



Recepción: 15 / 04 / 2017

Aceptación: 01 / 05 / 2017

Publicación: 15 / 05 / 2017

Ciencias Médicas

Revisión de Literatura

Gestión integral de prevención del VIH a personas de diferentes niveles culturales e intelectuales

Comprehensive management of HIV prevention for people of different cultural and intellectual levels

Abrangentes de gestão de pessoas prevenção do HIV de diferentes níveis culturais e intelectuais

María C. Vera-Márquezⁱ
mveram@utb.edu.ec

Luís A. Caicedo-Hinojosaⁱⁱ
lcaicedo@utb.edu.ec

Verónica M. Valle-Delgadoⁱⁱⁱ
vvalle@utb.edu.ec

Correspondencia: lcaicedo@utb.edu.ec

ⁱ Magíster en Gerencia de Servicios de Salud; Especialista en Gestión de los Servicios de Salud; Licenciada en Enfermería, Universidad Técnica de Babahoyo, Ecuador.

ⁱⁱ Magister en Administración de Empresas con mención en Marketing; Ingeniero en Alimentos, Universidad Técnica de Babahoyo, Ecuador.

ⁱⁱⁱ Magister en Planificación, Evaluación y Acreditación de la Educación Superior; Licenciada en Terapia Respiratoria, Universidad Técnica de Babahoyo, Ecuador.

Resumen

La investigación se la realizó en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Lucía, el mismo que se encuentra ubicado en el Cantón Santa Lucía de la Provincia del Guayas, cuyo objetivo fue determinar modelo de prevención integral de VIH que se aplica a personas de diferentes niveles culturales e intelectuales atendidos en la institución de salud, fue dirigida al personal médico y de enfermería (10), director (1) y usuarios (300) que asiste al centro de salud, a los cuales se les aplicó los instrumentos de investigación, dando como resultado que el grupo con más frecuencia en riesgo es el sexo femenino dedicado a los quehaceres domésticos y un nivel educativo inclinado a la primaria, lo que constituye condiciones de riesgo ante las enfermedades de VIH y ETS., en relación a la variable del modelo de prevención no todo el personal ha sido capacitado y el centro de salud aún no ha logrado tener el licenciamiento de la consejería en VIH.

Se propone el desarrollo de estrategia integradora para la prevención del VIH adaptado al modelo de atención en las poblaciones vulnerables asistentes al Centro Materno Infantil.

Palabras clave: Modelo de prevención en VIH; nivel cultural e intelectual; consejería en VIH; modelo de atención.

Abstract

The research was conducted in the Maternal and Child Health Center St. Lucia, the same that is located on Santa Lucia province of Guayas, whose objective was to determine the HIV integral prevention model that applies to people of different levels cultural and intellectual treated at the health facility, was addressed to the medical and nursing staff (10), director (1) and users (300) attending the health center, to which we applied research tools, giving the result that the group most at risk is often females devoted to housework and inclined to primary education, which is unsafe to disease HIV and STDs., relative to the model variable prevention not all staff has been trained and the health center has failed to take even the licensing of HIV counseling.

Integrated development strategy for HIV prevention adapted to the model of care in vulnerable populations attending the Maternity Center is proposed.

Key words: Model of HIV prevention; cultural and intellectual level; HIV counseling; care model.

Resumo

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde Materno-Infantil Santa Lucia, o mesmo que está localizado na província de Santa Lucia, no Guayas, cujo objetivo foi determinar o modelo de prevenção integral do HIV que se aplica a pessoas de diferentes níveis cultural e intelectual tratados no (10), o director (1) e os utentes (300) que frequentaram o centro de saúde, aos quais aplicámos instrumentos de investigação, dando o resultado de que o grupo de maior risco é frequentemente o do sexo feminino dedicado a No que diz respeito ao modelo de prevenção variável, nem todo o pessoal foi treinado e o centro de saúde falhou em tomar até o licenciamento do aconselhamento sobre o HIV.

É proposta uma estratégia integrada de desenvolvimento para a prevenção do HIV adaptada ao modelo de atendimento em populações vulneráveis que frequentam o Centro de Maternidade.

Palavras chave: Modelo de prevenção do HIV; cultural e intelectual; aconselhamento sobre o HIV; cuidado.

Introducción.

