

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DOCTOR. JOSÉ ASSEF YARA

Título: Intervención Educativa sobre VIH/SIDA en la población penal.

Autora: Yaimara Molina Tamayo.

CIEGO DE ÁVILA

2012

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DOCTOR. JOSÉ ASSEF YARA

Título: INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE VIH/SIDA EN LA POBLACIÓN PENAL.

TRABAJO DE TERMINACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MGI

Autora: YAIMARA MOLINA TAMAYO

Aspirante a especialista de primer grado en medicina general integral.

Tutor: Especialista en Dermatología. IVELIN VALLES LLANES

CIEGO DE ÁVILA

2012



- CUBA ES UN EJEMPLO DE VOLUNTAD POLÍTICA PARA MEJORAR LOS DETERMINANTES DE SALUD Y UN MODELO DE CÓMO PERFECCIONAR UN *SISTEMA DE SALUD CON POCOS RECURSOS.*

A mi mamá que cuidó de mí con mucho amor y esmero.

A mis hermanas y hermano que me apoyaron y me ayudaron a lo largo de todos mis estudios.

A mi tía Josefa y tío Modesto por ayudarme en el momento que más lo necesite.

A toda mi familia por confiar en mí y apoyarme a lo largo de mis estudios.

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental (antes – después) para evaluar la eficacia de una intervención educativa sobre el conocimiento del VIH/SIDA en la población penal del campamento Nadales 1 de Ciego de Ávila durante el periodo del mes de octubre del 2009. El universo y muestra de estudio lo constituyo el total de reclusos caracterizados según edad, nivel de escolaridad y conocimientos generales sobre VIH/SIDA. Se aplicó un programa educativo confeccionado según el diagnóstico obtenido. Como resultado de la intervención educativa, se obtuvo que después de la misma el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA en la población penal se incrementó positivamente y el número de reclusos con bajo nivel de conocimiento disminuyo.

Palabras Claves: VIH/SIDA

Intervención educativa

Nivel de Conocimiento

ÍNDICE

Introducción.....	
Objetivos.....	
Marco Teórico.....	
Metodología.....	
Discusión y Resultados.....	
Conclusiones.....	
Recomendaciones.....	
Referencias Bibliográficas.....	
Anexos	

A mi primo Alexander por haberme ayudado a corregir los errores de la tesis.

A mi hermano Michel por ayudarme en la impresión de la misma.

A mis profesores por la enseñanza que me dieron a lo largo de todos estos años.

En especial a mi mamá por todo el amor que me ha dado.

A mi tutora y profesora Ivelin por enseñarme a desempeñar mi profesión y desarrollar mi tesis.

A Ana Lidia por el apoyo que me ha dado siempre.

Aplicar el programa educativo en todas las instituciones penitenciarias para elevar el nivel de conocimiento sobre el tema a toda la población penal.

INTRODUCCIÓN

El final del siglo XX y el inicio del XXI se han convertido para el hombre en un fenómeno difícil de comprender y organizar, pues todo se ha vuelto muy complejo. Comenzando por el alto desarrollo tecnológico y acabando con el sin número de conflictos de todo tipo que existen en las diferentes naciones. Toda esta panorámica se hace también sumamente curiosa si entramos a analizar el curioso detalle de la aparición de una enfermedad que está marcando y determinando la vida de muchas personas y hasta de continentes completos; estamos hablando de la aparición en las últimas décadas del siglo XX del virus que produce El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH-SIDA).¹

Este síndrome se vino a sumar a un grupo ya conocido de otras Infecciones de Transmisión Sexual que aunque no están erradicadas muchas tienen cura y buen pronóstico sobre todo con un diagnóstico precoz (Sífilis, Gonorrea) o en caso contrario no comprometían la vida del paciente(Herpes Virus, Condiloma).

De aquí se comprende que el síndrome clínico que produce la infección y evolución del virus tenga gran repercusión al no conocerse cura alguna, de manera que hoy contamos solo para controlar esta situación con la prevención del contagio de la enfermedad.

Entre 2000 y 2020 en los 45 países más afectados fallecerán por causa del SIDA 68 millones de personas, lo que equivale a más de cinco veces los 13 millones de defunciones producidas en las dos décadas de la epidemia en esos países. De los 6 millones de personas en países del mundo en vías de desarrollo que necesitan tratamiento con fármacos antirretrovirales tan sólo 230.000, eso es menos del 4%, estaban recibéndolo a final de 2001. En los países de ingresos elevados, donde se estima que recibían tratamiento antirretroviral 500.000 personas, en 2001

fallecieron por SIDA 25.000 personas. En África, no obstante, donde solamente unas 30.000 personas de los 28,5 millones de individuos infectados recibían terapia antirretrovirales, el SIDA se cobró la vida de 2,2 millones de personas.²

En el mundo al cierre del 2007 había 45 millones de personas infectadas con el virus del sida. La situación se presenta especialmente dramática en África, con 32.2 millones de infectados siendo el sur del Sahara el más comprometido.²

El número de los portadores del virus de inmunodeficiencia adquirida ha crecido en todas las regiones de la tierra y en algunos países del sudeste de Europa o América central los casos nuevos han aumentado desde el 2004 en un 40%. Tan sólo en el año 2004, unos 4,9 millones contrajeron en el mundo entero la infección y en el mismo período fallecieron de sida unos 3,1 millones, advirtieron los expertos. Están particularmente afectados los niños, entre los que se calcula el número de enfermos menores de quince años en 2,2 millones, de los que el 85% vive en regiones subsaharianas.

Muchos de los 1 800 niños que a diario cogen la infección la contraen a través de sus madres durante el embarazo o durante el nacimiento. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida tiene como consecuencia que se crea toda una generación de niños huérfanos, en el mundo hay unos 15 millones de huérfanos debido al sida.³

Los expertos prevén que para el 2010 el número de huérfanos en África subsahariana ascenderá a unos 18 millones. Esos niños, en su gran mayoría, viven con familiares o tienen que mantenerse a sí mismos y a sus hermanos, mientras que tan sólo un 10% obtienen subsidios estatales.⁴

Toda esta espeluznante estadística se sigue desatando en un mundo donde es un hecho la deficiente preparación de los jóvenes para la vida de pareja y la familia,

existiendo inestabilidad en las relaciones interpersonales en este sentido, por lo que el cambio frecuente de pareja y las relaciones sexuales desprotegidas son elementos que apuntan al continuo aumento de la pandemia.

Un estudio realizado de 1996 al 2001 sobre el Comportamiento Sexual de la Población cubana que se dio a conocer en el I Foro de ITS/VIH/SIDA de América Latina y el Caribe, celebrado en nuestro país en el 2002 arrojó que hay un cambio positivo en la incorporación del condón en los hombres que tienen sexo con hombres (HSH).⁵

En Cuba en los últimos cuatro años se han incrementado la notificación de casos VIH positivos en el grupo de recluso pesquisa con un total de 243 casos representando el 16 % de la epidemia en general. Nuestra provincia no se queda atrás de este incremento, notificándose 12 casos en los últimos 4 años para un total de 23 reclusos, desde que comenzó la epidemia. Constatando, entre los notificados, un bajo nivel de conocimiento sobre el tema cuando se le confeccionó la historia epidemiológica. Planteándose como hipótesis si se aplicara una intervención educativa sobre VIH/SIDA, se incrementarían positivamente los conocimientos de dicha entidad en los reclusos de la población penal del campamento Nadales 1.

Debido a todo lo antes expuesto se decidió realizar una intervención educativa en la población penal del campamento Nadales 1 con el objetivo de evaluar el impacto de una intervención educativa sobre el VIH/SIDA durante el periodo de enero a octubre del 2009, para aumentar el nivel de conocimiento del tema y lograr que los mismos tengan relaciones sexuales más productivas, responsables y maduras.

Objeto de estudio: Población penal del campamento Nadales 1.

Campo de estudio: El nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA de la población penal del campamento Nadales.

OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar la utilidad de una intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en la población penal del campamento Nadales 1

Objetivos Específicos

- Caracterizar la población penal encuestada en cuanto a edad y nivel de escolaridad.
- Determinar los conocimientos sobre el tema que poseen los reclusos antes y después de la intervención educativa.
- Evaluar de forma general la aplicación de la intervención educativa en aceptable, medianamente aceptable e inaceptable.

