

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“JOSE ASSEF YARA”**



**INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE VIH/SIDA DIRIGIDA A
ESPECIALISTAS DE SALUD.**

AUTOR: Dra Alicia Montero Regueiro
Especialista de 1 grado en Medicina General
Integral
Profesora Instructora

TUTORA: Dra. Anay Rodríguez Hernández
Especialista en Medicina General Integral
Master en Enfermedades Infecciosas

ASESOR: Lic. Alfredo Hernández Rodríguez
Profesor Auxiliar
Aspirante a Doctor en Ciencias Pedagógicas

TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO CIENTÍFICO DE
MASTER EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS

“Año 50 del Triunfo de la Revolución”
2009

PENSAMIENTO

Y todo impulso es ciego

Cuando no hay conocimiento

Y todo saber es inútil

Cuando no hay trabajo

Y todo trabajo es vacío

Cuando no hay amor.

“Kahalil – Gibran

AGRADECIMIENTO

- A todos los profesores que me han propiciado incondicionalmente los conocimientos para nuestra formación y educación.
- A mi tutora que me ha guiado y aportado sus ideas y conocimientos.
- A mi asesor con su nobleza y modesta ayuda ha sacrificado parte de su tiempo aportándome conocimientos para la culminación de este trabajo.
- A la Dra. Belkys Rico Alegría, por haber contado con su pronto apoyo e incluso en la revisión del trabajo.
- A mis hijos por ser sensibles y comprensibles a la hora de ocupar tiempo en la elaboración de esta investigación.
- A todos mis amigos que han colaborado de una forma u otra en la realización de este trabajo, por lo que les expreso a todos mis más sincera gratitud.

DEDICATORIA

- A mis hijos por ser el más grande estímulo para luchar contra las adversidades de la vida y ser el motor impulsor de mi existencia.
- A mis profesores: Dr. Fernando A. Díaz Miso y Dr. Vivian Ponce Herrera, por haber aportado sus conocimientos en esta maestría y ser guías en la realización de este trabajo.
- A mis compañeros y amigos que de una u otra forma colaboraron con el desarrollo de este trabajo.

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) de tipo de intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre la infección por el VIH/SIDA en los especialistas de la salud en el policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez” en el municipio de Ciego de Ávila de septiembre del 2008 hasta enero 2009. El universo de trabajo estuvo constituido por 206 especialistas; a los mismos se le aplicó una encuesta y se evaluó el nivel de conocimientos antes y después de la intervención educativa, los resultados fueron que el 100% de las especialistas reconocieron las tres formas de transmitir la infección por el VIH después de la intervención; el 99,5% reconocieron que no existen síntomas inmediatos que identifiquen la infección por el virus que ocasiona el sida, el 99% reconocieron después de la intervención que el momento de realizar la prueba es tres meses después del contacto infestante, la abstinencia sexual y el uso del preservativo fueron referidas por el 100% de los capacitados y el 99% refirieron las relaciones de pareja basadas en la fidelidad constituyen las formas de prevenir las infecciones por el virus que ocasiona el sida, el 100% de los capacitados incorporaron en sus conocimientos que la responsabilidad del uso del condón es de ambos sexo. Se aceptó la hipótesis trazada en la investigación ya que los especialistas adquirieron conocimientos generales sobre el VIH/SIDA entre alto y medio con el 60.6% y 36.4% respectivamente después de la intervención educativa, para un 95% de confiabilidad de prueba de hipótesis.

Palabras claves: VIH/SIDA, intervención educativa, conocimientos.

INDICE

PÁGINAS

Resumen	
Introducción.....	1
Objetivos.....	7
Marco teórico.....	8
Material y método.....	25
Análisis y discusión de los resultados.....	32
Conclusiones.....	42
Recomendaciones.....	43
Referencias bibliográficas.....	44

INTRODUCCIÓN:

Las infecciones de transmisión sexual constituyen un conjunto de enfermedades infectocontagiosas que se expresan clínicamente con distinta sintomatología y que tienen diferentes etiologías. Las reúne el hecho epidemiológico de adquirirse principalmente por contacto sexual, independientemente de la preferencia sexual, sin ser este el único mecanismo de transmisión, son evitables en la mayoría de los casos y pueden ser diagnosticadas en etapas tempranas (1).

El virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), identificado por primera vez en 1981, se ha vuelto una de las enfermedades infectocontagiosas más terribles del pasado y presente siglo. Esta tragedia ha sido conocida en su dimensión real por su frecuencia de aparición, su ataque predominantemente a personas jóvenes o de edad mediana, su forma de diseminación por contacto sexual o por la sangre, el riesgo de infección de personas aparentemente sanas que son portadoras de la infección y, en muchos pacientes, la evolución implacable a el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) que concluye con la muerte (2).

Para algunos autores el SIDA está definido por una serie de enfermedades oportunistas asociadas a la inmunodepresión que están relacionadas con los efectos que produce el VIH, en el Sistema Inmunológico (3).

Para otros autores el SIDA es 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 al final ocasiona la aparición de enfermedades oportunistas o tumores raros (4).

En todos los países del mundo hay personas afectadas por el SIDA. Cada día que pasa, el SIDA se transforma cada vez más en una crisis internacional. En la actualidad, cerca de 40 millones de adultos y niños viven con el VIH/SIDA y por lo menos 10,4 millones de niños menores de 15 años han perdido a la madre, o a ambos progenitores, a causa del SIDA (5).

En los últimos años se han producido prometedores avances en las iniciativas mundiales para abordar la epidemia de SIDA, incluido un mayor acceso a los programas eficaces de tratamiento y prevención. Sin embargo, el número de personas que viven con el VIH-SIDA (PVIH-SIDA) sigue aumentando, así como el de defunciones causadas por SIDA. Un total de 39,5 millones (34,1–47,1 millones) de personas, vivían con el VIH en el 2008 (5,6).

En muchas regiones del mundo, las nuevas infecciones por el VIH se concentran sobre todo entre los jóvenes (de 15 a 24 años de edad). Entre los adultos de 15 años o más, los jóvenes representaron el 40% de las nuevas infecciones contraídas en 2008 (5).

Las consecuencias sociales y económicas de la enfermedad han sido especialmente devastadoras en muchos países en desarrollo del África subsahariana, que soportan el 64% de la carga mundial de la enfermedad. La epidemia también sigue creciendo rápidamente en Europa Oriental y Asia Oriental (7,13).

Se necesitan muchos recursos para enfrentar el VIH/SIDA como problema de salud pública acuciante. El hecho de afrontar el SIDA con métodos más audaces permitirá fortalecer la atención primaria, sobre la base de los principios establecidos en Alma-Ata en 1978. Pero para lograr ese objetivo los donantes internacionales y los propios países tendrán que hacer mayores inversiones en salud (5,7).

Disponemos de conocimientos y recursos suficientes para prevenir la mayoría de las nuevas infecciones y defunciones por VIH que hoy se producen. Usando mejor los recursos existentes y captando nuevos recursos para influir en un problema nuevo y cada vez más grave, la OMS se propone trabajar con un criterio de emergencia para ayudar a los países a corregir las desigualdades en el acceso a terapias de probado valor. Si se lleva a cabo correctamente, esta respuesta de emergencia puede dar lugar a avances sostenidos, según plantea esta organización mundial. Las inversiones realizadas en la equidad de la

prevención y la mejora del acceso a la asistencia reportarán numerosos beneficios, incluida una atenuación de las desigualdades, tanto sociales como médicas, que amenazan la frágil paz y estabilidad de la comunidad mundial.

Casi las tres cuartas partes (72%) del total de fallecimientos de adultos y niños causados por SIDA en 2008 tuvieron lugar en África subsahariana: 2,1 millones (1,8 -2,4 millones) del total mundial de 2,9 millones (2,5 -3,5 millones) de fallecimientos por esta causa. Se estima que África subsahariana en conjunto alberga 24,7 millones (21,8 -27,7 millones) de adultos y niños infectados por el VIH (5).

En los últimos dos años, el número de personas que vive con el VIH aumentó en todas las regiones del mundo. El incremento más preocupante se registró en Asia oriental y en Europa oriental y Asia central, donde el número de personas que vivían con el VIH en 2008 fue una quinta parte (21%) más alto que en 2007. Los 270 000 (170 000-820 000) adultos y niños infectados por el VIH en Europa oriental y Asia central en 2007 dan cuenta de un aumento de casi el 70% en relación con las 160 000 (110 000-470 000) personas que contrajeron el VIH en 2004. En Asia meridional y sudoriental, el número de nuevas infecciones por el VIH se incrementó un 15% en 2004-2006, mientras que en Oriente Medio y África del Norte aumentó un 12%. En América Latina, el Caribe y América del Norte las nuevas infecciones de 2007 se mantuvieron en líneas generales al mismo nivel que en 2006 (10,12).

El acceso al tratamiento y la atención ha aumentado significativamente en los últimos años, aunque a partir de un nivel muy bajo en muchos países. Se estima que a través del suministro de tratamiento antirretrovirales se han ganado dos millones de años de vida desde 2002 en los países de ingresos bajos y medianos. Sólo en África subsahariana, se han ganado unos 790 000 años, la mayor parte de ellos en los últimos dos años de ampliación del tratamiento antirretrovirales. En América Latina, donde el suministro de tratamiento en gran escala empezó antes, se han ganado desde 2002 unos 834 000 años de vida (14,15).

La epidemia más limitada en la región del Caribe, es la de Cuba, donde tanto la prevalencia nacional del VIH en adultos como la prevalencia en personas que solicitan tratamiento para infecciones de transmisión sexual fueron inferiores al 0,1% [$<0,2\%$] en 2007. En conjunto, alrededor del 80% de los diagnósticos de VIH han correspondido a varones, y las prácticas sexuales peligrosas entre ellos constituyen el principal factor de riesgo de transmisión del VIH en el país.

