

REPUBLICA DE CUBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
DR. JOSÉ ASSEF YARA.
POLICLÍNICO DOCENTE CON CAMA RAFAEL PÉREZ GONZÁLEZ
BOLIVIA.

Factores de riesgo del VIH/sida en un grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres en el municipio de Bolivia.

AUTOR: Dr. Guillermo Rodríguez Mendoza

BOLIVIA

2015

REPUBLICA DE CUBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
DR. JOSÉ ASSEF YARA.
POLICLÍNICO DOCENTE CON CAMA RAFAEL PÉREZ GONZÁLEZ
BOLIVIA.

TITULO: Factores de riesgo del VIH/sida en un grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres en el municipio de Bolivia.

(En Opción al título de Especialista de primer grado en Medicina General Integral)

AUTOR: Dr. Guillermo Rodríguez Mendoza Residente de Medicina General Integral.

TUTORA: Dra. Yuniesky Figueredo Rodríguez

Especialista de Primer Grado en Higiene y Epidemiología.
Profesor Asistente.

RESUMEN

Hoy día se hace necesaria la implementación de intervenciones comunitarias que aumente los resultados significativos en la prevención del VIH-SIDA. Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo, donde los casos en un grupo la presencia o no de los factores de riesgos y el grupo control conformados por los pacientes sanos con o sin factores de riesgos, los casos los 9 pacientes que tienen la enfermedad, los controles el grupo de paciente HSH sanos. Los HSH representan el 2,51% del total de la población masculina comprendida entre 15 y 45 años, la mayor infección corresponde al grupo de 35- 45 con el 11, 1%, tiene incidencia en algún factor de riesgo, el mayor riesgo está en que no cuentan con pareja fija con 75,5 %, el no uso del condón 69,4%, parejas ocasionales 68,4% y 58,2% de baja autoestima, el nivel de conocimiento acerca de lo que consiste la enfermedad sus síntomas y signos fue bajo en en todas las formas de transmisión, en muchos casos no conocían a lo que se refieren las siglas VIH-SIDA.

Palabras claves: VIH-SIDA, HSH

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	5
MARCO TEÓRICO.....	7
MATERIAL Y MÉTODO.....	25
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	31
CONCLUSIONES.....	35

RECOMENDACIONES.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
ANEXOS.....	

PENSAMIENTO

Por encima de todo el médico deberá conocer los límites de su poder, porque aquel que sepa distinguir lo posible de lo imposible, es un médico perfecto.

Herófilo de Calcedonia

INTRODUCCIÓN

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), identificado por primera vez en 1981, se ha vuelto una de las enfermedades más terribles del 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 la evolución implacable a SIDA en muchos pacientes, que concluyen con la muerte. El SIDA se caracteriza por la progresión de síntomas en su mayoría infecciones oportunistas, secundario al deterioro del sistema inmunológico producto de la invasión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Cuando un sujeto presenta anticuerpos frente al virus del SIDA se dice que es seropositivo. La seropositividad sólo indica que el sujeto ha entrado en contacto con el VIH y está infectado por él por lo que debe considerarse portador del virus y por lo tanto lo puede transmitir a otras personas. (1)

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), no distingue edad, sexo, raza, ocupación, país, condición social, etnia, nivel socioeconómico o religión y constituye sin dudas uno de los principales problemas de la salud en la actualidad, con una importante morbilidad y

mortalidad en los sectores más jóvenes de la población, lo que produce cuantiosos costos sociales y pérdida de la vida. La vía más importante de transmisión del VIH en el mundo es la sexual, tanto homosexual como heterosexual. En general, el riesgo de transmisión sexual depende de la prevalencia de la infección en la población sexualmente activa. (2) Los primeros casos de VIH en Cuba se diagnosticaron tres años después de la aparición de los primeros casos en San Francisco, EEUU.

En un principio la comunidad homosexual fue culpada de la aparición y posterior expansión del SIDA en Occidente. Incluso algunos grupos religiosos llegaron a decir que el SIDA era un castigo de Dios a los homosexuales (esta creencia aún es popular entre ciertas minorías de creyentes cristianos y musulmanes). Otros señalan que el estilo de vida «depravado» de los homosexuales era responsable de la enfermedad. Aunque en un principio el SIDA se expandió más de prisa a través de las comunidades homosexuales, y que la mayoría de los que padecían la enfermedad en Occidente eran homosexuales, esto se debía, en parte, a que en esos tiempos no era común el uso del condón entre homosexuales, por considerarse que éste era sólo un método anticonceptivo. Por otro lado, la difusión del mismo en África fue principalmente por vía heterosexual.

HSH significa: Hombres que tienen sexo con otros hombres y es una terminología que expresa comportamientos. Son todos aquellos hombres que han tenido sexo con otro hombre sea cual sea su orientación sexual (heterosexual, homosexual o bisexual). Se han descrito situaciones específicas en que aun siendo heterosexual un hombre puede tener relaciones con otro hombre por ejemplo: en prisiones, en situaciones de aislamiento, en lugares donde hay grandes concentraciones de este sexo por trabajo, estudio u otras causas.

Dado los múltiples problemas que enfrentan los HSH, se reconoce cada vez más que se necesitan enfoques combinados (paquetes que implementan estrategias conductuales, biomédicas, e intervenciones estructurales y comunitarias en conjunto) que aumente los resultados significativos en la prevención del VIH a largo plazo.

Existen diversas posiciones ante el concepto de prevención en dependencia, no sólo de la ciencia social desde la cual se construye, sino también en correspondencia con los presupuestos teóricos que asumen los autores.

Las características del proyecto social cubano ha condicionado la implementación exitosa de la respuesta nacional a la epidemia de VIH. El Sistema Nacional de Salud, caracterizado por su universalidad, gratuidad y accesibilidad, ha garantizado la puesta en marcha de un programa de prevención con participación de la población en asuntos de salud y la prioridad otorgada por el estado y el MINSAP (3).

La lucha contra la epidemia de VIH/SIDA, en la actualidad sólo es posible enfrentarla mediante la promoción de comportamientos responsables desde edades tempranas, encaminados a transformar positivamente las situaciones sociales que generan riesgos para la salud. Conocer el estado de información de la población acerca de los principales factores de riesgo para contraer VIH-SIDA es importante para el rumbo que tome la enfermedad en el futuro.

El VIH-SIDA continúa en la actualidad y con más auge afectando la morbimortalidad de la población sobre todo a los más proclives a contraer dicha patología como son los principales grupos de riesgos (Homosexuales, drogadictos, proxenetas, trabajadores del turismo, reclusos, ex reclusos, entre otros).

Los hombres bisexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) representan aproximadamente el 2% de la población estadounidense y, sin embargo, son el grupo más gravemente afectado por el VIH y el único grupo de riesgo en el cual las infecciones nuevas por el VIH han registrado un aumento constante desde principios de los años 1990. En el 2013, los HSH representaron más de la mitad (53%) de todas las infecciones nuevas por VIH en el mundo y los HSH con antecedentes de uso de drogas inyectables (HSH-UDI) representaron un 4% adicional de las infecciones nuevas. Desde el principio de la epidemia en el mundo, los HSH siempre han representado el mayor porcentaje de personas con SIDA diagnosticado y de muertes por SIDA diagnosticado.

