

POLICLÍNICO JOAQUÍN ALBARRÁN
UNIVERSIDAD DE LAS CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
FACULTAD LIDIA DOCE

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVO PARA PERSONAS CON DIAGNÓSTICO
CLÍNICO DE HERPES SIMPLE GENITAL.

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Enfermería.

ABDUL HERNÁNDEZ CORTINA

La Habana

2011

POLICLÍNICO JOAQUÍN ALBARRÁN
UNIVERSIDAD DE LAS CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
FACULTAD LIDIA DOCE

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVO PARA PERSONAS CON DIAGNÓSTICO
CLÍNICO DE HERPES SIMPLE GENITAL.

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Enfermería.

Autor: Lic. Abdul Hernández Cortina, MSc.

Tutor: Lic. Justo Reinaldo Fabelo Roche, Dr.C.

Asesora: Dra. Rosa Eugenia Jiménez Paneque, Dr.C.

La Habana

2011

AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS

Deseo expresar mi gratitud a todos aquellos que de una forma u otra han contribuido al desarrollo de mi formación curricular y a la terminación de la tesis. Sin ellos el camino hubiera sido más difícil. En especial quisiera reconocer la valiosa ayuda de:

MSc. Juana Daysi Berdayes Martínez

Lic. Miladys López Rebolledo

Dr.C. Carlos León Román

Lic.Yamira Moris Román

Dr.C. Dalila Aguirre Raya

Tec.Mirian Padrón Mineto

MSc. Arletys Barazal Gutiérrez

MSc. Erika Caballero Muñiz

PhD. Yudith Escanlan

PhD. Annette Shultz

PhD. Diana McMillan

PhD. Annette Gupton

MSc. María Isabel Triana

Ing. Juan Alberto Miranda

MSc. Ivette Mulens Ramos

MSc. María Yaquelín Expósito Concepción

MSc. Katiuska Figueredo Villa

MSc. Martha Pérez Perdomo

DEDICATORIA

A Máximo, Mery, Yalina y Dieguito.

Sin ellos hubiera sido imposible.

SÍNTESIS

Se diseñó y evaluó un programa de intervención psicoeducativo para disminuir el riesgo de la salud sexual y las alteraciones psicosociales de las personas con diagnóstico clínico de herpes simple genital. Para el desarrollo de este programa se efectuó un proyecto de intervención donde se realizó un estudio fenomenológico, la adaptación transcultural de los instrumentos utilizados y un diseño experimental. En este estudio se evaluaron 65 pacientes, los cuales fueron asignados aleatoriamente 33 al grupo control y 32 al experimental. Los integrantes del grupo experimental fueron tratados con seis sesiones dirigidas a mejorar el estado de ánimo, promover el uso del condón, la práctica del sexo seguro, comunicar la enfermedad a la pareja e incrementar el conocimiento sobre la enfermedad. Los resultados demostraron que el programa de intervención psicoeducativo fue eficaz en la disminución del riesgo en la salud sexual. Entre las subvariables que mayor efecto tuvo se encuentran la autoeficacia para el uso del condón, la autoeficacia para la práctica del sexo seguro y el conocimiento sobre la enfermedad. El programa psicoeducativo tuvo un menor efecto sobre los problemas psicosociales. Aunque se lograron cambios en el estado de ánimo, su eficacia para revelar la enfermedad es limitada.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.	2
1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y DISEÑO DEL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO.	
1. Problemática relacionada al riesgo de la salud sexual de las personas con diagnóstico de herpes simple genital.	11
1.1.1 Etiología, patogenia y epidemiología del herpes simple genital.	11
1.1.2 Cuadro clínico del herpes simple genital.	14
1.1.3 Diagnóstico y tratamiento del herpes simple genital.	15
1.1.4 Complicaciones del herpes simple genital.	16
Problemática psicosocial de las personas con herpes simple genital.	17
1. 1.2.1 Consecuencias psicológicas de contraer la enfermedad y el impacto del diagnóstico.	18
1.2.2 Factores psicosociales que contribuyen a las recurrencias.	19
1.2.3 Revelado de la enfermedad.	21
1.2.4 Estigma en las personas con herpes simple genital.	22

1.	Fundamentación del programa de intervención psicoeducativo para la	23
3	autoeficacia de las personas con herpes simple genital.	
	1.3.1 Diseño del programa de intervención psicoeducativo para	25
	personas con diagnóstico clínico de herpes simple genital.	
	1.3.2 Teoría social cognitiva como sustento teórico conceptual del	27
	programa de intervención psicoeducativo.	
	1.3.3 Estructura teórica conceptual del programa de intervención	28
	psicoeducativo para personas con diagnóstico clínico de herpes simple	
	genital.	
	1.3.4 Conclusiones del capítulo.	34
2	DISEÑOS METODOLÓGICOS Y RESULTADOS DE LA ADAPTACIÓN	
	TRANSCULTURAL DE LOS CUESTIONARIOS.	
	2. Diseños metodológicos utilizados en la tesis.	36
1	2.1.1 Adaptación transcultural de los cuestionarios.	38
	2.1.2 Cuestionario para medir estado de ánimo.	39
	2.1.3 Cuestionario para medir autoeficacia en el sexo seguro y el revelado	43
	de la enfermedad.	
	2.1.4 Cuestionario para medir conocimiento sobre herpes simple.	46
	2.1.5 Cuestionario para medir autoeficacia en el uso del condón	51
	masculino.	

2.	Diseño para evaluar la eficacia del programa de intervención	53
2	psicoeducativo.	
	2.2.1 Lugar geográfico, criterios de elegibilidad y participantes.	53
	2.2.2 Intervención.	55
	2.2.3 Procedimiento para incrementar la calidad de las mediciones.	56
	2.2.4 Operacionalización de las variables de estudio.	56
	2.2.5 Tamaño de la muestra.	61
	2.2.6 Generación de secuencia, ocultamiento de la asignación y enmascaramiento.	62
	2.2.7 Procesamiento y análisis estadístico de los resultados.	62
	2.2.8 Aspecto éticos.	65
	2.2.9 Conclusiones del capítulo.	66
3 EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVO.		
3.	Resultados	68
1	3.1.1 Flujo de pacientes.	68
	3.1.2 Reclutamiento.	69
	3.1.3 Datos demográficos en el grupo experimental y el control.	69
	3.1.4 Datos basales del grupo experimental y el grupo control en las variables dependientes.	70
	3.1.5 Comparación de las diferencias entre ambos grupos.	73

3.1.6	Resultados del análisis por intención a tratar.	76
3	Discusión de la evaluación del programa de intervención psicoeducativo.	77
.2	3.2.1 Discusión de los resultados demográficos.	77
	3.2.2 Discusión de los resultados basales de las variables dependientes.	78
	3.2.3 Evaluación de la eficacia del programa de intervención psicoeducativo.	83
	3.2.4 Discusión de los resultados del programa de intervención psicoeducativo en el contexto del marco teórico.	90
	3.2.5 Validez externa de los resultados.	91
	3.2.6 Fortalezas del estudio.	92
	3.2.7 Implicaciones para la práctica y la investigación en enfermería.	93
	3.2.8 Conclusiones del capítulo.	93
	CONCLUSIONES.	95
	RECOMENDACIONES.	97
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	98
	ANEXOS.	131

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen una problemática de salud a nivel mundial. Generalmente estas enfermedades son producidas por un grupo de bacterias, hongos y virus. En los últimos años se ha identificado una variedad de complicaciones producidas por estas ITS, no solo para el paciente y sus parejas sexuales, sino también para su descendencia. Una de las infecciones que contribuyen a esta problemática mundial es la infección por herpes simple genital.

El herpes simple genital (HSG) es una ITS causada por el herpes virus tipo 2 (VHS-2) y en ocasiones por el tipo 1 (VHS-1). Esta enfermedad, es considerada un importante problema de salud debido a su alta incidencia y prevalencia, su relación con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la ineficacia de las vacunas concebidas para eliminar la replicación del virus, la falta de tratamientos curativos y las alteraciones psicosociales que con frecuencia padecen estos pacientes.

Algunos estudios revelan cifras que indican que la enfermedad puede considerarse de frecuente aparición. Por ejemplo, Kennet, Williams, Allyson, Ofner y Fortenberry (1) estimaron que medio billón de personas están infectadas por VHS-2 en el mundo. Kortekangas y Vuorinen (2) reportaron que la infección ha aumentado en Europa en los últimos años. Algunos expertos en Cuba como el director nacional de consejería, los consejeros del Centro Nacional para la Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual-Virus de Inmunodeficiencia Adquirida/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida del Ministerio de Salud Pública (ITS-VIH/SIDA-MINSAP), dermatólogos del Hospital "Hermanos Ameijeiras", y otros epidemiólogos, ginecólogos y enfermeras con experiencia en el cuidado de pacientes con HSG consideran, que existe una alta prevalencia e incidencia de la patología. Así lo confirma el sistema de información de enfermedades de declaración obligatoria del MINSAP donde se reporta un aumento de 247 casos del año 2007 al año 2009.

Del mismo modo, las preguntas sobre herpes genital ocupan el tercer lugar en el número de llamadas en el proyecto "Línea Ayuda" perteneciente al Centro Nacional de Prevención de ITS-VIH/SIDA-MINSAP (3). Según el Plan Estratégico Nacional ITS-VIH/SIDA 2007-2011 (4), el incremento de las infecciones de etiología viral es atribuido a que son entidades no curables, tienen variadas formas asintomáticas y no están sometidas a igual control que las blenorragias y la sífilis.

La relación entre el herpes simple genital y el VIH ha sido demostrada en numerosos estudios epidemiológicos y clínicos (5-8). La infección por VIH se asocia con una mayor frecuencia al HSG, más del 80% de los pacientes con VIH tienen además el virus del HSG. Así mismo, la presencia del herpes simple genital aumenta de cuatro a ocho veces el riesgo de adquirir VIH (5, 9), con respecto a los que no lo presentan. Según Wim (10) la presencia de VHS-2 fue el factor de riesgo más importante de contraer el VIH en 1080 parejas estudiadas en cuatro sitios de África.

Otro aspecto que reafirma el problema de salud que representa el herpes simple genital, es la ineficacia de las vacunas para el virus del herpes simple tipo 1 y tipo 2 (11). Un ensayo clínico realizado con animales confirma que el uso de la vacuna gD2/AS04 disminuye la descarga viral pero no logra eliminar la replicación viral (12).

En cuanto a los medicamentos utilizados, los nucleósidos análogos (Aciclovir, Famciclovir y Valaciclovir) son las drogas de elección para el tratamiento de los pacientes con HSG. Pero en los ensayos clínicos y meta-análisis consultados sobre la eficacia y efectividad de estos antivirales, no se evidencian resultados que eliminen la replicación del virus del herpes simple tipo 1 y tipo 2 (13-17).

Otra arista de la enfermedad está dada por las afectaciones en la dimensión psicológica y social de los pacientes que la padecen. Las secuelas en estas esferas podrían deberse a las recurrencias, localizaciones de las lesiones, la ausencia de tratamientos que curen la enfermedad, la cronicidad y

el desconocimiento de las causas de los brotes (18). Se señala que muchos pacientes con herpes simple genital sienten depresión, ira, culpa, angustia, disminución del interés sexual y de la autoestima (19-21) atribuibles a su enfermedad. Otras personas expresan pánico y sostienen la creencia que el herpes simple genital es debido a un castigo por su conducta promiscua (19). La depresión es común en estos pacientes (22), aunque algunos autores consideran que la ansiedad es el factor emocional más frecuente (20).

Debido a las características de esta infección, planteadas anteriormente, se enfatiza en que el paciente que la padece debe conocer sus formas de presentación y evolución así como las maneras de evitar el contagio a otras personas y evitar sus complicaciones para contribuir a que la enfermedad no se propague más (riesgo en la salud sexual). Disminuir el riesgo en la salud sexual, transita por evitar el contacto sexual en los momentos en que las lesiones están presentes, utilizar preservativos en las etapas en que no se observan lesiones y revelar la enfermedad a su pareja.

De modo que, en términos generales, el tratamiento de los pacientes con herpes simple genital debe estar dirigido a tres áreas fundamentales: 1) La cura de las lesiones, 2) la disminución de problemas en la esfera psicosocial y 3) la evitación del contagio a los demás. De esta forma se puede disminuir el riesgo en la salud sexual y los problemas psicosociales que presentan estas personas.

En este sentido, algunos estudios reportados en la literatura internacional han demostrado el éxito de programas de intervención realizados por enfermeras/os para promover el uso del condón, tener sexo seguro y disminuir las alteraciones psicosociales en personas con HSG (23, 24, 25). También Noboa y Serrano (26) lograron incrementar el uso del condón, la comunicación de la enfermedad a la pareja y en general la conducta sexual segura con un programa educativo.

El municipio Centro Habana tiene una de las incidencias y prevalencias más altas en ITS del país según el centro nacional de estadísticas. Si bien se supone la existencia de subregistro de los pacientes con HSG, expertos consideran que hay una alta incidencia y prevalencia en el municipio.

