

Intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA en la Atención Primaria de Salud.

Aída Clavería Sánchez¹, Galia Clavería Sánchez², Yamilka Ríos Ruiz³.

1. Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista en Microbiología. Licenciada en Ciencias Biológicas. Profesor Auxiliar. Facultad Tecnológica. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Carretera Central Oeste Km. 4 ½, Camagüey, Cuba, CP. 70700. acsan.cmw@infomed.sld.cu.
2. Máster en Ciencias Matemáticas. Licenciada en Matemática. Profesor Asistente. Facultad Tecnológica. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Carretera Central Oeste Km. 4 ½, Camagüey, Cuba, CP. 70700.
3. Máster en Ciencias Matemáticas. Licenciada en Educación Primaria. Profesor Asistente. Facultad Tecnológica. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Carretera Central Oeste Km. 4 ½, Camagüey, Cuba, CP. 70700.

Resumen

Introducción: En la actualidad, el VIH/Sida constituye un serio problema de salud, por lo que se hace necesario desarrollar diversas actividades encaminadas a su prevención.

Objetivo: Aplicar una intervención educativa para aumentar el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA en la Atención Primaria de Salud. **Material y métodos:** Se realizó un estudio de intervención educativa, en el Policlínico José Martí, del municipio Camagüey, desde febrero de 2014 hasta febrero de 2015. El universo estuvo constituido por los pacientes que asistieron a consulta y dieron su consentimiento informado. Se tomó una muestra de 85 pacientes.

Resultados: En cuanto a los conocimientos del agente etiológico, transmisión y prevención, se constataron pocos conocimientos en los tres grupos etáreos. Con relación al uso del preservativo coinciden la mayoría de los encuestados con la importancia de su uso durante las relaciones sexuales.

Conclusiones: Luego de la aplicación de la intervención educativa se evidencia un aumento de los conocimientos sobre el tema en los grupos etáreos de ambos sexos.

Palabras clave: intervención educativa; VIH/sida; atención primaria de salud.

Introducción

En la actualidad las enfermedades de transmisión sexual es un gran problema de salud pública, en especial el SIDA, factores predisponentes como la promiscuidad, no sólo entre jóvenes, sino también entre adultos facilitan la transmisión de este tipo de ITS, unido a una deficiente educación acerca de las mismas, como la vía de transmisión, factores de riesgos, formas de prevenir, síntomas principales.¹

Para un desarrollo satisfactorio que posibilite una armonía individual y social, el individuo como ser social que es, debe hacer propios una serie de conocimientos, actitudes y valores, sobre diferentes aspectos de la vida de relación, incluyendo la sexualidad y así, poder tener percepción del riesgo para su vida y aquellos que lo rodean.²

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), llamada la peste del siglo XX, es el estado final de la infección crónica producida por el Retrovirus VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Aparece por primera vez en 1981 en la ciudad de Los Ángeles, Estados Unidos de América, produciéndose una enorme expansión pandémica de la enfermedad.^{3,4}

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante 1998, se infectaron con el VIH cerca de 6 000 000 de personas en el mundo.⁴ El 90 % de los seropositivos viven en países subdesarrollados. Los jóvenes se ven afectados de una forma desproporcionada por el VIH y el SIDA. Aproximadamente la mitad de las nuevas infecciones por el VIH se producen en personas de 16 a 24 años de edad, período en que la mayoría de las personas inician su vida sexual.^{5,6}

A nivel mundial el grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), con un peso superior al 50 % en el total de casos acumulados. En la transmisión sexual, el peso porcentual de los casos acumulados en HSH es de 57,7 %, mientras que los casos relacionados con la transmisión heterosexual es de 42,3 %. La relación hombre – mujer se incrementa de 8 a 1, cuando se analizan sólo los casos acumulados por transmisión sexual (hombres 88,7 % y mujeres 11,3 %).^{7,8}

Se piensa la posibilidad que en el año 2010, más de 40 millones de niños en 23 países en desarrollo hayan perdido a uno de sus padres o a ambos. La mayoría de esas defunciones se deberán a la pandemia de la infección por el VIH y el SIDA y a enfermedades complicadas.⁹

En la Cumbre del Milenio, el comandante Fidel Castro Ruz, realizó varias reflexiones sobre este flagelo de la humanidad y entre otras dijo que no hay país que pueda desarrollarse, cualesquiera que sean los recursos, si tiene un 25 %, un 30 % de personas infectadas, millones y millones de huérfanos y que a su juicio significará realmente el exterminio de naciones enteras de África.¹⁰

En Cuba el SIDA no es una amenaza a gran escala pero existe un aumento de la infección, participan los homosexuales, heterosexuales y HSM en la transmisión de la enfermedad. En el 2006 nuestro país tuvo 4436 seropositivos, 1929 enfermos y 1039 fallecidos, sólo representa el 0,05 % de los enfermos de SIDA siendo la principal causa de contagio las relaciones sexuales no protegidas entre los jóvenes.²

Es necesario que la población se mantenga informada sobre esta problemática de salud pública, conocer cuánto sabe acerca de la misma y la forma de prevenir la enfermedad.

