

REPÚBLICA DE CUBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS/CIEGO DE ÁVILA
DR. JOSÉ ASSEF YARA.

POLICLÍNICO COMUNITARIO DOCENTE NORTE
“Diego del Rosario”
SERVICIOS MÉDICOS DE MORÓN

Intervención para elevar el nivel de conocimientos sobre VIH/Sida en mujeres del CMF-19 del Policlínico Norte de Morón.

(Tesis En Opción Al Título De Especialista En APS).

Autor(a): Lic. Enma Leiva Dasniz.
Enfermera Obstetra.

Tutora: Dra. Eylén Naivis Blanco Quintana.
Especialista de Primer Grado en MGI.
Máster en Atención Integral a la Mujer.
Profesora Instructora.

Asesora: Oscar Gómez Cárdenas.
Especialista de Primer Grado en MGI.
Máster en Atención Integral a al Niño.

CIEGO DE AVILA, 2009



PENSAMIENTO

“Cuando no se tengan más recursos para aliviar el dolor humano, entonces usted como médico conviértase en la medicina”.

José Martí

DEDICATORIA

A mi revolución.

A mis amigos de siempre.

A todas las fuerzas que me impulsan a ser mejor y más capaz.

A todos los que de una forma u otra han colaborado con la realización de este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

A nuestro Fidel, por hacer realidad mis sueños.

A mis queridos padres, por sus desvelos, amor y dedicación; y por formarme en valores de justicia, verdad, sacrificio y amor al prójimo.

A mi hija, por ser mi fuente de inspiración.

A aquellos que por una razón u otra han aportado su granito de arena en la realización de este trabajo.

RESUMEN

La práctica médica diaria ha propiciado múltiples referencias relacionadas con las deficiencias en los conocimientos que tiene nuestra población sobre el VIH/SIDA. Nos preguntamos si podríamos elevar el nivel de conocimientos mediante una intervención educativa sobre este tema para promover conductas sexuales responsables. Con este propósito nos trazamos el objetivo de aplicar y evaluar un programa sobre formas de infectarse, como protegerse, riesgo de la embarazada seropositiva, riesgo del hijo de una seropositiva, factores biológicos y culturales que hacen vulnerable a las mujeres, responsabilidad ante el uso del condón. Para lo cual se realizó un estudio de intervención pre-experimental de tipo antes-después en mujeres de 20 a 45 años de edad en el CMF N°- 19 pertenecientes al policlínico Norte del municipio Morón.

El universo estuvo conformado por 120 mujeres que constituyen el total de población de 20 a 45 años, y la muestra quedó constituida por 80 mujeres (que reunieron los criterios de inclusión), a las que se les realizó un diagnóstico previo a la intervención, considerando algunas variables seleccionadas. Los resultados más relevantes de la intervención educativa fueron los siguientes: El 31,9% (38) se encuentran en el grupo de edad de 25 a 29 años; 59 mujeres para un 49,7% tienen la secundaria vencida, el 100% reconocieron tanto antes como después las vías de transmisión del VIH/SIDA. Después de la intervención el 100% reconocieron que la forma de protegerse es que las mujeres exijan el condón en todas las relaciones sexuales con penetración, el 81,5% reconocen que tener un hijo que sea seropositivo al VIH es un riesgo que está expuesta una embarazada seropositiva, el 93.2% reconocen después de la intervención que el riesgo que tienen los niños de madres seropositivas es que ellos se enfermen, El 100% de la mujeres reconocen los factores biológico y culturales que hacen a la mujer vulnerable ante la infección, el 98.3% reconocieron que la responsabilidad del uso del condón son de ambos sexos. Después de varias intervenciones educativas la población femenina adquirió niveles de conocimientos altos y comportamientos sexuales de moderadamente responsable a responsable con respecto a la infección por VIH/SIDA para un 95% de confiabilidad.

Palabras claves: VIH/SIDA, Seropositivo

INTRODUCCIÓN

Desde el comienzo de la epidemia, hace más de 20 años; el SIDA ha infectado a más de 60 millones de personas de estos se encuentran viviendo con VIH al cierre del 2004 un aproximado de 45 millones y más de 20 millones han fallecido por esta causa. ⁽¹⁾

A nivel mundial, hay 12 millones de mujeres en edad reproductiva que son VIH positivas. El continente más afectado es el africano y es el único del planeta donde la infección afecta más a la mujer que al hombre en una proporción de 12/10; o sea, por cada 10 hombres infectados hay 12 mujeres. ⁽²⁾

Latinoamérica y el Caribe constituyen una región geográfica muy heterogénea, formada por 44 países y con una población estimada de 470 millones de habitantes de diversas procedencias y con diferentes raíces étnicas, costumbres e idiomas; de estas últimas, los principales son el español, portugués, el inglés y el francés. ⁽³⁾

Los factores que contribuyen al aumento de las infecciones por el VIH/SIDA en las mujeres son universales. La ya mencionada heterosexualidad de la epidemia y el aumento en el índice de casos de infecciones de transmisión sexual que facilita la transmisión del VIH.

Los factores biológicos no son los únicos determinantes, aunque juegan un papel importante, especialmente entre los adolescentes, cuyos sistemas reproductivos y genitales, todavía inmaduros, facilitan la transmisión. ⁽⁴⁾

En el caso de América Latina y el Caribe, hay que destacar factores como la diferencia de estándares de comportamiento social entre hombres y mujeres en temas como la fidelidad; conyugal, la migración desde las áreas rurales hacia los centros urbanos y la transmisión del VIH a la pareja, sea ésta hombre o mujer, por varones que practican la bisexualidad.

Las nuevas formas de prostitución particularmente en mujeres adolescentes constituyen factores de riesgos a contraer el VIH/SIDA.

El impacto de esta infección cuando toca a la mujer también toca a los hogares y el precio que se cobra es muy alto. En muchos casos significa la disolución de la familia. La orfandad de los hijos (19,5 millones de personas han quedado huérfanos por causa del SIDA) y si es sólo su pareja la infectada, esta mujer debe asumir la

atención y cuidado del esposo durante la enfermedad así como el mantenimiento del hogar, lo que demanda un mayor esfuerzo de ella. ⁽⁵⁾

En nuestro país la epidemia ha tenido un crecimiento lento aunque con una aceleración del ritmo de crecimiento en los últimos cinco años. Según el sexo los hombres están más afectados (79.1 %) que las mujeres (20.9%). En los últimos años se ha podido observar que la infección en la mujer tiene una tendencia ascendente, esto puede deberse a que hay HSH (hombres que tienen sexos con otros hombres) que también tienen relaciones sexuales con mujeres y la epidemia se ha trasladado a la mujer. ⁽⁶⁾

La provincia más afectada por el VIH (virus de inmunodeficiencia humana) es Ciudad Habana, que aporta más de la mitad de los casos del país, seguida de Villa Clara y Pinar del Río. Estas provincias son las que también aportan el mayor número de mujeres seropositivas. La edad más afectada son las jóvenes entre 15 y 29 años, pero vale recordar que a cualquier edad pueden infectarse si tienen conductas sexuales de riesgo. ⁽⁷⁾

Teniendo en cuenta que la mujer es un grupo vulnerable ante la infección por el VIH/SIDA y que en nuestra comunidad existen mujeres con conductas sexuales de riesgo, implicando graves consecuencias sociales y de salud es que nos decidimos a realizar esta investigación para conocer el nivel de conocimiento ante la infección por el VIH/SIDA de la población femenina de 20 a 45 años del consultorio No. 19 perteneciente al Consejo Popular del área de salud Norte del municipio Morón para satisfacer sus necesidades y poder ejercer sobre ellas las acciones necesarias para su prevención.

El VIH/SIDA es una pandemia que azota a la humanidad, por lo que debemos proteger a nuestras comunidades promoviendo conductas sexuales que no impliquen riesgos para la transmisión del mismo. Por lo que nos preguntamos: **¿Podremos elevar el nivel de conocimientos relacionados con el VIH/SIDA en las mujeres de 20 a 45 años, mediante un programa de intervención educativa?**

2.1- General:

Aplicar y evaluar un programa de intervención educativa encaminado a elevar el nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA y promover en la población femenina de 20 a 45 años de edad conductas responsables ante el mismo.

2.2- Específicos:

2.2.1- Distribuir las siguientes variables en la población estudiada:

- Grupo de edad.
- Nivel de escolaridad.

2.2.2-Distribuir la muestra según nivel de conocimientos atendiendo a las siguientes variables:

- Formas de infectarse.
- Como protegerse.
- Riesgo de la embarazada seropositiva.
- Riesgo del hijo de una seropositiva.
- Factores biológicos y culturales que hacen vulnerable a las mujeres.
- Responsabilidad ante el uso del condón.