La OMS ha estimado que existen entre 30 000 000 y 40 000 000 de individuos infectados por VIH en todo el mundo y el 70% de los casos tienen lugar en África. Se mostró una tasa de incidencia por 100000 habitantes en el año 2003 en

Cuba de 23.7 con una incidencia de hombre a mujer de 5.2. En Cuba desde el inicio del programa de atención y detección seroepidemiológica en 1986 ha existido un total de 8 057 personas infectadas, de ellas 3 092 pacientes con SIDA y 1 544 fallecidas, con 1 090 enfermos nuevos al cierre del 2006. En Cuba la tasa de infección por VIH es de alrededor de 0,006 % en la población general. La provincia de Ciego de Ávila ha presentado en ese período una incidencia de 17 infecciones, para un acumulado de 190 personas infectado por el VIH, el municipio Bolivia presenta en la actualidad un total de 11 pacientes infectados por el VIH y 1 paciente con SIDA hijo de madre VIH positivo. Además se ha demostrado que la mayor incidencia de la enfermedad ha sido producto a la promiscuidad factor que se pone de manifiesto en el municipio Bolivia, el Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha contra el SIDA (GOPELS) ha solicitado elaborar un sistema de acciones para ser aplicado en el municipio.(4)

Según la ONEI el 6,7% de la población masculina sexualmente activa (15 y 49) son HSH en el municipio Bolivia. La situación existente en el territorio nos muestra un incremento en los últimos 5 años de la tasa de incidencia de VIH/SIDA en este grupo y su impacto social, de un total de 11 incidencias, 9 pertenecen a este grupo, lo que demuestra la insuficiente labor preventiva en el territorio que se resume en:

1. Elevado índice de VIH/SIDA.
2. Deficiente información y educación en la prevención del VIH/SIDA en hombre que tiene sexo con otros hombres (HSH) por parte de los principales actores comunitarios.
3. Aumento del rechazo social de los pobladores hacia el segmento poblacional (HSH).

Teniendo en cuenta la situación actual de este segmento de la población se plantea el siguiente **problema científico**:
¿Cuáles son los factores de riesgo del VIH-SIDA que con mayor frecuencia inciden en los HSH del municipio Bolivia?

Objetivo General

Identificar los factores de riesgo que con mayor frecuencia inciden en la aparición de infección del VIH/SIDA en hombres que tienen sexos con hombres en el municipio de Bolivia.

Objetivos Específicos

1. Distribución de la muestra según grupo de edades.
2. Relacionar los factores de riesgo de VIH/SIDA según grupos de edades.
3. Relacionar nivel de conocimiento y grupo de edades en relación a la forma de transmisión y principales síntomas y signos.
4. Diseñar un Sistema de acciones sobre factores de riesgo.

Hipótesis.

Si se identifica los factores de riesgo que con mayor frecuencia inciden en la aparición de infección del VIH/SIDA en hombres que tienen sexos con hombres entonces disminuiría la incidencia por dicha enfermedad en el municipio Bolivia.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes históricos, teóricos y contextuales.

La era del sida empezó oficialmente el 5 de junio de 1981, cuando los CDC (Centers for Disease Control and Prevention) Centros para el Control y Prevención de Enfermedades) de Estados Unidos convocó una conferencia de prensa donde describió cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en Los Ángeles , al mes siguiente se constataron varios casos de sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer de piel. Las primeras constataciones de estos casos fueron realizadas por el Dr. Michael Gottlieb de San Francisco.(5)

Pese a que los médicos conocían tanto la neumonía por *Pneumocystis carinii* como el sarcoma de Kaposi, la aparición conjunta de ambos en varios pacientes les llamó la atención. La mayoría de estos pacientes eran hombres homosexuales sexualmente activos, muchos de los cuales también sufrían de otras enfermedades crónicas que más tarde se identificaron como infecciones oportunistas. Las pruebas sanguíneas que se les hicieron a estos pacientes mostraron que carecían del número adecuado de un tipo de células sanguíneas llamadas T CD4+. La mayoría de estos pacientes murieron en pocos meses.

Por la aparición de unas manchas de color rosáceo en el cuerpo del infectado, la prensa comenzó a llamar al sida, la «peste rosa», causando una confusión, atribuyéndola a los homosexuales, aunque pronto se hizo notar que también la padecían los inmigrantes haitianos en Estados Unidos, los usuarios de drogas inyectables y los receptores de transfusiones sanguíneas, lo que llevó a hablar de un club de las cuatro haches que incluía a todos estos grupos considerados de riesgo para adquirir la enfermedad. En 1982, la nueva enfermedad fue bautizada oficialmente con el nombre de Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), nombre que sustituyó a otros propuestos como Gay-related

immune deficiency (GRID).(6)

Hasta 1984 se sostuvieron distintas teorías sobre la posible causa del sida. La teoría con más apoyo planteaba que el sida era una enfermedad básicamente, epidemiológica. En 1983 un grupo de nueve hombres homosexuales con sida de Los Ángeles, que habían tenido parejas sexuales en común, incluyendo a otro hombre en Nueva York que mantuvo relaciones sexuales con tres de ellos, sirvieron como base para establecer un patrón de contagio típico de las enfermedades infecciosas.

Otras teorías sugieren que el sida surgió a causa del excesivo uso de drogas y de la alta actividad sexual con diferentes parejas. También se planteó que la inoculación de semen en el recto durante la práctica de sexo anal, combinado con el uso de inhalantes con nitrito llamados poppers, producía supresión del sistema inmune. Pocos especialistas tomaron en serio estas teorías, aunque algunas personas todavía las promueven y niegan que el sida sea producto de la infección del VIH. (5,6)

La teoría más reconocida actualmente, sostiene que el VIH proviene de un virus llamado «virus de inmunodeficiencia en simios» (SIV, en inglés), el cual es idéntico al VIH y causa síntomas similares al sida en otros primates.

En 1984, dos científicos franceses, Françoise Barré-Sinoussi y Luc Montagnier del Instituto Pasteur, aislaron el virus de sida y lo purificaron. El dr. Robert Gallo, estadounidense, pidió muestras al laboratorio francés, y adelantándose a los franceses lanzó la noticia de que había descubierto el virus y que había realizado la primera prueba de detección y los primeros anticuerpos para combatir a la enfermedad. Después de diversas controversias legales, se decidió compartir patentes, pero el descubrimiento se le atribuyó a los dos investigadores originales que aislaron el virus, y solo a ellos dos se les concedió el Premio Nobel conjunto, junto a otro investigador en el 2008, reconociéndolos como auténticos descubridores del virus, aceptándose que Robert Gallo se aprovechó del material de otros investigadores para realizar todas sus observaciones. En 1986 el virus fue denominado VIH (virus de inmunodeficiencia humana). El descubrimiento del virus permitió el desarrollo de un anticuerpo, el cual se comenzó a utilizar para identificar dentro de los grupos de riesgo a los infectados. También permitió empezar investigaciones sobre posibles tratamientos y una vacuna.

La hipótesis más criticada es la que hace referencia a que el VIH fuese introducido en la población humana a través de la ciencia médica. Dentro de esta hipótesis existen diferentes teorías. El virus supuestamente se introdujo a los seres humanos a partir de los estudios de las vacunas contra la poliomielitis realizados en África durante los años 50. Según los científicos que apoyan esta teoría, la transmisión hacia los humanos se inició cuando se utilizaron riñones de chimpancés para preparar la vacuna contra la poliomielitis. Una teoría que otros consideran improbable; según los estudios hubiese sido necesario que al menos nueve virus distintos hubiesen sido inoculados al hombre a través de estas vacunas. Otra teoría destaca que el VIH fue desatado por vacunas contra la Hepatitis B (HB), desarrolladas parcialmente en chimpancés y que fueron utilizadas de manera preventiva en algunos grupos de población. Estos hallazgos explican científicamente, por primera vez, cómo el VIS en los chimpancés, estrechamente relacionado con el VIH, saltó súbita y simultáneamente de especie, a los seres humanos, en dos continentes lejanos entre sí: África y Estados Unidos. Los cuatro lotes de vacunas HB, que se creen estaban contaminadas con secuencias genéticas comunes al VIH, se inyectaron a personas viviendo en la ciudad de Nueva York y en el África central. Según algunos investigadores, esto podría explicar mejor cómo y por qué se produjo un súbito brote simultáneo de cuatro cepas importantes de VIH por lo menos, en dos continentes lejanos entre sí, en dos poblaciones demográficamente distintas.