En los últimos años, el número de nuevas infecciones por VIH en el mundo ha tenido tendencia a la baja, en gran medida atribuida a los esfuerzos globales en materia de prevención; no obstante, este decremento aún no es suficiente para conseguir la meta planteada al 2015 acerca de la reducción a 50% del número de nuevas infecciones por VIH. (ONUSIDA, 2012)

El África subsahariana continúa siendo la región más afectada, concentra: 68% de todas las personas que viven con el VIH, 70% de las nuevas infecciones y el 50% de las defunciones relacionadas con el SIDA en 2010. (Secretaría de Salud, 2012)

Es así que, África continúa siendo el continente más afectado con 22 millones de enfermos y en las Américas se considera que hay tres millones de afectados.

El número de muertos por sida en América Latina ha descendido debido al mayor acceso al tratamiento antirretroviral, pero aumenta el contagio por la falta de programas de prevención, según informe del Programa de la ONU sobre el Sida (Onusida). (El Telégrafo, 2012)

En el año 2011, según datos oficiales divulgados por la Cruz Roja con motivo del Día Mundial de la Lucha contra el SIDA. Los casos de personas afectadas actualmente por VIH/sida bordean los 18.000 en Ecuador, y casos de muerte 800 pacientes con esa enfermedad, siendo la primera causa de infección la transmisión sexual con un 98 % de los casos. (Cruz Roja , 2011)

La tasa de incidencia más alta de VIH se presenta en las provincias de Guayas (60% de los casos de Sida), seguida de Esmeraldas, El Oro, Los Ríos, Santo Domingo, Sucumbíos, Pichincha, Santa Elena, Manabí, Orellana y Napo. Además, anualmente 2.000 personas se infectan con VIH en Ecuador.

El incremento de las infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana VIH se encuentra indiscutiblemente vinculado a una baja percepción y conducta sexual de riesgo. El déficit en la prevención del VIH ha contribuido a incrementar la cifra de personas que viven con el VIH

En lo concerniente a las acciones educativas implementadas en América Latina, diversas investigaciones producidas en los últimos años han evidenciado problemas de diferente índole (Estrada, 2006), entre los cuales podemos identificar los siguientes:

- Los mensajes de prevención pierden de vista la complejidad de las motivaciones de los hombres y mujeres para tener relaciones sexuales, así como los sentidos emocionales que se asignan a éstas.
- Los planteamientos del sexo protegido o del uso del condón pueden resultar ofensivos por los supuestos que connota (de infidelidad, de tener infecciones de transmisión sexual, de desconfianza en la pareja) o por la complejidad de las interpretaciones que genera.
- La baja autoestima, así como la clandestinidad de las experiencias sexuales (facilitadas por alcohol o drogas) a las que se enfrentan muchos hombres y mujeres, afectan la capacidad cognitiva y emocional de los sujetos para adoptar conductas preventivas. (Bioética: Prevención e la lucha contra el Sida).

En un estudio retrospectivo, según datos estadísticos del Centro de Salud Materno Infantil, Santa Lucía de la Provincia del Guayas, los casos reportados en los años son:

- 2011 = 3 casos
- 2012 = 13 casos
- 2013 = 15 casos

- 2014 = 25 casos notificados hasta septiembre.

El personal de salud debe aunar esfuerzos en la protección, promoción y el respeto de los derechos humanos, condiciones imprescindibles para el desarrollo de actividades preventivas en VIH, pero para ello los profesionales deben estar capacitados en los modelos preventivos y en actividades de consejería para poder promover comportamientos saludables, ya sea para prevenir la infección, para mantenerla bajo control o para mitigar sus efectos.

Ante esta situación se plantean las siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es el modelo de prevención de VIH que se aplica a personas de diferentes niveles culturales e intelectuales atendidos en el centro de salud Materno Infantil Santa Lucía de la Provincia del Guayas?
- ¿Cómo las prácticas de riesgos del VIH impiden comportamientos preventivos?
- ¿Cómo las prácticas preventivas del VIH modifican las actitudes y valores de las personas?
- ¿Cómo el modelo de atención en salud aporta a la prevención del VIH en las personas?

Dentro de este proceso investigativo se trabaja con la siguiente hipótesis: El modelo de prevención de VIH no está en relación a los diferentes niveles culturales e intelectuales de las personas atendidos en el centro de salud Materno Infantil Santa Lucía de la Provincia del Guayas.

