% en el grupo de madres de 20 a 30 años hasta 69% en el de madres mayores de 40 años.

Al cotejar los porcentajes de riesgo de las cuatro variables que se han venido analizando con la situación de empleo de la madre, paradójicamente los mayores porcentajes de riesgo se presentan en los grupos de niños que la madre no trabaja y los menores con los que trabaja fuera de la casa; aunque es de tomar en cuenta que detrás de estos datos está lo del nivel socioeconómico y el nivel educativo de la madres que son los que pueden ocultar estos datos y dar una mejor explicación de esta relación.

## 6- Conclusiones

Las infecciones respiratorias agudas y las diarreas son las primeras causas de morbilidad y las principales enfermedades prevalentes de la niñez, de las cuales, las primeras se presentaron en dos de cada cinco niños(as); y las segundas en uno de cada siete niños(as). De igual manera, por cada tres niños(as) que mostraron prevalencia de infecciones respiratorias agudas, dos de ellos mostraron signos de mayor gravedad; y por cada dos niños(as) que presentaron prevalencia de diarrea, uno de ellos mostró signos de mayor gravedad. Tres de cada cinco niños(as) salvadoreños habitan en viviendas que presentan de una a cuatro de las siguientes condiciones de insalubridad: consumo de agua sin garantías de potabilización, falta de servicios sanitarios, inadecuada disposición de la basura, pisos de tierra en la vivienda y combustible altamente contaminante para cocinar. A siete de cada diez niños(as) salvadoreños no se les cumplió en la forma recomendada, de una a tres de las asistencias básicas requeridas de la atención materno infantil que incluye los controles prenatales de la madre, parto hospitalario y controles posnatales de la madre y el recién nacido. Uno de cada tres niños(as) salvadoreños presentan riesgo por condiciones de nacimiento, que incluyen prematuridad y orden de nacimiento del sexto hijo en adelante; además de inmunización insuficiente al no haber completado su esquema de tres vacunas.

Uno de cada cinco niños(as) está en riesgo por desnutrición en al menos uno de los criterios de baja talla para la edad y bajo peso para la edad. Las condiciones preventivas y de riesgo representadas en el incumplimiento de las recomendaciones básicas de la atención materno infantil, en la insalubridad de la vivienda, en la desnutrición y en el riesgo por la condición de nacimiento e inmunización insuficiente; se muestran en mayores proporciones en casos que involucraban a niños(as) de la zona rural, en los pertenecientes a hogares de nivel socioeconómico bajo, en hijos de madres con menores niveles educativos y de las que no trabajan y en los pertenecientes a hogares donde la jefatura es un hombre. Por departamento son más notables las condiciones de riesgo en su orden, en Ahuachapán, Morazán, Cabañas, Usulután y San Vicente. Los niños cuyas madres cumplieron con las recomendaciones básicas de la atención materno infantil referida a período de asistencia y número de controles prenatales, parto en instalaciones hospitalarias, asistencia a los controles posnatales de la madre y control precoz del(a) niño(a); presentaron en forma significativa: a) un menor porcentaje de casos con prevalencia de enfermedades diarreicas; b) un menor porcentaje de casos con mayor gravedad de diarreas y; c) un menor porcentaje de casos con mayor gravedad en las infecciones respiratorias agudas. Pero no mostró asociación significativa con la prevalencia de éstas últimas. Los niños que habitan en viviendas

que presentan de una a cuatro de las siguientes condiciones: consumo de agua no potable, falta de servicio sanitario, disposición inadecuada de la basura y/o combustible de mayor contaminación para cocinar; presentaron en forma significativa un mayor porcentaje de casos con prevalencia de Infecciones respiratorias y con Diarreas; así como mayores porcentajes de casos con signos de mayor gravedad en ambas enfermedades. Los niños considerados en riesgo por prematurez, por haber nacido en orden después del quinto hijo y por inmunización insuficiente, presentaron en forma significativa un

mayor porcentaje de casos con prevalencia de diarrea y con mayores signos de gravedad en las Infecciones respiratorias agudas; no observándose asociación significativa con la prevalencia de éstas últimas, ni con la gravedad de las diarreas. En los casos con desnutrición únicamente se encontró relación significativa con la prevalencia de diarreas; y al relacionar las prácticas de lactancia con la prevalencia y gravedad de las Infecciones respiratorias agudas y las diarreas no se encontró asociación significativa con ninguna de éstas.