2.2.3- Evaluar la efectividad del programa de intervención educativa.

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirido (SIDA) fue detectado por primera vez en las mujeres en el año de 1981, decididamente se ha convertido en una gran preocupación para las mujeres de todas las edades, las falsas creencias generalizadas al principio de que las mujeres no corrían el riesgo de contraer el VIH, y la caracterización del SIDA como una enfermedad que afecta principalmente a los hombres homosexuales, desvió la atención de los problemas de la población femenina en las primeras fases de la epidemia. Hoy en día, las mujeres constituyen el 32% de los nuevos casos de VIH diagnosticados en Estados Unidos. ⁽⁸⁾

Mundialmente, las mujeres representan más de la mitad de la población infectada con VIH o SIDA. A medida que ha crecido la proporción de mujeres en la epidemia del VIH, también ha crecido la respuesta de las comunidades de investigación, medicina y activismo hacia los problemas de la población femenina.

Hoy es posible reconocer en la evolución de la epidemia del SIDA un claro proceso de feminización. Esto significa que la mayoría de las "nuevas" infecciones ocurren en mujeres. Si tenemos en cuenta que la vía de infección más común en las mujeres es la relación sexual sin uso de preservativo, es fácil entender que el número de embarazadas infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), es un grupo en aumento. Debido a esto, es importante que todas las mujeres, aún las que no tienen SIDA, reciban información acerca de lo que puede ocurrir cuando una mujer infectada con VIH está embarazada. ⁽⁹⁾

Existe hoy una recomendación de ofrecerle a toda mujer embarazada la realización de una prueba para detectar la infección por VIH en la madre. El análisis se realiza con sangre venosa de la mujer y puede ser solicitado en la primera visita al obstetra. Si la prueba resulta "positiva" o "reactiva", debe ser confirmada por una segunda prueba que se realiza también con una nueva extracción de sangre venosa. A diferencia de otros virus como el de la rubéola, el VIH no causa abortos o malformaciones. Una mujer infectada con VIH que se encuentre en buen estado de salud, tiene el mismo riesgo de sufrir un aborto espontáneo que una mujer no infectada. El riesgo de tener un hijo con anomalías congénitas graves también es similar para ambas. ⁽¹⁰⁾

Tampoco se ha demostrado que el embarazo agrave el curso de la enfermedad, menos aún ahora que se dispone de tratamientos que inhiben la duplicación del virus dentro del organismo materno. Muchos de esos tratamientos pueden ser utilizados con el consentimiento de la madre durante el embarazo. (5 6)

El riesgo de que un bebé se contagie con el virus durante el embarazo, el parto o la lactancia es de alrededor del 35% si la madre no recibe ningún tratamiento.

Pero en el año 1994 las investigaciones demostraron que la droga Zidovudina (más conocida como AZT) era capaz de reducir ese riesgo al 8% si se administraba a la mujer a partir del segundo trimestre del embarazo, durante el parto y luego al bebé durante las primeras seis semanas de vida. ⁽¹¹⁾

A partir de ese momento muchos otros tratamientos, incluso algunos de los conocidos como "cócteles" han demostrado disminuir notablemente el riesgo de contagio.

No es exagerado afirmar hoy que, una mujer que controla su embarazo desde el primer trimestre y recibe tratamiento y seguimiento durante todo el embarazo, el parto y las primeras semanas de vida del bebé, tiene un riesgo menor del 5% de contagiar a su hijo, siempre y cuando no lo amamante. ⁽¹²⁾

La lactancia conlleva un riesgo extra de contagio, aún cuando la mujer hubiera recibido tratamiento durante el embarazo. Es por ello que en aquellos casos en los que existan garantías de que el niño pueda recibir alimento en biberón, se recomienda inhibir la lactancia. Sólo en regiones de extrema pobreza donde el pecho materno es la única fuente alimentaria posible para el recién nacido se recomienda que una mujer con VIH amamante a su hijo.

En los últimos años también se ha estudiado la influencia que el modo de parto tiene sobre el riesgo de contagio y si bien es aún un tema que genera algunas controversias, no cabe duda que el parto por cesárea otorga una disminución del riesgo de transmisión, sobre todo en aquellas mujeres que no han recibido adecuado tratamiento antiviral durante el embarazo. ⁽¹³⁾

La discusión sobre este tema se centra en si aquellas mujeres que si han recibido tratamiento desde el segundo trimestre obtienen un beneficio extra o no, teniendo a sus hijos por cesárea, Como no existe todavía consenso acerca de éste punto, la

decisión del modo de parto debe ser tomada de a cada caso en particular y en forma consensuada por el obstetra, el infectólogo y la madre. ⁽¹⁴⁾

Para saber SI un bebé se ha contagiado existen análisis que detectan el virus en la sangre del niño y que pueden ser realizados en las primeras semanas de vida (actualmente el más utilizado se llama PCR). Estas técnicas son altamente costosas y no se hallan disponibles en forma generalizada por lo que en algunos países el diagnóstico se realiza con pruebas que tardan aproximadamente un año en arrojar resultados definitivos. Mientras tanto los niños deben ser cuidadosamente controlados por pediatras entrenados para detectar complicaciones clínicas de la infección por VI H. (15)

Resumiendo, debido a que existen muchas alternativas de tratamiento para evitar e contagio del virus del SIDA de la madre al hijo, es indispensable que toda mujer embarazada sea estudiada lo más precozmente posible durante la gestación De este modo estaremos a tiempo de utilizar dichos tratamientos que tendrán el doble efecto es evitar la transmisión y mejorar la salud materna Bebés sanos y mujeres más felices.

La transmisión del VIH de mujer a mujer parece ser algo muy raro. No obstante, les informes de casos de contagio del VIH de mujer a mujer y el riesgo bien documentado de la transmisión del VIH de mujer a hombre indica que las secreciones vaginales y la sangre menstrual son potencialmente infecciosas y que la exposición de la membrana mucosa (p. ej. oral, vaginal) a estas secreciones tiene el potencial de conducir a e infección del VIH. ⁽¹⁶⁾

Entre 1992 Y 1999 el número de personas afectadas por el SIDA aumentó en todos los grupos ya que a partir de 1993 se comenzó a definir los casos de la enfermedad de una manera más amplia, y más recientemente, debido a una supervivencia más prolonga de aquellos que se han beneficiado de las nuevas terapias de combinación medicamentos Durante este período de siete años. el número de mujeres infectadas con el VIH aumentó, lo cual refleja un cambio en los segmentos de población afectados por la epidemia. En 1992, las mujeres representaban el 14% de la población adulta y adolescente afectada por el SIDA; en 1999, el porcentaje había ascendido al 20%. ⁽¹⁷⁾

Desde el 1985, la proporción de casos de SIDA reportados en las mujeres adultas y adolescentes aumentó más del triple, de un 7% en 1985 a un 25% en el 2000. La epidemia ha aumentado de manera más marcada entre las mujeres negras. Las mujeres afroamericanas e hispanas componen menos del 25% de la población femenina de los Estados Unidos, sin embargo representan más de tres cuartos (78%) de los casos de SIDA reportados en las mujeres de nuestro país. Sólo en el 2000 (Ver gráfica), las mujeres afroamericanas e hispanas representaban una proporción aun mayor (80%) de casos reportados en las mujeres. (18 .. 19)

Las muertes relacionadas con el VIH y el SIDA en la población femenina siguen disminuyendo en 1999 como resultado de los avances recientes en el tratamiento del VIH. El VIH y el SIDA siguen siendo la quinta causa de muerte de las mujeres entre 25 y 44 años de edad en los EE.UU. En el caso de las mujeres negras del mismo grupo de edad, el SIDA constituía la primera causa de mortalidad en 1999. (18)

SIDA es la sigla de síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Esta enfermedad es causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que se transmite a través de las relaciones sexuales o de la exposición a sangre o productos sanguíneos infectados. Una mujer infectada puede transmitir el virus a su bebé durante el embarazo o el parto o al amamantarlo. (19)

Se estima que hay de 129,500 a 135,000 mujeres infectadas con el virus en los Estados Unidos y muchas de ellas no lo saben. Cada año, aproximadamente 6,000 de estas mujeres dan a luz a un bebé. Desde 1985, alrededor de 9,300 niños han contraído SIDA en los Estados Unidos y unos 5,000 han muerto. Más del 90 por ciento de ellos contrajo el virus de su madre durante el embarazo o el parto. (20)