A pesar de los esfuerzos intensivos y satisfactorios para controlar la epidemia, el número de personas diagnosticadas de VIH ha aumentado desde 1996. Después de la introducción en 2001 de fármacos antirretrovirales producidos localmente, las tasas anuales de mortalidad por SIDA han disminuido un 72%, y las de infecciones oportunistas, un 76%, mientras que el tiempo promedio de supervivencia después del diagnóstico de SIDA ha pasado de poco más de un año a cinco años (16,18).

En Cuba durante el año 2008 la prevalencia de la enfermedad en el grupo de 15-49 años fue de 0,1% y la incidencia de VIH de 9,9 por 100 000 habitantes, por otra parte la tasa de mortalidad por SIDA por millón de habitantes en el antes mencionado año, fue de 8,6, así como la incidencia de SIDA en dicho año fue de 2,4 por 100 000 habitantes (17).

Desde el año 1986 hasta el año 1993 la atención a las personas que presentaban dicha enfermedad o eran portadores de la misma era la consiguiente: Sistema sanatorial como única variante de atención médica, Inter-consultas de especialidades en hospitales seleccionados, IPK atención especializada y a los casos terminales y/o con complicaciones procedentes del Sanatorio de Santiago de las Vegas (SSV) y de otras provincias. A partir del año 1993 se pasó al Sistema de Atención Ambulatoria (SAA), dándosele atención comunitaria a cargo del médico de familia y la atención secundaria corría a cargo de especialistas de sanatorios y de otros servicios de los hospitales provinciales (19).

En Ciudad Habana los pacientes percibían atención “clínica” secundaria en el Instituto de Medicina Tropical (IPK) y atención por especialidades: Miguel

Enríquez (quirúrgica), primero el Lebrero y después el Eusebio Hernández (gineco-obstétrica) y Juan Manuel Márquez (pediátrica).

La situación actual de incremento mantenido del número de PVVIH-SIDA y el IPK tener que servir atención clínica a la totalidad de los pacientes de Ciudad de la Habana y provincia Habana, además de la atención terciaria de todas las PVVIH-SIDA del país, hicieron necesario crear una serie de medidas con el propósito de optimizar la atención integral de salud a estas personas. El MINSAP de Cuba decidió: acercar los servicios de salud al lugar de residencia de las personas; utilizar recursos humanos existentes en las provincias y potenciar su capacidad de respuesta y la multiplicación de conocimientos sobre VIH/SIDA a otros profesionales así como mejorar la interrelación y coordinación entre los diferentes niveles de Atención en la provincias y municipios.

Desde el año 2006 se instituyó en los distintos municipios del país la descentralización de la atención clínica a las PVVIH-SIDA lo que ha permitido una mejor atención a estas personas.

Problema de la investigación

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA que tienen los especialistas de la salud en el policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez” en el municipio de Ciego de Ávila?

Hipótesis del trabajo:

De ser efectiva la intervención educativa, se elevarán nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA que tienen los especialistas de la salud en el policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez” en el municipio de Ciego de Ávila.

Teniendo en cuenta la descentralización de la atención a pacientes con VIH/SIDA, es que nos decidimos a realizar esta investigación para elevar el nivel de conocimiento sobre la infección en los especialistas de la salud en el policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez” en el municipio de Ciego de Ávila.

Objetivos

1- Objetivo General

Evaluar la eficacia de la intervención educativa para promover conocimientos sobre la infección por el VIH/SIDA en los especialistas de la salud en el policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez” en el municipio de Ciego de Ávila.

2- Objetivos Específicos

2.2.1- Explorar el conocimiento antes y después de la intervención educativa sobre el VIH/SIDA en cuanto a:

- **Formas más comunes de infectarse y de prevenir.**
- **Comienzo inmediato de los síntomas.**
- **Momento en que puede realizarse la prueba del VIH.**
- **Responsabilidad del uso del condón**

2.2.2- Evaluar el conocimiento en general sobre el VIH/SIDA que tienen los especialistas de la salud en el policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez” en el municipio de Ciego de Ávila antes y después de la intervención

MARCO TEORICO:

Antecedentes Históricos:

Entre mayo de 1980 y junio de 1981 se detectaron 5 casos sorprendentes de infección por *Pneumocystis jiroveci* (entonces designado *Pneumocystis carinii*), un hongo emparentado con las formas originales de los Ascomycetes, conocido por infectar a pacientes severamente inmunodeprimidos. En junio del propio año se reportó el estudio de 26 casos de hombres homosexuales con sarcoma de Kaposi, solo o asociado a la neumonía antes mencionada o a otros tipos de infecciones oportunistas; se establecía así de forma definitiva el comienzo de una epidemia de la cual desafortunadamente el mundo de comienzos del siglo XXI aún no ha podido librar (2,4).

Inicialmente se observó un grupo de casos semejantes en los que estaban implicados varones homosexuales y donde aparecía a la vez infección por citomegalovirus y candidiasis. Se pensó primero que la causa debía estar ligada a prácticas comunes entre la población homosexual masculina.

Pronto empezaron a aparecer casos que afectaban a varones o mujeres heterosexuales usuarios de drogas intravenosas, así como a sus hijos; también entre pacientes no homosexuales y con hábitos saludables que habían recibido transfusiones de sangre entera o de productos sanguíneos por su condición de hemofílicos. Enseguida se concluyó que la causa debía ser un agente infeccioso que se transmitía de forma semejante a como lo hace el virus de la hepatitis B.

Distintos equipos de investigadores empezaron a buscar un virus asociado a los casos conocidos de inmunodeficiencia adquirida, tal vez un retrovirus como el virus de la leucemia de células T del adulto (HTLV). En 1983, en el Instituto Pasteur de París, un equipo dedicado a la investigación de la relación entre retrovirus y cáncer, dirigido por J.C. Chermann, F. Barré-Sinoussi y L. Montagnier, encontró un candidato al que denominó virus asociado a la linfadenopatía (LAV).

En 1984 el equipo de R. Gallo, descubridor del HTLV, único retrovirus humano conocido hasta entonces, confirmó el descubrimiento, pero en un inicio lo denominó virus linfotrópico T humano tipo III (HTLV-III), hasta que poco tiempo después el virus adquirió su denominación definitiva, como virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (20,21).

En el mismo año, 1983, en que se identificó el virus, diversos equipos científicos empezaron a trabajar en la secuencia de su genoma, publicada a principios de 1985, y comenzó también la caracterización de sus proteínas.

En el año 1986 se describió el VIH II, que a pesar de ser un virus diferente, comparte ciertas características biológicas en común con el VIH I, tales como, un mismo tropismo celular, igual modo de transmisión, mecanismos similares de replicación, ambos producen estados de inmunodeficiencia.

Una vez identificada la afección, la OMS reconoció 3 patrones epidemiológicos de infección por el VIH, los cuales consistían en:

Patrón I: Era típico de países capitalistas desarrollados; es probable que la difusión de la infección tuvo lugar en el siglo pasado en la década del 70; existía un predominio de hombres homosexuales y bisexuales y de drogadictos endovenosos. La transmisión a través de la sangre de los hemoderivados había sido prácticamente eliminada debido a la pesquisa del virus en la sangre. Tenía mayor predominio en el sexo masculino en relación con un relativo bajo número de mujeres.

Patrón II: Estaba caracterizado porque el mayor número de casos ocurría en personas heterosexuales, tenía una proporción similar en ambos sexos y la transmisión perinatal era muy frecuente.

Patrón III: El virus VIH fue introducido probablemente en los países afectados en el siglo XX a principios o a mediados de la década del 80 y existía un número pequeño de casos que había tenido relaciones sexuales con personas de otros países con patrones I y II. Cuba estaba incluida en este patrón.

También se presentaban casos producidos por la sangre y hemoderivados contaminados (20,21).

En la actualidad estos patrones ya no se tienen en cuenta, pues de forma general el número de casos ha aumentado en todas las áreas. El comportamiento sexual homo y bisexual ha venido experimentando un incremento muy cercano al heterosexual en todos los países, así como el del número de casos por uso de drogas endovenosas.

Situación Mundial:

Este virus del VIH se esta propagando rápidamente dentro de los países y mas allá de sus fronteras. Afecta a las personas independientemente del sexo, la geografía o la orientación sexual. Se ha vuelto una de las enfermedades más terribles del presente siglo, conocida en su dimensión real por su frecuencia de aparición, su ataque predominantemente a personas jóvenes o de edad mediana, su forma de diseminación por contacto sexual o por la sangre, el riesgo de infección de personas aparentemente sanas que son portadoras de la infección y la evolución implacable a SIDA en muchos pacientes que concluyen con la muerte. Ha desencadenado una pandemia mundial mucho más extensa que la que se predijo hace una década (7,8).

En todo el mundo, según calculo de la OMS el número de personas infectadas excede los 40 millones, la mayoría de las cuales habitan en los países en vías de desarrollo de Asia, África sub.-Sahariana, Sud-América y el Caribe (3).

Se estima que, en todo el mundo, según datos publicados en el informe anual del programa Conjunto de la Naciones Unidas (ONUSIDA) sobre el VIH/SIDA, diciembre del 2007, se reportan un total de 39,5 millones de personas viviendo con el VIH, entre 3,5 -6,6 millones de nuevas infecciones, entre ellas 530000 niños y un total de fallecidos en este mismo año de 2,9 millones (5).