## 7- Discusión de resultados

El perfil epidemiológico salvadoreño muestra a las infecciones respiratorias agudas y las diarreas como las enfermedades de mayor prevalencia en la niñez salvadoreña, las cuales son propensas a brotes epidémicos y a estados de gravedad de consecuencias fatales, especialmente cuando se facilitan los medios y condiciones para su desarrollo y propagación. El estudio ratificó lo explicado por la teoría en donde se expone que las principales condiciones de riesgo asociadas al apareamiento y desarrollo de las enfermedades infecciosas están representadas en el ambiente domiciliario en que vive el(la) niño(a); entre éstas el consumo de agua sin garantías de ser potable, la falta de servicios sanitarios, la inadecuada disposición final de la basura, la contaminación del aire por el tipo de combustible utilizado para cocinar; aunado a la inadecuada higiene y hábitos de vida practicados en la mayoría de hogares salvadoreños.

De igual manera los resultados obtenidos ilustran como el cumplimiento de las recomendaciones básicas emanadas de los principales organismos de salud respecto a la atención prenatal, perinatal y posnatal contribuyen a prevenir y minimizar el padecimiento, desarrollo y consecuencias fatales producidos por las enfermedades infecciosas en estudio. Otros factores de riesgo mencionados por la teoría como la condición de prematuridad y haber nacido en orden del sexto mayor e incompleta inmunización, con los cuales asocian mayor probabilidad de muerte, no mostraron tener mucha influencia con las causas de morbilidad en estudio. También llama la atención la poca influencia de la desnutrición y la falta de asociación de las inadecuadas prácticas de lactancia con la prevalencia y gravedad de las dos enfermedades.

Dos explicaciones probables surgen de la poca o nula asociación encontrada; en primer lugar es probable que las condiciones de insalubridad de la vivienda y la insuficiente atención materno infantil sean factores muy determinantes que inclinen la cantidad de casos que aparentemente no presentan condición de alto riesgo por prácticas inadecuadas de lactancia y por desnutrición y por riesgo de nacimiento e incompleta inmunización. Con respecto a la relación de la lactancia con la prevalencia y gravedad de diarreas e IRAS, probablemente este tipo de estudio transversal no sea el más adecuado, ya que en este medio existe la costumbre de empezar a introducir diferentes tipos de alimentos y otras leches a los infantes. Probablemente un estudio longitudinal o de cohorte pueda ofrecer resultados más cercanos a la teoría relacionada con este tema.

Las condiciones que más inciden en la prevalencia y gravedad de las dos enfermedades son la insalubridad de la vivienda y la insuficiente atención materno infantil; aspectos que, a excepción del acceso al agua potable, se reconoce son factibles de intervenciones sencillas y de bajo costo; especialmente con acciones orientadas hacia la promoción y la prevención de la salud; pero también se sabe que muchas de estas condiciones están fuertemente asociadas a la pobreza, lo cual quedó ilustrado al apreciar los casos de nivel socioeconómico, de la zona rural y de madres con bajo nivel educativo que fueron los que presentaron mayor proporción de casos en situaciones de alto riesgo. Por consiguiente se hace indispensable un enfoque integral.

El sistema de salud salvadoreño con su modelo de organización por SIBASI ha tenido el reconocimiento de representantes de la OPS, quienes han manifestado que este tiene un modelo de organización para trabajar bajo el enfoque de promoción; sin embargo también se le reconoce que el esfuerzo mayor está orientado al aspecto curativo. También se le señala la fortaleza del trabajo comunitario realizado, al cual se le atribuye parte de los buenos logros obtenidos

en el último quinquenio en la reducción de la mortalidad de la niñez y de los niveles de desnutrición.