Desarrollo.

Los diferentes modelos asumidos a través de paso del tiempo por el Ministerio de Salud, ha permitido ver a los sujetos enfermos no solamente desde la óptica epidemiológica sino desde su

ámbito socio cultural, donde los administradores deben de involucrar estrategias de mejoramiento de sus recursos humanos con el modelo preventivo del programa de VIH/SIDA.

El VIH es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos) y destruye o daña su funcionamiento. La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en "inmunodeficiencia". (Solórzano, 2012)

Todos los seres humanos son susceptibles a contraer el VIH, por esta razón se habla de vulnerabilidad universal, ya que este virus se puede transmitir sin distinción de raza, sexo, opción sexual o condición económica.

En el trabajo de (Pérez Pereira & Polo Guerra, 2009) características de mujeres embarazadas a riesgo de contraer infección por virus de inmunodeficiencia humana –VIH, define el riesgo como la probabilidad o posibilidad de que una persona contraiga la infección por el VIH. Ciertos comportamientos crean, aumentan y perpetúan el riesgo, por ejemplo: las relaciones sexuales sin protección con una pareja cuyo estado serológico respecto al VIH se desconoce, las parejas sexuales múltiples con quienes se mantienen relaciones sexuales sin protección y el uso de drogas inyectables con agujas y jeringas contaminadas.

Asimismo, existe la vulnerabilidad se deriva de una serie de factores y características fuera del control de la persona que reducen la capacidad de individuos y comunidades para evitar el riesgo de contraer el VIH. Esto pueden incluir: (1) falta de los conocimientos y las aptitudes requeridas para protegerse a sí mismo y a los demás; (2) factores relativos a la calidad y la cobertura de los servicios (p. ej., imposibilidad de acceder a los servicios debido a la distancia, el costo u otros

factores); y (3) características sociales como violaciones a los derechos humanos o normas sociales y culturales.

Estas normas pueden incluir prácticas, creencias y leyes que estigmatizan y restan poder a ciertas poblaciones, limitan su capacidad para acceder o usar los servicios y bienes de prevención, tratamiento, atención y apoyo. Estos por sí solos o combinados, pueden crear o exacerbar la vulnerabilidad individual y colectiva al VIH. (Pérez Pereira & Polo Guerra, 2009).

Características socioculturales

Las instituciones y costumbres de cada sociedad se encargan de hacer cumplir las normas y creencias sobre los roles tradicionales de los hombres y las mujeres, tales como el matrimonio, la poligamia, la mutilación genital femenina y otras. Eso determina hasta qué punto los hombres y las mujeres pueden controlar los distintos aspectos de sus vidas sexuales como, por ejemplo, sus habilidades para negociar el momento de las relaciones sexuales. Del mismo modo las condiciones de las relaciones sexuales y el uso del condón son parte de sus limitaciones. Esa realidad juega un rol crítico en la determinación de sus respectivas vulnerabilidades al VIH (Pérez Pereira & Polo Guerra, 2009).

El desequilibrio de poder entre los hombres y las mujeres da como resultado un acceso desigual a la información, recursos y servicios de VIH. La vulnerabilidad al VIH también está influenciada por la sexualidad. Las minorías sexuales están compuestas por personas cuyas sexualidades y comportamientos y/o prácticas sexuales no se ajustan a lo que es considerado la norma social o socialmente aceptable. Eso incluye hombres gay, hombres bisexuales, lesbianas, mujeres bisexuales, personas transgénero y transexuales, entre otros. En muchas sociedades, esas poblaciones están altamente estigmatizadas y viven en entornos de marginalización, inequidad,

discriminación, criminalización, opresión y violencia, lo que aumenta su vulnerabilidad al VIH (Pérez Pereira & Polo Guerra, 2009). Las características socioculturales de riesgo de contraer el VIH son:

Estado civil

La desigualdad de género en las relaciones maritales, especialmente en la toma de decisiones sexuales, aumenta la vulnerabilidad a la transmisión del VIH (Pérez Pereira & Polo Guerra, 2009), la libertad sexual es mayor en los hombres que en las mujeres lo que está ocasionando que la tendencia de la enfermedad este en las mujeres casadas, la zona de exposición al virus durante la relación sexual es mayor para las mujeres, la carga viral es mayor en el semen, que en las secreciones vaginales.