MARCO TEÓRICO

Las primeras memorias reportadas se encuentran en los resultados obtenidos de estudios posteriores de sueros almacenados en bancos de sangre, descubrieron que en grupos humanos aislados de África Central ya había casos de personas infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), en la década de los cincuenta.¹ Los primeros casos reportados se notificaron en Los Ángeles, California por reportes de M.S Gotlied que publicó junto a otros cinco casos de homosexuales portadores de neumonía por un germen oportunista, el protozoario *Pneumocistis Carinii*, y luego fueron publicados otros veintiséis casos de homosexuales con Sarcoma de Kaposi asociado en su mayoría a infecciones oportunistas.

Ya ha inicios de el año 1982 el número de casos ascendía de manera alarmante por lo que las autoridades sanitarias comenzaron a investigar, llegando a la conclusión que era una enfermedad transmisible por vía sexual y sanguínea, que afectaba en su mayoría a homosexuales y cursaba con síntomas de inmunodeficiencia; llamándose por esta causa en sus inicios Síndrome del gay o Inmunodeficiencia relacionada con el gay.²

De esta manera la enfermedad producida por un virus (Virus de Inmunodeficiencia Humana) se ha convertido en uno de los problemas de salud más serios en nuestra sociedad.

Ahora sería muy ilustrativo tener un acercamiento a como se ha ido comportando la enfermedad a través de algunos años aislados desde finales del pasado siglo hasta el principio de este:

En el año 1991 a diez años de la descripción por primera vez de dicha enfermedad había diez millones de personas que estaban infectados; 6 millones en África, dos

millones en América, un millón en Asia y Oceanía y medio millón en Europa. De ellos seis millones eran hombres y cuatro millones eran mujeres.³

Luego de la fecha antes mencionada la enfermedad fue evolucionando de la siguiente manera por años:

1993 – Más de tres millones de personas quedaron infectadas con el virus en el mundo, lo que equivalía a más de 10 mil infecciones diarias.

1994 – El SIDA se convierte en la principal causa de muerte para la población de Estados Unidos entre 25 y 44 años. Desde el inicio de la infección, 400 mil personas en ese país habían desarrollado la enfermedad y 250 mil habían muerto.

1998 – En América Latina y el Caribe se estima que aproximadamente 65 mil individuos entre 15 y 24 años fueron infectados con HIV (UNAIDS, 1999).

1999 – Según el Grupo de Trabajo sobre HIV/SIDA de la Organización Mundial de la Salud, para fines de 1999, existían 1.3 millones de adultos y niños viviendo con HIV/SIDA en toda América Latina. De este total viven en Argentina 130 mil, en Chile mil ochocientos, en El Salvador 19 mil, en México 150 mil, en República Dominicana 130 mil, en Colombia 71 mil, en Cuba mil novecientos cincuenta y en Venezuela 62 mil.

2001 – Cinco millones de personas contrajeron el virus. En América Latina y el Caribe unas 200.000 personas se contagiaron en 2001, según un informe de ONUSIDA. Los resultados a fin de este año, señalan que casi dos millones de adultos y niños viven con el SIDA en la región, donde se produjeron 100.000 defunciones. Por su parte, el Caribe es la segunda región más afectada. En Europa Oriental la epidemia crece y en China las infecciones aumentaron cerca del 70% en 2001, propagándose en los países más habitados del mundo, como China, la India e Indonesia.

A pesar de todo lo que la ciencia está haciendo todavía hoy no tenemos a la mano una cura o vacuna que prevenga la infección por este virus hasta el momento

mortal. De ahí que se hace sumamente importante el conocimiento de la enfermedad por su correcto diagnóstico y tratamiento, así como su prevención.

Se puede definir el SIDA como una enfermedad crónica transmisible de tipo progresivo, de causa viral, en la cual se establece una relación muy diversa entre huésped y virus, y que finalmente ocasiona la aparición de enfermedades oportunistas y algunos tipos de tumores.²

En 1983 y 1984 investigadores del Instituto Pasteur, del Instituto Nacional del Cáncer de EE.UU. y de la Universidad de California aislaron varias cepas de retrovirus en pacientes con Sida y las denominaron LAV, HTLV-III y ARV, respectivamente. Posteriormente un Comité Internacional de Taxonomía acuñó la denominación virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (HIV-1). El HIV-1 es un virus RNA perteneciente a la familia *Retroviridae* subfamilia *Lentivirinae* que gracias a la codificación de una transcriptasa inversa es capaz de integrarse en el genoma de la célula huésped, fase necesaria para su posterior transcripción y formación de los nuevos viriones. A diferencia del resto de retrovirus humanos (virus oncógenos), el HIV-1 posee un marcado poder citolítico.⁶

Es posible que el HIV-1 se haya diseminado a partir de alguna región del África central, donde la infección es endémica y cuya prevalencia en la población general, sobre todo en algunas áreas urbanas, es muy alta. Un nuevo retrovirus animal, denominado virus de la inmunodeficiencia de los simios (SIV), cuya homología genética con el HIV-1 es del 20-60%, se ha identificado en primates en cautividad en EE.UU. y en primates salvajes en el África ecuatorial. Finalmente, el último retrovirus humano identificado se ha denominado HIV-2, es endémico en algunos países del África occidental y guarda un parecido mayor con el SIV que con el HIV-1. Es también capaz de producir en el hombre un cuadro clínico similar al del sida, pero es menos agresivo que el HIV-1.⁶

Respecto al origen de dicho virus se han propuestos desde 1980 varias teorías acerca de la aparición del mismo, los especialistas comenzaron a proponer diferentes teorías. Algunos adujeron que era un arma creada por el hombre para la guerra biológica, otros dijeron que había pasado de algunas especies de mono al hombre, y que surgió de una mutación genética que lo hizo más letal, tampoco faltó quién planteara el hecho de una maldición divina como castigo a las actitudes pecaminosas de los hombres. En nuestros días la teoría más aceptada sobre el origen del VIH, basado en evidencias de sueros encontrados en los años cincuenta en personas que habían estado en África, de ahí que se suponga que se originó en una parte de África y luego se diseminó al resto del mundo, todo ello coincide con la liberación sexual de los años cincuenta y sesenta.⁷

Valorando el método bioquímico mediante el cual el virus logra afectar las células de defensa vemos que éste es una verdadera máquina para infectar y para ello se pone toda la química celular a su favor. El virus a través la gp120 se une al receptor CD4 que se encuentra en la superficie de la célula blanca en una interacción caracterizada por una elevada constante de afinidad, la absorción del virus resulta indispensable para la infección.

Una vez producida esta fase de adhesión, que depende del gp120 y muy especialmente del anillo v3, se produce un cambio a distancia que afecta la proteína transmembrana gp 41 en su disposición espacial, proporcionando así la penetración del virus al interior de la célula. En la tercera fase se produce la decapsidación viral y el ARN se transcribe a ADN por acción de la enzima retrotranscriptasa inversa del virus. Finalmente, la polimeraza celular sintetiza la segunda cadena de ADN, éste migra hacia el núcleo y se integra a la célula, de esta manera la célula será una verdadera fábrica de viriones.⁸

Como se expresó en la introducción los investigadores demostraron la transmisión sanguínea de la enfermedad y de las peculiaridades de la misma. Lo cual resulta

de vital importancia en la prevención del contagio por el virus. Estas se citan a continuación:

Sanguínea

- ✓ Intercambio de jeringuillas
- ✓ Transfusiones de sangre y de hemoderivados
- ✓ Transplante de órganos
- ✓ Hemodiálisis y diálisis
- ◆ Sexual
 - ✓ Relaciones sexuales desprotegidas con personas de cualquier orientación psicosexual: heterosexual, bisexual, homosexual.
 - ✓ Relación sexual buco-genital.
- ◆ Perinatal
 - ✓ Transmisión del virus de una mujer portadora del VIH durante el embarazo, el parto o la lactancia materna a su hijo.⁷