Como consecuencia, en las consultas de ITS en la atención primaria de salud se realizan, de forma empírica, intervenciones encaminadas a promocionar el uso del condón, promover el sexo seguro y fomentar los conocimientos sobre las ITS de forma general en personas sanas y enfermas. Estas intervenciones son dirigidas o realizadas por el personal de enfermería que labora en esas instituciones y que son los responsables principales de la atención a estos pacientes una vez diagnosticados por los médicos especialistas.

No obstante, en Cuba no se aprecian evidencias sobre la existencia de programas de intervención psicoeducativos, teóricamente fundamentados, dirigidos a la totalidad de los problemas que presentan los pacientes con HSG en la atención primaria de salud. Tampoco se observan en el plan estratégico nacional ni en las pautas de tratamiento para las ITS del MINSAP (4, 27).

Existe además conocimiento teórico suficiente para desarrollar un programa de intervención psicoeducativo aplicable al problema de salud que representa el HSG. Bandura (28) afirma que la intervención psicoeducativa resulta útil para abordar problemas de salud como el que representa el HSG. También, la literatura reporta programas psicoeducativos basados en este referente teórico y realizados por enfermeras/os en diferentes problemas de salud, con resultados alentadores (23, 29, 30). Estas herramientas terapéuticas, de carácter principalmente educativo, hacen que estos programas resulten especialmente factibles de aplicar por el personal de enfermería.

Los argumentos expuestos motivaron el diseño y posterior evaluación de un programa de intervención psicoeducativo dirigido al tratamiento integral de los pacientes con infección por el virus del herpes simple genital y aplicable por el personal de enfermería entrenado.

Para ello se realizó un trabajo en dos etapas:

- 1) Se diseñó un programa de intervención psicoeducativo para el tratamiento de pacientes con HSG.
- 2) Se evaluó la validez del programa diseñado en términos de eficacia en comparación con la atención habitual que reciben estos pacientes.

Para la primera etapa se definió el problema científico mediante la siguiente **pregunta científica**:

¿Qué referentes teóricos, metodológicos y prácticos sustentan el diseño de un programa de intervención psicoeducativo dirigido a disminuir el riesgo en la salud sexual y los problemas psicosociales en pacientes con diagnóstico clínico de herpes simple genital?

Mientras que para la segunda etapa el problema responde a la **pregunta científica**:

¿Cuál es la eficacia del programa de intervención psicoeducativo desarrollado en la primera etapa sobre el riesgo en la salud sexual y los problemas psicosociales en los pacientes con diagnóstico clínico de herpes simple genital?

La investigación estuvo motivada también por la necesidad de diseñar y evaluar una herramienta para las enfermeras/os que atienden a pacientes con ITS y de manera particular a las personas con diagnóstico clínico de HSG. Se pretende que, una vez aceptado por las autoridades sanitarias e implementado en los centros donde se atienden regularmente estos pacientes, la aplicación sistemática de este programa logre una disminución en la incidencia de la enfermedad, induzca una mejor adaptación psicosocial de estos pacientes y reduzca de manera indirecta la incidencia de casos de VIH/SIDA.

Se define como **hipótesis**:

El programa de intervención psicoeducativo desarrollado es eficaz para disminuir el riesgo de salud sexual y los problemas psicosociales en las personas con diagnóstico clínico de herpes simple genital.

Como **objetivo general** se declara:

Diseñar y posteriormente evaluar un programa de intervención psicoeducativo para disminuir los problemas de riesgo de la salud sexual y los problemas psicosociales de las personas con diagnóstico clínico de herpes simple genital.

Como **objetivos específicos** se plantean:

1-Diseñar un programa de intervención psicoeducativo para pacientes con diagnóstico clínico de herpes simple genital. .

2-Determinar si el programa de intervención psicoeducativo propuesto es eficaz sobre:

- El riesgo de salud sexual.
- Problemas psicosociales.

Los aportes que ofrece esta tesis están dados por:

Aporte teórico: El programa psicoeducativo sustenta su estructura conceptual en la teoría cognitiva social de Albert Bandura. A pesar de que es una estructura teórica de referencia utilizada en la investigación de enfermería en diferentes dominios, incluyendo pacientes con VIH/SIDA y herpes simple genital en numerosos países; no se evidencian estudios que validen programas psicoeducativos basados en esta teoría en el contexto cubano. Por lo tanto, se considera que la investigación valida el uso de ésta, en el marco de la investigación de la ciencia de enfermería en Cuba.

Aporte práctico: El programa de intervención psicoeducativo constituye una metodología diseñada para ser empleada por los licenciados en enfermería que brindan cuidados a los pacientes con ITS en las diferentes áreas de salud de la atención primaria.

La actualidad: Debido a la cronicidad de la enfermedad, la ausencia de tratamientos curativos y la limitada efectividad de las vacunas, el programa psicoeducativo encaminado a disminuir el riesgo en la salud sexual y los problemas psicosociales constituye hoy una alternativa viable para enfrentar la problemática planteada. Además, el municipio Centro Habana presenta la mayor incidencia y prevalencia de ITS del país, por lo que este estudio se encuentra dentro de las líneas priorizadas por el Ministerio de Salud Pública y las autoridades sanitarias de dicho municipio (4).

Novedad científica: El diseño y posterior evaluación de un programa de intervención para el cuidado de las personas con diagnóstico clínico de herpes simple genital constituye la novedad científica de esta investigación. Para evaluar esta intervención se realizó un estudio aleatorizado, controlado y enmascarado. Estos diseños se encuentran en el segundo nivel de evidencia por su alto rigor científico y son necesarios para validar intervenciones en el cuidado de las personas en el marco de la enfermería. También la adaptación transcultural realizada a los cuestionarios constituye un elemento relevante y novedoso en la tesis que se defiende.

Se emplean de forma combinada **métodos teóricos, empíricos y estadísticos**.

Entre los **métodos teóricos** utilizados se encuentran el sistémico, empleado para el diseño del algoritmo de intervención. La deducción, utilizada para la elaboración del programa de intervención a partir de los principios generales de la teoría social cognitiva de Albert Bandura. La sistematización, usada para la estructuración y organización de los conocimientos referentes a los problemas en el riesgo de salud sexual y psicosociales existentes en la literatura nacional e internacional.

Mediante el método fenomenológico se establecen los cinco ejes centrales del programa de intervención. Con el análisis y síntesis se logra una mejor comprensión de las partes y sus relaciones en el diseño del algoritmo de intervención. A través del análisis documental se profundiza en el estudio bibliográfico como aspecto esencial en la conformación del marco teórico de la investigación y la problemática del herpes simple genital. Por último, el método hipotético deductivo permite a partir de la hipótesis llegar a conclusiones y predicciones las cuales son sometidas a verificación.

Entre los **métodos empíricos** empleados se encuentran la experimentación, el cuestionario y el criterio de expertos. El primero se emplea para evaluar la eficacia del programa de intervención psicoeducativo. Mediante el segundo método descrito se obtiene la información de los pacientes requerida y por último, para el criterio de expertos se utiliza la metodología de Moriyama en el proceso de adaptación transcultural de los cuestionarios.

Entre los **métodos estadísticos** se hacen uso de la estadística descriptiva y la inferencial. Entre los métodos descriptivos se utilizaron el cálculo de medias, desviación estándar, porcentos y estandarizaciones de variables. En los métodos estadísticos inferenciales se utilizaron las pruebas de hipótesis y, cuando fue pertinente, los intervalos de confianza.

La tesis está organizada en tres capítulos. El capítulo 1 abarca el fundamento teórico de la investigación e incluye las tendencias actuales del herpes simple genital en el contexto de las ITS y la teoría social cognitiva como marco teórico de la investigación. En el capítulo 2 se expone el diseño metodológico de la investigación e incluye la adaptación transcultural de los cuestionarios y las primeras etapas del estudio experimental. En el capítulo 3 se describen y discuten los resultados de la eficacia del programa de intervención psicoeducativo.

CAPÍTULO 1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y DISEÑO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVO

El capítulo está estructurado en tres epígrafes que dan respuesta al primer objetivo específico de la tesis. El primer epígrafe aborda los problemas relacionados con el riesgo de salud sexual e incluyen temas generales de la enfermedad. El segundo epígrafe aborda la problemática psicosocial que presentan las personas con diagnóstico clínico de herpes simple genital. En el tercer epígrafe se describe la fundamentación del programa, las etapas, su relación con las fuentes de autoeficacia y los procesos mediadores. Los objetivos de este capítulo son:

1-Identificar los problemas en el riesgo de salud sexual y psicosociales en las personas con diagnóstico clínico de herpes simple genital.

2-Explicar los supuestos teóricos utilizados para el diseño del programa de intervención psicoeducativo.

1.1 Problemática relacionada al riesgo de la salud sexual de las personas con diagnóstico de herpes simple genital.

1.1.1 Etiología, patogenia y epidemiología del herpes simple genital.

El herpes simple genital es producido por el virus del herpes simple tipo 2 o tipo 1 perteneciente a los alfa herpes virus de los virus herpéticos humanos. Estos se caracterizan por un ciclo reproductor relativamente corto, diseminación rápida e infecciones latentes que afectan principalmente los ganglios sensitivos (31).

La transmisión se produce por contacto a través de la pérdida de continuidad de la piel o en la mucosa donde los estratos son muy finos o no existen, por ejemplo la mucosa vaginal, mucosa

labial, prepucio y el pene (31-34). El virus se replica en el epitelio estratificado escamoso en la infección primaria, posteriormente asciende en forma retrógrada por las fibras nerviosas sensitivas periféricas introduciéndose en los ganglios de las raíces posteriores donde permanece latente (33).

La prevalencia del herpes simple genital depende de diferentes factores tales como país, región de residencia, sexo, edad y subgrupos poblacionales. De acuerdo con Looker, Garnett y Schmid (35) el número estimado de personas infectadas en el mundo con el VHS- 2 en el 2003 era de 536 millones, de ellos la mayor prevalencia correspondía a mujeres. En ese sentido, en el África Subsahariana se reportan 78,2 millones, seguido de Asia Oriental con 61,8 y en tercer lugar América Latina y el Caribe con 38,6 millones de mujeres infectadas (35). En la población masculina, las áreas de mayor prevalencia se encuentran en Asia Oriental con 47,8 millones, África Subsahariana con 45,5 millones, el Suroeste Asiático con 41,2 millones y América Latina y el Caribe con 15,1 millones (35).

Otros estudios demuestran altas prevalencias e incidencias de esta patología. Por ejemplo, Mokeeva (36) reportó que el 15% de la población en Rusia adolece de la enfermedad. Asimismo Edward y Hook (37) manifestaron que 45 millones de personas en Estados Unidos de América están infectados, mientras que Xu et al (38) mostraron que los casos con herpes simple genital causados por el VHS- 1 han aumentado en ese país. Kenneth, Willians, Allynson, Ofner y Fortenberry (1) plantearon que el 33,9% de las personas estudiadas eran seropositivas al VHS-2 en tres clínicas en Indianápolis. En otra investigación Martínez, Navarrete, Santander, Garmendia y Gubelin (39) consideraban que el herpes simple genital ocupaba el 3,8% de las infecciones de transmisión sexual en Chile. Mientras que Al-Mutairi et al (40) reconocieron en un estudio prospectivo en clínicas que atienden a personas con infecciones de transmisión sexual en Kuwait, que el 4,8 % de los pacientes habían sido diagnosticados positivamente. Por otra parte, Smith et al (41) reportaron que el 12% de

las personas examinadas eran seropositivas al VHS-2 y el 80% era positiva al VHS-1 en diferentes regiones de Polonia.

En la búsqueda bibliográfica realizada en Scielo y en la Revista Cubana de Obstetricia, Revista en Atención Primaria y Revista Cubana de Enfermería no se encontraron artículos que demuestren cómo se comporta la incidencia y prevalencia del herpes simple genital en Cuba. Sin embargo, las estadísticas nacionales consultadas en el sistema de información de enfermedades de declaración obligatoria del MINSAP, reportan un incremento de la incidencia de esta enfermedad a pesar que no se notifican la totalidad de los casos.

En cuanto a la región de residencia, el herpes simple genital muestra una mayor prevalencia e incidencia en áreas urbanas (36, 41-43). Respecto al sexo, las mujeres evidencian mayor prevalencia e incidencia de la patología que en el sexo masculino. Según Looker, Garnett y Schmid (35) todas las áreas geográficas incluidas en la revisión mostraban una mayor prevalencia en mujeres que en hombres. Shust et al. (44) declararon que la seroprevalencia en mujeres es mayor (23,1%) que en los hombres (11,2%). En Estados Unidos de América cuatro de cada cinco mujeres y tres de cada cinco hombres negros son seropositivos al VHS-2. Sin embargo, los niveles de prevalencia se nivelan en la raza blanca después de los treinta años de edad (31). Otro estudio estadounidense reportó una seroprevalencia de 61% al VHS-1 y 45% de seroprevalencia al VHS-2 en los afroamericanos estudiados (45). Por otro parte, en Australia el 13,6% de las mujeres atendidas en un hospital obstétrico eran seropositivas al VHS-2 (46).