Además de la AIEPI que es presentada por OMS y UNICEF como la mejor estrategia para abordar la salud de la niñez; junto con otras estrategias como AIN y el Paquete madre bebé, prácticamente abordan toda la estructura de prevención y mucho de la promoción de la salud para la madre y el niño(a); además tienen un soporte técnico metodológico muy completo a través de todas las herramientas relativas a los manuales de procedimientos, protocolos, intervenciones, registro, referencia y retorno, monitoreo y evaluación para la decisión oportuna que permita prevenir las enfermedades y minimizar las complicaciones. Si bien a estas estrategias son más reconocidas por sus fortalezas, las evaluaciones realizadas a estas le señalan ciertas debilidades que es necesario superarlas; entre estas los limitados suministros y materiales, escaso apoyo técnico de la supervisión, la saturación de actividades y la deficiente referencia con hospitales; también se mencionan debilidades en algunas áreas especialmente en la atención a los recién nacidos.

## 8- Recomendaciones

Las necesidades que presenta el perfil epidemiológico en la niñez demandan la urgencia de contar con una política de Estado que garantice el enfoque de promoción de la salud; se sabe que está en proceso de revisión, por lo que es necesario se acelere su implementación; de igual manera urge un mayor apoyo a las acciones realizadas bajo las estrategias AIEPI, AIN y el paquete madre bebé, especialmente el enfoque comunitario donde está la mayor cantidad de población en condición de riesgo.

Este apoyo debe ser integral, desde la responsabilidad asumida por cada SIBASI y cada establecimiento de salud a las labores de las personas que trabajan en el campo, proveyendo los insumos necesarios para su trabajo, dándole el apoyo técnico y la asesoría necesaria. En relación a la estrategia preventiva que involucra aspectos de acceso al potable o tratamiento de la misma, saneamiento, salubridad, cambio de actitudes y buenas prácticas de salud; es necesario que los SIBASI puedan concretar alianzas con las iglesias, escuelas, gobiernos municipales, ONGs e instituciones estatales para desarrollar un enfoque interinstitucional e intersectorial. Esto sugiere la formación de los comités para la promoción y prevención de la salud.

Si bien la introducción de agua potable a las comunidades no es una función del sector salud; este debe hacer oír su voz para implementar también una política de gestión del agua, se sabe que existen varias propuestas pero aún no se ha publicitado soluciones integrales; el sector salud logró un gran impacto con sus foros sobre la reforma integral en salud; de igual manera es urgente crear este foro por el agua potable para todos los salvadoreños y salvadoreñas.

## Referencias bibliográficas

- \* De Alas, Claudia; El Paquete Madre - Bebé. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Gerencia de Atención Integral en Salud a la Niñez. El Salvador 2004.
- \* FESAL 2002/03. Encuesta Nacional de Salud Familiar. ADS. El Salvador, 2004
- \* Instituto Nacional de Estadísticas. Estadísticas Vitales Honduras. 2003.
- \* Mena, Efraín. Estudios sobre presencia de bacterias coliformes en agua de consumo humano. UEES. 2001.
- \* Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Boletín sobre indicadores de salud. El Salvador. 2003
- \* Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria "Primer Foro Nacional de Promoción de la Salud: Consulta para la Construcción de la Política de Promoción de la Salud en El Salvador". 2001.
- \* Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía para la supervisión de la atención integral en salud a los niños menores de 5 años en los establecimientos de salud del primer nivel de atención y hospitales del segundo nivel de atención. El Salvador 2004.
- \* Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual de crecimiento y desarrollo del niño y niña de 0 a 9 años. Programa de atención integral en salud a la niñez, año 2003.
- \* Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Documentos de curso para promotores en salud. 2002
- \* Murray, John, Gabriella Newes Adeyi, Judith Graeff, Rebecca Fields, Mark Rasmuson, René Salgado, Tina Sanghvi.. Conductas Clave en Salud materno Infantil. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).Proyecto BASICS, VA. 2001
- \* Nuñez, Irma Yolanda. Promoción de Crecimiento y Desarrollo a través de la Participación Comunitaria: "Atención Integral en Nutrición en la Comunidad-AIN" Boletín AIN. 2004.

