



**Prevalencia de VIH y Sífilis y Conocimientos,
Prácticas y Actitudes de la Población Indígena
según Familias Lingüísticas en el Paraguay**

2016

I.EQUIPO DE TRABAJO

Nombre	Apellido	Rol
Gloria	Aguilar	Investigadora Principal.
Gladys	Estigarribia	Investigadora asociada/Coordinador metodológico.
Liliana	Giménez	Coordinadora de campo.
Tania	Samudio	Investigador asociado/Coordinadora general por el PRONASIDA.
Aníbal	Kawabata	Investigador asociado/Consultor para la elaboración del protocolo, informe y artículo científico.
Gladys	López	Consultora de laboratorio para control de calidad de las muestras sanguíneas.
Manuel	Jara	Encargado de Monitoreo y Evaluación.
Rolando	Rolón	Encargado de la calidad de datos.
Faustina	Alvarenga	Asesora de interculturalidad.
Adele	Schwartz Benzaken	Investigador asociado/Asesora metodológico.
Angélica	Espinosa	Investigador asociado/ Asesora.
Sergio	Muñoz	Investigador asociado/Asesor estadístico para el análisis estratificado por regiones y por familias lingüísticas. Tamaño muestral y muestreo.

II.INDICE

III.Lista de cuadros.....	iv
IV.Lista de gráficos.....	v
V.Abreviaturas.....	vi
1. Introducción.....	01
2. Antecedentes.....	03
3. Justificación.....	05
4. Objetivo principal.....	07
4.1. Objetivos específicos.....	07
5. Materiales y métodos	08
5.1.Tipo y periodo de estudio.....	08
5.2.Población de estudio.....	08
5.3.Muestreo.....	08
5.4.Preparación del trabajo de campo.....	12
5.5. Aspectosprevios.....	14
5.6. Recomendaciones. Acciones enterreno.....	15
5.7.Laboratorio	17
5.8. Control de la calidad de datos.....	24
5.9.Plan de análisis	24
6. Aspectos éticos.....	26
7.Resultados	28
8. Conclusiones.....	42
9.Recomendaciones.....	44
10.Bibliografía.....	45
11.Anexos.....	49

III.LISTA DE CUADROS

Cuadro 1 Distribución de la muestra por Región y Familia Lingüística.....	08
Cuadro 2 Distribución de la muestra por Región, Familia y Comunidades.....	09
Cuadro 3 Algunas pruebas de laboratorio para VIH. Características y aplicación.....	22
Cuadro 4 Distribución por Familia lingüística por Región, Departamento, sexo, grupo de edades, y educación.....	28
Cuadro 5 Prevalencia de VIH y Sífilis según Familia Lingüística.....	30
Cuadro 6 Conocimientos VIH y Prácticas de riesgo y protectoras según Familia lingüística.....	31
Cuadro 7 Asociación de la infección por VIH/Sífilis Conocimientos VIH y Conductas de riesgo según Familia lingüística.....	33
Cuadro 8 Motivos de No utilización de condón.....	35
Cuadro 9 Conductas de Riesgo según Uso de condón y Relación sexual a cambio de Dinero.....	35
Cuadro 10 Conductas de Riesgo según Tipo de Relación sexual.....	36
Cuadro 11 Asociación de VIH/Sífilis y Factores de riesgo de la infección.....	38
Cuadro 12 Frecuencia de acceso al testeo.....	41

IV.LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1 Comunidades indígenas y cálculo aproximado de distancia al Servicio de Salud.....	11
Gráfico 2 Distribución de edades según sexo.....	29
Gráfico 3 Prevalencia de VIH y Sífilis según Familia lingüística.....	30
Gráfico 4 Frecuencia de exposición a 1 o más Factores de Riesgo según Familia Lingüística.....	32
Gráfico 5 Frecuencia de Uso de condón.....	34
Gráfico 6 Frecuencia uso de drogas.....	37
Gráfico 7 Frecuencia de Tipo de drogas.....	37
Gráfico 8 Frecuencia de formas de uso de drogas.....	38
Gráfico 9 Tipos de Infección de Transmisión Sexual más frecuentes.....	40
Gráfico 10 Frecuencia de acceso al testeo.....	41

V. ABREVIATURAS

Abreviaturas	Significado
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia humana
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
RR	Riesgo Relativo
TPHA	Treponema Pallidum Haemagglutination Assay
EIA	Enzimo-Immuno Análisis
WB	Western Blot
ITS	Infección de Transmisión Sexual
CTV	Consejería y Testeo Voluntario
CONACYT	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
PROCIENCIA	Programa paraguayo para el desarrollo de la Ciencia y la Tecnología
MSP BS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OMS	Organización Mundial de la Salud
PRONASIDA	Programa Nacional de control del VIH/Sida/ITS
LCSP	Laboratorio Central de Salud Pública



1. INTRODUCCIÓN

Según datos elaborados por ONUSIDA (2014), 36,9 millones de personas vivían con el VIH. La epidemia en América latina se mantiene estable, y la transmisión del VIH sigue produciéndose en poblaciones de mayor riesgo.

Aguilar (2015). En el Paraguay, desde el inicio de la epidemia en el año 1985 hasta el año 2014 estaban registradas un total de 13.933 personas con infecciones relacionadas al VIH de los cuales 4.318 fueron categorizadas como Sida. En el año 2015 se diagnosticaron 1.430 nuevos casos de los cuales 423 categorizadas como sida. Y las muertes relacionadas con la infección hasta el año 2015 fueron de 2.850 personas, estimándose una población que vive con el VIH de 12.513 personas.

Los nuevos diagnósticos por el VIH en nuestro país presentan las siguientes características: el número de diagnósticos es mayor en jóvenes y adultos mayores, en cuanto a la proporción, en hombres sigue siendo mayor con respecto a las mujeres. La vía transmisión más frecuente sigue siendo la vía sexual. Los casos de la infección categorizada como Sida y la tasa de mortalidad por la infección por el VIH se han mantenido estables en los últimos años. Acompañado por la incorporación de la ampliación de la cobertura del tratamiento antirretroviral en los servicios.

Es importante el fortalecimiento de las estrategias de prevención y educación, así como también el acceso universal a los servicios de la salud. La inclusión de programas enfocados al hombre sigue siendo un tema pendiente en los servicios de asistencia así como la atención a los adolescentes.

Servín (2012). La población indígena del Paraguay constituida por 112.848 personas, se muestra especialmente vulnerable a situaciones

derivadas de una inadecuada salud sexual y reproductiva. La Salud sexual de las comunidades indígenas solamente puede ser conseguida y mantenida a través de la articulación de individuos, familias y grupos que lo conforman con otros sectores.

Para definir las líneas de acción y evaluar las repercusiones de la acción para mejorar la salud de la población indígena en el Paraguay es fundamental contar con información sólida que se constituya en una evidencia científica que sirva como base para la toma de decisiones.

Zanardini (2010) señaló que esta variedad de lenguas indígenas encierran en sí y transmiten cosmovisiones, sistemas de pensamientos, conocimientos, valores y creencias de altísimo valor ético y social.

En este contexto, resulta de trascendental importancia determinar la prevalencia del VIH abarcando un mayor tamaño muestral que arroje resultados precisos y a la vez explorar la variabilidad de estos comportamientos según las familias lingüísticas para obtener información más específica que permita el desarrollo de estrategias de intervención con enfoque intercultural. También la población indígena semi-nómada, excluida socialmente y marginalizada del sistema nacional de salud, que vive predominantemente en la región Oriental, justifica el desarrollo de investigaciones que revelen la realidad de esta población en lo que respecta a la infección por el VIH, para así establecer políticas destinadas a revertir esta situación y las consecuencias que conlleva.

2. ANTECEDENTES

Para Yáñez del Pozo (2003) los problemas de los pueblos indígenas en Latinoamérica son de todo tipo, desde la carencia de medios de subsistencia hasta la ausencia de real presencia en la escena política y el debilitamiento físico y anímico de las comunidades por la presencia de numerosas enfermedades entre ellas las infecciones de transmisión sexual (p.7).La situación no ha cambiado desde entonces, la población indígena sigue siendo una población rezagada con respecto a las principales políticas públicas de salud.

En el estudio "Vulnerabilidad ante el VIH de las mujeres, niñas y adolescentes de la población indígena Nivele y Ayoreo en Filadelfia", Alvarenga (2012) obtuvo los siguientes resultados: el 89% de los adolescentes manifestaron que han tenido alguna secreción/flujo genital/goteo genital/ulceras/llagas; conceptos erróneos de transmisión a través del beso (86%), picadura de mosquito (78%) y la percepción de que no tener muchas parejas sexuales es una forma de evitar el VIH (23%). Estos resultados reflejan la vulnerabilidad al VIH de las mujeres y adolescentes de la población indígena Nivaclé y Ayoreo en Filadelfia constituye un problema de salud pública ante el cual se deben establecer políticas y estrategias que reviertan la situación.

En el estudio de Prevalencia del VIH/sífilis y comportamientos de riesgo en población indígena de 3 ejes geográficos con una muestra de 1322 personas de la población indígena, Aguayo, Aguilar, Estigarribia, Kawabata, Giménez (2011) se encontraron los siguientes hallazgos: 1) el número de parejas de 2 o más en los últimos meses (factor de riesgo para adquirir VIH) en la población indígena fue encontrado en un 41% en el eje-centro oriental, 27% en el Chaco y 29% en el área metropolitana 2), el consumo de alcohol en el eje centro oriental 31%, en el Chaco 13% , en el

área metropolitana 23,40, 3) el haber recibido algún beneficio o dinero a cambio de relaciones sexuales : en el eje centro oriental 14%, en el Chaco 95 y en el área metropolitana 3%, 4) consumo de drogas fue en el área centro oriental 2%, Chaco 8% , área metropolitana 11%. 5) Antecedentes de infecciones de transmisión sexual, centro oriental 26%, Chaco 13% y área metropolitana 22%. Los hallazgos del estudio indican la existencia de una alta prevalencia de comportamientos de riesgo para la adquisición del VIH sífilis de la población indígena.

Schwartz (2011) encontró una prevalencia de sífilis en indígenas de 1,49% en el Amazonas (Brasil) con áreas de mayor prevalencia en Alto Solimes y Vale do Jari localizadas en la triple frontera. Los factores externos de vulnerabilidad encontrados fueron: ocupación ilegal de no indígenas, turismo, fuerzas armadas y misiones religiosas. Los factores internos fueron: desconocimiento de ITS/VIH/Sida, uso de alcohol, presencia de comunidades indígenas en centros urbanos, restricciones para el uso de condón, festividades con presencia de personas no indígenas.

3. JUSTIFICACION

Dimensión científica: Actualmente según la información disponible la epidemia se encuentra concentrada en grupos de mayor riesgo (con una prevalencia mayor al 1%) como son: los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, las mujeres trabajadoras sexuales, los usuarios de drogas, las personas Trans. Determinar la prevalencia del VIH en la población indígena aportará la evidencia científica para destacar el impacto cuantitativo de la epidemia del VIH/sida en los pueblos indígenas. Si la prevalencia del VIH resulta ser superior al 1% la población indígena ingresara al grupo de mayor riesgo y se deberán reorientar con urgencia las políticas públicas con respecto al VIH en la población. Indígena. Si se encuentran que determinadas familias lingüísticas presentan prevalencias más elevadas también se reorientaran las acciones y políticas públicas para focalizarlos en dichas familias.

Dimensión social: Al ser la población indígena un grupo excluido del sistema de salud con profundas desigualdades en el acceso tanto a los servicios de salud como a la información y educación para prevenir el VIH y las infecciones de transmisión sexual, resulta de trascendental importancia contar con información que sea la herramienta a ser utilizada para abogar ante los responsables de toma de decisiones, a los líderes de opinión o los profesionales de los gobiernos para mejorar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de los indígenas

Dimensión contemporánea: Las infecciones de transmisión sexual incluida el VIH que se presentan en la población indígena son algunas de las expresiones más visibles de las inequidades en el acceso a la salud. Los resultados de la investigación en la población indígena permitirán trabajar en la construcción de una verdadera política intercultural que impacte en el terreno de la salud y la educación. La participación directa de

los propios actores durante todo el proceso de diseño e implementación de la investigación podrá mejorar el desarrollo de la misma y posteriormente favorecer la respuesta nacional al VIH sida en la población indígena.

4. OBJETIVO PRINCIPAL

- Determinar la prevalencia del VIH, sífilis y los conocimientos, prácticas de la población indígena según familias lingüísticas en el Paraguay. Año 2016.

4.1. Objetivos Específicos

- 1 Determinar la prevalencia del VIH y sífilis en la población indígena del Paraguay según las familias lingüísticas.
2. Describir los conocimientos para la prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y las infecciones de transmisión sexual en la población indígena.
3. Identificar las prácticas de riesgo y protectoras para la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual en la población indígena.

5. MATERIALES Y METODOS

5.1 Tipo y periodo de estudio: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, incluyo encuesta y pruebas serológicas para VIH y sífilis, confidenciales ligadas en el año 2016.

5.2. Población de estudio: Hombres y mujeres pertenecientes a la población indígena de las 5 familias lingüísticas, de 15 y más años de edad.

5.3. Diseño Muestral: Muestreo probabilístico de carácter aleatorio multietápico.

El cálculo de tamaño muestral de la población indígena se realizó con el nQueryAdvisor con los siguientes parámetros: tamaño poblacional: 67.709 adultos. Proporción esperada: 0.4, Precisión 0.015 IC 95% Porcentaje de rechazo 15%.Tamaño muestral: 3.622

En primera etapa se estratifico por Región y familia lingüística, creando de esta forma 10 estratos. Cada estrato fue a la vez subdividido por Comunidades/aldeas/barrios según corresponda. Se consideró no elegible para el estudio comunidades que tenían como tamaño poblacional un número menor a 50.

En cada estrato se procedió a hacer una selección aleatoria de comunidades. Para el marco muestral se utilizó la información disponible en la Dirección General de Encuestas Estadísticas y Censos, del III Censo Nacional de población y viviendas para pueblos indígenas 2012.

Cuadro 1

Distribucion de la muestra por region y familia lingüística						
	Guaicuru	Guarani	Lengua	Mataco	Zamuco	Total
Occidental	118	276	825	451	188	1858
Oriental	71	1402	197	94	0	1764
Total	189	1678	1022	545	188	3622

Cuadro 2. Distribución de la muestra por región, familia y comunidades

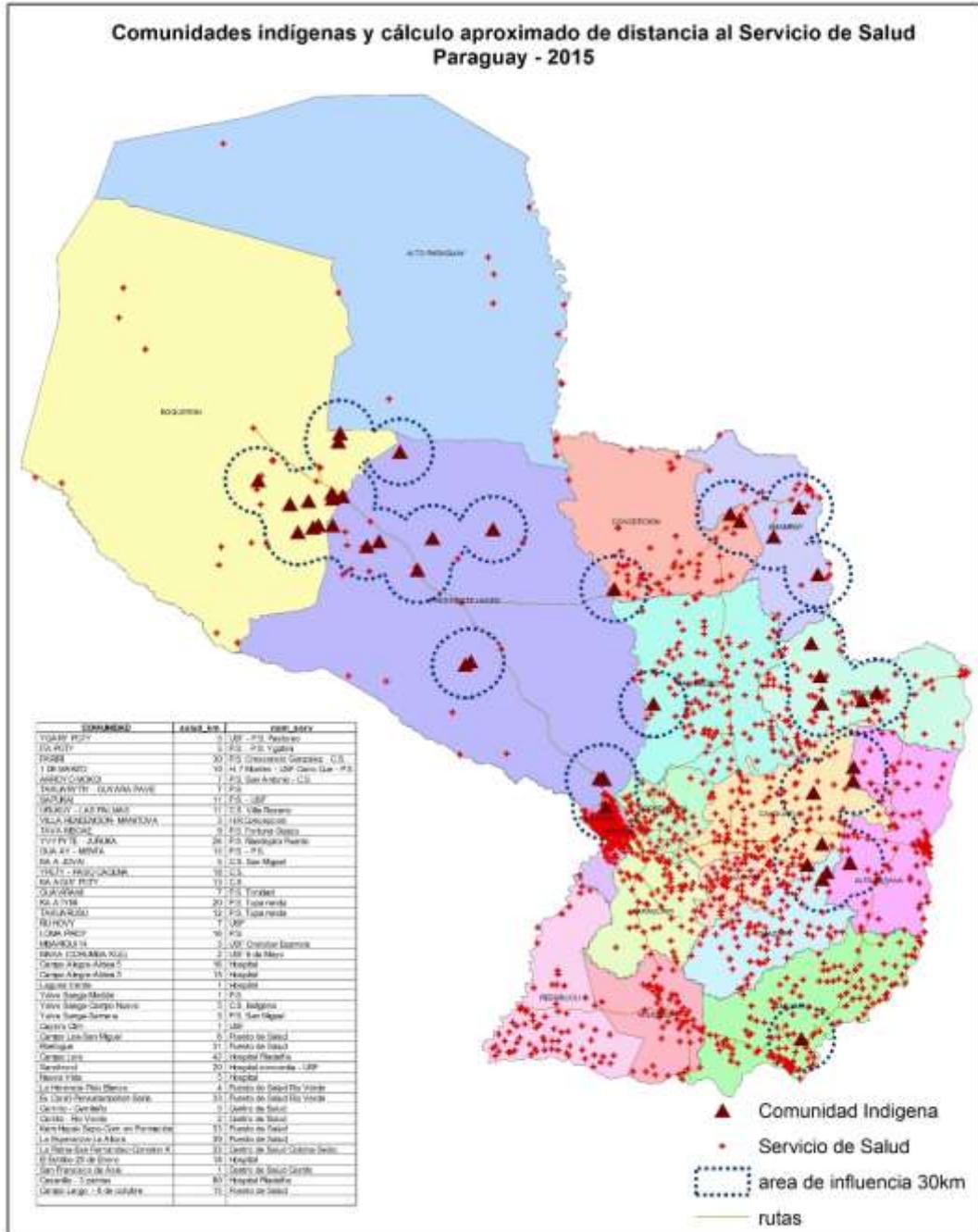
REGIÓN ORIENTAL

dpto.	Distrito	Familia Lingüística	Pueblo Agrupado	Comunidad, aldea o barrio y núcleo familiar	Población muestra
Concepcion	Concepción	Lengua Maskoy	Enihet Norte/Angaité/Sanapaná/Toba Maskoy/Enxet Sur/Guaná/Ybytosó/Maká/Oom/Guaraní Occidental	Redención	196
Concepcion	Yby Ya'ú	Guaraní	Pa'i Tavyterã	Mberyvo Jaguarymi	88
Concepcion	Yby Ya'ú	Guaraní	Pa'i Tavyterã	Takuartyi	92
San Pedro	Villa del Rosario	Guaicurú	Qom	Urukuy Las Palmas	70
Caaguazu	Dr. J. Eulogio Estigarribia	Guaraní	Mbya Guaraní/Ayoreo	Mbarigui 14	74
Caaguazu	Raúl Arsenio Oviedo	Guaraní	Mbya Guaraní	Loma Piro'y	69
Caaguazu	Repatriación	Guaraní	Mbya Guaraní	Ñu Hovy	92
Caazapa	Abaí	Guaraní	Mbya Guaraní	Ka'atymi	72
Caazapa	Abaí	Guaraní	Mbya Guaraní	Takuarusu	86
Caazapa	Abaí	Guaraní	Mbya Guaraní	Ypeti – Nara'i	109
Itapua	Trinidad	Guaraní	Mbya Guaraní	Guavirani	64
Alto Parana	Itakyry	Guaraní	Ava Guaraní/Mbya Guaraní	Ka'aguy Poty 2	52
Alto Parana	San Cristóbal	Guaraní	Mbya Guaraní	Ka'a Jovai	74
Central	Mariano Roque Alonso	Mataco Mataguayo	Maká/Nivacké	Comunidad Maká	93
Amambay	Capitán Bado	Guaraní	Pa'i Tavyterã	Cristino Potrero	67
Amambay	Pedro Juan Caballero	Guaraní	Pa'i Tavyterã	Tavambo'a'e	74
Amambay	Pedro Juan Caballero	Guaraní	Pa'i Tavyterã	Yvypyte – Juruka	74
Canindeyu	Curuguaty	Guaraní	Ava Guaraní	1° de Marzo	51
Canindeyu	Igatimi	Guaraní	Ava Guaraní	Arroyo Mokoi Yva Poty	82
Canindeyu	Igatimi	Guaraní	Ava Guaraní	Ita Poty	73
Canindeyu	Igatimi	Guaraní	Ava Guaraní/Mbya Guaraní	Ygary Poty	48
Canindeyu	Itanará	Guaraní	Pa'i Tavyterã/Mbya Guaraní	Parii	74