En el análisis de la incidencia y prevalencia de los subgrupos poblacionales encontramos que los grupos con mayor riesgo son las trabajadoras sexuales, los hombres que practican sexo con hombres y las personas con numerosas parejas sexuales. Según Wolff, Johnson y Suurmond (31) el 40% de las personas con más de 50 parejas al año tienen herpes simple genital en Estados Unidos

de América. En otra investigación, se demostró que la seroprevalencia al VHS-2 de los hombres homosexuales con VIH era de 28% (47). En Turquía los grupos con menor riesgo lo constituyeron las mujeres embarazadas, los donantes de sangre y los grupos de mayor riesgo son las trabajadoras sexuales, y los trabajadores que laboran en hoteles turísticos (48).

En el análisis de la incidencia y prevalencia en los diferentes grupos de edades, las medias pueden estar variando dependiendo de la zona geográfica. En Norteamérica la edad de mayor prevalencia es el grupo de 45 a 49 años tanto en hombres como en mujeres. En cambio, en América Latina y el Caribe el grupo de 30 a 39 años tiene mayor prevalencia de la enfermedad en mujeres (35).

1.1.2 Cuadro clínico del herpes simple genital.

El periodo de incubación de la enfermedad es de dos a 20 días después de contraído el virus, pero solo el 9,2% de las personas seropositivas al VHS-2 son conscientes de los síntomas mientras que el 90,8% no los reconocen (1, 31, 49). En las alteraciones cutáneas, se observa inicialmente un eritema en el que al poco tiempo aparecen vesículas agrupadas que al destecharse se erosionan formando placas exulceradas con costras en su superficie, acompañadas de dolor y ardor. En la primera infección o herpes simple genital primario, las personas pueden experimentar fiebre, malestar general y mialgia. Las lesiones pueden estar localizadas en los hombres en el glande, prepucio, tallo del pene, escroto, muslos, nalgas y la región alrededor del ano (31, 50, 51). En las mujeres, la infección primaria puede localizarse en los labios mayores, labios menores, periné y región interna de los muslos. En ambos sexos puede aparecer aumento de tamaño de los ganglios femorales e inguinales de consistencia firme y dolorosa a la palpación (31). En los hombres que practican sexo con hombres puede existir tenesmos, dolor anal, secreción y ulceraciones (52).

En los pacientes inmunocompetentes las recurrencias pueden expresarse con síntomas menos intensos que en la primo infección, presentándose de cuatro a 12 recurrencias al año (53). Las

lesiones aparecen generalmente después de manifestaciones prodrómicas como son la sensación de hormigueo, comezón, inflamación, ardor y toma del estado general (51). La gran mayoría de las personas seropositivas al VHS-2 son asintomáticas y pueden transmitir la enfermedad aunque no tenga expresiones clínicas. En este sentido, Kenneth, Willians, Allyson, Ofner y Fortenberry (1) exploraron durante trece semanas la concentración de VHS-2 DNA polimerasa en las secreciones vaginales de 127 mujeres, encontrando que el 74,4% al menos una vez tenían descarga viral. Sin embargo, la asociación entre los síntomas y la descarga viral fue de solo un 5,5%. Otro estudio declara que las personas con VHS-2 excretan el virus hasta un 75% de los días del año (54). Las características subclínicas de la enfermedad constituyen en opinión del autor un importante problema a tener en cuenta para la elaboración de intervenciones dirigidas a los grupos de riesgo y a las personas con diagnóstico clínico particularmente.

1.1.3 Diagnóstico y tratamiento del herpes simple genital.

El diagnóstico médico puede hacerse clínicamente en caso de que la persona tenga la sintomatología. Pero si las lesiones son atípicas (no se trata de vesículas agrupadas con base eritematosa), es necesario confirmar el diagnóstico mediante pruebas serológicas, cultivo de virus y prueba directa de anticuerpo fluorescente (31, 55, 56).

El tratamiento del herpes simple genital está encaminado a disminuir los síntomas, promover la epitelización, reducir los niveles de virus para disminuir la transmisibilidad y prevenir futuras recurrencias (57). Los nucléosidos análogos son los medicamentos de primera línea para suprimir la infección por herpes simple. Entre los nucléosidos análogos se encuentran el Aciclovir, Fanciclovir, y el Valaciclovir.

En el tratamiento de la primo infección se emplea el Aciclovir 400mg tres veces al día o 200mg cinco veces en 24 horas durante una semana (31). El Valaciclovir se emplea un gramo cada 12 horas en

el transcurso de diez días, mientras que el Famciclovir se administra 250mg con igual intervalo de tiempo que en el medicamento anterior (31, 58).

El tratamiento de las recidivas es más efectivo cuando este se inicia en los pródromos o dos días antes que aparezcan las lesiones. Se utiliza el Aciclovir 400mg cada ocho horas o 800mg cada 12 horas por cinco días. El Valaciclovir se administra 500mg mientras que el Famciclovir solo 250mg dos veces al día durante cinco días (31).

Para disminuir la carga viral y las recurrencias se utiliza el tratamiento supresivo. El Aciclovir ha sido utilizado con efectividad en la disminución de las recurrencias en personas inmunocompetentes (59, 60-62). Por otra parte, ensayos clínicos denotan que la administración de un gramo diario de Valaciclovir durante 60 días reduce los síntomas clínicos y la carga viral en personas con VHS-2 (63, 64). Por ejemplo, Kenneth, Warren, Scott y Heitman (65) reportaron efectividad de un gramo de Valaciclovir diario en casos nuevos durante 24 semanas. El Famciclovir también ha sido utilizado con éxito en el tratamiento supresivo para el VHS-2 (16, 66, 67).

1.1.4 Complicaciones del herpes simple genital.

Entre las complicaciones fundamentales relacionadas a la infección por herpes simple genital se encuentran la infección neonatal y las altas probabilidades de contraer el VIH. La infección neonatal por el virus del herpes simple produce una alta morbilidad y mortalidad. En Estados Unidos de América la incidencia es de 20 a 60 por cada 100 000 nacidos vivos (68). En Australia, Japón y Reino Unido la incidencia es de 1,5 a cuatro por cada 100 000 nacidos vivos (68). El 85% de los casos ocurren intraparto, del 10 al 15% por infección postnatal y el 5% por infección intrauterina (69). Es importante señalar que el 70% de estas infecciones neonatales desarrollan complicaciones neurológicas, el 25% infecciones multiórgano y el resto neumonías herpéticas (68, 70-72).

La correlación entre el VHS-2 y el VIH es estrecha. Las evidencias demuestran que las personas con VHS-2 tienen una alta probabilidad de adquirir el VIH y viceversa. Esto se debe en parte a la cantidad de linfocitos T-CD4 presentes en las lesiones por herpes simple genital. Estas células son las predilectas del VIH, por lo que los pacientes con lesiones que estén expuestos a parejas con mencionada enfermedad tienen un mayor riesgo de adquirir la infección (73, 74).

Una variedad de investigaciones en África atribuyen el aumento en la incidencia del VIH a un predominio creciente de la infección por el herpes simple genital (5, 7, 75-80). Inclusive Abu-Raddad et al. (81) consideraron que la infección por VHS-2 tiene mayor correlación con el VIH que cualquier otra infección de transmisión sexual. Es importante destacar que el tratamiento supresivo no disminuye el riesgo de infección por VIH en los pacientes con VHS según un reporte del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos (82). Por estas razones, números estudios destacan la importancia de la implementación de intervenciones educativas en personas con HSG como alternativa viable para la disminución de la incidencia del VIH (9, 37, 50, 57, 59, 61, 70, 83). En relación a esta problemática, debemos resaltar que el municipio Centro Habana presenta una de las mayores tasas de incidencia de VIH del país. Aunque no se informan la totalidad de personas con HSG en ese municipio, expertos reportan una alta incidencia del mismo. En opinión del autor, estos casos pudieran estar incrementando los pacientes con VIH. Por lo tanto, el programa psicoeducativo propuesto tendría un impacto positivo a largo plazo sobre la incidencia de esta enfermedad en dicho municipio.

1.2 Problemática psicosocial de las personas con herpes simple genital.

La problemática psicosocial descrita en la literatura consultada está relacionada con: I) Las consecuencias psicológicas de contraer la enfermedad y el impacto del diagnóstico. II) Factores

psicosociales que contribuyen a las recurrencias. III) El revelado de la enfermedad. IV) El estigma en las personas con herpes simple genital.

1.2.1 Consecuencias psicológicas de contraer la enfermedad y el impacto del diagnóstico.

Para este análisis se tendrán en cuenta los factores descritos por Mindel y Mark (84) acerca de la interpretación de los estudios en relación a la morbilidad psicosocial de las personas con herpes simple genital. Estos factores son los cuestionarios que han sido utilizados, el tipo de diseño que ha sido empleado, el tamaño de la muestra, los métodos para la selección de pacientes y los diferentes estadios de la infección en lo cual se recolectan los datos. A continuación se analizarán los artículos encontrados teniendo en cuenta estos aspectos.

Dibble y Swanson (22) emplearon la escala de actitud sobre el herpes de Bruce y McLaughlin, un checklist para síntomas del estrés de Dibble y Swanson, el inventario de depresión de Beck y la escala para medir estado de ánimo de Macnair, Lorr y Droppleman. Estos autores hicieron análisis secundario de un ensayo clínico que realizaron donde emplearon una muestra de 193 mujeres y 59 hombres. Los resultados de este estudio arrojaron que los predictores de la depresión en las mujeres fueron, el incremento de la ira, la confusión, la actitud negativa hacia el herpes, el ocultamiento de la enfermedad y la disminución del vigor. Mientras que en los hombres el incremento de la depresión fue precedida por aumento de la ira, acentuación de la actitud negativa hacia la enfermedad y la disminución de los deseos de compartir información personal con extraños (22).

Conna, Chen y Donovan (85) utilizaron la escala para medir estado de ánimo de Macnair, Lorr y Droppleman, el reporte de salud somática y psicológica de Hickie et al y el cuestionario de incapacidad de Korff para buscar cuáles eran los síntomas neuropsiquiátricos en la activación inmunológica de personas con VHS. Se trató de un estudio prospectivo con muestreo intencional de

22 personas donde tuvieron en cuenta si los casos tenían la lesión o no en el momento de aplicar los instrumentos. Los resultados mostraron una mayor alteración en el estado de ánimo cuando los pacientes tenían la lesión. (85).

Richard et al (86) exploraron las consecuencias psicosociales en personas con reciente diagnóstico en una clínica de Washington. Para lograr los objetivos del estudio emplearon la versión abreviada de la escala para medir estado de ánimo de Macnair, Lorr y Droppleman, el cuestionario para medir calidad de vida en personas con herpes simple de Doward et al, el cuestionario multidimensional para medir autoconcepto y optimismo sexual de la Universidad de Missouri, el cuestionario de satisfacción sexual de la compañía publicitaria Walmyr y el cuestionario de las formas de afrontamiento de Folkman y Lazarus. Richard et al (86) emplearon un diseño prospectivo donde seleccionaron de forma aleatoria 343 participantes de los cuales 87 resultaron VHS-2 positivos. Los resultados difieren entre las personas de nuevo diagnóstico y los que ya estaban enfermos. En este sentido, los casos de reciente diagnóstico manifestaron mayor depresión, ansiedad, ira, confusión y fatiga; menos puntuación en el cuestionario de calidad de vida y menos capacidad para hacer frente a la enfermedad (86). Sin embargo, en cuanto al optimismo y la satisfacción sexual no hubo diferencias entre los de nuevo diagnóstico y los que presentaban síntomas con anterioridad (86).

Otros estudios muestran alteraciones psicológicas en los pacientes con herpes simple genital. En este sentido Cummings (87), Drob y Bernard (24) y VanderPlate, Aral, y Magder (88) encontraron que los problemas más frecuentes en estos pacientes era la depresión, soledad, ira, culpa, autocrítica, pérdida del interés en el sexo, secretismo y conflictos internos.

1.2.2 Factores psicosociales que contribuyen a las recurrencias.

Durante más de tres décadas se divulgaron investigaciones relacionadas con el estrés psicosocial y las recurrencias. Algunas publicaciones han mostrado resultados contradictorios, en parte debido al

tipo de diseño empleado para buscar la relación entre estas variables. En este sentido, Chida y Mao (89) consideran que los estudios retrospectivos pueden ofrecer sesgos a la hora de buscar la asociación entre las mismas, ya que recurren a la memoria de la personas con HSG. Siendo difícil establecer si el estrés favorece las recurrencias o viceversa.

En un meta-análisis de estudios retrospectivos donde se buscó asociación entre la morbilidad psicosocial y las recurrencias, se encontró relación entre los estímulos estresantes de la vida diaria, síntomas depresivos y las recurrencias del VHS-2 (89). Sin embargo, algunos estudios prospectivos no muestran estos mismos resultados. Por ejemplo, Cohen, Kearney, Zegans, Neuhaus y Conant (90) declararon que los estresores a corto plazo como los eventos de la vida diaria, aumento de estados de ánimos negativos, ciclo menstrual, uso de alcohol, dormir poco y estándares socioeconómicos no desencadenaron recidivas en una muestra de 58 mujeres; en cambio, la ansiedad mantenida por más de un mes, sí las acrecentó.