Un estudio epidemiológico realizado por un equipo de investigadores del IRD (Instituto de investigación para el desarrollo) en Montpellier, Francia, revela la enorme variabilidad de las cepas virales que circulan en la República democrática del Congo (antes Zaire). Estos resultados confirman que el virus está presente desde hace largo tiempo en esta región y que África Central podría ser efectivamente el epicentro de la pandemia. Dicho estudio cuestiona la controvertida hipótesis de una transmisión del VIH 1 al hombre a consecuencia de una campaña de vacunación contra la poliomielitis lanzada en Zaire a principios de los años 1960: el hombre era portador de la cepa viral que originó la pandemia mucho antes de esta fecha. (7)

La segunda teoría es la de la “Transmisión Temprana” y sostiene que el virus pudo haber sido transmitido a los hombres a principio del siglo XX o incluso a finales del siglo XIX, a través de la caza de chimpancés como alimento. El virus pudo

permanecer aislado en una población pequeña, local, hasta alrededor de 1930, fecha en que empezó a expandirse hacia otras poblaciones humanas y a diversificarse. En este caso su expansión se vio favorecida por el desarrollo socioeconómico y político del continente africano. Se cree que el virus simio se propagó de los chimpancés a los humanos por lo menos en tres ocasiones separadas, quizás a través de la matanza de los animales y el consumo de su carne.

Etapas de la enfermedad:

1. Infección

El VIH entra a la corriente sanguínea e infecta las células T (o células CD4), que son parte del sistema inmunológico. Las personas con VIH son consideradas portadoras del virus inmediatamente después de su infección. Aunque no se sabe con certeza hasta qué punto pueden tener la capacidad de transmitir el virus, algunos estudios sugieren que esta capacidad varía con el tiempo.

Las personas con VIH pueden transmitirle el virus a otras, independientemente del tiempo que hayan tenido el virus. No se necesita tener síntomas o verse enfermo para tener el VIH. De hecho, muchas personas se ven saludables por muchos años aunque tengan el virus en sus cuerpos. La única forma de averiguar si una persona tiene el VIH es tomar una prueba de anticuerpos.

2. Infección aguda

Cerca del 70% de la gente tiene síntomas fuertes durante su seroconversión (el momento en que el cuerpo comienza a producir los anticuerpos contra el virus) parecidos a los de la gripe. Estos síntomas, que duran algunos días, pueden incluir fiebre, dolor de cuerpo y escalofríos, sudoración nocturna y salpullidos o erupciones de la piel. No son los síntomas de un resfriado común, sino que se parecen a los de una gripe fuerte. El resto de la gente con VIH no sufre estos síntomas iniciales de "infección aguda", o los síntomas son tan leves que no se dan cuenta. Debido a que los síntomas son de carácter general, podrían ser causados por muchas otras enfermedades, como la gripe.

Los síntomas de esta infección pueden confundirse con los síntomas de otras enfermedades. Por ejemplo, si una persona tuvo actividades de riesgo hace unos días y ahora tiene estos síntomas, es posible que los síntomas fueran de esta infección reciente con VIH, es también probable que la persona haya contraído el VIH y que tenga alguna otra infección.

3. Conversión

Este término se refiere al momento en que el cuerpo comienza a producir los anticuerpos contra el virus. Aproximadamente, el 97% de la gente que tiene el VIH desarrolla los anticuerpos dentro de los primeros 3 meses de la infección. El resto desarrolla los anticuerpos dentro de los primeros 6 meses. (Véase "Detección de la enfermedad" para averiguar más detalles sobre el periodo de espera.)

4. Deterioro del Sistema Inmunológico

En la mayoría de los casos en que no hay una intervención con un tratamiento, el virus parece dañar lentamente al sistema inmunológico durante años después de la infección (tal vez porque el cuerpo es capaz de combatirlo durante este tiempo). Más adelante, sin embargo, suele ocurrir un rápido deterioro del sistema inmunológico y el virus se reproduce más activamente. Este daño puede ser observado a través de análisis de sangre, tal como la disminución del conteo de células T, incluso antes de que se experimenten síntomas.

Las personas con VIH deben ver a un doctor para que éste pueda monitorear sus sistemas inmunológicos. Al hacerse exámenes de laboratorio (como los conteos de células T) y observar la variación de los resultados con el tiempo, pueden tener una mejor idea sobre posibilidades de tratamientos y cambios de tratamientos. Para muchas enfermedades, pueden comenzar a tomar un tratamiento preventivo aún antes de desarrollar síntomas. Este concepto se conoce como "cuidado temprano" y "profilaxis". La idea es que si se ofrece tratamiento a personas que aún no tienen síntomas, tendrán más

posibilidades de mantenerse saludables y con mejor calidad de vida. Es muy importante que las personas VIH positivas se sientan cómodas para consultar a un médico aún si se sienten bien ahora, pues el VIH podría ya estar dañando al sistema inmunológico.

Una vez que el sistema inmunológico ha sido dañado, muchas personas comienzan a experimentar algunos síntomas leves (salpullidos en la piel, fatiga, pequeñas pérdidas de peso, transpiración nocturna, etc.). Casi todas las personas con VIH, si no todas, experimentarán síntomas leves como éstos antes de desarrollar enfermedades más serias. Aunque el pronóstico varía mucho según el acceso que se tenga a apoyos, servicios y tratamientos preventivos, en general se considera que una persona normal tarda de siete a diez años en empezar a notar los primeros síntomas.

Estos síntomas no son específicos del Sida. Sin embargo, las personas con VIH deben prestarles atención. Usualmente, los síntomas aparecen cuando el virus ha causado daño considerable al sistema inmunológico. Por eso, no se debe esperar hasta que aparezcan síntomas para obtener atención médica. Tampoco se debe esperar hasta que haya síntomas para tomar el examen de anticuerpos del VIH.

Síntomas más graves / Enfermedades e infecciones oportunistas

Cuando el daño al sistema inmunológico es más severo, las personas experimentan infecciones oportunistas (llamadas así porque son causadas por organismos que no producen enfermedades en personas con un sistema inmunológico normal, pero aprovechan la "oportunidad" de manifestarse en las personas afectadas por el VIH). La mayoría de estas enfermedades y afecciones más graves entran dentro de la definición de Sida que aprobaron los CDC (Centros de Control y Prevención de Enfermedades). En San Francisco, un estudio con hombres homosexuales muestra que el promedio de tiempo para recibir un diagnóstico de Sida en hombres VIH positivos es de alrededor de diez años.

Un diagnóstico de Sida no significa necesariamente que la persona morirá pronto. Algunas personas han vivido varios años después de su diagnóstico, pero es importante que la gente que está en esta etapa de la enfermedad reciba cuidado médico adecuado para tratar cualquier síntoma o enfermedad que se le desarrolle.