Vale aclarar lo relacionado con las prácticas sexuales por las que no se transmite el virus, de manera que si se practica un sexo con responsabilidad se puede disfrutar plenamente de la sexualidad, no se correrá riesgo si se comparte socialmente con personas seropositivas, Abstinencia sexual, sexo seguro, contacto de la piel con persona infectadas (manos, abrazo, caricias), la utilización de servicios sanitarios, el uso de ropas de la persona infectada el beso superficial y las relaciones sexuales protegidas serían en este momento el pilar fundamental de su prevención.⁷

Esta enfermedad desarrolla una evolución más o menos regular que se describe en casi toda la literatura donde se aborda el tema:

Fase precoz o aguda de varias semanas de duración; *b*) una fase intermedia o crónica, con replicación vírica activa y latencia clínica, de varios años de duración, y *c*) una fase final o de crisis que clínicamente correspondería a lo que se denomina complejo relacionado con el sida (CRS) y sida.⁹

Fase precoz o aguda

Los mecanismos a través de los cuales se puede adquirir la infección por el HIV-1 son la transmisión materno fetal y perinatal, incluyendo la transmisión por leche materna, las transfusiones de sangre o derivados hemáticos, los trasplantes de órganos y tejidos, las relaciones sexuales y el contacto directo con sangre (compartir jeringuillas). Es probable que la evolución a partir de este momento sea relativamente independiente del mecanismo de transmisión, aunque la dosis infectante y la vía de infección podrían tener importancia. El paciente infectado persistirá asintomático o presentará un cuadro clínico caracterizado por un síndrome mononucleósico (en aproximadamente el 40-90% de los casos) acompañado generalmente por una erupción cutánea. A partir de los primeros días de la infección el HIV-1 invade el tejido linfático, donde alcanza concentraciones muy elevadas. Durante la primoinfección en el plasma se pueden alcanzar niveles muy altos de viriones circulantes cuya presencia puede demostrarse a través de la detección de antígeno p24 (proteína mayor de la cápside vírica) o de la cuantificación de copias de RNA-HIV-1 (carga vírica) (2-6 semanas). Posteriormente, en el tiempo aparecen los diferentes tipos de anticuerpos (1-3 meses), lo que coincidirá con la desaparición del antígeno p24 y una drástica reducción del nivel de virus circulante. A lo largo de este proceso agudo puede haber una inmunodepresión transitoria, capaz incluso de facilitar la aparición o la reactivación de determinadas infecciones oportunistas, como candidosis orofaríngea o esofágica y excepcionalmente infecciones por micobacterias o *Pneumocystis carinii*.

Fase intermedia o crónica

En esta fase, que generalmente dura varios años, persiste la actividad proliferativa vírica. En casi todos los pacientes es posible cultivar el HIV-1 tanto en el plasma como en las células mononucleares si se utilizan técnicas suficientemente sensibles o se puede detectar y cuantificar la concentración de RNA vírico (carga vírica). En plasma se alcanza un nivel de equilibrio que depende de la tasa de producción vírica (en el tejido linfático) y de la de destrucción. Este nivel de equilibrio tiene valor pronóstico, es estable durante períodos limitados de tiempo y es muy variable de un individuo a otro. Los pacientes suelen estar sintomáticos, con o sin adenopatías, y pueden presentar trombocitopenia (sobre todo en los drogadictos) o trastornos neurológicos centrales o periféricos. La probabilidad actual de que la infección dejada a su evolución natural progrese hacia estadios más avanzados se aproxima al 50-80% a los 10 años de producida la infección y no parece haber diferencias importantes entre los distintos subgrupos de pacientes afectados. Existen, no obstante, grandes variaciones individuales. La viremia plasmática (carga vírica) y en menor medida la cifra de linfocitos CD4 son los mejores marcadores pronósticos de progresión clínica y mortalidad si no se efectúan intervenciones terapéuticas.

Fase final o de crisis

El incremento de la actividad replicativa del virus coincide clínicamente con la aparición de una intensa alteración del estado general y consunción (*wasting syndrome*), de infecciones oportunistas, de ciertos tipos de neoplasias o de trastornos neurológicos. A partir de entonces se considera que el paciente padece un sida (v. Criterios de sida, más adelante). El pronóstico a partir de este momento solía ser malo. La probabilidad de sobrevivir a los 2 años del diagnóstico del sida no era en general superior al 30-50%, y a los 3 años era inferior al 10-20%. La edad, el sexo, la actividad de riesgo a través de la cual se adquirió la infección por el HIV-1 y la forma de presentación influyen en el pronóstico. Con los tratamientos

antirretrovíricos actuales (en general combinaciones de tres o más medicamentos) se ha conseguido restaurar parcialmente la inmunidad celular, retrasar la progresión y reducir la incidencia de infecciones oportunistas y mortalidad en más del 50%.

Las alteraciones inmunológicas que acompañan a la infección por el HIV-1 son prácticamente exclusivas de esta entidad y se deben a una destrucción y disfunción de los linfocitos CD4+ y al papel central y regulador que estas células desempeñan en el sistema inmunitario. Desde fases muy precoces se pierde de forma prácticamente irreversible la capacidad de respuesta frente a antígenos específicos del HIV-1. El repertorio inmunológico se pierde fundamentalmente por debajo de la cifra de 200 linfocitos CD4/ μ L.^{10, 2-6}

Otro aspecto que es de mucha importancia a tratar es lo relacionado con los grupos de riesgo y pesquisa ya que a este sector de la población debe estar dirigida toda la atención. Estos han sido definidos mediante estudios epidemiológicos:

- Donantes de sangre (obligatoria).
- Personas con ITS.
- Embarazadas, como test de rutina.
- Contacto sexual con VIH+ como parte de las actividades de notificación de los contactos.
- Personas consideradas por la atención primaria de salud como conducta de alto riesgo para la adquisición de VIH.
- Personas que se autoconsideran como poseedoras de conducta sexual de alto riesgo para la adquisición del virus y solicitan un chequeo en cualquiera de los niveles de atención médica.
- Personas que se consideran como poseedoras de conducta de alto riesgo para la adquisición del VIH y solicitan el chequeo anónimo en un sitio anónimo.¹¹

Dentro del grupo que se considera por APS como de conducta sexual desorganizada se encuentran los hombres que tienen sexo con otros hombres, término que vienen a nombrar a los homosexuales. Este grupo es en varios países considerado el principal de transmisión de la cadena, aquí se incluye nuestro país.

Hay varios factores que condicionan que este grupo de personas tengan esta conducta a pesar de que su nivel de información es adecuado:

- 1) Vulnerabilidad biológica: el semen que es rico en virus se deposita en la ampolla rectal que cuenta con condiciones propicias para la diseminación del mismo a la sangre; plexo rectal muy vascularizado, la mucosa rectal tiene un alto grado de absorción y este tipo de relación tiende a provocar micro traumas lo que hace posible la exposición de sangre.
- 2) Vulnerabilidad epidemiológica: ellos constituyen un grupo cerrado y pequeño en comparación con la población general, de ahí que existe una mayor probabilidad que un HSH se encuentre con otro que este infectado, que entre dos heterosexuales.
- 3) Vulnerabilidad psicológica: generalmente los homosexuales provienen de padres heterosexuales, los cuales generalmente sólo aceptan este patrón de comportamiento, ellos se ven rechazados por su familia, la sociedad, de ahí que forman su identidad sexual bajo presiones que disminuyen muchas su valía personal. Estos y otros aspectos llevan a dificultades con la negociación del condón pues para ellos es muy importante la aceptación de su pareja y temen ser rechazados por dicho requerimiento.
- 4) Vulnerabilidad social: la homofobia y la discriminación social de este grupo genera ansiedad, pues casi siempre tienen relaciones ocultas, lo que los lleva al cambio frecuente de pareja. ¹¹⁻¹²

Métodos de prevención

Existen varias medidas que se pueden tomar respecto a las conductas sexuales con el objetivo de prevenir la infección por el VIH, pero se ha propuesto por varios organismos autorizados el uso del condón como el más eficaz hasta ahora conocido.

El condón es el único método anticonceptivo que da doble protección: contra la transmisión de VIH e ITS y un embarazo no deseado.