Pereira et al (91) encontraron asociación entre el estrés mantenido y las recurrencias en 34 mujeres VHS-2 y VIH positivas en un estudio prospectivo. Goldmeier, Garvey y Barton (92) en un artículo de revisión donde analizaron estudios en personas y animales de laboratorio, manifestaron que el estrés y la depresión mantenida anteceden o pueden ser las causas de las recidivas. Faulkner y Smith (93) investigaron la asociación sobre el estado de ánimo, el estrés psicológico, los eventos negativos y las frecuencias de aparición de las lesiones. Los resultados mostraron que el estrés psicológico mantenido estaba asociado con la periodicidad de las úlceras.

En opinión del autor el estudio que mayores evidencias muestra sobre la relación causal entre morbilidad psicosocial y las recurrencias lo constituye el meta-análisis realizado por Chida y Mao. Estos investigadores, operacionalizaron el proceso del estrés en cuatro categorías relacionadas: estresores (eventos mayores de la vida, estrés del cuidador y estrés de la vida diaria), estilos de

afrontamiento, apoyo social (pobre participación social, pobre contacto familiar y soledad) y distrés psicológico (estados de ánimo depresivos y ansiedad) (89).

Los resultados demostraron que el distrés psicológico estaba fuertemente asociado al incremento de las recidivas. Teniendo este, mayor asociación en personas con herpes oral que con herpes genital y siendo las mujeres más sensibles que los hombres. Sin embargo, las otras categorías no mostraban relación con el incremento de las recurrencias (89).

1.2.3 Revelado de la enfermedad.

Revelar la enfermedad constituye un importante aspecto para disminuir la transmisión de las ITS de forma general y específicamente en las personas con herpes simple genital debido al carácter crónico de la infección. Revelar la enfermedad es un tema que ha sido ampliamente estudiado en personas con VIH/SIDA (94, 95, 96). Quizás porque ha sido la enfermedad que mayores problemas estigmatizantes produce en las personas que la padecen y por otra parte, por la necesidad de comunicar la enfermedad como medida efectiva para disminuir su transmisión (97, 98).

Respecto al herpes simple genital, los estudios consultados se enfocan fundamentalmente en el revelado de la enfermedad a la pareja sexual debido a la importancia que requiere para disminuir su transmisión. En este sentido, Green et al (99) demostraron que la naturaleza, duración de la relación y tipo de pareja sexual eran factores que determinaban si las personas VHS positivas revelaban la enfermedad. Entre los aspectos individuales evaluados estaban la autoestima, el control sobre la enfermedad, la preocupación de trasmitirla y la depresión. Solo esta última fue un importante predictor para comunicar la enfermedad. En otro estudio, el 44% respondió revelar siempre la enfermedad antes de tener el primer contacto sexual con la pareja, el 25% respondió comunicar la enfermedad algunas veces y el 31% respondió informar sobre la patología siempre después del primer contacto sexual (100).

Wald, Selke, Lairson, Rhoda y Zeh (101) concluyeron en su investigación que el revelar la enfermedad, era un factor de protección en la adquisición del herpes simple genital en personas seronegativas con pareja seropositivas al VHS-2. Las parejas informadas tuvieron una media de adquisición de la enfermedad de 270 días contra 67 días de aquellos que no conocían que su pareja tenía herpes simple genital. En otra investigación en la que buscaban el impacto negativo de las ITS, concluyeron que las personas que comunicaban la enfermedad tenían mejores sentimientos positivos acerca del autoconcepto y aspectos sexuales, de aquellos que no informaban sobre la enfermedad a su pareja (102).

1.2.4 Estigma en las personas con herpes simple genital.

Generalmente la investigación sobre estigma ha tomado dos caminos es su conceptualización, la discriminación interpersonal y la interacción con la sociedad (103, 104). La primera forma de estigmatización está relacionada con el estrés producido en una relación interpersonal discriminante. La segunda forma se define como un estrés crónico producido anticipadamente antes de un tratamiento negativo por parte de la sociedad y que mantiene una vigilia (105).

En opinión del autor, la estigmatización de las personas con herpes simple genital está relacionada con las dos formas descritas anteriormente. Por ejemplo, Bickford, Barton y Mandalia (100) describían sentimientos de culpa, el miedo a ser discriminado por su pareja, castigo por una conducta promiscua, impacto del diagnóstico y la interpretación de la lesión como factores que influían en estos pacientes.

En este mismo orden de ideas, Radecki (106) consideraba que en las últimas décadas la aceptación de la enfermedad se había modificado debido a la influencia de los medios de comunicación masivos y la incorporación de los nucléosidos análogos al tratamiento. En este artículo de revisión se destacó la importancia de incrementar la investigación sobre este tema, tomando de referente algunos

marcos conceptuales como la teoría de la atribución de Weiner y Corrigan, el modelo evolucionista de Kurzban y Leary y la teoría social cognitiva de Albert Bandura (106).

1.3 Fundamentación del programa de intervención psicoeducativo para la autoeficacia de las personas con herpes simple genital.

El rol de las personas con patologías crónicas en la comprensión y asistencia de su enfermedad ha tomado un papel importante a nivel mundial. De hecho, la Organización Mundial para la Salud ha planteado que la educación es considerada un paso vital en estos pacientes (107). Del mismo modo, en el Reino Unido la Asociación Médica Británica estableció los programas educativos como política obligatoria en la atención de pacientes con enfermedades no curables (108). En Australia se instituyó un presupuesto para sustentar económicamente estos programas mientras que en países como China, Canadá, Estados Unidos de América, Chile y Colombia se desarrollaron programas educativos para enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles (109, 110).

Respecto a la problemática en la atención de las personas con herpes simple genital y otras ITS, se observa en la literatura internacional consultada la utilización de diferentes conceptos y definiciones; usados en ocasiones indistintamente. Por ejemplo, Swanson, Dibble y Chapman (23) utilizaron el concepto de intervención en seis sesiones de técnicas psicológicas y educativas en individuos VHS-2 positivos. Darbes, Crepazb, Lylesb, Kennedyc y Rutherford (111) realizaron un meta-análisis donde exploraron intervenciones conductuales para la disminución del riesgo de contraer el ITS-VIH/SIDA en afroamericanos heterosexuales. Shepherd (112) utilizó la terapia cognitiva conductual en cinco mujeres con herpes simple genital en un estudio cualitativo. Scott-Sheldon y Kalichman (113) evaluaron los resultados de 36 ensayos clínicos en intervenciones dirigidas a la atención del estrés en adultos HIV positivos. Warren (114) reconoció el valor de la consejería para la prevención del herpes simple genital. Zacharioudakis (25) empleó la psicoterapia mediante el uso de estrategias

cognitivo conductuales en pacientes con herpes simple genital. Gilbert y Wyand (115) valoraron la efectividad de una hoja de preguntas y respuestas más frecuentes que realizaban las personas con herpes simple genital. La hoja de preguntas y respuestas tenía una serie de mensajes educativos y de consejería recomendados por el centro de control de enfermedades infecciosas de Estados Unidos de América.

En la literatura nacional consultada se aprecian también un gran número de investigaciones donde se emplean diferentes conceptos y definiciones en la atención de personas con enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles. En este sentido, Fabelo (116) evaluó la efectividad de un programa de intervención psicosocial en personas con epilepsia. Espín (117) empleo el término de estrategia de intervención psicoeducativa para cuidadores de adultos mayores con demencia para reducir la carga de los cuidadores. García y Miranda (118) evaluaron la necesidad de una intervención educativa para incrementar el conocimiento sobre las ITS en un centro penitenciario en la ciudad de Matanzas.

Otros reportes emplean el concepto de programa para definir una serie de pasos dirigidos a producir cambios en la conducta de las personas (109), incrementar conocimientos sobre la enfermedad (4) y disminuir la morbilidad psicosocial en personas con ITS-VIH/SIDA (113). Por ejemplo, el Centro Nacional de ITS-VIH/SIDA ha realizado numerosos programas encaminados a fomentar el uso del condón masculino, disminuir el estigma, promover conductas saludables y la práctica de sexo seguro (3).

Otros autores cubanos han desarrollado programas psicoeducativos para la atención de enfermedades crónicas. Por ejemplo, García (119) clasificó los tipos de programas utilizados en el contexto nacional en: los programas de promoción de salud, los programas de educación para la salud y los programas de educación terapéutica. Los primeros enfocan su atención en impulsar

estilos de vida saludables. Los segundos se centran en el control de los factores y situaciones de riesgo de desarrollar la enfermedad. Los terceros se dirigen a la persona enferma y sus allegados, enseñándolos a cuidarse y a reorganizar su vida adaptando su tratamiento a las variaciones de su cotidianidad (119).

A partir de la revisión de la literatura internacional y nacional sobre los distintos tipos de conceptos utilizados para definir las acciones dirigidas a las enfermedades crónicas, las ITS y específicamente el herpes simple genital. La experiencia del autor por más de seis años en la atención de las personas con esta patología. Teniendo en cuenta los problemas en la salud sexual y psicosociales que enfrentan estos pacientes, se estructura el programa de intervención psicoeducativo para incrementar la autoeficacia de personas con herpes simple genital. Para referir la propuesta planteada, se define el programa de intervención psicoeducativo como:

Conjunto de acciones diseñadas, estructuradas y sustentadas conceptualmente en la teoría social cognitiva; con el objetivo de disminuir el riesgo en la salud sexual y los problemas psicosociales en las personas con diagnóstico clínico de herpes simple genital.

1.3.1 Diseño del programa de intervención psicoeducativo para personas con diagnóstico clínico de herpes simple genital.

Para el diseño del programa psicoeducativo se tuvieron en cuenta las cuatro etapas de acción del modelo de Giordan: a)-Identificación de las necesidades de aprendizaje b)-Definición de los objetivos pedagógicos c)-Selección de contenidos y métodos d)-Evaluación (120).

a)-Identificación de las necesidades de aprendizaje.

Para la identificación de las necesidades de aprendizaje se realizaron entrevistas en profundidad a pacientes con diagnóstico clínico de herpes simple genital. Como parte de la interpretación de estas entrevistas se clasificaron y jerarquizaron por el autor de esta tesis los cinco ejes de acción del

programa de intervención psicoeducativo. Las otras fuentes para la identificación de las necesidades de aprendizaje fueron la revisión de la literatura así como la experiencia personal del autor por más de 6 años en la atención de estos pacientes (Anexo 1 y 2).

b)-Objetivos de aprendizaje.

Para la elaboración de los objetivos de aprendizaje se utilizó como marco referativo la taxonomía de Bloom. Esta taxonomía clasifica los objetivos en tres categorías: las cognitivas, afectivas y psicomotoras (121). En el programa psicoeducativo se emplearon las tres categorías para la elaboración de los objetivos planteados (Anexo 3). Como objetivo general del programa psicoeducativo se estableció:

Promover la autoeficacia en las personas con diagnóstico clínico de herpes simple genital.

c)- Selección de contenidos y métodos.

Para la selección de los contenidos y métodos se emplearon técnicas que se realizan en la consejería para personas con ITS-VIH/SIDA. También se realizaron técnicas de relajación, disminución del estrés y control de la ira utilizada por Zaldivar (122). Además, se emplearon las técnicas de modelamiento, retroalimentación correctiva, ensayos cognitivos y juego de roles. Estas técnicas han sido propuestas y validadas por otros autores en la atención de personas con VIH/SIDA (Anexo 3) (28,123, 124).

El programa de intervención psicoeducativo utiliza como marco teórico conceptual la teoría social cognitiva de Albert Bandura que tiene como concepto fundamental la autoeficacia. Una vez diseñado el programa se realizó un taller de reflexión crítica y participación colectiva con las licenciadas de enfermería que laboran en las consultas de ITS del municipio de Centro Habana. Esta técnica fue propuesta por Julia Añorga (125), estando formada por las etapas de preparación del taller, ejecución, análisis posterior y resultados (Anexo 4).

d) Evaluación del programa psicoeducativo.

Para la evaluación de la eficacia del programa se realizó un estudio experimental el cual será presentado en el capítulo 2 y 3.

1.3.2 Teoría social cognitiva como sustento teórico conceptual del programa de intervención psicoeducativo.

Esta es una teoría que ha sido ampliamente utilizada como modelo explicativo en las conductas de salud y en el desarrollo de intervenciones efectivas para la promoción de salud. La autoeficacia, considerado un importante mecanismo causal, ha asumido un importante rol en la investigación en diferentes contextos internacionales y nacionales como el hábito de fumar, obesidad, anticoncepción y alcoholismo (126-129).

Del mismo modo, la autoeficacia ha tenido un importante rol en la investigación en enfermería relacionada con las ITS-VIH/SIDA en la arena internacional. Por ejemplo O'Leary, Jemmott y John (130) elaboraron una intervención donde utilizaban este concepto como marco teórico para disminuir el riesgo de contraer ITS en mujeres afroamericanas. Noboa y Serrano (26) exploraron la eficacia personal en la negociación sexual de mujeres puertorriqueñas. Cha, Kevin y Burken (131) utilizaron la escala para medir autoeficacia en el uso del condón en el contexto coreano. Jemmott, Jemmott y O'Leary (132) emplearon esta teoría en un ensayo clínico para la prevención del VIH/SIDA mientras que Swanson, Dibble y Chapman (23) evaluaron un programa psicoeducativo sustentado en este supuesto en personas con herpes simple genital.