REGION OCCIDENTAL

dpto.	Distrito	Familia Lingüística	Pueblo Agrupado	Comunidad, aldea o barrio y núcleo familiar	Población muestra
Pte. Hayes	Benjamín Aceval	Guaicurú	Qom	Kael Sat Lecpi (Cerriteño)	70
Pte. Hayes	Benjamín Aceval	Lengua Maskoy	Qom/Enlhet Norte/Enxet Sur	Rio Verde	74
Pte. Hayes	Benjamín Aceval	Lengua Maskoy	Qom/Enxet Sur	San Francisco de Asís	74
Pte. Hayes	Gral. José María Bruguez	Guaicurú	Enxet Sur/Qom	Kem Ha Yat Sepo – La Esperanza	46
Pte. Hayes	Gral. José María Bruguez	Lengua Maskoy	Enxet Sur/Qom/Enlhet Norte	La Esperanza – La Altura	73
Pte. Hayes	Puerto Pinasco	Lengua Maskoy	Angaité	Ex Cora'i – Saria	83
Pte. Hayes	Puerto Pinasco	Lengua Maskoy	Angaité	La Patria – San Fernández	74
Pte. Hayes	Tte. 1° Manuel Iraka Fernández	Lengua Maskoy	Angaité/Sanapaná	Casaniño – 3 Palmas	58
Pte. Hayes	Tte. 1° Manuel Iraka Fernández	Lengua Maskoy	Enxet Sur/Enlhet Norte/Nivacé	El Estribo – 20 de Enero	74
Pte. Hayes	Tte. 1° Manuel Iraka Fernández	Lengua Maskoy	Enlhet Norte/Enxet Sur/Nivacé	Nueva Vida	74
Pte. Hayes	Villa Hayes	Lengua Maskoy	Angaité	La Herencia – Palo Blanco	74
Boqueron	Filadelfia	Zamuco	Ayoreo	Campo Loro	93
Boqueron	Filadelfia	Zamuco	Ayoreo	Ebetogue	93
Boqueron	Loma Plata	Mataco Mataguayo	Nivacé	Nivacé Unida – Campo Nuevo	74
Boqueron	Loma Plata	Mataco Mataguayo	Nivacé	Nivacé Unida – Samaria	74
Boqueron	Mcal. José Félix Estigarribia	Mataco Mataguayo	Nivacé	Campo Alegre – Aldea 3	74
Boqueron	Mcal. José Félix Estigarribia	Mataco Mataguayo	Nivacé	Campo Alegre – Aldea 5	74
Boqueron	Mcal. José Félix Estigarribia	Mataco Mataguayo	Nivacé	Campo Alegre – Laguna Verde	74
Boqueron	Mcal. José Félix Estigarribia	Lengua Maskoy	Enlhet Norte	Campo Largo – 6 de Octubre	78
Boqueron	Mcal. José Félix Estigarribia	Guaraní	Nivacé/Guaraní Occidental/Toba Maskoy	Cayí'o Clin	187
Boqueron	Mcal. José Félix Estigarribia	Mataco Mataguayo	Nivacé	Paraíso	74
Boqueron	Mcal. José Félix Estigarribia	Guaraní	Nivacé/Guaraní Occidental	Sandhorst	93
Boqueron	Mcal. José Félix Estigarribia	Lengua Maskoy	Enlhet Norte	Ya'alve Saanga – Median	86

Grafico 1



5.4 .Preparación del trabajo de campo

El equipo coordinador fue multidisciplinario y compuesto por: Un coordinador general (magister en salud pública y master en epidemiología clínica), coordinador de laboratorio (bioquímica y especialista en metodología de la investigación), coordinador de campo (psicóloga y especialista en proyectos sociales), coordinador administrativo y consultores extranjeros de renombrada experiencia para la validación del cuestionario y el análisis estadístico de los datos.

La convivencia de los pueblos indígenas con otros pueblos vuelve necesario un enfoque realmente intercultural de la salud que promueva la búsqueda de estrategias conjuntas para abordar el nexo salud-enfermedad. Esto requiere una re-conceptualización de las prácticas de los denominados “otros” y la articulación de las visiones tanto biomédicas como comunitarias en la generación de posibles soluciones a aquellos problemas de salud que vienen de diferentes marcos contextuales. Búsqueda de un análisis, no desde la visión biomédica solamente, sino de aquella generada por el reconocimiento y respeto a la diferencia y a la diversidad. El enfoque intercultural de la salud tiene precisamente esta doble característica, concibiendo a la salud como un derecho y tomando en cuenta la manera que estos pueblos tienen de entender la vida, se entiende como la capacidad que el personal de salud tiene de actuar equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y a la enfermedad, a la vida y a la muerte, y a los aspectos biológicos, sociales y relacionales, entendidos estos últimos no solamente con los entornos visibles sino con la dimensión espiritual de la salud.(Paraguay, Dialogo con los pueblos indígenas-ONU Derechos Humanos, 2014). En este contexto se contó con el apoyo de una consultora de interculturalidad para garantizar el enfoque adecuado de la cosmovisión indígena y buscando el consentimiento previo libre e informado de los pueblos interesados.

Se conformaron 2 equipos de trabajo de campo para cada una de las familias lingüísticas, integrada por 9 personas cada equipo, manejando la variable género, se contó con 2 encuestadores, 4 encuestadoras, 2 extraccionistas y un/a supervisor/a. Se estandarizó el conocimiento y práctica del personal de campo con la realización de talleres de capacitación en temas básicos y claves a abordar

Además se realizó la socialización del protocolo de trabajo de investigación entre representantes de Instituto Paraguayo del Indígena, la Dirección de Salud Indígena del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, los líderes comunitarios, y los coordinadores del estudio y el trabajo de campo para coordinar y planificar el trabajo de campo con la población objeto.

Se realizó el proceso de consulta con cada una de las 45 comunidades aleatorizadas, con las siguientes características: • Libre: es decir, que el consentimiento sea producto de un análisis sin presiones ni amenazas que impidan la toma de decisiones libremente por parte de los pueblos involucrados. • Previo: antes de que se adopte cualquier medida susceptible de afectarles. • Informado: implica que, para la consulta, los pueblos cuenten con toda la información necesaria para evaluar la medida y el impacto de la misma, incluyendo los eventuales riesgos, consecuencias y beneficios para los pueblos indígenas y sus derechos

Se planificaron mesas de diálogo en cada comunidad con el involucramiento de las autoridades del nivel central, local y líderes de la comunidad a través de una consulta en el marco del respeto y cumplimiento de los acuerdos para ambas partes.

Para cada familia se contó con una persona bilingüe que maneje el idioma de las familias lingüísticas y el español que sirve de enlace local entre el equipo de trabajo de campo y la familia indígena.

5.5. Aspectos previos

1. Identificación de los actores claves institucionales (nacionales, departamentales, municipales) relacionadas a la salud y comunitarias
2. Comunicación y/o contacto con los actores institucionales y comunitarias
3. Visitas previas (entrevista, audiencia reuniones), de presentación de la propuesta.
4. Acuerdos básicos con los actores institucionales y las comunitarias (líderes, promotores, parteras, consejo comunitario, etc.).
5. Todas las personas mayores de edad que desean ingresar al Estudio, deben estar a conocimiento de las características generales del Estudio de investigación, propósitos, beneficios, procesos y la confidencialidad, que son explicadas por los encuestadores en un lenguaje claro y amigable o realizados por los encuestadores claves que manejen correctamente el lenguaje nativo de la persona. Luego de la firma del Consentimiento, se aplica el cuestionario y la extracción de la muestra de sangre.
 - En los caso de Menores de edad, se debe realizar la explicación previa, del Estudio de Investigación, a los Padres o Tutores/Encargados y posterior firma del documento que abala el Consentimiento de los encargados para acceder al Menor. Luego se procede al abordaje del menor que debe dar su Asentimiento para participar del Estudio, la posterior firma del documento de Consentimiento por parte del Padre/Madre o Tutor/Encargado.

5.6. Recomendaciones. Acciones en terreno

Referencia: “Orientaciones básicas para el trabajo del funcionariado público con los Pueblos Indígenas”.

- **Respeto y Apertura.**

Son necesarios el respeto y la apertura a las creencias, valores, costumbres, identidad, modos de vida y de autogestión de los pueblos indígenas, al igual que la sensibilidad hacia su cosmovisión y la valoración positiva de las culturas indígenas. En vista de que los pueblos indígenas, cuyas culturas son diversas, son sectores no dominantes de la sociedad, generalmente discriminados y excluidos, tienen la necesidad de transmitir a las generaciones futuras su identidad étnica, sobrevivir a las dificultades económicas, así como preservar sus instituciones y territorios ancestrales.

- **Complementariedad.**

El esfuerzo es compartido, el trabajo en equipo, hacia el interior y con otras instituciones, conjuntamente con las organizaciones sociales y los pueblos indígenas. Los programas se ajustan permanentemente a los intereses, necesidades, recursos, potencialidades y limitaciones de los pueblos indígenas y entidades que los apoyan, siempre respetando la autodeterminación.

- **Equidad.**

Es necesario el trato justo y equitativo a los pueblos indígenas para alcanzar la igualdad de oportunidades y su participación activa en el proceso de desarrollo. También, eliminar la discriminación, estereotipos y prejuicios racistas hacia los pueblos indígenas.

- **Compromiso social.**

Deseo de mejorar las condiciones de vida de los pueblos indígenas, demostrado con hechos y resultados concretos y defensa permanente de sus derechos.

- Conocer al líder de la comunidad (identificación a través de referentes y consultando a la comunidad si es que hay más de un líder).
- Informe preliminar del viaje, a través de los medios disponibles (celular, Radio H, mensajes (marandú) a través de radios comunitarias).
- Planteamiento con claridad el objetivo de la visita.
- Se mantiene una escucha activa de los intereses que manifiesta la gente, con la mayor empatía posible.
- Mucho espacio a la retroalimentación para mantener fluida la conversación y que no se trate de una información unilateral, sino que se construya una dinámica de intercambio.
- El primer contacto no requiere mucho tiempo, es introductorio, se puede dar en una ronda de terere con posibilidad de ampliación si es que la comunidad invita.
- Cuando se está en la comunidad se debe concentrar en el vínculo que se tiene que construir, evitar acciones que dispersen o distraigan (hacer llamadas telefónicas, preparar comida, etc.).
- No se sacan fotografías ni comprar artesanías antes de construir confianza (en el primer contacto no se debe aproximar como turista).
- Se evita comentarios u observaciones acerca de la comunidad (prudencia al emitir juicios).
- No se apura para entregar toda la información de una vez, estar atentos al clima de la reunión, de ser posible a cada paso tratar de generar preguntas y opiniones para testar la interpretación de las personas.
- Se realizan pausas entre los temas para que las personas hablen entre sí y para asimilar y generar preguntas y de construir los conceptos o temas mal interpretados.

- En lo posible se llega con antelación para compartir con los referentes comunitarios temas comunitarios libres, sin imponer la agenda de entrada.

5.7. Laboratorio

Generalidades.

Los **lineamientos generales** en relación a los estudios de laboratorio que se utilizaron en este estudio fueron:

Respecto a la sífilis.

- Se realizó el test rápido de sífilis como tamizaje inicial a todas las personas que ingresaron al estudio. En el test rápido la muestra de sangre se recogió fácilmente por punción digital, no necesitando grandes volúmenes (es suficiente algunas gotas de sangre). Se utilizó **prueba rápida (treponémica)** y en el caso de resultado positivo se realizó la toma de muestra por punción venosa y realización del VDRL cuantitativo, a efectos de identificar los casos de sífilis activa, descartar infecciones antiguas, y establecer el seguimiento con el examen cuantitativo.

Respecto al VIH.

- Se utilizó las **pruebas rápidas** como tamizaje inicial de todas las personas que ingresaron al estudio y el enzimo-immunoensayo (EIA) en aquellas personas que den reactiva la prueba del test rápido.
- Cuando los participantes presentaron un resultado positivo en el test de EIA, se realizó de acuerdo al algoritmo nacional una prueba de confirmación del VIH (Western Blot) en el laboratorio de referencia.

Consideraciones de la prueba.

- La prueba de tamizaje inicial se aplicó a TODAS las personas que ingresen al estudio, aun cuando estas ya sean conocidas previas VIH reactivas o positivas. En el caso que se comprobó su estado reactivo o positivo previo al momento del ingreso al estudio, o que haya sido o esté siendo tratada, no se realizó las pruebas de EIA ni el confirmatorio de WB.
- La decisión de aplicar las pruebas rápidas a todas las personas que ingresaron al estudio fue una decisión de logística y organización, además de plantear un procedimiento sistemático e igualitario a todas las ingresantes, de tal manera a no despertar temores o inconvenientes en aquellas a quienes no se practican los test.

Procedimientos estandarizados para el diagnóstico de VIH y Sífilis.

- **Técnica de venopunción y de colecta de sangre.**

Se contemplaron los principios universales de bioseguridad cuando se realizaron los procedimientos de venopunción y procesamiento de muestras biológicas.

 - Se utilizaron dos tubos: -un primer tubo con anticoagulante EDTA (Rapa Lila) para realizar test rápido para VIH/Sífilis y -un segundo tubo sin anticoagulante, (Tapa Amarilla) para control de calidad y pruebas confirmatorias (VDRL/TPHA y EIA/Western Blot), según algoritmo.
 - Se colocó a cada tubo el código correspondiente al entrevistado/a proporcionado por el consejero.
 - Se aplicaron los procedimientos estandarizados para la recolección de muestras de sangre según POE del Laboratorio del PRONASIDA.
 - En el tubo con anticoagulante se colocó 1 ml de sangre y se invirtió suavemente el tubo de 4 a 5 veces para mezclar. Se incorporó 3-5 ml de sangre en el tubo sin anticoagulante.

- Se mantuvo los tubos a temperatura ambiente hasta que la muestra fue utilizada o centrifugada para la separación del suero. El tubo se mantuvo a temperatura ambiente y sin separarse el suero hasta un máximo de 12 horas.
- Todas las muestras fueron registradas en la planilla con el código correspondiente y los resultados de las pruebas rápidas.

Procesamiento de los test rápidos:

- Se preparó la tira reactiva de VIH y Sífilis siguiendo estrictamente las instrucciones del fabricante.
- Si el reactivo se encontraba refrigerado, se esperó que el mismo tome temperatura de ambiente para realizar la prueba.
- Se abrió el estuche al momento de realizar la prueba y de esta manera trabajar sobre una superficie limpia para evitar contaminaciones.
- Se identificó la prueba con el código correspondiente a la muestra que fue procesada.
- Se mezcló el tubo por inversión de 4 a 5 veces y luego se destapo evitando derrames y salpicaduras.
- Para VIH se dispense una gota (30ul) de sangre entera y una gota del diluyente de muestras proveído con el reactivo.
- Para sífilis se dispense tres gotas (60ul) de sangre entera.
- Se esperó 15 minutos para leer el resultado. No se leyeron los resultados antes de 15 minutos ni después de 20 minutos.
- Se desecharon correctamente todos los insumos utilizados según normas de bioseguridad.

Interpretación de resultados:

- Dos barras rojas significan “Resultado Reactivo.
- Una barra roja en la ventana del control, significa “Resultado No reactivo”.
- Si la barra control no aparece, la prueba es invalida y debe ser repetida.
- Si se tiene resultado Reactivo repetir el test en el momento con la misma muestra del tubo con anticoagulante.
- Si se tienen resultados discordantes se debe realizar EIA.