Diversos estudios científicos han mostrado la eficacia del condón en cuanto a la función de barrera que tiene. Un estudio realizado por la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos concluye que el condón reduce 10 mil veces la transferencia de fluido por lo cual disminuye significativamente el riesgo de la transmisión del VIH. Una de las pruebas que el uso correcto y consistente del condón realmente previene la transmisión del VIH viene de un estudio hecho en parejas en la cual solamente una persona estaba viviendo con el VIH. Después de dos años de relaciones sexuales frecuentes las parejas que habían utilizado condones de manera consistente y correcta, tenían un riesgo de adquirir el VIH de casi cero.

Existen tres materiales de condones masculinos: látex, tejido de animales y poliuretano. Los tres tipos son efectivos en prevenir un embarazo, los que son efectivos para la prevención de ITS son los de látex o de poliuretano. El condón más distribuido y utilizado en todo el mundo es el que está elaborado de látex. Los condones de látex tienen una vida promedio de 5 años. Un condón de látex se puede deteriorar si se expone a ciertas condiciones como son: luz ultravioleta, calor, humedad, ozono, aceites minerales y vegetales, por lo cual se recomienda almacenarlos de manera adecuada y usar exclusivamente lubricantes a base de agua. Los condones de látex no presentan poros naturalmente, pero por defectos en la manufactura se pueden producir pequeños orificios microscópicos que

máximo pueden tener un diámetro de 30 nanómetros y que se pueden evitar con un adecuado control de calidad. El VIH es uno de los virus más pequeños relacionados a las ITS, y mide 100 nanómetros. En los estudios de control de calidad de los condones se utilizan partículas de agua y de aire, las cuales son mucho más pequeñas que el VIH, por lo tanto cuando es bien utilizado no permite el paso de este virus o de otros gérmenes causantes de ITS. ¹³⁻¹⁵

Beneficios del uso del condón

- Protege contra la transmisión de VIH e ITS
- Protege contra embarazos no deseados
- Para personas que viven con el VIH-SIDA, protege contra transmitir el virus a la pareja y protege una reinfección con el VIH
- No tienen efectos secundarios

Desventajas o retos para el uso del condón

- Subestimación del riesgo: Por varias razones, muchas personas piensan que no están a riesgo de infectarse con el VIH pero cada una que tiene relaciones sexuales con (una) persona(s) que tiene o que ha tenido relaciones con otra persona está a riesgo de infectarse con el VIH u otra ITS
- Precio y acceso: Para muchas personas el precio de los condones puede ser demasiado alto y en algunas regiones del país es difícil conseguir condones
- Problemas de desconfianza: Para muchas personas proponer el uso del condón indica falta de confianza, sobre todo en relaciones más estables
- Disminuye el placer sexual: Una razón importante por que muchas personas no utilizan condones es que lo experimentan como incomodo y interrumpiendo el placer sexual

- Falta de control en la decisión: Sobre todo para mujeres podría ser difícil negociar el uso del condón con su pareja. El abuso de alcohol influye las relaciones sexuales sin protección
- Actitud rechazada de la sociedad: Razones religiosas y culturales (masculinidad y machismo) pueden dificultar el uso del condón. ¹⁶

Tratamiento de la enfermedad

Los pilares básicos son:

1. Drogas antirretrovirales.
2. Terapia inmunomoduladora.
3. Tratamiento de las infecciones oportunistas y los tumores.
4. Quimioprofilaxis Primaria y Secundaria.
5. Apoyo social y psicológico.

Entre las drogas más usadas están:

- ✓ Inhibidores de la retrotranscriptasa viral: Zidovudina, Didanosina, Salcita bina, Stavudina, Lamivudine, Abacavir.
- ✓ Nucleósidos nos análogos: Nevirapine, Delavindine, Efavirenz
- ✓ Inhibidores de la proteasa: Indinavir, Nelfinavir, Ritonavir, Aprenavir, Saquinavir.¹⁴

Aunque no se cuenta con una vacuna eficaz para la que hay esfuerzos muy serios que se están realizando en esa dirección: por ejemplo en república Dominicana se está ensayando una que está detenido su estudio por falta de voluntarios, el presidente de la India A.P.J. Abdul Kalam declaró que ese país desarrollará en los próximos 2 a 3 años una vacuna contra dicho virus.¹⁷⁻¹⁹

Además hay otro estudio serio que se lleva a cabo, el mismo se dio a conocer en el primer encuentro que fue convocado por Sanofi Pasteur (división de vacunas de

Aventis Pasteur), que sigue adelante con el ensayo tailandés de Fase III de su compuesto ALVAC más AIDSVAX de VaxGen, financiado por los Institutos Nacionales de Salud (NIH, en sus siglas en inglés) de EE UU. Jim Tartaglia, responsable del programa, insistió en que los estudios preliminares muestran que ALVAC es inmunogénica. El problema es que hay dudas de que también sea inmunoprotectora, y además durante suficiente tiempo. ¿De qué serviría una vacuna que tuviera que reforzarse periódicamente con nuevas inoculaciones o con otros productos? Sería inviable, especialmente en países en desarrollo. La fase III de ALVAC más AIDSVAX sigue adelante con la inscripción de unos 10.000 participante en Tailandia. La compañía dijo que tendría datos de un análisis interino a finales de 2006, y datos completos a finales de 2008.¹⁷

Finalmente ya que todavía no se encuentra una vacuna eficiente para prevención de esta infección, solo contamos hoy con la labor educativa para la disminuir el número de nuevos casos, esto toma mayor importancia en la adolescencia y la juventud al ser ellos donde se hacen más manifiesta las conductas sexuales de riesgo¹⁸. De todo esto lo más importante es dar una correcta educación que debe comenzar desde edades tempranas y en el seno familiar y ya en la adolescencia esta se puede fortalecer en las escuelas donde, donde se enfatice la importancia de adoptar conductas sexuales y valores responsables, basado en el respeto a la pareja, al prójimo y la sociedad en sentido general, es decir, la educación sexual debe ser educación para el amor que es un profundo sentimiento que alcanza la unidad de la vida, dolores y esperanzas y se debe exponer sin buscar una relación clínica de problemas fisiológicos.^{20,21}

MÉTODO

Caracterización de la investigación

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) para evaluar la eficacia de una intervención educativa sobre conocimiento del VIH/SIDA en la población penal del campamento Nadales 1 de Ciego de Ávila durante el período de enero a octubre del 2009.

Universo y Muestra

El universo y muestra de trabajo estuvieron constituidos por 100 reclusos que representan el total de la población penal del campamento Nadales 1 en el periodo antes mencionado, dicho campamento es el de mayor incremento de la infección por el VIH/SIDA en los últimos años; A los mismos se les aplicó una encuesta(confeccionada por un especialista en dermatología, un especialista en epidemiología y la autora de la investigación) que fue validada previamente a su aplicación en un grupo de reclusos para ver su aceptación y comprensión (anexo No. 1). La aplicación de esta se efectuó con el consentimiento para determinar el nivel de conocimiento que sobre VIH/SIDA tienen la población penal del campamento Nadales 1 del municipio Ciego de Ávila. Teniendo en cuenta las dificultades encontradas se elaboró un programa de intervención educativa (anexo No.2) El cual fue impartido y evaluado su eficacia con el anexo 1, seis semanas después.

Criterios de inclusión

Todos los reclusos pertenecientes al campamento Nadales 1 del municipio Ciego de Ávila que estuvieron de acuerdo a participar en dicho programa educativo.

Criterio de Exclusión

Todos los reclusos pertenecientes al campamento Nadales 1 del municipio Ciego de Ávila que no estuvieron de acuerdo a participar en dicho programa educativo.

Criterio de Salida

Los reclusos que de forma espontanea quisieron abandonar la investigación. Los reclusos que abandonaron o se trasladaron del penal antes de finalizar el estudio.

La Hipótesis del trabajo

Si se aplicara una intervención educativa sobre VIH/SIDA, se incrementarían positivamente los conocimientos de dicha entidad en los reclusos de la población penal del campamento Nadales 1.