Matrimonio a temprana edad

La mayoría de las jóvenes sexualmente activas, entre 15 y 19 años, en países en desarrollo están casadas. El matrimonio a muy temprana edad aumenta la vulnerabilidad de las jóvenes al VIH ya que estas, probablemente, se verán forzadas a tener relaciones sexuales con sus esposos (generalmente mucho mayores). Las jóvenes tienen membranas vaginales más delicadas y sensibles que son más propensas a desgarrarse, especialmente en situaciones forzadas, lo que las hace susceptible al VIH y otras ITS's. Los esposos de mayor edad tienen más probabilidades de tener experiencia sexual y estar infectados con el VIH (Pérez Pereira & Polo Guerra, 2009).

Religión

La religión y las creencias religiosas forman las bases de la vida comunitaria en la mayoría de las sociedades. La religión consagra las directrices éticas de muchos aspectos de nuestra vida

diaria también orienta las creencias y normas que rodean a la sexualidad (Pérez Pereira & Polo Guerra, 2009), el uso restringido del preservativo es un factor de riesgo para la infección.

La vulnerabilidad causada por las creencias y prácticas religiosas es el resultado de la condena del VIH como pecaminoso por parte de las instituciones religiosas. Ese tipo de juicios religiosos juegan un papel fundamental en la generación del estigma relacionado con el VIH/sida, lo que aumenta la vulnerabilidad. (ICASO, 2007)

Ocupación

Algunos estudios han establecido que los pobres y marginados tienen una vulnerabilidad desproporcionada al VIH/SIDA. Tomando en cuenta que con los desempleos la pobreza en un país sigue en aumento de esta manera también la pobreza impacta a los hombres y a las mujeres de distintas maneras y es un factor clave que causa comportamientos que exponen a las personas a la infección del VIH (Pérez Pereira & Polo Guerra, 2009).

Alfabetización y escolaridad

Las normas de género que restringen el acceso de las mujeres al entrenamiento educacional y vocacional, así como la división sexual de labores que coloca a las mujeres en un estatus laboral inferior, aumentan su vulnerabilidad al VIH (Pérez Pereira & Polo Guerra, 2009).

Para contrarrestar los efectos del VIH se han creado algunos modelos de prevención del VIH.

Esquemáticamente y con fines didácticos, se describe tres modelos teóricos que se han utilizado para afrontar la prevención de la transmisión del VIH en estos años. Éstos se han desarrollado de manera secuencial, responden a distintas ópticas de la prevención, representa cada

uno un mayor nivel de inclusión con relación al anterior y son utilizados en ocasiones de manera ecléctica, sin responder a las necesidades particulares de las poblaciones sujeto de las acciones, para ello se asume los postulados teóricos de (Estrada, 2006).

Modelo epidemiológico-conductual

En la década de los años ochenta, la aparición de la epidemia del VIH/SIDA se consideró como un hecho social y de salud pública, que tuvo efectos negativos sobre las representaciones y valoraciones de la sexualidad y el erotismo. El surgimiento de la epidemia determinó un retroceso en relación con las formas de entender la sexualidad y el erotismo, y propició el restablecimiento de las ideas esencialistas y normativas sobre los comportamientos sexuales. Esta situación trajo consigo la intolerancia y la marginación de las minorías sexuales; la estigmatización de las identidades sexuales y prácticas eróticas que difieren del paradigma heterosexual (Bioética: Prevención e la lucha contra el Sida).

Este modelo centrado en las conductas individuales de riesgo parte del supuesto de que las personas son sujetos racionales, que consideran los costos y los beneficios de las diferentes alternativas de actuación en un momento dado con la información que tienen a su alcance. Es por esto que, inicialmente, los programas se concentraron en identificar los factores individuales que influyen en la transmisión del VIH (Bioética: Prevención e la lucha contra el Sida).

La metodología de los estudios epidemiológicos CACP (conocimientos, actitudes, creencias y prácticas) permitía configurar procesos educativos y de difusión de información que se constituyeron en la finalidad de sus estrategias.

Con el transcurrir del tiempo se evidenció la poca efectividad de sus estrategias, motivo por el cual se llegó a considerar que los modelos basados en factores ligados a la percepción y comportamiento del individuo eran insuficientes en la lucha mundial contra el SIDA (Bioética: Prevención e la lucha contra el Sida).