Separación y Transporte de muestras recolectadas

- Las muestras fueron centrifugadas a 3.000 rpm durante 10 minutos y luego separadas en 2 viales identificados con el código correspondiente. Se consideró que la muestra debe ser separada como máximo dentro de las 12 horas de su recolección.
- Las muestras separadas en viales fueron refrigeradas inmediatamente de 4 a 8°C hasta un máximo de 3 días.

Recepción de especímenes en el laboratorio de referencia del PRONASIDA

- El laboratorio del PRONASIDA en Asunción recibió todas las muestras colectadas en el desarrollo del proyecto.
- Las muestras llegaron al laboratorio perfectamente identificadas, ordenadas y en concordancia con la planilla que las acompañó.

- No se recibieron muestras que no cumplieran con criterios que garanticen la calidad de los mismos.
- El Laboratorio de Referencia del PRONASIDA, realizó las pruebas de ELISA para VIH en todas las muestras con resultados de test rápido discordante y reactivo; si resultó reactivo, se procedió a realizar el Western Blot. Si el Western Blot resultó negativo o indeterminado, se tomó muestra para carga viral para definir el estado serológico, según algoritmo del PRONASIDA.
- Se realizó, ELISA a 10 % de las muestras con resultado no reactivo por la prueba rápida de VIH, como control de calidad.
- Además se realizó la prueba de VDRL a todas las muestras con resultados reactivos por la prueba rápida para sífilis y TPHA a las muestras que resultaran VDRL reactivas.

Entrega de resultados

Las muestras con resultados reactivos por pruebas rápidas para VIH y/o Sífilis fueron testadas nuevamente por técnicas suplementarias en el Laboratorio de Referencia del PRONASIDA y los resultados fueron enviados por courrier al referente del Hospital Regional (proporcionado por el coordinador de campo) en un plazo de 15 días a para su posterior envío al servicio de salud correspondiente.

Información sobre las pruebas de laboratorio

Pruebas para VIH

En el Cuadro 1 se presenta información sobre las pruebas de laboratorio para VIH y la secuencia sugerida en el presente estudio:

Cuadro 3. Algunas pruebas de laboratorio para VIH. Características y aplicación.

Método	Sensibilidad	Especificidad	Características
Grupo 1. PRUEBAS DE TAMIZAJE.			
(si es positivo realizar PRUEBA de grupo 2)			
Test Rápido de VIH.			Permiten obtención del resultado en pocos minutos (30 a 45 min.)
Imunocromatografía capilar.	99%	98%	
ELISA o EIA			4a. Generación: Detectan tanto Ac como Ag del virus
Enzimo-inmunoensayo	99,8%	98%	
Grupo 2. PRUEBAS CONFIRMATORIAS			
Western Blot (WB).	98%	99,9%	Requieren dispositivos de laboratorio de Referencia

*Las pruebas de VIH serán confirmadas en el laboratorio de referencia, siguiendo las directrices nacionales.

Devolución de los resultados de laboratorio

Los resultados de estudios confirmatorios fueron retirados por las personas del Servicio de salud de referencia según sitio del estudio.

Se aseguró la confidencialidad de los datos, con los siguientes pasos:

- Se realizó la toma para confirmatorio y rotulo con un código.
- Se mantuvo en el servicio una planilla donde se encontraban asociados códigos con nombre y apellido de la paciente, así como otros elementos identificatorios (fecha de nacimiento, documento de identidad, etc.) o que permitían el seguimiento de la paciente (domicilio, teléfono, etc.).
- El médico tratante se aseguró de informar adecuadamente y también la consejería post prueba a la paciente e inicio las acciones clínicas pertinentes de acuerdo a los resultados de los estudios.

Control de calidad de laboratorio

Los test de laboratorio utilizados en la investigación cumplen con las normativas de calidades nacionales e internacionales y fueron utilizados solo aquellos test aprobados por los estándares de la OMS. En relación a los exámenes serológicos, los responsables de los laboratorios locales y el laboratorio de referencia realizaron los procedimientos de control de calidad para los distintos exámenes incluidos en el estudio, siguiendo los estándares previamente especificados. Una proporción de las muestras no menor al 10% fue verificada en el Centro de Referencia del país.

5.8. Control de calidad de los datos

Se realizó la supervisión de los procedimientos de recolección de datos, en base al instructivo previamente elaborado.

Para evitar errores de ingreso a la base de datos, se centralizó el ingreso de los datos y se realizó un monitoreo de la carga. Ante la detección de inconsistencias se revisaron los formularios de recolección de datos correspondientes.

5.9. Plan de análisis

Se realizó una descripción de los datos encontrados, tanto de los correspondientes a la encuesta como a las pruebas laboratoriales. Para todos los cálculos de prevalencia se incluye el cálculo de sus respectivos intervalos de confianza (IC 95%).

A continuación se describen las variables de resultado:

1. Prevalencia de VIH en población indígena

Numerador: Número de persona de la población indígena con serología positiva para VIH (testadas en el momento del estudio o con registro documental previo de test positivo).

Denominador: Total de personas de la población indígena incluidas en el estudio.

Se calcula el intervalo de confianza al 95% del porcentaje.

Para cuantificar la asociación entre las variables independientes (comportamentales, de conocimiento) y la infección por el VIH/Sífilis se calculó una estimación del riesgo mediante el Odds Ratio y su intervalo de confianza.

Para el procesamiento estadístico de los datos se utilizó el programa informático STATA 14. Todos los intervalos se calculan para una confianza del 95 % y el nivel de significación utilizado es de 0,05.

6. ASPECTOS ÉTICOS

A las personas de la población indígena seleccionadas de acuerdo a los criterios de inclusión, se les invito a participar en el estudio. Para ello, recibieron **información** verbal en un lenguaje claro, culturalmente apropiado y accesible sobre las características, intervenciones y posibles consecuencias de su participación.

Se documento su aceptación a través de la firma del **Consentimiento informado** y en el caso de Menores de Edad se realizo primeramente la firma del Consentimiento informado por parte del Padre, Madre o Tutor/Encargado y posterior Asentimiento del Menor de Edad y firma del Consentimiento del Padre, Madre o Tutor/Encargado.

En todos los casos se aseguro la confidencialidad de los datos mediante la codificación de las encuestas y las muestras correspondientes (Ej.: GAB030770). Dichos elementos se resguardaron quedando al alcance exclusivo del equipo de investigación. El equipo de trabajo de campo, en cada misión visito previamente a los responsables de las Unidades de Salud Familiar más cercanas a la comunidad en donde se realizo el trabajo de campo para hacer entrega de la penicilina para el tratamiento de la sífilis y establecer la estrategia para que las personas con resultado positivo para el VIH puedan acceder al seguimiento laboratorial y clínico.

De acuerdo a las normativas nacionales, aquellas personas de la población indígena en las que se detecto serología positiva para sífilis y/o para VIH recibieron el tratamiento adecuado en los servicios de salud. Asimismo su seguimiento se realizo en forma conjunta entre al servicio de atención y el servicio referente del programa de VIH e ITS. La entrega de los resultados de las pruebas confirmatorias estuvo a cargo de la persona encargada de la consejería y/o tratamiento en cada servicio de salud.

Los procedimientos del estudio representaron un **riesgo mínimo** para las personas de la población indígena, y a su vez fueron procedimientos de uso rutinario en la mayoría de los servicios de consejería y testeo voluntario (CTV) del país por lo cual no agregan más riesgo; podrían haber presentado complicaciones de la punción venosa (dolor, y en ocasiones, equimosis, hematomas y flebitis), incomodidad por preguntas comprometedoras, por los resultados de laboratorio o actitudes discriminatorias en el entorno social. Para mitigar estos riesgos se realizó consejería para ITS a todos los participantes, se mantuvo la confidencialidad de los resultados y se les solicitó el consentimiento informado.

Los beneficios para las personas participantes son la detección precoz de la infección por el VIH lo que mejora la calidad de vida de los mismos y el acceso al tratamiento antirretroviral y seguimiento clínico laboratorial.

El beneficio social está vinculado al conocimiento de la prevalencia de la enfermedad y el conocimiento de los contextos particulares (comportamientos, prácticas, actitudes, conocimientos) debería permitir incentivar la mejora de la gestión así como promover la educación y sensibilización social, que lleven al establecimiento de políticas y acciones integrales e integradas que permitan la promoción de los Derechos Humanos; el Acceso Universal a la prevención, diagnóstico, tratamiento y asistencial del VIH, considerando las particularidades de la población.

7.RESULTADOS

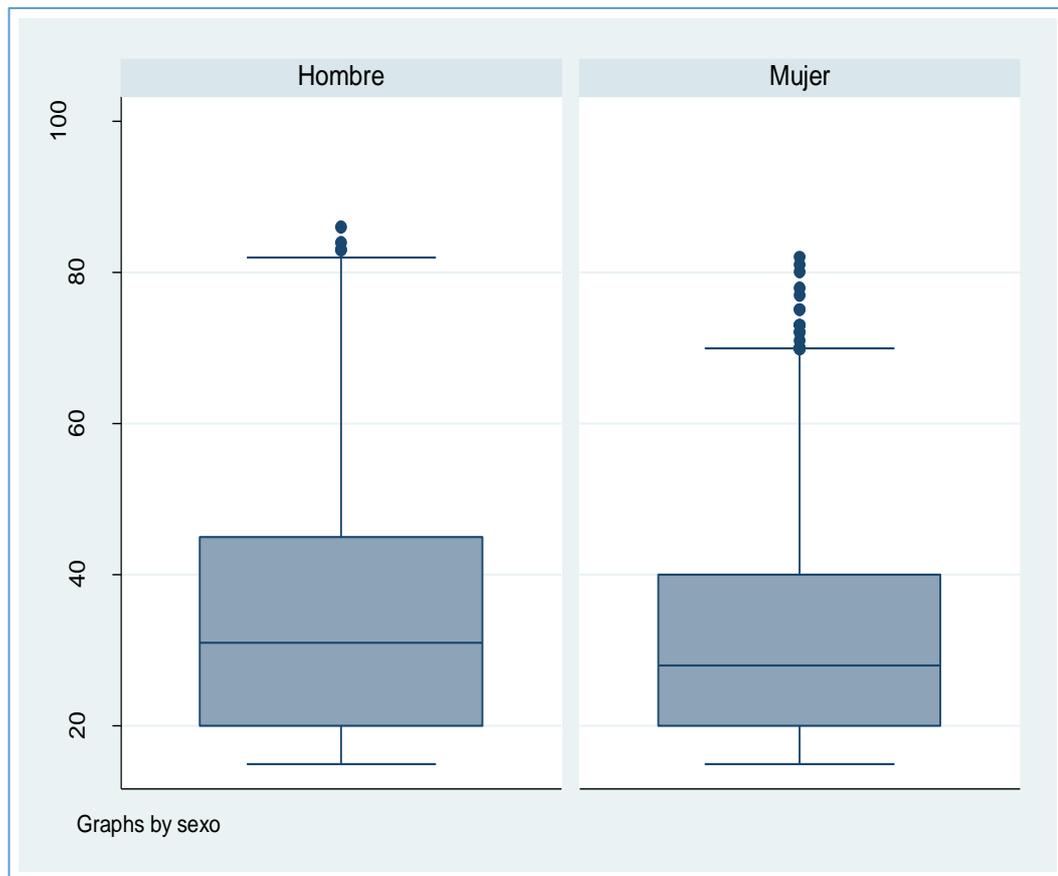
Ingresaron al estudio 3020 muestras de indígenas pertenecientes a cinco familias lingüísticas provenientes de 8 departamentos distribuidas en las regiones occidental y oriental del Paraguay. El 54.70% (1652/3020) son de la región Oriental que abarca el 39% del territorio nacional y alberga aproximadamente al 97% de la población. 66.16% son mujeres, 51.23% tenían menos de 30 años y el 74.21% refieren haber asistido a una formación académica. **Cuadro 4**

Cuadro 4. Distribución por Familia lingüística por Región, Departamento, sexo, grupo de edades, y educación. Paraguay. 2016 (n=3020)

		Zamuco	Mataco	Lengua Maskoi	Guaicurú	Guaraníes	Total	%
Región	Oriental	0	179	99	70	1304	1652	54.70
	Occidental	79	399	474	132	284	1368	45.30
	Total	79	578	573	202	1588	3020	100
Departamento	RS I	0	179	98	0	311	588	19.47
	RS II	0	0	1	70	0	71	2.35
	RS V	0	0	0	0	214	214	7.09
	RS VI	0	0	0	0	275	275	9.11
	RS XIII	0	0	0	0	136	136	4.50
	RS XIV	0	0	0	0	368	368	12.19
	RS XV	0	2	458	131	0	591	19.57
	RS XVI	79	397	16	1	284	777	25.73
	Total	79	578	573	202	1588	3020	100
Sexo	Hombre	18	223	140	80	561	1022	33.84
	Mujer	61	355	433	122	1027	1998	66.16
	Total	79	578	573	202	1588	3020	100
Grupo de Edades (%)	15 a 19	10.13	16.96	18.85	15.35	26.64	668	22.12
	20 a 29	32.91	23.18	29.84	36.63	29.85	879	29.11
	30 a 39	17.72	21.28	19.02	20.79	20.34	611	20.23
	40 a 49	11.39	17.13	14.14	12.38	11.52	397	13.15
	50 a 59	11.39	12.28	10.47	8.42	5.73	248	8.21
	60 y más	16.46	9.17	7.68	6.44	5.92	217	7.18
Total	100	100	100	100.01	100	3020	100	
Asistencia a Educación (%)	Si	24.05	88.93	76.61	81.68	69.52	2241	74.21
	No	75.95	11.07	23.39	18.32	30.48	779	25.79
	Total	100	100	100	100	100	3020	100

Nivel Máximo (%)	Primaria	94.74	89.49	82.46	74.55	73.28	1772	79.07
	Secundaria	5.26	10.12	15.03	21.21	22.1	398	17.76
	Superior	0	0.39	2.51	4.24	4.62	71	3.17
	Total	100	100	100	100	100	2241	100

Gráfico 2. Distribución de edad según sexo. Paraguay. 2016 (n=3020)



La mediana de edad de las mujeres fue de 28 años (IQ₂₅ 20 – IQ₇₅ 40) y los hombres 30 años (IQ₂₅ 20 – IQ₇₅ 45).

Prevalencia VIH y Sífilis

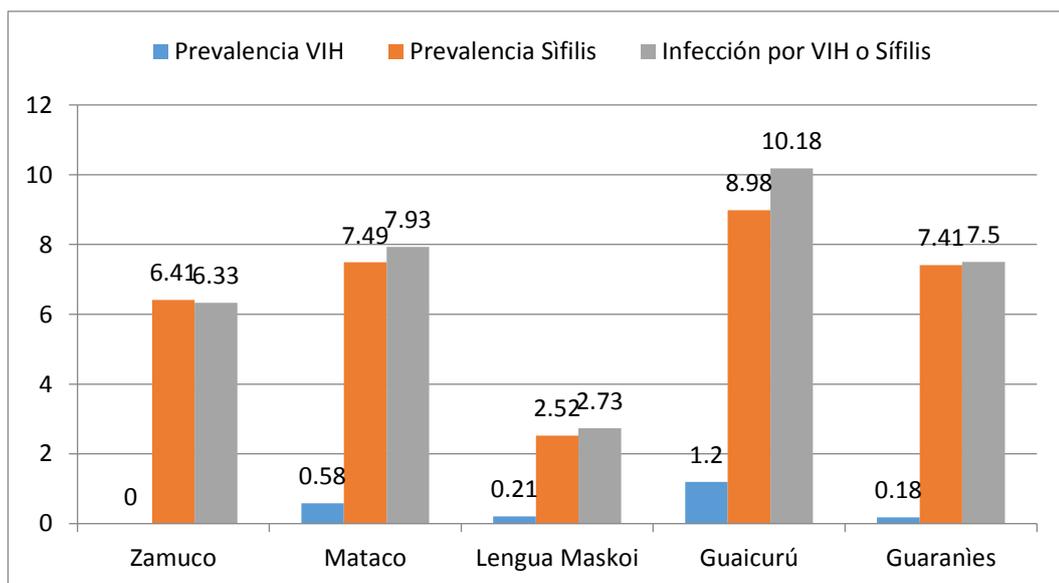
Cuadro 5. Prevalencia de VIH y Sífilis según Familia lingüística. Paraguay. 2016 (n=3020)

La prevalencia de VIH en los indígenas fue de 0.25% y de la Sífilis 6.00%. La co-infección de VIH y Sífilis fue de 0.07%.

Test	Positivo		Infección por VIH o Sífilis %
	FA	%	
VIH	11	0.25	6.18
Sífilis	209	6.00	

Gráfico 3. Prevalencia de VIH y Sífilis según Familia lingüística. Paraguay. 2016 (n=3020)

Los Guaicurúes presentaron la prevalencia más alta de VIH (1.2%) y de Sífilis (8.98%), seguida de los Maticos VIH (7.49%) y Sífilis (0.58%). Los Zamucos no presentaron infecciones por el VIH.



Conocimientos y Conductas de Riesgo

Cuadro 6. Conocimientos VIH y Prácticas de riesgo y protectoras según Familia lingüística. Paraguay. 2016 (n=3020)

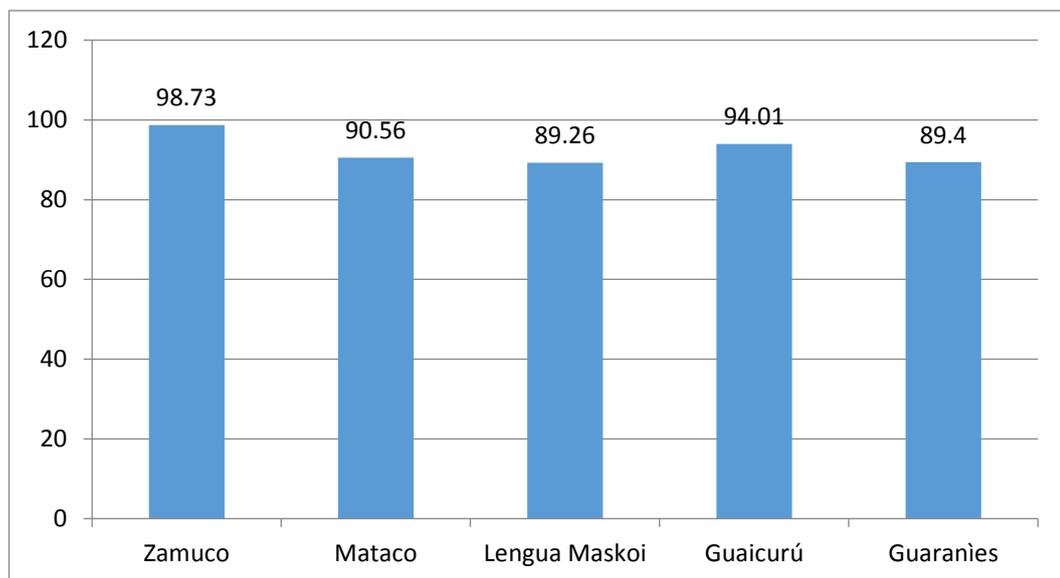
Conocimientos y Practicas	Zamuco	Mataco	Lengua Maskoi	Guaicurú	Guaraníes	% Total	
Conocimientos sobre VIH	Uso condón	12.66	40.80	29.17	35.93	43.39	38.39
	Persona saludable con VIH	7.59	48.23	30.27	43.41	47.37	41.93
	Mosquito	11.4	31.7	29.1	30.7	24.6	26.85
	Mate/tereré	10.13	26.12	22.86	28.71	27.77	26.13
	Pareja estable	11.39	65.09	43.03	54.19	50.58	49.98
	Transmisión vertical	24.05	62.04	51.10	66.17	63.13	58.93
	Total correctos	5.06	27.00	20.85	25.75	27.99	25.43
Prácticas de riesgo y protectoras	Edad de inicio <14a	33.33	26.09	18.50	26.98	42.97	33.15
	Nro pers relación sexual (riesgo)	14.10	18.43	6.69	9.76	19.98	15.45
	Nro parejas último mes (riesgo)	2.56	4.85	1.45	3.02	9.82	6.54
	Frecuencia uso condón (riesgo)	100.00	99.04	99.44	97.47	96.24	97.53
	Uso condón última relación sexual (riesgo)	100.00	99.18	98.95	94.60	94.35	96.48
	Consumo de alcohol, última relación sexual (riesgo)	14.10	13.81	11.11	19.93	16.08	14.31
	Relación a cambio de dinero (riesgo)	6.41	1.48	0.03	2.90	2.50	1.71
Uso de drogas, alguna vez (riesgo)	0.00	1.07	0.46	1.50	1.47	1.10	

El conocimiento sobre la transmisión y las formas de prevención del VIH estuvieron por debajo del 30%, donde sólo el 5.06% de los Zamucos

respondieron correctamente a las cinco preguntas establecidas (ONUSIDA) que incluyen en cuestionario. Las preguntas sobre la posible transmisión por el tereré y el mosquito fueron respondidas correctamente por todos los encuestados.

En referencia a las prácticas de riesgo, el uso del condón es casi nula en todos los casos. El consumo de alcohol que incluye en una relación sexual estuvo por debajo del 20%. El consumo de drogas en las familias lingüísticas estuvo por debajo del 2%. **Cuadro 6**

Gráfico 4. Frecuencia de exposición a 1 o más Factores de Riesgo según Familia lingüística. Paraguay. 2016 (n=3020)



El 98.73% de los Zamucos refieren la exposición a uno o más factores de riesgos y el valor porcentual inferior encontrado fue del 89.26% en los Lengua Maskoi. **Gráfico 4**

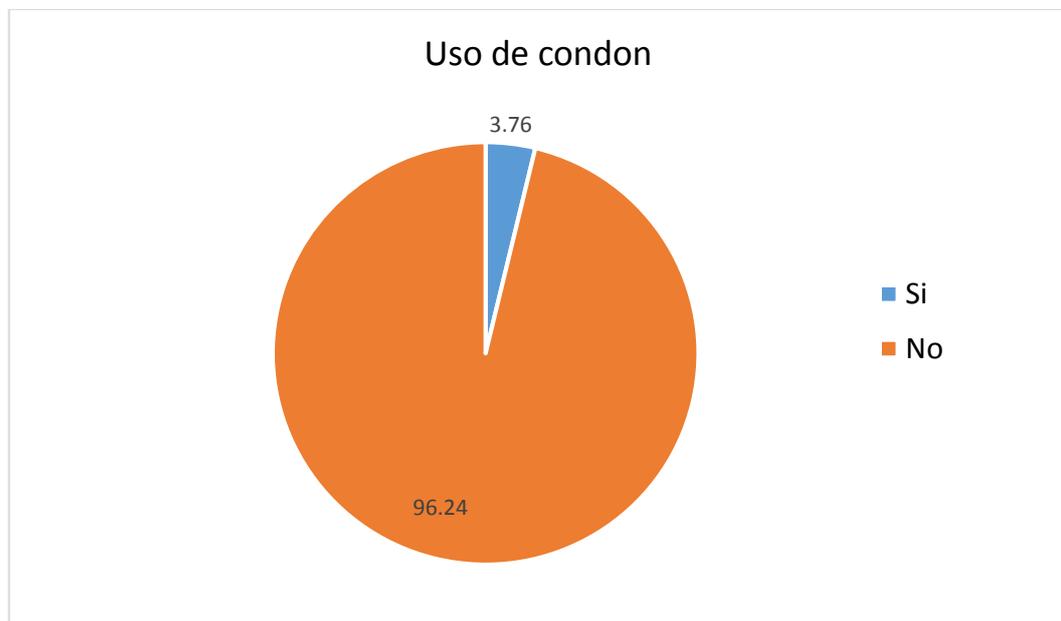
Cuadro 7. Asociación de la infección por VIH/Sífilis Conocimientos VIH y Conductas de riesgo según Familia lingüística. Paraguay. 2016 (n=3020)

Asociación	Familia lingüística	OR	IC 95%	P>chi2
VIH/Sífilis Inicio relación sexual<14a	Zamuco	0.50	0.24 - 1.02	0.00
	Mataco	0.97	0.79 - 1.18	
	Lengua Maskoi	2.76	2.27 - 3.37	
	Guaicurú	0.83	0.39 - 1.77	
	Guaraníes	0.94	0.87 - 1.03	
VIH/Sífilis Nro. de personas (Relación sexual- 12 meses)	Zamuco	0		0.0009
	Mataco	1.48	1.21 - 1.80	
	Lengua Maskoi	2.75	2.10 - 3.59	
	Guaicurú	2.13	0.95 - 4.75	
	Guaraníes	2.26	2.07 - 2.48	
VIH/Sífilis Nro. de personas (Relación sexual- último meses)	Zamuco	0		0.00
	Mataco	0.4	0.22 - 0.74	
	Lengua Maskoi	0		
	Guaicurú	4.29	1.91 - 9.58	
	Guaraníes	1.47	1.29 - 1.65	
VIH/Sífilis Frecuencia uso de condón	Zamuco	.		0.2538
	Mataco	.		
	Lengua Maskoi	0.93	0.24 - 3.66	
	Guaicurú	.		
	Guaraníes	1.96	1.42 - 2.70	
VIH/Sífilis Uso de condón, última relación sexual	Zamuco	.		0.3582
	Mataco	.		
	Lengua Maskoi	2.09	0.53 - 8.29	
	Guaicurú	0.91	0.24 - 3.49	
	Guaraníes	2.39	1.81 - 3.17	
VIH/Sífilis Relaciones sexuales a cambio de dinero/objetos	Zamuco	0		0.00
	Mataco	2.83	1.92 - 4.17 29.99 - 36.47	
	Lengua Maskoi	33.08		
	Guaicurú	0		
	Guaraníes	2.98	2.56 - 3.49	
VIH/Sífilis Uso de drogas (alguna vez)	Zamuco	.		0.37
	Mataco	1.64	0.91 - 2.94	
	Lengua Maskoi	0	1.33 - 12.60	
	Guaicurú	4.1		
	Guaraníes	2.5	2.02 - 3.09	
VIH/Sífilis Ningún riesgo	Zamuco	.		0.00
	Mataco	0.85	0.66 - 1.09	
	Lengua Maskoi	.		
	Guaicurú	.		
	Guaraníes	4.86	3.66 - 6.46	

La familia Lengua Maskoi presentaron riesgo de la infección por el VIH/sífilis (2.76) por presentar el inicio precoz de la relación sexual (<14 años). El alto valor de número de personas con quienes tuvieron relación sexual presentan riesgo positivo de la infección y la diferencia fue estadísticamente significativa. El riesgo positivo de la no utilización de condón en la última relación se presentó en los Lengua Maskoi y en los Guaraníes. Los Maticos, Lengua Maskoi y Guaraníes presentaron riesgo positivo por la exposición a relaciones sexuales a cambio de dinero u objetos. **Cuadro 7**

Gráfico 5. Frecuencia de Uso de condón. Paraguay. 2016 (n=2687)

Sólo el 3.76% (101/2687) de los indígenas encuestados refieren utilizar condón.



Cuadro 8. Motivos de No utilización de condón. Paraguay. 2016 (n=1327)

	Motivos	FA	%
¿Por qué no utilizó condón en su última relación sexual? (%)	No había disponibles	113	8.52
	Muy caros	17	1.28
	La pareja no estaba de acuerdo	20	1.51
	No le gusta	458	34.51
	Utilizaron otro anticonceptivo	50	3.77
	No pensaron en eso	326	24.57
	No pensaron que fuera necesario	86	6.48
	otro motivo	46	3.47
	No sabe	211	15.90
	Total	1327	100

De los 1327 que respondieron los motivos de la No utilización de condón, lo más frecuente fue que No le gustaba, que no lo pensó que fuera necesario o que no sabía su necesidad. **Cuadro 8**

Cuadro 9. Conductas de Riesgo según Uso de condón y Relación sexual a cambio de dinero. Paraguay. 2016 (n=2687)

Conductas de Riesgo		Zamucó	Matacó	Lengua Maskoi	Guaicurú	Guaraníes	Total	%	p-valúes
Uso de condón (%)	Si	0	0.78	2.17	5.82	5.36	101	3.76	p=0.000
	No	100	99.22	97.83	94.18	94.64	2586	96.24	
	Total	100	100	100	100	100	2687	100	
Relación sexual a cambio de dinero/objetos (%)	Si	6.41	1.57	0.39	3.21	2.49	57	2.08	p=0.002
	No	93.59	98.43	99.61	96.79	97.51	2679	97.92	
	Total	100	100	100	100	100	2736	100	

En referencia a las conductas de riesgo sobre el uso del condón, se encontró que la mayoría de los encuestados de las familias lingüísticas, no utilizan el condón.

La relación sexual a cambio de dinero presentó una diferencia estadísticamente significativa, donde la mayor frecuencia fue en los Zamucos (6.41%). **Cuadro 9**

Cuadro 10. Conductas de Riesgo según Tipo de Relación sexual. Paraguay. 2016 (n=2687)

Relación Sexual	Categorías	FA	%
Relación con hombres (hombres)	Si	44	4.77
	No	878	95.23
	Total	922	100
Relación sexual a cambio de dinero/objetos (%)	Si	57	2.08
	No	2679	97.92
	Total	2736	100
Relación sexual a cambio de dinero/objetos (%hombres)	Si	18	1.97
	No	897	98.03
	Total	915	100
Relación sexual a cambio de dinero/objetos (%Mujeres)	Si	39	2.14
	No	1782	97.86
	Total	1821	100.00
Relación con Trans/trabajador a Sex (%Hombres)	Si	6	0.65
	No	922	99.35
	Total	928	100
Relación con Trans/No trab sex (%Hombres)	Si	9	0.96
	No	924	99.04
	Total	933	100

La relación del tipo HSH (Hombres que tienen sexo con hombres) fue de 4.77%, donde el 1.97% refieren hacerlo por dinero. En las mujeres el sexo a cambio de dinero fue del 2.14%. **Cuadro 10**

Gráfico 6. Frecuencia uso de drogas. Paraguay. 2016 (n=2994)

El consumo de drogas fue del 1.80% (54/2994).

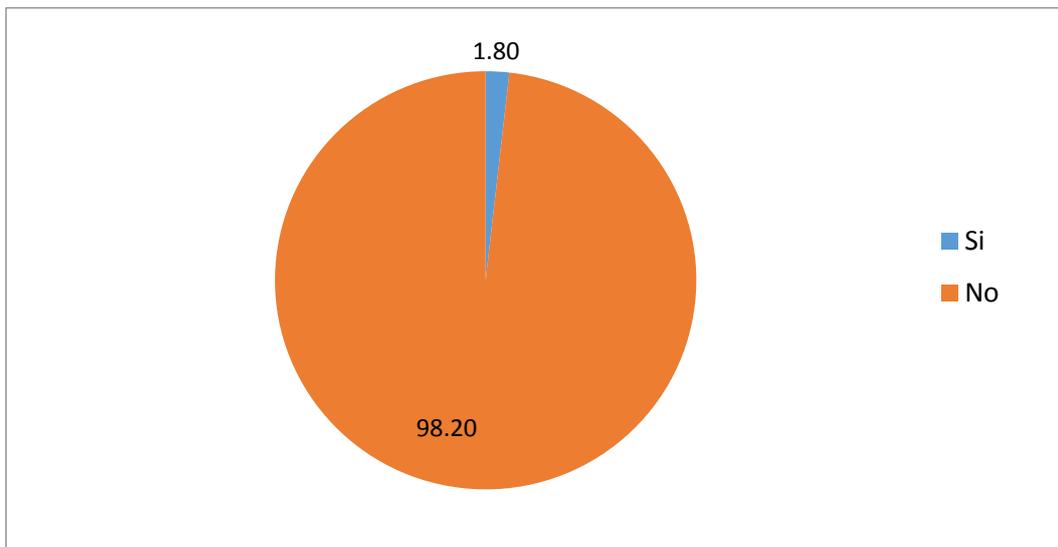


Gráfico 7. Frecuencia de Tipo de drogas. Paraguay. 2016 (n=54)

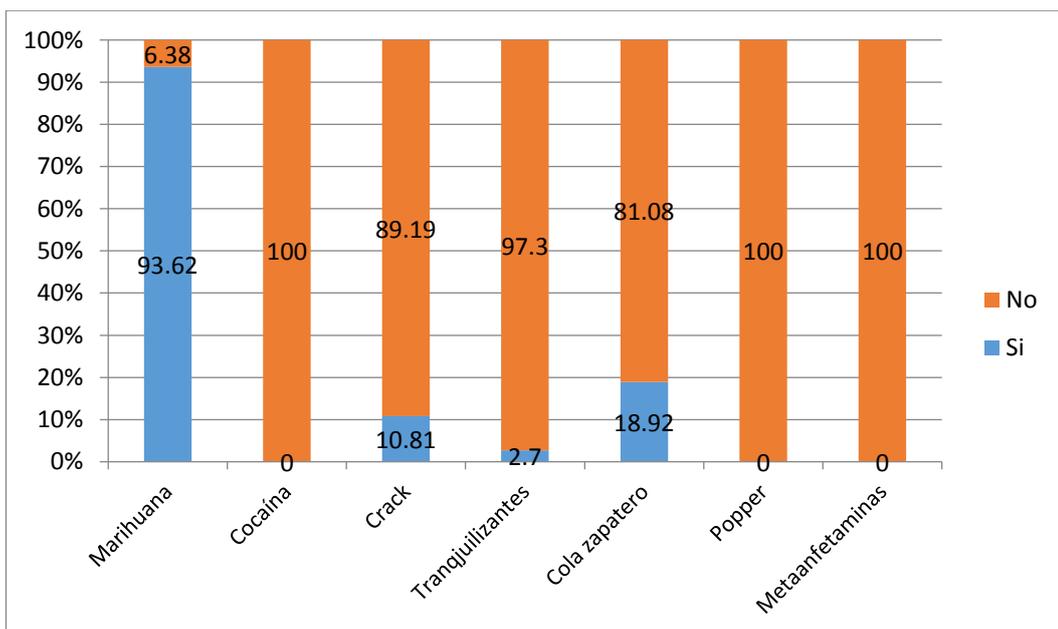
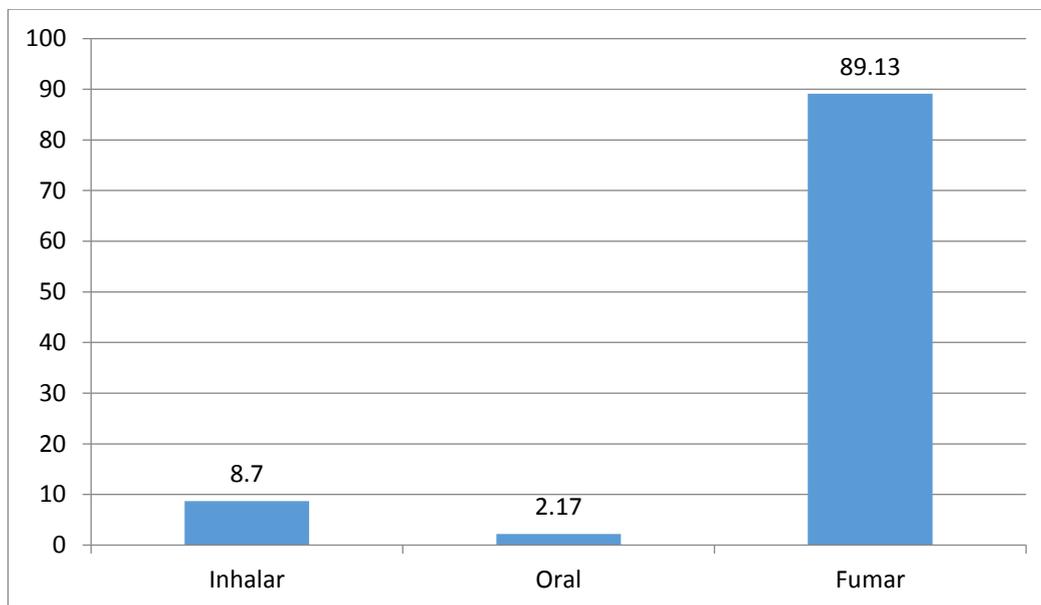


Gráfico 8 Frecuencia de formas de uso de drogas. Paraguay. 2016 (n=2994)



Asociación VIH/Sífilis y Factores Riesgos de la Infección

Cuadro 11. Asociación de VIH/Sífilis y Factores de riesgo de la infección. Paraguay. 2016

Asociación	Familia lingüística	RR	IC 95%	P>chi2
VIH/Sífilis Uso de condón	Zamuco	.		
	Mataco	1.09	0.93 - 1.28	0.00
	Lengua Maskoi	0.92	0.74 - 1.33	
	Guaicurú	4.2	1.51 - 11.65	
Guaraníes	0.59	0.55 - 0.65		
VIH/Sífilis Persona saludable con VIH	Zamuco	.		
	Mataco	1.18	1.00 - 1.38	0.00
	Lengua Maskoi	0.69	0.57 - 0.84	
	Guaicurú	1.84	0.91 - 3.73	
Guaraníes	0.56	0.51 - 0.61		

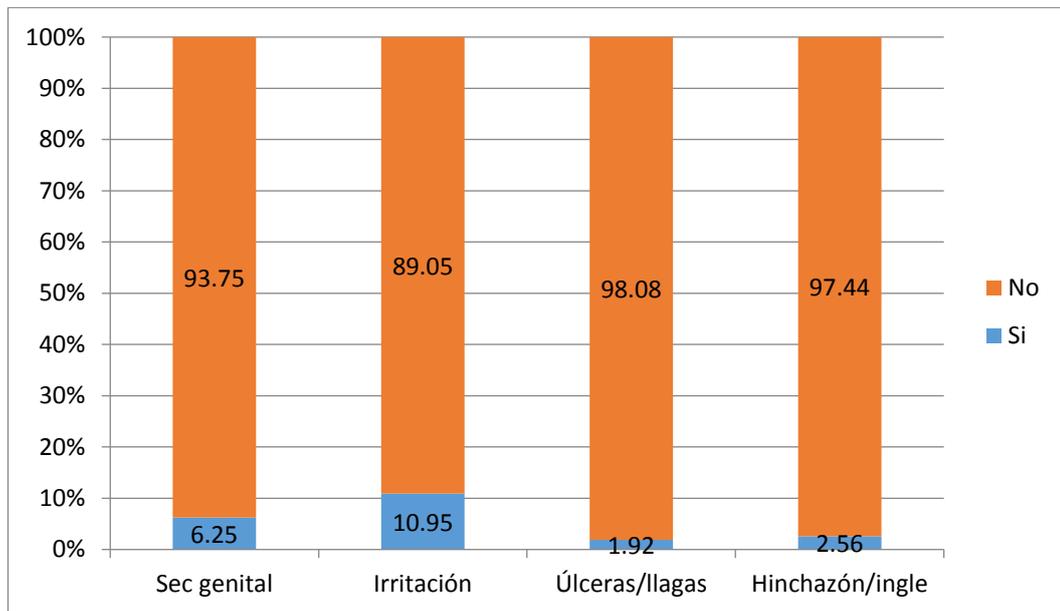
	Zamuco	.		
VIH/Sífilis Pareja estable/única	Mataco	2.05	1.75 - 2.39	
	Lengua Maskoi	0.63	0.52 - 0.78	0.00
	Guaicurú	1.05	0.56 - 1.99	
	Guaraníes	0.81	0.74 - 0.88	
VIH/Sífilis Transmisión vertical	Zamuco	.		
	Mataco	1.72	1.48 - 2.01	
	Lengua Maskoi	0.89	0.74 - 1.09	0.00
	Guaicurú	1.36	0.72 - 2.61	
VIH/Sífilis No conocimiento	Guaraníes	0.69	0.62 - 0.75	
	Zamuco	.		
	Mataco	1.01	0.85 - 1.21	
	Lengua Maskoi	0.86	0.69 - 1.09	0.00
	Guaicurú	2.6	0.94 - 7.17	
	Guaraníes	0.67	0.62 - 0.73	

La asociación de la infección por el VIH/sífilis y los factores de riesgo de la infección fueron positivos en todos los casos estudiados para las familias Zamuco y Guaicurú. **Cuadro 11**

ITS

Gráfico 9. Tipos de Infección de Transmisión Sexual más frecuentes. Paraguay. 2016

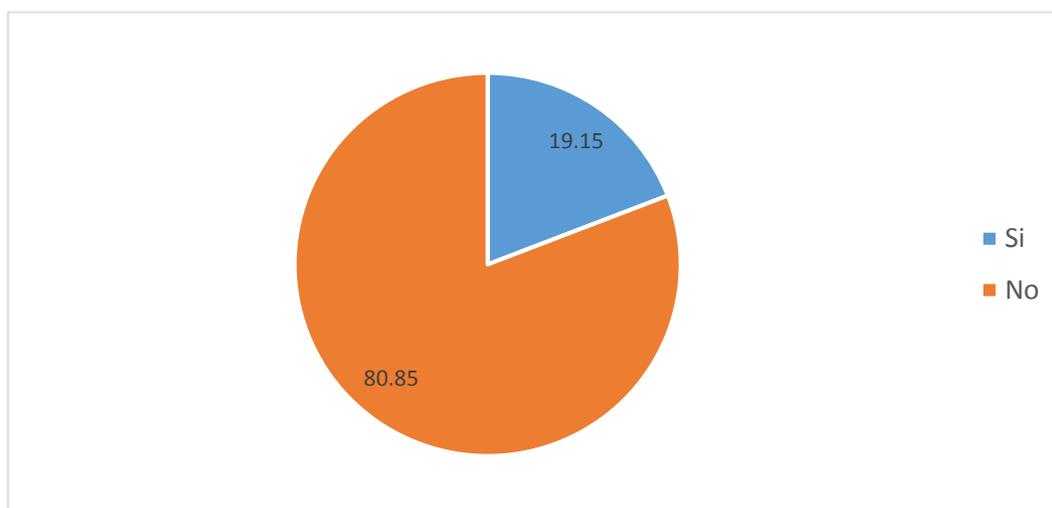
Los tipos de infecciones más frecuentes encontrados fueron la secreción genital, hinchazón en el área de la ingle y la irritación al orinar.



Testeo Laboratorial

Gráfico 10. Frecuencia de acceso al testeo. Paraguay. 2016 (n=2982)

El acceso al testeo de la infección de VIH/sífilis fue de 19.15% (571/2982).



Cuadro 12. Frecuencia de acceso al testeo. Paraguay. 2016 (n=2982)

Acceso	Zamuco	Mataco	Lengua Maskoi	Guaicurú	Guaraníes	Total	%	p-valúes	
Testeo (%)	Si	7.59	10.84	27.51	29.5	18.41	571	19.15	
	No	92.41	89.16	72.49	70.5	81.59	2411	81.85	p=0,000
	Total	100	100	100	100	100	2982	100	
Conocimiento de Resultado (%)	Si	100	70.79	77.33	87.5	79.78	432	79.12	
	No	0	29.03	22.67	12.5	20.22	114	20.88	p=0,146
	Total	100	99.82	100	100	100	546	100	

El acceso al testeo más bajo con respecto al general encontrado fue de 7.59% en los Zamucos, 10.84% en los Matacos y 18.41% en los Guaraníes.

Cuadro 12

8.CONCLUSIONES

La prevalencia del VIH y la de sífilis en general es similar a la población general, pero la prevalencia de VIH fue alta en los Guaicurúes y los Matacos. No se encontraron casos positivos de la infección en los Zamucos. También la prevalencia de sífilis fue alta en Matacos, Guaicurúes y en los Guaraníes. Por todo ello los Guaicurúes presentaron las prevalencias más altas de la infección, seguida de los Matacos y los Guaraníes.

El conocimiento sobre la transmisión y las formas de prevención del VIH fue muy bajo.

El acceso al testeo fue bajo, siendo los valores más bajos en los Zamucos y los Matacos.

Las prácticas de riesgo concernientes al uso del condón fueron casi nulas en todos los individuos encuestados en las cinco familias lingüísticas y arrojó un riesgo positivo sobre la asociación entre dicha práctica y la infección por el VIH/sífilis.

El consumo de alcohol que incluye en una relación sexual fue bajo. También el consumo de drogas fue baja y la más frecuentemente utilizada fue la marihuana.

La familia los Lengua Maskoi presentó como uno de los motivos de riesgo positivo a la infección por el VIH/sífilis, al presentar una alta frecuencia del inicio precoz de la relación sexual a la edad menor a 14 años.

En todos los individuos de las familias lingüísticas estudiadas, el alto valor del número de personas con quienes mantuvieron relación sexual presentaron riesgo positivo de la infección y la diferencia fue estadísticamente significativa.

Los Matacos, Lengua Maskoi y Guaraníes fueron los que presentaron mayor frecuencia de la exposición a relaciones sexuales a cambio de dinero u objetos, con una evaluación positiva del riesgo.

La exposición a uno o más factores de riesgos estudiados fue muy elevado en todas las familias lingüísticas.

Las actitudes con respecto a la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual en la población indígena del Paraguay, arrojan datos sobre la referencia del desconocimiento en ciertos casos del uso del condón como vía de prevención y la posible transmisión vertical.

9.RECOMENDACIONES

La Asamblea General de la ONU (1992), aprobó la Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas, donde propone la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial y el respeto de los derechos humanos en lo que respecta a los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales, étnicas o religiosas y lingüísticas.

Esto conlleva a visibilizar a las poblaciones originarias y en la lucha por la no discriminación y la necesidad de seguir fomentando la asistencia para mejorar el estado de salud de los pueblos indígenas y sus comunidades en el Paraguay

La difusión de los resultados estadísticos sobre la patología del VIH y sífilis que afecta a las cinco familias lingüísticas estudiadas, en cuanto a la enfermedad y los riesgos que ello implica, hace oportuna visualizar las necesidades e intervenir de forma oportuna e inmediata a los grupos más vulnerables.

El fomento de espacios para el conocimiento, empoderamiento y el uso de los datos estadísticos por parte de los pueblos indígenas para mostrar y afrontar sus necesidades y oportunidades.

Fortalecer las políticas públicas en los organismos del Estado para Promover, plantear y ejecutar actividades educativas continuas y permanentes dirigidas fundamentalmente a las Familias lingüísticas más susceptibles.

10. BIBLIOGRAFIA

1. ONUSIDA. El sida en cifras. Suiza. 2015.
2. Aguilar G, Kawabata A, Rolón R, Samudio T, Duré F, Sosa D, Echeverría G. Informe de la Situación Epidemiológica del VIH Paraguay. PRONASIDA. 2015. 1-26
3. Servin J, Bazán R, Royg P, et al. III Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas. DGEEC. Paraguay. 2012
4. Pavia, N., Góngora, R., Vera, L., et al. (2012). Conocimientos, actitudes y percepción de riesgo en referencia al VIH/SIDA en población rural de Yucatán, México. Rev Biomed 2012;23:53-60.
5. Nuñez, G., (2009). Vidas vulnerables. Hombres indígenas, diversidad sexual y VIH/Sida, México: CIAD/CEDEMEX. Revista Limina R. Estudios Sociales y Humanísticos, vol. XI, núm. 2, julio-diciembre de 2013, México, pp. 195-197. ISSN: 1665-8027.
6. Fernández, F., Stival, M. (2011). Políticas, sentidos y vulnerabilidad sociocultural asociados al vih-Sida en las poblaciones qom de Rosario, Argentina. Desacatos, núm. 35, enero-abril 2011, pp. 29-40.
7. Mazin, R. (2011). De lugares comunes a recomendaciones concretas: el vih entre pueblos originarios y poblaciones indígenas del hemisferio occidental. Desacatos, núm. 35, enero-abril 2011, pp. 87-94.
8. Hernández, D., Maya, O., Bernal, E., et al. (2005). Migración y ruralización del SIDA: relatos de vulnerabilidad en comunidades indígenas de México. Rev Saúde Pública 2008;42(1):131-8.
9. Zavaleta, C., Mujica, J., Ypanaqué, P., (2007). INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA EN COMUNIDADES NATIVAS

DE LA AMAZONÍA PERUANA: CONSIDERACIONES CULTURALES.
Rev Perú Med Exp Salud Publica 2007; 24(3): 315-16.

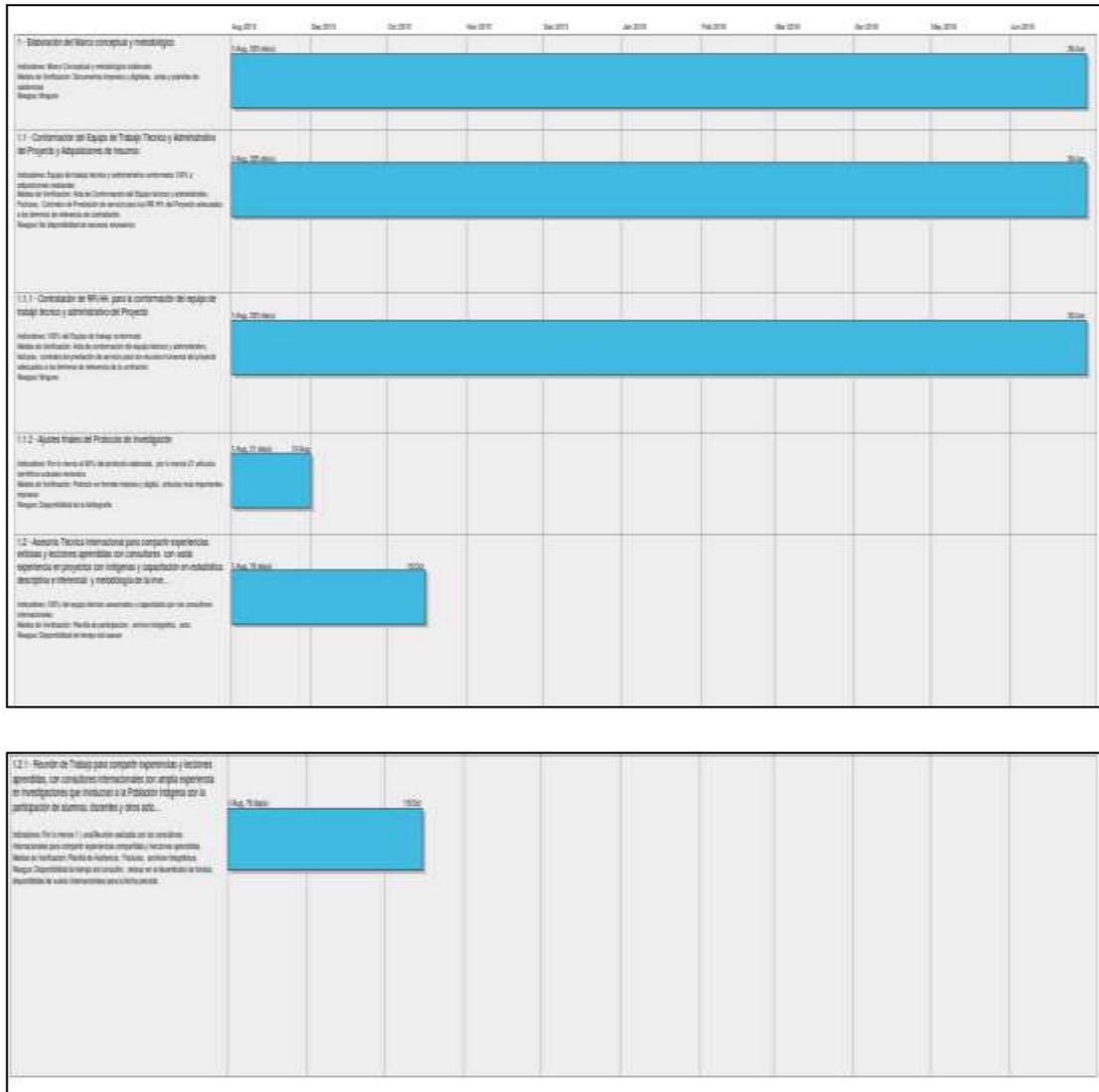
10. Hamilton, G., Péné, D., Sotelo, J. (2005). ESTUDIO SOBRE COMPORTAMIENTO E INFORMACIÓN EN RELACIÓN CON EL VIH/SIDA E ITS EN POBLACIONES ABORÍGENES DE ARGENTINA. PROYECTO PNUD/ARG/03/006 “Actividades de Apoyo a la prevención y el control del VIH/SIDA en Argentina”.
11. Contreras, H., Pérez, P., Huapaya, O. et al. (2014). La salud en las comunidades nativas amazónicas del Perú. REV. PERU. EPIDEMIOL. VOL 18 NO 1 E10 ABRIL 2014. ISSN 1609-7211.
12. Pavia, N., Góngora, R., Vera, L. (2012). Conocimientos, actitudes y percepción de riesgo en referencia al VIH/SIDA en población rural de Yucatán, México. Rev Biomed 2012;23:53-60.
13. Bareiro, L. (2005). Discriminaciones. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Comisión de Equidad, Género y Desarrollo Social de la Cámara de Senadores, Comisión de Equidad Social y Género de la Cámara de Diputados, Comisión de Derechos Humanos y Asuntos Indígenas de la Cámara de Diputados y Centro de Documentación y Estudios (CDE). ISBN: 99925-918-1-1.
14. Suárez, C., Figueroa, M., Ponce, M. et al. (2005). Conocimiento y opinión que tiene la población Nahua de la Región de Zongolica, Veracruz, sobre VIH/Sida. Colecciones Educativas en Salud Pública.
15. Carrillo, M., Carrillo G. (2006). DIAGNOSTICO SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE GÉNERO Y LA SITUACIÓN DE LAS MUJERES AFRODESCENDIENTES EN EL PERÚ.
16. Reartes, D. (2010). Movilidad territorial y construcción de vulnerabilidad frente a ITS/VIH/SIDA entre estudiantes indígenas de Chiapas. Miradas en Movimiento- MeM. Vol IV.

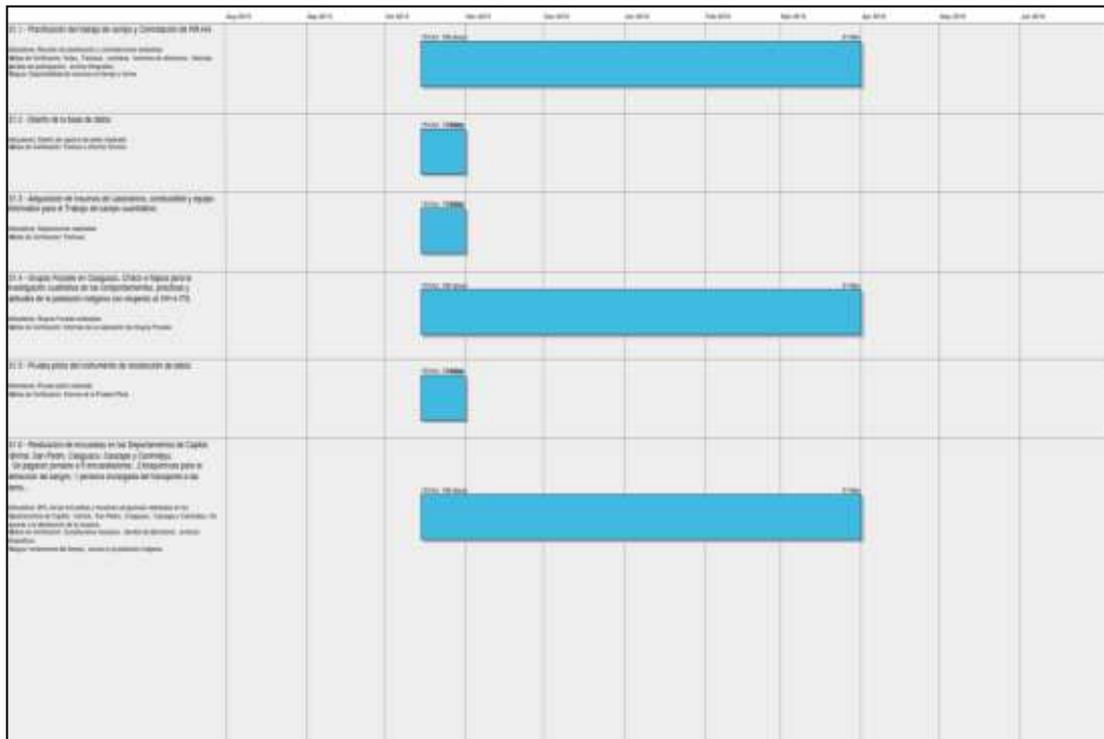
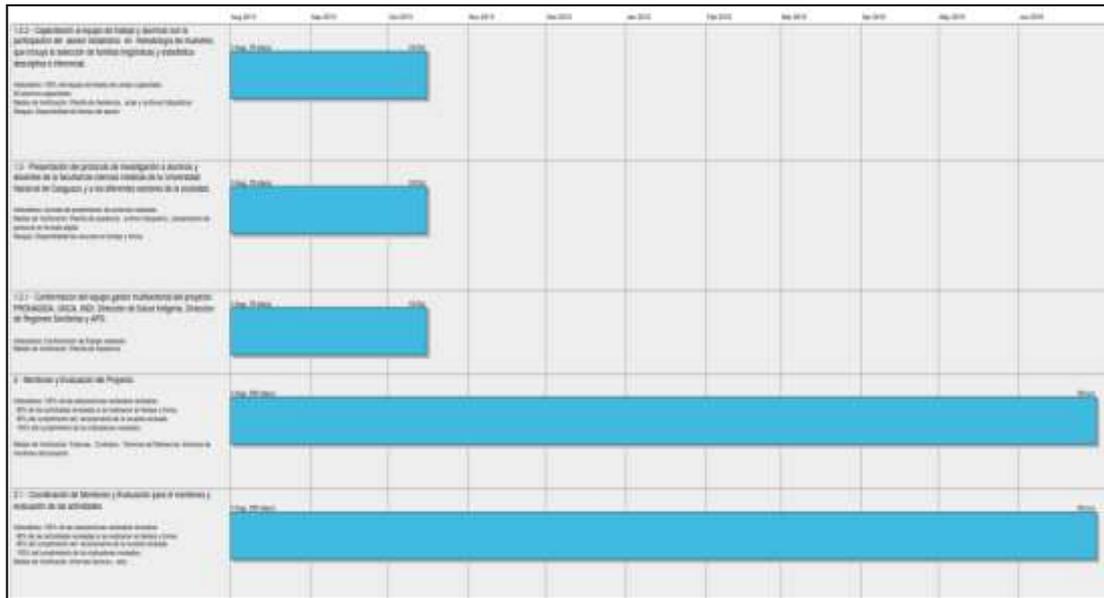
17. Yáñez, I. Sánchez, M., Conde, C. (2010). Efecto de la migración y del comportamiento sexual en la incidencia del VIH-SIDA entre migrantes mexicanos. ENF INF MICROBIOL 2011 31 (3): 98-104.
18. Taylor, T., Hembling, J., Bertrand, J. (2012). Etnicidad y Riesgo de VIH en Guatemala. MEASURE Evaluation is funded by the U.S. Agency for International Development (USAID) under terms of Cooperative Agreement GHA-A-00-08-00003-00 and implemented by the Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill in partnership with Futures Group, ICF International, John Snow, Inc., Management Sciences for Health, and Tulane University. The views expressed in this publication do not necessarily reflect the views of USAID or the United States government. TR-12-86 (May 2012).
19. Vargas, L. (2006). PERCEPCION DE RIESGO DEL VIH-SIDA EN MUJERES HUILLICHES DE 15 Y MÁS AÑOS, DEL AREA RURAL, PERTENECIENTES A ALGUNAS COMUNAS DE LA ISLA DE CHILOÉ.
20. Caballero, R., Pineda, A., Barraza, J. (2008). Conocimientos sobre el VIH/sida en jóvenes de familias jornaleras migrantes indígenas en Colima y Nayarit. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2009; 47 (Supl 1): S101-S108.
21. Olea, C., Manrique, P., Corcuera, G., Ilizarde, S. (2012). Perú: Mapeo de organizaciones de mujeres indígenas y de secciones de mujeres al interior de organizaciones indígenas mixtas.
22. Stival, M. (2008). Significados y sentidos asociados al VIH-Sida de las poblaciones tobas (qom) del barrio "Los Pumitas" de Rosario. IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Misiones, Posadas, 2008.
23. De Souza, M., Coimbra, C. (2005). Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. MINAYO, MCS., and

- COIMBRA JR, CEA., orgs. Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 708 p. ISBN 85-7541-061-X.
24. Ponce, P, Núñez, G. (2011). Pueblos indígenas y vih-Sida. Desacatos, núm. 35, enero-abril 2011, pp. 7-10
 25. Núñez, G. (2011). Hombres indígenas, diversidad sexual y vulnerabilidad al vih-Sida: una exploración sobre las dificultades académicas para estudiar un tema emergente en la antropología. Desacatos, núm. 35, enero-abril 2011, pp. 13-28.
 26. Puig, C., Montalvo, P. (2011). Infecciones de transmisión sexual, vih y Sida: una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes indígenas en las tierras bajas de Bolivia. Desacatos, núm. 35, enero-abril 2011, pp. 41-58.
 27. Reartes, D. (2011). La comunidad y la ciudad como referentes en la construcción social de riesgos frente al vih-Sida entre jóvenes estudiantes hablantes de lenguas indígenas de los Altos de Chiapas. Desacatos, núm. 35, enero-abril 2011, pp. 59-74.
 28. Betancourt, C., Pinilla, M. (2011). Apreciaciones sobre el contexto sociocultural del vih-Sida en las comunidades indígenas en Colombia. Desacatos, núm. 35, enero-abril 2011, pp. 75-86.

11. ANEXOS

ANEXO 1. DIAGRAMA DE GANTT





ANEXO 2. Protocolo de Toma y Manejo de Muestras.

“Encuesta de prevalencia de VIH, y los conocimientos, prácticas de riesgo de la población indígena, según familias lingüísticas en el Paraguay. 2015.”

1. Consideraciones generales

A todos los participantes que cumplen con los criterios de inclusión en el estudio se tomaran muestras en 2 tubos:

- 1- Tapa lila (con EDTA): para test rápido VIH.
- 2- Tapa roja (sin aditivo): para control de calidad de TR VIH, y pruebas de confirmación de VIH.
 - a) Posterior al consentimiento informado y la entrevista, se realizara la prueba rápida para VIH. Los resultados de VIH realizados por el método rápido serán entregados en el mismo momento de su realización; para el seguimiento del paciente en caso de resultar la prueba de test rápido para VIH reactiva, acudirán al centro para recoger sus resultados a partir de dos semanas después de la extracción y usando un simple código identificadorio. Se debe enfatizar la importancia de recoger los resultados a tiempo.
 - b) Si la prueba de test rápido es reactiva (ó positiva) para el VIH o si los resultados de las pruebas no son claras, se debe repetir la prueba por el método de EIA y le solicitará a la participante que regrese en dos semanas para retirar el resultado del mismo centro.
 - c) Si los resultados de Western Blot son positivos para el VIH, deben ser referidos a los Servicios de Atención Integral (SAI) para recibir atención y seguimiento, de acuerdo con las regulaciones del PRONASIDA, MSP y BS.

- d) El resultado de estas pruebas en los voluntarios será almacenado en el PRONASIDA y estarán accesibles a los investigadores durante todo el período del estudio.
- e) El Nivel Local guardará un registro de todos los códigos de las participantes. Aquellas que no regresen al nivel local, serán localizadas con el apoyo del PRONASIDA, a quien se comunicara el retraso de la consulta de la participante para iniciar la búsqueda a partir de datos de otros establecimientos.
- f) El PRONASIDA en Asunción será el responsable de realizar todas las pruebas confirmatorias (EIA y Western Blot) para el VIH a todos los test rápido para VIH reactivos o positivos y al 10% de las muestras negativas por la prueba rápida como control de calidad.

2. Procedimientos estandarizados para la toma de muestra

TÉCNICA DE VENOPUNCIÓN Y DE COLECTA DE SANGRE

La persona responsable de coordinar estos procedimientos de laboratorio, será la Dra. Gladys López, Jefa de Laboratorio de Referencia del PRONASIDA (Teléfono para consultas: 0981-720040).

Debe ser realizado solo después que el consentimiento informado está firmado.

NOTA: Se deben contemplar los principios de bioseguridad cuando se realizan procedimientos de venopunción y procesamiento de muestras biológicas.

- 1) Se deben utilizar dos tubos: -1 un primer tubo con anticoagulante (Tapa lila) para realizar test rápido para VIH y -2- un segundo tubo sin anticoagulante (Tapa Roja), para EIA/Western Blot si el test rápido para VIH resulta reactivo ó el resultado es dudoso ó inconsistente (por ejemplo si el primer test rápido es reactivo y el segundo test rápido es negativo).

- 2) Colocar a cada tubo el código correspondiente a la entrevistada.
- 3) Seleccionar el lugar para realizar la venopunción. Colocar el brazo de la persona hacia abajo para facilitar el flujo de sangre hacia la vena.
- 4) Aplicar el torniquete. Limpiar el lugar para realizar la venopunción utilizando un antiséptico adecuado. **NO VOLVER A PALPAR EL ÁREA** luego de haber aplicado el antiséptico. **DEJAR SECAR EL ÁREA.**
- 5) Retirar el protector de agujas.
- 6) Entonces realizar la venopunción.
- 7) Un poco antes de terminar la extracción, **SACAR EL TORNIVUETE** que no debe durar más de **DOS MINUTOS.**
- 8) Cargar 2 ml en el 1er. tubo con anticoagulante e invertir suavemente el tubo de 4 a 5 veces para mezclar el anticoagulante con la sangre, posteriormente verter de 3-5 ml de sangre en el 2do tubo sin anticoagulante.
- 9) Aplicar presión al lugar de punción con algodón hasta que el sangrado haya finalizado.
- 10) Colocar un curita.
- 11) Después de la colecta, utilizar un dispositivo de desecho adecuado (Descartex) para desechar la aguja. **NO VOLVER A ENCAPUCHAR LA AGUJA UTILIZADA.**
- 12) Colocar los tubos en un soporte en posición vertical (con la tapa hacia arriba) correctamente etiquetados para la identificación de los pacientes. **MANTENER LOS TUBOS A TEMPERATURA AMBIENTE HASTA QUE LA MUESTRA SEA UTILIZADA O CENTRIFUGADA PARA LA SEPARACION DEL SUERO.**
- 13) El tubo puede permanecer a temperatura ambiente y sin separarse el suero hasta un máximo de 12 horas!!!!

Procesamiento tubo 1.

Procesar los test rápidos: Mezclar el tubo 1-(con tapa lila) por inversión de 4 a 5 veces. Destaparlo

- Preparar la tira reactiva de VIH, siguiendo estrictamente las instrucciones del fabricante
- Utilizar una pipeta de transferencia para tomar una alícuota del tubo con anticoagulante. Aplicar la muestra en la parte inferior de la tira y añadir una gota del buffer.

Observación: Por cada muestra y/o test se utiliza una nueva pipeta de transferencia

- Esperar 5 minutos y un máximo de 20 minutos, para leer los resultados.

Interpretación de resultados:

- Dos barras rojas significan “Resultado Reactivo.
- Una barra roja en la ventana del control, significa “Resultado No reactivo”
- Si la barra control no aparece, la prueba es invalida y debe ser repetida
- Si se tiene resultado Reactivo repetir el test en el momento con la misma muestra del tubo con anticoagulante
- Si se tienen resultados discordantes se debe realizar EIA

Procesamiento tubo 2.

Para separar el suero:

- Centrifugar la muestra contenida en el tubo sin anticoagulante, 10 min a 3.000 rpm.
- Pasar el suero con pipeta de transferencia a 2 viales correctamente identificados y herméticamente cerrados (utilizar una pipeta de transferencia por cada muestra)
- Embalar las muestras para su envío a Asunción, cumpliendo las reglas de conservación y bioseguridad para el transporte del espécimen. Se debe especificar cómo realizar el transporte en el caso de los envíos por Courier desde el interior del país.
- Coloque los viales que contienen las muestras en el porta vial, envuelva cada porta vial con bolsa plástica y coloque almohadillas heladas dentro del conservador alrededor de los porta viales para mantener las mismas a +4°C Envíe todos los crioviales etiquetados y herméticamente cerrados al laboratorio de referencia del PRONASIDA en Asunción.
- Coloque las planillas y otros papeles en un sobre fuera del conservador.
- Llame por teléfono al laboratorio de Referencia del PRONASIDA para verificar la recepción de las muestras.

***RECEPCIÓN DE ESPECIMENES EN EL LABORATORIO DE REFERENCIA DEL PRONASIDA.**

1. Procedimientos: Desde el servicio local hacia el Laboratorio de Referencia del PRONASIDA, en Asunción

Durante el proceso, en Asunción se recibirán especímenes (suero) de las diferentes regiones. Las siguientes reglas deben seguirse.

1. El laboratorio del PRONASIDA en Asunción debe recibir todas las muestras para VIH.

2. Las planillas de registro serán triplicadas: una se conserva en la región donde se realizó la separación, las otras 2 son enviadas con las muestras al nivel central por las cuales firma la persona que recibe las mismas, de ellas 1 queda en PRONASIDA y la tercera para el LCSP.
3. Las planillas triplicadas remitidas serán verificadas, así como los códigos de cada muestra y posteriormente firmadas por un responsable del PRONASIDA y otra del LCSP, que realizaron la inspección y chequeo de las mismas. De presentarse alguna irregularidad (por ejemplo en los códigos, números borrados ó muestras hemolizadas), se deberá hacer constar en la planilla.
4. Siguiendo la recepción, el adecuado empaquetado de las muestras y número de muestras y/o viales recibido debe ser chequeado.
5. Realizar ELISA para VIH en todas las muestras con resultados de test rápido discordante ó reactivo; si resulta reactivo, se realiza nuevamente el ELISA y si vuelve a resultar reactivo, se procede a realizar el Western Blot. Si fuera indeterminado o Negativo, se recomienda repetir el ELISA al mes con una nueva muestra recolectada del paciente. Como control de calidad de las pruebas rápidas se realizará la prueba de EIA en el 10% de las muestras con resultado de pruebas rápidas no reactivo.

ANEXO 3. Consentimiento informado.

“Prevalencia de VIH, y los conocimientos, prácticas de riesgo de la población indígena, según familias lingüísticas en el Paraguay, Año 2015.”

La persona responsable de coordinar estos procedimientos de ética, será la Dra. Gloria Aguilar, Investigadora Principal (Teléfono para consultas: 0981-720034, 021298700)

INFORMACION AL HOMBRE Y LA MUJER.

Le invitamos a participar como voluntario/a en un estudio de investigación. Por favor lea esta hoja informativa cuidadosamente, o permítame leérsela. Ud. tiene la libertad de preguntar sobre posibles riesgos y beneficios, sus derechos como voluntario/a, y sobre cualquier aspecto de la investigación que no sea claro. Cuando todas sus preguntas hayan sido contestadas, usted puede decidir si desea participar en el estudio o no. Este proceso se llama “consentimiento informado”.

PROPÓSITO Y BENEFICIOS.

El propósito de este estudio es conocer la frecuencia del VIH en la población indígena, según familia lingüística en el país. El beneficio que usted tendrá es que puede acceder a más información sobre la sífilis y el VIH y cómo prevenirlo. Además, se le realizará la prueba de sífilis para descartar la infección y recibirá tratamiento de ser necesario. El beneficio para la sociedad es que esta información nos ayudará a conocer que tan frecuentes es estas enfermedades y que acciones son necesarias para prevenirla. Todos los estudios que se realizarán no tienen costo, son Gratis.

PROCEDIMIENTOS.

Si usted acepta participar en este estudio, responderá un cuestionario sobre información personal. Confidencialmente y en forma privada, un entrevistador capacitado lo entrevistará para completar el cuestionario. El cuestionario incluye preguntas acerca del riesgo de su salud sexual.

Cuando termine con el cuestionario, le realizaremos un test rápido para sífilis y otro para VIH que se realizará a través de una punción en el dedo para obtener una muestra de una gota de sangre para diagnosticar la situación de salud respecto a la sífilis y al VIH.

Estimamos que la entrevista y la obtención de muestras demoren aproximadamente 20 minutos. Si alguno de los test rápido es positivo se le extraerá una pequeña cantidad de sangre de su brazo, y con ella el laboratorio realizará pruebas adicionales confirmatorias.

Los resultados de las pruebas confirmatorias realizadas en el laboratorio del establecimiento de salud estarán disponibles después de algunos días. Si una infección por sífilis o VIH es confirmada, de acuerdo al protocolo nacional, usted recibirá tratamiento adecuado, y se le brindará consejería acerca de cómo informar a las personas con las que tuvo relaciones sexuales, y como evitar una nueva infección.

Según las normativas nacionales actuales, si los estudios para VIH resultaran positivos, se le brindará instrucciones sobre los procedimientos a tomar para su tratamiento adecuado para prevenir la infección VIH y darle una atención integral en el seguimiento.

RIESGOS O MOLESTIAS.

Usted puede sentir que algunas preguntas invaden su privacidad. Si este es el caso, por favor usted es libre de rehusarse a contestarlas. La extracción de sangre es un procedimiento de rutina que puede producir ligeras molestias y/o un pequeño moretón en el lugar de extracción. Infección, sangrado, hinchazón o ligeros mareos pueden ocurrir raramente. Usted debiera informar a su médico o al/los investigadores de cualquier complicación que usted crea está relacionada con los procedimientos del estudio.

INFORMACION ADICIONAL.

Usted es libre de rehusarse a responder cualquier pregunta y a solicitar información en cualquier momento durante el estudio, y tiene el derecho de

recibir respuestas que satisfagan sus inquietudes. Si tiene alguna pregunta respecto al estudio, puede preguntar al entrevistador ahora, o llamar a la persona señalada como contacto arriba.

CONFIDENCIALIDAD.

Toda la información recogida en este estudio será manejada con rigurosa confidencialidad. Los cuestionarios y las muestras serán identificados solamente con un código, sin su nombre. Solo los investigadores nombrados anteriormente tendrán acceso a la información de esta investigación. La información que resulte de las encuestas será conservada hasta que los reportes del estudio sean publicados, y por un máximo de 3 años, según las normativas usadas en investigación. No se conservará muestras de sangre o derivados. No revelaremos su nombre en ningún informe o publicación resultante de este estudio.

RETIRO DEL ESTUDIO.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede rehusarse a participar o puede retirarse del estudio en cualquier momento que lo desee sin ninguna pérdida de beneficios suyos, y sin afectar su cuidado médico y tratamiento de ninguno de ustedes.

Nombre del entrevistador

Firma del entrevistador

Fecha _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Código N°:

Dejo constancia que he sido informada/o y he comprendido las características y los alcances del Proyecto **“Prevalencia de VIH, y los conocimientos, prácticas de riesgo de la población indígena, según familias lingüísticas en el Paraguay, Año 2015”**, y manifiesto mi conformidad en participar en el mismo.

He sido informada/o que se me realizará el test rápido para obtener una muestra de una gota de sangre para diagnosticar mi situación de salud respecto a la sífilis y al VIH.

Se me ha puesto en conocimiento y he manifestado mi acuerdo respecto a que si el resultado del Test rápido es positivo, y las pruebas confirmatorias también resultaren positivas, recibiré el tratamiento apropiado para la sífilis y/o VIH.

Participante

Firmo de conformidad: _____

Aclaración de firma: _____ Fecha: _____

Testigo

Firmo de conformidad: _____

Aclaración de firma: _____ Fecha: _____

ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES O ENCARGADOS DE MENORES DE EDAD.

“Prevalencia de VIH, y los conocimientos, prácticas de riesgo de la población indígena, según familias lingüísticas en el Paraguay, Año 2015.”

La persona responsable de coordinar estos procedimientos de ética, será la Dra. Gloria Aguilar, Investigadora Principal (Teléfono para consultas: 0981-720034, 021298700)

INFORMACION A LOS PADRES O ENCARGADOS DEL MENOR DE EDAD.

Estamos invitando al Niño/a a participar como voluntaria/o en un estudio de investigación. Antes de que su Niño/a sea incluido/a en el estudio, por favor lea esta hoja informativa cuidadosamente, o permítame leérsela. Ud. tiene la libertad de preguntar sobre posibles riesgos y beneficios y sobre cualquier aspecto de la investigación que no sea claro. Cuando todas sus preguntas hayan sido contestadas, usted puede decidir si desea que su hijo/a participe en el estudio o no.

PROPÓSITO Y BENEFICIOS.

Si usted acepta la participación del Niño/a en este estudio, responderá un cuestionario sobre información personal. Confidencialmente y en forma privada, un entrevistador/a capacitado/a lo/a entrevistará para completar el cuestionario. El cuestionario incluye preguntas acerca del consumo de líquidos y las conductas que implican.

El propósito de este estudio es conocer la frecuencia del VIH en la población indígena, según familia lingüística en el país. El beneficio que usted tendrá es que puede acceder a más información sobre la sífilis y el VIH y cómo prevenirlo. Además, se le realizará la prueba de sífilis para descartar la infección y recibirá tratamiento de ser necesario.

PROCEDIMIENTOS.

Si su hija/o desea participar en el estudio, responderá un cuestionario sobre información personal. Confidencialmente y en forma privada, un entrevistador capacitado la entrevistará para completar el cuestionario. El cuestionario incluye preguntas acerca del consumo de líquidos y las conductas que implican.

CONFIDENCIALIDAD.

Toda la información recogida en este estudio será manejada con rigurosa confidencialidad. Los cuestionarios y las muestras serán identificados solamente con un código, sin el nombre de su hija o protegida o el nombre del niño o niña. Solo los investigadores tendrán acceso a la información de esta investigación. La información que resulte de las encuestas será conservada hasta que los reportes del estudio sean publicados, y por un máximo de 3 años según las normativas usadas en investigación. No se revelará el nombre de su hija en ningún informe o publicación resultante de este estudio.

Nombre del entrevistador

Firma del entrevistador

Fecha _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Código N°:

Dejo constancia que me ha sido explicado y he comprendido las características y los alcances del Proyecto **“Prevalencia de VIH, y los conocimientos, prácticas de riesgo de la población indígena, según familias lingüísticas en el Paraguay, Año 2015.”**, y manifiesto mi conformidad para que el Niño/a a mi cargo participe en el mismo. El/ella sabe que puede hacer preguntas acerca del estudio ahora y posteriormente.

Padre/Madre/Encargado

Firmo de conformidad: _____

Aclaración de firma: _____

Fecha: _____

Testigo

Firmo de conformidad: _____

Aclaración de firma: _____ Fecha: _____

Nombre del entrevistador: _____

Firma del entrevistador _____ Fecha _____

ANEXO 5. ASENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD.

“Prevalencia de VIH, y los conocimientos, prácticas de riesgo de la población indígena, según familias lingüísticas en el Paraguay, Año 2015.”

La persona responsable de coordinar estos procedimientos de ética, será la Dra. Gloria Aguilar, Investigadora Principal (Teléfono para consultas: 0981-720034, 021298700)

INFORMACION PARA MENORES DE 18 AÑOS

Le invitamos a participar como voluntario/a en un estudio de investigación. Por favor lea esta hoja informativa cuidadosamente, o permítame leérsela. Ud. tiene la libertad de preguntar sobre posibles riesgos y beneficios, sus derechos como voluntario/a, y sobre cualquier aspecto de la investigación que no sea claro. Cuando todas sus preguntas hayan sido contestadas, usted puede decidir si desea participar en el estudio o no. Este proceso se llama “consentimiento informado”.

PROPÓSITO Y BENEFICIOS

El propósito de este estudio es conocer la frecuencia del VIH en la población indígena, según familia lingüística en el país. El beneficio que usted tendrá es que puede acceder a más información sobre la sífilis y el VIH y cómo prevenirlo. Además, se le realizará la prueba de sífilis para descartar la infección y recibirá tratamiento de ser necesario. El beneficio para la sociedad es que esta información nos ayudará a conocer que tan frecuentes es estas enfermedades y que acciones son necesarias para prevenirla. Todos los estudios que se realizarán no tienen costo, son Gratis.

Si usted acepta participar en este estudio, responderá un cuestionario sobre información personal. Confidencialmente y en forma privada, un entrevistador capacitado lo entrevistará para completar el cuestionario. El

cuestionario incluye preguntas acerca del riesgo de su salud sexual. Cuando termine con el cuestionario, le realizaremos un test rápido para sífilis y otro para VIH que se realizará a través de una punción en el dedo para obtener una muestra de una gota de sangre para diagnosticar la situación de salud respecto a la sífilis y al VIH.

Estimamos que la entrevista y la obtención de muestras demoren aproximadamente 20 minutos. Si alguno de los test rápido es positivo se le extraerá una pequeña cantidad de sangre de su brazo, y con ella el laboratorio realizará pruebas adicionales confirmatorias.

Los resultados de las pruebas confirmatorias realizadas en el laboratorio del establecimiento de salud estarán disponibles después de algunos días. Si una infección por sífilis o VIH es confirmada, de acuerdo al protocolo nacional, usted recibirá tratamiento adecuado, y se le brindará consejería acerca de cómo informar a las personas con las que tuvo relaciones sexuales, y como evitar una nueva infección.

Según las normativas nacionales actuales, si los estudios para VIH resultaran positivos, se le brindará instrucciones sobre los procedimientos a tomar para su tratamiento adecuado para prevenir la infección VIH y darle una atención integral en el seguimiento.

RIESGOS O MOLESTIAS.

Usted puede sentir que algunas preguntas invaden su privacidad. Si este es el caso, por favor usted es libre de rehusarse a contestarlas. La extracción de sangre es un procedimiento de rutina que puede producir ligeras molestias y/o un pequeño moretón en el lugar de extracción. Infección, sangrado, hinchazón o ligeros mareos pueden ocurrir raramente. Usted debiera informar a su médico o al/los investigadores de cualquier complicación que usted crea está relacionada con los procedimientos del estudio.

INFORMACION ADICIONAL.

Usted es libre de rehusarse a responder cualquier pregunta y a solicitar información en cualquier momento durante el estudio, y tiene el derecho de recibir respuestas que satisfagan sus inquietudes. Si tiene alguna pregunta respecto al estudio, puede preguntar al entrevistador ahora, o llamar a la persona señalada como contacto arriba.

CONFIDENCIALIDAD.

Toda la información recogida en este estudio será manejada con rigurosa confidencialidad. Los cuestionarios y las muestras serán identificados solamente con un código, sin su nombre. Solo los investigadores nombrados anteriormente tendrán acceso a la información de esta investigación. La información que resulte de las encuestas será conservada hasta que los reportes del estudio sean publicados, y por un máximo de 3 años, según las normativas usadas en investigación. No se conservará muestras de sangre o derivados. No revelaremos su nombre en ningún informe o publicación resultante de este estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Código N°:

Dejo constancia que me ha sido explicado y he comprendido las características y los alcances del Proyecto **“Prevalencia de VIH, y los conocimientos, prácticas de riesgo de la población indígena, según familias lingüísticas en el Paraguay, Año 2015.”**, y manifiesto mi conformidad para que mi hija participe en el mismo. Mi hija sabe que puede hacer preguntas acerca del estudio ahora y posteriormente.

Padre/Madre/Encargado

Firmo de conformidad: _____

Aclaración de firma: _____

Fecha: _____

Testigo

Firmo de conformidad: _____

Aclaración de firma: _____ Fecha: _____

Nombre del entrevistador: _____

Firma del entrevistador _____ Fecha _____

ANEXO 6. PROCEDIMIENTOS DE SEGUIMIENTO Y ENTREGA DE RESULTADOS.

“Prevalencia de VIH, y los conocimientos, prácticas de riesgo de la población indígena, según familias lingüísticas en el Paraguay, Año 2015.”

-Entrega de test rápido de VIH: los resultados negativos y/o reactivos del test rápido para VIH/Sífilis serán entregados por un consejero entrenado a tal efecto con la consiguiente consejería post-test.

En el caso de resultados discordantes, explicar a la participante que no se le puede informar en ese momento el resultado del Test Rápido debido a la discordancia al repetir dicho test y que la muestra será enviada al laboratorio de referencia para repetir la determinación por un método más específico. Deberá retirar los resultados del EIA y/o las pruebas confirmatorias dentro del tiempo estipulado (15 días), al igual que para las participantes con test para VIH reactivos.

-Entrega de resultados Western Blot: las participantes con un resultado reactivo por el test rápido, deberán acercarse a retirar los resultados de las pruebas confirmatorias por Western Blot del lugar que se le indique (especificar el sitio ó SAI) a partir de 15 días. Las participantes con determinación de Western Blot (WB) reactivos serán referidos al PRONASIDA ó SAIs de referencia para seguimiento y tratamiento del VIH

Si el resultado es indeterminado, la participante será informado de este resultado durante la consejería post-test. Una nueva muestra será obtenida en 1 mes. Si la segunda muestra es aún indeterminada, otra muestra será obtenida en 1 mes.

-Entrega de la prueba de VDRL para sífilis y/o TPHA: la participante pasará a retirar el resultado a partir de los 15 días del mismo servicio en que se le tomó la muestra.

Las participantes cuyos resultados son VDRL reactivos y/o TPHA positivos serán referidos a consultorios de ITS para seguimiento y tratamiento.

ANEXO 7. ENCUESTA.

Encuesta de prevalencia de VIH, y los conocimientos, prácticas de riesgo de la población indígena, según familias lingüísticas en el Paraguay, Año 2015.

Mi nombre es [...] trabajo en un estudio con el apoyo del Programa Nacional de Lucha contra el Sida (PRONASIDA) y la Universidad Nacional del Caaguazú (UNC@), que trata sobre características socioculturales y prevalencia de VIH y Sífilis en población indígena del Paraguay.

Confidencialidad y consentimiento: *Voy a hacer algunas preguntas que para algunas personas son difíciles de responder. Tus respuestas son completamente confidenciales. Tu nombre no aparecerá escrito en este formulario. No tenés que responder a las preguntas que no quieras y puedes terminar esta entrevista en el momento que quieras. Sin embargo, tu honestidad en contestar estas preguntas nos ayudará a comprender lo que las personas piensan, dicen y hacen sobre ciertos tipos de comportamiento. Además solicitamos de tu consentimiento para acceder a las pruebas de VIH y Sífilis. La información que juntemos será útil para mejorar la respuesta social y sanitaria así como para promover los derechos. Agradecemos tu ayuda al responder a esta entrevista que tomará cerca de 20 minutos. ¿Contamos contigo?*

I. IDENTIFICACIÓN DE LA ENCUESTA

N°	Preguntas y filtros	Respuestas y categorías de codificación	Pase a
P01	Código de la encuesta		
P02	Código UPM		
P03	Fecha de la encuesta	____ / ____ / ____	

II. INFORMACIÓN GENERAL

N°	Preguntas y filtros	Respuestas y categorías de codificación	Pase a
P04	Nombre del encuestado		
P05	Código del encuestado		
P06	Sexo del encuestado	Hombre 01 Mujer 02	
P07	Edad en años cumplidos		
P08	Etnia		
P09	Departamento		
P10	Ciudad		
P11	Asistió alguna vez a la escuela	Si 01 No 02	→ P13
P12	Cuál fue el grado más alto al que llegó en la escuela?	Primaria 01 Secundaria 02 Superior 03 No hay respuesta 99	

III. CONOCIMIENTO SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH

Nº	Preguntas y filtros	Respuestas y categorías de codificación	Pase a
P13	Alguna vez escuchaste hablar del VIH o de la enfermedad llamada Sida?	Si 01 No 02 No sabe 88 Sin Respuesta 99	
P14	Alguna vez escuchaste hablar de la sífilis	Si 01 No 02 No sabe 88 Sin Respuesta 99	
P15	Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos?	Si 01 No 02 No sabe 88 Sin Respuesta 99	
P16	Puede una persona de aspecto saludable tener VIH?	Si 01 No 02 No sabe 88 Sin Respuesta 99	
P17	El VIH se transmite por picaduras de mosquito?	Si 01 No 02 No sabe 88 Sin Respuesta 99	
P18	El VIH se transmite al compartir tereré, mate o alimentos con una persona con VIH?	Si 01 No 02 No sabe 88 Sin Respuesta 99	
P19	Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada?	Si 01 No 02 No sabe 88 Sin Respuesta 99	
P20	Puede una mujer embarazada que está infectada con el VIH o Sida transmitir el virus a su bebé.	Si 01 No 02 No sabe 88 Sin respuesta 99	

IV. HISTORIA SEXUAL

N°	Preguntas y filtros	Respuestas y categorías de codificación	Pase a
P21	Alguna vez ha tenido relaciones sexuales?	Si 01 No 02 Sin respuesta 99	→ P29
P22	A qué edad tuvo su primera relación sexual?	No corresponde 98 Sin respuesta/no recuerda 99	
P23	En los últimos 12 meses, con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales?	No corresponde 98 Sin respuesta/no recuerda 99	
P24	Número de parejas sexuales en el último mes	No corresponde 98 Sin respuesta/no recuerda 99	
P25	Frecuencia de uso de condón en el último año.	Todo el tiempo 01 Casi todo el tiempo 02 Algunas veces 03 Nunca 04 No sabe 88 No hay respuesta 99	
P26	Uso de condón en su última relación sexual	Si 01 No 02 No corresponde 98 Sin respuesta 99	→ P28
P27	Por qué no utilizó condón en su última relación sexual?	No habían disponibles 01 Muy caros 02 La pareja no estaba de acuerdo 03 No les gusta 04 Utilizaron otro anticonceptivo 05 No pensaron en eso 06 No pensaron que fuera necesario 07 Otro : _____ 08 No sabe 88 No hay respuesta 99	
P28	Uso de alcohol en su última relación sexual	Si 01 No 02 No corresponde 98 Sin respuesta 99	
P29	Actualmente tiene pareja estable?	Si 01 No 02 No corresponde 98 Sin respuesta 99	