En el año 2001, fueron casi 9 millones de jóvenes infectados por el virus, lo cual equivale a que más de seis hombres y mujeres fueran infectados por cada minuto del día, durante todos los días de ese año. La infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), constituye un problema de salud pública, sin embargo, sólo últimamente se ha prestado mayor atención los factores de riesgos en la población de adolescentes.¹¹

En México se han registrado de manera acumulada más de 71 mil casos de SIDA y se calcula que existen entre 116 y 177 mil personas infectadas por el VIH en el grupo de 15 – 49 años de edad, con una estimación media de 150 mil.^{12,13}

El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades en Atlanta, Georgia, EUA, en junio de 1981, reportó un brote inusitado de neumonía por *Pneumocystis carinii* en una población de varones homosexuales, que puso en alerta a todo el mundo, parecía ser una nueva situación de inmunodepresión. Esto fue seguido por otros reportes de brotes de esta misma enfermedad, así como sarcoma de Kaposi, de condiliasis oral y otros estados asociados a inmunodeficiencias, con una disminución de las respuestas de las células T a nitrógenos y a antígenos. Este es el comienzo de la epidemia del SIDA.^{14–16}

El grupo de Luc Montagnier en el año de 1983, y luego Robert Gallo y Jay Levy, en 1984 aislaron de forma independiente un retrovirus linfotrópico de células T. Ellos estudiaron los genomas de los tres aislamientos, que si bien presentaban ciertas diferencias, eran

variantes de un mismo virus, cuya asociación etiológica al SIDA se demostró posteriormente por seroepidemiología.^{17, 18}

En 1986 el Comité Internacional para la Taxonomía de Virus, llegó al acuerdo de denominar este nuevo virus como Virus de la Inmunodeficiencia Humana y en este mismo año fue aislado a partir de pacientes del oeste de África un nuevo retrovirus que causaba síntomas similares a los descritos en el SIDA, se llegó a la conclusión de que se trataba de un nuevo tipo y a partir de esto, se renombraron VIH – 1 y VIH – 2, los agentes causantes del SIDA.¹⁹⁻²²

El VIH pertenece a la familia Retoviridae, en la cual se incluyen virus que presentan en su genoma ácido ribonucleico (ARN), comprende tres subfamilias: Oncorinae, Spumavirinae y Lentiorninae, el VIH se incluye en esta última subfamilia.²²⁻²⁴

Los períodos de mayor transmisibilidad del VIH-SIDA, son los de la viremia alta, al inicio de la infección y en la fase más avanzada de la enfermedad. El período de incubación es muy largo, en Cuba el promedio es de 11 años, clasificándose como portador o seropositivo en toda esta etapa y con capacidad de transmitir la infección durante todo este período.

El período de ventana, dura desde 30 días hasta seis meses y como promedio, de 6 a 8 semanas. El VIH, se encuentra presente en todos los líquidos corporales, pero sólo en cantidades suficientes para que se transmita la infección en la sangre, semen, líquido preseminal, secreciones vaginales y leche materna.²⁵⁻²⁸

El reservorio del VIH es el hombre, sólo se han identificado tres vías de transmisiones: sanguínea, sexual y perinatal. No se transmite compartiendo socialmente con personas viviendo con VIH, por abstinencia sexual, sexo seguro, el contacto directo estando íntegras ambas pieles al estrecharse las manos, abrazarse y acariciarse, por el beso, uso de ropas de personas infectadas, el contacto con la saliva, sudor orina, heces fecales, y lágrimas y por las relaciones sexuales protegidas, anal, vaginal y oral.^{29,30}

El estudio del VIH se indica por cualquier personal (médicos de familia y de otras especialidades, enfermera encuestadora). La extracción de sangre se realiza en todos los laboratorios de las unidades de salud.³¹

Debido a lo antes expuesto, a la situación en nuestras comunidades, de desconocimientos de aspectos importantes del VIH-SIDA en cuanto a su agente etiológico, transmisión y

prevención, el objetivo del presente trabajo fue aplicar una intervención educativa, con vistas a aumentar el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA en la Atención Primaria de Salud.

Material y métodos

Se realizó un estudio de intervención educativa en el Policlínico José Martí, dirigido a pacientes que asisten a la Atención Primaria de Salud, durante el período Febrero del 2014 a Febrero del 2015.

El universo estuvo constituido por todos los pacientes mayores de 15 años que asistieron a consultas en cinco áreas de salud, seleccionados al azar.

Para ejecutar el estudio en una primera etapa, se estableció comunicación con los pacientes, que asistían a consulta, con el objetivo de lograr la participación de los mismos en dicha investigación, lo que quedó validado a través del consentimiento informado.

Criterios de Inclusión:

- Todos los pacientes mayores de 15 años de edad, que asistían a las consultas de esas áreas de Salud. (L - 21, L - 22, L - 26, L - 29, L - 41).
- Dar su consentimiento informado para participar en esta investigación.

Esta investigación se realizó en tres etapas:

- **Diagnóstico:** Se aplicó una encuesta, para caracterizar al grupo de estudio e identificar el nivel de conocimientos que poseen los pacientes sobre el tema.
- **Intervención:** Una vez detectadas las principales dificultades se llevó a cabo la intervención en tres semanas cada una, para poder aplicar las técnicas participativas.

El programa educativo se basó en los siguientes aspectos:

- Comportamiento del VIH/SIDA en Cuba, desde la aparición de los primeros casos.
- Agente etiológico de la Enfermedad y sus características generales. Aspectos generales sobre síntomas más comunes.
- Virus de transmisión. Prevención y conducta de riesgo.
- Sexo protegido. Concepto. Importancia.
- Importancia de los portadores en esta enfermedad.

Se utilizaron técnicas educativas como charlas dinámica grupal, lluvia de ideas y vídeos debates.

- **Intervención:** Se cumple el objetivo cuatro, se aplica la misma encuesta, a la semana de haber culminado la capacitación, para evaluar los cambios ocurridos en el nivel de conocimientos de los pacientes participantes.

La información recopilada en el cuestionario fue procesada por el paquete estadístico SPSS, donde se calculó el porcentaje como medida resumen. Los resultados se muestran en forma de tablas estadísticas de doble entrada; a las que se les hizo la prueba de hipótesis de proporciones, se trabajó en el nivel de confiabilidad igual o menor de 0,05.

Resultados y discusión:

Tabla 1. Distribución de los pacientes según sexo, nivel escolar y edad.

Variables	No.	%
Sexo:		
F	40	47,1
M	45	52,9
Nivel Escolar:		
Secundaria	25	29,4
Preuniversitario	45	52,9
Universitario	15	17,6
Edad:		
15-30	55	64,7
31-47	25	29,4
48 y más	5	5,9

Fuente: Encuesta.

Se encuestaron 85 pacientes, que asistieron a los consultorios de la Atención Primaria de Salud, del Policlínico José Martí del Municipio Camagüey, de los cuales 40 son del sexo femenino y los restantes 45 del sexo masculino.

El nivel escolar determinado en la población de pacientes es la siguiente: 25 pacientes habían concluido la secundaria básica; 45 la enseñanza preuniversitaria y los restantes 15 la universitaria.

También se realizó una división del conjunto de pacientes por edades, distribuyéndose en tres grupos etáreos que fueron respectivamente de 15 – 30 años de edad donde asistieron

55 pacientes; de 31 – 47 años donde se registraron 25 pacientes y por último el grupo etáreo de más de 48 años, donde se incorporaron 5 pacientes, esta estadística se muestra en la tabla 1.

Estos resultados son al azar ya que la encuesta se realizó bajo consentimiento informado, de forma que asistieran a consulta, si vemos que la mayoría son masculinos, de nivel preuniversitario y del grupo etáreo de 15 – 30 años de edad.

Tabla 2. Conocimiento de la enfermedad, según sexo, edad y nivel escolar.

	Antes				Después			
	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%
Femenino	21	52,5	-	47,5	40	100	-	-
Masculino	14	31,1	-	68,9	44	97,8	1	2,2
15-30	10	18,2	20	81,8	55	100	-	-
31-47	24	96	-	4	25	100	-	-
48 y más	2	40	-	60	4	80	1	20
Secundaria	10	40	-	60	25	100	-	-
Preuniversitario	10	22,2	35	77,8	45	100	-	-
Universitario	14	93,3	1	6,7	15	100	-	-

Fuente: Encuesta.

La tabla 2, refleja los conocimientos que sobre la enfermedad VIH/SIDA, tenían los pacientes antes de la intervención, en la misma se muestra que en general más de la mitad de los pacientes la desconocían antes de la intervención, se observa que 21 pacientes del sexo femenino sabían de la existencia de la enfermedad, por lo que sobrepasaba ligeramente la mitad de las encuestadas, siendo en total el 52,5 %, y 19 no la conocían para un altísimo 47,5 %.

En peor caso se encontraba la población masculina respecto al conocimiento de la enfermedad, por que solamente sabían que existía esta enfermedad 14 pacientes para un magro 31,1 %; el resto un total de 31 pacientes no sabían de la existencia de la misma, para el 68,9 % de este sexo.

Después de la intervención se vio, que esta población supo apropiarse de los conocimientos impartidos sobre la existencia de la enfermedad de VIH/SIDA, ya que un

solo individuo no respondió afirmativamente sobre su existencia, lo que representó sólo el 2,2% de este grupo de sexo, con una probabilidad calculada de 5,67 E-07, lo que representa que ese valor tan pequeño no es representativo en la población de pacientes.

Los pacientes de sexo femenino, que al parecer son más cuidadosas en este tema, desde un inicio presentaron un mayor conocimiento sobre los problemas de salud que presenta esta enfermedad, además de un mayor interés en la realización de la encuesta, con una percepción mucho más acentuada en el riesgo que se corre con la misma.

El grupo etáreo de mayor desconocimiento de este problema de salud pública fue el de 15 – 30 años de edad, de 55 encuestados, 45 respondieron que **no**, para un elevado 81,8 %, antes de la intervención. Después de realizada la misma hubo un ciento por ciento de respuestas positivas en este grupo etáreo, además del grupo de 31 – 47 años, que también asimilaron los conocimientos impartidos; no así el grupo etáreo de de 48 años y más donde un paciente respondió que **no**, para un elevado 20 % de desconocimiento de la existencia de la enfermedad, con una p de 5,36 E -05.

El grupo etáreo de 15 – 30 años, que además es el de mayor riesgo de transmisión de la enfermedad por las edades que presenta y que debe tener conocimientos para prevenir la infección, se comportó con problemas evidentes antes de la intervención sobre la enfermedad, pero manifestaron interés en saber, una vez realizada la misma, mucho más que el grupo etáreo de 31 – 47 años, que un 96 % respondió **sí**.

El grupo de 15 – 30, debe tener una preparación establecida en las escuelas, pero no se comporta así en nuestro estudio.

En cuanto al nivel de escolaridad, el de preuniversitario, presentó una mayoría de individuos con respuestas **no**, para un 77,8 %, o sea 35 encuestados, le sigue con un 60 % el nivel de secundaria básica y 6,7 % el nivel universitario, después de la intervención, el 100 % de los tres niveles de evaluación respondieron **sí**, en este aspecto.

Estos resultados se corresponden con estudios nacionales realizados en Ciudad de la Habana en 1999 y 2004^{31,32}. Se debe señalar que la mayoría de los encuestados en el grupo de 15 – 30 años se corresponden con el nivel de escolaridad de preuniversitario.

Tabla 3. Conocimiento del agente etiológico según sexo, edad y nivel de escolaridad.

	Antes				Después			
	Bien	%	Mal	%	Bien	%	Mal	%
Femenino	19	47,5	21	52,5	40	100	-	-
Masculino	1	2,2	44	97,8	45	100	-	-
15-30	10	18,2	45	82,8	55	100	-	-
31-47	10	40	15	60	25	100	-	-
48 y más	2	40	3	60	5	100	-	-
Secundaria	2	8	23	92	25	100	-	-
Preuniversitario	8	17,8	37	82,2	45	100	-	-
Universitario	5	33,3	10	66,7	15	100	-	-

Fuente: Encuesta.

La tabla 3, sobre el nivel de conocimiento del agente etiológico, en ella se observa que antes de la intervención, 21 pacientes del sexo femenino, fueron evaluados de **mal**, para el 52,5 %, después de la intervención el 100 % de las encuestadas fueron evaluadas de **bien**.

Es lógico que la mayoría no supiera que el agente etiológico fuera un virus, a pesar de que la sigla VIH le sea familiar, si se analiza que hubo problemas en el conocimiento de la enfermedad, era de esperar, que esta pregunta más específica del conocimiento de la enfermedad, resultara más difícil de contestar.

Así el grupo etéreo de 15 – 30 años, es el que más problemas presenta, con 45 evaluados de **mal**, para un 82,8 %, le sigue el grupo de 31 – 47 años, con 15 evaluados de **mal**, para un 60 %, posterior a la intervención el 100 % resultó evaluado de **bien**.

En el nivel de escolaridad de preuniversitario hay 37 pacientes evaluados de **mal**, para el 82,2 %, en el de secundaria básica hay 23 evaluados de **mal**, que es el 92 % del total de ese nivel, en el nivel universitario hubo 10 evaluados de **mal**, para el 66,7 %, en general en los tres niveles de escolaridad existieron problemas graves de conocimiento del agente etiológico, después de la intervención el 100% de los pacientes reconocieron que el agente etiológico era un virus.

El análisis de esta tabla por si sólo demuestra, el éxito de la intervención en este aspecto sobre el VIH-SIDA y lo necesario que es este tipo de trabajo, pues en la comunidad, hay muchos problemas de conocimientos como éste, que no permite una correcta evaluación

del riesgo, cambios de conducta del individuo en la prevención de las ITS. Esto coincide con estudios realizados en el país y fuera del mismo.¹²⁻¹⁶

Tabla 4. Conocimiento transmisión de la enfermedad según sexo, edad y nivel de escolaridad.

	Antes				Después			
	Bien	%	-	%	Bien	%	Mal	%
Femenino	18	45	6,7	55	40	100	-	-
Masculino	13	28,9	3,7	71,1	42	93,3	3	6,7
15-30	14	25,4	4	74,6	53	96,3	2	3,7
31-47	12	48	20	52	24	96	1	4
48 y más	1	20	8	80	4	80	1	20
Secundaria	19	76	2,2	24	23	92	2	8
Preuniversitario	16	35,5	-	64,5	44	97,8	1	2,2
Universitario	9	60	6	40	15	100	-	-

Fuente: Encuesta.

La tabla 4 indica el nivel de conocimiento de la transmisión de la enfermedad, arroja que 22 pacientes del sexo femenino fueron evaluadas de **mal**, que es un 55% del total de mujeres, por otro lado fueron evaluados también de **mal**, 32 pacientes del sexo masculino, que es el 71,1% del total de hombres, todo lo anterior sucedió antes de la intervención. Se puede observar que los encuestados del sexo masculino, presentan mucho más problemas en este aspecto que las del sexo femenino, tan importante en la prevención de la enfermedad, tienen mucho menos percepción del riesgo, también tienen menos interés actualmente en participar en la intervención.

Después de la misma 3 masculinos fueron evaluados de **mal**, para el 6,7 % y una p de 3.07 E-37, las encuestadas femeninas fueron evaluadas el 100 % de **bien**.

En cuanto a los grupos etáreos de edad, el de 15 – 30 años, presenta a 41 evaluados de **mal**, para el 74,6 %, el de 31 – 47 años tiene un 52 % evaluados de **mal** y el de 48 y más presenta el 80 % evaluados de **mal**, esos datos demuestran, que los tres grupos etáreos tienen graves problemas, sobre el conocimientos de las vías de transmisión de la

enfermedad, y una vez finalizada la intervención no se logró el 100% de conocimiento de este parámetro con evaluaciones de **bien**.

Se observa que hay individuos que no adquirieron todos los conocimientos impartidos en este aspecto evaluado, en los porcentos del 3,7 % para el primer grupo etáreo, 4 % para el segundo y 20 % para el último grupo.

El análisis de los niveles educacionales nos presenta que los que concluyeron el preuniversitario presentaban los problemas mayores ya que habían 29 pacientes evaluados de **mal**, para el 64,5 %, a continuación le sigue el nivel universitario con el 40% y por último los del nivel de secundaria básica que presentan solamente el 24% evaluados de **mal** antes de la intervención. Se logra después de la intervención que en los pacientes con preuniversitario este parámetro disminuya hasta el 2,2% con respuestas evaluadas de **mal** y en el nivel de secundaria hasta el 8%.

El grupo etáreo de 15 – 30 años se sigue presentando con los mayores porcentos evaluados de **mal**, en las preguntas analizadas de la encuesta, comportándose de forma análoga a otros trabajos parecidos o descriptivos.³³⁻³⁵

Tabla 5. Conocimiento de la prevención según sexo, edad y nivel de escolaridad.

	Antes				Después			
	Bien	%	-	%	Bien	%	Mal	%
Femenino	29	72,5	2,2	27,5	40	100	-	-
Masculino	5	11,1	1,8	88,9	44	97,8	1	2.2
15-30	15	27,3	-	72,7	54	98,2	1	1.8
31-47	16	64	20	36	25	100	-	-
48 y más	3	60	8	40	4	80	1	20
Secundaria	10	40	8,9	60	23	92	2	8
Preuniversitario	13	28,9	-	71,1	41	91,1	4	8,9
Universitario	11	73,3	4	26,7	15	100	-	-

Fuente: Encuesta.

En la tabla 5 se muestran los resultados en cuanto al conocimiento sobre la prevención de la enfermedad, se observa que la mayoría de los encuestados del sexo masculino son evaluados de **mal** para 40 pacientes con el 88,9%; en los pacientes correspondientes al

sexo femenino, sólo hubo 11 evaluadas de **mal** y un 27,5 % todo esto ocurrió antes de la intervención educativa.

Después de la aplicación de la intervención hubo un solo caso evaluado de **mal** y fue un paciente de sexo masculino con un 2,2 %, las féminas tuvieron un gran aumento del conocimiento, ya que el 100 % fueron evaluadas de **bien**, como se observa, la mayoría aumentó su nivel de conocimiento sobre la enfermedad, la relación estadística indica que hay un valor no significativo en el desconocimiento de los del sexo masculino con una p de 6,32 E-5, en general se puede inferir que la intervención es totalmente exitosa.

El grupo etáreo de más problemas antes de la intervención fue el de 15 – 30 años de edad, con 40 pacientes evaluados de **mal** con el 72,5%, a continuación le siguen los grupos de 31 – 47 y 48 y más años con sólo 40% y 36% respectivamente, posterior a la intervención se mantienen algunos pacientes evaluados de **mal**, pero no son significativos, 1.8 % en el grupo de 15 – 30 años de edad, que presenta una p de 6,321 E-05, 20 % en el grupo de 48 y más con p de 6,321 E-05, que dan resultados parecidos en la transmisión de la enfermedad, esto tiene relación directa con los conocimientos para poder prevenirla, por lo que los resultados obtenidos son lógicos, aunque no sean alarmantes.

El nivel escolar con más problemas antes de la intervención fue el de preuniversitario, con 32 pacientes evaluados de **mal**, para un 71,1 %, le sigue el de secundaria básica con 15 pacientes **mal** y un 60 % y por último el nivel universitario que sólo tuvo 4 pacientes evaluados de **mal** y un 26,7 %, Después de la intervención el nivel universitario tuvo el 100 % de resultado **bien** el de secundaria básica con el 92 % y el de preuniversitario el 91,1 % con p respectivas para los dos últimos de 4936 E-15 y 1,642 E-22, respectivamente.^{15,32}

Tabla 6. Importancia del portador, según sexo, edad y nivel de escolaridad.

	Antes				Después			
	Bien	%	Mal	%	Bien	%	Mal	%
Femenino	15	37,5	25	62,5	40	100	-	-
Masculino	5	11,1	40	88,9	45	100	-	-
15-30	9	16,4	46	83,6	55	100	-	-
31-47	11	44	14	56	25	100	-	-
48 y más	3	60	2	40	5	100	-	-

Secundaria	2	8	23	92	25	100	-	-
Preuniversitario	12	45	33	55	45	100	-	-
Universitario	6	40	9	60	15	100	-	-

Fuente: Encuesta.

La tabla 6, arroja los resultados sobre la importancia del portador, en la transmisión de la enfermedad, la mayoría de los pacientes encuestados fueron evaluados de **mal** antes de la intervención, la mayor cantidad del sexo masculino, en un total 40, para un elevado 88,9%, desconocían la importancia de este individuo en la propagación de la enfermedad.

Aunque también, una gran cantidad de pacientes encuestadas del sexo femenino, desconocían la importancia del portador con un total de 25 para un 62,5% evaluadas de **mal**, este resultado coincide con los presentados en las tablas 2, 3, 4 y 5, comportándose el sexo masculino con un porcentaje mayor, de desconocimiento casi total, sobre todos los problemas que presenta la enfermedad, por lo cual, es la parte de la población más vulnerable en el proceso de infección de la misma, por otra parte, todos los aspectos que han sido analizados, en cuanto al comportamiento social de esta parte de la población, con menor percepción del riesgo e interés de participar en la intervención.

Se observa que aparece de nuevo el grupo etáreo de 15 – 30 años con 46 evaluados de **mal**, con un 83,6 %, le sigue el grupo de 31 – 47 años, seguido de 48 y más, con 56% y 40% respectivamente.

El grupo etáreo de 15 – 30 años es el que más riesgo presenta, además de que es, el que más problemas de conocimientos tiene sobre el VIH-SIDA. Se repite en esta tabla que el nivel de escolaridad correspondiente al preuniversitario, presenta mayores problemas con 33 pacientes evaluados de **mal**, y un 55%, en el nivel de secundaria básica hay 23 encuestados evaluados de **mal**, para un enorme 92%, seguido por el 60% que presentan los pacientes de nivel universitario, no se esperaban estos resultados.

Pero se demuestra la necesidad de insistir en la promoción de salud comunitaria, en los aspectos elementales tan importantes, que a pesar de estar establecidos en los diferentes niveles escolares, hay un desconocimiento tan grande que compromete la prevención en cada individuo. Después de la intervención, se obtienen en todos los casos de las variables un 100 % de evaluados de **bien**, estos resultados coinciden con los de otros

autores como Bezares, Álvarez, y Batalla del año 1999³⁶; Zulaika y Anillaga en el año 1999 (23) y USPH/IDSA¹³.

Tabla 7. Conocimientos sobre el uso de preservativo según sexo, edad y nivel de escolaridad.

	Antes				Después			
	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%
Femenino	39	97,5	1	2,5	40	100	-	-
Masculino	43	95,5	2	4,5	45	100	-	-
15-30	53	96,4	2	3,6	55	100	-	-
31-47	24	96	1	4	25	100	-	-
48 y más	4	80	1	20	5	100	-	-
Secundaria	24	96	1	4	25	100	-	-
Preuniversitario	44	97,8	1	2,2	45	100	-	-
Universitario	14	93,3	1	6,7	15	100	-	-

Fuente: Encuesta.

En la tabla 7, se observa que sobre el uso del preservativo, que la mayoría de los encuestados expresaron **sí** a la importancia del uso de este medio de protección, un 97,5% del sexo femenino y un 95,5% del sexo masculino, tenían el conocimiento antes de la intervención, de la importancia de realizar el sexo protegido, pero no evaluaron si lo llevaban a la práctica, ya que de no hacerlo, esto influye en la percepción de riesgo a contraer ITS.

La mayoría de los tres grupos etáreos respondieron también que **sí**, solo el grupo de 48 y más años respondió un 20% **no**, son los pacientes de mayor edad y pueden confiarse, por tener una pareja estable, o responder en que no lo usan y por eso no es importante. El grupo de 15 – 30 años con un 3,6 % y el de 31 – 47 años con un 4% de respuestas **no**. El resto de los dos grupos respondieron afirmativamente.

Coincide que la mayoría de los tres niveles de escolaridad, respondieron que **sí** y solo 3 respondieron que **no**, uno por cada nivel escolar. En este aspecto después de la intervención se obtuvo un 100% con respuestas afirmativas (**sí**), fue muy positivo, al igual que los resultados de la tabla 6.

Lo anterior se compara con estudios realizados por ONUSIDA en el año 2000³⁷ y Olazábal³⁸ en Salamanca en el año 1999.

El VIH-SIDA constituye uno de los principales azotes de la humanidad, cobra millones de vidas anualmente, aproximadamente 6 millones no tienen tratamiento en el mundo. No basta promover a nivel primario de salud, una adecuada educación sexual, los futuros profesionales de la salud deben continuar interviniendo en los conocimientos del VIH/SIDA en toda la población, unido a programas del Ministerio de Educación y los medios de comunicación del país.

Es importante sistematizar el trabajo sobre este aspecto, para que el impacto sobre el conocimiento sea mayor.

Conclusiones

- Se evidencia un aumento de los conocimientos sobre el tema de estudio, en los tres grupos etáreos, ambos sexos y los tres niveles de escolaridad seleccionados siendo efectiva después de la intervención educativa.
- Antes de aplicarse la intervención educativa se considera que el grupo etáreo de 15 – 30 años, nivel de escolaridad preuniversitario y sexo masculino tuvo poca información en los conocimientos de la enfermedad.
- En cuanto al agente etiológico, transmisión de la enfermedad, prevención y la importancia del portador, se comportó con pocos conocimientos los tres grupos etáreos, el nivel de escolaridad de preuniversitario y sexo masculino.
- En el conocimiento del uso del preservativo coinciden la mayoría de los encuestados en la importancia de su uso en las relaciones sexuales.

Referencias bibliográficas

1. Cubaminrex. Derechos humanos en Cuba: Situación de la mujer [Internet] 2004 [citado 2015 Nov 27]. Disponible en: http://www.cubaminrex.cu/Enfoques/ddhh_mujer_tc.htm.
2. Mayo Abad D. VIH/SIDA en gestantes. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2005 Dic [citado 2016 Mar 28]; 31(3): [aprox. 10p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000300005&lng=es.

3. Tratamiento de VIH. [Internet]. 2005 [citado 2015 Mar 28]. Disponible en: http://tpan.com/publications/positively_aware_en_eso%C3%A1ol/fall_2003/ts_transmission.html.
4. Gregson S, Garnett G. P, Anderson R. M. Is HIV-1 likely to become a leading cause of adult mortality in sub-Saharan Africa? *J Acquir Immune Defic Syndr*, 1997;7(8):839-52.
5. Report on the Global HIV/AIDS epidemic. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 1997:1-13.
6. Detección temprana y prevención del VIH/SIDA en la mujer embarazada y de la transmisión vertical [Internet]. 2010 [citado 2014 Jun 28]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos13/pretrans/petrans.shtml>.
7. Mecanismos de transmisión [Internet]. 2014 [citado 2014 Nov 28]. Disponible en: <http://mundopadres.estilismo.com/reportajes/pretrans/mecanismos.html>.
8. Sida infantil [Internet]. 2014 [citado 2014 Nov 28]. Disponible en: <http://www.adital.com.br/site/noticia.asp?lang=ES&cod=16767>.
9. VIH y SIDA. VIH y embarazo. Profilaxis de la transmisión perinatal del VIH-1 [Internet]. 2010 [citado 2014 Nov 28]. Disponible en: <http://www.ctv.es/USERS/fpardo/vihemb.htm>
10. González Núñez I, Díaz Jidy M, Pérez Ávila J. La transmisión materno infantil del VIH/SIDA en Cuba. *Rev Cubana Med Trop* [Internet]. 2000 Dic [citado 2016 Mar 28]; 52(3): 220-4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602000000300012&lng=es..
11. Recomendaciones del Consejo Asesor Clínico del Plan Nacional sobre SIDA y GESIDA sobre el tratamiento antirretroviral en pacientes adultos infectados por el VIH del año 2000. [Internet]. 2000 [citado 2014 Nov 28]. Disponible en: <http://www.msc.es/sida/novedades/home.htm>.
12. Zubia I, Arrillaga A, Menoyo C, Zulaika D. Aspectos actuales de la infección por VIH. *Informando sobre el SIDA*. Jaivo 2001;57 (1321):72-75.

13. USPHS/SIDA Guidelines for the Prevention of opportunistic Infections in Persons Infected with Human Immunodeficiency Virus. [Internet]. 2010 [citado 2014 Nov 28]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/epo/mmwr/preview/rr4810a1.htm>.
14. Llop A, Valdés, Dapena M, Zuaso J, Microbiología y parasitología médicas. La Habana: Ciencias Médicas. 2001.
15. Center for disease Control and Prevention. Targeted tuberculin testing and treatment of latent tuberculosis infection. MMRW 2000;49(RR-6):1-51.
16. Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica del SIDA en España. Balance de la epidemia a 30 de junio de 2010. [Internet]. 2010 [citado 2014 Nov 28]. Disponible en: <http://193.146.50.130/sida/soda.htm>.
17. HIV/AIDS Treatment Information Service (ATIS). Guidelines for the use of Antiretroviral agents in HIV-infected adults and adolescents [Internet]. 2010 [citado 2014 Nov 28]. Disponible en: <http://www.AIDS.info-hiv/aids.com>.
18. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Recomendaciones para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Documento emitido por el Grupo de Estudio de SIDA de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. Madrid: Centro de Publicaciones; 2010.
19. Gael JM, Cloted B Podzamcer D, Miró JM, Mallotas J, editores. Guía práctica del SIDA. Clínica diagnóstico y tratamiento. 6ª ed. Barcelona: Masson-Salvat; 2014.
20. Guidelines for the Management of health-Care Worker Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. [Internet]. 2010 [citado 2014 Nov 28]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/epo/mmwr/preview/mmwrhtml/00052722.htm>.
21. ONUSIDA. Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2000. 7 – SemFYC. Programas básicos de Salud. Programa del adulto. VIH-SIDA y Tuberculosis. Madrid: SemFYC; 2014.
22. Camperter CC, Cooper DA, Fiscal MA, Gatell JM, Gazzard BG, Hammer SM, et al. Antiretroviral Therapy in Adults Updated Recommendations of the International AIDS Society- USA Panel. JAMA. 2000; 283:381-390.

23. Zulaica D, Arrillaga A, Menoyo C, Zubia I, Aspectos actuales de la infección VIH. ¿Hacia dónde va la epidemia del VIH/SIDA? JANO 1999; 57 (1321): 38 – 40.
24. Arrillaga A, Menoyo C, Zubia I, Zulaika D, Aspectos actuales de la infección VIH. ¿Hemos cambiado los hábitos para hacer frente al VIH? JANO 2008; 57 (1321): 68-71.
25. España. Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica del SIDA en España. Informe Trimestral 1999; (4).
26. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and VIH and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. [Internet]. 2010 [citado 2014 Nov 28]; 50 (11): [aprox. 10p.]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/epo/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5011a1.htm>.
27. Nduati R. Human Immunodeficiency virus type 1 infected cells in breast milk: association with immunosuppression and vitamin A deficiency. J Infect Dis 2000;172: 1461-8.
28. Ionniddis J, Abrams E, Amman A, Bulterys M, Geodert J, Gray L, et al. Perinatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 by pregnant women with RNA viral loads less than 1000 copies/ml. J infect Dis 2014; 183: 539-45.
29. Jiménez O, Álvarez A. Manual para el personal de salud y médicos de la familia de Cuba conociendo sobre VIH. La Habana: Pueblo y Educación. 2006.
30. Ochoa R, Diegue I, Hernández M. Manual metodológico. Trabajo de prevención de las ITS/VIH/SIDA. La Habana: Ciencias Médicas; 2014.
31. Centro Nacional de Prevención de la ITS y el VIH/SIDA. Determinación de los factores de riesgos de VIH/SIDA en diferentes grupos poblacionales. La Habana: Centro Nacional de Prevención de la ITS y el VIH/SIDA; 2014.
32. Hernández ME, Peruga A. Comportamiento sexual y caracterización de la población de conductas de riesgo de infección de VIH/SIDA. La Habana: Ecimed; 1999.
33. Castro Ruz F. El papel de las Naciones Unidas en el siglo XXI. Mesa Redonda No. 2 de la Cumbre del Milenio. Granma 2001; 36 (199).
34. Public Health Service Task Force Recommendations for the Use Of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1 Infected Women for Maternal Health and Interventions

to Reduce Perinatal HIV-1 Transmission in the United States [Internet]. 2002 [citado 2014 Nov 28]. Disponible en: <http://www.AIDS.info-hiv/aids.com>.

35. Bejerano A. Evaluación del juego Sida. Vida en tres Secundarias Básicas del Municipio Camagüey. Taller del VIH/SIDA. Camagüey: Instituto Superior de Ciencias de Camagüey; 2006.
36. Pareja Bezaresw A, Álvarez Pasquín MJ, Batalla Martínez C, Comín Betrán E, Gómez Marco JJ, Nino Martín V et al. Prevención de las enfermedades Transmisibles. Atención Primaria 1999; 24 Supl. 1:99-117.
37. Gatell JM, Cloted B, Podzamczar D, Miró J. M, Mallolas J. Un hito sin precedentes en la medicina: el tratamiento antirretroviral. JANO 2002; 62(1415) 24 – 56.
38. Olazábal JC. Manual de sexualidad de Atención Primaria de Salud. Salamanca: Amaru Ediciones, 1999.