- \* Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo. 2003.
- \* Organización Panamericana de la Salud. Perfil de País Nicaragua. Boletín 2001.
- \* Organización Panamericana de la Salud. Boletín Epidemiológico. Vol 24 N° 2. 2004.
- \* Organización Mundial de la Salud. Acciones Esenciales en Nutricion; Guía para los Gerentes de Salud. Basics, UNICEF, USAID. 2001.
- \* Programa de las naciones Unidad para el Desarrollo. Informe de Desarrollo Humano El Salvador 2003.
- \* Programa de la Naciones Unidas Para el Desarrollo. Informe de Desarrollo Humano 2004.
- \* Secretaría Técnica de la Presidencia. Programa social de atención a las familias en extrema pobreza de El Salvador Red Solidaria. Gobierno de El Salvador. 2005.
- \* The Lancet BASIC II. La segunda Revolución en Supervivencia Infantil. Sumario de la serie de Supervivencia Infantil. 2003.
- \* UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2005.

## Anexos

### 1- Relación de variables Atención Materno Infantil y Prevalencia de IRAS y Diarreas

Tabla 8

Distribución del número de casos que cumplieron y no cumplieron las normas mínimas de la atención materno infantil con respecto a los casos en que se presentó o no la prevalencia de IRAS. Estadístico calculado y su significación.

Riesgo por falta de atención materno infantil	Prevalencia de IRAS		Total
	No	Si	
Cumple normas mínimas (sin riesgo)	424	354	778
Faltó alguna atención (en riesgo)	1711	1371	3082
Total	2135	1725	3860
Estadístico calculado $\chi^2 = 0.26$		Significación $\leq 0.628$	

Tabla 9

Distribución del número de casos que cumplieron y no cumplieron las normas mínimas de la atención materno infantil con respecto a los casos en que se presentó la prevalencia de IRAS de acuerdo y su nivel de gravedad. Estadístico calculado y su significación.

Atención Materno Infantil	Gravedad por IRAS		Total
	Menos grave	Muy grave	
Cumple normas mínimas (sin riesgo)	212	308	520
Faltó alguna atención (en riesgo)	381	824	1205
Total	593	1132	1725
Estadístico calculado $\chi^2 = 13.484$		Significación $\leq 0.000$	

Tabla 10

Promedios y desviaciones estándar de las puntuaciones de riesgo por falta de atención materno infantil, comparación de grupos en los que hubo y no hubo prevalencia de diarreas. Estadístico de prueba calculado y significación.

Prevalencia de Diarreas	Nº de casos	Promedio puntajes de riesgo por falta AMI	Desviación estándar	Estadístico t de student	Significación de la diferencia
Con prevalencia	562	1.3523	1.18385	2.201	$\leq 0.014$
Sin prevalencia	3298	1.2332	1.18627		

Tabla 11

Promedios y desviaciones estándar de las puntuaciones de riesgo por falta de atención materno infantil, comparación de grupos de acuerdo a la gravedad de las diarreas. Estadístico de prueba calculado y significación.

Gravedad de las Diarreas	Nº de casos	Promedio puntajes de riesgo por falta de AMI	Desviación estándar	Estadístico t de student	Significación de la diferencia
Menos grave	270	1.2074	1.15746	2.81	$\leq 0.002$
Muy grave	292	1.4863	1.19412		

## 2- Relación de variables Estado Nutricional y Prevalencia de IRAS y Diarreas

Tabla 12

Promedios y desviaciones estándar de las puntuaciones de riesgo por desnutrición, comparación de grupos en los que hubo y no hubo prevalencia de IRAS. Estadístico de prueba calculado y significación.

Prevalencia de las IRAS	Nº de casos	Promedio puntajes de riesgo por desnutrición	Desviación estándar	Estadístico t de student	Significación de la diferencia
Sin prevalencia	1725	0.3084	0.68879	0.257	$\leq 0.398$
Con prevalencia	2135	0.3143	0.72060		

Tabla 13

Distribución del número de casos de niños normales y desnutridos con respecto a los casos en que se presentó la prevalencia de IRAS de acuerdo y su nivel de gravedad. Estadístico de prueba calculado y significación.

