

PERCEPCIÓN DE RIESGO Y COMPORTAMIENTO SEXUAL EN PERSONAS CON VIH DEL  
CONSULTORIO # 7

Dr. Apolonio Reyes Mendoza, Lic. Yanelis García Pupo, Enf. Yanet García Batista,  
Enf. Yaritza Rodríguez, Enf. Marbel Reyes Fernández (Cuba)

Objetivo general: Diseñada y aplicada una Estrategia de Intervención para elevar los conocimientos y prácticas sexuales más saludables de las personas con VIH.

Metodología: Acción participación.

Resultados: Se aplicó una encuesta a 8 de los 9 pacientes con VIH del consultorio # 7 del área de salud de "Alcides Pinos" para conocer su comportamiento sexual y como fue abordada en ellos la educación sexual, lo que nos permitió conocer la percepción del riesgo de los mismos.

En las encuestas aplicadas, así como en el grupo focal y la observación realizada se apreció los pobres conocimientos que sobre educación de la sexualidad tenían, por otra parte la edad promedio de estas personas fue de 34 años y su primera relación sexual en la mayoría ocurrió a los 16 años.

La mayoría de estas personas usan condón en ocasiones y toman bebidas alcohólicas con frecuencia, plantean que el matrimonio es normal en ellos y que siempre que se tomen las medidas necesarias pueden tener hijos. Como se aprecia tienen muy poca percepción de riesgo aspecto que tuvimos en cuenta para realizar nuestra estrategia de intervención educativa.

Después de aplicada la intervención los resultados mostraron cambio positivo en el actuar de este grupo y no se ha vuelto a diagnosticar ningún caso de VIH en esta área, los mismos se muestran en tablas y gráficos.

PENSAMIENTO

*" Por alta que sea la montaña si el caminante  
es tenaz siempre se acerca a la cima. "*

*Fidel Castro.*

INTRODUCCIÓN.

El hombre, por lo general, tiene entre sus prioridades el cuidado y la conservación de su bienestar, conociendo que fuente inagotable de dicho bienestar es la conservación de un

estado óptimo de salud. Por lo que en la búsqueda constante de soluciones a sus problemas, se ha percatado en los últimos tiempos, que el mayor número de problemas a los que se enfrenta y afectan su salud se localizan en la propia comunidad donde reside y muchos de los cuales pueden ser solucionados allí mismo. Este imperativo (detectar y solucionar los problemas en la propia comunidad) ha llevado al surgimiento de un enfoque más lógico y factible de atención médica: prevenir las enfermedades y todos sus daños, así como lograr un diagnóstico precoz, de forma tal que se logre un mayor éxito en la prevención y curación y por consiguiente una reducción en las secuelas.

Para darle mayor valor científico a nuestro trabajo realizamos una amplia revisión bibliográfica que nos permite de una manera más concreta abordar nuestro problema, la cual ponemos a su consideración.

A mediados de 1981 se emite por el Centro de Control de enfermedades (CDC) de Atlanta, EEUU, un informe del Dr. M. Gottlieb llamando la atención sobre un síndrome hasta entonces desconocido. Se observó que una serie de varones jóvenes, de raza blanca y habitantes de grandes ciudades —Nueva York, Los Ángeles, San Francisco— presentaban un cuadro de inmunodeficiencia adquirida, con infecciones respiratorias por gérmenes poco habituales, y tumores similares a los presentados en personas sometidas a trasplantes de órganos o que tomaban medicamentos que debilitan la inmunidad.

La condena absoluta a muerte de los primeros infectados en EEUU y su asociación directa a prácticas homosexuales hizo que inicialmente se llamara a la enfermedad «peste gay» y GRID («gay related immunodeficiency»). No faltaron personas fanáticas que aseguraron que se trataba de una enfermedad divina, una maldición y un castigo moderno, al estilo de la Sodoma y Gomorra bíblica.