En la práctica asistencial del autor se observa cómo algunas técnicas utilizadas por las enfermeras que atienden personas con ITS-VIH/SIDA están sustentadas de forma empírica en la teoría de la autoeficacia. Igualmente es utilizado por promotores de salud del centro nacional de VIH/SIDA

siendo uno de las líneas de referencia propuestos por dicho centro (123). Por estos motivos la teoría social cognitiva fue seleccionada como referente teórico en el programa psicoeducativo.

1.3.3 Estructura teórica conceptual del programa de intervención psicoeducativo para personas con diagnóstico clínico de herpes simple genital.

La autoeficacia es el concepto principal utilizado en esta tesis. La misma es definida por Bandura como la creencia en la capacidad de organizar y ejecutar acciones requeridas para tratar con situaciones prospectivas (28). Esta desempeña un papel central en las acciones que realizan las personas de forma intencional para lograr determinados resultados esperados. Este conjunto de acciones es lo que Bandura definió como agencia humana (human agency) (28). El programa psicoeducativo cuenta de seis sesiones en la cual se realizan técnicas basadas en las cuatro fuentes de autoeficacia descritas por Bandura, experiencia maestra, experiencia vicaria, persuasión verbal y estados fisiológicos y afectivos. En el anexo 3 se explican las fuentes de autoeficacia, su relación con las técnicas empleadas y los procesos mediadores. En la figura del anexo 7 se observa como el programa psicoeducativo sustentado en las cuatro fuentes de autoeficacia influye sobre la agencia humana a través de los cuatro procesos mediadores. Esto permite que el paciente realice una serie de acciones como el uso del condón masculino, comunicar a la pareja o posible pareja sobre la enfermedad, tener sexo seguro, conocer sobre los aspectos fundamentales de la enfermedad y mejorar el estado de ánimo. Estas acciones se clasifican en dos variables dependientes, riesgo en la salud sexual y problemas psicosociales.

Los procesos mediadores elaborados por Bandura y que influyen en el logro de las acciones antes descritas son los procesos cognitivos, motivacionales, afectivos y selectivos (Anexo 7). A continuación explicaremos cada uno de los procesos y su relación con las técnicas utilizadas en el programa psicoeducativo.

Procesos cognitivos: La teoría social cognitiva considera que la autoeficacia afecta los procesos cognitivos y estos influyen en las acciones que realizan las personas. El mecanismo por el cual la autoeficacia afecta estos procesos es a través de la construcción cognitiva y el pensamiento inferencial (28). La mayoría de las acciones realizadas son conformadas cognitivamente, la construcción cognitiva sirve como guía para el desarrollo de las acciones realizadas. La manera en que los individuos puedan visualizar y construir cognitivamente futuras acciones dependerá la manera en que se sientan capaces de realizar las acciones visualizadas. La construcción cognitiva influye sobre la autoeficacia, pero a la vez la autoeficacia influye en la manera en que se construyen cognitivamente las acciones. Es un proceso bidireccional donde las personas eficaces visualizan y construyen escenarios positivos para el desarrollo con éxito de futuras acciones (28).

Las técnicas de modelamiento, juego de roles y ensayos cognitivos utilizados en el programa, actúan de forma positiva en la manera en que las personas con herpes simple genital construyen cognitivamente el uso del condón, la práctica de sexo seguro y el revelado de la enfermedad. Esto desarrolla su autoeficacia, conduciéndolos al desempeño de estas acciones de forma exitosa. El éxito de las mismas contribuye en la manera en que son reelaboradas cognitivamente.

El pensamiento inferencial es otra de las funciones de los procesos cognitivos. Este permite predecir que determinadas acciones pueden conllevar a determinados resultados. En este sentido, las personas controlan sus acciones en la medida en que infieran que resultados obtengan como consecuencia. Mediante las técnicas cara a cara y la retroalimentación correctiva los investigadores proporcionan una serie de informaciones que les permiten a los pacientes valorar las consecuencias de determinadas acciones así como las ventajas del uso del condón, el sexo seguro y revelar la enfermedad. También el modelamiento y el juego de roles ayudan a establecer patrones de inferencia entre determinada acción y la probabilidad de obtener determinado resultado. Los

individuos con herpes simple genital perfeccionan su eficacia personal en la medida que conocen y controlan el resultado de determinadas acciones.

Procesos motivacionales: En la motivación cognitiva las personas se motivan así mismas y guían sus acciones anticipadamente a través del pensamiento (28). Los pacientes forman creencias de que pueden hacer, anticipando los posibles resultados negativos y positivos. Para ello diseñan el curso de las acciones logrando resultados positivos y evadiendo aquellas acciones que conllevan a resultados negativos (28). Bandura distingue tres tipos de motivadores cognitivos, la atribución causal, los resultados esperados y los objetivos conocidos (28). En la atribución causal se considera que los juicios retrospectivos de la causa de determinado logro tiene un efecto motivacional. Las personas autoeficaces en determinado dominio atribuyen sus éxitos a sus capacidades personales y sus fracasos a un insuficiente esfuerzo personal. Estas personas asumen tareas difíciles y enfrentan los fracasos (28).

En la técnica ensayo cognitivo se motiva a los pacientes a elaborar un plan de acción basado en los juicios retrospectivos favorables en el uso del condón y en el revelado de la enfermedad. Estos juicios retrospectivos se convierten en factores motivacionales para comunicar la enfermedad y usar del condón. Como consecuencia aumenta la autoeficacia en estos dos dominios. Del mismo modo, mediante la técnica cara a cara, se promueve que la causa de los éxitos en la realización de los diferentes procedimientos se debe a las habilidades adquiridas en el entrenamiento y que el fracaso puede ser superado con la práctica.

Los resultados esperados: La motivación también depende del grado en que la persona espere lograr resultados como consecuencia de acciones desarrolladas (28). La satisfacción que producen los resultados personales constituye un factor en la motivación de los sujetos. La autoeficacia juega un papel fundamental ya que fomenta la creencia en la capacidad personal de que determinada

acción conlleva a determinados resultados. Siguiendo estas pautas, se fomenta mediante la persuasión verbal, que la realización de acciones como el uso del condón, revelar la enfermedad y tener sexo seguro conlleva a resultados favorables como no transmitir enfermedad, no contagiarse con el VIH/SIDA y el disfrute de la vida sexual. Estos resultados se convierten en factores motivacionales.

En cuanto a los objetivos conocidos, Bandura considera que la capacidad de tener influencias sobre los retos personales y la evaluación de las acciones son factores importantes de la motivación (28). De esta forma las acciones son motivadas y dirigidas por un grupo de objetivos conocidos más que de un grupo de estados futuros no realizables. En parte, la autoeficacia influye en la selección de objetivos, los retos a seguir y la cantidad de esfuerzos que se requieren (28). Teniendo en cuenta estas premisas se elaboran los objetivos para cada sesión del programa, estos objetivos son discutidos y analizados con los pacientes antes de comenzar cada sesión. En la técnica de ensayo cognitivo se discute el plan de acción elaborado por la persona con herpes simple genital y se analiza en conjunto la efectividad de las acciones y las soluciones propuestas. Esto constituye una fuente de motivación para estos pacientes y permite elaborar un conjunto de acciones basadas en objetivos conocidos.

Procesos afectivos: La autoeficacia juega un papel importante en la regulación de los estados afectivos a través del control personal sobre los pensamientos, acciones y los afectos (28). El modo orientado a los pensamientos tiene dos formas, el primero influye en la forma en que los eventos son contruidos, representados y recuperados cognitivamente. La segunda vía se centra en la influencia que ejerce la autoeficacia en la percepción de habilidades cognitivas para el control de pensamientos perturbadores (28). En el modo orientado a la acción, la autoeficacia regula los estados emocionales mediante el apoyo de acciones efectivas para transformar el medio en el cual se

desarrollan las emociones negativas. El modo dirigido a los afectos, incluye la autoeficacia para disminuir los estados emocionales perturbadores una vez que están presentes (28).

En el modo orientado al pensamiento, las técnicas de relajación, específicamente imaginería y focalización, influyen en los estados emocionales a través del ejercicio del control personal. Mediante la imaginería y la técnica cara a cara se entrenan a los pacientes en la construcción de ideas positivas y se promueve la autodistracción mediante la práctica de actividades recreativas. Esto permite que el individuo sea más eficaz en el control de sus percepciones a través de la realización de actividades que brinden satisfacción y significado a sus vidas, disminuyendo la instrucción de juicios negativos. Mediante la focalización se entrenan a los pacientes a concentrar sus preocupaciones y pensamientos negativos sobre la enfermedad a determinada hora del día y en determinado lugar. Esta técnica de control permite que las personas pasen menos tiempo preocupándose y estresados.

Las técnicas de juego de roles, modelación, ensayo cognitivo y retroalimentación correctiva utilizadas para aumentar el uso del condón masculino y el sexo seguro; se sustentan en la segunda forma del modo orientado al pensamiento. Estas prácticas desarrollan la capacidad para resolver los problemas en la dimensión sexual y relacional de los pacientes. Mediante estos procedimientos los individuos con herpes simple genital adquieren habilidades dirigidas a tener una vida sexual placentera con un mínimo de contagio a la pareja, lo que significa un aumento de la capacidad de poder resolver los problemas sexuales que conlleva la infección por herpes simple genital, teniendo un efecto favorable en el estado emocional de estos pacientes.

En el modo orientado a la acción, las técnicas de ensayo cognitivo y retroalimentación correctiva influyen en la manera que las personas valoran las diferentes situaciones contextuales que se pueden presentar. En la medida que aumenta la capacidad para revelar la enfermedad a la pareja en

situaciones de riesgo, el uso del condón bajo intoxicantes y la práctica de sexo seguro; se acrecienta el juicio sobre las situaciones de riesgo, disminuyendo la vulnerabilidad de estos pacientes. Estas acciones están dirigidas a transformar el medio en el cual se desarrollaban las emociones negativas, teniendo un efecto positivo en su estado emocional.

En el modo orientado a los afectos, los pacientes reciben del programa de intervención psicoeducativo las técnicas de control de la ira, inoculación del estrés y relajación. Estas técnicas influyen directamente en los estados emocionales negativos. La creencia en la capacidad personal para reducir los estados emocionales negativos a través de estos procedimientos tiene una influencia positiva. En otras palabras, creer en la capacidad para resolver los problemas emocionales disminuye las posibilidades de tenerlos.

Procesos selectivos: Es la capacidad de seleccionar los ambientes, las actividades y las personas para desempeñar determinada actividad (28). Generalmente los individuos evitan actividades y ambientes que creen exceder sus capacidades. Mientras más autoeficaz se sea en determinado dominio, más desafiante será la actividad que se seleccione (28). Basados en los principios de los procesos selectivos, el programa psicoeducativo ofrece una serie de opciones que le permiten a los pacientes desempeñar acciones favorables para su salud y la de su pareja. En las técnicas de juego de roles, ensayo cognitivo, modelación y retroalimentación correctiva se acrecienta la eficacia personal en los dominios de uso del condón, sexo seguro y revelado de la enfermedad. Una vez que se seleccionan las acciones a realizar dentro de la gama de posibilidades que ofrece el programa de intervención psicoeducativo, la persona moviliza esfuerzos, genera soluciones y estrategias para disminuir el riesgo en la salud sexual y los problemas psicosociales. Este proceso de selección de las acciones a realizar incrementa la autoeficacia de la personas con herpes simple genital en los dominios donde se desempeñaba.

1.3.4 Conclusiones del capítulo.

El herpes simple genital constituye un problema de salud a nivel mundial. Entre los principales problemas en el riesgo de la salud sexual se encuentran la falta de tratamientos curativos, la ausencia de vacunas y la relación con el virus del VIH. Las consecuencias psicosociales identificadas en la literatura son los problemas en el estado de ánimo, el miedo a comunicar la enfermedad a la pareja y el estigma. Esta problemática descrita sustenta la realización del programa psicoeducativo en las personas con diagnóstico clínico de herpes simple genital.

La estrategia para el diseño y desarrollo del programa psicoeducativo sigue las cuatro etapas de acción del modelo de Giordan. En este capítulo se abordan las tres primeras etapas de este modelo. En la primera etapa se identificaron las necesidades de aprendizaje teniendo en cuenta los temas seleccionados en la entrevista a profundidad, la revisión de la literatura y la experiencia del autor. En la segunda y tercera etapa se confeccionaron los objetivos basados en la taxonomía de Bloom y se seleccionaron los contenidos y métodos del programa de intervención psicoeducativo. Los mismos están sustentados en la teoría de la autoeficacia de Albert Bandura.

CAPÍTULO 2. DISEÑOS METODOLÓGICOS Y RESULTADOS DE LA ADAPTACIÓN

TRANSCULTURAL DE LOS CUESTIONARIOS

El capítulo se ha estructurado en dos epígrafes que dan respuesta al primer y segundo objetivo específico de la tesis. En el primero se describen los diferentes diseños metodológicos de la tesis e incluye el método usado para la adaptación transcultural de los cuestionarios y los resultados obtenidos. En el segundo epígrafe se abarcan las primeras etapas del estudio experimental, entre

ellas se describen: lugar geográfico, criterios de elegibilidad, participantes, métodos, operacionalización de las variables, intervención, procedimiento para incrementar la calidad de las mediciones, generación de secuencia, ocultamiento de la asignación y por último los aspectos éticos.

Los objetivos de este capítulo son:

1-Describir los diferentes diseños utilizados en la tesis.

2-Describir el proceso de adaptación transcultural de los cuestionarios utilizados en la investigación y sus resultados.

3-Explicar el diseño utilizado en el estudio experimental.

2.1 Diseños metodológicos utilizados en la tesis.

La tesis tributa al programa ramal del MINSAP # 3: Enfermedades transmisibles. Se realizó un proyecto de intervención que incluyó una triangulación metodológica a nivel de diseño con implementación secuencial. Teniendo en cuenta el modelo de Giordan explicado en el capítulo 1 se realizaron los diferentes tipos de estudio. Para determinar las necesidades de aprendizaje, primera etapa del mencionado modelo, se realizó un estudio fenomenológico en el periodo de junio a octubre del año 2008 en la consulta de ITS del policlínico Joaquín Albarrán. La muestra estuvo compuesta por ocho pacientes con diagnóstico clínico de herpes simple genital ya que se llegó a la saturación de la información con este número de participantes. Se seleccionaron los participantes que presentaron las características típicas del fenómeno que se deseaba estudiar (muestreo de casos típicos), tal como se señala en este tipo de estudios (133).

Se utilizó en este estudio el método fenomenológico en el cual se interpretaron los significados de las experiencias vividas de las personas con la enfermedad. En este contexto, se realizó una entrevista en profundidad conformada por cuatro temas generales sobre la enfermedad y 10

preguntas abiertas (Anexo 1). La interpretación de la información se realizó teniendo en cuenta las notas escritas sobre esas entrevistas realizadas por el autor de la investigación. De las ocho personas, cinco eran del sexo femenino y tres del masculino, la media de edad fue de 26,2 años y el nivel de escolaridad que predominó fue el de técnico medio. La media de tiempo con la enfermedad fue de 0,7 meses (Anexos 1 y 2). Este estudio fue aprobado por el comité de ética del municipio de Centro Habana como parte del proyecto que se llevó a cabo. Los participantes dieron, además, su consentimiento informado para participar en la investigación. Como resultado de la interpretación de las entrevistas, el autor identificó cinco ejes de acción constituidos por problemas psicológicos, conocimientos sobre la enfermedad, uso del condón, sexo seguro y revelado de la enfermedad.

La segunda y tercera etapa del modelo de Giordan, que consisten en establecer los objetivos pedagógicos, los contenidos y los métodos, se cumplieron a través de un taller de reflexión crítica y construcción colectiva con las licenciadas en enfermería que laboran en las consultas de ITS del municipio de Centro Habana. En este taller participaron ocho licenciadas en enfermería con más de cinco años de trabajo en el cuidado de pacientes con ITS. Como consecuencia del debate y reflexión sobre el contenido de la propuesta de programa de intervención psicoeducativo, éste quedó conformado como se describe en el anexo 3. No obstante, la propuesta inicial del programa estuvo conformada de forma diferente a la que se describe en mencionado anexo. Por ejemplo, el orden propuesto era comenzar con la etapa para incrementar la autoeficacia para el uso del condón, aumentar la autoeficacia para tener sexo seguro, conocimiento sobre la enfermedad, mejorar el estado de ánimo y realizar intervenciones para que los pacientes comunicaran la enfermedad. Producto del taller, el orden del programa quedó conformado en dependencia de los resultados del estado de ánimo, constituido entonces el algoritmo de intervención (Anexo 8). También producto del taller, se disminuyó el valor establecido en la escala estado de ánimo, de modo que los pacientes

que ingresaban al programa y tuvieran resultados inferiores a 80, fueran atendidos por licenciadas/os en enfermería.

Por otra parte, los objetivos y metas de la sesión para aumentar la autoeficacia del condón y tener sexo seguro también fueron modificados. Por último, se agregaron técnicas en la sesión de autoeficacia para tener sexo seguro.

Para la evaluación del programa de intervención psicoeducativo, cuarta etapa del modelo de Giordan, fue necesario realizar la adaptación transcultural de los cuestionarios utilizados y un estudio experimental. A continuación se explicará el proceso de adaptación transcultural realizado a cada cuestionario así como el diseño metodológico utilizado en el estudio experimental.

2.1.1 Adaptación transcultural de los cuestionarios.

Este proceso se desarrolló siguiendo la metodología propuesta por Guillemin, Bombardier y Beaton (134), que incluye la traducción y la adaptación transcultural. Con este propósito se siguieron los siguientes pasos: traducción, retro-traducción, revisión por un comité de expertos, pre-prueba y envío de la escala adaptada a los autores originales para su aprobación. A continuación se describirán estos pasos en cada uno de los cuestionarios utilizados.

2.1.2 Cuestionario para medir estado de ánimo.

El cuestionario titulado "Perfil de Estado de Ánimo (PEA)" fue diseñado por McNair, Lorr y Droppleman en 1971. La escala original cuenta con una lista de 65 adjetivos clasificados en siete esferas referidas a estados de tensión, depresión, cólera, vigor, fatiga, confusión y amistad. El entrevistado tiene cuatro opciones de respuesta sobre cómo es su estado de ánimo en cuanto a lo que expresa cada adjetivo. En lo absoluto (0 puntos), un poco (1 punto), moderadamente (2 puntos), bastante (3 puntos) y extremadamente (4 puntos) (135). El puntaje final se obtiene sumando los puntos obtenidos en cada adjetivo de las subescalas depresión, ira, ansiedad, confusión y fatiga.

Hay adjetivos que denotan estados de ánimo positivos como son los incluidos en la subescalas vigor y amistad. Estos resultados se invierten y se suman de modo que a mayor puntuación, mayor alteración en el estado de ánimo. Este instrumento se señala como el que ha sido más utilizado para medir el estado de ánimo en personas con enfermedades crónicas (136). También la mayoría de los estudios consultados para medir la morbilidad psicológica de las personas con herpes simple genital usaban el perfil de estado de ánimo de Mcnair. Por estos motivos es que el PEA se seleccionó para medir el estado de ánimo de los pacientes incluidos en este estudio.

A continuación se describen las etapas realizadas en la adaptación transcultural de este instrumento. Traducción: La traducción del instrumento original (65 adjetivos) del idioma inglés al español fue realizada por la Agencia de Servicio de Traductores e Intérpretes en Cuba (ESTI). Esta empresa es gubernamental y es reconocida nacional e internacionalmente para la certificación legal de traducción de documentos.

Retro-traducción: Dos profesores de inglés de la Universidad de las Ciencias Médicas de La Habana con más de 20 años de experiencia hicieron la traducción del español al inglés y la compararon con la escala original. Posteriormente se evaluaron, por los profesores de inglés y el autor de la tesis, las diferencias entre la traducción inicial y la retro-traducción. Los resultados de este proceso llevaron a las siguientes modificaciones. El adjetivo "sympathetic" fue traducido en la traducción del ESTI como "simpático". Sin embargo en la retro traducción fue traducido como "nice". En el análisis que se hizo del significado de "sympathetic" por los profesores de idioma Inglés y el autor de la tesis, se concluyó que este adjetivo podía tener tres sinónimos en Español, "solidario", "comprensivo" y "amable". Teniendo en cuenta lo anteriormente planteado, se consideró que estos adjetivos se aproximaban más a describir el estado de ánimo que buscaba medir la escala. Pero, debido a que había otros calificativos en el instrumento sinónimos de "solidario" y "amable", se decidió seleccionar

“comprensivo” como traducción de “sympathetic”. La otra categoría gramatical modificada en la traducción fue “efficacious”. Este fue traducido como “borrado”. En la retro-traducción “borrado” fue traducido al idioma Inglés como “erase”. Para el análisis de “efficacious” se buscó su significado en el diccionario Oxford (137 p. 489), definiéndose el concepto como, “Formal adjective, producing the result that was wanted or intended”. El concepto “efficacious” es traducido al idioma español como “eficaz”. El adjetivo eficaz es definido por el diccionario de la lengua española (138) como, “que logra hacer efectivo un intento o propósito”. En el análisis realizado se aprecian similitudes entre las definiciones de “efficacious” y “eficaz”. En este sentido este adjetivo denota con mayor claridad el estado de ánimo que pretende medir el instrumento. Por tal motivo se decidió sustituir el adjetivo de “borrado” por el de “eficaz”.

El segundo paso propuesto por Guillermin, Bombardie y Beaton (134) consistió en la revisión por un comité de expertos del instrumento creado hasta este momento. La versión en español del instrumento después del análisis por los profesores de inglés y el autor de la tesis, fue sometida a criterio de cinco expertos siguiendo los criterios de Moriyama (139) (Anexo 9). Los expertos fueron, un dermatólogo con más de 30 años experiencia; un psicólogo con un doctorado en Ciencias de la Salud y con más de 20 años de experiencia en atención de pacientes con enfermedades crónicas; una enfermera licenciada en enfermería con más de 20 años en el cuidado de pacientes con ITS; un médico, director nacional en Cuba de consejería con más de 10 años en la atención de pacientes VIH/SIDA y con amplia experiencia internacional en este campo y un licenciado en enfermería con magister en salud pública y profesor de estadística en la Universidad de la Ciencias Médicas de La Habana con amplia experiencia en la investigación cuantitativa.

El resultado de esta evaluación con criterios de expertos condujo a eliminar cuatro adjetivos. Sobre el adjetivo “nervioso” todos los expertos consideraron que no cumplía con el criterio de “con

suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables” ya que el mismo se repetía dos veces en el cuestionario, por lo tanto hacia redundante la información (Anexo 10). El adjetivo “confuso” también fue eliminado del cuestionario como consecuencia de que cuatro de los cinco expertos consideraron que no cumplía con el criterio “con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables” ya que “confundido” aportaba la misma información dentro del cuestionario (Anexo 10). También se eliminó el adjetivo “enfadado” debido a que tres de los expertos consideraron que no cumplía con el criterio “con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables” ya que “enojado”, “furioso” y “malhumorado” brindaban información similar (Anexo 10). Además, tres de los expertos señalaron que “enfadado” tampoco cumplía con el criterio “sensible a variaciones” debido a que el mismo no aportaba información adicional que influyera en los resultados para determinar la cólera en el estado de ánimo de las personas (Anexo 11). El adjetivo “sombrio” también fue eliminado del cuestionario debido a que cuatro de los expertos consideraron que no cumplía con el criterio “con componentes claramente definidos” ya que éste no era utilizado para describir algún estado de ánimo en el contexto donde se realizó la investigación, y podría resultar confuso para las personas que respondían el cuestionario (Anexo 12). También se modificó la frase “de natural bondadoso” por “de buen carácter”. Tres de los expertos plantearon que este calificativo no cumplía el criterio “con componentes claramente definidos” y propusieron cambiar por la frase “de buen carácter,” para definir con mayor claridad el estado de ánimo en la subescala amistad (Anexo 12). Otro adjetivo que fue sustituido fue “amigable” por “amistoso”. Tres de los expertos consideraron que no cumplía con el criterio “con componentes claramente definidos” debido a que amigable no era un término que acostumbraba a emplearse en el contexto cubano (Anexo 12).

El tercer paso propuesto por Guillermin, Bombardier y Beaton (134) consiste en la realización de una prueba piloto del instrumento después de sometido a criterio de expertos. Se realizó entonces un

estudio longitudinal en el periodo de septiembre a octubre del 2008 en la Escuela Internacional de Cine y TV de San Antonio de los Baños. De un universo de 343 trabajadores fueron seleccionados de forma intencional 37 trabajadores los cuales poseían las características demográficas similares a la población de personas con herpes simple genital.

En esta investigación se utilizaron métodos empíricos y estadísticos. Entre los primeros métodos empleados se encuentran el comité de expertos para la validación de contenidos y el cuestionario para obtener la información. Entre los métodos estadísticos que se hicieron uso estuvieron los descriptivos. Se representaron los resultados de los expertos en tablas de contingencia con los correspondientes porcentajes. También se calculó el coeficiente Alpha de Cronbach para medir la homogeneidad interna del cuestionario y el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) para medir la estabilidad en el tiempo (confiabilidad test-retest) (140). Estos cálculos se realizaron en el programa estadístico SPSS versión 13.0.

Entre los métodos teóricos empleados estuvieron el análisis y síntesis, este procedimiento permitió a los expertos descomponer las diferentes partes del cuestionario para determinar la inclusión de los adjetivos en la versión adaptada. Mediante la síntesis se establecieron las características esenciales de los ítems que deberían mantenerse en la versión adaptada y cuáles no debido a su utilización en la cultura cubana. Otro método utilizado fue el sistémico, los expertos determinaron los componentes del cuestionario y su relación con los estados de ánimos que se pretendían medir en su totalidad.

El cuestionario se aplicó a los participantes en dos ocasiones con un intervalo de 15 días previo consentimiento informado y autorización de la administración de la institución. Se asume que en 15 días los sujetos no deben cambiar en general en cuanto al fenómeno que se mide. De los 37 trabajadores fueron analizados 33, la media de edad fue de 27,6 años con una desviación estándar de 11,6. La frecuencia de trabajadores del sexo femenino fue de 18 para un 54,5%. En cuanto al

estado civil, los solteros predominaron con una frecuencia de 21 para un 63,2%, seguido de los que estaban casados con una frecuencia de 10 para un 30,3%. Respecto al grado de escolaridad, 24 trabajadores tenían el 12 grado para un 72,7%, seguidos de los que tenían el técnico medio con una frecuencia de 5 para un 15,2%.

El Coeficiente Alfa de Cronbach mostró un valor de 0,87 mientras que el CCI fue de 0,82 para la confiabilidad test-retest. Estos resultados confirman que la versión en español del perfil del estado de ánimo es confiable y válida para medir el estado de ánimo en cubanos y cubanas. (Anexo 13).

2.1.3 Cuestionario para medir autoeficacia en el sexo seguro y el revelado de la enfermedad.

Este instrumento fue diseñado por Kalichman y Nachimson (141) en la universidad del estado de Georgia y busca medir la autoeficacia en el revelado de la enfermedad y tener sexo seguro en personas seropositivas al VIH. Esta escala plantea tres situaciones problemáticas a las cuales las personas responden en una gradación de cero a 10 acerca de la autoeficacia para revelar la enfermedad y tener sexo seguro. Mientras más alta sea la puntuación en la suma de las preguntas mayor autoeficacia muestra el paciente. La versión original muestra estabilidad interna (Coeficiente Alfa de Cronbach) de 0,94 para el revelado, 0,92 para discutir sobre sexo seguro y 0,95 para rechazar el riesgo de no tener sexo seguro (141).

La traducción al idioma español se realizó en el ESTI, y la retro-traducción se realizó por los profesores de inglés antes referidos en el proceso de adaptación transcultural del PEA. En la retro-traducción se realizaron algunos cambios. En el primer párrafo del instrumento se cambió el verbo (haré) de su forma personal a la impersonal (se harán). Los profesores argumentan que en el lenguaje científico se debe escribir en tercera persona. También se omitió la palabra "hoy" de la tercera oración del primer párrafo, ya que no era necesario referirse al tiempo en la idea que se pretendía transmitir, además le daba un sentido autoritario a la oración. En este mismo sentido se

cambió la frase "ahora mismo" por "en estos momentos". El último aspecto modificado fue la eliminación del adjetivo "dada" ya que, según los profesores consultados, le restaba coherencia a la oración.

En el resultado de los criterios de expertos, cuatro plantearon que la frase "tomar una copa" escrita en las situaciones problemáticas, no cumplía con el criterio de "componentes claramente definidos" debido a que no se utilizaba en el contexto donde se realizó la investigación. Como consecuencia los expertos recomendaron utilizar la frase "echarme unos tragos" o "tomar un vaso de ron o una cerveza para relajarte". En este caso se seleccionó la segunda frase (Anexo 14). Otro aspecto modificado fue el verbo "flirteando". Los cinco expertos coincidieron que no cumplía con el criterio "componentes claramente definidos" ya que era una frase que no se utilizaba a menudo en el escenario cubano. Los expertos recomendaron utilizar el verbo "coquetear" "seducir" o "enamorar". En este caso se seleccionó el verbo "coquetear".

En cuanto a las preguntas realizadas en el cuestionario, cuatro de los expertos consideraron que la tercera pregunta tampoco cumplía con el criterio "componentes claramente definidos". Ellos recomendaron cambiar la forma en que estaba redactada la pregunta por "¿Cuan seguro estás de rechazar a la pareja si ésta no desea tener sexo seguro?" (Anexo 14). Por otra parte, debido a que la investigación se realizó con personas con diagnóstico clínico del herpes simple genital se cambió la frase "situación de enfermo del VIH" por "su enfermedad (herpes simple genital)" en la primera pregunta del cuestionario. Teniendo en cuenta este cambio, la oración quedó reformulada "¿Cuán seguro estas de tomar la decisión de decirle tu enfermedad (herpes simple genital) a tu posible pareja sexual?"

Sustentados en el tercer paso descrito por Guillermin, Bombardier y Beaton (134), se realizó un estudio longitudinal en la consulta de ITS del policlínico Joaquín Albarrán en el municipio de Centro

Habana, durante el periodo de septiembre a noviembre del año 2008. Se seleccionaron de forma intencional 31 pacientes con VIH y con diagnóstico clínico de HSG de un universo de 203 personas con VIH que eran atendidos en la consulta de ITS de mencionado policlínico.

Los métodos empíricos, teóricos y estadísticos fueron los mismos que se utilizaron en el proceso de adaptación cultural del cuestionario para medir estados de ánimo explicados anteriormente.

A la muestra seleccionada, se les aplicó la versión adaptada del cuestionario para medir revelado de la enfermedad y sexo seguro en dos ocasiones en un intervalo de 15 días. Para ello se obtuvo el consentimiento informado de estos pacientes y autorización del consejo científico del municipio Centro Habana y del policlínico.

Se analizaron 24 pacientes debido a que siete no acudieron a la segunda cita donde se aplicó por segunda vez el instrumento. La media de edad fue de 28,4 años con una desviación estándar de 6,4 años. Predominó el sexo masculino con una frecuencia de 19 hombres 79,1% y 5 mujeres 20,8%. El mayor porcentaje en el nivel educacional fue el 12 grado con una frecuencia de 17 pacientes para un 70,8%. En el estado civil la mayoría de los pacientes estaba soltero con una frecuencia de 19 pacientes para un 79,1%. La estabilidad interna del instrumento con el Coeficiente de Alfa de Cronbach fue de 0,88 mientras que el CCI fue de 0,90 en un intervalo de 15 días entre ambas mediciones (test-retest).

Una vez que se realizó el proceso de adaptación transcultural se les enviaron los resultados a los autores originales (Anexo 15). Basados en estos resultados el autor confirma entonces que la versión en español de la escala para medir autoeficacia en el revelado de la enfermedad y tener sexo seguro es confiable y válida para su uso en la investigación en el contexto cubano (Anexo 16).

2.1.4 Cuestionario para medir conocimiento sobre herpes simple.

La escala para medir conocimiento sobre herpes simple (Herpes knowledge scale HKS, siglas en inglés) está formada por 54 ítems. Estos ítems fueron creados por Katherine Bruce y Yudiith McLaughlin en la facultad de psicología de la universidad de North Carolina en Estados Unidos en 1986.

Basados en entrevistas realizadas a estudiantes de psicología, miembros de un grupo de apoyo de pacientes con herpes genital, y profesionales que asesoraban a estos pacientes, los autores desarrollaron esta escala que mide los conocimientos sobre HSG de los pacientes que padecen la enfermedad (142).

Este instrumento tiene tres alternativas de respuestas en cada ítem: verdadero, falso y no conozco la respuesta. Las respuestas correctas reciben el valor de un punto y las incorrectas junto a la que denota desconocimiento de la respuesta, reciben el valor cero. Se suman los valores uno y se calcula el porcentaje de respuestas correctas que quedará entonces en el rango de 0% a 100%. Los individuos con mayor porcentaje son los que más conocimiento poseen sobre la enfermedad.

La consistencia interna de la escala original fue alta (Alfa Cronbach 0,88). El puntaje medio correcto fue de 64%, el puntaje mínimo correcto fue de 7,4% y el más alto fue de 92,6% (142).

La traducción de esta escala se realizó en el ESTI y la retro-traducción se realizó por los mismos profesores que trabajaron en los cuestionarios anteriores. En los resultados de la retro-traducción se cambiaron las palabras "longitud" y "gravedad" en el ítem 1 por los términos "duración" y "severidad" debido a que estas palabras dotaban del significado real de lo que se pretendía preguntar. En el ítem 22 se sustituye "hoy existe cura para los herpes genitales" por "existe cura para el herpes genital en estos momentos". De acuerdo con los profesores de inglés la oración sustituida ofrece al lector una mejor orientación en el tiempo y no tiende a confundir entre si se trata de que en el lugar no hay medicamento para curar o es que no existe cura para la enfermedad de forma general. El ítem 25

también fue sustituido de “Cuando el herpes genital debuta de manera agresiva es aconsejable no tener relaciones sexuales” por “Cuando las personas tienen las lesiones es recomendable no tener relaciones sexuales”. Esta segunda opción es más sencilla y legible que la primera.

Otro de los ítems que sufrió cambios fue el 28 (“Los herpes genitales pueden ser contagiosos aunque tengan una costra que los cubra”), este fue sustituido por “El herpes genital puede contagiarse aunque la lesión este cubierta con una costra”. La segunda oración ofrece mayor claridad según los profesores que realizaron la retro-traducción. El ítem 37 también fue modificado; de “Los condones ofrecen un 100% de protección contra el herpes genital” pasó a ser “El uso del condón ofrece un 100% de protección contra el herpes genital”. La primera oración da a entender que los condones ofrecen protección por sí mismos y no por el uso que le dé la persona.

La traducción del ítem 48 fue sustituida; de “En un caso primario (primero) de herpes genital, la persona puede sentir que tiene catarro” a “En el primer episodio con herpes genital la persona puede sentirse como si tuviera catarro”. La segunda opción ofrece mayor coherencia entre la primera idea (episodio de herpes genital) y la segunda idea (sentirse como si tuviera catarro). Otro de los ítems que fueron cambiados fue el 50; se sustituyó de “La mejor manera de combatir las llagas por herpes genital es mantenerlas húmedas” por “La mejor forma de curar la lesión del herpes simple genital es manteniendo la lesión húmeda”. La segunda opción sustituye el verbo de acción “combatir” por “curar”. El verbo “curar” manifiesta de mejor manera el significado que se desea transmitir en ese ítem.

A partir de los criterios de expertos se modificaron algunos ítems y otros fueron eliminados. En este sentido, el ítems siete no cumplió el criterio “con componentes claramente definidos”, tres de los expertos sugirieron sustituir el término “neurona” por “células nerviosas” para que pudiera ser de mejor comprensión en las personas que responden el cuestionario (Anexo 17). El ítem 10 fue

modificado debido a que tres expertos consideraron que no cumplía con el criterio “con componentes claramente definidos”. La pregunta hace referencia a las apariciones del herpes simple, la forma que se pregunta puede conllevar a confusiones debido a que los pacientes pueden tener descarga viral y no tener síntomas. O sea en la forma que se planteaba este ítem no se distinguía si hacía referencia a la aparición de la lesión o a las descargas virales que manifiestan los pacientes durante su enfermedad y que son silentes para la mayoría de las personas que las padecen. Según los expertos la mejor forma de redactar esta pregunta es: “Pueden pasar años entre la aparición de las lesiones por herpes simple”. En esta otra opción se describe con mayor claridad el conocimiento que se quería medir (Anexo 17).

El ítem 13 tampoco cumplió con el criterio “con componentes claramente definidos”. Los cinco expertos consideraron que la pregunta no se expresaba claramente por causa del uso del término “llagas frías”. Como consecuencia se modificó el ítem por: “Las personas que tienen lesiones por herpes en la boca son inmunes a adquirir las lesiones en los genitales” (Anexo 17). Otro ítem que fue modificado fue el 14, debido a que tres expertos consideraron que no cumplía con el criterio de tener componentes claramente definidos. En este sentido, los expertos recomendaron modificar el término de “ampolla” por “vesículas agrupadas” ya que esa última constituía la característica clínica fundamental de la lesión por herpes simple genital (Anexo 17).

Teniendo en cuenta el criterio de tres expertos se eliminó el ítem 27 ya que éstos consideraban que no cumplía con el criterio “con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables”. Los expertos alegaron que no se encontraban evidencias de que el herpes simple genital provocaba cáncer cervico uterino en las mujeres que lo padecían. Por lo tanto, en Cuba no se indicaba la prueba citológica anualmente en estos pacientes (Anexo 18). Seguidamente el ítem 29 fue modificado ya que no cumplía con el criterio “con componentes claramente definidos” según cuatro

de los expertos. De esta forma se redactó de la manera siguiente: "La primera infección por herpes genital es más severa que las reapariciones". Se decidió sustituir la palabra "grave" por "severo". Este concepto ofrecía con mejor claridad la información que se quería reflejar en el cuestionario. Se buscaba conocimiento sobre la severidad de las recurrencias y no sobre la gravedad de la enfermedad. En el ítem 33 los cinco expertos consideraron que no cumplía con el criterio "con componentes claramente definidos" debido a que "frotis de pap" no era el término que se utilizaba en el contexto cubano, siendo el término de "prueba citológica". Por tal motivo se modificó este ítem en "Con frecuencia el herpes genital suele detectarse mediante la prueba citológica" (Anexo 17).

Por último, los ítems 45 y 47 fueron eliminados ya que no cumplían con el criterio "razonable y comprensible". La mayoría de los expertos consideraron que no se debían hacer referencias a los tratamientos ni a sus dosis en los cuestionarios. Por otra parte, no se observó en las farmacias donde los expertos consultaron, la disponibilidad de la espuma anticonceptiva para su uso en los pacientes. Por lo tanto, no estaba justificada la inclusión de estas preguntas en el instrumento debido a que había una gran probabilidad de que no conocieran las respuestas (Anexo 19).