Estado nutricional	Gravedad por IRAS		Total
	Menos grave	Muy grave	
Normales	477	894	1371
Desnutridos	116	238	354
Total	593	1132	1725
Estadístico calculado $X^2 = 0.511$		Significación $\leq 0.49$	

Tabla 14

Distribución del número de casos de niños normales y desnutridos con respecto a los casos en que se presentó la prevalencia de Diarreas. Estadístico calculado y su significación.

Estado nutricional	Prevalencia de diarreas		Total
	No	Si	
Normales	2652	430	3082
Desnutridos	646	132	778
Total	3298	562	3860
Estadístico calculado $X^2 = 4.538$		Significación $\leq 0.035$	

Tabla 15

Distribución del número de casos de niños desnutridos con respecto a los casos en que se presentó la prevalencia de Diarreas de acuerdo y su nivel de gravedad. Estadístico calculado y su significación.

Estado nutricional	Gravedad por diarreas		Total
	Menos grave	Muy grave	
Normales	215	215	430
Desnutridos	55	77	132
Total	270	292	562
Estadístico calculado $X^2 = 2.81$		Significación $\leq 0.11$	

Tabla 16

**Promedios y desviaciones estándar de las puntuaciones de riesgo por condiciones de insalubridad de la vivienda, comparación de grupos en los que hubo y no hubo prevalencia de IRAS. Estadístico de prueba calculado y significación.**

Prevalencia de IRAS	Nº de casos	Promedio puntajes de riesgo por insalubridad	Desviación estándar	Estadístico t de student	Significación de la diferencia
Con prevalencia	1725	1.7299	1.74541	1.971	$\leq 0.025$
Sin prevalencia	2135	1.6201	1.69858		

Tabla 17

**Distribución del número de casos de viviendas en condiciones salubres e insalubres con respecto a los casos en que se presentó la prevalencia de IRAS de acuerdo y su nivel de gravedad. Estadístico calculado y su significación.**

Condiciones de vivienda	Gravedad por IRAS		Total
	Menos grave	Muy Grave	
Salubres	257	366	623
Insalubres	336	766	1102
Total	593	1132	1725
Estadístico calculado $X^2 = 20.43$		Significación $\leq 0.000$	

Tabla 18

**Promedios y desviaciones estándar de las puntuaciones de riesgo por condiciones de insalubridad de la vivienda, comparación de grupos en los que hubo y no hubo prevalencia de Diarreas. Estadístico de prueba calculado y significación.**

Prevalencia de Diarreas	Nº de casos	Promedio puntajes de riesgo por insalubridad	Desviación estándar	Estadístico t de student	Significación de la diferencia
Con prevalencia	562	1.9698	1.77850	4.492	$\leq 0.000$
Sin prevalencia	3298	1.6180	1.70519		

Tabla 19

Promedios y desviaciones estándar de las puntuaciones de riesgo por condiciones de insalubridad de la vivienda, comparación de grupos en que hubo prevalencia de Diarreas. De acuerdo a su gravedad. Estadístico de prueba calculado y significación.

Gravedad de las diarreas	N° de casos	Promedio puntajes de riesgo por insalubridad	Desviación estándar	Estadístico t de student	Significación de la diferencia
Menos grave	270	1.6185	1.69375	4.581	$\leq 0.000$
Muy grave		292	2.2945		1.79602

3- Relación de variables Condición de nacimiento e inmunización incompleta y Prevalencia de IRAS y Diarreas

Tabla 20

Promedios y desviaciones estándar de las puntuaciones de riesgo por condición de nacimiento e inmunización incompleta, comparación de grupos en los que hubo y no hubo prevalencia de IRAS. Estadístico de prueba calculado y significación.

Prevalencia de IRAS	N° de casos	Promedio puntajes de riesgo por CN e Inmunización	Desviación estándar	Estadístico t de student	Significación de la diferencia
Con prevalencia	1725	0.3571	0.55238	1.051	$\leq 0.147$
Sin prevalencia	2135	0.3761	0.56407		

Tabla 21

Distribución del número de casos por el riesgo de la condición de nacimiento e inmunización incompleta con respecto a los casos en que se presentó la prevalencia de IRAS de acuerdo y su nivel de gravedad. Estadístico calculado y su significación.