La gente con Sida ha desarrollado el término de "vivir con el Sida" para describir su experiencia. Preferimos este término porque implica la acción y el control personal que pueden ayudar a mantener una visión positiva y una vida más larga. A medida que el término "Enfermedad por VIH" se vuelve más común, mucha gente está también usando la frase "vivir con el VIH" para referirse a cualquier persona que tenga el virus.

Algunos investigadores consideran que es posible que en un pequeño porcentaje de aquellos que tienen el VIH, el sistema inmunológico es capaz de derrotar al virus [especialmente con algunos de los nuevos tratamientos]. Su hipótesis es que a medida que los tratamientos existentes se vayan usando en una etapa más temprana del desarrollo de la enfermedad, y que se descubran y se empiecen a aplicar nuevos tratamientos, la enfermedad podrá ser pospuesta y posiblemente evitada. Desafortunadamente, algunos estudios muestran que la mayoría de las personas con VIH que no reciben tratamiento terminan enfermándose de Sida. Los estudios a largo plazo con hombres homosexuales de San Francisco que se infectaron entre 1978 y 1980 muestran que en 1992 el 85% había desarrollado Sida y el 15% no tenía síntomas de la enfermedad.(8)

Nadie sabe si estos hombres terminarán desarrollando el Sida o qué porcentaje de las personas VIH positivas desarrollarán síntomas en los próximos años. Algunas personas que sobreviven mucho tiempo quizás pueden hacerlo porque su cuerpo tenga una química especial o acceso a una combinación de apoyo médico, emocional y espiritual, pero no se sabe la razón exacta. Otras personas experimentan un deterioro de salud aun con acceso a todas estas cosas. Lo cierto es que no se conoce la respuesta todavía, pero los científicos siguen investigando cuál puede ser la causa de que algunas personas puedan mantenerse saludables tanto tiempo.

Según el estado de desarrollo de la enfermedad se pueden distinguir tres fases:

Fase inicial, precoz o aguda: el paciente puede no presentar síntomas: Independientemente del mecanismo de transmisión, los síntomas que aparecen tras el contagio del VIH guardan relación con la dosis infectante, la virulencia de la cepa y la capacidad de respuesta del sujeto infectado.

El VIH se disemina e invade muchos tejidos, especialmente el sistema linfático. El paciente infectado puede no presentar sintomatología.

Manifestaciones clínicas más frecuentes en la fase aguda:

1. Fiebre y/o sudoración, 97%
2. Adenopatías, 77%
3. Odinofagia (dolor al tragar), 73%
4. Erupción cutánea, 70%
5. Artralgias y mialgias (dolor de articulaciones y músculos), 58%
6. Trombopenia, 51%
7. Leucopenia, 38%
8. Diarrea, 33%
9. Cefalea (dolor de cabeza), 30%
10. Elevación de las transaminasas, 23%
11. Anorexia, náuseas o vómitos, 20%
12. Hepato o esplenomegalia (aumento del tamaño de hígado o bazo), 17%

Fase intermedia o crónica: esta fase tiene una duración variable, que se estima en varios años, y en ella persiste la proliferación viral, aunque a bajo nivel. Los pacientes suelen ser asintomáticos, con adenopatías o sin ellas, cifra baja de plaquetas y mínimos trastornos neurológicos.

Aunque existen amplias variaciones individuales, se estima que en 10 años el 50% de los adultos y el 80% de los niños habrá evolucionado a estadios más avanzados, aunque la progresión de la enfermedad puede verse influida por numerosos factores

Fase final, de crisis o de sida: coincide con una profunda alteración del estado general del paciente, aparición de graves infecciones oportunistas y alteraciones neurológicas: Coincide clínicamente con una profunda alteración del estado general del paciente (wasting syndrome, síndrome de desgaste), aparición de graves infecciones oportunistas, ciertas neoplasias y alteraciones neurológicas. Es el momento en el que se considera que el infectado por el VIH tiene sida.

El pronóstico de supervivencia es variable; parecen influir la edad, el mecanismo de contagio y la forma de presentación. El tratamiento con antirretrovirales ha mejorado la supervivencia: antes de su utilización se encontraba entre 30-50% a los 2 años y era menor del 10-20% a los 4 años. (9)

Repercusiones psicosociales del VIH/SIDA:

El VIH/SIDA es una enfermedad con un claro e importante componente vivencial y social, una enfermedad social que por el hecho de padecerla el sujeto va a ser discriminado, no relacionándose con él, con la disculpa de que puede ser "contagiado", cuando con frecuencia es debido a un juicio moral sobre las personas afectadas, convirtiéndolas en culpables y excluyéndolas de la "vida normal". De esta manera el afectado tiene que soportar el enfrentamiento con una enfermedad grave y además con connotaciones sociales que le hacen sentirse culpable.

Esta vivencia de rechazo social, lo vive el enfermo así como todos los sujetos que rodean al sujeto, hijo/a, compañero/a, amigos, padres... es por ello por lo que tiene miedo a que se enteren los vecinos, el rechazo de los allegados que están al tanto, el propio miedo a la infección que la desinformación muchas veces provoca. Por ello la gran mayoría no quieren

que se conozca la enfermedad que padecen e intentan que permanezca oculta. Todo ello hace que se haga durísimo el enfrentar la enfermedad, tanto si se está afectado directamente como si se pertenece al entorno cercano del enfermo.(10) Las imágenes que la sociedad nos ha venido presentando del VIH/SIDA nos pone enfrente de tres realidades-tabúes, que cotidianamente tratamos de obviar: las adicciones, la sexualidad y la muerte. Es decir, nuestras adicciones, nuestra sexualidad y nuestra propia muerte, poniendo de manifiesto, en éste último caso, la incapacidad de la ciencia para luchar contra el dolor y la enfermedad.

Nos enfrenta con nuestras adicciones, y más específicamente con las drogas marginales intravenosas, que suponen un escape ficticio del que la consume a la propia realidad, con dejación de decisiones y tomas de postura ante realidades evidentes. Por ello es necesario favorecer y desarrollar una cultura de la responsabilidad, individual y colectiva.

Nos enfrenta con nuestras prácticas sexuales. A raíz del VIH/SIDA , se ha desarrollado una excesiva trivialización e instrumentalización de la sexualidad hedonista basado en el sexo-consumo, visión que da una pobre visión del dinamismo y riqueza propia de la sexualidad humana, acusando a los sujetos de haber tenido una serie de relaciones sexuales "libertinas" con diferentes parejas, de contacto homo-heterosexuales fuera de la pareja estable. En este sentido es necesario contextualizar la sexualidad en la dinámica de los afectos, el cuidado mutuo de las enfermedades de transmisión sexual y las relaciones que aporten un crecimiento integral en las personas.

Nos enfrenta con nuestra propia muerte, ya que al VIH/SIDA, se ha identificado con la muerte. Pues si el fallecimiento de sujetos ancianos nos es dolorosa, la desaparición de sujetos jóvenes, nos rompe el sueño de omnipotencia y desarrollo pleno, para enfrentarnos con la debilidad, la contingencia, y gran parte de las miserias humanas. Cuando convivimos con sujetos que tienen una enfermedad grave, necesariamente tenemos que afrontar, en algún modo cada uno de nosotros, nuestra propia posibilidad de enfermar gravemente, y con ello nos cuestionamos para qué vivimos y nos hace plantearnos y preguntarnos por qué estamos dispuestos a vivir y a qué estamos dispuestos a renunciar.