Considerándose la infección por VIH/SIDA, un problema de salud para la humanidad, se ha convertido en la amenaza más grande para la supervivencia humana en los últimos 700 años,⁽⁴⁾ no hay ninguna región en el mundo que no escape de este flagelo, para el 2010 habrá 40 millones de niños huérfanos debido a esta pandemia (4).

Mientras la humanidad se adentra en la tercera década de la epidemia de VIH/SIDA, la evidencia de impacto es irrefutable, allí donde se ha propagado de forma descontrolada la enfermedad, esta arrebatando a los países los recursos y capacidades de los que depende la seguridad y el desarrollo humano, en algunas regiones en combinación con otras crisis, están sumiendo en la miseria a sectores cada vez más amplios de la población (7).

Pese al esfuerzo y la entrega de diversas personas y organizaciones, la pandemia de VIH/SIDA es ya un desastre humano, social y económico de consecuencias incalculables para los individuos y comunidades. Aunque el VIH/SIDA no es curable, es prevenible y cada vez más tratable (10).

Este proceso patológico adquirió desde sus inicios un carácter epidémico explosivo, constituyendo en la actualidad una pandemia altamente letal (cerca del 50% de los afectados han fallecido) con importantes costos sociales, económicos y pérdida de numerosas vidas humanas (6).

Resulta difícil que a pesar de disponer de métodos eficaces de prevención y tratamiento, siga habiendo personas que corran el peligro de contraer la infección por el VIH y de tener una muerte prematura resultado de las enfermedades relacionadas con el SIDA., debido al desmoronamiento de las infraestructuras sanitarias y las carencias de recursos para invertir en la epidemia (10).

El número de personas que viven con el VIH ha aumentado en todas las regiones en comparación con los dos años anteriores y los aumentos más pronunciados se han producido en Europa Oriental, Asia Central, propagándose rápidamente por los Estados del Báltico y la Federación Rusa.

En Asia Oriental y el Pacífico debido en gran medida a la epidemia creciente en China el número de personas que viven con la infección creció cerca del 50% entre el 2005 y el 2007 (8)

La epidemia de SIDA cobro mas de tres millones de vida en el 2007, se estima que 4.3-6.4 millones de personas contrajeron el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a lo largo del año de ellos 640 000 menores de 15 años, lo que eleva entre 35.9-44.3 millones el numero de personas que vivían con VIH en todo el mundo.

Mientras la humanidad se adentra en la tercera década de la epidemia de SIDA, la evidencia de su impacto es irrefutable. Aproximadamente un tercio de los recién nacidos infectados son portadores del VIH, y se calculo en el año 2000, que habrían de 5 a 10 millones de niños que aun cuando no se hayan infectado con el virus procedente de la madre, habrían quedado huérfano a causa del SIDA (2).

África Subsahariana es la región mas afectada del mundo, con 25,4 millones (23,4-28,4 millones) de personas viviendo con el VIH a finales del 2007 en comparación con los 24,4 millones que había en el 2002, en el 2003 se produjeron 3,3 millones de nuevas infecciones y cobro la vida en este mismo periodo a 2,4 millones de africanos. Viven con VIH 10 millones de jóvenes entre 15-24 años y casi 3 millones de niños menores de 15 años, hoy día cada doces adultos africanos es un paciente seropositivo. En esta región el 57 % de todas las personas infectadas por el VIH/SIDA son mujeres y niñas (5,6).

En Asia y el Pacifico, se estima que 8.2 millones de personas viven con el virus, con excepción de Camboya, Myanmar y Tailandia, los niveles nacionales de prevaecía del VIH se mantienen comparativamente bajos.

La epidemia en China no muestra signos de retroceso. Las estimaciones oficiales lo situaban en el segundo país del mundo con mayor número de casos, después de Sudáfrica .Parece que la epidemia en Camboya se esta estabilizando, gracias a programas sostenidos de prevención, que vinculan al gobierno con la sociedad civil y engloban a diversos sectores de la comunidad.

La infausta distinción de tener la epidemia de VIH/SIDA de incremento rápido en todo el mundo sigue correspondiendo a Europa Oriental y Asia Central. Se estima que alcanzó 1.4 millones a final del 2007. Hubo un incremento de más de nueve veces en menos de 10 años.⁽⁶⁾ En la India, la tasa nacional de prevalencia del VIH en adultos que es inferior a 1%, apenas apunta la gravedad de la situación a la que enfrenta. En los últimos años la Federación Rusa ha experimentado un incremento excepcionalmente abrupto en las infecciones del VIH, notificadas, presenta la epidemia más grande de toda la región (9). África Subsahariana con mucho la región más afectada del mundo tiene en la actualidad 25.4 millones, que viven con VIH/SIDA. En el 2006 se produjeron aproximadamente 3.1 millones de personas contrajeron nuevas infecciones (2, 9, 11, 12).

Situación de América Latina y el Caribe:

En América Latina y el Caribe la epidemia está firmemente consolidada con casi 2 millones de personas infectadas ⁽¹³⁾ adultos y niños que viven con el VIH, se reporta 240 000 contrajeron la infección entre los jóvenes de 15-24 años, se estima un 0.5% de mujeres y el 0.8% de varones viviendo con VIH a finales del 2007.⁽²⁾⁽³⁾, aproximadamente 95 000 personas fallecieron a causa de SIDA.

Esta región muestra un mosaico complejo de patrones de transmisión. El VIH continúa propagándose a través del uso de drogas intravenosas y las relaciones sexuales no protegidas entre varones y mujeres, constituyendo este último patrón la razón que coloca al Caribe con las tasas más altas de VIH/SIDA del mundo fuera de África, con un total de fallecidos de 152 mil hasta el 2006 (14).

América Latina, tiene una población total de 476 millones de habitantes equivalentes al 8,4 % de la población mundial y se calcula que en toda la región habrá 1,400,000 personas viviendo con VIH/SIDA, los HSH continúan siendo el grupo poblacional al cual pertenece la mayoría de los casos de VIH/SIDA en la región, los datos epidemiológicos

divulgados indican que la epidemia del VIH entre HSH, se esta diseminando rápidamente, según datos, se estima que existe alrededor de 700,000 HSH con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. Esta es una ruta de transmisión importante del virus y existe la necesidad de apoyar y promover programas de prevención, atención y apoyo que busquen disminuir la epidemia (15).

En América Latina al igual que en el Caribe según datos epidemiológicos indican que la epidemia del VIH entre los HSH se esta diseminando rápidamente, por lo que debemos de apoyar y promover programas de prevención, atención y apoyo que busquen la disminución de la epidemia. (16)

Brasil, alberga más de un tercio de todas las personas que viven con VIH en América Latina. La epidemia en Brasil a todas las regiones de este inmenso país, y muestra ciertas variaciones. Al principio afecta mayoritariamente a varones que tienen relaciones sexuales con varones, luego a los consumidores de droga intravenosa, pero ahora la epidemia es más heterogénea.

En Uruguay donde aproximadamente las tres cuartas partes de todos los casos registrados de VIH, corresponden a la capital, Montevideo y sus área circundantes, se ha observado un incremento alarmante en el número de personas con el VIH, son consumidores de drogas (2,12,13).

En la región Andina, el VIH se esta propagando a las esposas y parejas sexuales de los varones que pagan por hacer relaciones sexuales y a los que tienen relaciones sexuales con otros varones.

En América Central la epidemia se concentra preferentemente en las grandes zonas urbanas, en la región Andina, el VIH se esta propagando progresivamente a las esposas y otras parejas sexuales de los varones que pagan por tener relaciones sexuales y los que tienen relaciones con otros hombres, en la región las mujeres están cada vez más afectados. El número de infecciones por VIH, ha ido aumentando en varios países (incluidos El Salvador, Nicaragua, Panamá) desde finales de 1990 (3,14,15).

Dos países de la región Guatemala y Honduras tienen una prevalencia nacional del VIH en adultos superior al 1%. En estos países sigue habiendo una gran disparidad entre las prioridades del gasto en prevención y las características principales de la epidemia de diversos países.

Más de 440 000 personas viven con el VIH en el Caribe, incluidos los 53 000 que contrajeron el virus en el 2006. Se estima que 36 000 personas fallecieron de SIDA en el último año.

Entre los jóvenes de 15-24 años alrededor del 3.1% de las mujeres y el 1.7% de los varones vivían con VIH a finales del 2006. En la región de la Comunidad del Caribe (CARICOM), hay 37 000 personas que viven con el VIH, incluidas 48 000 que se infectaron en el 2004 (2,3).

Con una prevalencia promedio del 2.3% el Caribe es la segunda región del mundo más afectada por el VIH, en cinco países (Bahamas, Belice, Guyana, Haití y Trinidad Tobago, la prevalencia nacional supera el 2%.

En conjunto los niveles máximos de infección por VIH entre mujeres de Las América corresponde a los países del Caribe y el SIDA se ha convertido en la primera causa de mortalidad entre los adultos caribeños de 15-44 años.

En el Caribe, sigue siendo Haití, el país que mayor número de personas viven con el VIH, 120 000-600 000 al final del 2005(ONUSIDA 2006). En el Caribe la mayor parte de los casos se debe a contacto heterosexual., (mujeres que tienen relaciones sexuales con hombres), pero en Puerto Rico, la causa principal de la epidemia parece ser el uso de drogas inyectables. Las epidemias más graves de toda la región están en Haití y en la República Dominicana. En Haití, el SIDA cobra aproximadamente 30 000 vidas por año, dejando 200 000 niños huérfanos (2, 6, 10,16). Cuba, con una prevalencia de VIH muy bajas, ha sido una excepción en esta región.

Al principio, muchas personas pensaron que el SIDA era una enfermedad que atacaba principalmente a los hombres. Incluso una década atrás, las estadísticas indicaban que las mujeres no eran tan afectadas. En los años 80, las mujeres eran sólo un pequeño grupo afectado por esta epidemia, pero ahora son la mayor preocupación. En el año 2000 más de 14 millones de mujeres fueron infectadas y cuatro millones murieron. Pero un patrón aterrador ha surgido desde entonces. En todo el mundo, las mujeres están llevando crecientemente el peso principal de la epidemia (12,17).

Aunque en grados variables, la transmisión de varón a varón es un factor en todas las epidemias de VIH, ha sido el modo de transmisión predominante del VIH en las mayorías de los países de ingresos altos. En los Estados Unidos, la mayor 42% de las nuevas infecciones en el 2006 se debió a las relaciones sexuales entre varones, mientras que en Australia ese porcentaje ascendió al 85 %. Se ha detectado una importante prevalencia del VIH entre varones que tiene relaciones con varones en países de todo el mundo (13).

En el año 1983, fecha en que llegan a Cuba las primeras informaciones sobre la situación de la epidemia de infección por el VIH y el SIDA en algunos países, la dirección del país conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública comienza a adoptar las medidas para evitar la desimanación de esta enfermedad en el país. En ese propio año se prohibió la importación de productos derivados de la sangre y se decide desarrollar la producción nacional de los mismos en laboratorios biológicos ya existentes (13).

Los problemas que plantea el SIDA varían enormemente de un lugar a otro, dependiendo de la magnitud y rapidez de la propagación del virus y de la existencia de un gran número de personas infectadas que hayan empezado a enfermar o fallecer (11).

Se puede plantear categóricamente que el VIH/SIDA ha penetrado y se expande rápidamente por nuestro planeta, no quedando exenta Cuba.

El mundo se enfrenta ahora a una multitud de epidemias de SIDA que se diferencian entre sí por su cronología, su magnitud y las poblaciones a las que afectan y a menudo también por factores que la afectan. Ya suman 25 años desde que fue diagnosticado el primer caso de SIDA, en el mundo pero para una epidemia se trata de una historia relativamente corta. Sin embargo, los estragos sociales que ha generado el VIH/SIDA la han convertido en una epidemia de graves consecuencias, siendo a la fecha una amenaza para el desarrollo social económico global, principalmente en los países de África Subsahariana. ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾

En Cuba la atención en salud es gratuita y estatal, el Ministerio de Salud Pública es el encargado de realizar las coordinaciones y acciones pertinentes para garantizarlo.

Cuba considera factores cruciales para maximizar la sinergia entre la prevención, el tratamiento y la atención: la voluntad y decisión política, la existencia y liderazgo de un programa que incluyan los tres aspectos, la capacidad técnica de los equipos y la creación y sostenibilidad técnica de una infraestructura en la base que ejecute las acciones y la necesidad de la existencia de un sistema de salud que de cobertura al 100%, de las necesidades asegurando la atención médica.

Programa de control y Prevención de VIH-SIDA

Antecedentes en Cuba.

Desde inicios de 1983, fecha en la que llegan a Cuba las primeras informaciones sobre la situación que venía produciéndose en algunos países con el llamado SIDA, el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) comenzó a tomar una serie de medidas para evitar la diseminación de esta enfermedad en el país (14).

En 1985 se decide por las autoridades gubernamentales la elaboración y ejecución de un programa de control que tenía como objetivo limitar la propagación de la infección. Teniendo en cuenta las características y desarrollo

del sistema de salud, sus tradiciones, el nivel de educación de la población, la situación existente y la aparición del primer caso seropositivo se adoptaron como premisas básicas que:

- ❖ Era factible evitar la transmisión a través de la sangre.
- ❖ Era posible limitar al mínimo la transmisión perinatal.
- ❖ La drogadicción no constituía un problema en el país, por lo que esta vía no representaba un riesgo importante en estos momentos.
- ❖ La transmisión sexual constituía el elemento principal de riesgo de transmisión y hacia esta vía debían dirigirse los esfuerzos principales (10).

El Programa Nacional de Control y Prevención del VIH-SIDA se desarrolla en forma permanente con la actualización quinquenal en todo el territorio nacional, abarcando el total de unidades del sistema Nacional de Salud y a toda la población cubana, y está regulado bajo las siguientes estrategias:

1. Amplio programa de Educación para la Salud dirigido a la población general y a grupos específicos con conductas de riesgo, para disminuir al mínimo los nuevos infectados.
2. Estudios a grupos de población con conducta sexual riesgo.
3. Estudios epidemiológicos al 100% de los casos infectados.
4. Tratamiento ambulatorio o sanatorial al 100% de los casos VIH-SIDA.

El programa presenta una estructura multisectorial y el Ministerio de Salud Pública es el máximo responsable del desarrollo y coordinación de todas las actividades, haciendo cumplir las estrategias del mismo (15).

En el centro de esta estrategia de prevención y el enfrentamiento al SIDA, hay un esfuerzo notable de los profesionales y otros trabajadores de la salud, en un despliegue de entrega y talento por detener la epidemia trabajando diferentes componentes del programa: vigilancia epidemiológica, atención médica, educación para la Salud, investigaciones.

Entre los componentes del programa que se vinculan con la labor del médico de familia está:

Componente de Vigilancia epidemiológica

La vigilancia epidemiológica se realiza mediante la búsqueda activa de posibles casos infectados en grupos seleccionados de población. Entre ellos: captados, contactos, personas a las que se le diagnostica otra infección de transmisión sexual (ITS), espontáneos, gestantes, ingresos, reclusos, extranjeros, tuberculosos, emigrantes, donantes de sangre y de órganos, personas con hemopatías y nefropatías.

Componente de atención médica

La atención médica a seropositivos al VIH está concebida en forma escalonada al igual que el resto del Sistema Nacional de Salud:

- Atención médica primaria por el médico de la familia para toda persona portadora del virus en la atención ambulatoria.
- Atención médica secundaria por un equipo multidisciplinario en sanatorios (generalistas, internistas, neurólogos, epidemiólogos, dermatólogos, psicólogos, estomatólogos, trabajadores sociales).
- Atención médica secundaria especializada en servicios quirúrgicos y de cuidados intensivos en los hospitales provinciales.
- Atención médica especializada en el Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí" (IPK), Centro Nacional de Referencia, al cual tienen
- acceso todos los pacientes que lo necesiten según criterio médico (11).

Componente de Educación para la Salud

Su objetivo general es promover comportamientos, actitudes y prácticas sexuales saludables que permitan una auto evaluación más adecuada del riesgo a la infección con VIH/SIDA e incidan en la prevención de nuevos infectados.

Entre sus objetivos específicos está:

- Realizar un diagnóstico de comunicación a nivel local como precedente a las acciones educativas a realizar.
- Propiciar una adecuada convivencia social con personas seropositivas al VIH y enfermos de SIDA.
- Proveer a la población mediante diferentes técnicas, las habilidades necesarias para negociar un sexo protegido, seguro, fomentando una adecuada autoestima y asertividad.
- Fomentar una disposición favorable al uso del condón.
- Facilitar en adolescentes y jóvenes una sexualidad responsable.
- Capacitar al médico de la familia, comunicadores sociales, maestros y profesores, líderes formales e informales, promotores y voluntarios, educadores de salud, en técnicas y procedimientos que faciliten promover conductas positivas para la prevención del VIH-SIDA, mediante la creación de una comunidad educativa.
- Identificar, captar y entrenar a individuos que por sus prácticas sexuales son más vulnerables a contraer la infección con el VIH/SIDA y que pudieran resultar promotores de salud dentro de grupos más expuestos.
- Complementar las acciones educativas mediante medios de comunicación social.
- Medir la efectividad de las acciones de prevención (10).

El Programa tiene una cobertura nacional, dirigido a toda la población y con énfasis en la población sexualmente activa y representa el 52,92 % de la población total.

La existencia del Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud (CNPES), el Centro de Prevención de ITS/VIH/SIDA, los Centros y Unidades Provinciales y Municipales de Higiene y Epidemiología, los Centros y Departamentos Provinciales de Promoción y Educación para la Salud y el resto de las unidades del Sistema Nacional de Salud (SNS) principalmente los policlínicos y consultorios del médico de la familia, constituyen la red básica

que aglutina a diferentes especialistas y profesionales para que las acciones educativas lleguen a la población (11).

La participación intersectorial (Ministerios de Educación, de Educación Superior, de Cultura, el Instituto Cubano de Radio y Televisión, las organizaciones estudiantiles y de masas como la Federación Estudiantil Universitaria, la Enseñanza Media, Comités de Defensa de la Revolución, Federación de Mujeres Cubanas y la Unión de Jóvenes Comunistas, entre otros), completa y facilita la accesibilidad de la población a los programas educativos en relación con el VIH/SIDA (15).

Los países que han llevado una estrategia de lucha precoz, coherente, multisectorial a través de un programa nacional han demostrado que esto permite reducir tanto la prevalencia, como la incidencia de VIH-SIDA (15).

Prevención

Transcurridos más de 20 años desde el comienzo de la epidemia de VIH-SIDA y más de 15 desde el inicio de la estrategia mundial contra el SIDA, dos brechas continúan ensanchándose sin cesar:

- ✚ La rápida propagación de la epidemia de VIH y los limitados esfuerzos de prevención
- ✚ Las necesidades de asistencia, apoyo y mitigación de los efectos, que van en constante aumento y la respuesta insuficiente para atender dichas enfermedades (13).

Para lograr una modificación en las tendencias y una reducción en la transmisión de esta infección se requieren acciones de promoción dirigidas a establecer prácticas de conductas sexuales seguras o protegidas, dentro de ella se hace referencia al uso del preservativo, estas solamente tienen un impacto a largo plazo, pues es bien conocido que no resulta fácil modificar estos aspectos conductuales en la vida de las personas (14).

Aunque nuestro país ha logrado mantener bajas tasas de crecimiento de la epidemia, la cantidad de casos de infecciones de transmisión sexual reportados, refleja la existencia de conductas de riesgos de la población e indican que aun queda mucho por hacer (16). Si alguien se expone a algunas de estas infecciones de transmisión sexual, Sífilis, Blenorragia, Condilomas y otras, significa que también está en riesgo de contraer el VIH (17).

Situación actual:

Cuba, país que presenta 10665 seropositivos con un total de 8581 del sexo masculino para un 80.5% y 2074 del sexo femenino para un 19.4%; además de 2258 pacientes viviendo con SIDA y un total de fallecidos de 1909, cifras reportadas hasta el año 2008 (17).

La incidencia de la infección es mayor en personas jóvenes, sobre todo en edades comprendidas entre 15 y 24 años, con un predominio del sexo masculino ,aportando las mayores cifras los hombres que tiene sexo con hombres HSH (14).

En general es una epidemia de baja transmisión, con una prevalencia en la población sexualmente activa (15-49 años) estimada de 0,09% autóctona y con una mayor detección en grupos nucleares, eliminándose prácticamente la transmisión vertical, al igual que a través de sangre y derivados, con un franco predominio de la transmisión sexual, importante participación homo y bisexual; aportando más casos las provincias centro occidentales (15).

Ciudad de la Habana (26.58), Isla de la Juventud (18.38), La Habana (6.97) , Camaguey (6.72) , Ciego de Ávila (6.64) y Villa Clara (6.50),tasas todas por 1000000 habitantes son las provincias que mayores tasas de incidencia acumulada presentaron en el 2006 (18).

La provincia Ciudad de la Habana que tiene reportado el 52, 0 % del total de casos del país con un reporte de casos desde el año 1986 hasta e cierre del 2008 de 5618 pacientes, el 85,5 % del total de casos representa el sexo

masculino y de ellos el 89,9 % son hombres que hacen sexo con otros hombres (HSH) (17).

Constituyen las prácticas y conductas de riesgo, las principales razones de que se mantengan cifras elevadas, aspectos significativos a señalar como causas que con llevan a impedir que la epidemia pueda ser eliminada de estas provincias.

El municipio Ciego de Ávila, es el de mayor incidencia desde el comienzo de la aparición de la epidemia en la provincia con un total de 133 casos diagnosticados y 19 fallecidos hasta el momento del corte de la investigación, siendo también el más alto del territorio avileño. En el policlínico “Belkys Sotomayor Álvarez” hasta la fecha que se evalúa hay un total de 27 pacientes diagnosticados con el VIH/SIDA de ellos ha existido un incremento en los trabajadores del sector de la salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) de tipo de intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre la infección por el VIH/SIDA en los especialistas de la salud en el policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez” en el municipio de Ciego de Ávila de septiembre del 2008 hasta mayo del 2009.

El universo de trabajo estuvo constituido por 206 especialistas que representan el total de los profesionales del policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez” en el municipio de Ciego de Ávila a los que se le realizó una encuesta (anexo 1) para evaluar los conocimientos que poseían sobre el tema antes de intervención educativa, posteriormente se desarrolló un programa educativo (anexo 2), que estuvo conformado por una serie de cinco sesiones con duración de dos meses y una frecuencia semanal, se trabajó con el universo dividido en ocho grupos de 25. El tema fue abordado mediante conferencias y técnicas participativas como video debate y dinámica de grupo, y después se aplicó el instrumento inicial (anexo 1) para comprobar los resultados obtenidos después de la intervención educativa.

Consideraciones Éticas:

Se les informó a las personas que serían incluidas en un estudio con el objetivo de mejorar el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA. Se solicitó su consentimiento así como se respetó su decisión de no participar en el estudio (anexo 3).

Criterios de inclusión:

- ❖ Desear participar en la investigación.
- ❖ Técnicos de la salud.
- ❖ Especialistas de salud.
- ❖ Que tenga vínculo asistencial.
- ❖ Que se encuentren trabajando en el área de estudio.

Criterio de exclusión:

- ❖ No desean participar en la investigación.
- ❖ No se enmarcan dentro de la muestra a estudiar.
- ❖ Más de tres ausencias justificadas a las actividades.
- ❖ Que se encuentran trabajando en otra área de salud.
- ❖ Que no sean técnicos ni especialistas de la salud.

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

Con las cuales se realizaron diferentes actividades de educación para la salud (anexo 2), y después se aplicó el instrumento inicial (anexo 1) y se comprobó los conocimientos obtenidos antes y después de la intervención educativa. El programa educativo constó con cinco frecuencias donde abordamos los temas relacionados con los objetivos propuestos en nuestra investigación.

La estrategia metodológica del trabajo se basa 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 selecciona con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de su historia, por lo que se emplea para indagar sobre el VIH/SIDA.

- Inducción – deducción: Se establecen generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.
- Hipotético –deductivo: Deduce una hipótesis como respuesta al problema.

Métodos empíricos tenemos:

- La observación: Mediante la misma se conoce la realidad del proceso, para así diagnosticar y poder aplicar un programa de intervención educativa que logre resolver el objetivo de la investigación.

Se utilizan diferentes técnicas, tales como:

- La entrevista: Se utiliza en la búsqueda de información, para indagar sobre el conocimiento que tienen los profesionales de la salud acerca del VIH/SIDA y si son capaces de ponerlo en la práctica.
- La encuesta: Dadas sus características de búsqueda de información rápida y económica se aplica a los especialistas para saber los conocimientos que tienen acerca del VIH/SIDA.
- **El procesamiento estadístico: Se utiliza 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 la distribución de frecuencia, los porcentajes (%) y como medida de significación estadística se usó los intervalos de confianza (Chi cuadrado (X^2)). Los resultados se expresaron en forma de tablas los que se analizaron en correspondencia con los objetivos propuestos para emitir las conclusiones.**

Para la comprobación de la hipótesis se plantea que:

Si Chi-cuadrado calculado (X^2) > 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

Conceptualización y operacionalización de las variables:

VARIABLE DEPENDIENTE:

Nivel de Conocimiento: La adquisición a través de la vida de temas relacionado con la infección por el VIH/SIDA.

Operacionalización de estas variables

Conocimientos sobre el VIH/SIDA en los profesionales de la salud:

- Tener conocimiento sobre las tres formas más comunes de infectarse por el VIH/SIDA, de prevenir y los tres comportamientos que hay que adoptar para protegerse.
- **Tener conocimiento sobre el comienzo de los síntomas**
- **Momento en que puede realizarse la prueba del VIH**
- **Cual es el momento de exigirle al hombre el uso del condón en las relaciones sexuales**
- **La responsabilidad del uso del condón es de ambos sexos**

A partir de estos se establecieron las dimensiones y los indicadores, así como la técnica o ítem que evaluará los mismos

VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADORES/ DIMENSIONES	TECNICA QUE UTILIZO O ITEM QUE EVALUA
1) Nivel de conocimiento en los profesionales de la salud sobre el VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> ○ Alto: Si conoce las 3 formas más comunes de infectarse, de prevenir, la no presencia de síntomas ante la infección, el momento de realizarse la prueba del VIH y la responsabilidad del uso del condón es de ambos ○ Medio: Si conoce al menos 2 formas más comunes de infectarse, de prevenir la no presencia de síntomas ante la infección, el momento de realizarse la prueba del VIH y la responsabilidad del uso del condón es de ambos ○ Bajo: Si conoce solamente 1 de las formas más comunes de infectarse, de prevenir, la no presencia de síntomas ante la infección, el momento de realizarse la prueba del VIH y la responsabilidad de ambos 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Encuesta Pregunta 1: Incisos: 1.2 ; 1.4 y 1.5 Pregunta 2: Incisos: 2.2 Pregunta 3: Incisos: 3.3 Pregunta 4: Incisos: 4.1, 4.3, 4.4 Pregunta 5: Incisos: 5.3

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, a 20 puntos por preguntas.

Alto: Calificación entre 85 y 100 puntos

Medio: Calificación entre 60 y 84.9 puntos

Bajo: Calificación de menos de 60 puntos

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas efectiva para lograr elevación de conocimientos e influir en los cambios de comportamientos específicos y sostenidos en sectores de la población; Debe estar centrado en el sujeto, implicándolo afectivamente, con una comunicación horizontal.

Centrado en el sujeto: Los profesionales de la salud, es el centro de la actividad, siendo sujeto y objeto a la vez.

Comunicación horizontal: Cuando los elementos del conocimiento necesario se transmiten sin diferencia de nivel entre sujetos de diferentes estratos.

Métodos educativos: Son las vías y los modos de la actividad conjunta entre los sujetos para lograr los objetivos propuestos.

Implicado afectivamente: Cuando no se limita el sujeto a conocer sobre el problema, sino que éste está relacionado con sus necesidades y motivos.

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. (8)

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana. (18,)

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirido. (18, 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.

Especialistas de la Salud: Todo trabajador del sector de la salud con un título académico vinculado a diferentes especialidades de la medicina.

Análisis y discusión de los resultados

Intervención Educativa sobre el VIH/SIDA en los especialistas de la salud del policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez” en el municipio de Ciego de Ávila.

Tabla No. 1: Distribución según conocimientos sobre formas más comunes de infectarse por el VIH/SIDA antes y después de la intervención.

Formas de infectarse	Total (N=206)			
	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Por el uso cubiertos , vasos y objetos personales	5	2.4	1	0.4
Por besos y caricias	5	2.4	2	0.9
Teniendo contacto con sangre contaminadas	199	96.6	206	100
De madre infectada a su hijo durante el embarazo, parto o lactancia materna	194	94.1	206	100
Tener relaciones sexuales desprotegidas (anal, bucal y vaginal)	200	97.0	206	100
Tener relaciones sexuales protegidas con personas que cambian frecuentemente parejas	5	2.4	2	0.9

Fuente: Encuesta

Resultados del procesamiento estadístico: $X^2 = 19.61$ $X^2_{(0.05)}^{(5)} = 11.07$
 $X^2 > X^2_{(0.05)}^{(5)}$

Con respecto a la distribución de los profesionales encuestados según conocimientos sobre formas más comunes de infectarse con el VIH/SIDA antes y después de la intervención (tabla No. 1). Del total de profesionales encuestados 206; el 97% (200) refirieron que una de las formas de infectarse es “tener relaciones sexuales desprotegidas (anal, bucal y vaginal)”, seguida por el 96.6% (199 encuestados) y el 94.1% (194 profesionales) que refieren

otras formas de infectarse es “teniendo contacto con sangre contaminada” y “de la madre infectada a su hijo durante el embarazo, parto y lactancia materna” respectivamente; antes de la intervención educativa, ya que después de la misma el 100% (206 especialistas) incorporaron en sus conocimientos dichas formas de infectarse.

Sin embargo después de el modelo 1 especialista para un 0.4%, mantiene el criterio que se puede infectar por “el uso de cubiertos, vasos, y objetos personales”, 2 para un 0.9% plantea que “tener relaciones sexuales protegidas con personas que cambien frecuentemente de parejas” y 2 para un 0.9% “por besos y caricias son otras formas de adquirir la enfermedad”, aunque son capaces de reconocer el resto de las formas de infección.

Teniendo en cuenta el análisis estadístico del conocimiento sobre las vías de infectarse tanto antes como después, se observó que existe significación estadística entre el antes y el después ya que chi cuadrado calculado (X^2) es mayor que la tabulada ($X^2_{(0.05)}^{(5)}$) para un 95% de confiabilidad. Por lo que las adultas jóvenes adquirieron conocimientos sobre las formas de infectarse con el VIH/SIDA.

Sin embargo, en relación con el conocimiento sobre el VIH/SIDA y su forma de transmisión en las mujeres de Cali; Colombia en el 2005; pudieron constatar que el 86.9% de las mujeres encuestadas afirmaron la transmisión vertical.

Nuestro resultado no coincide con los obtenido por el Dr. Artilles y colaboradores en estudiantes del colegio “Puerto Camacho” de la provincia Cordillera en Venezuela en el 2006 donde el 51.2% tenían conocimientos satisfactorios sobre formas de infectarse con el VIH/SIDA, antes de la intervención y solamente después de la misma solo el 86.0% adquirieron dichos conocimientos, y en nuestro estudio fue el 100%.

Tabla No. 2: Distribución de los especialistas encuestados antes y después de la intervención según conocimientos sobre presencia de síntomas inmediatos en la infección por VIH/SIDA.

Síntomas inmediatos en la infección por el VIH/SIDA	Total (N=206)			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Si	5	2.4	1	0.4
No	201	97.5	205	99.5

Resultado del procesamiento estadístico: $X^2 = 23.52$ $X^2_{(0.05)}^{(1)} = 3.84$

$$X^2 > X^2_{(0.05)}^{(1)}$$

Con relación al conocimiento antes y después de los especialistas encuestados según presencia inmediata de síntomas cuando se infectan con el virus que causa el SIDA (tabla No. 2) podemos apreciar que de un total de 206 especialistas, el 97.5% (201) refirieron que en la infección por VIH/SIDA “no hay presencia de síntomas inmediatos”, sin embargo 5 para un 2.4% contestaron que “si hay presencia de síntomas inmediatos”, antes de la intervención; después de la misma el 99.5% (205 especialistas encuestados) reconocen que “no hay síntomas inmediatos” y solamente 1 mujer para un 0.4% mantiene su criterio que “si hay síntomas inmediatos” después de la infección por el virus que causa el SIDA.

Para un 95% de prueba de hipótesis con respecto al conocimiento adquirido de las adultas jóvenes sobre los síntomas inmediatos en la infección por el VIH/SIDA se puede observar una significación estadística por lo que existe una relación en la obtención de conocimientos después de la intervención educativa.

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

Momento en que puede realizarse la prueba del VIH después del contacto sexual riesgoso.	Total (N=206)			
	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Un (1) día después	4	1.9	2	0.9
Tres (3) semanas después	13	6.3	1	0.4
Tres (3) meses después	131	63.5	201	97.5
Un (1) año después	58	28.1	2	0.9

Resultado del procesamiento estadístico: $\chi^2 = 69.46$ $\chi^2_{(0.05)}^{(3)} = 7.82$

$$\chi^2 > \chi^2_{(0.05)}^{(3)}$$

En cuanto al conocimiento de los profesionales encuestados sobre el momento en que una persona puede realizarse la prueba del VIH después del contacto sexual riesgoso antes y después de la intervención educativa (tabla No. 3), podemos apreciar que de un total de 206 especialistas encuestados el 63.5% (131) refieren que el momento de realizarse los análisis de determinación del virus es de “tres (3) meses después del contacto sexual riesgoso”, seguido por el 28.1% (58 encuestadas) que contestaron “un (1) año después” en el modelo antes.

Después de la intervención educativa el 97.5% (201 especialistas) reconocen correctamente el momento en que se pueden realizar las pruebas del VIH (que transcurre desde que se infecta la persona hasta la micro Elisa positiva) que es de “tres (3) meses después de la relación sexual riesgosa”, es bueno señalar que todavía el 0.9%(2 especialistas);el 0.4(1 especialista) y el 0.9% (2 especialistas) mantienen su criterio que dicho periodo es “un (1) día después”, “tres (3) semanas después” y “después de un (1) año” respectivamente.

Con el análisis estadístico de dicha variable, podemos decir que se acepta la H_1 por lo que existe significación estadística para un 95% (0.05) de confiabilidad.

Tabla No. 4: Conocimiento antes y después de la intervención sobre las tres formas más comunes de prevenir la infección por el VIH

Formas más comunes de prevenir la infección por el VIH	Total (N=206)			
	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Abstinencia sexual	193	93.6	206	100
Tener relaciones sexuales con personas que cambien frecuentemente de parejas	4	1.9	1	0.4
Usar preservativo o condón	204	99.0	206	100
Relaciones de parejas basados en la fidelidad	200	97.0	204	99.0
Tener relaciones sexuales desprotegidamente con su pareja estable.	13	6.4	3	1.4

Resultado del procesamiento estadístico: $X^2 = 69.48$ $X^2_{(0.05)}^{(4)} = 9.49$

$$X^2 > X^2_{(0.05)}^{(4)}$$

La tabla No. 4 refleja el conocimiento antes y después de la intervención educativa sobre las tres formas más comunes de prevenir el VIH/SIDA. Del total de especialistas encuestados 206; el 99% (204) refieren que “usar preservativo o condón” es una de las formas de prevenir el VIH/SIDA, seguido por el 97% (200 especialistas) y el 93.6% (193) plantean que las “relaciones de parejas basadas en la fidelidad” y “la abstinencia sexual” respectivamente constituyen otras formas de prevención, (antes de la intervención educativa); sin embargo el 6.3% (13) y el 1.9% (4 encuestados) antes de la intervención tenían el conocimiento que “tener relaciones sexuales desprotegidamente con

su pareja estable” y “tener relaciones sexuales con personas que cambien frecuentemente de parejas” respectivamente son formas de prevenir la infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida que causa el SIDA.

Después de la intervención 3 especialistas para un 1.4% mantienen el criterio de que “tener relaciones sexuales desprotegidamente con su pareja estable” es una de las formas de prevención de la infección por el VIH; y solamente 1 especialista para un 0.4% mantiene el criterio de que “tener relaciones sexuales con personas que cambien frecuentemente de parejas” también evita el VIH, se puede apreciar en dicha tabla que se incrementó el conocimiento en que el 100% (206) refirieron que la prevención es a través de la “abstinencia sexual” y “usar preservativo o condón” ; seguido por el 99% (204 encuestados) que refieren las “relaciones de parejas basadas en la fidelidad” es otra forma de prevenir una infección por el virus que causa el SIDA.

Con respecto a los análisis estadísticos de chi cuadrado de la variable formas 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 es mayor que la tabulada. Por lo que los especialistas adquirieron los conocimientos correctos para un 95% de confiabilidad de prueba de hipótesis.

Dicho resultados se asemejan a los encontrados por la Dra. Ortiz Maza donde más del 95% de las encuestadas reconocieron las formas más comunes de prevenir la infección por el virus que causa el SIDA después de la intervención educativa (41).

Resultados semejantes al nuestro se encontró también en el estudio que realizó la Dra. Roselló Izquierdo en los trabajadores de la construcción de Cayo Coco que más del 97% de los trabajadores encuestados incorporaron en sus conocimientos las principales medidas de prevención de la infección después de la intervención educativa (42).

Tabla No. 5: Distribución de los especialistas encuestados antes y después de la intervención según preocupación del uso del condón

Preocupación del uso del condón	Total (N=206)			
	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
De la Mujer	5	2.4	1	0.4
Del Hombre	16	7.7	3	1.4
De Ambos	185	89.8	202	98

Resultados del procesamiento estadístico: $X^2 = 34.18$ $X^2_{(0.05)}^{(2)} = 5.99$
 $X^2 > X^2_{(0.05)}^{(2)}$

Con respecto a la tabla No. 5 que demuestra la distribución de los especialistas según preocupación del uso del condón antes y después de la intervención educativa; del total de especialistas encuestados (206) el 89.8% (185) refieren que es “de ambos sexos” la preocupación, sin embargo el 7.7% (16 especialistas) plantean que la responsabilidad del uso del condón es “solamente del hombre” y el 2.4% (5 especialistas) “de la mujer” (antes de la intervención educativa); ya que después de la misma adquieren conocimiento 13 especialistas reconociendo que es de “ambos sexo” la responsabilidad del uso del condón en las relaciones sexuales y solamente 0.4% mantiene el criterio que es de la mujer esa responsabilidad; conllevando que el 98%, 202 especialistas de los encuestados comprendan que es responsabilidad de ambos sexo.

Tabla No. 6: Evaluación del nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA que tienen los especialistas de la salud en el policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez” en el municipio de Ciego de Ávila

Evaluación del conocimiento	Total (N=206)			
	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Alto	2	1.0	125	60.6
Medio	65	31.5	75	36.4
Bajo	139	67.5	6	3.0

Resultados del procesamiento estadístico: $X^2 = 92.3$ $X^2_{(0.05)}^{(2)} = 5.99$

$$X^2 > X^2_{(0.05)}^{(2)}$$

Con respecto a la tabla No. 6 podemos ver la evaluación del nivel de conocimiento de sobre VIH/SIDA que tienen los especialistas de la salud en el policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez” en el municipio de Ciego de Ávila antes y después de la intervención educativa. Al inicio de la investigación podemos apreciar que el 67.5% (139 encuestados) tenían nivel de conocimientos bajos, seguido por el 31.5% (65) con mediano conocimientos y solamente el 1% (2 especialistas) tuvieron conocimientos altos. Después de la intervención el 60.6% (125 capacitadas) adquirieron conocimientos altos, seguidos por los conocimientos medianos en el 36.4% (75 adultas jóvenes).

Para un 95% de confiabilidad se rechaza H_0 y se acepta H_1 por lo que existe una significación estadística y por ende hay una marcada relación entre el antes y el después de la intervención, pues la adquisición de conocimientos sobre el VIH/SIDA en los especialistas de la salud en el policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez” en el municipio de Ciego de Ávila se elevó entre alto y mediano después de la intervención educativa.

Estos resultados son parecidos a los obtenidos por la Dra. Ortiz Maza y la Dra. Rosello ya que ambas elevaron los conocimientos entre alto y mediano en las mujeres del consejo popular el Vaquerito y del contingente Coco tres de Cayo Coco respectivamente (41,42).

CONCLUSIONES

En nuestro estudio arribamos a la siguiente conclusión:

Se demostró que la intervención educativa acerca del VIH/SIDA en los trabajadores del área de Salud del Policlínico Universitario Belkis Sotomayor en el municipio de Ciego de Ávila, cumplió sus objetivos al elevar el nivel de conocimientos después de la aplicación de la misma en cuanto a variables: nivel de conocimiento e intervención educativa, por tanto el nivel de conocimiento general antes y después de la intervención educativa fue elevado y la técnica aplicada es efectiva.

RECOMENDACIONES

- Recomendamos extender este tipo de estudio a otros consultorios y áreas de salud, así como aumentar las actividades de promoción y prevención para la salud con técnicas educativas y demostrativas con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad.
- Se evaluará el impacto de la intervención un año después de concluida la investigación, teniendo en cuenta que los comportamientos, creencias y prácticas no se modifican hasta que cada individuo no interprete adecuadamente el costo beneficio de cada acción, dependiendo del conocimiento adquirido y sus habilidades.
- Incrementar por otros trabajadores o especialistas de salud pública el conocimiento en relación al VIH/SIDA, tema que nos ocupó el estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuba. MINSAP. Infecciones de transmisión sexual: pautas para su tratamiento. La Habana: S. E., 2004.
2. Álvarez Sintés R. Enfermedades de transmisión sexual. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. Vol. II. La Habana. Ed. ECIMED, 2001.
3. Cancio Enrique I, Sánchez Fuentes J, Reymond González V, López Rodríguez V. Información básica sobre la infección por VIH-SIDA. En: Información básica sobre la atención integral a personas viviendo con VIH-SIDA. La Habana. Ed. CNP ITS-VIH-SIDA, 2007.
4. Roca Goderich R. Temas de Medicina Interna. Tomo I. La Habana. Ed. ECIMED, 2002.
5. ONUSIDA/OMS. La epidemia del SIDA. Situación actual. Diciembre 2007. Ginebra 2007. Ministerio de Salud Pública.
6. Castilla J, Lorenzo JM, Izquierdo A, Lezaun ME, López I, Moreno-Iribas C et al. Características y tendencias epidemiológicas de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH. Libro de Resúmenes del IX Congreso Nacional Sobre el Sida. Barcelona, 29-31 de marzo de 2007. MR-8.
7. UNAIDS/07.12E/ JC1318E. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: guidelines on construction of core indicators: 2008 reporting. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. April 2007 Geneva, Switzerland. ISBN 978 92 9173 563 1.
8. [Nemoto T](#), [Iwamoto M](#), [Morris A](#), [Yokota F](#), [Wada K](#). Substance use and sexual behaviours among Japanese tourists, students, and temporary workers in Honolulu, Hawaii. *AIDS Educ Prev.* 2007 Feb; 19(1):68-81.
9. [Marí-Dell'Olmo M](#), [Rodríguez-Sanz M](#), [García-Olalla P](#), [Pasarín MI](#), [Brugal MT](#), [Caylà JA](#), [Borrell C](#). Individual and community-level effects in the socioeconomic inequalities of AIDS-related mortality in an urban area of southern Europe. *J Epidemiol Community Health.* 2007 Mar; 61(3):232-40.
10. Castilla J, Sobrino P, Lorenzo JM, Moreno C, Izquierdo A, Lezaun ME, López I, Núñez D, Perucha M, R'kaina Liesfi R. Situación actual y perspectivas futuras de la epidemia de VIH y sida en España. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2007; 29 (1): 13-26.

11. Barrasa A, Grupo EPI-VIH. Mecanismos de transmisión y lugar probable de adquisición de la infección por el VIH en inmigrantes. *Gac Sanit* 2005; 19 (Supl. 1): 22.
12. Bal B, Ahmed SI, Mukherjee R, Chakraborty S, Niyogi SK, Talukder A, Chakraborty N, Sarkar K. HIV infection among transport workers operating through Siliguri-Guwahati national highway, India. *J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic Ill)*. 2007 Mar; 6(1):56-60.
13. Hobstová J, Vitous A. Infectious diseases of drug users in the Czech Republic. *Cas Lek Cesk*. 2007;146(2):137-41; discussion 141-3.
14. Allman D, Adebajo S, Myers T, Odumuye O, Ogunsola S. Challenges for the sexual health and social acceptance of men who have sex with men in Nigeria. *Cult Health Sex*. 2007 Mar-Apr; 9(2):153-68.
15. Ahmed SG, Gamas MG, Kagu MB. Declining frequency of blood donation among elites in Maiduguri, Nigeria. *Afr J Med Med Sci*. 2006 Sep; 35(3):359-63.
16. Pérez, J. et al. Informe del comportamiento en Cuba a ONUSIDA; 2006. Ministerio de Salud de Cuba, La Habana.
17. OMS/ONUSIDA/08.29S. Situación de la epidemia de SIDA: Región del Caribe. Diciembre de 2008.
18. MINSAP. Preparativos y organización de la reunión de 2007 dedicada al seguimiento de los resultados del vigésimo sexto periodo extraordinario de sesiones: aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. Marzo 2007. Ministerio de Salud de Cuba, La Habana.
19. Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/SIDA 2001-2006. La Habana: MINSAP; Oct 8, 2001.
20. Pachón Díaz J, Pujol de la Llave E, Rivero Román A. La infección por el VIH: guía práctica. Junta de Andalucía. 1ª Edición, 2000.
21. Phair JP, Murphy RL. Patogenia de la infección por VIH. En: Actualización diagnóstica y terapéutica en las infecciones por VIH/SIDA. Barcelona: DOYMA, 1999; 7-14.
22. Mayben JK, Kramer JR, Kallen MA, Franzini L, Lairson DR, Giordano TP. Predictors of delayed HIV diagnosis in a recently diagnosed cohort. *AIDS Patient Care STDS*. 2007 Mar;21(3):195-204.

23. Uribe Zúñiga P. Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales. 4ta Edición. Año 2000. México.
24. Pérez J, Pérez D, González I, Díaz J, Millán JC, Orta M. Pautas cubanas para el tratamiento antiretroviral en los pacientes con VIH/SIDA. La Habana: Ministerio de Salud Pública, 2004:2-13.
25. Castilla J, Lorenzo JM, Izquierdo A, Lezaun ME, López I, Moreno-Iribas C et al. Características y tendencias epidemiológicas de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH. Libro de Resúmenes del IX Congreso Nacional Sobre el Sida. Barcelona, 29-31 de marzo de 2006. MR-8.
26. Zulaika D, Agirrebengoa K, Andía A, Arrizabalaga J, Bustillo JM, Cámara MM et al. Características epidemiológicas de las nuevas infecciones causadas por el VIH comparadas con los casos de sida. Gac Sanit 2004; 18: 145-149.
27. MINSAP-ONUSIDA: Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/SIDA, 2001-2006.
28. InfoRed SIDA. Guías de Tratamiento contra el VIH 2006. Disponible en: <http://www.aidsinfonet.org> Revisado el 10 de octubre de 2006.
29. Cunningham CO, Sohler NL, Wong MD, Relf M, Cunningham WE, Drainoni ML, Bradford J, Pounds MB, Cabral HD. Utilization of health care services in hard-to-reach marginalized HIV-infected individuals. AIDS Patient Care STDS. 2007 Mar; 21(3):177-86.
30. Kohler HP, Behrman JR, Watkins SC. Social networks and HIV/AIDS risk perceptions. Demography. 2007 Feb; 44(1):1-33.
31. McKnight I, Maas B, Wood E, Tyndall MW, Small W, Lai C, Montaner JS, Kerr T. Factors associated with public injecting among users of Vancouver's supervised injection facility. Am J Drug Alcohol Abuse. 2007; 33(2):319-25.
32. Wright PB, Stewart KE, Fischer EP, Carlson RG, Falck R, Wang J, Leukefeld CG, Booth BM. HIV risk behaviors among rural stimulant users: variation by gender and race/ethnicity. AIDS Educ Prev. 2007 Apr; 19(2):137-50.
33. Dieckhaus KD, Odesina V. Outcomes of a multifaceted medication adherence intervention for HIV-positive patients. AIDS Patient Care STDS. 2007 Feb; 21(2):81-91.

34. Orrell C, Harling G, Lawn SD, Kaplan R, McNally M, Bekker LG, Wood R. Conservation of first-line antiretroviral treatment regimen where therapeutic options are limited. *Antivir Ther.* 2007; 12(1):83-8.
35. Des Jarlais DC, Braine N, Yi H, Turner C. Residual injection risk behavior, HIV infection, and the evaluation of syringe exchange programs. *AIDS Educ Prev.* 2007 Apr; 19(2):111-23.
36. Masson CL, Sorensen JL, Perlman DC, Shopshire MS, Delucchi KL, Chen T, Sporer K, Des Jarlais D, Hall SM. Hospital- versus community-based syringe exchange: a randomized controlled trial. *AIDS Educ Prev.* 2007 Apr; 19(2):97-110.
37. Grusky O, Roberts KJ, Swanson AN. Failure to return for HIV test results: a pilot study of three community testing sites. *J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic Ill).* 2007 Mar; 6(1):47-55.
38. Romero EG, Teplin LA, McClelland GM, Abram KM, Welty LJ, Washburn JJ. A longitudinal study of the prevalence, development, and persistence of HIV/sexually transmitted infection risk behaviors in delinquent youth: implications for health care in the community. *Pediatrics.* 2007 May; 119(5):e1126-41.
39. Herbst JH, Beeker C, Mathew A, McNally T, Passin WF, Kay LS, Crepaz N, Lyles CM, Briss P, Chattopadhyay S, Johnson RL; Task Force on Community Preventive Services. The effectiveness of individual-, group-, and community-level HIV behavioral risk-reduction interventions for adult men who have sex with men: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2007 Apr; 32(4 Suppl):S38-67.
40. Sobrino P, Castilla J, Grupo EPI-VIH. Incidencia de seroconversiones al VIH en una cohorte de personas a riesgo, 2002-2003. *Gac Sanit* 2005; 19 (Supl. 1):
- 41- Ortiz Maza Y, Gutiérrez Villa N, Castillo L. La Mujer. Vulnerabilidad y su relación con el VIH/SIDA. [Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral] Policlínico Sur. Morón. 2006.

42- Roselló Izquierdo, A. Conocimiento sobre las ITS/VIH/SIDA en trabajadores de

la construcción del municipio Morón. Septiembre 2005 a marzo del 2006

[Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina

General Integral] Policlínico Norte. Morón. 2006.

ANEXOS

Anexo 1

ENCUESTA

Especialista de la salud, 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- ¿Cuáles son las tres formas más comunes de infectarse con el VIH/SIDA?

1.1-___ Por el uso de cubiertos, vasos y otros objetos de uso personal

1.2-___ Teniendo contacto con sangre contaminada

1.3-___ Besos y caricias

1.4-___ De la madre infectada al hijo durante el embarazo, el parto, la lactancia materna

1.5-___ Tener relaciones sexuales desprotegidamente anal, bucal y vaginal.

1.6-___ Teniendo relaciones sexuales protegidamente con personas que cambian frecuentemente de pareja.

2- ¿Todas las personas que tienen el virus del SIDA presentan inmediatamente síntomas de la enfermedad?

2.1-Sí___

2.2- No___

3- ¿A cuánto tiempo después del posible contacto sexual infectante con el VIH la persona tiene que acudir para realizarse la prueba y obtener resultados confiables?

3.1-___ Un (1) día después

3.2-___ Cuatro (4) Semanas después

3.3-___ Tres (3) Meses después

3.4-___ Un (1) año después

4- ¿Cuáles son las tres formas más comunes de prevenir el VIH/SIDA?

4.1-___ Abstinencia sexual.

4.2-___ Tener relaciones sexuales con personas que cambian frecuentemente de pareja

4.3-___ Usar preservativo o condón.

4.4-___ Relaciones de parejas basada en la fidelidad.

4.5-___ Tener relaciones sexuales desprotegidamente con su pareja estable.

5- ¿Considera Usted que la preocupación del uso del condón o preservativo es un problema de:

5.1- _____ Solamente del hombre

5.2- _____ Solamente de la mujer

5.3- _____ Ambos?

Anexo 2

Programa educativo para formar conductas responsables ante la sexualidad.

Tema No.1: Introducción

Sumario:

1. Presentación de los participantes y el programa.

Objetivo: Brindar información a los participantes de los propósitos que perseguimos con esta investigación. Crear un ambiente de confianza, desinhibición, establecer reglas del grupo dentro de los especialistas de la salud en el policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez” en el municipio de Ciego de Ávila.

Tipo de actividad: Dinámica de grupo

Recursos: Papel, lápiz, pápelo grafo.

Frecuencia: 1 vez a la semana

Tiempo: 20 minutos

Responsable: Psicóloga del área y promotores del CMEPS de Ciego de Ávila

Participantes: Especialistas de la salud en el policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez” en el municipio de Ciego de Ávila

Tema No.2: Dinámica de presentación-integración y aplicación de la encuesta

Sumario:

1. Presentación de los integrantes
2. Aplicación del instrumento antes de la intervención.

Objetivo: Que los participantes se presenten expresando sus sentimientos y expectativas en cuanto a la infección por el VIH/SIDA, así como sus temores frente a esta enfermedad.

Desarrollo: El promotor realizará la técnica afectivo –participativa “Los temores frente al SIDA”

Tipo de actividad: Vides -Debate

Recursos: Televisor, video, local.

Frecuencia: 1 vez a la semana

Tiempo: 20 minutos

Responsable: Promotores y Psicólogo.

Participantes: Especialistas de la salud del el policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez” en el municipio de Ciego de Ávila.

Tema No.3: Epidemiología de la transmisión del VIH/SIDA

Sumario:

3. Comportamiento de la infección a nivel mundial, nacional, provincial y mundial del VIH/SIDA.
4. Vías o modo por el cual se puede adquirir una infección por el VIH/SIDA.
5. Formas más comunes de prevención del VIH/SIDA.
6. Los comportamientos que se toman para protegerse contra el VIH/SIDA.

Objetivo: Al finalizar, los especialistas serán capaces de informar la situación de la infección por VIH/SIDA a nivel del mundo, en Cuba, en la provincia y municipio y demostrar que comprenden la magnitud de la pandemia. Así como

las nuevas experiencias a las que se puedan enfrentar los especialistas de la salud.

Tipo de actividad: Vides -Debate

Recursos: Televisor, video, local.

Frecuencia: 1 vez

Responsable: Licenciada en enfermería

Participantes: Especialistas de la salud del policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez” en el municipio de Ciego de Ávila.

Tema No.4: Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual.

Sumario:

1. Principales medidas para prevenir las ITS/VIH/SIDA.
2. Prácticas sexuales para no adquirir una Infección de Transmisión Sexual.
3. Uso del preservativo en todos los sexos

Objetivo: Crear en los especialistas de la salud conductas sexuales responsable ante la sexualidad y como prevenir una Infección por VIH/SIDA.

Tipo de actividad: Debate y dramatización

Recursos: Hojas, lápices, pápelo grafo.

Frecuencia: 1 vez

Responsable: Licenciada en enfermería.

Participantes: Especialistas de la salud del policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez” en el municipio de Ciego de Ávila

Tema No.5: Cierre y evaluación

Sumario:

1. Reafirmación del contenido
2. Aplicación de la encuesta y composición

Objetivo: Que los especialistas de la salud en el policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez” en el municipio de Ciego de Ávila eleven sus conocimientos sobre conductas sexuales responsables ante las ITS/ VIH/SIDA.

Tipo de actividad: Debate

Recursos: Hojas, lápices, pápelo grafo.

Frecuencia: 1 vez

Responsable: Especialista del CMEPS, miembros del proyecto GPSIDA, Promotores del CMEPS de Ciego de Ávila y Licenciada en enfermería.

Participantes: Especialistas de la salud en el policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez” en el municipio de Ciego de Ávila

Anexo 3

Consentimiento informado como recurso de Ética para la investigación

Por este medio yo _____

he sido informado de los beneficios de esta investigación y estoy de acuerdo a participar en ella ya que estoy de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión de la misma y con la importancia, que un tema, como la atención a personas con VIH/SIDA tiene para el personal especialista de la Salud Pública Cubana.

Firma del investigador.

Firma del usuario.