Para el procesamiento estadístico de la prueba de hipótesis se plantea que:

Si Chi-cuadrado calculado (X^2) es mayor que la Chi-Cuadrado Tabulado $(X^2_{(0.05)^{(n-1)(k-1)}}$) entonces rechazamos H_0 y aceptamos H_1

H_0 : No hay significación estadística

H_1 : Hay significación estadística

El desarrollo de la investigación se implementó en tres etapas esenciales: diagnóstico, intervención y evaluación.

Diagnóstico.

Para la ejecución del estudio en una primera etapa se estableció la comunicación con la dirección del campamento antes mencionados con el objetivo de lograr la participación de los reclusos, lo que quedó validado a través de un documento (consentimiento informado), que fue firmado como constancia de su disposición a participar en el estudio (anexo 3). Se explicaron los objetivos del estudio y se aplicó un instrumento (anexo 1) que permitió caracterizar la muestra de estudio.

Intervención

Para dar cumplimiento a la segunda etapa de la investigación se impartió por la autora de la investigación un Programa Educativo (anexo 2) prediseñado sobre el tema, al cual se le añadieron las necesidades de aprendizajes encontradas en las historias epidemiológica de los casos notificados, luego de la aplicación inicial del

instrumento (anexo 1). El número de personas del campamento se dividieron en cuatro grupos con 25 integrantes en cada grupo.

Se realizaron 5 encuentros de 45 minutos de duración, con cada grupo, con una frecuencia semanal, empleando las técnicas participativas-comunicativas necesarias para lograr los objetivos propuestos, lluvia de ideas, lectura eficiente, dramatizaciones, discusión grupal, charla educativa, interrogatorios con pacientes infectados.

Evaluación

Seis semanas después de haber terminado el programa educativo se aplicó nuevamente el instrumento inicial con las mismas características que en la primera etapa para comprobar los conocimientos adquiridos como resultado de la intervención educativa.

Para la evaluación del nivel de conocimiento de manera general, es decir al instrumento se le otorgó 100 puntos y se distribuyó entre las cinco preguntas que miden conocimientos del instrumento aplicado, en el anexo 4 se expone las dimensiones y los indicadores, así como la técnica o ítem que evaluó esta variable. Por lo que se calificó de forma general en:

Acceptable: Calificación entre 85 y 100 puntos

Medianamente acceptable: Calificación entre 60 y 84.9 puntos

Inacceptable: Calificación de menos de 60 puntos

Para la evaluación del nivel de conocimientos por variables se calificó de igual forma.

1- Formas de infestarse: Pregunta tres del instrumento con tres respuestas correctas y la clasificamos como:

Aceptable: Cuando haya contestado las tres (3) formas de infectarse que son los incisos (3.2, 3.4 y 3.5)

Medianamente aceptable: Cuando haya contestado dos (2) de las formas de infectarse antes expuestas.

Inaceptable: Cuando haya contestado una (1) de las formas de infectarse antes expuesta o ninguna.

2- Momento en que puede realizarse la prueba del VIH después del contacto sexual riesgoso: Pregunta cuatro del instrumento con una respuesta correcta y la clasificamos como:

Aceptable: Cuando haya contestado correctamente que el momento de realizar la prueba es “Tres meses después” del contacto riesgoso (inciso 4.3)

Inaceptable: Cuando no haya contestado correctamente el momento de realizar la prueba

3- Formas más comunes de prevenir la infección por el VIH: Pregunta cinco del instrumento con tres respuestas correctas y la clasificamos como:

Aceptable: Cuando haya contestado correctamente las tres formas más comunes de prevenir la infección por el VIH, las cuales son los incisos (5.1, 5.3. y 5.4).

Medianamente aceptable: Cuando haya contestado correctamente dos formas más comunes de prevenir la infección por el VIH, las cuales son los incisos (5.1, 5.3. y 5.4).

Inaceptable: Cuando haya contestado correctamente una forma más común de prevenir la infección por el VIH, las cuales son los incisos (5.1, 5.3. y 5.4).

4- Grupos más vulnerables en la infección por VIH: Pregunta seis del instrumento con tres respuestas correctas y la clasificamos como:

Aceptable: Cuando haya contestado correctamente las tres personas más vulnerable en la infección por el VIH, las cuales son los incisos (6.1, 6.3. y 6.4).

Medianamente aceptable: Cuando haya contestado correctamente dos personas más vulnerables en la infección por el VIH, las cuales son los incisos (6.1, 6.3. y 6.4).

Inaceptable: Cuando haya contestado correctamente una (1) de las personas vulnerable en la infección por el VIH, las cuales son los incisos (6.1, 6.3. y 6.4).

5- Síntomas más frecuentes de la infección: Pregunta siete del instrumento con cuatro respuestas correctas y la clasificamos como:

Aceptable: Cuando haya contestado correctamente los cuatro síntomas más frecuentes en la infección por el VIH, las cuales son los incisos (7.1, 7.3, 7.4, 7.5).

Medianamente aceptable: Cuando haya contestado correctamente tres (3) síntomas más frecuentes en la infección por el VIH, las cuales son los incisos (7.1, 7.3, 7.4, 7.5).

Inaceptable: Cuando haya contestado correctamente dos (2) síntomas más frecuentes en la infección por el VIH, las cuales son los incisos (7.1, 7.3, 7.4, 7.5).

La estrategia metodológica del Trabajo se basó en principios, categorías y leyes del materialismo dialéctico y del método científico, aplicados al estudio de una parte de la realidad social.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos del nivel teórico:

- **Análisis – síntesis:** 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.
- **Análisis 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 empleo para indagar sobre el virus

de inmunodeficiencia humano y el Síndrome de inmunodeficiencia adquirido.

- **Inducción – deducción:** Porque en la investigación se estableció generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.
- **Hipotético –deductivo:** Por deducir la hipótesis como respuesta al problema de la investigación trazado en la investigación.

Métodos empíricos:

- **La observación:** Mediante la misma se conoció la realidad del proceso, para así diagnosticar y poder aplicar un programa de intervención educativa que logró resolver el objetivo general de la investigación.
- **La encuesta o instrumento (anexo No.1):** 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 los reclusos de la galera y destacamento antes mencionado que constituyeron nuestro universo de estudio, para evaluar los conocimientos de los mismos acerca del VIH/SIDA; la misma fue validada en un pilotaje de 10 reclusos del campamento que intervinieron en el estudio de acuerdo a los objetivos propuesto por nuestros investigadores, en el periodo de estudio antes mencionado.
- **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 utilizó los porcentajes (%) y como medida de significación estadística se usó los intervalos de confianza (Chi cuadrado (X^2)).

Conceptualización y operacionalización de las variables:

VARIABLE DEPENDIENTE:

Conocimiento sobre VIH/SIDA de los reclusos: La adquisición de los reclusos a través de la vida de temas relacionado sobre la infección por el VIH/SIDA como: las tres formas más comunes de infectarse por el VIH/SIDA, de prevenir, los síntomas más frecuentes en la infección, las personas vulnerable en la epidemia, el momento en que puede realizarse la prueba del VIH.

A partir de estos se establecieron las dimensiones y los indicadores, así como la técnica o ítem que evaluó los mismos (anexo 4).

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas efectiva para lograr cambios de comportamientos específicos y sostenidos en sectores de la población vulnerables; Estuvo centrado en el sujeto (recluso), implicándolo afectivamente (cuando no se limita el sujeto a conocer sobre el problema, sino que éste está relacionado con sus necesidades y motivos), con una comunicación horizontal (cuando los elementos del conocimiento necesario se transmiten sin diferencia de nivel entre sujetos de diferentes estratos)

Los resultados se presentaron en forma de tablas, los cuales fueron analizados para emitir las conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos.

Se redactó un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el departamento de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila

Control semántico

PVVIH: Personas que viven con el VIH/SIDA. ⁴

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana. ^{5, 6}

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirido. ^{5, 6, 19}

Síndrome: Un grupo de problemas de salud que constituyen una enfermedad.

Inmunodeficiencia: Debilidad en el sistema del cuerpo que combate la enfermedad

Adquirido: Puede contraerlo.

Análisis y discusión de los resultados.