Modelo antropológico-cultural

En 1991 se puede percibir la superación de la perspectiva biologicista y biomédica fundamentada en el enfoque de riesgo. Por esta razón, las nuevas reflexiones tuvieron en cuenta los contextos ambientales y socioculturales donde se inscriben las personas. Este modelo hace hincapié en los significados que los sujetos les dan a las prácticas preventivas y de riesgo, a partir de sus contextos culturales específicos (Bioética: Prevención e la lucha contra el Sida).

El cambio de paradigma se fundamentó en la insuficiencia del modelo anterior y en el examen del entorno personal y social de los individuos, lo cual permitió la inclusión de los diversos sentidos, escenarios y grupos de población en los diseños de programas. En este modelo se toman en cuenta las normas y valores sociales y se analiza su configuración específica en las diferentes culturas o subculturas (Bioética: Prevención e la lucha contra el Sida).

Es decir, se consideró que la vulnerabilidad no era equiparable con una mera probabilidad (riesgo epidemiológico), sino que se encontraba determinada también por una combinación de factores culturales y sociales que influyen en la conducta de los individuos. Este cambio de perspectiva se tradujo en un replanteamiento de los factores de riesgo, que modificó la comprensión de la epidemia y la dimensionó como un problema social (Bioética: Prevención e la lucha contra el Sida).

En consecuencia, las nuevas propuestas de intervención, desde este modelo, consideraron los comportamientos de riesgo desde los diversos sentidos, escenarios y grupos de socialización en los cuales se inscriben e interactúan las personas, intentaron modificar las normas y los valores que potencian los riesgos e impiden los comportamientos preventivos, y alentaron la promoción de aquellas normas y valores que hacen viables los comportamientos saludables.

Modelo político-económico

Al final de la década de los noventa y al inicio del siglo XXI surge el modelo político-económico. Éste parte de la idea de que las desigualdades económicas y sociales están en la base de la epidemia y sostiene que ellas constituyen importantes obstáculos estructurales para los cambios de comportamiento hacia conductas saludables. Este modelo desplaza la idea de riesgo individual por el concepto de vulnerabilidad social e individual y exclusión social. Las intervenciones preventivas están dirigidas hacia el activismo de base comunitaria, movilizado para la defensa de los derechos de las minorías y de las personas afectadas (Bioética: Prevención e la lucha contra el Sida).

Este modelo nace de la evidencia de que los sujetos se conducen no sólo a partir de sus actitudes individuales y de las pautas sociales, sino también en función de los recursos estructurales capitales y simbólicos con los que cuentan (Bioética: Prevención e la lucha contra el Sida)

El modelo político-económico de prevención, al desplazar el riesgo individual hacia el de vulnerabilidad social, lleva a una reacción frente a la epidemia del VIH/SIDA, incentivando un cambio social capaz de hacer posible la reforma de las estructuras de desigualdad (Bioética: Prevención e la lucha contra el Sida).

Otro modelo que se plantea en la investigación es el Modelo Precede, mayor defensor es el autor (Bimbela, 2001), sus siglas dan referencia a las palabras (P= predisposing, R= reinforcing, E= enabling, C= causes, E= education, D= diagnosis, E= evaluation).

En este modelo es importante reconocer los factores predisponente, facilitadores y reforzantes para valorar las conductas preventivas en el VIH de los usuarios.

Los factores predisponentes, son aquellos que influyen en la motivación del/de la usuario/a para realizar la conducta que se pretende promover. Este tipo de factores se concretan en:

- a. La información, identificando tanto lo que sabe el/la usuario/a como lo que no sabe, en relación con la conducta que se está analizando.
- b. Las actitudes, incluyendo además de sus posicionamientos en relación con las conductas preventivas y de riesgo, aspectos concretos como si «se siente o no en riesgo», si «se siente o no capaz de realizar dicha conducta» o si «valora la conducta preventiva propuesta como verdaderamente eficaz».
- c. Los valores y creencias, respecto a las prácticas que se quieren modificar o eliminar y a las que se quieren promover

Los factores facilitadores son los que influyen en el grado de facilidad o dificultad que el/la usuario/a va a tener para realizar la conducta, una vez ya motivado/a para hacerla. Se concretan en:

- a. Las habilidades y destrezas del/de la usuario/a para:
 - (1) Realizar la conducta concreta de la que se trate (seguir una prescripción facultativa, negociar con la pareja la realización de prácticas sexuales no coitales, usar el condón, etc.)

(2) Incidir en el entorno a fin de prevenir y/o modificar acciones del mismo que sean contrarias a dicha conducta.

b. La existencia y accesibilidad de recursos humanos (familia, amigos, profesionales socio-sanitarios con sus respectivos centros y programas, etc.) y materiales (guías para una inyección más segura, utensilios para desinfección, condones, etc.) que faciliten la realización de la conducta.

Cuando se habla de accesibilidad se habla tanto de la económica (precio de los condones femeninos, por ejemplo) como de la física (distancia a la que está el centro de salud), horaria o incluso de la psico-social (a algunos/as jóvenes les cuesta utilizar determinados servicios informativo-asistenciales por la presión social de su entorno).

Los factores reforzantes, son los que aparecen después de que el/la usuario/a haya realizado ya la conducta, premiándola o castigándola. Son, en definitiva, las consecuencias derivadas de la realización de la conducta, y se concretan en:

- a. Respuesta de los agentes-claves del entorno (pareja, familia, grupo de iguales, profesionales socio-sanitarios, etc.).
- b. Respuesta del/de la propio/a usuario/a.
- c. Consecuencias físicas y emocionales: placer/displacer, comodidad/incomodidad, bienestar/malestar, etc.

El modelo integral de intervención en VIH/SIDA es el modelo actual que se está aplicando en las unidades de salud, se vale de la Consejería en VIH/SIDA e ITS, el mismo que es importante para generar los cambios de actitudes y comportamientos de las personas.

La Atención Integral para el VIH/SIDA/ITS es el conjunto de acciones necesarias para la promoción, prevención, diagnóstico, asistencia, rehabilitación física, psicológica y espiritual de todas las PVVS, con el propósito de facilitar la re-integración a la sociedad (Valdez Cazeneuve, 2010)

El Manual de Consejería en VIH/SIDA e ITS de la (Morales Carcaño, Hernández Hernández, Moreno Monroy, & Cruz Paéz, 2006) hace referencia que la consejería en VIH/SIDA e ITS es el encuentro cara a cara entre quien realiza la consejería y una o un usuario, en el cual se le escucha, informa y asesora, permitiendo descubrir elementos que favorecen la exposición al VIH e ITS y en el que se fortalece la toma de decisiones responsables.

Objetivos de la consejería en VIH/SIDA e ITS:

- Prevenir las infecciones de transmisión sexual y el VIH.
- Proporcionar información sobre el VIH e ITS.
- Identificar las conductas y prácticas del usuario que aumentan el riesgo de adquirir el VIH y otras ITS, o la posible reinfección.
- Romper la cadena de transmisión del VIH e ITS.

Temas que debe cubrir una consejería previa a la prueba de VIH/SIDA:

- Formas de transmisión.
- Formas de prevención.
- Período de ventana.
- Significado de un resultado negativo, positivo e indeterminado.
- Síntomas para detectar las ITS.

- Identificar demanda del usuario:
 - Prácticas sexuales no protegidas.
 - Riesgo ocupacional.
 - Trabajo sexual.
 - Usuario de drogas inyectables y no inyectables.
 - Mujeres embarazadas.
 - Familiar infectado
 - Parejas serodiscordantes.
 - Consejería para infecciones de transmisión sexual

En este modelo acogiendo los criterios de (Valdez Cazeneuve, 2010), se especifican las siguientes actividades.

Preconsejería

Es una actividad de información, comunicación, apoyo, orientación y preparación emocional que se realiza antes de que la persona se realice la prueba.

Postconsejería

Es una actividad de información, comunicación, apoyo, orientación y preparación emocional que se realiza después de que la persona se realiza la prueba. Es recomendable que sea el mismo consejero o consejera que dio la preconsejería, realice la postconsejería.

Pruebas

Prueba de tamizaje para VIH, conocidas como pruebas rápidas.

Formularios

Los formularios utilizados para el consentimiento de la prueba y el registro de las actividades de consejería son los que corresponden al MSP, se llena la ficha epidemiológica de VIH/SIDA y los formatos de preconsejería y postconsejería.