Como el VIH/SIDA, es una enfermedad social, en que la sociedad enjuicia de manera negativa, y cataloga a los portadores-enfermos como apestados a excluir, rechazar y apartar es en este mismo aspecto, en el aspecto psico-social, donde debemos de combatir dicho estereotipo, o estigma social, dando imágenes que rompan dicho estereotipo y, lo que puede ser más importante impidiendo que la pandemia se siga extendiendo por causa de la mala información que produce el estereotipo.

Existen tres tipos de orientación sexual, homosexual, heterosexual y bisexual. Estas orientaciones no reflejan íntegramente los comportamientos sexuales de los hombres y como estos se exponen a los riesgos de infección(11)

De los HSH, los hombres de raza blanca representaron cerca de la mitad (46%) de las infecciones nuevas por VIH en el 2013. El mayor número de infecciones nuevas en los HSH de raza blanca correspondió al grupo de edades de 30-39 años, seguidos de los hombres de 40–49 años.

También en el 2013, entre los HSH de raza negra, hubo más infecciones nuevas (52%) en los HSH jóvenes de raza negra (13-29 años de edad) que en cualquiera de los otros grupos raciales o étnicos de HSH. El número de infecciones nuevas en los HSH jóvenes de raza negra fue casi el doble de los HSH jóvenes de raza blanca y más del doble que en los jóvenes HSH hispanos/latinos.

De todos los HSH hispanos/latinos, la cifra mayor de infecciones nuevas (43%) en el 2006 correspondió al grupo de edades más joven (13-29 años), pese a que un número considerable de infecciones nuevas por el VIH (35%) se registró en los de 30-39 años de edad.

Un estudio reciente de los CDC indicó que en el 2013, uno de cada cinco (19%) HSH en 21 ciudades grandes de los Estados Unidos estaban infectados por el VIH y cerca de la mitad (44%) no sabía que tenía la infección. En este estudio, el 28% de los HSH de raza negra estaban infectados por el VIH, en comparación con el 18% de los HSH hispanos/latinos

y 16% de los HSH de raza blanca. Otros grupos raciales o étnicos de HSH también presentan cifras altas de infecciones por VIH, como los HSH indoamericanos o nativos de Alaska (20%) y los HSH nativos de Hawái o isleños del Pacífico (18%).

En el 2014, los HSH tenían una probabilidad 44 a 86 veces mayor de que se les diagnosticara VIH en comparación con otros hombres y una probabilidad 40 a 77 veces mayor que las mujeres.

Del 2010 al 2014, la cifra estimada de diagnósticos de infección por VIH aumentó aproximadamente 17% en los HSH. Este aumento se debió probablemente a una combinación de factores: aumentos en el número de infecciones nuevas, en la realización de pruebas del VIH y en el diagnóstico en fases más iniciales de la infección; también puede haberse debido a una incertidumbre de los modelos estadísticos. (12)

Desafíos para la prevención

La alta prevalencia de infecciones por VIH en los HSH significa que enfrentan un riesgo mayor de exposición a la infección con cada encuentro sexual, especialmente a medida que se hacen mayores.

Los factores de riesgo sexual contribuyen a la mayoría de las infecciones por VIH en HSH. Estos factores incluyen las relaciones sexuales sin protección y las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Además, la práctica de no usar condón durante las relaciones sexuales anales con otras personas que no sean la pareja principal y que no tiene el VIH, continua siendo una amenaza significativa para la salud de los HSH.

El consumo de alcohol y de drogas ilícitas contribuye al aumento en el riesgo de infección por el VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual entre los HSH. El uso de sustancias como el alcohol y otras drogas puede aumentar la probabilidad de practicar conductas sexuales de riesgo.

Muchos HSH con el VIH no saben que tienen la infección, especialmente los HSH de raza negra y los jóvenes. Un estudio reciente de los CDC encontró que, en el 2008, entre los HSH residentes en 21 ciudades que no sabían que tenían la infección por el VIH, el 55% no se había hecho una prueba del VIH en los 12 meses precedentes. El bajo nivel de conocimiento individual sobre si se tiene el VIH en los HSH jóvenes es un reflejo de varios factores: pueden haber sido infectados recientemente, pueden subestimar su riesgo individual, pueden haber tenido menos oportunidades de hacerse la prueba o pueden creer que los tratamientos contra el VIH reducen la amenaza de la enfermedad. Los CDC recomiendan que todos los HSH se hagan la prueba del VIH una vez al año, y más a menudo si enfrentan un riesgo mayor. Los HSH que enfrentan un riesgo mayor son aquellos que tienen parejas sexuales múltiples o desconocidas o que utilizan drogas durante las relaciones sexuales.(13)

La estigmatización y la homofobia pueden tener un profundo impacto en las vidas de los HSH, especialmente en su salud sexual y mental. La homofobia internalizada puede ejercer un efecto en la capacidad del hombre para tomar decisiones saludables, incluidas las que se refieren a las relaciones sexuales y el uso de drogas o alcohol. La estigmatización y la homofobia pueden limitar la disposición de los HSH para buscar recursos para la prevención y el tratamiento, aislarlos del apoyo familiar y comunitario y crear barreras culturales que inhiben su integración a redes sociales.

El racismo, la pobreza y la falta de acceso a la atención médica son obstáculos para los servicios de prevención del VIH, en especial para los HSH de comunidades de minorías raciales o étnicas. Un estudio reciente de los CDC encontró un fuerte vínculo entre el VIH y el estatus socioeconómico en los HSH: la prevalencia aumentaba en la medida en que el nivel de estudios y de ingresos disminuía, y el nivel de conciencia individual sobre el VIH era más alto entre los HSH con más estudios e ingresos.

El conformismo con respecto al VIH puede tener un papel clave en el riesgo de VIH, en especial entre HSH jóvenes. Debido a que los HSH jóvenes no vivieron los tiempos difíciles de los inicios de la epidemia del VIH/ SIDA entre los hombres gay y bisexuales, algunos creen erróneamente que el VIH ya no es una seria amenaza para su salud debido a

los avances en los tratamientos y la disminución de la mortalidad. Otros desafíos que enfrentan muchos HSH se refieren a mantener conductas no riesgosas a medida que pasa el tiempo y a subestimar el riesgo individual.

La Internet ha creado nuevas oportunidades para que los HSH encuentren parejas sexuales. Las investigaciones han mostrado que los HSH que conocen a sus parejas por Internet tienen más probabilidad de asumir conductas sexuales de riesgo que los HSH que no buscan pareja por este medio.

Situación actual en Cuba

Hasta el 8 de marzo de 2012 en Cuba se habían detectado 2.963 infectados al VIH, han enfermado de SIDA 1.525 personas y se reportan 913 defunciones, el 76,6% de los infectados son del sexo masculino de ellos el 78,1% son homo bisexuales, la proporción masculino/femenino es de 3/1.

La Epidemia en Cuba ha venido progresando a un ritmo más lento aunque con una dinámica más acelerada en los últimos años. Las provincias occidentales tienen el mayor peso, Ciudad de la Habana presenta el 57% del total de infectados fundamentalmente entre hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), es una epidemia concentrada, con incremento progresivo de la transmisión entre mujeres y personas que practican la prostitución en ambos sexos. La tendencia a la transmisión entre grupos marginados es creciente y constituye el 50% de la incidencia

La epidemia del VIH/Sida en Cuba se ha manifestado, en su mayoría, en grupos de hombres a los cuales se les ha denominado *hombres que tienen sexo con otros hombres* (HSH)¹ por la forma en que fueron infectados. De este grupo los hombres bisexuales son los más afectados.(14)

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo de un grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres perteneciente al municipio Bolivia en un período de tiempo desde enero 2013 a enero 2014.