Condiciones de nacimiento e Inmunización	Gravedad por IRAS		Total
	Menos grave	Muy Grave	
Sin riesgo	428	744	1172
Con riesgo	165	388	553
Total	593	1132	1725
Estadístico calculado $\chi^2 = 7.435$		Significación $\leq 0.007$	

Tabla 22

**Promedios y desviaciones estándar de las puntuaciones de riesgo por condición de nacimiento e inmunización incompleta, comparación de grupos en los que hubo y no hubo prevalencia de Diarreas. Estadístico de prueba calculado y significación.**

Prevalencia de Diarreas	Nº de casos	Promedio puntajes de riesgo por CN e Inmunización	Desviación estándar	Estadístico t de student	Significación de la diferencia
Con prevalencia	562	0.4039	0.55260	1.666	<= 0.048
Sin prevalencia	3298	0.3614	0.55979		

Tabla 23

**Promedios y desviaciones estándar de las puntuaciones de riesgo por condición de nacimiento e inmunización incompleta, comparación de grupos en los que hubo prevalencia de Diarreas y su nivel de gravedad. Estadístico de prueba calculado y significación.**

Gravedad de las diarreas	Nº de casos	Promedio puntajes de riesgo por CN e Inmunización	Desviación estándar	Estadístico t de student	Significación de la diferencia
Menos grave	270	0.4370	0.56683	1.367	<= 0.085
Muy grave	292	0.3733	0.53827		

5- Relación de la variable riesgo por inadecuadas prácticas de lactancia con la prevalencia y gravedad de las iras y diarreas

Tabla 24.

**Estadísticos calculados para probar la significación estadística de la relación del riesgo por inadecuadas prácticas de lactancia asociadas a la prevalencia y gravedad de las IRAS y diarreas**

Riesgo por Inadecuadas prácticas de lactancia en	Prevalencia IRAS		Gravedad IRAS		Prevalencia Diarreas		Gravedad Diarreas	
	X <sup>2</sup>	Signif.	X <sup>2</sup>	Signif.	X <sup>2</sup>	Signif.	X <sup>2</sup>	Signif.
Grupo 0 a < 6 años	2.15	0.28	3.17	0.20	4.36	0.11	0.45	0.80
Grupo 6 a < 12 años	2.32	0.13	1.10	0.29	0.46	0.50	3.17	0.08
Grupo 12 a < 24 años	0.39	0.53	0.03	0.86	1.53	0.22	0.07	0.93

6- Relación de factores condicionantes y determinantes de la vulnerabilidad a las diarreas e IRAS con variables socioeconómicas.

El cálculo de las distribución de porcentual realizado en todas las tablas de este apartado (de la 25 a la 36), se realizó con la muestra de trabajo que incluyó 3,860 casos no ponderados.

Tabla 25.

Distribución porcentual de niños(as) que se ubicaron en situación de riesgo por cada uno de los factores condicionantes y determinantes de vulnerabilidad a las infecciones respiratorias agudas y las diarreas, según zona geográfica

Zona	En Riesgo por desnutrición	En riesgo por falta de Atención Materno Infantil	En riesgo por insalubridad de la vivienda	En riesgo por CN e inmunización Incompleta
Urbana	12,9%	59,7%	31,9%	30,4%
Rural	25,9%	78,7%	86,7%	34,8%

Tabla 26.

Distribución porcentual de niños(as) que se ubicaron en situación de riesgo por cada uno de los factores condicionantes y determinantes de vulnerabilidad a las infecciones respiratorias agudas y las diarreas, según nivel socioeconómico.

Nivel	En Riesgo socioeconómico por desnutrición	En riesgo por falta de Atención Materno Infantil	En riesgo por insalubridad de la vivienda	En riesgo por CN e inmunización Incompleta
Bajo	29,1%	81,9%	95,7%	36,7%
Medio	14,8%	65,8%	43,5%	29,1%
Alto	6,1%	47,7%	7,9%	29,2%

Tabla 27.

Distribución porcentual de niños(as) que se ubicaron en situación de riesgo por cada uno de los factores condicionantes y determinantes de vulnerabilidad a las infecciones respiratorias agudas y las diarreas, según nivel educativo de la madre.