Licenciamiento

Como producto del proceso de capacitación permanente que ha recibido el personal de los dispensarios y particularmente los consejeros y consejeras, se logra el licenciamiento del personal de consejería, otorgado por el Programa Nacional de Sida del MSP

La metodología de trabajo aplicada es la investigación de campo, encaminada a la solución práctica del problema, considerando que con las CONSEJERÍAS DE VIH/SIDA se mejorará el estilo de vida de los habitantes de Santa Lucía.

Investigación bibliográfica, aplicada en todo el proceso

Método Deductivo: utilizado en el análisis de las teorías que sustentan la investigación y en los resultados del estudio de campo.

El método estadístico: Se emplea en el análisis cuantitativo y porcentual de la información a través del cálculo muestral, después de la recopilación, agrupación y tabulación de datos se procedió a resumirlos en cuadros estadísticos, la información se representó en gráficos circulares, lo que conllevó a la emisión de las conclusiones para el desarrollo de la propuesta.

Población

Esta investigación se realizó en el Centro de Salud Santa Lucía, la población está constituida por un conjunto de sujetos que comprenden el universo.

Para el cálculo de la muestra se aplicó la siguiente fórmula solo al grupo de mayor número poblacional como son los usuarios que asisten al Centro de Salud.

$$n = \frac{N}{(N - 1)E^2 + 1}$$

Aplicada el trabajo de campo se establece la verificación de la hipótesis

Ho: El modelo de prevención de VIH no está en relación a los diferentes niveles culturales e intelectuales de las personas atendidos en el centro de salud Materno Infantil Santa Lucía de la Provincia del Guayas.

Hi: El modelo de prevención de VIH está en relación a los diferentes niveles culturales e intelectuales de las personas atendidos en el centro de salud Materno Infantil Santa Lucía de la Provincia del Guayas.

1. Selección del nivel de significación: Se utilizó el nivel $\alpha = 0.05$ (corresponde al 95%).
2. Descripción de la población: La muestra estuvo conformada por 5 médicos y 5 enfermeras que laboran en el centro de salud materno infantil, a quienes se les aplicó un cuestionario de encuesta.

Recolección de datos y cálculos estadísticos

CÁLCULO MANUAL		
FO	FE	
2	3,6	0,71
2	3,6	0,71
0	3,6	3,60
4	3,6	0,04
10	3,6	11,38
3	2,20	0,29
2	2,2	0,02
4	2,2	1,47
2	2,2	0,02
0	2,2	2,20
5	3,8	0,38
6	3,8	1,27
6	3,8	1,27
2	3,8	0,85
0	3,8	3,80
0	0,4	0,40
0	0,4	0,40
0	0,4	0,40
2	0,4	6,40
0	0,4	0,40
TOTAL		36,02

Discusión.

Para doce grados de libertad y un nivel $\alpha = 0.05$ se obtiene en la tabla del chi cuadrado 21.026 y como el valor del chi cuadrado calculado es de 36.02 se encuentra fuera de la región de aceptación, entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa que dice.

El modelo de prevención de VIH está en relación a los diferentes niveles culturales e intelectuales de las personas atendidos en el centro de salud Materno Infantil Santa Lucía de la Provincia del Guayas.

El actual modelo de salud tiene programas diferentes de acuerdo a los grupos en riesgo, y como el modelo está enfocado a los grupos poblacionales en riesgos, es importante fortalecer su aplicación a través de la sensibilización y capacitación al recurso profesional de salud para que las entidades de salud logren el licenciamiento y mejore la calidad del servicio.

Resultados.

Que los modelos de prevención del VIH solo algunas veces han estado acorde al nivel socio cultural e intelectual de la ciudadanía, existiendo discrepancia de opiniones en la efectividad de los modelos.

La institución de salud no cuenta con el Departamento de Consejería de VIH, ni han recibido el licenciamiento.

La información otorgada del VIH/SIDA está generando cambios de comportamientos en las personas en riesgos no logrado una verdadera sensibilización de las practicas preventivas para la disminución de los riesgos.

El incumplimiento de las medidas de prevención contra el VIH si tiene una relación directa con el nivel cultural de las personas en riesgos.

La práctica de los factores en riesgos para el VIH está condicionada con los estilos de vida de las personas en riesgos se concuerda con la teoría que estima que los modos de actuación y las

conductas que favorecen la transmisión del virus, están determinados por un contexto social marcado por la pobreza, la migración, la drogodependencia, los estilos de vida estridentes y la desintegración de la familia, con la consiguiente pérdida de valores.