Universo de estudio

Estuvo constituido por 98 pacientes HSH, con o sin factores de riesgo del VIH-SIDA.

Criterios de inclusión:

Pacientes masculinos HSH que firmaron el Consentimiento Informado (Anexo 1), confirmando estar incluidos en esta investigación

Criterios de exclusión:

- Los pacientes que no dieron su consentimiento para participar.
- Los que residían temporalmente en el área en estudio.

Criterios de salida:

➤ Por fallecimientos.

Definición de las variables a estudiar:

Variables	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escalas	Descripción	

Grupos de edad	Cuantitativa Continúa.	15-24 años 25-34 años 35-45 años	Se consideró la edad en años cumplidos al momento de la investigación	Número y porcentaje según grupo de edad.
No uso del condón	Cualitativa Nominal	Práctica de sexo seguro Uso o no del condón	Según veces que uso o no el condón	Número y porcentaje Según veces que realiza
Relaciones Sexuales a temprana edad	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Edad a la que se inició relación sexual Temprana: menor de 18 años	Número y porcentaje Según veces que realiza
No cuentan con pareja fija.	Cualitativa Nominal	Bajo. Mediano. Alto.	Magnitud de riesgo absoluto.	Número y Porcentaje según categoría de pertenencia.
Parejas ocasionales.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Si: parejas ocasionales	Número y porcentaje Según veces que realiza
Vínculo laboral	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Si: Vínculo laboral	Número y porcentaje Según veces que realiza

Enfermedades de transmisión sexual previas	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Según veces que ha padecido	Número y porcentaje Según veces que ha padecido
Nivel de conocimiento sobre VIH-SIDA	Cualitativa nominal	Alto Medio Bajo	Alto si responde más de 4 preguntas Medio si responde de 2 a 3 preguntas Bajo menos de 2 preguntas	Número y porcentaje Según veces que realiza

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución de la muestra por grupos de edad.

Grupos de Edad	HSH		Con _VIH/SIDA	
	No	%	No	%
15-24	28	28,5	2	22,2
25-34	43	42,1	4	44,4
35-45	27	26,4	3	33,3
Total	98	100	9	100

Fuente: Encuesta

En nuestro estudio predominó en los HSH el Grupo de edad de 25-34 años, 42.1 % y en los con _VIH/SIDA el 44,4% (Tabla 1) En el municipio los HSH representan el 2,51% del total de la población masculina comprendida entre 15 y 45 años, la cifra mayor de infecciones corresponde al grupo de 35- 45 con el 11, 1%, coincidiendo con Villareal Ferrada y otros que plantea que la mayor cifra de infecciones se registran entre los 25 y 35 años de edad. (5)

Tabla 2. Distribución de la muestra según factores de riesgo

Factores de riesgo	Grupo de edad						Total n=107	
	15-24		25-34		35-45			
	No	%	No	%	No	%	No	%
No uso del condón	40	40,8	35	35,7	23	23,5	98	100
Relaciones sexuales a temprana edad	23	82,1	18	41,8	22	81,4	63	58.8
No cuentan con pareja fija	23	82,1	28	65,1	23	85,1	74	69.1
Parejas ocasionales	21	75	25	58,1	21	77,7	67	62.6
Falta de vínculo laboral	6	21,4	8	18,6	12	44,4	26	24.2
Enfermedad de Trasmisión sexual previas	10	35,6	17	39,5	15	55,5	42	39.2

La tabla 2 refleja que de una forma u otra todo los HSH comprendidos en el estudio tiene incidencia en algún factor de riesgo, el mayor riesgo está en el no uso del condón representada en el 100% de la población estudiada, el no contar con pareja fija observado en un 69,1 %, parejas ocasionales en un 62,6% y el inicio de relaciones sexuales a temprana edad representado en un 58,8% lo que se corresponde con el estudio de Coll Sánchez y otros. (2)

Tabla 3. Conocimiento sobre síntomas y signos y grupos de edad.

Grupos	Conocimientos					
	ALTO		MEDIO		BAJO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-24	7	25,9	8	21,1	12	36,4

25-34	9	33,3	12	31,6	17	51,5
35-45	8	29,6	10	26,3	15	45,5
TOTAL	24	24,5	30	30,6	44	44,9

En la tabla 3 se refleja el nivel de conocimiento acerca de lo que consiste la enfermedad sus principales síntomas y signos fue bien pobre demostrado en las encuestas realizadas, pues en muchos casos no sabían a lo que se refieren las siglas VIH-SIDA solo 24 personas para un 24,5 % conocían de forma general del tema, por lo que es necesario aplicar acciones que eleven el nivel de conocimiento beneficiando así un rápido diagnóstico a partir de la identificación por parte del paciente de los síntomas y signos de la enfermedad previniendo posibles complicaciones de un diagnóstico tardío. Coincidiendo con Castro Espín Mariela y otros que la capacitación es un arma para disminuir la infestación. (14)

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre formas de transmisión de la enfermedad y grupo de edades.

	Nivel de conocimiento					
	ALTO		MEDIO		BAJO	
Grupos	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-24	3	12,5	6	15,8	20	54,5
25-34	10	41,7	15	39,5	13	39,4
35-45	9	41	10	26,3	12	36,4
TOTAL	22	22,4	31	31,6	45	43,9

En la tabla 4 al analizar el nivel de conocimiento en la población de estudio se obtuvo que solo un 22,4 % conocían los modos de transmisión de la enfermedad , mientras que un 31,6 % conocían algunas maneras de adquisición de dicha enfermedad ,sin embargo se observó que el mayor porcentaje de la población de estudio representada en un 43,9% tenían una bajo conocimiento sobre la mencionada entidad y sus formas de transmisión.

CONCLUSIONES

En el municipio los HSH representan una baja proporción con respecto al total de la población masculina, se encontró que las edades donde más vulnerables fueron las comprendida entre las primeras y cuarta década de la vida, la tasa más alta de infecciones de transmisión sexual se encontró entre la tercera y cuarta década de la vida, el mayor riesgo está en que no cuentan con pareja fija con, el no uso del condón, relaciones sexuales a temprana edad, parejas ocasionales y falta de vínculo laboral. Se obtuvo además que el nivel de conocimiento sobre la enfermedad fue bajo, en muchos casos no conocían el significado de las siglas VIH-SIDA.

RECOMENDACIONES

Recomendamos realizar más capacitaciones que aborden el tema del VIH-SIDA desde la perspectiva de hombres que tienen sexo con otros hombres para así elevar el nivel de los médicos que laboran en la atención primaria de salud

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfonso Rodríguez, Ada Caridad: VIH y diversidad sexual: Aproximación cultural al homoerotismo masculino; La Habana, CENESX. 2009.
2. Coll Sánchez, Gerardo Z., Rivero Pino, Ramón: Manual metodológico para multiplicadores comunitarios. Temas de intervención comunitaria para promotores de salud adolescentes y jóvenes; La Habana, Molinos. 2009.
3. Ochoa Soto, Rosaida: Promoción y educación para la salud base teóricos metodológicos, la Habana, Molinos. 2009.
4. Estrategia de atención integral a Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH). Ministerio de Salud Pública/programa de Prevención y control de las ITS-VIH/sida. 2010.
5. Villareal Ferrada, Richard: Movilización comunitaria: Un modelo de prevención de la transmisión sexual del VIH entre hombres homosexuales de Chile, Santiago de Chile, LOM Ediciones.2012.
6. Rodríguez Lauzurique, Rosa Mayra: Diversidad sexual, salud mental y VIH: temas para el trabajo con poblaciones claves, La Habana, CENESEX.2008.
7. Rodríguez Lauzurique, Rosa Mayra: Prevenir desde la diversidad sexual. Herramientas para el auto cuidado y la prevención de las ITS-VIH/sida; La Habana, CENESEX.2009.
8. Memorias –VII Congreso Latinoamericano de sexología y educación sexual. I Congreso Cubano de educación, orientación y terapia sexual; La Habana, Científico Técnica. 1996.
9. Acosta de Arriba, Rafael: Arte y erotismo, vasos comunicantes; La Habana, CENESEX. (año 10, No.26, diciembre de 2004
10. Diamond, Milton La reasignación del sexo al nacer. Análisis e implicaciones clínicas a largo plazo; La Habana, CENESEX. año 8, No.8, diciembre de 2002.