En 1982 se denomina a la enfermedad «síndrome de inmunodeficiencia adquirida», sida, y en 1986 el virus que la causa se clasifica como «virus de la inmunodeficiencia humana», VIH. Algunos autores han descrito distintas variantes virales, lo que puede condicionar situaciones clínicas diversas y un pronóstico variable. En el mundo se trabaja en por lo menos siete vacunas profilácticas, y se estima que el futuro de su aplicación estará en la formación de un cóctel de éstas, aunque, aun así, podría fallar para determinados individuos, lo que no permitirá modificar el estilo de vida ni las conductas de protección.

En los inicios de la infección los estudios definieron los grupos de riesgo epidemiológico: homosexuales, hemofílicos, y luego las prostitutas y los drogadictos.

Los medios masivos de comunicación utilizaron el término «grupo de riesgo» como palabra clave para la información a la población, por lo que el sida se asoció directa y

particularmente a estos grupos, a pesar de que cada día se infectaban personas sin relación inmediata con ellos, por lo que actualmente no se habla de estos grupos sino personas con conductas de riesgo, sobre todo en sus prácticas sexuales.

En 1987 la Organización Mundial de la Salud (OMS) inició la primera campaña mundial de información pública sobre VIH/sida y ya entonces planteaba que la enfermedad no sólo progresa en el organismo, sino que, además, se desarrolla por la ignorancia, el temor y la resistencia al cambio de las personas. Sin embargo, el emblema utilizado para acompañar cualquier mensaje sanitario era el de dos corazones y una calavera, que pretendían señalar la amenaza del sida y la posibilidad de ponerle coto mediante un esfuerzo mundial.

Se concilió el concepto de muerte —la calavera— con el de amor —los dos corazones, que también significan sexo. Es, tal vez, un buen ejemplo de la contradicción que ha existido entre el propósito y la acción, la intención y el acto de los encargados de la comunicación sanitaria sobre VIH/sida. Esta paradoja se repitió en la mayoría de los materiales de divulgación sanitaria que utilizaron frases generales, inespecíficas o terroríficas para tratar de prevenir la infección. Los mensajes concebidos como positivos exhortaron a la abstinencia sexual sin considerar distinciones individuales o grupales. Los mensajes negativos condenaron la promiscuidad, y la desfiguración física y la muerte fueron presentadas como consecuencias directas e inmediatas de la enfermedad. La intención de estimular la adopción de conductas responsables se tradujo en la utilización de elementos irracionales y en moralizaciones sobre la vida sexual de las personas.

La expansión del VIH a nivel mundial, el descubrimiento de las características del virus y de la enfermedad, la elaboración de medicamentos para el tratamiento de las infecciones oportunistas y para reforzar la inmunidad de los infectados, y la participación de las personas con diagnóstico de seropositividad al VIH en la lucha contra el sida, comenzaron a adecuar la imagen y el tratamiento de los mensajes sanitarios. Aun así, se ha considerado que las campañas de prevención durante años han ignorado que la información es un elemento necesario pero no suficiente para modificar conductas, y que los mensajes de los medios de difusión sólo influyen y estimulan las potencialidades ya existentes en el individuo.

La conducta y los hábitos individuales durante las relaciones sexuales se consideran los elementos más importantes para el control del VIH. Actualmente se precisa el riesgo o la seguridad de las prácticas sexuales y se recomienda el uso del preservativo o condón de látex durante ellas.

En 1983 se creó en Cuba una comisión multidisciplinaria para la prevención y el control del sida que organizó un sistema de vigilancia epidemiológica de la aparición de casos con enfermedades oportunistas, así como la prohibición de importar sangre y sus derivados de países con sida. Entre 1985 y 1986 se instalaron centros de diagnóstico específicos para VIH en provincias y municipios.

En 1986 se diagnosticaron los primeros casos de VIH en Cuba, entre los que estaban personas que habían viajado al extranjero, incluyéndose colaboradores en distintos países africanos. En ese mismo año se pone en práctica el Programa Nacional de Lucha contra el Sida para el control y la prevención de la infección por VIH producida por la transmisión sexual, que ha resultado la principal vía de propagación nacional. La estrategia cubana contemplaría como aspectos fundamentales el pesquisaje masivo, el tratamiento sanatorial y la educación sanitaria. El pesquisaje masivo organizó un sistema de vigilancia epidemiológica mediante el cual se controlaría la circulación del virus y se identificarían los casos clínicos. Este programa contempló la realización de las pruebas diagnósticas ELISA y WB a grandes grupos poblacionales entre los que se presumía algún riesgo: todos los donantes de sangre, los viajeros al exterior, las gestantes en el primer y tercer trimestre de embarazo, los hospitalizados, pacientes con enfermedades de transmisión sexual y a las parejas sexuales de personas ya diagnosticadas seropositivas al VIH.

Actualmente se ha modificado el sistema de control basado en la masividad, ya que la incidencia de casos resultó mínima por esta vía y se contempla la realización de pruebas anónimas como una forma más específica de conocer el avance de la infección en la isla. El pesquisaje masivo constituyó una vía para el control epidemiológico en Cuba, y resultó una medida consecuente con el sistema nacional de atención sanitaria., actualmente solo se realiza en personas con conductas de riesgo.

El tratamiento sanatorial se establece como propuesta en 1986, y la medida es amparada por el Decreto Ley 54 de 1981 del MINSAP, que atribuye a las autoridades sanitarias el derecho a crear medidas excepcionales de cuarentena con el fin de evitar la difusión de una enfermedad y ofrecer una atención médica calificada para prolongar la vida de los pacientes. El primer sanatorio cubano para la atención médica integral de las personas diagnosticadas seropositivas al VIH comenzó a funcionar en abril de 1986. Actualmente existen 14 sanatorios, dos en Ciudad de la Habana y uno por cada provincia excepto Las Tunas que no tiene.

El VIH/sida es la principal epidemia que azotó a la humanidad en el Siglo XX y que en el actual continúa siendo una preocupación para líderes y autoridades de Salud a diferentes instancias, por la magnitud que está adquiriendo y la repercusión económica y social para el futuro.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida) es causado por un Retrovirus humano llamado Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que fue descubierto en el año de 1983. Pertenece a la familia *Retroviridae* y contiene material genético de tipo ácido ribonucleico (RNA). Este virus destruye lentamente el sistema inmunitario del humano, principalmente los linfocitos ayudadores, los cuales poseen el receptor llamado "CD4" al cual se une el virus, destruyendo estas células y causando un grave daño en las funciones de la inmunidad celular y el control de la inmunidad humoral.

La enfermedad por el VIH causa una deficiencia progresiva del sistema inmunitario de la persona infectada. En su estado más avanzado la enfermedad es conocida con el nombre de sida (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) en el que se presentan manifestaciones clínicas del tipo de las infecciones o neoplasias oportunistas secundarias al estado de inmunodeficiencia. En la historia natural de la enfermedad, el período de tiempo entre la infección por el virus y la aparición del SIDA (período de incubación) es de aproximadamente 7 a 11 años, cuando se adquiere por vía sexual; sin embargo, este periodo es muy variable. Una vez aparece el SIDA, el enfermo sobrevive entre uno y tres años, si no recibe el tratamiento antirretroviral (TAR), aunque este período puede ser muy variable.

El único huésped del VIH es el ser humano. Recientemente se ha identificado al chimpancé *Pan troglodytes troglodytes* como reservorio del VIH-1. El VIH/sida puede presentarse en personas de cualquier sexo, edad, raza, nacionalidad, posición socioeconómica o ideología de cualquier país o región del mundo.

Están en riesgo de adquirir el VIH por la vía de transmisión sexual todas las personas con vida sexual activa. Sin embargo, existen exposiciones a situaciones de mayor riesgo que hacen sospechar la infección en toda persona, hombre o mujer, cualquiera que sea su edad. La vía de transmisión sexual es la más frecuente en el país (97 % del total de casos), de acuerdo a las estadísticas actuales.

La infección por el VIH sigue un curso crónico de varios años de evolución. Por tanto, los pacientes seropositivos deben controlarse periódicamente. La atención integral del paciente viviendo con el VIH y el sida debe estar a cargo de profesionales médicos,

paramédico y de las ciencias humanas que idealmente conformen un grupo interdisciplinario.

La familia de la persona con VIH/sida es fundamental en prestar soporte emocional, físico y financiero. Inicialmente la enfermedad puede generar mucha ansiedad, inseguridad, y sufrimiento en la familia y quien la padece.

El SIDA es una guerra sin bombas y sin ejércitos. Ningún país está libre del sida. Unos pocos -privilegiados y ricos-, han logrado reducir la mortalidad con medicamentos de alto e irracional precio. Otros muchos –desafortunados y pobres-, asisten a una pavorosa reducción de la expectativa de vida de sus pueblos y a un decrecimiento demográfico que los puede llevar a la extinción.

La pandemia del VIH/sida se expande cada vez con mayor fuerza entre la población más pobre, marginada, sin servicios de educación y de salud. Se concentra cada vez más en los países víctimas del injusto e insostenible orden económico internacional, que padecen condiciones económicas y sociales adversas, y en particular en los grupos de alto riesgo de la población urbana, que subsisten en la miseria y la marginalidad, entre los que proliferan la prostitución, la drogadicción y otros fenómenos destructivos. El sida es hoy una de las peores consecuencias de la larga y triste historia de exclusión de millones de personas.

En varias naciones de África mueren cada año mayor número de maestros por sida, que la cantidad de nuevos maestros que se gradúan. Las muertes que han ocurrido ya en el África Subsahariana equivalen a haber lanzado sobre esa región más de 70 bombas como las de Hiroshima y Nagasaki. Resulta una dramática paradoja que por el mismo continente en que apareciera el primer antepasado del hombre hace ya seis millones de años, comience en este milenio su desaparición. Cuba sufre también esta enfermedad; pero tenemos la prevalencia más baja de las Américas y una de las más bajas del mundo. Cuba ha logrado contener esta pandemia pese al férreo bloqueo económico, comercial y financiero que le ha sido impuesto por los Estados Unidos, pues dificulta el acceso a gran parte de los nuevos medicamentos que se producen en el mundo, porque los fabrican empresas norteamericanas o sus subsidiarias, que, por las leyes del bloqueo, no pueden mantener relaciones económicas y comerciales con mi país.

Nuestro programa de lucha contra el sida garantiza una atención integral a portadores y enfermos, tratamiento gratuito con antirretrovirales a todos los enfermos, centros de atención médica especializada para los casos que lo requieren, y lucha sin descanso por la más plena integración social con todos los derechos y sin discriminaciones.

Pero lo antes expuesto y nuestra experiencia para resolver los problemas de nuestra comunidad requerimos de un trabajo mancomunado entre múltiples servicios de salud, de sectores, organismos y autoridades gubernamentales, y la propia comunidad que garanticen sistematicidad y esmero en la atención y cuidado de la salud, tanto a las personas supuestamente sanas, las expuestas a determinados riesgos, como las que sufren alguna enfermedad como es el caso del sida, donde no ha existido una correcta educación de la sexualidad.

PROBLEMA CIENTÍFICO.

¿La estrategia de intervención educativa propuesta para la Prevención de las ITS y el VIH sería la más conveniente en el comportamiento sexual de las personas con VIH?

OBJETIVOS.

GENERAL: - Diseñar una Estrategia de Intervención para elevar los conocimientos y prácticas sexuales más saludables de las personas con VIH

ESPECÍFICOS:

- 1- Describir las características socioculturales de las personas con VIH de esta comunidad.
- 2- Identificar nivel de conocimientos e información sobre la educación de la sexualidad de este grupo de personas.
- 3- Describir las prácticas sexuales que ha practicado y practica este grupo.

MÉTODO.

Se utilizó la metodología cualitativa y cuantitativa aplicándose la observación participante, un grupo focal, la entrevista y la encuesta a la muestra seleccionada.

Tareas investigativas.

1. Visitas de terreno para conocer la forma y condiciones de vida, utilización del tiempo libre, situación económica y convivencia social de estas personas.
2. Entrevistas personales y a líderes de la comunidad en que viven estas personas para evaluar la preparación que sobre sexualidad tienen.
3. Realizar una evaluación diagnóstica mediante una encuesta para conocer las prácticas sexuales que utilizan o han utilizado estas personas.
4. Diseñar una Estrategia de trabajo en la Comunidad del Consultorio # 7 del área de salud de Alcides Pinos que nos permita contribuir al incremento de una sexualidad responsable en este grupo de personas.

## DESARROLLO:

Para este trabajo realizamos una amplia revisión bibliográfica que nos permitiera documentarnos sobre la situación de VIH SIDA desde su surgimiento hasta la fecha, y seguidamente efectuar el trabajo de campo en la comunidad seleccionada.

En visitas de terreno pudimos comprobar las condiciones socio cultural de estas personas las viviendas no eran lo suficiente mente confortables pues predominaba la mampostería sin repellar y techo de fibrocemento y guano, piso de cemento y en ocasiones de tierra, con una sola habitación donde el promedio mínimo de personas era de 3, considerándose hacinamiento en su mayoría, el per cápita económico fue de 25 pesos pues todos eran desocupados y dependían del resto de la familia siendo 4 de ellos exreclusos, su tiempo libre lo utilizaban en beber, jugar deambular por la ciudad o el barrio.

En las entrevistas realizadas a líderes de la comunidad en que viven se pudimos conocer que estas personas no se encuentran integradas al estudio ni al trabajo y que las personas con las que se reúnen no son de las mas aceptadas por la comunidad pues los consideran como propensos a delincuentes.

La evaluación diagnóstica nos permitió conocer el comportamiento sexual de estas personas y sus prácticas sexuales más frecuentes.

Finalmente Diseñamos una Estrategia de trabajo educativo para ser empleado con este grupo de personas que nos permitiera en un corto tiempo volver a evaluar el comportamiento sexual, y percepción de riesgo de este grupo tan importante en la prevención de VIH.

La estrategia se sustenta en encuentros

Primer encuentro

Aplicación de encuesta

Técnica participativa *Canasta revuelta*.

Tema Lenguaje Popular y identificación practica y conductas sexuales de riesgo.

Segundo encuentro.

Técnica participativa *Traigo una carta*.

Tema. Autoestima y cambio de comportamiento.

Tercer encuentro.

Técnica participativa *La cadena epidemiológica*.

Tema Epidemiología del VIH y las ITS más frecuentes.

Cuarto encuentro.

Técnica participativa. *La pérdida*

Tema. Adicciones y sida.

Quinto encuentro.

Técnica participativa *Lenguaje popular*.

Tema Equipos de Ayuda Mutua, Superando obstáculos.

Sexto y último encuentro.

Técnica participativa *Yo lo veo así*.

Tema Autoestima y Cierre te los encuentro.

Evaluación

PNI

RESULTADOS

Los resultados son los siguientes:

Se aplicaron encuestas a 8 de los 9 pacientes con VIH del consultorio, 6 masculinos y 2 femeninos, el promedio de edad fue de 34 años y la mayoría realizo su primera relación sexual a los 16 años Tabla # 1,2 y 3.

En cuanto a la ocupación los 8 eran desocupados ni trabajan ni estudian.

Con relación a las relaciones a la frecuencia de las prácticas sexuales efectuadas en la última semana de aplicada la evaluación tabla # 4 se pudo comprobar que el promedio fue de 2,3 relaciones por semana y con respecto a las prácticas sexuales 5 de los 8 encuestados refieren que les gusta practicar el sexo anal por lo que lo hacen en cada relación, y con el uso del condón comprobamos que solo 3 de los 8 usaban siempre condón lo que representa el 37,3 % y 5 en ocasiones para el 62.4 % esto demuestra su comportamiento sexual no acorde a lo que queremos.

Al evaluar el consumo de bebida alcohólicas 3 lo hacen siempre y 5 en ocasiones, ambas practicas (uso del condón y bebidas alcohólicas) son un riesgo para la transmisión del VIH, esto demuestra una vez más la poca percepción del riesgo de este grupo de personas que están tan comprometida en la epidemia, lo cual se comprobó en las observaciones realizadas durante la intervención.

Los resultados del grupo focal y otras opiniones de las entrevistas y las encuestas arrojó que la opinión que tienen del matrimonio es la normal para cualquier otra persona, o sea que pueden unirse a otra persona en cualquier momento sin ningún problema, respecto al embarazo señalan que el tratamiento que existe hoy en día, permite que el niño nazca sano y si a esto le agregamos la ayuda que recibimos de los especialistas para orientar cuando es más seguro el embarazo podemos tener hijos.

Nos pidieron en sus opiniones especiales para acciones educativas y recreativas que les permitiera aprender más sobre la enfermedad y algunas secciones por la radio prensa o TV que aborde al problemática del VIH/sida pues consideran aun insuficiente.

#### RECOMENDACIONES:

Propones a la Línea de Personas con VIH de nuestra provincia la validación de la Estrategia Educativa diseñada para estas personas con el objetivo de poderla emplear en otras áreas y municipios de nuestra provincia.

#### BIBLIOGRAFÍAS

Manual para el Facilitador. Equipos de ayuda Mutua. Col. Autores 2006.

Manual para la Formación de Educadores Pares en VPI. Col. Autores 2007.

Viviendo con VIH Col. Autores. 2005

Conociendo sobre VIH col. Autores 2006

Conviviendo con VIH. Lic. Oscar de la Torres y Lic. Iris Lugo 2008

Investigaciones Sobre VIH en el Contexto de la Salud Publica en cuba col. De autores 2006.

ANEXOS

Tabla No. 1 Sexo

SEXO	No.	%
MASCULINO	6	75
FEMENINO	2	25
Total	8	100

Tabla No. 2 Edad.

Grupo de edad	Mas.	Fem.	Total
De 20 a 24	-	1	1
De 25 a 29	1	1	2
De 30 a 39	5	-	5

Tabla No 3 Edad de la primera relación sexual.

	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
14 años	2	1	3
15 años	1		1
16 años	3	1	4

Tabla No. 4 Relaciones sexuales última semana

	MASCUL.	FEMENINO	TOTAL
1 relación	1	2	3
2 relación	2		2
3 relación	1		1
4 relación	1		1
5 relación	1		1
Total	6	2	8

Tabla No. 5 Uso de condón e ingestión de bebida alcohólicas.

Usa condón	No	Siempre	En ocasiones
Femenino			2
Masculino		3	3
Consumo de bebidas alcohólicas			
	Diario	En ocasiones	Fines de semana
Femenino		1	1
Masculino	3	1	2

OPINIÓN DEL TUTOR:

Considero que la Intervención Educativa que realizó la Enfermera Yanelys García Pupo en este grupo de personas con VIH tiene un valor significativo pues permitió conocer las prácticas sexuales más frecuentes de los mismos así como sus conocimientos sobre sexualidad, lo que le facilitó proponer una Estrategia de trabajo que puede ser aplicado en cualquier persona que tiene VIH, la que puede contribuir a mejora una conducta sexual mucho más responsable y sana.

Este trabajo por su importancia fue uno de los que represento a la provincia en el VI Congreso de Higiene y Epidemiología celebrado los días 6,7,8 y 9 de Noviembre del año en curso.