El grupo de mayor riesgo son las mujeres, lo que se corrobora con la teoría.

Los factores preventivos para el VIH no son practicados de manera efectiva y eficiente por personas con alto nivel socio cultural e intelectual, concluyéndose que las medidas de prevención no están condicionadas con el nivel socio cultural e intelectual de las personas.

La unidad de salud trabaja con el Modelo de atención integral de salud, este modelo a pesar de garantizar el derecho a la salud del pueblo ecuatoriano, por medio de la promoción y protección de la salud, se ve limitado por la idiosincrasia de las personas en irrespetar el derecho a una práctica segura en sexualidad.

El Ministerio de Salud y los agentes internacionales han desarrollado un programa nacional de VIH, con la finalidad de contribuir en la disminución de los casos de VIH/Sida en las poblaciones más vulnerables del país, pero la falta de un área de consejería en la unidad de salud no ha permitido que el modelo de prevención conjunto con el modelo de atención no sea eficiente y efectivo para el cumplimiento de la misión del plan estratégico de la respuesta nacional al VIH (PEM).

El Centro Materno Infantil trabaja con el modelo de atención integral de salud, el mismo que enfrenta una limitada capacidad resolutive en la prevención del VIH/Sida, debido a la percepción negativa de la enfermedad por los grupos poblacionales vulnerables.

El modelo de prevención de VIH no ha sido socializado por todos los integrantes del equipo de salud, por lo que algunos desconocen las actividades propias de una consejería en VIH.

Los programas de información organizados por entidades de salud no han logrado una verdadera sensibilización a la ciudadanía, el mayor reto se encuentra en la promoción de estilos de vida riesgosa que motivan su práctica y modifican sus comportamientos de manera negativa.

La investigación concluye que existe una relación entre las prácticas de riesgos con la forma de vida de cada persona, es decir que el factor cultural e intelectual es un condicionante de los comportamiento personales y sexuales de las personas, de ahí la relevancia de establecer la consejería como medio de intervención en los cambios de actitudes.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio de campo la población asistente al centro de salud, es un grupo de alto riesgo, por lo que es imperioso reforzar las estrategias preventivas en VIH/SIDA – ITS en la localidad.

El centro de salud no dispone de un ambiente de consejería, pero su infraestructura si puede permitir su reestructuración para cumplimiento del modelo preventivo en VIH.

Las faltas de capacitación en medidas de prevención a los usuarios de la localidad pueden ser un condicionante del incremento de la patología VIH/SIDA - ITS.

Bibliografía.

Bimbela, P. J. (2001). Modelo PRECEDE en la prevención del VIH/SIDA. Revista Matronas Profesión, Vol. 2, N° 3, pág. 4 - 9.

Bioética: Prevención e la lucha contra el Sida. (s.f.). Recuperado el 27 de febrero de 2014, de <http://www.jaja.cl/?a=208>

Cruz Roja. (1 de diciembre de 2011). En Ecuador 18.000 personas son portadores del VIH/sida. El Telégrafo.

El Telégrafo. (20 de enero de 2012). Falta de prevención aumenta los casos de VIH en la región. El Telégrafo.

Estrada, M. J. (2006). Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA. Acta Bioethica, Vol. 12, N°1, 93 - 97.

- ICASO. (2007). El género, la sexualidad, los derechos y el VIH: Una perspectiva general para las organizaciones del sector comunitario. Recuperado el 28 de febrero de 2014, de http://www.icaso.org/publications/genderreport_web_ESP_080505.pdf
- Morales Carcaño, A., Hernández Hernández, M., Moreno Monroy, T., & Cruz Paéz, B. y. (2006). Manual de consejería en VIH/SIDA e ITS. México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA).
- ONUSIDA. (2012). Together we will end AIDS. WHO Library Cataloguing in publication Data.
- Pérez Pereira, W. P. (2009). Características de mujeres embarazadas a riesgos de contraer infección por virus de inmunodeficiencia humana - VIH. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Secretaría de Salud. (2012). Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica del VIH-SIDA. México.
- Solórzano, E. (2012). Conocimiento, actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA en mujeres que acuden al hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora. Quito: Universidad Central del Ecuador.
- Valdez Cazeneuve, R. (2010). Modelo de Atención en VIH-SIDA/ITS para la población clave afectada. Paraguay: PRONASIDA.