11. Moya Richard, Isabel Lo gay también vende. Análisis de lo gay por los medios de comunicación masiva: Eliminación del carácter trasgresor del discurso alternativo y desconocimiento del verdadero respeto por la diversidad; La Habana, CENESEX. año10, No.26, diciembre de 2004.
12. Esteso Martínez, Santiago: Inéditas lenguas. Fragmentos de una semiosis sicosexual; La Habana, CENESEX. año10, No.26, diciembre de 2004.
13. Sierra Medero, Abel: La policía del sexo. La homofobia durante el siglo XIX en Cuba, La Habana, CENESEX. 2009.
14. Castro Espín, Mariela El sexo como juez universal del ser humano; La Habana, CENESEX. 2010
15. Careaga Pérez, Gloria Aproximaciones para el estudio de la diversidad sexual; La Habana, CENESEX.2009
16. Gabriel Guajardo, Homofobia, Ciudadanía y prevención del VIH/sida. Hacia el respeto y diálogo sobre los derechos sexuales, Santiago de Chile, 2012
17. Corporación Chilena de Prevención de sida: Primer encuentro transgénero de Valparaíso; Santiago de Chile, Letras E Monos. 2005
18. Pérez Yera, Armando R: Psicología Social Comunitaria, Centro de Estudios Universitarios. Universidad Central "Marta Abreu" de la Villas.2008
19. Alfonso Rodríguez, Ada C. González Jiménez Magali: Género, ITS y VIH: cuestiones básicas para la prevención; La Habana, CENESEX.2008
20. Alfonso Rodríguez, Ada C. González Jiménez Magali: Género, ITS y VIH: cuestiones básicas para la prevención, Cartilla de apoyo para el trabajo de las comisiones de educación sexual; La Habana, CENESEX.2008.
21. Chacón Asusta, Leonardo L. y coautores: Consejería en ITS-VIH/sida, Ministerio de Salud Pública.2004
22. Carvajal Rodríguez, Cirelda: Propuestas para ejecutar el diagnóstico pedagógico de la promoción de salud con enfoque participativo en las instituciones educacionales; La Habana, Molinos. 2009
23. Castro Alegret, Pedro L. y coautores (2006): Las necesidades de educación sexual en los jóvenes estudiantes; La Habana, Molinos 2010.

24. Castro Alegret, Pedro L. y coautores (2006): Preparar a la familia para la Educación Sexual y la prevención del VIH/sida; La Habana, Molinos Trade.
25. Manual de Vigilancia Epidemiológica en VIH/sida. Serie 2 Investigación, Atención y Salud. La Habana 2012.
26. Ochoa Soto, Rosaida y coautores: Manual Práctico Metodológico. Trabajo Multisectorial en VIH/sida; La Habana, CNP-ITS-VIH/sida. 2012.
27. Aguilera Montero, Juana M. y coautores: Aspectos metodológicos para la prevención de las ITS y el VIH; La Habana, 2007.
28. Aguilera Montero, Juana M. y coautores: Folleto de técnicas participativas. La Habana. 2010.
29. Sexología y Sociedad. Publicación especializada del Centro Nacional de Educación Sexual. Año 13, No.35, diciembre de 2007.
30. Sexología y Sociedad. Publicación especializada del Centro Nacional de Educación Sexual. Año 11, No.29, diciembre de 2005.
31. Sexología y Sociedad. Publicación especializada del Centro Nacional de Educación Sexual. Año 6, No.15, agosto de 2000.
32. Sexología y Sociedad. Publicación especializada del Centro Nacional de Educación Sexual. Año 5, No.12, enero-abril de 1999.
33. Sexología y Sociedad. Publicación especializada del Centro Nacional de Educación Sexual. Año 10, No.29, diciembre de 2002.
34. Sexología y Sociedad. Publicación especializada del Centro Nacional de Educación Sexual. Año 8, No.12, enero-abril de 1999
35. Cancio Enrique, Isis y coautores (2008): Información básica sobre la atención integral a personas con VIH/ sida material dirigido a los equipos de atención primaria y secundaria de salud, La Habana, 2007.

36. Betancourt Llody, Yandy Alberto: La representación social de la homosexualidad masculina en jóvenes que asisten al Centro Cultural Patio de ARtex. Reestructuración hacia una práctica emancipadora. 2010.
37. Prevención del VIH/sida en Hombres que tienen Sexo con otros Hombres. www. Cld. Cu.2013.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo-----, estoy de acuerdo a ser incluidos en la investigación: Sistema de acciones sobre factores de riesgo del VIH/sida en un grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres en el municipio de Bolivia

He podido hacer preguntas sobre la investigación. .
He recibido suficiente información sobre el estudio.
Comprendo que mi participación es voluntaria.
Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en la investigación.

Fecha _____

Firma del participante _____

ANEXO No. 2

Entrevista

Objetivos: Obtener información relevante sobre los sujetos, para conocer el comportamiento sexual, la percepción de riesgo, el uso del condón y cómo llega la información, opiniones sobre la prevención que se realiza con ellos en el municipio.

Comportamiento sexual y percepción de riesgo:

¿Qué edad tienes?

¿Usas condón siempre que tienes relaciones sexuales?

¿A qué edad iniciaste relaciones sexuales?

¿Actualmente cuentas con pareja estable?

En los últimos 12 meses, ¿Has mantenido alguna otra relación sexual ocasional a la vez que mantenías tu pareja habitual?

¿Tienes actualmente algún vínculo laboral?

¿Has padecido de alguna enfermedad de transmisión sexual?

¿Qué significa para ti el VIH?

- ¿Qué dicen tus amigos (as) sobre la posibilidad de contraer el VIH?

- ¿Conoces a algún amigo (a) que haya asumido alguna situación de riesgo conociéndolo y qué hizo?

- ¿Cuáles razones piensan por la que sus amigos no usan condón?

- - ¿Cómo desearían que la sociedad los viera?

Información y servicios

¿Cómo les llega la información para la prevención de las ITS-VIH y de que otra forma les gustaría que le llegara la misma?

ANEXO 3

Sistema de acciones para la prevención del VIH en HSH del Consejo Popular Urbano del municipio Bolivia.

ACCIÓN I

Objetivo 1: Sensibilizar a los HSH del Consejo Popular Urbano del Municipio Bolivia, mediante la promoción de acciones educativas permanentes, con respeto a la prevención del VIH.