Intervención educativa sobre VIH/SIDA en población penal de la provincia de Ciego de Ávila.

Tabla No. 1: Distribución de los reclusos del campamento Nadales 1 según edad y sexo durante el período de septiembre del 2008 hasta septiembre 2009

Nivel de escolaridad	Grupo de edades						Total	
	18 a 20		21 a 25		26 y más		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
PRIMARIA	6	46.1	43	95.5	25	59.5	74	74.0
SECUNDARIA	4	30.8	2	4.5	17	40.5	23	23.0
PREUNIVERSITARIO	3	23.1	-	-	-	-	3	3.0
Total	13	13.0	45	45.0	42	42	100	100.0

Fuente: Encuesta

Con respecto a la distribución de los reclusos del campamento según edad y nivel de escolaridad (tabla No. 1). Del total de encuestados 100; el 45.0% (45 reclusos) tenían entre 21 a 25 años de edad cumplidos y de ellos el 95.5% (43) se encuentran con nivel primario de educación, seguido por el grupo de edad de 26 y más años con el 42% (42 encuestados) que también tienen el mismo nivel educacional.

El nivel escolar de mayor participación lo constituyó el primario con un 74.0% (74 recluso) del total del universo.

Tabla No. 2: Conocimientos de los reclusos sobre formas más comunes de infectarse por el VIH/SIDA antes y después de la intervención educativa

Conocimientos sobre Formas de infectarse	Intervención Educativa			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Aceptable	2	2.0	58	58.0
Medianamente aceptable	46	46.0	42	42.0
Inaceptable	52	52.0	-	-
Total	100	100.0	100	100.0
Resultado: $X^2 = 7.6$ $X^2_{(0.95)}^{(2)} = 0.10$ $X^2 > X^2_{(0.95)}^{(1)}$				

Con respecto a la distribución de los reclusos según conocimientos sobre formas más comunes de infectarse con el VIH/SIDA antes y después de la intervención educativa (tabla No. 2). Del total de encuestados 100; el 52.0% (52 encuestados) se clasificaron con conocimientos inaceptables antes de la intervención educativa, ya que después de la misma el 58.0% (58 reclusos capacitados) clasificaron como aceptables, ya que incorporaron en sus conocimientos las tres correctas formas de infectarse como son “teniendo contacto con sangre contaminada”, “tener relaciones sexuales desprotegidas (anal, bucal y vaginal)” y “de la madre infectada a su hijo durante el embarazo, parto y lactancia materna”.

Teniendo en cuenta el análisis estadístico de la variable “conocimiento sobre las vías de infectarse” tanto antes como después de la intervención educativa, se observó que existe significación estadística ya que Chi cuadrado calculado (X^2) es mayor que la tabulada ($X^2_{(0.95)}^{(2)}$) con dos grado de libertad y un 95% de confiabilidad de prueba de hipótesis. Por lo que los reclusos del campamento

Nadales 1 adquirieron conocimientos sobre las formas de infectarse con el VIH/SIDA después de la intervención educativa.

Tabla No. 3: Conocimiento antes y después de la intervención de los reclusos sobre el momento en que puede realizarse la prueba del VIH después del contacto sexual riesgoso.

Conocimiento sobre momento en que puede realizarse la prueba del VIH después del contacto sexual riesgoso.	Intervención educativa			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Aceptable	37	37.0	98	98.0
Inaceptable	63	63.0	2	2.0
Total	100	100.0	100	100.0

Resultados: $X^2 = 155.9$ $X^2_{(0.95)}^{(1)} = 0.0039$ $X^2 > X^2_{(0.95)}^{(1)}$

En cuanto al conocimiento de los reclusos encuestados sobre el momento en que una persona puede realizarse la prueba de microelisa para detectar la infección por el VIH después del contacto sexual riesgoso antes y después de la intervención educativa (tabla No. 3), podemos apreciar que de un total de 100 reclusos encuestados, el 63.0% (63 encuestados) se clasificaron con nivel de conocimiento inaceptable en el modelo antes.

Después de la intervención educativa el 98.0% (98 reclusos capacitados) reconocen correctamente el momento en que se pueden realizar las pruebas para determinar el virus de inmunodeficiencia humano (que transcurre desde que se infesta la persona hasta la microelisa positiva) que es de “tres (3) meses después” de haber tenido relación sexual riesgosa, es bueno señalar que todavía el 2% (2 capacitados) mantienen sus criterios de forma inaceptable.

Con el análisis estadístico de dicha variable, se puede decir que se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 , por lo que existe significación estadística para un 95% ($\alpha=0.95$) de confiabilidad. Los reclusos del campamento Nadales 1 adquirieron

conocimientos sobre el momento de realización de pruebas para la determinación del virus que ocasiona el sida.

Tabla No. 4: Conocimiento antes y después de la intervención de los encuestados sobre los principales síntomas fundamentales de la infección del VIH.

Conocimiento sobre principales síntomas de la infección	Intervención educativa			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Aceptable	2	2.0	26	26.0
Medianamente aceptable	35	35.0	72	72.0
Inaceptable	63	63.0	2	2.0
Total	100	100.0	100	100.0

Resultados: $X^2 = 5.52$ $X^2_{(0.95)}^{(2)} = 0.10$ $X^2 > X^2_{(0.95)}^{(2)}$

Con respecto al conocimiento de los principales síntomas en el momento de la infección por el VIH (tabla No. 4), del total de encuestados (100), el 63.0% (63 encuestados) obtuvieron calificaciones inaceptable antes de la intervención, después de la intervención educativa se puede constatar que el 72.0% (72 reclusos capacitados) adquieren conocimientos de medianamente aceptable en cuanto a los principales síntomas de la infección por el VIH, seguida por el 26% (26 reclusos que llegaron al nivel aceptado de conocimientos. Solamente el 2.0% (2 reclusos) se quedaron con nivel inaceptable.

En el procesamiento estadístico de la Chi cuadrada podemos apreciar en el resultado del calculo, que la Chi cuadrada calculada es mayor que la tabulada por lo que se rechaza a H_0 y aceptamos a la H_1 entonces existe significación estadística en la adquisición de conocimientos sobre los principales síntomas de la infección por el VIH; para una $p=0.95$ (95% de confiabilidad de prueba de hipótesis).

Tabla No. 5: Conocimiento antes y después de la intervención sobre las tres formas más comunes de prevenir la infección por el VIH

Conocimientos sobre formas más comunes de prevenir la infección por el VIH	Intervención educativa			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Aceptable	4	4.0	39	39.0
Medianamente aceptable	25	25.0	53	53.0
Inaceptable	71	71.0	8	8.0
Total	100	100.0	100	100.0

Resultado: $X^2 = 69.48$ $X^2_{(0.95)}^{(2)} = 0.10$ $X^2 > X^2_{(0.95)}^{(2)}$

La tabla No. 5 refleja el conocimiento de los adultos jóvenes encuestados antes y después de la intervención educativa sobre las tres formas más comunes de prevenir el VIH/SIDA. Del total de reclusos encuestados 100; el 71.0% (71 reclusos encuestados) adquieren conocimientos inaceptable, ya que no reconocen las tres formas más comunes de prevenir la infección por el VIH/SIDA (“usar preservativo o condón”, “relaciones de parejas basadas en la fidelidad” y “la abstinencia sexual”) antes de la intervención educativa.

Después de la misma el 53.0% (53 reclusos) se calificaron con resultados medianamente aceptables, seguido por el aceptable con 39.0% (39). Solamente 8 reclusos capacitados para un 8.0% mantienen sus conocimientos en inaceptables.

Con respecto al análisis estadísticos de Chi cuadrado de la variable “forma más comunes de prevenir la infección por el VIH” antes y después de la intervención, podemos afirmar que existe significación estadística, ya que se acepta a H_1 porque Chi cuadrado calculada (X^2) es mayor que la tabulada ($X^2_{(0.95)}^{(2)}$). Por lo que los reclusos adquirieron los conocimientos correctos para un 95% de confiabilidad de prueba de hipótesis.

Tabla No. 6: Conocimiento de los reclusos encuestados antes y después de la intervención sobre la vulnerabilidad de la infección por el VIH.