Los nuevos tratamientos, junto con un parto por cesárea en ciertos casos, pueden reducir el riesgo de que la madre transmita el VIH a su bebé a un dos por ciento o menos. (21) No obstante, más de 800,000 bebés en todo el mundo contraen el VIH de esta manera cada año. Aproximadamente el 90 por ciento de estos casos ocurren en los países en desarrollo, donde los nuevos tratamientos no se encuentran aún ampliamente difundidos. (22) Los investigadores están estudiando nuevos métodos para prevenir la infección por VIH en estos países y se han puesto en marcha numerosas iniciativas para hacer llegar la medicación necesaria a todo el mundo. (23)

Cuando el VIH ingresa en el torrente sanguíneo de una persona, el organismo comienza a producir anticuerpos para defenderse del virus. Si se detecta la presencia de estos anticuerpos mediante un análisis de sangre, se considera que la persona es "VIH positiva", aunque no implica necesariamente que tenga SIDA. Las personas VIH positivas están infectadas con el virus y pueden transmitirlo a otros. Aun sin tratamiento, las personas VIH positivas pueden tardar 10 años o más en desarrollar el SIDA. Las personas que tienen SIDA no pueden defenderse normalmente contra otras enfermedades y, por lo tanto, se vuelven más propensas a contraer infecciones, ciertos tipos de cáncer y otras enfermedades que pueden poner en peligro su vida o incluso causarles la muerte. Gracias al desarrollo de nuevos fármacos potentes, la prognosis para las personas infectadas con VIH ha mejorado en forma considerable. ⁽²⁴⁾

La forma más común de contagio son las relaciones heterosexuales sin protección (es decir, sin usar preservativo) con una persona infectada. Los CDC estiman que aproximadamente el 75 por ciento de los nuevos casos de mujeres infectadas en los Estados Unidos obedece a esta causa mientras que el 25 por ciento se produce al inyectarse drogas con jeringas compartidas. ⁽²⁵⁾ Un pequeño número de mujeres se ha infectado al recibir transfusiones de sangre, componentes sanguíneos o tejidos. Entre 1985 Y 2002, el número de mujeres infectadas con SIDA en los Estados Unidos aumentó a más del triple, del siete por ciento al 26 por ciento. Las mujeres son más propensas que los hombres a infectarse a través de las relaciones heterosexuales.

Las mujeres con mayor riesgo de infectarse con VIH por vía sexual son aquellas cuyas parejas heterosexuales se administran drogas por vía intravenosa, las adolescentes y jóvenes que tienen varias parejas sexuales y las mujeres con otras infecciones de transmisión sexual. Lo ideal sería que todas las mujeres supieran si tienen VIH antes de concebir. March of Dimes recomienda a todas las mujeres que pudieran haber estado expuestas al virus VIH realizarse un análisis antes de concebir. Si no lo hacen antes de quedar embarazadas, deberían realizarse la prueba durante el embarazo. ⁽²⁶⁾

Las mujeres que no se han realizado la prueba durante el embarazo pueden hacerla durante el pre-parto o el parto mediante pruebas rápidas que permiten obtener

resultados de inmediato y aplicar el tratamiento adecuado para proteger al bebé en caso de ser necesario.

Por lo general, las personas con VIH/SIDA reciben un tratamiento basado en diferentes combinaciones de fármacos contra el VIH. Estas combinaciones de fármacos retardan la propagación del VIH por el organismo, mantienen baja la concentración de virus en la sangre (o incluso indetectable) y ayudan a prevenir las infecciones relacionadas con el SIDA. El Servicio de Salud Pública de los EE.UU. recomienda tratar a las mujeres embarazadas infectadas con VIH con estos fármacos como si no estuvieran embarazadas, aunque la medicación puede modificarse según sea necesario. ⁽²⁷⁾

Los estudios demuestran que algunas mujeres infectadas con VIH pueden reducir el riesgo de transmitir el virus a su bebé sometiéndose a una cesárea ante de comenzar los trabajos de parto y romper bolsa. El Servicio de Salud Pública de los EE.UU. y el Colegio de Obstetras y Ginecólogos de los EE.UU. (American College of Obstetricians and Gynecologists) recomiendan someter a las mujeres infectadas con VIH a una cesárea a las 38 semanas de embarazo para reducir aún más el riesgo para sus bebés, a menos que tengan concentraciones muy bajas (menos de 1,000 copias por ml) o indetectables de virus en su sangre. ^{5.8} Aún no se ha comprobado si un parto reduce los riesgos cuando la mujer tiene concentraciones muy bajas o indetectables de virus en la sangre (como resultado del tratamiento a base de fármacos). ⁽²⁸⁾

Los médicos también pueden recomendar otras precauciones para proteger al bebé. Por ejemplo, cuando el médico sabe que una mujer es VIH positiva, puede evitar usar procedimientos que incrementan la exposición del feto a la sangre de la madre durante el embarazo o el parto, tales como la amniocentesis, o la muestra de sangre del cuero cabelludo del feto, o que podrían romper las membranas que rodean al bebé. El médico también puede aconsejar a la madre que no amamante a su bebé, ya que de esta manera también puede transmitir el virus al bebé. (Esta recomendación puede diferir en los países en desarrollo por diferentes razones.)

Los bebés infectados con VIH parecen normales al nacer, pero alrededor del 15 por ciento desarrolla síntomas graves o muere antes del primer año de vida. Antes de los tratamientos combinados a base de fármacos, aproximadamente la mitad de los

niños infectados con VIH morían antes de los nueve años.^{1o} Sin embargo, estos tratamientos están mejorando las perspectivas para los niños infectados, muchos de los cuales dejan de tener síntomas graves la mayor parte del tiempo. ⁽²⁹⁾

Los bebés de las mujeres con VIH deben someterse a las pruebas para detectar el virus dentro de las 48 horas de nacimiento. ⁽³⁰⁾ Estas primeras pruebas, que detectan el virus en lugar de los anticuerpos, permiten identificar aproximadamente el 40 por ciento de los bebés recién nacidos infectados. ⁽³¹⁾ Por lo general, los médicos suelen repetir la prueba, lo cual permite identificar a la mayoría de los bebés infectados antes del mes de vida y prácticamente a todos antes de los seis meses. La prueba de diagnóstico precoz del VIH, que detecta la existencia de anticuerpos contra el virus, no es confiable en el caso de bebés nacidos de madres infectadas, ya que los anticuerpos de la madre pueden estar presentes en la sangre del bebé hasta 18 meses sin que éste se haya infectado. ⁽³¹⁾

El Servicio de Salud Pública de los EE.UU. recomienda tratar a todos los bebés con síntomas de VIH con una combinación de fármacos contra el VIH. ⁽³²⁾ También debe considerarse el tratamiento medicamentoso de los bebés VIH positivos que no presentan síntomas, ya que la enfermedad suele avanzar más rápidamente en los lactantes que en los niños más grandes y adultos. Los estudios demuestran que la terapia combinada retarda el avance de la enfermedad y aumenta la tasa de supervivencia en los bebés y niños infectados, así como en los adultos.

La mayoría de los adultos con SIDA sufren infecciones "oportunistas" muy poco frecuentes en las personas cuyos sistemas inmunológicos no están debilitados. Los niños con SIDA son más propensos a las bacterias comunes pero el diagnóstico temprano del VIH y un seguimiento frecuente pueden ayudar a prevenir o reducir la gravedad de algunas infecciones. ⁽³³⁾

Una de las infecciones oportunistas que es común tanto en los bebés como en adultos con SIDA es la neumonía Neumocísti Carini. Ésta suele ser la primera enfermedad relacionada con el SIDA que aparece en los bebés y es una de las principales causas de muerte durante su primer año de vida. El Servicio de Salud Pública de los EE.UU. recomienda tratar a los bebés nacidos de madres VIH positivas a partir de las cuatro o seis semanas de vida (aún cuando aún no se les haya diagnosticado VIH o SIDA) con medicamentos que ayuden a prevenir esta

neumonía. ⁽³⁴⁾ La medicación se deja de administrar cuando los análisis demuestran que el bebé no es VIH positivo.

Los bebés infectados con VIH deben recibir todas las vacunas que reciben normalmente los demás niños y algunas más. Sin embargo, debe evitarse aplicar la vacuna contra la varicela a los niños con síntomas graves aunque puede considerarse en aquellos que no presentan síntomas de VIH o que sólo presentan síntomas leves. ⁽³⁵⁾ Los bebés con VIH/SIDA deben recibir la vacuna contra la gripe cada año, desde los siete meses de edad, y la vacuna neumocócica durante el primer año de vida.

Las mujeres deben evitar, antes y durante el embarazo, toda posible fuente de infección, como agujas o jeringas, máquinas de afeitar u otros elementos contaminados con la sangre de una persona infectada, y el contacto sexual con alguien infectado. Si no está segura si su pareja es o no portadora de VIH, utilice preservativos para protegerse contra el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

Es importante saber que las características biológicas del cuerpo femenino, por una parte y los condicionamientos culturales y sociales, por otra, hacen que las mujeres estén muy expuestas a contraer el VIH/SIDA. Los roles pasivos asignados y asumidos en la relación de pareja, los prejuicios y mitos acerca de la sexualidad, que condicionan lo que es ser una "mujer decente", pone a las mujeres en condiciones de vulnerabilidad. ⁽³⁶⁾

Esto quiere decir que las mujeres tienen mayores probabilidades de adquirir el SIDA. Cada vez más mujeres contraen el VIH, y no solo debido a relaciones fortuitas y desprotegidas, sino también como resultado de vínculos estables. Lo que significa que pueden ser infectadas por sus propios esposos o novios. Todo esto obliga a la mujer a extremar las medidas de protección y auto cuidado para evitar la infección por VIH. Vulnerabilidad de la mujer ante el VIH/SIDA (1719) Factores Biológicos:

El semen contiene más VIH que los fluidos vaginales: Basado en que el VIH necesita de células vivas para transmitirse y como el semen tiene mayor contenido de células que los fluidos vaginales, es entonces más infectante.

El semen permanece más tiempo en el tracto vaginal y rectal que los fluidos vaginales en el pene: El tiempo de exposición de la mujer al VIH es mayor en las relaciones heterosexuales desprotegidas. ⁽³⁷⁾

Mujeres adolescentes y en etapas post menopáusicas tienen la mucosa vaginal más permeable al VIH: Ya que en las adolescentes la mucosa vaginal no ha adquirido la suficiente madurez y espesor para actuar como barrera eficaz y en las posmenopáusicas se vuelve más delgada y débil.

Los desgarros y hemorragias durante la relación sexual: Los riesgos de infección por VIH se multiplican por diferentes causas: un coito traumático, una violación, menstruación o micro fisuras. En todo el mundo la mujer corre un riesgo similar con el coito anal no protegido. A veces preferida porque preserva la virginidad y evita el riesgo de embarazo.

Muchas ITS cursan asintomáticas en la mujer. ⁽³⁸⁾

Factores Sociales

El machismo disminuye el conocimiento y control de la mujer sobre su cuerpo, su vida sexual y económica.' Las concepciones machistas que aun perviven en nuestra sociedad responsabilizan a la mujer con la planificación familiar y el uso de anticonceptivos y le otorgan en la vida sexual al hombre un papel activo y a la mujer pasivo.

Falta de comunicación en las parejas sobre la sexualidad debido a una carencia cultural en la comunicación sobre la sexualidad entre las parejas, así como algunas mujeres asumen que sus esposos les son fieles, otras veces desconocen sus hábitos sexuales o se sienten inhibidas para hablar sobre ese tema.

Rechazo masculino al condón: Esto ocurre con mayor frecuencia en la relación sexual estable del hombre (para controlar la sexualidad y fidelidad de la mujer), asociándose entonces su uso con las relaciones fortuitas u ocasionales.

Subordinación de la mujer: Algunas mujeres aunque tengan conciencia de vulnerabilidad, carecen de poder interpersonal para negociar con su pareja, sienten temor por perder la relación, el apoyo económico o la violencia que pueda generarse.

Educación sexista: Niñas y Niños son educados de formas diferentes, asignándoles roles estereotipados que van a ir conformando a lo largo de su vida la manera en

que asumirán su sexualidad, sus relaciones interpersonales y de pareja, su proyección social y profesional.

Maternidad en adolescentes: La maternidad en la adolescencia aumenta el riesgo de contraer el VIH por su vulnerabilidad tanto biológica como social (deserción escolar, madres solteras y dependencia económica entre otras).

La violencia: Esto es un grave problema de la humanidad y que se ha mantenido oculto durante muchísimos años.

Cambiar estereotipos y prejuicios que están en la mente de hombres y mujeres es un proceso complejo, pero también conocemos que pueden irse modificando si existe una voluntad política para potenciar la participación y el desarrollo a nivel social y personal de las mujeres.

Es preciso entonces comprender que la posibilidad de detener la epidemia necesita de un trabajo específico con hombres y mujeres pues han sido educados de manera diferente y asumen la sexualidad también de manera diferente. En el caso específico de las mujeres muchas veces desde prejuicios que la sitúan en una condición de subordinación y vulnerabilidad ante el VIH/SIDA. ⁽³⁹⁾

Se realizó un estudio de intervención pre-experimental de tipo antes y después sobre el VIH/SIDA con la población femenina de 20 a 45 años del consultorio No. 19 perteneciente al Policlínico Docente Norte del municipio Morón en el periodo de marzo del 2006 hasta marzo del 2007.

El universo de trabajo fue de 160 mujeres, que constituye el total de población femenina del grupo de edad, y la muestra se seleccionó por muestreo aleatorio simple la cual quedó conformada por 80 mujeres de este consultorio que en período de tiempo en estudio se encontraban en los rangos de edad establecidos y cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

Estar de acuerdo en participar en la investigación.

No tener discapacidad mental.

Mujeres entre 20 y 45 años.

Criterios de Exclusión:

No estar de acuerdo en participar en la investigación.

Tener discapacidad mental.

Criterios de salida:

Toda mujer que abandonó las sesiones del programa educativo.

Para la realización de este estudio se le entregó a cada paciente una carta de consentimiento informado (Anexo.1), donde se le explicaron las características de la investigación, así como el carácter confidencial de la misma. En una primera etapa se aplicó una encuesta (anexo No.2) previa discusión y aprobación por los autores del trabajo de acuerdo a los objetivos propuestos para la investigación. En una segunda etapa se aplicó el programa confeccionado para la intervención educativa (anexo No.3), y en una tercera etapa se aplicó nuevamente la encuesta inicial, para medir el nivel de conocimientos de las mujeres estudiadas.

Los encuentros se realizaron de forma quincenal, con una duración de 45 minutos por un período de 5 meses. Por lo que en general recibieron un total de 10 encuentros.

Desde el punto de vista inferencial se aplicó a los niveles generales de conocimientos la prueba de hipótesis para la comparación de medias, para demostrar la diferencia entre los momentos iniciales y finales del estudio, dejando visto la superioridad del segundo momento. Para ello se trabajó con la base de datos de SPSS y se aplicó en opción analizar la de comparación de medias, obteniendo para estas una probabilidad de significación (p), que al compararlas con alfa (α de significación 0,05), y al plantear las hipótesis estadísticas:

H_0 : $\mu_1 > \mu_2$ (Hipótesis nula)

H_1 : $\mu_1 < \mu_2$ (Hipótesis alternativa)

Que por ser de una cola cuando $p < 0,05$ se rechaza H_0 aplicando en este caso el método de la probabilidad marginal, y llegando a la conclusión que el momento final es superior al inicial.

Estos resultados fueron analizados para emitir conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en la investigación. Por último, se redactó un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el Departamento de Docencia Superior y Postgrado.

Problema de la investigación: Se ha observado un aumento de la conducta irresponsable ante la sexualidad en las mujeres de nuestra comunidad, asociado a importantes consecuencias sociales y de salud.

Hipótesis de la investigación: Si se aplica un Programa de Intervención Educativa sobre el VIH/SIDA, se elevará el nivel de conocimientos en las mujeres; favoreciendo estilos de vida saludables y la disminución de conductas sexuales de riesgo.

Definiciones operacionales:

Variable	Tipo	Operacionalización	
		Escala	Descripción
Grupos de Edad	Cuantitativa Intervalo	20-24 25-29 30-34 35-39 40-45	Según último año de edad cumplido.
Escolaridad	Cualitativa Ordinal	Primaria Secundaria Preuniversitario Técnico medio Universitario	Según último año escolar terminado
Formas o vías de infectarse con VIH/SIDA	Cualitativa Nominal	Sábanas o ropas de cama. Servicio sanitario. Relaciones sexuales sin protección (Anal, vaginal u oral). Besos o caricias. Cubiertos. Juegos sexuales. Sangre infectada. De la madre a su hijo. Por una picada de mosquito.	Según criterio del encuestado
Formas de protegerse la mujer para no adquirir	Cualitativa Nominal	Teniendo sexo sin penetración. Teniendo sexo con	Según criterio del encuestado

VIH/SIDA		<p>su pareja estable sin preservativo.</p> <p>Abstinencia sexual.</p> <p>Exigiendo el uso del condón en todas las relaciones sexuales con penetración.</p> <p>Estabilidad en la pareja no es sinónimo de fidelidad.</p> <p>Relaciones sexuales sin protección (anal, vaginal u oral).</p>	
Riesgos a los que se expone una embarazada con VIH.	Cualitativa Nominal	<p>Tener un bebe seropositivo al VIH.</p> <p>El embarazo acelera el proceso de infección por VIH.</p> <p>Se incrementa la posibilidad de adquirir alguna enfermedad o infección que ponga en peligro su vida.</p>	Según criterio del encuestado

<p>Riesgos a los que se exponen los hijos de madres seropositivas</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>Pueden contraer la enfermedad. Tener ellos en un futuro hijos seropositivos. Quedarse huérfanos tempranamente. Tener un desarrollo anormal. Sufren discriminación por ser hijos de madres seropositivas.</p>	<p>Según criterio del encuestado</p>
<p>Factores biológicos que hacen vulnerable a la mujer al VIH.</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>El semen tiene más VIH que los fluidos vaginales. Las secreciones vaginales permanecen más tiempo en el pene. Las adolescentes y adultas en etapas posmenopáusicas, tienen la mucosa vaginal más permeable al VIH. Desgarros y sangramientos durante relaciones sexuales.</p>	<p>Según criterio del encuestado</p>

Factores culturales que hacen vulnerable a la mujer al VIH.	Cualitativa Nominal	A la mujer le da pena exigir una relación sexual con responsabilidad. No le dan derecho a comprar condones en las farmacias. No exigen ni proponen el uso del condón. El rechazo masculino del condón es mas frecuente en las relaciones estables. No tienen confianza con su pareja. La violencia sexual.	Según criterio del encuestado
Responsabilidad del uso del condón.	Cualitativa Nominal	Mujer. Hombre. Ambos.	Según criterio del encuestado
Nivel de conocimientos generales sobre VIH/SIDA en mujeres.	Cualitativa de razón	Excelentes Buenos Regulares Malos	Según escala de evaluación. Anexo-4

Recursos Humanos

Una Licenciada en enfermería como autora.

Una Especialista de Primer Grado en MGI y Máster en Atención Integral a la Mujer como tutora.

Un Especialista de Primer Grado en MGI y Máster en Atención Integral a al Niño como asesor.

Una Licenciada en Psicología.

Una Licenciada en Español.

Dos promotores del CMEPS de Morón.

Recursos Materiales

1 500 Hojas de papel.

5 Bolígrafos.

5 Lápices.

1 Calculadora Solar.

1 Computadora.

1 Impresora.

1 Video

1 Televisor

Intervención para elevar el nivel de conocimientos sobre VIH/Sida en mujeres del CMF-19 del policlínico Norte de Morón.

Tabla No-1: Distribución de las mujeres estudiadas según grupos de edad. Consultorio # 19. Área Norte de Morón. Marzo 2006-Marzo 2007.

Grupos de Edad	Total	
	No	%
20-24	18	22.5
25-29	26	32.5
30-34	19	23.7
35-39	10	12.5
40-45	7	8.7
TOTAL	80	100

n=80

Fuente: Encuesta.

Con respecto a las mujeres encuestadas del consultorio No. 19 perteneciente al Consejo Popular del área de salud Norte del municipio Morón (tabla No. 1). De un total de 80 mujeres encuestadas, el 32.5 % están en el grupo de edades de 25 a 29 años y tienen una. Seguidos en orden de frecuencia de los grupos de 30-34 años cumplidos para un 23.7% lo cual coincide con otros estudios realizados como los de la Dra. Alena Roselló Izquierdo, donde el 70% de las mujeres encuestadas se encontraban en un rango de edad de 30 años y más. ⁽⁴⁰⁾

Tabla No-2: Distribución de las mujeres estudiadas según grado de escolaridad.

Consultorio # 19. Área Norte de Morón. Marzo 2006-Marzo 2007.

Nivel de escolaridad	Total	
	No.	%
Primaria	5	6.25
Secundaria	26	32.5
Técnico Medio	20	25.0
Preuniversitario	17	21.2
Universitario	12	15.0
Total	80	100

n=80

Fuente: Encuesta.

La tabla No. 2 expresa la distribución de las mujeres según niveles de escolaridad. Del total de la muestra (80), el 32.5% (26 mujeres) tienen el nivel secundaria vencido, seguidos por 25.0% (20 encuestadas) que tienen el técnico medio vencido. Datos que coinciden con los Dr. Alexey Ledesma Gonzáles en el municipio Boyeros donde plantea que el 87.0% de las encuestadas tenían la secundaria básica terminada.⁽⁴¹⁾

Tabla No. 3: Distribución de la población encuestada según opiniones sobre formas de infectarse con el VIH/SIDA antes y después de la intervención.

Consultorio # 19. Área Norte de Morón. Marzo 2006-Marzo 2007.

Formas de infectarse	Antes		Después	
	No	%	No	%
Sábanas o ropa de cama	4	5.0	0	0
Servicio sanitario.	3	3.7	0	0
Relaciones sexuales sin protección (anal, vaginal u oral).	18	22.5	80	100
Besos o caricias	4	5.0	2	2.5
Cubiertos.	2	2.5	0	0
Juegos sexuales.	35	43.8	6	20.0
Sangre infectada.	71	88.7	79	98.7
De la madre a su hijo.	38	47.0	30	37.5
Por una picada de mosquito.	14	75.0	3	2.6

n=80

Fuente: Encuesta.

En la tabla No-3 muestra la distribución de las mujeres según sus opiniones sobre las formas de infectarse con el VIH/SIDA, antes y después de la intervención. Donde pudimos constatar que antes de la intervención las vías que más conocían como probable fuentes de infección eran en orden descendente, las relaciones sexuales sin protección para un 100% la sangre infectada para un 88.7%, seguida de la transmisión de madre a hijo para un 47.0% y de juegos sexuales para un 43.8%. Datos estos que coinciden con los estudios realizados la Dra. Yaice Ortiz Maza. ⁽⁴²⁾ Luego de la intervención logramos un aumento del nivel de conocimientos, pues reconocieron como vía de infección a la sangre infectada en un 98.7%.

Tabla No. 4: Distribución de las Mujeres encuestadas sobre formas de protegerse para no adquirir la infección por VIH/SIDA antes y después de la intervención.

Consultorio # 19. Área Norte de Morón. Marzo 2006-Marzo 2007.

Formas de protegerse	Antes		Después	
	No	%	No	%
Relaciones sexuales sin penetración.	38	47.5	76	95.0
Relaciones sexuales con pareja estable sin condón.	32	40.0	39	48.7
Abstinencia sexual.	19	23.7	78	97.5
Exigir condón en todas las relaciones sexuales con penetración.	68	85.0	80	100
Asumir que la estabilidad de pareja no es sinónimo de fidelidad.	31	38.7	2	2.5
Relaciones sexuales sin protección (anal, vaginal u oral).	18	22.5	-	-

n=80

Fuente: Encuesta.

El reconocimiento por las mujeres encuestadas sobre formas de protegerse para no adquirir la infección por el VIH/SIDA antes y después de la intervención (tabla No. 4). Del total de los encuestados (80), el 85.0% (68 mujeres) refirieron antes de la intervención que una forma de protección es exigiendo el uso del condón en todas las relaciones sexuales con penetración. Después de la intervención educativa el 100% de las mujeres reconocen que la forma de protegerse contra el VIH/SIDA es

"exigiendo el uso del condón en todas las relaciones sexuales con penetración", seguido por el 100% (80 mujeres) que refirieron "abstinencia sexual" y el 95.0 % (76mujeres) refirieron "teniendo relaciones sexuales sin penetración". Lo cual coincide con otros estudios realizados como el de la Dra.Yaice Ortiz Maza.⁽⁴²⁾.

Tabla No. 5: Distribución de la población femenina encuestada antes y después de la intervención sobre cuáles son los riesgos que está expuesta una embarazada siendo positiva al VIH.

Consultorio # 19. Área Norte de Morón. Marzo 2006-Marzo 2007.

Riesgos de la embarazada positiva al VIH	Antes		Después	
	No	%	No	%
Tener un bebe seropositivo al VIH.	74	92.5	76	95.0
El embarazo acelera el proceso de la infección por VIH.	53	66.2	40	50.0
Incremento de la posibilidad de infección o enfermedad que ponga en peligro su vida.	76	95.0	32	40.0

n=80

Fuente: Encuesta.

El riesgo que está expuesta una embarazada siendo positivo al VIH (tabla No. 5). Del total de las mujeres encuestadas (80), el 92.5% (74 encuestadas) refirieron que "tener un bebé que sea seropositivo al VIH" es un riesgo al que se expone una embarazada seropositiva (antes) y después de la intervención es referida por 76 mujeres para un 95.0%. Datos que hemos encontrado en otros estudios como el de C.M. Oñate Castellanos. ⁽³⁹⁾

Tabla No. 6: Distribución de la población femenina encuestada antes y después de la intervención sobre cuáles son los riesgos a que están expuestos los hijos de una mujer positiva al VIH.

Consultorio # 19. Área Norte de Morón. Marzo 2006-Marzo 2007.

Riesgos de los hijos de una mujer positiva al VIH	Antes		Después	
	No	%	No	%
Pueden contraer la enfermedad	68	85.0	78	97.5
Tener en un futuro ellos, hijos seropositivos	42	52.5	39	48.7
Quedarse huérfanos tempranamente	74	92.5	76	95.0
Tener un desarrollo anormal	28	35.2	10	12.5
Sufren discriminación por ser hijos de madres con VIH	53	66.2	46	57.5

n=80

Fuente: Encuesta.

En la tabla No. 6 expresa la distribución de las mujeres encuestadas sobre la opinión de cuáles son los riesgos que están expuestos los hijos de mujeres seropositivas al VIH tanto antes como después de la intervención. De las 80 mujeres encuestadas el 92.5% (74) refirieron antes de la intervención que "quedarse huérfano tempranamente, es decir antes de la adolescencia" y el 85.0% (68) refirieron que "pueden contraer la enfermedad" constituyen los riesgos por la que un niño está expuesto cuando su mamá es sero positiva. Datos que encontramos en otras investigaciones sobre este tema como las de A gala González. ⁽³⁴⁾ Después de la intervención educativa 78 mujeres para un 97.5% y 76 para un 95.0% refirieron que los riesgos a los que se expone el niño de madre sero positiva son que "pueden contraer la enfermedad" y "quedarse huérfanos tempranamente, es decir antes de la adolescencia" respectivamente.

Tabla No. 7: Distribución de la población femenina encuestada antes y después de la intervención según factores biológicos que hacen a la mujer vulnerable al VIH.

Consultorio # 19. Área Norte de Morón. Marzo 2006-Marzo 2007.

Factores biológicos que hacen a la mujer vulnerable al VIH	Antes		Después	
	No	%	No	%
El semen tiene más VIH que los fluidos vaginales	70	87.5	78	97.5
Las secreciones vaginales permanecen más tiempo en el pene.	24	30.0	5	6.25
La mucosa vaginal de las adultas posmenopáusicas y las adolescentes es más permeable al VIH	60	75.0	79	98.7
El semen permanece más tiempo en la vagina	53	66.2	80	100
Desgarros y sangramientos durante las relaciones sexuales	74	92.5	77	96.2
Tienen confianza con su pareja por ser estable	55	68.7	76	95.0
Violencia sexual	55	68.7	78	97.5

n=80

Fuente: Encuesta.

Distribución de las encuestadas según conocimientos acerca de los factores biológicos que hacen a las mujeres vulnerables al VIH antes y después de la intervención (tabla No. 7). Del total de las encuestadas 80 mujeres, el 92.5% (74) refirieron que les "desgarros y sangramientos durante las relaciones sexuales", seguidos por el 87.5% (70 encuestadas) y el 75.0% (60) refirieron que "El semen permanece más tiempo en la vagina" y que "el semen contiene más VIH que los fluidos vaginales" (antes) , lo cual coincide con los estudios realizados por la Dra.Yaice Ortiz Maza ⁽⁴²⁾ y después de la intervención las mujeres refieren que los factores biológicos que las hacen vulnerable sen "el semen permanece más tiempo

en la vagina" 80 (100%), "las adolescentes y adultas en etapas post menopáusicas tienen la mucosa vaginal más permeable al VIH" fueron referidas por 79 para un 98.7% y "Desgarros y sangramientos durante las relaciones sexuales" fue expresado por el 96.2 % que representan 77 mujeres encuestadas. Lo cual coincide con estudios que se han encontrado en la bibliografía consultada como lo referido por el autor García Sánchez. ⁽⁴³⁾

Tabla No.8: Distribución de las Mujeres encuestadas según conocimiento antes y después de la intervención sobre factores culturales que hacen a las mujeres vulnerables al VIH.

Consultorio # 19. Área Norte de Morón. Marzo 2006-Marzo 2007.

Factores culturales que hacen a la mujer vulnerable al VIH	Antes		Después	
	No	%	No	%
Vergüenza a exigir relaciones sexuales con responsabilidad.	29	36.3	75	93.7
No le dan derecho a comprar preservativos en la farmacia.	17	21.3	2	2.5
No exigen, ni proponen el uso del condón.	75	93.7	80	100
El rechazo masculino del condón es más frecuente en las relaciones estables.	62	77.5	68	85.0
Tiene confianza en su pareja por ser estable.	38	47.5	50	6.3
Violencia sexual.	38	47.5	73	91.3

n=80

Fuente: Encuesta.

Con respecto a la distribución de las mujeres encuestadas según conocimientos antes y después sobre los factores culturales que la hacen vulnerable ante la infección por el VIH/SIDA (tabla No. 8), del total de las mujeres encuestadas, el 93.7% (75 mujeres) refirieron (antes) que "ellas no exigen y ni proponen el uso del condón" y después de la intervención es referido por el 100% (80 mujeres), seguido por el 93.7 % (75) las que refieren "que la mujer le da vergüenza exigir una relación sexual con responsabilidad" y 73 mujeres para un 91.3% refieren que un factor cultural es "la violencia sexual" que existe con la mujer. Estudios que coinciden con los realizados por la Dra.Yaice Ortiz Maza. ⁽⁴²⁾

Tabla No.9: Distribución de las encuestadas según opinión sobre responsabilidad del uso del condón, antes y después de la intervención.

Consultorio # 19. Área Norte de Morón. Marzo 2006-Marzo 2007.

Responsabilidad del uso del condón	Antes		Después	
	No	%	No	%
De la mujer	4	5.0	1	1.2
Del hombre	3	3.7	2	2.5
De ambos	78	97.5	79	98.7

n=80

Fuente: Encuesta.

En la tabla No. 9 podemos apreciar como las mujeres reconocen tanto antes como después de la intervención quienes son los responsables del uso del condón. Del total de encuestadas el 97.5% (78) refirieron (antes) que la responsabilidad es de ambos sexo y después es referida por el 98.7% que representan 79 mujeres encuestadas. Es bueno destacar que después de la intervención solamente 2 mujeres para un 2.5% son las que mantienen el criterio de que la responsabilidad es solamente del Hombre y solo 1 mujer mantiene el criterio de que la responsabilidad es solo de la mujer para 1.2%, lo cual no tiene significación estadística.

Tabla No.10: Distribución de las mujeres encuestadas según la evaluación de los conocimientos sobre VIH/SIDA, antes y después de la intervención.

Consultorio # 19. Área Norte de Morón. Marzo 2006-Marzo 2007.

Conocimientos generales	Antes		Después	
	No	%	No	%
Excelentes	-	-	12	15.0
Buenos	25	31.2	61	76.3
Regulares	38	47.5	7	8.7
Malos	17	21.2	-	-
Total	80	100	80	100

n=80

Fuente: Encuesta.

En la tabla No-10 tenemos que antes de la intervención los conocimientos regulares representaban un 47.5% de (38 mujeres), y malos (17 mujeres), para un 21.2%. Luego de la intervención tenemos que eliminamos los malos conocimientos, y los buenos aumentaron un 76.3%, los regulares disminuyeron a un 8.7%, y obtuvimos resultados excelentes para un 15.0%

Al analizar los valores de esta tabla en la escala de 0-100 puntos y calcular la media inicial $x_1 = 64,54$ con una desviación estándar de 16,47 y la final $x_2 = 85,33$ con una desviación estándar de 4,60 lo cual indicó a simple vista que el valor de la segunda media se movió en un rango más pequeño. Al plantear las hipótesis estadísticas $H_0 = \mu_1 > \mu_2$ y $H_1 = \mu_1 < \mu_2$ y según el SPSS $p = 0,000 < 0,05$, por tanto al aplicar el método de la probabilidad marginal se rechazó H_0 dejando la evidencia de la superioridad del segundo momento para un 95% de confiabilidad.

En nuestra investigación aumentó significativamente el nivel de conocimientos en las mujeres sobre el VIH/Sida. Siendo relevante el hecho de que predominaron las mujeres del grupo de edad de 25 a 29 años y 30 a 34, un 32.5% estaban graduados de secundaria básica y un 98.7% declararon la sangre infectada era una de las vías de infección más frecuente del VIH/SIDA., y la forma de protegerse contra esta enfermedad era exigiendo el uso del condón en todas las relaciones sexuales con penetración para un 100%; además refirieron que los riesgos a los que se exponían una madre siendo seropositiva era tener un bebe seropositivo al VIH, para un 95.0%; en cuanto a los riesgos a los que se exponían los hijos de madres seropositivas, tenemos que era el hecho de contraer la enfermedad para un 97.5% y los factores biológicos y culturales que hacen a la mujer más vulnerable al VIH tenemos que el semen permanece más tiempo en la vagina, para un 100% y que no exigen ni proponen el uso del condón para un 100%. Antes de la Intervención Educativa pudimos constatar

que existía un nivel de conocimientos deficiente sobre el VIH/Sida en las mujeres estudiadas, variables que como se puede apreciar alcanzaron un nivel de conocimientos suficiente, luego de la Intervención Educativa comprobándose dadas sus respuestas antes-después los beneficios de dicha estrategia al adquirir conocimientos sobre, formas o vías de infección, formas de protección, riesgos a los que se expone una embarazada siendo positiva al VIH, riesgos a los que se exponen los hijos de mujeres seropositivas, factores biológicos y culturales que hacen a las mujeres más vulnerables al VIH/SIDA, así como la responsabilidad del uso del condón. Se evalúa de satisfactoria y enriquecedora esta experiencia.

- Incrementar acciones de promoción sobre educación sexual en las mujeres con la participación de la familia y la comunidad, para disminuir el VIH/SIDA en la mujer y favorecer estilos de vida adecuados.

BIBLIOGRAFIA

- 1- CDC. HIV/AIDS Surveillance Report. 2004; 13(2).
- 2- L. Valleroy, O. MacKellar, J. Karon, R. Janssen, et al. HIV Infection in Disadvantaged Out-of-School Youth: Prevalence for U.S. Job Corps Entrants, 1990 through 1996. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005; 19:6773.
- 3- L. Valleroy, O. MacKellar, J. Karon, et al. HIV Prevalence and Associated Risks in Young Men Who Have Sex With Men. *JAMA* 2004;284(2):198-204.
- 4- COCo HIV Incidence Among Young Men Who Have Sex With Men - Seven U.S. Cities, 1994-2000. *MMWR* 2005 ;50:440-444.
- 5- L. Lee, P. Fleming. Trends in HIV Diagnoses Among Women in the United States, 1994-1998. *JAMA* 2006;56(3):9499.
- 6- National Center for Health Statistics. National Vital Statistics Report. 2004; 50(16).
- 7- A. McNaghten, O. Hanson, M. Oworkin, et al. Inequities Between Gender and Racial Groups in Prescription of Highly Active Antiretroviral Therapy. COC, Atlanta, GA. Abstract ThPeB5286. XIII International Conference on AIDS, 2004; Durban, South Africa.
- 8- U.S. Census Bureau. Poverty Status of the Population in 1999 by Age, Sex, and Race and Hispanic Origin: March 2007.
- 9- T. Oiaz, S. Chu, J. Buehler, et al. Socioeconomic Differences Among People with 10- CDC. HIV/AIDS Among Racial/Ethnic Minority Men Who Have Sex with Men- United States, 1989-1998. *MMWR* 2005; 49:411.
- 11- COCo HIV/STD Risks in Young Men Who Have Sex With Men Who Do Not Disclose Their Sexual Orientation - Six U.S. Cities, 1994-2000. *MMWR* 2006; 52; 81-100.
- 12- S. Hader, O. Smith, J. Moore, S. Holmberg. HIV Infection in Women in the United States: Status at the Millennium. *JAMA* 2004; 285(9): 1186-1192.

- 13- H. Amaro. Love, Sex and Power: Considering Women's Realities in HIV Prevention. *Am Psycho*/2005; 50(6):437-447.
- 14- B. Leigh, R. Stall. Substance Use and Risky Sexual Behavior for Exposure to HIV: Issues in Methodology, Interpretation and Prevention. *Am Psycho*/ 2003; 48(10):1035-1045.
- 15- COCo Sexually Transmitted Disease Surveillance 2004.
- 16- J. Fleming, J. Wasserheit. From Epidemiological Synergy to Public Health Policy and Practice: The Contribution of Other Sexually Transmitted Diseases to Sexual Transmission of HIV Infection. *Sex Transm Infect* 2000; 175:3-17.
- 17- Acevedo García 1, Alvarez Ramirez S, Cancio Enriquez 1, Hernández Pesans O, Duque Santana 1, Guillard Limonta NR y et al. Manual para promotoras de Salud. Ministerio de Salud Publica, 2004: 11-54.
- 18- Centers for Disease Control and Prevention. HIV Infections in U.S. Newborns Decline 80 Percent Since 2004. CDC Office of Communications, 5 de agosto de 2004, consultado: 14 de junio de 2004, www.cdc.gov/od/media/pressrel/r020707b.htm.
- 19- Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS Surveillance Report 2004, volumen 14, www.cdc.gov/hiv/stats/hasrlink.htm.
- 20- Centers for Disease Control and Prevention. Routine Perinatal Testing: The Opt-Out Approach. CDC, 5/04, consultado: 14 de junio de 2004, www.cdc.gov/hiv/pubs.
- 21- Centers for Disease Control and Prevention. Public Health Service Task Force Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV-1 Transmission in the United States. 26 de noviembre de 2004, consultado: 14 de junio de 2004, www.aidsinfo.nih.gov/guidelines/perinatal/PER_112603.pdf
- 22- World Health Organization. Nevirapine for the Prevention of Mother to Child Transmission of HIV. OMS, julio de 2005, consultado: 17 de junio de 2005, www.who.int/reproductive-health/rtis/nevirapine.htm .
- 23- U.S. Department of Health and Human Services. HIV/AIDS Statistics. National Institute of Allergy and Infectious Diseases, enero de 2004, consultado: 15 de junio de 2004, www.niaid.nih.gov/factsheets/aidsstat.htm.

- 24- Working Group on Antiretroviral Therapy and Medical Management of HIV Infected Children. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection, 20 de enero de 2004, www.aidsinfo.nih.gov.
- 25- American Academy of Pediatrics. Human Immunodeficiency Virus Infection. Red Book 2006 Report of the Committee on Infectious Diseases. Elk Grove, IL, 2006.
- 26- Ortega Gonzáles LM. Infecciones por virus de la inmunodeficiencia humana. En Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra 1, Lemus, Lago ER, Batista Moliner R. Temas de Medicina General Integral. Editorial de Ciencias Médicas. La Habana 2001. V-II: 417-421.
- 27- Info Red SIDA. Nuevo México. La nutrición del PVVIH. WWW.aidsinfont.org/organford.html. 1998:600.
- 28- El VIH pone en peligro la vida de los jóvenes africanos. Network en español. Family Health Internacional, 2000; 20(3)
- 29- Rodríguez F. El SIDA avanza. BOLIPK. La Habana Julio 2000; 10(30):237.
- 30- Robinson ET. 33 millones de personas infectados por el VIH. Network en Español. Family Health Internacional, 2000; 20(1):2.
- 31- Pedrosa P. Alerta OMS sobre peligroso vínculo entre el SIDA y la Tuberculosis. BOLIPK. La Habana Marzo 2001; 11 (12):90-91.
- 32- Rodríguez F. La pandemia de SIDA sigue sin detenerse. BOLIPK. La Habana Agosto 2000; 10(32):251.
- 33- MINSAP. Dirección Nacional de Epidemiología. Reunión VIH/SIDA/JITS. Municipios más afectados en Cuba. La Habana 24 Mayo del 2002.
- 34- Gala González A. Nuevos orígenes de las infecciones del SIDA BOLIPK. La Habana Julio 2002; 9(26):204-205.
- 35- Roses M. Diez países de América Latina logran rebajar en medicamentos contra el SIDA. OPS. Washington, 12 junio del 2003 (reuters) En: INFOMED Red telefónica de Salud en Cuba. Junio 2003; 10(162): 3-4.
- 36- Petracci M, Muraro H. Circuitos comunicacionales de información sobre los modos de contagio y de prevención del VIH/SIDA. <http://www.ctv.es/USERS/fpardo/vih1.htm>. 2000: 62.

- 37- Kornblit A, Jiménez L, Méndez Díaz A, Petracci M y Vujosevich J. El SIDA está entre nosotros. Editorial Corregidor; Buenos Aires 2005: 55-56.
- 38- Gogna M, Pantelides E y Ramos S. Las enfermedades de transmisión sexual: Género, salud y sexualidad. Panamá 2000. Cuaderno Cenep. 52: 55-56.
- 39- Castellanos Oñate CM, Vera Noda CR, Gutiérrez Venegas P, Escobar Gómez R. Educación sexual en un grupo de estudiantes secundarios. Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16(1):31-8.
- 40- Roselló Izquierdo Alena. Conocimiento sobre las ITS VIH/SIDA en trabajadores de la construcción del municipio Morón. Morón, 2006.
- 41- Ledesma González A. Conocimiento y percepción de riesgo en relación a las ITS/SIDA. Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integrar. Boyeros, Ciudad Habana. 2003.
- 42- Ortiz Maza Yaice. La mujer. Vulnerabilidad y su relación con el VIH/SIDA. Morón, 2006.

ANEXOS

(1)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____

Con Carné de identidad: _____

Me comprometo a participar en el estudio que realizará la Lic.
_____ sobre el VIH/SIDA. He sido debidamente informada
de los perjuicios y beneficios que este traen para mi salud actual.

FIRMA DEL PACIENTE: _____.

FIRMA DEL MÉDICO _____

FIRMA DEL TESTIGO: _____

Fecha: _____.

ANEXO # 2

Encuesta

Mujer, tu participación en este proyecto será muy útil para tu vida. Necesitamos que respondas cada una de las preguntas cuidadosamente, después de leerlas y pensar cual es la mejor respuesta y cual es tu criterio personal. Después recibirás una capacitación para aprender más sobre el tema del VIH/SIDA (Marcar las respuestas con una o más X si fuera necesario).

NO ES IMPRESCINDIBLE QUE ESCRIBAS TU NOMBRE.

1) Edad: _____ años.

2) ¿Cuál es tu nivel escolar?

2.1-Primaria

2.2-Secundaria

2.3- Técnico Medio

2.4-Universitario

3) ¿Cuáles son las vías por la que una mujer se puede infectar?

3.1- __ Sábanas o ropa de cama

3.2- __ Servicio sanitario

3.3- __ Relaciones sexuales sin protección (anal, vaginal u oral)

3.4- __ Besos o Caricias

3.5- __ Cubiertos

3.6- __ Juegos Sexuales

3.7- __ Sangre infectada

3.8- __ De la madre a su hijo

3.9- __ Por una picada de un mosquito.

4) ¿Cómo una mujer se puede proteger para no adquirir la infección por el VIH?

4.1- __ Teniendo relaciones sexuales sin penetración.

- 4.2- Teniendo relaciones sexuales con su pareja estable sin preservativo.
- 4.3- Abstinencia sexual
- 4.4- Exigiendo el uso del condón en todas las relaciones sexuales con penetración.
- 4.5- Asumir que la estabilidad de la pareja no es sinónimo de fidelidad.
- 4.6- Relaciones sexuales sin protección (anal, vaginal u oral)

5) ¿Cuáles son los riesgos que está expuesta una embarazada siendo positiva al VIH?

- 5.1- Tener un bebé que sea seropositivo al VIH.
- 5.2- El embarazo acelera el proceso de la infección por el VIH.
- 5.3- Se incrementa la posibilidad de adquirir alguna enfermedad o infección que ponga en peligro su vida.

6) ¿A cuales riesgos están expuestos los niños de madres seropositivas al VIH?

- 6.1- Pueden contraer la enfermedad.
- 6.2- Tener ellos en un futuro hijos seropositivos.
- 6.3- Quedarse huérfanos tempranamente, es decir antes de la adolescencia.
- 6.4- Tener un desarrollo anormal.
- 6.5- Sufren de discriminación y estigma por ser hijos de madres seropositivas

7) ¿Cuales son los factores biológicos que hacen vulnerable a la mujer?

- 7.1- El semen contiene más VIH que los fluidos vaginales.
- 7.2- Las secreciones vaginales permanecen más tiempo en el pene.
- 7.3- las adolescentes y adultas en etapas post menopáusica tienen la mucosa vaginal más permeable al VIH
- 7.4- El semen permanece más tiempo en la vagina.
- 7.5- Desgarros y sangramientos durante las relaciones sexuales.

8) ¿Cuáles son los factores que hacen a la mujer culturalmente vulnerable?

- 8.1- Que la mujer le da vergüenza exigir una relación sexual con responsabilidad.
- 8.2- No le dan derecho a comprar preservativo en la farmacia.

8.3- __ No exigen y ni proponen el uso del condón.

8.4- __ El rechazo masculino al condón más frecuente en la relación sexual estable.

8.5- __ No tienen confianza con su pareja, por ser estable, no siempre es fiel.

8.6- __ La violencia sexual.

9) El uso del condón o preservativo es solo responsabilidad de:

9.1 De la mujer.

9.2 Del hombre.

9.3 De ambos.

10) ¿Usted exige el uso del condón?

10.1 __ Algunas veces

10.2 __ En todas las relaciones sexuales

10.3 __ Nunca

Anexo 3**Programa Educativo.**

Problema	Actividad	Fecha	Tema	Sumario	Tiempo de duración	Forma organizada	Medios de enseñanza	Responsable
Sexualidad y Adolescencia	1	2-2-07	Anatomía y fisiología del Aparato reproductor.	Aspectos anatómicos del aparato reproductor masculino y femenino. Respuesta sexual humana. Ciclo menstrual.	45 minutos	Dinámica grupal	Pizarra video	Enma
	2	15-2-07	Sexo y sexualidad	Sexo y sexualidad. Concepto. Tipos de sexualidad Funciones de la sexualidad.	45 minutos	Dinámica grupal	Pizarra Video	Enma
	3	2-3-07	Sexualidad humana	Características de la sexualidad. Principios éticos y morales que lo rigen.	45 minutos	Charla	Pizarra Grabadora	Enma
VIH/SIDA	1	16-3-07	VIH/SIDA	Concepto. Vías o modo de transmisión. Factores que influyen en su vulnerabilidad.	45 minutos	Charla	Pizarra Retroproyector	Enma
	2	1-4-07	VIH/SIDA en madres y sus hijos.	Riesgos de niños de madres seropositivas. Riesgos de la embarazada seropositiva.	45 minutos	Charla	Pizarra Video	Enma

Problema	Actividad	Fecha	Tema	Sumario	Tiempo de duración	Forma organizada	Medios de enseñanza	Responsable
Planificación familiar	1	15-4-07	Anticoncepción	Concepto de anticoncepción. Tipos de métodos anticonceptivos.	45 minutos	Panel	Pizarra Video	Enma
	2	2-5-07	Métodos anticonceptivos	Indicaciones y contraindicaciones. Ventajas y desventajas de cada uno. Anticonceptivos más y menos seguros. Como usarlos y adquirirlos.	45 minutos	Panel	Pizarra Video	Enma
VIH/SIDA	1	16-5-07	El SIDA y sus caras.	Como evitar el VIH/SIDA. Como se diagnostica.	45 minutos	Cine debate	Video	Enma
Amor y responsabilidad	1	2-6-07	Relaciones de pareja	Relaciones de pareja. Selección de pareja. Comunicación entre la pareja. Valores asociados a la selección de la pareja.	45 minutos	Panel	video	Enma
Salud reproductiva	1	16-6-07	Conducta sexual de riesgo	Conducta sexual de riesgo. Concepto. Consecuencias.	45 minutos	Charla	Pizarra Video	Enma

Anexo 4

Esta escala de evaluación se realizó en base a 100 puntos para medir el nivel de conocimientos que sobre el VIH/SIDA poseen las mujeres estudiadas, por esta razón se evaluaron de la pregunta 3 a la 10.

Pregunta 3 –5 puntos

Pregunta 4-20 puntos

Pregunta 5-5 puntos

Pregunta 6-25 puntos

Pregunta 7-10 puntos

Pregunta 8-15 puntos

Pregunta 9-10 puntos

Pregunta 10-15 puntos

Se evaluaron los siguientes criterios:

De 90 a 100 puntos –excelentes conocimientos

De 80 a 89 puntos –buenos conocimientos

De 70 a 79 puntos-regulares conocimientos

Menos de 69 puntos-malos conocimientos.