Actividades:

- | | |
|--------------------------------|-------------------------|
| 1. Vía de transmisión del VIH. | 4. Medidas preventivas. |
| 2. Conductas de riesgos. | 5. Comunicación social. |
| 3. Técnicas de prevención. | 6. Videos debates. |

Objetivo de la actividad: Incrementar el alcance de las acciones educativas en el Consejo Popular Urbano con respecto a la prevención del VIH y dotar a las personas de conocimientos y habilidades que les permita asumir una sexualidad responsable.

Metas	Acciones	Indicadores	Fuente de verificación	Fecha de cumplimiento	Responsable
1) Contar con el apoyo de los sectores para una mayor efectividad en la prevención del VIH en el municipio	1). Estimular el conocimiento acerca de la prevención del VIH a través de productos culturales (literatura, cine, radio, televisión, publicaciones especializadas) en librerías, bibliotecas, televisión, radio y cines.	Se cumple/ No se cumple	Materiales	Anual	Proyecto HSH

Bolivia.	2). Desarrollar campañas públicas de promoción y educación para la salud a HSH con el propósito de estimular a este grupo poblacional a una sexualidad responsable.	Se cumplen/ No se cumplen	Materiales	Anual	Proyecto HSH
	3). Estimular los diálogos sobre sexualidad, afectividad juvenil y adulta en los ámbitos familiares, escolares y comunitarios.	8 acciones para 80 personas alcanzadas	Ficha técnica y relatorías	Trimestral	Proyecto HSH
2) Incorporar contenidos y prácticas educativas que promuevan la prevención del VIH en el consejo popular Urbano del municipio Bolivia.	1). Implementar programas culturales y campañas de educación en la prevención del VIH, dirigidos a población HSH del Consejo Popular Urbano.	48 actividades	Ficha técnica y relatorías	Semanal	Proyecto HSH y Jóvenes por la Vida
	2). Implementar programas culturales y materiales educativos destinados a la población HSH para trabajar en la prevención del VIH y prácticas sexuales de riesgo.	12 actividades	Ficha técnica y relatorías	Mensual	Proyecto HSH

3) Promover la investigación de la prevención del VIH en HSH en Bolivia.	1). Realizar diagnósticos participativos, diversos metodológicamente y con diseños éticos sobre la situación de las poblaciones de HSH con el propósito de atender en forma eficiente y pertinente a sus necesidades, expectativas y demandas, particularmente en los aspectos de cómo prevenir el VIH.	Realización de diagnósticos	Relatorías	Anual	ET Proyecto HSH
	2). Sistematizar las publicaciones nacionales e internacionales más relevantes sobre la prevención del VIH en HSH y ofrecer servicios de información bibliográfica.	Número de publicaciones	Publicaciones		

ACCION II

Objetivo 2: Desarrollar acciones del programa municipal para la atención y control del VIH, sobre la base del trabajo institucional, político y gubernamental en Bolivia.

Actividades:

- | | |
|--------------------------|---|
| 1. Prácticas de riesgo. | 4. Demostración del uso del condón. |
| 2. Las ITS-VIH/sida. | 5. Capacitación a promotores voluntarios. |
| 3. ¿Por qué usar condón? | 6. Sexualidad. |

Objetivo de la actividad: Fortalecer el proyecto HSH e incrementar el alcance de sus acciones educativas en la comunidad para la prevención de las ITS/VIH; y contribuir a elevar la percepción de riesgo incorporando conductas sexuales responsables en Hombres que tienen sexo con otros Hombres y otros hombres.

Metas	Acciones	Indicadores	Fuente de verificación	Fecha de cumplimiento	Responsable
1) Desarrollo de acciones de comunicación a nivel comunitario para disminuir la vulnerabilidad de la población beneficiaria.	1. Producir anualmente campañas para la prevención del VIH y para la disminución de las vulnerabilidades de los grupos metas. Contar con los materiales de apoyo a las capacitaciones y al trabajo de los promotores de salud voluntarios.	Se cumplen/ No se cumplen	Materiales	Anual	Proyecto HSH/CUBA
2) Fortalecimiento del grupo de trabajo en el municipio del Proyecto HSH y de sus acciones educativas en las comunidades.	1. Consolidar las acciones educativas en la comunidad a partir del grupo de trabajo municipal de promotores HSH, capacitando, informando y creando espacios de crecimiento personal.	8 acciones para 120 personas alcanzadas	Ficha técnica y relatorías	Trimestral	Proyecto HSH

3) Incremento de las habilidades y conocimientos de la población HSH en el municipio.	1. Capacitación de educadores pares HSH y a la población meta, así como posibilitar el intercambio de experiencias y mejores prácticas para la transmisión de información sobre el VIH.	4 talleres anual	Relatorías Programa analítico Programa de horarios Listado de participantes	Trimestral	CE- CPP- ITS- VIH/sida y ET- Proyecto HSH
	2. Determinación de las necesidades de superación de los promotores	Realización de diagnósticos	Relatorías	Anual	ET Proyecto HSH
4) Realizar investigaciones en temas a fines a la población beneficiaria.	1. Determinación del banco de temas a investigar a fines a la población beneficiaria.	Banco de problemas creado		Anual	CE- CMP- ITS-VIH y ET- Proyecto HSH
	2. Realizar investigaciones sobre los temas a fines a la población beneficiaria.	1 investigación por municipio	Informes de investigación	Anual	
	3. Presentación de trabajos científicos por los miembros del proyecto.	Cantidad de trabajos	Informes de investigación	Anual	
	4. Divulgación y aplicación de los	Número de	Publicaciones		

	resultados de las investigaciones.	publicaciones			
5) Promover comportamientos sexuales protegidos entre la población HSH travestís, transexuales y transformistas para la prevención del VIH y el ejercicio de los derechos sexuales.	1. Se planea capacitar y crear las habilidades entre HSH travestís, transexuales y transformistas para contribuir a mejorar su salud sexual y los vínculos sociales de apoyo.	2 talleres anuales	Relatorías Programa analítico Programa de horarios Listado de participantes	Semestral	CE-CPP-ITS-VIH/sida y ET-Proyecto HSH
6) Desarrollo de acciones encaminadas a disminuir la vulnerabilidad y el riesgo en hombres.	1. Esta actividad pretende extender el trabajo educativo y de promoción de salud para la prevención del VIH en hombres, permitiendo desarrollar acciones que visibilicen la problemática de los hombres frente al VIH y como abordarlos.	8 acciones para 120 personas alcanzadas	Ficha técnica y relatorías	Trimestral	Proyecto HSH

7). Realizar actividades educativas para HSH por los promotores del consejo popular.	1. Conformar banco de actividades y experiencias en el Consejo Popular Urbano.	Banco confeccionado	Fichas técnicas	Anual	ET Proyecto HSH
	2. Realizar las actividades en el Consejo Popular Urbano.	12 actividades	Ficha técnica y relatorías	Mensual	Proyecto HSH
8). Promotores motivados y trabajando en la promoción de salud	1. Control y evaluación del desempeño de los promotores	Evaluado/ no evaluado	File del promotor	Anual	ET Proyecto HSH
	2. Realizar la reunión de los promotores	12 reuniones	Actas de reunión	Mensual	ET Proyecto HSH
	3. Diseño de un sistema de estimulación del proyecto				ET Proyecto HSH
	4. Implementación del sistema de estimulación del proyecto				ET Proyecto HSH
	5. Celebrar el día del promotor ausente	1 actividad	Evidencias	Anual	ET Proyecto

				HSH
	6. Realizar peña cultural con promotores	Mensual	Evidencias	Mensual
				ET Proyecto HSH
Elaborado por :	Cargo:		Firma:	Fecha:
Aprobado por :	Cargo:		Firma:	Fecha:

