

UNIVERSIDAD MÉDICA
CIEGO DE ÁVILA



*Título: Sistema de actividades sobre estilo de vida
en personas con VIH/sida en Ciego de Ávila.*

Autor: Lic. Alfredo Hernández Rodríguez

Tutora: Dra. Zoa Maritza Cabrera Lorenzo

Asesor: Dr. Pedro Ernesto Posada Fernández

*Informe Final para optar por el Título de Máster en
Enfermedades Infecciosas.*

CIEGO DE ÁVILA. 2010.

PENSAMIENTO.

“No se debe poner mano ligera en las cosas en que va envuelta la vida de los hombres. La vida humana es una ciencia; y hay que estudiar en la raíz y en los datos especiales cada aspecto de ella. No basta ser generoso para ser reformador. Es indispensable no ser ignorante. El generoso azuza; pero sólo el sabio resuelve. El mejor sabio es el que conoce los hechos”

José Martí.

(O. C., t. 11, p. 157-158)

AGRADECIMIENTOS:

- A mi pareja por soportar día tras días mis desvelos y brindarme el apoyo incondicional para terminar este trabajo.
- A mi familia, amigos y vecinos por incentivarme a terminar esta obra.
- A mis compañeros de la vicedirección de ITS/VIH/sida, por hacer suyo este empeño.
- A Carlos Aragones, Coordinador Nacional del Proyecto GPSIDA, quien me ha enseñado el sacrificio, abnegación y dedicación que encierra la labor que ejercemos.
- A mis profesores de la maestría que han puesto todo su empeño en que obtenga el título de master en especial a la Dr. Vivian María Couce Herrera.
- A la Dr. Martha Retureta Milán, por su apoyo incondicional para concluir la tesis.
- A los profesores de la Universidad de Ciencias Pedagógicas “Manuel Ascunce Doménech” quienes me formaron como profesional, en especial a la profesora Nancy Hernández Crespo.
- A mi abuela, que aunque no esté presente, es el motor impulsor de esta obra.

RESUMEN:



Se realizó una investigación experimental con un tipo de diseño cuasiexperimental de grupo de control no equivalente, con el objetivo de evaluar el sistema de actividades que permite modificar los conocimientos sobre el estilo de vida adecuado en las personas con VIH/sida (PVS) en Ciego de Ávila, durante el período comprendido desde enero del 2009 a julio del 2010. La población de estudio fue de 280 personas diagnosticadas con VIH/sida como prevalencia, desde que comenzó la epidemia en la provincia hasta julio del 2010, se obtuvo una muestra no aleatorio de 54, de ellos se tomaron 27 que es el total de personas diagnosticadas en el 2009 que asistieron al curso aprendiendo a vivir con VIH a los que se le aplicó el sistema de actividades y como grupo de control 27 que fueron los que diagnosticaron hasta julio del 2010. El sistema de actividades fue de utilidad, se logró modificar el conocimiento de las personas con VIH/sida (PVS) acerca del estilo de vida adecuado relacionados con tabaquismo, alcoholismo, drogadicción y ventajas del ejercicio físico, determinando las influencias negativas que ejercen en el organismo humano el mal hábito de fumar, el alcoholismo, la drogadicción y la falta de ejercicio físico. Se reafirma con esta investigación la necesidad de la superación constante de las personas con VIH/sida, como gestores principales de su propia salud.

PALABRAS CLAVE: Estilo de Vida, conocimientos, VIH, sida, PVS

ÍNDICE



RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	6
DESARROLLO	7
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	7
CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODO	25
CAPÍTULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	36
CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN



La creación del Departamento de Psicología en el año 1988 en el Sanatorio de Santiago de las Vegas, hizo posible contribuir a elevar la calidad de la atención particularizada que se le brinda a la persona seropositiva, junto a otros profesionales de la institución, dependencias del Ministerio de Salud Pública de Cuba y la propia acción de varias personas que vivían y hoy viven con el VIH/sida. Se alcanzaron varios frutos, entre ellos, la creación del primer grupo de prevención sida del país (1989), la concepción y puesta en marcha de la Comisión de Evaluación y Orientación Integral (CEOI, 1989) y la elaboración de las ideas centrales para la instrumentación y adopción del Sistema de Atención Ambulatoria (SAA), que se estableció en 1993 complementario al Sistema de Atención Sanatorial (SAS), que hasta ese momento era el único que existía.

El trabajo psicológico hasta entonces empleado, resultaba insuficiente para responder a las necesidades de las personas con VIH/sida y al contexto institucional en el que eran atendidos, la práctica profesional indicaba, que ya no bastaba con emplear técnica terapéutica de manera individual o colectiva, o combinación de ellas, sino que se trataba de entrenar para la vida a la persona portadora del virus o enfermos del sida. (1)

Por otra parte, tampoco se trataba de emprender una acción de escolarización sobre VIH/sida, en el que los que “sabían” le informaran a los que “no sabían”. Se comprendió que era mucho más que información lo que se requería.

A finales de 1994, se elabora un curso de preparación integral para el adulto seropositivo al VIH. Su primera puesta en práctica se inició en febrero de 1995, en Santiago de las Vegas, Ciudad de La Habana. (1)

Nombrarle “curso” a esta intervención, llevaba a pensar, casi exclusivamente, en los aspectos cognitivos comprometidos en ella, y por otra parte, en los términos distintivos de “profesor” y “alumno”, para referirse a los participantes. Desde esa

óptica, se legitimaban expresiones tales como “aprobar”, “suspender” y “pasar el curso”. En todas ellas, se le adjudicaba a las personas con VIH/sida un papel receptivo y pasivo, todo lo contrario a lo que se aspiraba lograr.

Al ser redefinido como “entrenamiento”, se contemplaban nuevos elementos caracterizadores no recogidos bajo el rubro anterior. Así, se indicaba un papel más activo y participativo del sujeto “entrenado” y quedaba más definido como un proceso educativo de complejidad creciente, en el que una nueva fase se sustentaba en las anteriores. Por último, el término “entrenamiento” sugería que los participantes alcanzaban `progresivamente, niveles de rendimiento superior (tanto en lo individual, como en lo grupal). (2)

Si bien en sus primeras ediciones, el equipo de facilitadores estuvo exclusivamente integrado por psicólogos y otros especialistas eventuales (epidemiólogos y clínicos) para módulos específicos, paulatinamente se incorporaron personas con VIH, académicamente “no expertos” lo cual se sistematizó a partir de 1999.

El entrenamiento se redimensiona al articularse con los principios y la práctica de la Educación Popular (a los que los autores, inicialmente, se habían aproximado intuitivamente), sólo entonces alcanza una fundamentación más completa al ser comprendido como un proceso educativo, participativo y grupal, en el cual, se pretende que los participantes se involucren en la experiencia compartida, reflexionen críticamente sobre esta, lleguen a conclusiones útiles y apliquen sus resultados a situaciones prácticas. (2)

Desde el año 1986 hasta el año 1993 la atención a las personas que padecían dicha enfermedad o eran portadores de la misma era la siguiente: Sistema sanatorial como única variante de atención médica, Inter-consultas de especialidades en hospitales seleccionados, el IPK para atención especializada y para los casos terminales y/o con complicaciones procedentes del Sanatorio de Santiago de las Vegas (SSV) y de otras provincias. A partir del año 1993 se pasó al Sistema de Atención Ambulatoria (SAA), con atención comunitaria a cargo del médico de familia y la atención secundaria por parte de especialistas de sanatorios

y de otros servicios de los hospitales provinciales.

La situación actual del incremento mantenido del número de personas con VIH/sida (PVS) y el Instituto Pedro Kouri (IPK) tener que servir atención clínica a la totalidad de los pacientes de Ciudad de la Habana y provincia Habana, además de la atención terciaria de todas las PVS del país, se hizo necesario crear un grupo de medidas con el propósito de optimizar la atención integral de salud a estas personas.

El MINSAP de Cuba decidió acercar los servicios de salud al lugar de residencia de las personas, utilizar recursos humanos existentes en las provincias para potenciar su capacidad de respuesta, así como la multiplicación de conocimientos sobre VIH/sida a otros profesionales y por ende mejorar la interrelación y coordinación entre los diferentes niveles de atención en la provincias y municipios.
(3)

Desde el año 2006 se instituyó en los distintos municipios del país la descentralización de la atención clínica, psicológica y social a las personas con VIH/sida (PVS) lo que ha permitido una mejor atención a estas personas.

En 1986 se crea el sanatorio de Ciego de Ávila, diferentes especialistas dedicaron horas de trabajo a instruir a las personas con VIH/sida que se encontraban ingresadas en la institución, sin que existiera una preparación metodológica que propiciara una correcta planificación, organización, ejecución y control de dicha actividad.

Es en el año 2004 cuando se elabora un plan metodológico con los contenidos, objetivos, métodos, procedimientos y medios de enseñanza requeridos, con una duración de 90 días.

Situación problemática:

A partir de una investigación en el 2008 por el departamento psicosocial del sanatorio de Ciego de Ávila, para evaluar la eficacia del entrenamiento, se

demostró que el plan metodológico que se aplicaba no incluía contenidos relacionados con: conocimiento en cuanto al mal hábito de fumar en las PVS, el alcoholismo, la drogadicción y en cuanto a las ventajas del ejercicio físico, por lo que se aplica un sistema de actividades que permite aportar los mismos, esta situación problemática conlleva al problema científico siguiente:

Problema científico.

¿Cómo modificar conocimiento sobre estilo de vida adecuado en las PVS en Ciego de Ávila, durante el período comprendido desde enero del 2009 a julio del 2010?

Justificación del Problema Científico:

Insuficientes conocimientos de las PVS sobre múltiples aspectos relacionados con el mal hábito de fumar, acerca del alcoholismo, sobre la drogadicción y las ventajas del ejercicio físico, motivaron la elaboración del sistema de actividades con los seropositivos al VIH en la provincia de Ciego de Ávila, durante el período comprendido desde enero del 2009 a julio del 2010, para elevar el nivel de conocimientos que tienen de estos aspectos relacionados con el estilo de vida. Por ello debe brindarse información sobre las enfermedades que pueden contraer cuando se tiene un estilo de vida inadecuado, sus causas, consecuencias y cómo prevenirla, entre otros aspectos, unido a una labor educativa consistente y sistemática y a la comunicación que motive a las personas a adoptar actitudes y comportamientos positivos, con el objetivo de elevar la percepción del riesgo y lograr disminuir el deterioro de la vida en las PVS.

Hipótesis de la Investigación:

Un sistema de actividades será eficaz para elevar el nivel de conocimientos sobre estilo de vida adecuado en las PVS en la provincia de Ciego de Ávila, durante el período comprendido desde enero del 2009 a julio del 2010.

Novedad Científica:

La novedad científica y originalidad de esta investigación radica en la propuesta de temas encaminados a elevar el nivel de conocimientos sobre estilo de vida adecuado en las PVS tratando los temas relacionados con: tabaquismo, alcoholismo, drogadicción e importancia del ejercicio físico, durante el período comprendido desde enero del 2009 a julio del 2010. Añadiendo que el sistema de actividades que se propone, al menos con estas características, no se ha realizado antes en la provincia Ciego de Ávila.

OBJETIVOS



OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la utilidad del sistema de actividades para modificar conocimiento sobre estilo de vida adecuado en las PVS de Ciego de Ávila, durante el período comprendido desde enero del 2009 a julio del 2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.** Evaluar la eficacia del sistema de actividades para modificar conocimiento sobre estilo de vida adecuado en las PVS en cuanto a:
 - 1.1** Tabaquismo.
 - 1.2** Alcoholismo.
 - 1.3** Drogadicción.
 - 1.4** Importancia del ejercicio físico.
- 2.** Evaluar la eficacia del sistema de actividades para modificar conocimiento sobre estilo de de vida adecuado.

CAPÍTULO I.

MARCO TEÓRICO



Enfoque epistemológico sobre estilo de vida y VIH/sida.

En [epidemiología](#), el estilo de vida, hábito de vida o forma de vida es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son nocivas para la [salud](#). En los países desarrollados los estilos de vida poco saludables son los que causan la mayoría de las

enfermedades. Dentro del triángulo epidemiológico causante de [enfermedades](#), estarían incluidos los estilos de vida no adecuados.

Entre los estilos de vida más importantes que afectan a la salud encontramos: consumo de sustancias tóxicas: [tabaco](#), [alcohol](#) y otras [drogas](#). La no realización de [ejercicio físico](#), sueño nocturno, [estrés](#), [higiene personal](#), alimentación, actividades de [ocio](#), relaciones interpersonales, medioambiente y el comportamiento sexual. (4)

En los países del primer mundo existe la paradoja de que la mayoría de las enfermedades son producidas por los estilos de vida de su [población](#), y sin embargo los recursos sanitarios se desvían hacia el propio [sistema sanitario](#) para intentar curar estas enfermedades, en lugar de destinar más recursos económicos en la [promoción de la salud](#) y [prevención de las enfermedades](#).

En [sociología](#), un estilo de vida es la manera en que vive una persona (o un grupo de personas). Esto incluye la forma de las relaciones personales, del consumo, de la hospitalidad, y la forma de vestir. Una forma de vida típicamente también refleja las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo. (4)

Tener una "forma de vida específica" implica una opción consciente o inconsciente entre un sistema de comportamientos.

1- El tabaquismo como sustancia tóxica que incrementa el deterioro de la vida en las PVS.

El tabaco pertenece a la familia de las Solanáceas (solanácea). Las especies más cultivada, llamada tabaco mayor, es nicotina tabacum, el tabaco menor es la especie nicotina rústica.

El tabaco es natural de América del Sur, se cultivó y extendió por las Antillas y otras regiones de América Continental desde antes del descubrimiento, es llevado al viejo mundo y cultivado en zonas tropicales.

En Cuba fue descubierto en Jibacoa a orillas del río Caonao entre los días 2 y 5 de noviembre de 1492 por varios de los hombres que acompañaban a Colón. Los aborígenes le llamaban cohíba, pero los descubridores confundieron el nombre de la planta con el que le daban al instrumento, una especie de pipa en la que absorbían su humo, al parecer le atribuían propiedades medicinales y lo usaban en sus sermones.(4)

En 1510 Francisco Fernández de Toledo llevó la semilla a España, 50 años después lo introdujo en Francia el diplomático Jean Nicot, al que la planta debe el nombre genérico (Nicotina). En 1585 lo llevó a Inglaterra el navegante sir Francis Drake; el explorador Inglés Walter Raleigh inició en la corte Isabelina la costumbre de fumar el tabaco en pipa. El nuevo producto se difundió rápidamente por Europa y Rusia, en el siglo XVII llegó a China, Japón y las costas occidentales de África. (5)

España monopolizó el comercio del tabaco, para lo cual estableció en 1634 el estanco de este producto para Castilla y León, régimen que en 1707 se amplió a todos los territorios, acompañado de la prohibición de cultivar la planta en la península para facilitar el control aduanero. La extensión del estanco a Cuba, donde tenía lugar gran parte de la producción, provocó numerosas revueltas y en 1735, España cedió la explotación a la compañía de La Habana. La América colonial anglófona se convirtió en el primer productor de tabaco, el cultivo se inició en el asentamiento de Jamestown, donde ya en 1615 la planta crecía en jardines, campos y hasta en las calles, en poco tiempo se convirtió en el producto agrícola básico y en el principal medio de cambio de la colonia. En 1776 se extendió hasta Carolina del Norte y llegó por el oeste hasta Missouri.(5)

En la sociedad actual el consumo del tabaco se ha convertido en un hábito muy difundido resultando perjudicial para la salud de los que lo practican y los que rodean a estos. En Cuba se aprecia un incremento en la población de fumadores con una alarmante disminución en la edad en el comienzo del hábito, pues no solo fuman los hombres y mujeres de cierta edad, sino también que niños (as) y

adolescentes tienden a contraer ese mal. El tabaquismo puede ser considerado una enfermedad epidemiológica, una pandemia, pues las afectaciones relacionadas con él son las causas de muerte más importantes en el mundo. (6)

Este humo es una epidemia, nos persigue en el hogar, en el trabajo, en lugares públicos siempre hay un fumador, tranquilo, inhalando plácidamente su actividad nicótica y compartiéndola, contaminan el aire con el humo de su cigarro y obligan, además, a absorber la sustancia que concientemente inhalan, mueren por gozo, pues según ellos fumar es un placer.

También hay personas que fuman en determinados lugares donde existen limitantes u otras prohibiciones, como en hospitales o lugares cerrados, no obstante, en nuestro país, existe una amplia divulgación sobre las consecuencias negativas que trae consigo el tabaco, incluso en las propias cajetillas de cigarros se puede leer “Fumar Daña la Salud” y en diferentes sitios donde hay carteles se hace referencia a “No Fumar”.

En nuestros días el difundido uso del tabaco en situaciones de ocio y tiempo libre somete a nuestros adolescentes y jóvenes a fuertes influencias, que niega el carácter verdaderamente libre de elección de este grupo. En esta edad, el proceso de toma de decisiones no está bien establecido y al mismo tiempo se movilizan con facilidad a favor de los intereses del grupo en el cual se desenvuelven.

Es importante crear conciencia del peligro de la adición de este tóxico, de ahí la necesidad de información para promover actitudes saludables y creativas que refuercen la propia autoestima, con el objetivo de enseñar y detectar signos y factores de riesgos. Por estas razones la Organización Mundial de la Salud (OMS) a orientado incrementar la formación de la conciencia pública, proponiendo posibles soluciones de forma tal que disminuya en la población este hábito, así como desarrollar en las personas la cultura antitabáquica que no es más que la adquisición de un comportamiento que lleve la práctica conocimientos sobre los efectos que provoque el hábito de fumar en la salud humana, potenciando de esta forma el bienestar físico, psicológico y social. (7)

La conducta de fumar se desarrolla en el individuo a lo largo de un proceso que toma años y comienza desde el nacimiento hasta consolidarse, la publicidad constituye un clima favorable para el acercamiento a esta adicción.

El proceso de hacerse fumador consta de cuatro etapas o fases. La preparación es la primera, donde el factor más importante es la socialización primaria a través de la observación de los modelos que transmiten los padres, madres y adultos. También intervienen los mensajes publicitarios transmitidos en los medios de comunicación masiva, afiches, creencias y actitudes positivas valorizadas; “Me hace sentir bien, relaja”.

En la etapa de iniciación se establecen los contactos primarios con estas sustancias nocivas, los factores que determinan el principio de este comportamiento son fundamentalmente externos; observación del consumo, curiosidad por efectos que provocan, presión del grupo de iguales y el fácil acceso a los lugares de expendio.

La habituación o afianzamiento es el período en el cual el fumador adquiere ritmos mayores de consumo de tabaco. Al pasar el tiempo requiere mayor cantidad de dosis para sentir satisfacción y por último la fase de mantenimiento es cuando existe dependencia tanto física como psíquica. Entonces si amas la vida, ¿Por qué ese empeño en acortarla? (8)

1.1 Consecuencias del consumo del tabaco en las PVS.

Seguramente muchos de los amigos que fuman no tienen un amplio conocimiento los efectos dañinos que provocan los componentes del mismo. El humo del tabaco contiene más de 4000 compuestos, de los cuales más de 500 son cancerígenos, irritantes y tóxicos, ejerciendo un efecto nocivo sobre el organismo del hombre.

El monóxido de carbono produce un aumento en la permeabilidad y disminuye la capacidad de la sangre para suministrar el oxígeno al corazón donde cada

muerte por enfermedades de las arterias y el corazón están determinados por el tabaco. (9)

El cianuro de hidrógeno está considerado como el agente tóxico más importante del cigarro que junto al óxido de nitrógeno provoca enfermedades crónicas, estos elementos son causantes de enfisema pulmonar y falta de aire.

El trióxido de carbono y el carbonilo de níquel ocasionan cambios en la circulación y estimulan la formación de coágulos. Cuando se fuma, el humo no solamente llega a los órganos respiratorios sino que también se traga junto a la saliva y afecta el sistema digestivo.

La nicotina es la que mantiene el hábito de fumar, estimula la producción de ácido clorhídrico en el jugo gástrico por esta vía, y la excitación general del sistema nervioso desencadena y agrava muchos casos de gastritis y úlceras gástricas. También afecta el corazón y vasos sanguíneos, actúan sobre las glándulas suprarrenales produciendo bronquitis crónicas que afecta en un 80% a los mayores de 40 años y la sincisis. Por la nicotina las células del hígado sufren alteraciones como la sustitución del tejido conjuntivo y una súbita perturbación del intercambio de sustancias, motivado por la disminución de proteínas en la sangre. (8,9)

El fumador hace que el encéfalo sufra un estado de excitación que puede perturbar el equilibrio del sistema nervioso, también provoca ansiedad, dolores de cabeza, temblores. En las infecciones cardiovasculares el factor de mayor importancia es el efecto de la nicotina que libera sustancias como la cortisona, que eleva la presión arterial, aumenta la frecuencia con que late el corazón y contrae las arterias del organismo, así como el incremento de tumores malignos en el cerebro, vejiga, cervix, útero, mama, también leucemia, cáncer en el estómago, esófago, laringe, en los riñones o vías urinarias y otras partes del organismo; si relacionamos el hábito de fumar con los cánceres, lo fundamental es el alquitrán, el calor y el efecto imitante del humo sobre las mucosas respiratorias, con mayor énfasis en las personas diagnosticadas con el VIH/sida. La halitosis o mal aliento de fumador, el daño a la dentadura con la aparición de

caries, manchas amarillentas y posteriores pérdidas de las piezas, son efectos que provocan el tabaco.

Actualmente se está presentando gran importancia a la existencia de fumadores pasivos que son los individuos expuestos al humo del tabaco, sin ser ellos fumadores. Desde el punto de vista científico, el humo del cigarro afecta las personas no fumadoras de dos maneras: lo que se lleva el flujo principal es el humo que el fumador activo después de haber absorbido expide, y el flujo lateral o secundario más dañino que el humo que sale del cigarro o tabaco cuando se está quemando, ya sea en los dedos o en el cenicero, este contiene tres veces más nicotina y alquitrán que el flujo principal que aspira el fumador y unas cinco veces más de monóxido de carbono, por lo que los familiares y personas allegadas de las PVS deben tener presente este aspecto.

Cabe preguntar ¿Quién es el fumador pasivo? Es toda aquella persona que respira en algún momento el humo del cigarro que otro está fumando, que conviven con fumadores, ya sea en el hogar, en el trabajo, en centros escolares, universitarios o reuniones sociales.

Un fumador pasivo expuesto al humo del tabaco durante una hora inhala una cantidad equivalente a 2-3 cigarrillos. De ahí la importancia de proteger los derechos de los no fumadores, ya que como sucede con el alcohol, el hábito de fumar está socialmente aceptado.

Tanto al fumador activo como al pasivo la nicotina, como uno de los componentes del tabaco, bloquea el consumo de oxígeno por el músculo cardíaco y aumenta el nivel de las grasas de la sangre que después se acumulan en las paredes de las arterias, estrechándolas y endureciéndolas. Estas y otras alteraciones determinan la arteriosclerosis temprana de los grandes fumadores (a veces desde los 30 años de edad), también la presencia de una ocurrencia cinco veces mayor de infartos del miocardio y otros órganos, así como de los que se conocen popularmente como embolias (accidentes vasculares encefálicos). Los problemas circulatorios determinados por este estrechamiento

de la arteria hacen que la sangre no llegue en la cantidad necesaria a diferentes órganos. (8)

El tabaquismo en la embarazada portadora del VIH, constituye un grave problema debido a las consecuencias que el hábito de fumar puede producir en los órganos maternos que intervienen en el embarazo y muchos más peligrosa para el embrión, pues la contaminación del bebé asciende al doble de la que sufre la madre, la nicotina traspasa barrera placentaria y provoca una serie de enfermedades como: la reducción de un promedio de 200 g en el peso al nacer, desprendimiento prematuro de la placenta en un parto, efectos adversos sobre el desarrollo neurológico y el comportamiento de un parto de mayor duración y más doloroso, abortos espontáneos y mortalidad después del parto. Existen evidencias de efectos a largo plazo sobre los niños nacidos de mujeres que fuman durante la gestación; se pueden detectar alteraciones en el desarrollo somático, psíquico e intelectual, el comportamiento y la conducta.

El fumar es uno de los mayores desperdicios de los recursos financieros del mundo, es la mayor amenaza para un desarrollo sostenible, los costos ciudadanos en la salud, relacionada con el fumar, resultan en una pérdida de 2 mil millones de dólares al año, afectando incluso la economía familiar.

1.2- Técnicas y métodos para eliminar el mal hábito de fumar en las PVS.

El primer aspecto es reconocer que no existe tóxico alguno que sea más fuerte que la decisión firme de un ser humano, el segundo, que los efectos nocivos no solo deben valorarse en lo referente a la pérdida de salud y la posibilidad de muerte, sino también en lo que significaría una muerte temprana para nuestros seres queridos (sobre todo los hijos), ya que es bueno recordar que el consumo de sustancias tóxicas es, a fin de cuentas, una conducta que se opone a nuestro sentido de responsabilidad.

Muchas personas logran interrumpir el consumo brusca y definitivamente, pero puede usarse el método de reducción progresiva de los cigarrillos fumados. Para ello se debe establecer el nivel de consumo de la última semana, y a partir de

ahí ir reduciendo un cigarrillo semanal. Informe a sus amistades que ha decidido dejar de fumar, esto evitará que lo inviten y, además, en cierto grado lo comprometerán ante ellos. (9)

No acumule cajas de cigarrillos en su casa y utilice solo una cajetilla o depósito donde estarán todos los cigarrillos comprometidos para el día, establezca rígidamente que dicha cantidad no podrá ser jamás superada bajo ninguna circunstancia. Vaya a lugares, como el cine, donde no podrá fumar, cuando esté en su casa, tenga los cigarrillos en un lugar en el que le resulte incómodo ir a buscarlos y establezca como regla que fumará solo en la casa, en una silla poca cómoda y colocada frente a una esquina donde no tenga posibilidades de realizar ninguna otra actividad recreativa mientras fume, es decir no podrá leer, ni ver televisión, sino que estará sentado en una esquina de la habitación, este método resulta de gran utilidad, si es usted creativo debe preparar para los cigarrillos un depósito que requiera cierta manipulación para obtenerlos, como varios sobres envueltos de mayor a menor.

Después de eliminar el hábito, esté preparado para aceptar, durante un año aproximadamente, que podrá sentir atracción por el tabaco cuando vea alguien fumando. Tenga presente que si consume otra vez un primer cigarrillo, las posibilidades de caer nuevamente en el hábito es muy alta.

Entre los diversos tratamientos empleados, uno de los más efectivos es la llamada advertencia médica, consiste en el aviso o prohibición por parte del médico a los pacientes. Este método tiene un bajo costo y un enorme beneficio.

Las sustancias sustitutivas del tabaco como la lobelina o los chicles de nicotina pueden suprimir el síndrome de abstinencia. Todas las técnicas de ayuda al fumador se debe enmarcar prioritariamente en programas antitabaco, que tiende a conseguir que la abstinencia sea una norma cultural aceptable, que el empleo sea menor y la información de los efectos tóxicos se difundan eficazmente sobre todos en los grupos de alto riesgo. (10)

Otro método que parece imponerse es la fabricación de cigarrillos con menor contenido de nicotina y alquitrán, ya que de esta forma al reducir la cantidad, la dependencia es menor, lo que permite el abandono del hábito de fumar.

2- El alcohol como enfermedad que acorta la vida en las PVS.

El alcoholismo es una [enfermedad](#) que consiste en padecer una fuerte necesidad de ingerir [alcohol etílico](#), de forma que existe una dependencia física del mismo, manifestada a través de determinados síntomas de [abstinencia](#) cuando no es posible su ingesta. El alcohólico no tiene control sobre los límites de su consumo y suele ir elevando a lo largo del tiempo su grado de tolerancia al alcohol. (11)

2.1- Características

Hasta el momento no existe una causa común conocida de esta adicción, aunque varios factores pueden desempeñar un papel importante en su desarrollo y las evidencias muestran que quien tiene un padre o una madre con alcoholismo tiene mayor probabilidad de adquirir esta enfermedad.

Ello puede deberse, más que al entorno social, familiar o campañas publicitarias, a la presencia de ciertos genes que podrían aumentar el riesgo de alcoholismo.

Algunos otros factores asociados a este padecimiento son la necesidad de aliviar la ansiedad, conflicto en las relaciones interpersonales, depresión, baja autoestima, facilidad para conseguir el alcohol y aceptación social del consumo de alcohol. (12)

2.2- Tratamiento

Los tratamientos contra el alcoholismo incluyen programas de desintoxicación realizados por instituciones médicas. Esto puede suponer la estancia del paciente durante un periodo indeterminado, (quizás varias semanas), bajo tutela en hospitales especializados donde puede que se utilicen determinados medicamentos para evitar el [síndrome de abstinencia](#).

Después del período de desintoxicación, puede someterse al paciente a diversos métodos de [terapia de grupo](#) o [psicoterapia](#) para tratar problemas psicológicos de fondo que hayan podido llevar al paciente a la dependencia. Se puede, asimismo, apoyar el programa con terapias que inciten al paciente a repugnar el alcohol mediante [fármacos](#) como el [disulfiram](#), que provoca fuertes y repentinas [resacas](#) siempre que se consuma alcohol. (13) Este aspecto debe tenerse en cuenta en la consulta con especialistas que atienden a las PVS que toman terapia antirretroviral.

La terapia nutricional es otro tratamiento. Muchos alcohólicos tienen síndrome de resistencia a la [insulina](#), un desorden metabólico debido al cual el cuerpo no regula correctamente el azúcar causando un suministro inestable a la circulación sanguínea. Aunque este desorden se puede tratar con una [dieta hipoglucémica](#), esto puede afectar a su comportamiento y su estado anímico, afectando considerablemente a las personas portadoras del VIH/sida. Estos síntomas son efectos secundarios que se observan a menudo en alcohólicos sometidos bajo tratamiento de desintoxicación.

En los [años 1990](#), los grupos de consultas de autoayuda fueron adquiriendo notoriedad por sus logros, como lo ha sido el movimiento de [Alcohólicos Anónimos](#).

2.3- Impacto social

El alcoholismo supone un serio riesgo para la salud que a menudo conlleva el riesgo de una muerte prematura como consecuencia de afecciones de tipo [hepática](#) como, hemorragias internas, [cirrosis hepática](#), intoxicación alcohólica, [hepatocarcinoma](#), accidentes o suicidio.

El alcoholismo no está fijado por la cantidad ingerida en un periodo determinado: personas afectadas por esta enfermedad pueden seguir patrones muy diferentes de comportamiento, existiendo tanto alcohólicos que consumen a diario, como alcohólicos que beben semanalmente, mensualmente, o sin una periodicidad fija. Si bien el proceso degenerativo tiende a acortar los plazos entre cada ingesta. (14)

El consumo excesivo y prolongado de esta sustancia va obligando al organismo a requerir cantidades crecientes para sentir los mismos efectos, a esto se le llama "tolerancia aumentada" y desencadena un mecanismo adaptativo del cuerpo hasta que llega a un límite en el que se invierte la supuesta resistencia y entonces "asimila menos", por eso tolerar más [alcohol](#) es en sí un riesgo de alcoholización.

Las defunciones por accidentes relacionados con el alcohol (choques, atropellamientos y suicidios) ocupan los primeros lugares entre las causas de muerte en muchos países. Por ejemplo, en España se considera que el consumo de alcohol-etanol causa más de 100 mil muertes al año, entre intoxicaciones por borrachera y accidentes de tráfico.

A su vez, la Secretaría de Salud de México reporta que el abuso del alcohol se relaciona con el 70% de las muertes por accidentes de tránsito y es la principal causa de fallecimiento entre los 15 y 30 años de edad. Se estima que 27 mil mexicanos mueren cada año por accidentes de tránsito y la mayoría se debe a que se encontraban bajo los efectos del alcohol. (15)

3- La droga y el VIH/sida

En [farmacología](#), droga es toda materia prima de origen biológico que directa o indirectamente sirve para la elaboración de medicamentos, siendo el [principio activo](#) la sustancia responsable de la actividad farmacológica de la droga. La droga puede ser todo vegetal o animal entero, órgano o parte del mismo, o producto obtenido de ellos por diversos métodos que poseen una composición química o sustancias químicas que proporcionan una acción farmacológica útil en terapéutica.

Se tiende a utilizar el término droga indistintamente para designar a ésta y a los términos correspondiente en farmacia a [principio activo](#), [fármaco](#) y [medicamento](#), ya sea por extensión del concepto o debido a la traducción literal del término inglés *drug*, el cual no hace distinciones entre ellos.

La drogadicción es una enfermedad que consiste en la dependencia de sustancias que afectan el sistema nervioso central y las funciones cerebrales,

produciendo alteraciones en el comportamiento, la percepción, el juicio y las emociones. Los efectos de las drogas son diversos, dependiendo del tipo de droga y la cantidad o frecuencia con la que se consume. Pueden producir alucinaciones, intensificar o entorpecer los sentidos, provocar sensaciones de euforia o desesperación. El concepto de [drogodependencia](#) hace referencia a la necesidad de consumir cierta sustancia para alcanzar ciertas sensaciones placenteras o bien eliminar sensaciones displacenteras derivadas de la privación de la sustancia ([síndrome de abstinencia](#)).

La dependencia producida por las drogas puede ser de dos tipos:

- Dependencia física: El organismo se vuelve necesitado de las drogas, tal es así que cuando se interrumpe el consumo sobrevienen fuertes trastornos fisiológicos, lo que se conoce como Síndrome de abstinencia. Por ejemplo, algunos medicamentos para la presión sanguínea.
- Dependencia psíquica: Es el estado de euforia que se siente cuando se consume droga, y que lleva a buscar nuevamente el consumo para evitar el malestar u obtener placer. El individuo siente una imperiosa necesidad de consumir droga, y experimenta un desplome emocional cuando no la consigue.

3.1- Clasificación

Las drogas han sido clasificadas según múltiples sistemas de categorización, predominando, en la actualidad, las clasificaciones en función de sus efectos farmacológicos. Entre los diferentes tipos de clasificación empleados a lo largo del tiempo, destacan los siguientes:

La clasificación de las drogas según los efectos que producen a nivel del [sistema nervioso central](#) constituyendo el sistema de clasificación más aceptado en la actualidad (frente a la distinción entre drogas duras y blandas o legales e ilegales).

Según éste las distintas sustancias podrían clasificarse en una o varias (drogas mixtas) de las siguientes categorías:

- Depresores del sistema nervioso central o [Psicolépticos](#): inhiben el funcionamiento del [sistema nervioso central](#), enlenteciendo la actividad nerviosa y el ritmo de las funciones corporales. Entre los efectos que producen se encuentran relajación, sedación, somnolencia, sueño, analgesia e incluso [coma](#). Ejemplos de estas sustancias los constituirían el [alcohol](#), los diversos tipos de [opiáceos](#) ([heroína](#), [morfina](#), [metadona](#), etc.), ciertos psicofármacos (como por ejemplo las benzodiazepinas o los barbitúricos), etc.
- Estimulantes o [Psicoanalépticos](#): producen una activación general del [sistema nervioso central](#), dando lugar a un incremento de las funciones corporales. Se establece una distinción entre estimulantes mayores (tales como la [cocaína](#) o las anfetaminas) y menores (como la [nicotina](#) o las [xantinas](#): [cafeína](#), teína, [teobromina](#)).
- Alucinógenos o Psicodislépticos: también conocidos como perturbadores. Producen un estado de conciencia alterado, deforman la [percepción](#) y evocan imágenes sensoriales sin entrada sensorial. Ejemplos de estas sustancias los constituirían el [LSD](#) o las [drogas de síntesis](#) (que por los efectos que producen serían más bien consideradas como sustancias mixtas estimulantes-alucinógenas).

3.2- Juventud, drogadicción y sida.

Un informe respaldado por la [Unión Europea](#) revela también que entre la gente joven “es cada vez más habitual beber hasta emborracharse”. El informe añade que el [alcoholismo](#) tiene, a corto plazo, consecuencias nefastas, tales como [accidentes](#), [violencia](#) y [envenenamiento](#), así como problemas sociales y del desarrollo”. Un estudio realizado en [Japón](#) señala que “las drogas más utilizadas por los adolescentes del país son los disolventes orgánicos, que pueden inducir al uso de otras sustancias.

En vista de lo mencionado, el ex secretario general de las [Naciones Unidas](#), [Kofi Annan](#), declaró: “La droga está destruyendo a la [sociedad](#), fomentando el [delito](#), esparciendo enfermedades como el [sida](#) y acabando con nuestros [jóvenes](#) y nuestro [futuro](#)”. Con frecuencia, los [toxicómanos](#) se ven envueltos en el tráfico de estupefacientes y en asesinatos. Asimismo, son víctimas de la violencia o

tienen relaciones sexuales de riesgo no planeadas. Un informe del gobierno de [Estados Unidos](#) señaló: “La drogadicción no es solo problema de los [pobres](#), las minorías o los barrios bajos. [...] Afecta a personas de toda clase social y del [país](#) entero. Es un [problema](#) de todos”.

El uso de drogas en la adolescencia puede llegar a ser un riesgo muy alto en la propia salud de los jóvenes pues produce estos daños en el cuerpo y órganos: - [esterilidad](#), [adicción](#), [dependencia](#), desnutrición, daños al [cerebro](#) y [órganos](#) importantes

4- Importancia del ejercicio físico en las PVS.

Ejercicio físico se considera al conjunto de acciones motoras músculo-esqueléticas. El ejercicio físico puede estar dirigido a resolver un problema motor concreto. Las acciones motoras pueden ser agrupadas por la necesidad de desarrollar alguna cualidad física como la fuerza, la velocidad, coordinación, flexibilidad y resistencia.

La práctica de ejercicio físico consume energía y requiere por tanto el aporte de [oxígeno](#) y [nutrientes](#) a los [tejidos](#).

4.1- Efectos del ejercicio físico

1. Opera cambios en la mente de la persona hacia direcciones más positivas independientemente de cualquier efecto curativo. Un programa de ejercicio adecuado fortalece la [psiquis](#) humana, produciendo moderados efectos pero positivos y continuados sobre ciertos estados [depresivos](#), [ansiedad](#), [estrés](#) y bienestar psicológico, resultando favorable para las PVS debido al estado depresivo que con frecuencia sufren
2. Aumenta la circulación cerebral, lo que hace al individuo más despierto y alerta, y mejora los procesos del pensamiento.
3. Mejora y fortalece el sistema osteomuscular ([huesos](#), [cartílagos](#), [ligamentos](#), [tendones](#)) contribuyendo al aumento de la [calidad de vida](#) y grado de independencia especialmente entre las personas con más edad.
4. Prolonga el tiempo socialmente útil de la persona así como al mejorar su capacidad física, cardio-vascular, ósea y muscular; eleva sus niveles

productivos, por lo que retarda los cambios de la vejez. Asegura una mayor capacidad de trabajo y ayuda al aseguramiento de la longevidad al favorecer la eliminación de toxinas y oxidantes.

5. Mejora el aspecto físico de la persona.

Las alteraciones o enfermedades en las que se ha demostrado que el ejercicio físico es beneficioso, sobre todo como [prevención primaria](#) son:

- [Asma](#), [estrés de embarazo](#), [infarto](#), [diabetes mellitus](#), [diabetes gestacional](#), [obesidad](#), [hipertensión arterial](#), [osteoporosis](#), distintos tipos de [cáncer](#), como el [cáncer de próstata](#) y el [cáncer colorrectal](#).

4.1.1- Ejercicio y bienestar

Atenúa la sensación de fatiga, baja los niveles de [colesterolemia](#), y refuerza la capacidad de la sangre para disolver los coágulos que pueden conducir a una [trombosis](#). Es, asimismo, sumamente eficaz en trastornos psicológicos ligados con emociones [depresivas](#).

Libera [endorfinas](#), secreciones semejantes a la [morfina](#), producidas por el cerebro; las endorfinas amortiguan dolores en el plano corporal y facilitan sentimientos de placer y hasta de [euforia](#).

Las personas que han adoptado como estilo de vida la gimnasia, generalmente duermen mejor, tienen menores ansiedades y tensiones. Están prácticamente inmunizados contra el [estrés](#).

El ejercicio regular, más que las [dietas](#), ayudan a la caída en el sobrepeso. Factor de [longevidad](#) comprobado contribuye a la calidad de vida en la vejez.

Los grupos de ejercicios o actividades pueden ordenarse en tres categorías. Para el sistema cardiorrespiratorio se recomienda el [aerobismo](#). Para el refuerzo de articulaciones y musculatura, está prescrita la [calistenia](#) y, de modo más avanzado, para la incrementación de la fuerza, los ejercicios con aparatos y pesas. Para un buen ejercicio no se recomienda realizar más de 20 minutos las

primeras semanas. A medida de que el cuerpo tome como hábito el ejercicio físico, podrá irse agregando más tiempo de ejercicio.

4.1.2- Contraindicaciones del ejercicio físico

Aunque al ejercicio físico se le considera un fenómeno positivo y saludable, hay que plantearse cuánto ejercicio físico es sano para la salud y cuál es el ejercicio que se debe practicar. Una idea generalizada bastante incorrecta que se tiene de la práctica del ejercicio físico, que parece desprenderse a veces de forma implícita de los beneficios que se proclaman a nivel popular sobre la salud, es la de que dichos efectos positivos se producen meramente por su práctica, sin explicar con precisión cuáles deben ser los contenidos, volumen e intensidad de dicha práctica, de acuerdo a las características y circunstancias del individuo, que son los factores que deben ser concretados en una prescripción. De forma simplista, existe la creencia de que cuanto más ejercicio físico se realice, mayores serán los beneficios en cuanto a salud e imagen corporal. Se han creado por tanto unos tópicos incorrectos como deporte.

4.2- Salud y esbeltez

Al igual que existe la creencia generalizada del valor positivo del ejercicio físico sobre la salud, hay que señalar que el ejercicio físico también puede tener como contrapartida una serie de efectos negativos, sobre todo cuando es realizado de forma inadecuada por la imprecisión en cuanto al tipo de ejercicio físico, volumen, frecuencia e intensidad de su realización y los objetivos que vamos a alcanzar.

Exceso de ejercitación, la punzante presión que ejercen los medios y la publicidad en el aspecto físico ideal, no solo se refleja en trastornos alimenticios en la mujer, como la bulimia y anorexia, sino que también está afectando a los hombres por medio de una variedad de trastornos denominados TANE (trastorno alimenticio no específico).

También conocido como "vigorexia" o como "deformación muscular" el trastorno consiste en una obsesión por el cuerpo que afecta en mayor grado a los hombres

y los lleva a realizar ejercicio en exceso con el fin de tonificar más y más sus músculos sin llegar nunca a un estado de conformidad.

CAPÍTULO II.

MATERIAL Y METODOS:

Consideraciones Éticas:



En el desarrollo de la investigación se establecerán pautas donde se cumplirán los principios éticos, tales como, dedicar nuestro esfuerzo a la atención a las personas diagnosticadas con el VIH/sida, al tratar en la introducción y la revisión bibliográfica el problema de los conocimientos acerca de los estilos de vida adecuados en las PVS como un aspecto importante en su calidad de vida y al proponernos como objetivo evaluar la utilidad del sistema de actividades para modificar conocimientos sobre estilo de vida adecuado en las personas diagnosticadas con el VIH/sida en Ciego de Ávila. Se propició una adecuada relación con las PVS y personal involucrado, en el primer encuentro del sistema de actividades el objetivo fue crear un ambiente de confianza, desinhibir al personal y establecer las reglas del trabajo grupal. Se utilizó en todo momento de nuestra relación un lenguaje claro, sencillo y comprensivo erradicando cualquier expresión de mal gusto, además la encuesta aplicada fue clara, breve y sencilla. Se puso de manifiesto el secreto profesional durante la aplicación del sistema de actividades donde se analizaron y discutieron temas utilizando técnicas participativas.

Consideramos que la investigación tiene valor científico social, se realizó revisión bibliografía de documentos científicos actuales además porque al lograr conocimientos adecuados sobre estilo de vida esto influye en evitar ciertos riesgos a la salud que repercuten en la vida de las PVS y a nivel social. Tiene validez científica ya que el diseño de la investigación se realizó con el rigor metodológico establecido para un sistema de actividades. Además se cumple con el principio de proporción favorable de riesgo beneficio, ya que los beneficios obtenidos con el sistema de actividades son mayores que los riesgos. Se cumple con el principio de consentimiento informado ya que a todas las personas involucradas en la investigación (Vicedirectora del programa sida a nivel provincial, coordinadora de la línea de apoyo a las PVS, facilitadores del entrenamiento) se les informó todo lo relacionado con el proceso de la investigación, además se solicitó el consentimiento de las PVS, así como se respetó su decisión de participar o no en la investigación. En caso afirmativo se les explicó las características de la misma y se recogió su consentimiento informado (anexo 2).

Se cumple con el respeto a las personas a lo largo de todo el proceso de investigación, durante el desarrollo del sistema de actividades se respetó las opiniones y los criterios de cada cual, cumpliendo así el principio de autonomía. Se pone de manifiesto el velar por los intereses de las personas involucradas en el proceso pues la investigación es un sistema de actividades, donde están implicados afectivamente los objetos, sus necesidades y motivos. Se respeta el anonimato y confidencialidad de las PVS, el instrumento evaluativo aplicado es una encuesta anónima.

Universo y Muestra:

Se realizó una investigación experimental con un tipo de diseño cuasiexperimental de grupo de control no equivalente con el objetivo de evaluar el sistema de actividades que permite modificar los conocimientos sobre el estilo de vida adecuado en las PVS en Ciego de Ávila, durante el período comprendido desde enero del 2009 a julio del 2010.

El universo de estudio fueron 280 personas (N=280) diagnosticadas con VIH como prevalencia, desde que comenzó la epidemia en la provincia hasta julio del 2010.

Se utilizó una muestra no aleatoria de 54 (n=54), de ellos se tomaron 27 que es el total de personas diagnosticadas en el 2009 que asistieron al curso aprendiendo a vivir con VIH y 27 diagnosticados en el 2010 seleccionados al azar. A los cuales se les aplicó los criterios de inclusión y exclusión que se definen a continuación:

Criterios de Inclusión:

- Deseo expresado por escrito (Consentimiento Informado) de formar parte de la Investigación
- Todas las PVS que asisten al entrenamiento en el 2009, sin distinción de sexo, orientación sexual, edad, ni raza..
- Permanencia durante el tiempo que dure la investigación

- No limitación física y mental que impidan participar en el estudio

Criterios de Exclusión:

- PVS que se nieguen a participar en la investigación.
- No permanencia durante el tiempo que dure la investigación.
- Limitación física y mental que impidan participar en el estudio.

En el estudio se evalúan las siguientes Variables:

- 1 Tabaquismo
- 2 Alcoholismo
- 3 Drogadicción
- 4 Ejercicio Físico

Definición de las Variables:

1. Variable Independiente: Sistema de actividades
2. Variables Dependientes: La adquisición de conocimientos a través de temas relacionados con estilo de vida, como son: el tabaquismo, alcoholismo, drogadicción y el ejercicio físico.

Metódica: El estudio se realizó en tres momentos:

I. Etapa de Diagnóstico:

Se realizó una encuesta (Anexo 3) para determinar el nivel de conocimientos sobre los “Estilo de vida” que tienen las PVS en la provincia de Ciego de Ávila, con el fin de saber la información que tenían sobre el tema (Variables Dependientes), sirviendo esto para realizar una evaluación inicial de los mismos, lo que constituyó un punto de partida para la realización del sistema de actividades.

Para la aplicación de la encuesta se tuvo en cuenta:

- Un lugar adecuado.
- Privacidad.
- Utilizar un lenguaje claro y coherente.
- No utilizar terminología médica.
- Se les entregó una planilla a cada uno de los participantes.

II. Etapa de Intervención:

En el segundo momento se aplica el sistema de actividades que se basa en el diseño del programa educativo, el cual se realizó a partir de una revisión bibliográfica exhaustiva, haciendo énfasis en los aspectos que desconocían las PVS y poder responder a la necesidad creciente de elevar los conocimientos de las mismos, asegurando una mejor atención a las particularidades sobre los temas, de forma que se logre una asimilación activa y consciente de los conocimientos.

El Programa estuvo conformado por una serie de cinco sesiones con una duración de 5 semanas y una frecuencia semanal de 2 horas. El tema fue abordado mediante: conferencias, talleres, seminarios y actividades prácticas, con la utilización de diferentes métodos y técnicas participativas (dinámica de grupo, charlas educativas, videos) (Anexo 4)

Técnicas Participativas o Educativas: Constituyen un conjunto de procedimientos encaminados a la modificación de conocimientos, actitudes y prácticas así como la elevación de la conciencia en salud tanto individual como colectiva, sin ser dogmáticos y con la participación colectiva.

Dinámica de Grupo: Técnica colectiva en la cual se logró la participación activa de todos los miembros a los cuales iba dirigido el mensaje de salud de forma dinámica, se analizaron los temas en discusión así como las opiniones y sugerencias de cada miembro que integraba el grupo y se clasificaron para lograr una solución, decisión o aprendizaje más efectivo y con ella un cambio en los conocimientos.

Charlas Educativas: Técnica educativa a través de la cual se dieron clases en las que el autor expuso un tema específico, cumpliendo sus tres fases: preparación o elaboración, ejecución y la fase final.

III. Etapa de Evaluación:

En un tercer momento después de realizado el sistema de actividades se aplica el instrumento inicial (Anexo 3) para evaluar el nivel de conocimientos alcanzado por las PVS.

Instrumento Inicial y Final (Encuesta):

Determinar el nivel de conocimientos de las PVS antes y después del sistema de actividades en cuanto a:

- 1 Tabaquismo
- 2 Alcoholismo
- 3 Drogadicción
- 4 Ejercicio Físico

Técnicas y Procedimientos:

Se efectuó una revisión bibliográfica sobre el tema en el centro provincial de Información de Ciencias Médicas, así como en las revistas y tesis de maestrías y doctorados disponibles en el centro de información de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila y en el centro de referencia nacional de Santiago de las Vegas, biblioteca provincial y se revisan diferentes artículos publicados en Internet.

Recogida de la información:

Para la recogida de la información sobre los conocimientos antes y después de la aplicación del sistema de actividades se aplicó la encuesta. (Anexo 3)

La información recolectada en la encuesta reflejó los conocimientos o criterios acerca de los temas planificados a desarrollar:

Tema I: Presentación, expectativas y normas grupales.

Tema II: Consecuencias que provoca el mal hábito de fumar.

Tema III: El alcoholismo como enfermedad que deteriora la vida de las PVS.

Tema IV: La drogadicción como enfermedad que perjudica la vida de las PVS.

Tema V: Cierre del sistema de actividades para modificar los conocimientos relacionados con estilo de vida adecuado en las PVS relacionados con el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción y la importancia del ejercicio físico. Con ella se cierra el ciclo de este entrenamiento.

Procesamiento de la información:

Se utilizó la encuesta para recolectar información. Las principales variables se refieren específicamente a: tabaquismo, alcoholismo, drogadicción y ejercicio físico.

El procesamiento estadístico: El cual se utilizó para comparar los datos obtenidos como resultado del instrumento aplicado; el procesamiento se realizó en una microcomputadora PENTIUM, utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows y se realizó la validación y revisión de la misma, como medida de resumen de la información se utilizaron las frecuencias absolutas y relativas. Estos resultados fueron presentados en tablas y gráficos, a los mismos se les aplicó la prueba de hipótesis de McNemar como medida de significación estadística.

Los Métodos aplicados durante el estudio fueron:

Métodos del Nivel Teórico:

- 1 Analítico – Sintético:** Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.
- 2 Histórico – Lógico:** Se seleccionó con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de su historia, por lo que se emplea para indagar sobre los estilos de

vida.

- 3 Inductivo – Deductivo:** En la investigación se establecen generalizaciones que confirmaron empíricamente la hipótesis.
- 4 Hipotético – Deductivo:** Por deducir la hipótesis como respuesta al problema de la investigación trazado en la misma.

Métodos empíricos:

- 1. Observación:** Se utilizó para profundizar y conocer sobre la manifestación del problema, el comportamiento de los sujetos en diversas interacciones con el investigador.
- 2. La Encuesta o Instrumento (Anexo 3):** Se utilizó como técnica para la obtención de la información dadas sus características de búsqueda de información rápida y económica, la cual se aplicó a las PVS que constituyeron la muestra de estudio, para evaluar los conocimientos de los mismos acerca del tema, la misma fue validada en un pilotaje de 15 personas en el Centro de Atención Integral a las personas con VIH/sida, del sanatorio de Santiago de las Vegas.

Métodos estadístico –matemáticos: Prueba McNemar:

Esta prueba estadística es utilizada cuando estamos en presencia de datos binarios (0,1). Se utiliza normalmente en una situación de medidas repetidas, en la que la respuesta de cada sujeto se obtiene dos veces, una antes y otra después de que ocurra un evento especificado.

Se aplicará la prueba McNemar para analizar si la Tasa de Respuesta Inicial es igual a la Tasa de Respuesta Final. Para ello se clasifica el conocimiento de las PVS las cuatro variables en estudio, es decir Aceptable (1) e Inaceptable (0). Esto facilita la manipulación estadística de los resultados de las PVS para cada variable en el SPSS. (Anexo 5)

Objetivo: Determinar si la Tasa de Respuesta Inicial (antes del evento) es igual a la Tasa de Respuesta Final (después del evento).

Esto conlleva al planteamiento de las siguientes Hipótesis:

Ho: La Metodología del sistema de actividades no es eficaz.

H1: La Metodología del sistema de actividades es eficaz.

Esta Prueba permite detectar cambios en las respuestas causadas por la Metodología del diseño del tipo cuasiexperimental.

Con la utilización del SPSS podemos aplicar adecuadamente esta prueba para cada una de las variables estudiadas obteniendo como resultado una probabilidad p . En caso de que $p < 0.05$ entonces existe significación y rechazo la Hipótesis Ho por lo que la Intervención Educativa es eficaz.

Operacionalización de las Variables:

Unidad de análisis	Categoría	Subcategorías	Evaluación item
PVS en estudio.	1-. Conocimientos en cuanto al mal hábito de fumar en las PVS.	Aceptable: Si identifica tres incisos correctos Inaceptable: Si identifica de uno a dos incisos correctos o no identifica ninguno	Item1: (25 pts) Incisos correctos: 1.1, 1.3, 1.4 y 1.5 (6.2 pts cada uno)
PVS en estudio.	2- Conocimientos acerca del alcoholismo.	Aceptable: Si identifica tres incisos correctos Inaceptable: Si	Item2: (25 pts) Incisos correctos: 2.1, 2.2, 2.4, 2.6 y 2.7

		identifica de uno a dos incisos correctos o no identifica ninguno correcto.	(5 pts cada uno)
PVS en estudio.	3- Conocimientos acerca de la drogadicción.	Acceptable: Si identifica dos incisos correctos Inacceptable: Si identifica un inciso correctos o no identifica ninguno correcto.	Item3: (25 pts) Incisos correctos: 3.2, 3.4 y 3.5 (8.3 pts cada uno)
PVS en estudio.	4- Conocimientos en cuanto a las ventajas del ejercicio físico.	Acceptable: Si Identifica uno de los dos incisos correctos. Inacceptable: : Si no Identifica ninguno de los dos incisos correctos.	Item4: (25 pts) Incisos correctos: 4.2 y 4.6 (12.5 pts cada uno)
PVS en estudio.	5- Nivel de conocimiento de las PVS sobre estilo de vida adecuado.	Acceptable: Si obtiene 62.8 puntos o más Inacceptable: Si obtiene menos de 62.8 puntos.	Aprobado: Incluye la categoría aceptable. Desaprobado: Incluye la categoría inaceptable

Control semántico:

PVS: Persona viviendo con VIH/sida

VIH: Virus de inmunodeficiencia humano

Sida: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

SAS: Sistema de atención sanatorial

SAA: Sistema de atención ambulatoria.

Grupo: conjunto de personas o cosas reunidas en un lugar.

Síntomas: conjunto de manifestaciones que pueden ser referidas o constatadas al interrogatorio o examen físico.

Frecuencia: Repetición de un acto o evento a menudo.

Provincia: Cualquiera de las grandes divisiones administrativas de un Estado.

País: Territorio, Región, Patria.

De la discusión y síntesis de los resultados:

Se realizó una descripción detallada de cada cuadro estadístico que nos permitió el análisis de los resultados obtenidos, a la vez que se resaltaron los principales aspectos de interés, estos fueron comparados con los hallazgos de otros autores, permitiendo luego un proceso de síntesis, elaborar conclusiones y emitir recomendaciones.

La discusión de los resultados se realizó tomando como referencia la experiencia del Autor, Tutora y Asesor del trabajo, así como las Bibliográficas consultadas.

CAPÍTULO III.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS



Evaluación del sistema de actividades para modificar conocimiento sobre estilo de vida adecuado en las PVS.

TABLA # 1: Conocimientos en cuanto al tabaquismo, antes y después de la aplicación del sistema de actividades con 27 PVS diagnosticados en el 2009 y 27 diagnosticados en el 2010 en la provincia de Ciego de Ávila.

	Grupo experimental (27)				Grupo de control (27)			
	Antes		Después		Antes		Después	
	#	%	#	%	#	%	#	%
1.1___Disfunciones sexuales	23	85.1	26	96.2	22	81.4	21	77.7
1.2___Aparición del Herpe Zoster	9	33.3	1	3.7	10	37	10	37
1.3___Trastornos neuropsiquiátricos	11	40.7	25	92.5	9	33.3	10	37

1.4___Responsable del cáncer del pulmón.	24	88.8	27	100	23	85.1	24	88.8
1.5___ Hipertensión arterial	15	55.5	26	96.2	13	48.1	11	40.7
1.6___ Responsable de la neurotoxoplasmosi.	20	74	2	7.4	20	74	19	70.3

FUENTE: Resultado de la encuesta aplicada.

McNemar: $X^2 = 8,1$ $p=0,002$

En la tabla #1 al analizar el conocimiento de las PVS acerca del mal hábito de fumar apreciamos que inicialmente tenían dificultades en cuanto al tema al identificar la aparición del herpes zoster con 33.3 % y a la neurotoxoplasmosi como un síntoma del tabaquismo. El 80 % de las PVS tenían conocimientos aceptables acerca del tema y el 19.3 % inaceptables.

Una vez aplicado el sistema de actividades logramos enriquecer el conocimiento de los mismos, pues identificaron en un 100 %, que el tabaquismo es el responsable del cáncer del pulmón, así como la hipertensión arterial y las disfunciones sexuales con un 96.2 % y los trastornos neuropsiquiátricos en un 92.5 %.

Resultados similares se obtienen en una intervención educativa realizada en el Sanatorio de Santiago de las Vegas en la provincia de la Habana, con los pacientes ingresados en dicha institución, donde existen dificultades a la hora de identificar los daños que para la salud ocasiona el tabaquismo en las personas infectadas con el VIH. Después de la aplicación del sistema de actividades se identifica en un mayor por ciento que el tabaquismo es el responsable del cáncer del pulmón con un 98.5 % y la hipertensión arterial y las disfunciones sexuales con un 97.5 % (25)

En la investigación realizada por la Dr.C. Diana Montoya Rodríguez, en adolescentes escolarizados mexicanos en cuanto a los conocimientos acerca

del estilo de vida, no se obtienen resultados similares a los nuestros, pues un gran por ciento conoce de forma adecuada todos estos aspectos.(26)

En la bibliografía consultada encontramos que:

En los resultados de un estudio realizado por Romero Perdomo Agustín, en Chile, se obtuvo que un 80.0 % de los jóvenes tienen conocimientos acerca del estilo de vida adecuado antes de realizar una intervención educativa. (27)

TABLA # 2: Conocimientos en cuanto al alcoholismo, antes y después de la aplicación del sistema de actividades con 27 PVS diagnosticados en el 2009 y 27 diagnosticados en el 2010 en la provincia de Ciego de Ávila.

	Grupo experimental (27)				Grupo de control (27)			
	Antes		Después		Antes		Después	
	#	%	#	%	#	%	#	%
2.1___ Es una enfermedad	17	62.9	27	100	14	51.8	16	59.2
2.2___ Consecuencia de afecciones de tipo hepáticas como la cirrosis hepática.	21	77.7	26	96.2	20	74	21	77.7
2.3___ El alcoholismo no tiene tratamiento	20	74	2	7.4	19	70.3	21	77.7
2.4___ Ocasiona hemorragias internas	13	48.1	25	92.5	14	51.8	13	48.1
2.5___ No se encuentra dentro de las causas de muerte.	15	55.5	1	3.7	13	48.1	14	51.8

2.6___ Accidentes o suicidio.	24	88.8	27	100	25	92.5	24	88.8
2.7___ Intoxicación alcohólica	20	74	26	96.2	19	70.3	20	74

FUENTE: Resultado de la encuesta aplicada.

McNemar: $X^2=13,06$ $p=0,0001$

En la tabla # 2 cuando valoramos el conocimiento que tenían las PVS en cuanto al alcoholismo es pobre ya que identificaron en un por ciento importante (74 %) que el alcoholismo no tiene tratamiento y un 55 % considera de manera errónea que el alcoholismo no está dentro de las primeras causas de muerte, el 45.6 % tuvieron conocimientos aceptables y el 54.3 inaceptables. Después de aplicada el sistema de actividades logramos modificar el conocimiento de las PVS al identificar en un mayor por ciento estas medidas. El enunciado verdadero 2.1 fue identificado en un 100 %, el 2.2 en un 96.2 %, el 2.4 en un 92.5 %, el 2.6 en un 100 % y el 2.7 en un 96.2 %.

Al consultar la bibliografía encontramos que:

En la investigación realizada en el Sanatorio Santa Clara, con los pacientes ingresados en la institución muestra que existen dificultades a la hora de identificar los daños que ocasiona el alcoholismo en las personas seropositivas al VIH. Después de la intervención educativa realizada con un grupo de 18 PVS se pudo identificar en un mayor por ciento que la intoxicación alcohólica, la hemorragias internas y la cirrosis hepáticas son ocasionadas por el alcoholismo y afectan grandemente la salud humana y muy en especial a las personas seropositivas al VIH. (27)

Estudios realizados por especialistas en promoción para la salud en la provincia de Camaguey, identificó que adolescentes y jóvenes conocen los daños psicológicos, biológicos y sociales que ocasiona el alcoholismo. (28)

Estudios realizados en la provincia de La Habana, en el municipio Cerro arriba que las PVS tienen conocimientos acerca del daño que ocasiona el alcoholismo para su salud, pero en la investigación muestra un por ciento alto clasificados como alcohólicos. (29)

TABLA # 3: Conocimientos en cuanto a los daños que ocasiona a la salud la drogadicción, antes y después de la aplicación del sistema de actividades con 27 PVS diagnosticados en el 2009 y 27 diagnosticados en el 2010 en la provincia de Ciego de Ávila.

	Grupo experimental (27)				Grupo de control (27)			
	Antes		Después		Antes		Después	
	#	%	#	%	#	%	#	%
3.1___ Solo afecta a las personas desnutridas.	10	37	1	3.7	12	44.4	11	40.7
3.2___ Esterilidad	20	74	27	100	21	77.7	21	77.7
3.3___ El consumo excesivo no obliga al organismo a requerir cantidades crecientes.	13	48.1	1	3.7	17	62.9	15	55.5
3.4___ Daños al cerebro y órganos.	23	85.1	27	100	21	77.7	22	81.4
3.5___ Alto grado de dependencia.	20	74	27	100	21	77.7	21	77.7

FUENTE: Resultado de la encuesta aplicada.

McNemar: $X^2 = 12,07$ $p=0,0001$

Respecto al conocimiento que tenían las PVS relacionado con la drogadicción, tenemos en la tabla # 3, que al inicio identificaron en un mayor por ciento (85.1

%) los daños al cerebro y órganos que ocasiona la drogadicción, tuvieron conocimientos aceptables el 23.7 % e inaceptables el 76.2 %. Después de la aplicación del sistema de actividades se logró enriquecer el conocimiento de los mismos al ser identificados los principales daños, en un mayor por ciento la esterilidad, daños al cerebro y órganos y el alto grado de dependencia con un 100%.

Se obtienen resultados similares en una intervención educativa realizada en el Sanatorio de Holguín, con un grupo de pacientes que se encontraban en el sistema de atención ambulatoria, donde existen dificultades a la hora de identificar los daños que para la salud ocasiona la drogadicción en las personas infectadas con el VIH. Después de la intervención educativa se identifica en un mayor por ciento los daños que para la salud ocasionan las drogas y muy en especial a las personas seropositivas al VIH (30)

Resultados similares obtiene Bayard, Vicente en una estrategia educativa sobre VIH/sida con adolescentes de la provincia de Panamá, en el 2006, dirigida al cambio de comportamiento para evitar la transmisión de esta enfermedad, donde inicialmente los adolescentes tienen pobres conocimientos acerca de los riesgos de las conductas sexuales promiscuas y en asumir un estilo de vida adecuado. Una vez aplicada la intervención se elevan los conocimientos sobre sexualidad responsable y estilo de vida, modifican los conocimientos obteniendo resultados aceptables en un 98%.(31)

Cuando consultamos la bibliografía encontramos que:

En encuestas aplicadas por el Proyecto GPSIDA (Grupo de Prevención de sida) en la provincia de Cienfuegos, con jóvenes y adolescentes del área de salud norte, se obtiene que el 78.6 % identifica los riesgos de la drogadicción y después de aplicada la intervención educativa lo identifican el 97.8%. (32)

TABLA # 4: Conocimientos en cuanto a las ventajas del ejercicio físico, antes y después de la aplicación del sistema de actividades con 27 PVS diagnosticados en el 2009 y 27 diagnosticados en el 2010 en la provincia de Ciego de Ávila.

	Grupo experimental (27)				Grupo de control (27)			
	Antes		Después		Antes		Después	
	#	%	#	%	#	%	#	%
4.1___ Quanto más ejercicio físico se realice, mayores serán los beneficios en las PVS.	25	92.5	2	7.4	23	85.1	21	77.7
4.2___ Prolonga el tiempo socialmente útil de la persona	24	88.8	27	100	21	77.7	22	81.4
4.3___ Todo ejercicio físico es sano para la salud en las PVS.	25	92.5	2	7.4	23	85.1	21	77.7
4.4___ Las personas con VIH/sida no necesariamente requieren de la orientación de un especialista.	26	96.2	1	3.7	24	88.8	23	85.1
4.5___ Aumenta la lipodistrofia	6	22.2	1	3.7	4	14.8	2	7.4
4.6___ Mejora el aspecto físico de la persona.	25	92.5	27	100	24	88.8	23	85.1

FUENTE: Resultado de la encuesta aplicada.

McNemar: $X^2 = 15,05$ $p=0,0001$

Al evaluar, en la tabla # 4 los conocimientos de las PVS acerca del ejercicio físico, tenemos que el 88.8 % identificó que prolonga el tiempo socialmente útil de la persona y el 92.5 % identifico que mejora el aspecto físico.

Pero se detecta falta de conocimientos al identificar erróneamente otros aspectos, como: cuanto más ejercicio físico se realice, mayores serán los beneficios en las PVS con un 92.5 % y todo ejercicio físico es sano para la salud con un 92.5 % el aumenta la lipodistrofia con el ejercicio físico en un 22.2 % y las personas con VIH/sida no necesariamente requieren de la orientación de un especialista con un 96.2 %

Después de aplicado el sistema de actividades se logró que solo el 7.4% determinara que cuanto más ejercicio físico se realice, mayores serán los beneficios en las PVS, el 100 % responde correctamente que prolonga el tiempo socialmente útil de la persona, 7.4% expone erróneamente que todo ejercicio físico es sano para la salud en las PVS y el 3.7% responden mal que las personas con VIH/sida no necesariamente requieren de la orientación de un especialista y el 100% responde positivamente que mejora el aspecto físico de la persona.

Se obtienen resultados similares en una intervención educativa realizada en el Sanatorio de Santiago de las Vegas en la provincia de la Habana, con los pacientes ingresados, donde existen dificultades a la hora de identificar que cuanto más ejercicio físico se realice, mayores serán los beneficios en las PVS, que todo ejercicio físico es sano para la salud y que las personas con VIH/sida no necesariamente requieren de la orientación de un especialista para realizar ejercicio físico, después de la intervención se logro modificar los conocimientos obteniendo resultados satisfactorios. (33)

Al revisar la bibliografía encontramos que:

Aragones y otros investigadores del Instituto "Pedro Kouri" obtienen en su investigación que existe desconocimiento de las ventajas del ejercicio físico por parte de las PVS, así como de contar con un especialista para su realización, se desconoce en un 52.7 % las ventajas del ejercicio físico conducido por un especialista para disminuir los efectos adversos de la terapia antirretroviral, disminuyendo la lipodistrofia (34)

Tabla # 5: Evaluación del nivel de conocimiento general antes y después de la aplicación del sistema de actividades con 27 PVS diagnosticados en el 2009 y 27 diagnosticados en el 2010 en la provincia de Ciego de Ávila.

	Grupo experimental (27)				Grupo de control (27)			
	Antes		Después		Antes		Después	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Aceptable	16	59.2	26	96.2	14	51.8	15	55.5
Inaceptable	11	40.7	1	3.7	10	37	11	40.7

FUENTE: Resultado de la encuesta aplicada.

McNemar: $X^2=57,01$ $p=0,0001$

En la tabla # 5 al evaluar el nivel de conocimiento general de las PVS sobre estilo de vida, antes y después de aplicado el sistema de actividades tenemos que del total de encuestados, un 59.2% tuvo conocimientos aceptables antes de la intervención ya que obtuvieron puntuaciones de 62.8 o más en la evaluación de la encuesta y después de la intervención el 96.2% se evalúan con conocimientos aceptables.

Al aplicar McNemar apreciamos que existe diferencia significativa entre los dos momentos (antes y después) ya que el Chi cuadrado calculado fue mayor que el valor teórico de Chi cuadrado con un 96.2 % de confiabilidad, por lo que resultó ser efectivo el sistema de actividades aplicada para lograr cambios en las PVS

en estudio, en cuanto a sus conocimientos sobre estilo de vida relacionados con: tabaquismo, alcoholismo, drogadicción y ventajas del ejercicio físico.

CONCLUSIONES



El sistema de actividades fue de utilidad, ya que se logró modificar el conocimiento de las PVS acerca del estilo de vida adecuado relacionados con tabaquismo, alcoholismo, drogadicción y ventajas del ejercicio físico,

determinando las influencias negativas que ejercen en el organismo humano el mal hábito de fumar, el alcoholismo, la drogadicción y la falta de ejercicio físico. Se reafirma con esta investigación la necesidad de la superación constante de las personas con VIH/sida, como gestores principales de su propia salud.

RECOMENDACIONES



- Aplicar el sistema de actividades al grupo de control seleccionado en la muestra.
- Validar el entrenamiento a las PVS implementando acciones en los servicios de consejería y en los equipos de ayuda mutua, relacionado con el conocimiento del estilo de vida adecuado.

- Elaborar talleres, conferencias, seminarios para los profesionales que atienden directamente a las personas diagnosticadas con el VIH/sida en la temática relacionada con el estilo de vida.
- Continuar realizando estudios en esta área de la psicología para ayudar al mejoramiento de la calidad de vida de las PVS.
- Realizar un evento científico provincial por la vicedirección de ITS/VIH/sida en noviembre del 2011, que aborde la atención a las personas con VIH/sida, incluyendo las temáticas: calidad de vida, estilo de vida, actitudes, valores y comportamiento en las personas con VIH/sida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- 1- Loy, A.: Historia internacional de la epidemia del sida. En: Loy, A.; Cancio, Isis: Proceso de marketing para una propuesta de condón. Tesis de Diplomado en Gerencia Pública y Administrativa. Instituto Superior Provincial de Estudios Laborales, universidad Agraria de La Habana, 2003.
- 2- Fragmentos tomados de Loy, A.: Infección por vih/sida: apuntes para una revisión histórica desde la psiconeuroinmunología. Trabajo presentado para

optar por la Categoría de Profesor Titular, Universidad de La Habana, Facultad de Psicología, febrero 2005.

3- Cuba. MINSAP. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015. La Habana; 2006.

4- Mayo Parra, I. Y Gutiérrez Álvarez, A. Estilo de vida y Salud. [Memorias](#) de la VII Conferencia Internacional de Psicología de la Salud. La Habana

5- Agustín González Enciso, Rafael Torres Sánchez, *Tabaco y economía en el Siglo XVIII*, 1999

6- Doll R, Peto r, Wheatley K, Gray R et al. *Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors* .[BMJ](#) 1994;309:901-911 (8 de octubre)[Texto completo](#)

7- Hanan Frenk, Ph.D. & Reuven Dar Ph.D., *A critique of nicotine addiction*, Kluwer Academic Publishers, 2000 In this book is cuestioned the nicotine addiction

8- Agencia Internacional de Investigación Sobre el Cáncer (IARC)

9- “Es fácil dejar de fumar si sabes cómo”. *Allen Carr. Madrid: Espasa-Calpe, 2003.*

10- Marlene Delgado Betancourt. Conocimientos sobre los daños que ocasiona el tabaquismo en jóvenes y adolescentes. [Tesis]. Escuela “Ignacio Agramante” 2007

11- Alcoholismo. Texto publicado por la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos (MedlinePlus) y los Institutos Nacionales de Salud de EEUU.

12- En Chile el 40% de las muertes por accidentes de tránsito es bajo la influencia del alcohol. Nota publicada por Cambio 21, el 20 de diciembre de 2008.

13- Muertes en accidentes: el 50%, por el alcohol. Nota publicada por el diario La Nación. 26 de septiembre de 2007

14- *Muertes por alcohol*. Webcast publicado por *MedicinaTV.com*, con declaraciones de la doctora Carmen González García, de la Universidad de Castilla-La Mancha.

http://salud.medicinatv.com/webcast/muestra.asp?id_wc=419

15- Muertes por alcohol superan a homicidios. Nota con declaraciones del director general del Centro de Prevención y Accidentes de la Secretaría de Salud de México, Arturo Cervantes Trejo, publicada por el diario Vanguardia el 22 de enero de 2008.

16- Lorenzo, P., Ladero, J.M., Leza, J.C. y Lizasoain, I. *Drogo dependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*, Madrid: Editorial Panamericana. 2003.

17- “Drogas: + Información, - Riesgos. Tu guía”. Plan Nacional Sobre Drogas, Ministerio del Interior, EDEX, 2001

18- “Las drogas en el mundo laboral de Andalucía”. Sevilla, Comisionado para la Droga, 1999.

19- Ruiz Franco, J.C. (2005). *Drogas Inteligentes*, Editorial Paidotribo. [ISBN 84-8019-822-2](#).

20- González Ordi, H. e Iruarrizaga, M.I. (1993). Características de los principales tipos de drogas.

21- Contrera Tejeda, Yamila. “El Qi Gong para la salud”. Una propuesta para elevar la calidad de vida en las personas con VIH/sida. La Habana 2008.

22- Varona Hernández, Jorge A. El ejercicio físico una alternativa de solución a la lipodistrofia. La Habana 2009

23- Conrado Mostre. Qi Gong para la salud, integrado a la lucha contra el VIH/sida. Resultados preliminares. La Habana 2009

24- Proyecto de Desarrollo de Capacidades Organizativas y de Trabajo GPSIDA: “La importancia del Ejercicio Físico”. GPSIDA Resumen de Actualización. Enero 2006

25- Morales Hernández Nancy. Conocimientos sobre los daños que ocasiona el tabaquismo en PVS. [Tesis]. Ciudad Habana: Sanatorio Santiago de las Vegas. La Habana. 2003

26- Montoya Rodríguez Diana. Conocimientos sobre estilo de vida en jóvenes universitarios mexicanos. México; 2007.

27- Estrada Rafal, Jorge L. Caracterización psicosocial de los pacientes ingresados en el Sanatorio de Santa Clara. [Tesis]. Villa Clara: Sanatorio VIH/sida; 2004.

28- Soler Navas, Mayra. Daños psicológicos, biológicos y sociales que ocasiona el alcoholismo en PVS. [Tesis]. Camaguey: Policlinica docente Norte. Camaguey; 2006.

29- Varona Menéndez, Jorge Alberto. *Evaluar el conocimiento* acerca del daño que ocasiona el alcoholismo en las PVS [Tesis]. Municipio Cerro. La Habana. 2002

30- Salazar Murria Sonia M. intervención educativa realizada en el Centro para la Atención Integral a PVIH. Aguas Claras. Holguín. 2007

31-Bayard, Vicente. Intervención educativa sobre VIH/sida con adolescentes. Panamá. 2006

32- Proyecto GPSIDA (Grupo de Prevención de sida) Intervención educativa con jóvenes y adolescentes de la ESBEC. “5 de septiembre” Cienfuegos. 2003

33- Campos Díaz, Jorge Raúl. Evaluación de la implementación de la intervención educativa dirigida a incorporar el ejercicio físico. Sanatorio de Santiago de las Vegas. La Habana, 2009

34- Aragones y otros investigadores del Instituto "Pedro Kouri" Ventajas del ejercicio físico para las personas con VIH/sida. Habana. 2008