Conocimientos sobre Vulnerabilidad de la infección por el VIH	Intervención educativa			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Aceptable	-	-	76	76.0
Medianamente aceptable	37	37.0	24	24.0
Inaceptable	63	63.0	-	-
Total	100	100.0	100	100.0
Resultado: $X^2 = 211$		$X^2_{(0.95)}^{(2)} = 0.10$	$X^2 > X^2_{(0.95)}^{(2)}$	

En la tabla No. 6 Se puede apreciar la distribución de los reclusos encuestados antes y después de la intervención educativa sobre el conocimiento acerca del la vulnerabilidad en la infección por VIH, del total de encuestados 100, el 63.0% (63 encuestados) tuvieron conocimientos inaceptables antes y después de la intervención el 76.0% (76 reclusos capacitados) adquirieron conocimientos aceptables, seguido por el 24.0% (24) con conocimientos medianamente aceptable. Es bueno señalar que después de la intervención no presentamos reclusos con conocimientos inaceptables.

Según el resultado de la prueba de hipótesis para la variable conocimiento sobre vulnerabilidad en la infección por el VIH se puede apreciar que la Chi cuadrado calculado es mayor que la tabulada por lo que existe significación estadística en cuanto a la adquisición de conocimiento sobre el tema para un 95% de confiabilidad de prueba de hipótesis

Tabla No. 7: Evaluación del conocimiento de los reclusos del campamento Nadales 1 antes y después de la intervención educativa.

Evaluación del conocimiento	Intervención educativa			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Aceptable	-	-	23	23.0
Medianamente aceptable	37	37.0	75	75.0
Inaceptable	63	63.0	2	2.0
Total	100	100.0	100	100.0
Resultado. $X^2 = 92.3$ $X^2_{(0.95)}^{(2)} = 0.10$ $X^2 > X^2_{(0.95)}^{(2)}$				

La tabla No. 7 representa la evaluación de los conocimientos de los reclusos antes y después de la intervención sobre el VIH/SIDA en el campamento nadales1. Del total de encuestados 100, el 63.0% (63 reclusos) tenían nivel inaceptable antes de la intervención y después de la misma, el 75.0% (75 reclusos capacitados) y el 23.0% (23 capacitados) se encuentran en los nivel medianamente aceptable y aceptables. Solamente el 2.0% (2 de los capacitados) se mantuvieron con conocimientos inaceptables.

Para un 95% de confiabilidad de la prueba de hipótesis, se rechaza H_0 y se acepta H_1 , por lo que hay significación estadística y existe una marcada relación entre el antes y después de la intervención educativa, pues la adquisición de conocimientos sobre el VIH/SIDA de los reclusos se encuentra entre los niveles medianamente aceptables y aceptable después de la intervención educativa.

Conclusiones

Después de la intervención educativa, la población penal del campamento Nadales 1 de Ciego de Ávila adquirió niveles de conocimiento medianamente aceptables y aceptables con respecto a los conocimientos sobre el VIH/SIDA en cuanto a formas más comunes de infectarse, prevenir, vulnerabilidad de la infección, momento en que puede realizarse la prueba del VIH y principales síntomas más frecuentes. De la población penal encuestada había 49 con un nivel primario, 6 con un nivel Secundario y 3 Preuniversitario, de 26 años y más había 25 con nivel primaria y 27 con nivel Secundaria. Los niveles de conocimientos sobre VIH/SIDA en general se encuentran entre medianamente aceptables y aceptables después de la intervención educativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Línea del tiempo del SIDA. Del primer caso hasta la actualidad. [En línea] 2005 [fecha de acceso 20 de abril de 2006] URL disponible en: http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/bmn/serie_no.4_2005.doc
2. Andrés P. Salud y cambios biopsicosociales de la adolescencia. La salud de la mujer en la atención primaria. Madrid, FADSP, 2001.[homepage on the internet], c 2008/2009; [actualizada, 25 noviembre 2008; cita 21 de Noviembre del 2009], Disponible en: <http://www.paho.org/>
3. Oficina Panamericana Sanitaria El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. XX Edición. Publicación científica N° 507. Washington D.C. EEUU. (2005). [homepage on the internet], c 2005/2008; [actualizada, 25 febrero 2008; cita 29 de Noviembre del 2009]
4. Más de 39 millones de personas infectadas con VIH sida en el mundo [En línea] 2006 [fecha de acceso 20 de abril de 2006] URL disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/aldia/>
5. Robinsón Y.C. Tallada Joan. Vivir con el SIDA/VIH (el mayor factor de riesgo es la ignorancia). Fanstal Editores SL. Barcelona. España. 2002: 20. [homepage on the internet], c 1992/2004; [actualizada, 10 marzo 2008; cita 21 de Noviembre del 2009], Disponible en: <http://www.paho.org/>
6. Oficina Panamericana Sanitaria El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. XX Edición. Publicación científica N° 507. Washington D.C. EEUU. (2005). [homepage on the internet], c 2005/2008; [actualizada, 25 febrero 2008; cita 29 de Noviembre del 2009]Jiménez Sandoval O, [Autores].

7. Conociendo sobre VIH. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1999: 4-20.
8. Hernández Llop A, [Autores]. Microbiología y Parasitología Médica. 1. e.d. La Habana. Editorial Ciencias médicas.2001; t3:p291-97.
9. El manual Merck: Diabetes Mellitus/ computer program/10.e.d. Madrid (España): Ediciones Harcourt.2000.
10. Uribe Zúñiga P, De León Rosales Ponce S, [Autores] Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales. 4. e.d. México. Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA.2000;p60-69.
11. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Epidemiología. Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH/SIDA. La Habana. MISAP; 2006.
12. Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) [en línea] [consulta: 2008 11 20] Disponible en [<http://www.monografias.com/trabajos64/infecciones-transmission-sexual/infecciones-transmission-sexual2.shtml>]
13. Infecciones de transmisión sexual ITS/VIH/SIDA [En línea] 2005 fecha de acceso 20 de abril de 2006] URL disponible en:
<http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161659>.
14. Estrategias de terapia contra VIH. [En línea] 2003 [fecha de acceso 20 de abril de 2006] URL disponible en:
<http://www.proteccioninform.org/spanish/fs/austragiessp.html>.

15. Experimentan en Dominicana vacuna preventiva contra el Vih-Sida. [En línea] 2005 [12 de mayo 2006] URL Disponible en: <http://www.bvv.sld.cu/news/?ch=sld>
16. Científicos indios desarrollarán una vacuna contra VIH/SIDA en los próximos 3-5 años. [En línea] 2005 [12 de mayo 2006] URL Disponible en: <http://www.bvv.sld.cu/news/?ch=sld>
17. Vacunas y microbidas: se esperan resultados antes de 2010. [En línea] 2005 [fecha de acceso 17 de julio del 2005] URL disponible: <http://www.cenesex.sld.cu/webs/diversidad/noticias%20vih%20sida.htm>
18. Zayas Torres C. Trabajo de Diploma “Patrones de comportamiento sexual de riesgo para adquirir VIH en juveniles del consultorio 1.Moa 2008”
19. Háblele a sus niños de acerca del sexo. [En línea] 2004 [fecha de acceso 17 de julio del 2005] URL disponible en: <http://aacaporg/publications/apntsfam/benny62.htm>.
20. Revista Bohemia, No 7. Marzo, 2009:(34-35).
21. La educación sexual en la escuela. [En línea] 2004 [fecha de acceso 17 de febrero del 2005] URL disponible: <http://www.vidahumana.org/vidafam/edusex/escuelas.html>.
22. Sánchez Fera, Damaris E. Trabajo de Diploma “Comunicación padre-adolescente para la sexualidad responsable”, Julio 2008.

ANEXOS:
Anexo No. 1
ENCUESTA

Sancionado:

Usted forma parte de una investigación a cerca del Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) el que ocasiona el SIDA, para lo cual solicitamos su colaboración contestando el cuestionario que te presentaremos a continuación, queremos que sepa que toda la información recogida en este cuestionario es absolutamente confidencial y anónima, le agradecemos su colaboración

Gracias

1- Edad _____

2- Grado de escolaridad _____

3- ¿Cuales son las tres formas más comunes de infectarse por el virus de inmunodeficiencia humana?

3.1- ____ Por el uso de cubiertos, vasos y otros objetos de uso personal

3.2- ____ Teniendo contacto con sangre contaminada

3.3- ____ Besos y Caricias

3.4- ____ De la madre infectada al hijo durante el embarazo, el parto, la lactancia materna

3.5- ____ Tener relaciones sexuales desprotegidamente anal, bucal y vaginal.

3.6- ____ Teniendo relaciones sexuales protegidamente con personas que cambian frecuentemente de pareja.

4- Después del posible contacto sexual infectante con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). ¿Cual es el tiempo que tiene que transcurrir para que la persona acuda a realizarse la prueba de detección del virus y obtenga resultados más confiables?

4.1- ____ Un (1) día después

4.2- ____ Tres (3) Semanas después

4.3- ____ Tres (3) Meses después

4.4- ____ Un (1) año después

5- ¿Cuales son las tres formas más comunes de prevenir la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)?

5.1- ____ Abstinencia sexual.

5.2- ____ Tener relaciones sexuales con personas que cambian frecuentemente de pareja

5.3- ____ Usar preservativo o condón.

5.4- ____ Relaciones de parejas basada en la fidelidad.

5.5- ____ Tener relaciones sexuales desprotegidamente con su pareja estable.

6- ¿Cuales son los grupos más vulnerables en la infección por VIH/SIDA?

6.1- ____ Adolescentes

6.2- ____ Hombres heterosexuales

6.3- ____ Mujeres.

6.4- ____ Hombres que tienen sexos con otros Hombres (HSH).

7- ¿Cuales son los síntomas más frecuentes de la enfermedad?

7.1- ____ Adenopatías

7.2- ____ Decaimientos

7.3- ____ Diarreas

7.4- ____ Rash cutáneo

7.5- ____ Febrículas

Anexo No. 2

Programa educativo para promover la adopción de comportamientos sexuales responsables y seguros entre la población penal.

Objetivo: Brindar conocimientos sobre VIH/SIDA a la población penal.

Fundamentación: Explicar las consecuencias y complicaciones que trae consigo la infestación por el VIH/SIDA.

Distribución: Temática.

Tema 1: Introducción del tema

Sumario

1. Presentación del proyecto.
2. Aplicación de las encuestas.
3. Cierre.

Objetivos: Establecer un ambiente de confianza, desinhibir al personal y poner las reglas.

Tipo de actividad. Dinámica de grupo.

Recursos: Lápices, papeles, papelógrafos.

Frecuencia: Semanal.

Duración: Dos horas.

Responsable: Medico Especialista.

Participantes: Reclusos.

Tema: 2 Características epidemiológica de la infección.

Sumario

1. Formas de infestarse.
2. Medidas de prevención.
3. Síntomas más frecuentes.

Objetivos: Evaluar los conocimientos de los reclusos sobre VIH/SIDA, en cuanto a los síntomas y forma de infectarse.

Tipo de actividad: Debate

Recursos: Lápices, papeles, pizarra y tizas.

Frecuencia: Semanal.

Duración: Dos horas.

Responsable: Médico Especialista.

Participantes: Reclusos

Tema .3 Vulnerabilidad y percepción de riesgo al VIH/SIDA y otras ITS.

Sumario:

1. ¿Qué es la vulnerabilidad?
2. Conductas sexuales de riesgo.
3. ¿Cómo evitamos contagiarnos con el VIH y las otras ITS?
4. Tipos de condón.
5. Uso correcto del condón masculino y femenino.
6. Ventajas y desventajas de este método.

Objetivos: Conocer que es la vulnerabilidad, las conductas sexuales de riesgo y como evitar contagiarnos con el VIH y otra ITS.

Capacitar a los reclusos en el uso correcto y sistemático del condón, instruirlo acerca de los diferentes tipos de condón y sobre las ventajas y desventajas del mismo.

Tipo de actividad. Taller.

Recursos: Microcomputadora y Disquete.

Frecuencia: Semanal.

Duración: Dos horas.

Responsables: Médico Especialista.

Participantes: Reclusos.

Tema: 4: Momentos en que debe realizarse la prueba del VIH

Sumario:

1. Conocimiento sobre VIH/SIDA.
2. Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA.
3. ¿Cómo protegernos de contagiarnos con el VIH/SIDA?
4. La solidaridad con las personas ante el momento en que se debe

hacer la prueba.

Objetivos: Conocer acerca de las ITS/VIH/SIDA, su situación epidemiológica actual, como protegernos de la infección por el VIH/SIDA y aprender a solidarizarnos con las personas que viven con el VIH/SIDA.

Tipo de actividad: Mesa redonda.

Recursos: Lápices, papeles, tizas y pizarras.

Frecuencia: Semanal.

Responsables: Médico Especialista.

Participantes: Reclusos.

Tema 5. Cierre y evaluación.

Sumario.

1. Reafirmación de los contenidos.
2. Aplicación de la encuesta final.
3. Cierre del programa.

Objetivos: Conocer las irregularidades del proyectos.

Evaluar los avances del mismo.

Tipo de actividad: Dinámica de grupo.

Recursos: Lápices, papales, papelógrafos.

Frecuencia: Semanal.

Duración: Dos horas.

Responsable: Médico Especialista.

Participantes: Reclusos.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL DIRECTOR DEL CAMPAMENTO
NADALES 1 DONDE SE ENCUENTRAN LOS RECLUSOS QUE ESTÁN
INCLUIDO EN LA INVESTIGACIÓN.**

Yo _____ director del campamento Nadales 1 acepto que los reclusos del campamento participen en el estudio a realizar para evaluar el impacto de una intervención educativa sobre la infección por el VIH/sida de forma voluntaria, con la seguridad de que la información allí obtenida será empleada de forma confidencial y con fines científicos. Además se le permitirá que los reclusos se retiren de la investigación cuando lo deseen, sin que ello implique consecuencias negativas hacia mi centro reclutación.

Para que así conste, firmo junto al médico que me brinda las explicaciones.

Firma Director

Dra. Yaimara Molina Tamayo

Anexo No. 3

DIMENSIONES E INDICADORES

VARIABLE	INDICADORES	TECNICA QUE UTILIZÓ
----------	-------------	---------------------

	DIMENSIONES	O ITEM QUE EVALUA
1. Conocimiento en reclusos sobre el VIH/SIDA	<p>- Acceptable: Si conoce las 3 formas más comunes de infectarse, de prevenir los 3 grupos vulnerables, los cuatros síntomas más frecuentes en la infección por el VIH</p> <p>Medianamente acceptable: Si conoce al menos 2 formas más comunes de infectarse, de prevenir los 2 grupos vulnerables, 3 síntomas más frecuentes en la infección por el VIH</p> <p>Inaceptables: Si conoce al menos 1 forma más comunes de infectarse, de prevenir los 1 grupos vulnerable, los 2 síntomas más frecuentes en la infección por el VIH</p>	<p>- Encuesta</p> <p>Pregunta 3: Incisos: 3.2 ; 3.4 y 3.5</p> <p>Pregunta 4: Incisos: 4.3</p> <p>Pregunta 5: Incisos: 5.1, 5.3, 5.4</p> <p>Pregunta 6: Incisos: 6.1 ; 6.3 y 6.4</p> <p>Pregunta 7: Incisos: 7.1 ; 7.3, 7.4 y 7.5</p>

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS RECLUSOS DEL
CAMPAMENTO NADALES 1 QUE ESTÁN INCLUIDO EN LA
INVESTIGACIÓN.**

Yo _____ recluso del campamento Nadales 1 acepto participar en el estudio a realizar para evaluar el impacto de una intervención educativa sobre la infección por el VIH/sida de forma voluntaria, con la seguridad de que la información allí obtenida será empleada de forma confidencial y con fines científicos. Además me permitirán retirarme de la investigación cuando lo desee, sin que ello implique consecuencias negativas hacia mi centro reclutación.

Para que así conste, firmo junto al médico que me brinda las explicaciones.

Firma Recluso

Dra. Yaimara Molina Tamayo