V. OTROS FACTORES DE RIESGO

Observación: Si la pregunta P21 ha contestado con "no", pasar a la pregunta P34

Nº	Preguntas y filtros	Respuestas y categorías de codificación	Pase a																																													
P30	Ha mantenido relaciones sexuales con hombres?	Si 01 No 02																																														
P31	Ha mantenido relaciones sexuales con mujeres?	Si 01 No 02																																														
P32	Ha mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero u otros objetos materiales?	Si 01 No 02																																														
P33	Travesti trabajadora sexual	Si 01 No 02																																														
P34	Travesti NO trabajadora sexual	Si 01 No 02																																														
P35	Alguna vez haz usado drogas?	Si 01 No 02 Sin respuesta 99	→ P39																																													
P36	Cuál de los siguientes tipos de drogas ha utilizado en los últimos 12 meses?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>Rehúsa</th> <th>No sabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Marihuana</td> <td>01</td> <td>02</td> <td>98</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>Cocaina</td> <td>01</td> <td>02</td> <td>98</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>Crack</td> <td>01</td> <td>02</td> <td>98</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>Tranquilizantes, sedantes, pastillas</td> <td>01</td> <td>02</td> <td>98</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>Cola de zapatero</td> <td>01</td> <td>02</td> <td>98</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>POPPER</td> <td>01</td> <td>02</td> <td>98</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>Metanfetaminas o anfetaminas</td> <td>01</td> <td>02</td> <td>98</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>Otros, especificar _____</td> <td>01</td> <td>02</td> <td>98</td> <td>99</td> </tr> </tbody> </table>		Si	No	Rehúsa	No sabe	Marihuana	01	02	98	99	Cocaina	01	02	98	99	Crack	01	02	98	99	Tranquilizantes, sedantes, pastillas	01	02	98	99	Cola de zapatero	01	02	98	99	POPPER	01	02	98	99	Metanfetaminas o anfetaminas	01	02	98	99	Otros, especificar _____	01	02	98	99	
	Si	No	Rehúsa	No sabe																																												
Marihuana	01	02	98	99																																												
Cocaina	01	02	98	99																																												
Crack	01	02	98	99																																												
Tranquilizantes, sedantes, pastillas	01	02	98	99																																												
Cola de zapatero	01	02	98	99																																												
POPPER	01	02	98	99																																												
Metanfetaminas o anfetaminas	01	02	98	99																																												
Otros, especificar _____	01	02	98	99																																												
P37	Cómo utilizó las drogas?	Intravenosa/aguja 01 Nasal/inhalar 02 Oral 03 Fuma 04 Sin respuesta 99																																														
P38	Le voy a citar varias drogas. Para cada una, podría decirme si en los últimos 6 meses, es decir, desde el mes.....del año....., la consumió durante más de 25 días o, lo que es equivalente, un día por semana o más?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>Rehúsa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cocaina en cualquier forma (base o crack, pasta básica) o cocaína en polvo</td> <td>01</td> <td>02</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>Metanfetaminas o anfetaminas</td> <td>01</td> <td>02</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>Heroína</td> <td>01</td> <td>02</td> <td>98</td> </tr> </tbody> </table>		Si	No	Rehúsa	Cocaina en cualquier forma (base o crack, pasta básica) o cocaína en polvo	01	02	98	Metanfetaminas o anfetaminas	01	02	98	Heroína	01	02	98																														
	Si	No	Rehúsa																																													
Cocaina en cualquier forma (base o crack, pasta básica) o cocaína en polvo	01	02	98																																													
Metanfetaminas o anfetaminas	01	02	98																																													
Heroína	01	02	98																																													

Nº	Preguntas y filtros	Respuestas y categorías de codificación	Pase a
P39	Has tenido alguna vez algunos de estos síntomas?	<p>Si No</p> <p>Secreción genital 01 02</p> <p>Iritación al orinal 01 02</p> <p>Ulceras/ llagas en los genitales 01 02</p> <p>Hinchazón en el área de la ingle 01 02</p> <p>Otro _____ 03</p> <p>No hay respuesta 99</p>	→ Si la respuesta es "no" pasar a P41
P40	Qué hizo con respecto a los síntomas?	<p>Acudió al establecimiento de salud 01</p> <p>Acudió a una farmacia 02</p> <p>Acudió a un curandero 03</p> <p>Otro _____ 04</p> <p>No hizo nada 05</p> <p>No corresponde 88</p> <p>Sin respuesta 99</p>	
P41	Nombre del lugar que conoce donde se realiza la prueba de VIH y sífilis	_____	
P42	No tiene que decirme el resultado pero ¿se ha realizado alguna vez el test para detectar VIH?	<p>Si 01</p> <p>No 02</p> <p>Sin respuesta 99</p>	→ P44
P43	Si la respuesta es afirmativa: No quiero saber los resultados pero ¿conoce los resultados de la prueba?	<p>Si 01</p> <p>No 02</p> <p>Sin respuesta 99</p>	
P44	Se ha realizado alguna vez el test para detectar la sífilis?	<p>Si 01</p> <p>No 02</p> <p>Sin respuesta 99</p>	

VERIFICAR QUE TODA LA ENCUESTA ESTÁ COMPLETAMENTE RELLENADA, AGRADECER AL ENTREVISTADO POR SU PARTICIPACIÓN.

ENTREVISTADOR	
SUPERVISOR	

Estudio “Prevalencia de VIH/sífilis y conocimientos, prácticas de riesgo en la población indígena según familias lingüísticas en el Paraguay”

ABORDAJE CUALITATIVO

1 OBJETIVOS

Objetivo general

Generar información sobre, conocimientos, actitudes, prácticas y factores socioculturales relativos a la prevención del VIH y el Sida de comunidades indígenas.

Objetivos específicos

Identificar las prácticas de riesgo y protectoras para la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual en la población indígena.

Describir las actitudes con respecto a la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual en la población indígena del Paraguay

1.1 ÁMBITO DEL ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en:

- 1) COMUNIDAD MANDUARA, MBIA GUARANI
LUGAR: CAAGUAZU
- 2) COMUNIDAD SAN JORGE, MBIA GUARANI
LUGAR: CAAGUAZU
- 3) COMUNIDAD UJELHAVOS, NIVACLE
LUGAR: FILADELFIA

La población de estudio corresponde a indígenas de 2 familias lingüísticas Mbya Guaraní y Nivacle de las regiones de Caaguazú y Filadelfia

1.2 TÉCNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

Se utilizaron entrevistas a profundidad y grupos focales, que fueron complementados con observación participante y conversaciones informales. El instrumento utilizado fue una guía para las entrevistas individuales y grupos focales.

2 grupos focales en Caaguazú

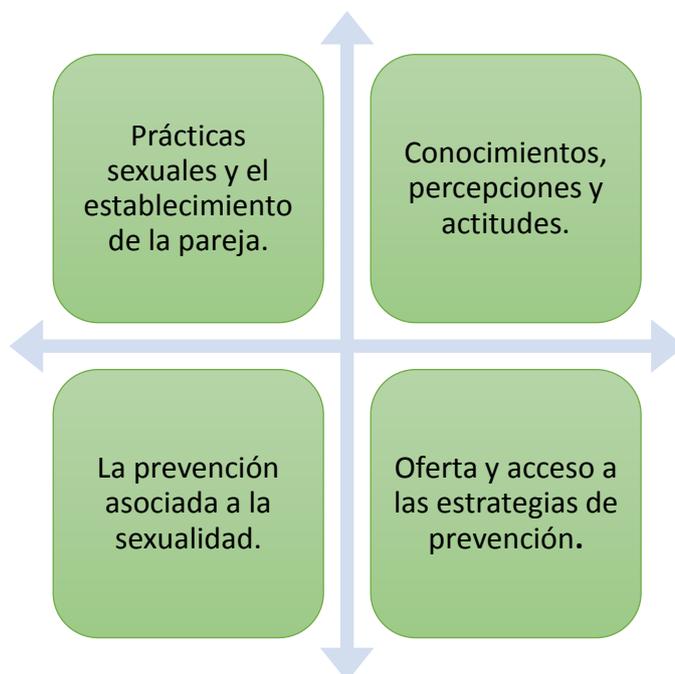
1 grupo focal en Filadelfia

2 Entrevista a profundidad a informante clave de la etnia Nivacle

1.3 ÁREAS DE ESTUDIO

Se priorizaron cuatro componentes de estudio, todas fueron abordadas en los grupos focales y en las entrevistas, los participantes de los grupos eran heterogéneos en edades y sexo, participaron adolescentes y adultos de ambos sexos, miembros y líderes de la comunidad.

- Componente 1: **Prácticas sexuales en la comunidad y el establecimiento de la pareja.** Se indagó sobre las prácticas sexuales de la población y los factores socioculturales asociadas a estas. Las prácticas sexuales exploradas fueron el inicio sexual, el establecimiento de pareja, las relaciones sexuales a cambio de dinero u otros bienes y las relaciones sexuales con personas foráneas de la comunidad.
- Componente 2: **Conocimientos, percepciones y actitudes respecto al VIH y al Sida,** se exploró cuánta información tienen sobre el tema y cuáles son sus actitudes, cuánto conocen sobre el VIH, el Sida y las conductas de riesgo; cuáles son sus percepciones sobre la forma en que el VIH ha llegado o puede llegar a sus comunidades; y qué actitud tienen hacia las personas que viven con esta infección.
- Componente 3: **La prevención asociada a la sexualidad:** identificar barreras y oportunidades para la prevención del VIH que existen en las comunidades. Se buscó conocer las actitudes y las prácticas, poniendo énfasis en el uso del condón como medida preventiva; es decir, se indagó sobre los conocimientos, las actitudes, la accesibilidad y el uso del condón en la relación de pareja.
- Componente 4: **Oferta y acceso a las estrategias de prevención de las ITS, el VIH y el Sida.** Se indagó sobre las fuentes y los medios de información, así como sobre los servicios para la prevención de las ITS, el VIH y el Sida con los que cuentan o desearían contar. Se exploró las percepciones de actores claves respecto a la prevención del VIH en la comunidad.



Componente 1: Prácticas sexuales en la comunidad, el establecimiento de pareja y El inicio sexual. La edad de inicio sexual mencionada por los participantes coinciden dentro de una franja etarea de 13 a 15 años

Los participantes refieren que es natural el inicio sexual temprano. En la Comunidad SAN JORGE, señalan que es aceptada la relación sexual entre menores de edad no así las prácticas sexuales de una menor con un hombre adulto. No manifestaron preocupación por los embarazos precoces de las adolescentes, forman pareja a temprana edad y deciden vivir juntos a pesar de ser muy jóvenes, esta decisión es aprobada por los padres.

La edad para establecer una pareja estable oscila entre los 14 y los 20 años, y es menor para las mujeres. Hubo mención a niñas de 13 años que ya tienen una pareja estable. Según refieren que es muy difícil que se incurra en infidelidades en la misma comunidad porque se conocen todos si es posible para los que realizan trabajos fuera de la comunidad. Esta práctica es más común en hombres, en el caso que un hombre de la comunidad se enamora de una “paraguaya” puede vivir con ella en la comunidad, no así en el caso que la mujer indígena mbya guaraní que se enamora de un “paraguayo” la misma debe salir de la comunidad. Las relaciones sexuales a cambio de dinero u otros bienes, Según mencionan, algunas mujeres aceptan tener relaciones sexuales a cambio de dinero u otros bienes con hombres externos a la comunidad, la comunidad considera que mantener este tipo de relaciones sexuales es una decisión individual y lo hacen para mantenerse económicamente y para apoyar a la familia.

Refieren que en la Comunidad de Ujhelavos las relaciones sexuales a cambio de dinero, es una práctica instalada y se visualiza en las calles o paradas de las mujeres trabajadoras sexuales en la Ciudad de Filadelfia, refieren además preocupación del aumento de mujeres jóvenes que realizan esta práctica. Por esta situación solicitan actividades educativas para que puedan implementar medidas de prevención para evitar infecciones de transmisión sexual

Componente 2: Conocimientos, percepciones y actitudes respecto al VIH y el Sida, así como a la prevención Lo que se sabe y piensa acerca del VIH y el Sida. La mayoría de los participantes Mbya Guaraní reconocen el término VIH y Sida, al respecto, la mayoría responde que el sida es «**MBAHASY VAI**» una enfermedad grave y contagiosa, no reconocen diferencias entre el VIH, y el Sida, identifican más el termino sida, muchos no escucharon hablar del VIH.

Señalan que se transmite por « relaciones sexuales, por uso de jeringas de personas con VIH en el dentista»

Así mismo manejan ideas erradas en relación a la transmisión, refieren que el sida es contagioso y se **transmite por sentarse en el mismo lugar de la persona con VIH, vivir en una misma casa, compartir utensilios como vasos, platos. Comentan que si una mujer con VIH se embaraza, su hijo va nacer con VIH, y para evitar el contagio de otras personas de la comunidad, se puede llevar a la persona con VIH a un albergue, las mujeres referían que si la persona con VIH vive en la comunidad debería de estar apartado, una mujer adulta menciona que si en el hipotético caso su hijo tuviese sida, le construiría para su pieza cerca de su casa para que este aislado, le llevaría alimentos y al servicio de salud.**

Sin embargo, hay diferencias en relación al conocimiento con las nivacles, las mismas cuentan con más información sobre el VIH y otras ITS en relación a formas de transmisión pero refieren que los que necesitan más información son los jóvenes porque tienen conductas de riesgo como relaciones sexuales con varias personas, uso de drogas y poca aceptación al preservativo.

Para las y los MBIA Guaraní, el VIH-Sida viene «de afuera», del trato o relaciones sexuales con paraguayos; identifican a las y los adolescentes como el sector más vulnerable frente al VIH y que ellos si deberían de usar el condón no así los que tienen pareja estable.

Algunos hombres adultos manifestaron que las personas con VIH deberían ser retiradas de la comunidad para evitar la transmisión: Mandarles a tratar, sacarles del lugar para que no se contagien las otras personas, sienten temor hacia las persona con VIH.

Componente 3: Pocas personas pudieron definir las medidas de prevención indicaron sobre el cuidado para evitar enfermedades. También está presente la noción de que es necesario cuidarse de las ITS, evitar el consumo de drogas (marihuana y Chespi) y en menor medida el uso del condón.

El acceso a la información y al condón se provee a través de la USF y solamente a los que tienen acceso al servicio, refieren que el condón no es aceptado por la gran mayoría de los adultos. Las mujeres refieren que usan pastillas como método anticonceptivo, al explorar sobre la forma o frecuencia de administración, el mismo es bastante irregular y dependen de lo que provee la USF.

Componente 4: Oferta y acceso a las estrategias de prevención de las ITS, el VIH y el Sida

En la entrevista a la líder de las mujeres refiere que no hay acciones sostenidas de prevención, recuerdan haber participado alguna vez de unas capacitaciones realizadas, sobre infecciones de transmisión sexual y salud sexual y reproductiva pero llega solo a un número muy reducido de la comunidad, cuentan con un alto número de niños y adolescentes sin escolarización, tienen una sola escuela con infraestructura y recursos humanos muy limitados, muchos niños quedan sin ser escolarizados, otro factor crítico es la pobreza, entre los nivacles muchos niños y adolescentes se dedican a la albañilería.

1.4 Conclusiones

El primer aspecto que se debe señalar es que la infección por VIH y el Sida son conocidos con el nombre de «MBAHASY VAI». Ninguno de los participantes de grupos focales y entrevistas pudo establecer la diferencia entre el VIH y el Sida.

En las dos comunidades de Mbya Guaraní se ha mencionado que el sida es una enfermedad contagiosa y refirieron informaciones erradas con respecto a las formas de transmisión, señalaron que el sida ingresa en la comunidad indígena a causa de que algunos de sus miembros tuvieron relaciones sexuales con personas externas a la Comunidad «paraguayos o latinos». Han señalado vías de transmisión correctas como la vía sexual, perinatal y sanguínea (no reutilizar jeringas por el dentista), también refieren otras vías equivocadas de transmisión como usar el mismo vaso, el sentarse en el mismo lugar que la persona enferma, por compartir utensilios y por picaduras de mosquito, esto último producto de la confusión con la información que recibieron sobre el dengue. Estas informaciones erradas aumentan el estigma y temor hacia las

personas que tienen VIH, manifiestan posibles actitudes hacia la persona que tiene VIH como ubicarlo en un albergue y si permaneciera en la comunidad debe ser aislado en una casa donde viva solo y no represente peligro para nadie.

Los entrevistados de la comunidad Nivacle demuestran mayor conocimiento en relación al VIH, pero también tienen informaciones erradas, sin embargo manifiestan preocupación por la ausencia de estrategias de educación dirigidas a esta comunidad, otra problemática identificada es el consumo de drogas por jóvenes de la comunidad, aumento de mujeres que mantienen relaciones sexuales a cambio de dinero, poca aceptación del condón y pocas posibilidades para acceder a la educación formal.

Respecto al uso de condón, encontramos que refieren poca aceptación, algunos señalan que deberían utilizar los jóvenes, los adultos con parejas estables dicen que no es necesario o no corresponde el uso del condón, las mujeres se cuidan con pastillas anticonceptivas entregadas por la USF,

1.5 EN BASE A LA INFORMACION CUALITATIVA SE RECOMIENDA:

- Implementar una intervención integral que incluya el ámbito sanitario, educativo y social desarrollar un trabajo articulado y sostenido entre las diferentes instituciones locales en la comunidad.
- Involucrar a las autoridades locales y organizaciones indígenas
- Incrementar la percepción de riesgo en la población basándose en la noción de conductas de riesgo, ofrecer información correcta y clarificar las nociones erróneas.
- Enfatizar las ventajas del uso del condón para evitar las infecciones de transmisión sexual
- Capacitar al personal de salud para que comprendan la cultura de las comunidades indígenas
- Implementar programas de educación sexual con un enfoque integral e intercultural en la escuela.
- Implementar acciones de prevención sobre el VIH, Sida y otras ITS en la Comunidad.



**Preguntas
guías para
recolectar
información sobre CONOCIMIENTO-ACTITUDES-PRACTICAS**

Alguna vez escuchaste hablar del VIH o del sida?

Cual es la diferencia entre VIH y sida?

Que significa VIH?

Que significa sida?

Como se transmite el VIH?

Como se contrae las infecciones de Transmisión Sexual?

Como se puede evitar contraer las infecciones de Transmisión Sexual?

Cuáles son las costumbres para tener parejas?

Concepción sobre: Cuales son las barreras que identifican para la prevención?

Que opinión tienen sobre el uso del Condón?

Si una persona de la comunidad tiene VIH, que harían?

Cuáles son sus percepciones sobre la forma en que el VIH ha llegado o puede llegar a sus comunidades?

Se desarrollaron actividades de prevención en la comunidad?,