Nivel Educativo (años)	En Riesgo por desnutrición	En riesgo por falta de Atención Materno Infantil	En riesgo por insalubridad de la vivienda	En riesgo por CN e inmunización Incompleta
Ninguno	33,8%	89,3%	90,8%	44,6%
1-3	27,2%	82,4%	83,3%	37,3%
4-6	21,4%	72,8%	74,2%	30,0%
7-9	15,5%	62,5%	47,5%	27,2%
10 ó más	6,7%	49,8%	23,5%	28,5%

Tabla 28.

**Distribución porcentual de niños(as) que se ubicaron en situación de riesgo por cada uno de los factores condicionantes y determinantes de vulnerabilidad a las infecciones respiratorias agudas y las diarreas, según sexo del jefe del hogar.**

<b>Sexo del jefe del hogar</b>	<b>En Riesgo por desnutrición</b>	<b>En riesgo por falta de Atención Materno Infantil</b>	<b>En riesgo por insalubridad de la vivienda</b>	<b>En riesgo por CN e inmunización incompleta</b>
Masculino	20,4%	70,9%	64,8%	33,2%
Femenino	19,5%	68,9%	56,8%	31,9%

Tabla 29

**Distribución porcentual de niños(as) que se ubicaron en situación de riesgo por cada uno de los factores condicionantes y determinantes de vulnerabilidad a las infecciones respiratorias agudas y las diarreas, según departamentos**

<b>Departamentos</b>	<b>En Riesgo por desnutrición</b>	<b>En riesgo por falta de Atención Materno Infantil</b>	<b>En riesgo por insalubridad de la vivienda</b>	<b>En riesgo por CN e inmunización incompleta</b>
1. Ahuachapán	30,6%	75,4%	73,3%	34,5%
2. Santa Ana	28,2%	72,6%	62,2%	29,7%
3. Sonsonate	22,9%	71,1%	71,1%	31,3%
4. Chalatenango	23,3%	72,1%	72,6%	33,3%
5. La Libertad	19,5%	72,9%	66,7%	33,3%
6. San Salvador	14,1%	58,2%	26,6%	32,0%
7. Cuscatlán	26,0%	72,3%	72,8%	33,2%
8. La Paz	20,0%	68,7%	71,3%	31,3%
9. Cabañas	23,0%	80,7%	70,0%	34,1%
10. San Vicente	14,9%	71,9%	80,1%	37,6%
11. Usulután	13,3%	73,0%	75,4%	33,6%
12. San Miguel	19,7%	71,1%	65,4%	31,6%
13. Morazán	19,1%	77,6%	77,2%	34,2%
14. La Unión	16,7%	69,8%	67,0%	32,1%

Tabla 30.

**Distribución porcentual de niños(as) que se ubicaron en situación de riesgo por cada uno de los factores condicionantes y determinantes de vulnerabilidad a las infecciones respiratorias agudas y las diarreas, según edad de la madre.**

Edad de la madre en años	En Riesgo por desnutrición	En riesgo por falta de Atención Materno Infantil	En riesgo por Insalubridad de la vivienda	En riesgo por CN e Inmunización Incompleta
Menos de 20	19,8%	73,1%	65,7%	29,3%
de 21 a 30	19,3%	69,0%	64,0%	27,1%
de 31 a 40	22,7%	72,9%	68,9%	52,4%
más de 40	23,9%	85,1%	85,2%	69,3%

Tabla 31.

**Distribución porcentual de niños(as) que se ubicaron en situación de riesgo por cada uno de los factores condicionantes y determinantes de vulnerabilidad a las infecciones respiratorias agudas y las diarreas, según situación de empleo de la madre.**

Situación de empleo	En Riesgo por desnutrición	En riesgo por falta de Atención Materno Infantil	En riesgo por Insalubridad de la vivienda	En riesgo por CN e Inmunización Incompleta
No Trabaja	21,3%	72,7%	69,5%	33,8%
Trabaja Dentro	18,6%	65,8%	45,5%	28,9%
Trabaja Fuera	16,1%	61,8%	39,4%	30,7%