Basado en el tercer paso descrito por Guillermin, Bombardier y Beaton (134), se realizó un estudio longitudinal en la escuela de enfermería de la filial de San Antonio de los Baños de octubre a septiembre del año 2008. Se incluyeron de forma intencional 38 alumnos de cuarto año de la carrera de un universo de 105 estudiantes de enfermería con los que contaba la filial. Este muestreo se realizó por considerar que el grupo poseía características demográficas similares a la población con herpes simple genital que reportaba la literatura.

Los métodos empíricos, estadísticos y teóricos que se utilizaron para este cuestionario fueron los mismos que se describieron en el proceso de adaptación transcultural del cuestionario para medir estado de ánimo.

El cuestionario para medir conocimiento sobre herpes simple se aplicó dos veces a los mismos estudiantes con un intervalo de 15 días para calcular la estabilidad en el tiempo, previo consentimiento informado y autorización por parte de la profesora responsable de año de la carrera. La media de edad de los participantes fue de 23,3 años con una desviación estándar de 7,01 años. El 53% fueron mujeres (n=17) y el 47% fueron hombres (n=18). El 84% de la muestra estaba soltero (n=32), 13% casados (n=5) y 2,6% estaban divorciados (n=1). Todos los integrantes de la muestra estaban estudiando licenciatura en enfermería (n=38). La estabilidad interna, medida con el Coeficiente de Alfa de Cronbach, fue de 0,82 y el resultado del CCI para confiabilidad test-retest fue de 0,84. Una vez que se hizo el proceso de adaptación transcultural se envió a los autores originales (Anexo 20). Teniendo en cuenta estos resultados puede considerarse que la versión en español del cuestionario para medir autoeficacia para revelar la enfermedad y tener sexo seguro es confiable y válido para su uso en la investigación en el contexto cubano (Anexo 21).

2.1.5 Cuestionario para medir autoeficacia en el uso del condón masculino.

La escala para medir eficacia en el uso del condón, Condom uses self efficacy scale, más conocida internacionalmente por sus siglas en inglés (CUSES), se basa en el concepto de la autoeficacia. Por lo tanto, la misma mide la creencia en la habilidad personal para usar el condón. El instrumento tiene 28 ítems distribuidos en cuatro subescalas y ordenados de menor complejidad a mayor complejidad. Las cuatro subescalas miden autoeficacia en colocación del condón, uso del condón con la aprobación de la pareja, habilidad para persuadir a la pareja a usar el condón y uso del condón bajo influencia de drogas o alcohol (143). Este instrumento utiliza una escala de Likert para medir cada ítem, las respuestas toman valor de cero si la respuesta es "totalmente de acuerdo", uno si es igual a

“de acuerdo”, dos si es igual a “indeciso”, tres si es igual a “en desacuerdo” y cuatro si es igual a “en total desacuerdo”.

La escala CUSES en su validación mostró una consistencia interna alta, Alfa Cronbach 0,91 y una estabilidad en el tiempo adecuada 0,81 (143).

La traducción de este instrumento se realizó por los servicios de traducción del ESTI. La retro-traducción fue realizada por los mismos profesores que hicieron el proceso en los cuestionarios anteriores. En la retro-traducción los ítems que comienzan con la frase “I feel confident...” (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25 y 27) tuvieron diferentes resultados. En la traducción la frase “I feel confident” fue traducida al español “Tengo habilidad...”. Sin embargo en la retro-traducción fue traducida al idioma Inglés con la frase “I believe”. Esta frase se traduce al español como “Yo creo en...”. En el análisis de los profesores de idioma Inglés se decidió cambiarla por la frase en español “Tengo habilidad...” por ser más precisa y clara en el contexto cubano. El diccionario Océano (144) define el verbo “tener” como “capacidad y posesión de una cualidad...” La escala de autoeficacia para el uso del condón busca medir la capacidad para usar el condón en diferentes circunstancias, en este sentido la utilización del verbo “tener” ofrece mayor comprensión a las personas que responden los ítems de esta escala.

Otra de la modificación que se hizo fue con la palabra en inglés “assertive”. La misma fue traducida al español por “exigencia”. En la retro-traducción la palabra exigencia fue traducida por la palabra “requirement”. Basado en el análisis de los traductores, los dos términos no significan lo mismo, por lo que recomendaron la palabra “convinciente” y no la palabra “exigencia”. El diccionario Océano (144) define la palabra convincente como “capacidad de las personas para persuadir a alguien de hacer alguna cosa”. Teniendo en cuenta esta definición y el análisis realizado en la retro-traducción

los profesores de idioma Inglés recomendaron utilizar la palabra “convinciente”. Los otros ítems no fueron diferentes en la traducción y la retro-traducción.

En el análisis de los criterios de expertos, todos consideraron que los ítems del instrumento cumplían con el criterio “con componentes claramente definidos”. Sin embargo, tres de los expertos consideraron que el ítem 16 no cumplía con el criterio “derivables de datos factibles de obtener” ya que podría ser vergonzoso para los pacientes declarar sus preferencias sexuales en el cuestionario (Anexo 22). El ítem 27 fue eliminado ya que los cinco expertos consideraron que no cumplía con el criterio “suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables”. Según los expertos en este ítem se preguntaban situaciones semejantes a la del ítem 11. Las palabras “correctamente” y “exitosamente” tienen significados similares en la versión al español de la escala. Por lo tanto los expertos consideraron utilizar el ítem 11 debido a que el término “correctamente” describía mejor la capacidad de colocarse el condón (Anexo 23). En los otros ítems los expertos consideraron que se cumplía con los criterios de Moriyama.

Para el estudio piloto se realizó una investigación longitudinal descriptiva en el mismo periodo de tiempo y lugar que se efectuó la adaptación transcultural del cuestionario para medir conocimiento sobre herpes simple. También se trabajó con la misma muestra de estudiantes descritas en el proceso de adaptación del cuestionario anterior. Por lo tanto, los métodos empíricos, estadísticos y teóricos fueron los mismos que han sido utilizados y descritos en los procesos anteriores.

El coeficiente Alfa de Cronbach para la escala en español fue de 0,78. La estabilidad del cuestionario evaluada mediante el CCI en un intervalo de tiempo de 15 días fue de 0,73. La versión en español de la escala fue enviada al autor principal para su aprobación y permiso de publicación (Anexo 24).

Teniendo en cuenta los resultados descritos anteriormente, se considera que la versión en español del cuestionario para medir autoeficacia para el uso del condón es confiable y válida para su uso en cubanos y cubanas (Anexo 25).

2.2 Diseño para evaluar la eficacia del programa de intervención psicoeducativo.

Para la evaluación del programa psicoeducativo se realizó un diseño experimental. Los experimentos controlados son considerados por numerosos autores la regla de oro para obtener evidencias acerca de las causas y los efectos de determinado fenómeno (133) y en particular sobre la eficacia de un tratamiento o intervención. Tres características destacan los diseños experimentales, la manipulación de los sujetos que participan en el estudio, el uso de un grupo control y la aleatorización para asignar al azar los sujetos al grupo experimental o al grupo control. A continuación se describirán los pasos que se siguieron para la evaluación del programa psicoeducativo.

2.2.1 Lugar geográfico, criterios de elegibilidad y participantes.

La investigación se realizó en la consulta de ITS del policlínico Joaquín Albarrán situado en el municipio de Centro Habana en el periodo de enero 2009 a febrero del 2010. El universo o población objeto de estudio, estuvo constituido por los pacientes con diagnóstico clínico de herpes simple genital en general delimitado además por los siguientes criterios de inclusión: pacientes comprendidos entre 18 y 60 años de edad y voluntariedad en participar en la investigación. Con criterios de exclusión se encontraban las mujeres embarazadas, los pacientes con historia de diagnóstico de enfermedades psiquiátricas, uso de drogas, alcoholismo y pacientes con diagnóstico de otras ITS como sífilis, gonorrea, condiloma acuminado o VIH/SIDA.

De este universo se seleccionaron 65 participantes que acudieron a las consultas de ginecología, dermatología y de ITS del Policlínico Joaquín Albarrán. Para lograr la muestra se coordinó con los

ginecólogos, dermatólogos y enfermeras de las consultas en el mencionado policlínico para que citaran a los pacientes con diagnóstico clínico de HSG en los horarios establecidos en la investigación. Estos horarios fueron los lunes de 8 am a 4 pm, los miércoles de 1 pm a 4 pm y los jueves y viernes de 8 am a 4 pm. Otras de las estrategias utilizadas fue el anuncio en el programa mezcla de la emisora Radio Rebelde, los horarios que podían asistir las personas interesadas en participar en el estudio.

En las consultas establecidas se corroboraban los criterios de inclusión y se les daba un número a los incluidos por orden de llegada. Con este número se abría el sobre correspondiente donde se indicaba el grupo a que pertenecía el paciente (ver descripción de aleatorización en anexo 26)

Los miércoles de 8 am a 12 m y sábados de 9 am a 12 m se citaban los pacientes incluidos en el grupo de intervención para realizarle el programa psicoeducativo (Anexo 3). A los pacientes que entraban en el grupo control se les brindaba consejería cara a cara. La misma consistió en acciones dirigidas a promover el uso del condón, tener sexo seguro y brindar información a los pacientes sobre la enfermedad. Estas acciones se realizaban en una sola sesión que generalmente duraba de 30 a 45 minutos.

2.2.2. Intervención.

El programa psicoeducativo se realizó en seis sesiones separadas de 45 a 50 minutos cada una en un margen de siete a diez días. El equipo de investigación estuvo formado por tres enfermeras con más de diez años de experiencia en la atención de pacientes con infecciones de transmisión sexual y el autor de la tesis. Dependiendo de los resultados del perfil del estado de ánimo (puntuación entre 41-80) y de la valoración de los dos investigadores que realizaron el programa sobre el estado de ánimo de los pacientes, se comenzó en la primera sesión con las técnicas de adaptación psicológica

y se continuó en la segunda con la técnica para el control de la ira. Posteriormente se continuó con la sesión de conocimientos sobre la enfermedad, mientras que en la cuarta se trabajó con la autoeficacia en el uso del condón. En la quinta consulta se abordaron las técnicas para tener sexo seguro y en la sexta se realizaron acciones para incentivar el revelado de la enfermedad (Anexo 8). En caso de que los resultados del perfil del estado de ánimo tuvieran un valor mayor a 81 se coordinaba con el psicólogo o psiquiatra del policlínico para evaluación psicológica y psicoterapia. Después de las consultas con el psicólogo se realizó la segunda sesión y posteriormente se continuó sucesivamente con las otras etapas del programa (autoeficacia uso del condón, sexo seguro y revelado de la enfermedad). Si los resultados de la escala de estado de ánimo eran menores o iguales que 40, se comenzaba con la primera sesión de conocimiento. Posteriormente se realizaba la segunda y tercera sesión con las técnicas de adaptación psicológica, en la cuarta sesión se realizan las técnicas para incrementar la eficacia en el uso del condón, en la quinta etapa las técnicas para incrementar el sexo seguro y por último las técnicas para estimular la autoeficacia en el revelado de la enfermedad (Anexo 8). En caso de que en la sesión de conocimiento los pacientes necesitaban consulta con el dermatólogo, se coordinaba con el mismo y después se continuaba con las siguientes fases del programa (Anexo 8).

2.2.3 Procedimiento para incrementar la calidad de las mediciones.

Para incrementar la calidad de las mediciones se realizó la adaptación transcultural de los cuestionarios utilizados en la tesis y se demostró su validez y confiabilidad para su uso en el contexto cubano. También se impartió un taller a las investigadoras que participaron en el estudio sobre herpes simple genital, el uso de las escalas y acerca de los diseños experimentales. En el grupo experimental los cuestionarios se aplicaron antes de aplicar el programa y seis meses

después de la fecha de la primera consulta. En el grupo control se aplicaron los cuestionarios en la primera consulta y seis meses después, del mismo modo que en el grupo experimental.

2.2.4 Operacionalización de las variables de estudio.

Definición de la variable independiente

Programa de intervención psicoeducativo: Conjunto de acciones diseñadas, estructuradas y sustentadas conceptualmente en la teoría de la autoeficacia con el objetivo de disminuir el riesgo en la salud sexual y los problemas psicosociales en las personas con diagnóstico clínico de herpes simple genital. Anexo 27.

Definiciones de variables dependientes

Las dos variables principales de respuesta fueron las que hemos llamado riesgo en la salud sexual (RSS) y problemas psicosociales (PSS). Ambas están conformadas por subvariables que miden diferentes aspectos incluidos en ambos conceptos. La forma en que se conformaron las dos variables principales y las subvariables se describe a continuación.

Riesgo en la salud sexual: Se define como la unión de todos aquellos problemas de índole físico que influyen en el riesgo de presentar complicaciones y de transmitir la enfermedad en estos pacientes. En esta variable se incluyeron como subvariables la carga de la enfermedad, el conocimiento sobre la enfermedad, la autoeficacia en el uso del condón y la autoeficacia para tener sexo seguro.

Definición de subvariables de la variable riesgo de salud sexual.

Subvariable carga de la enfermedad: Es el conjunto de signos y síntomas que acompañaban la infección por herpes simple genital. En la misma se incluyeron el número de recurrencias en 6 meses, números de días que dura la lesión, dolor referido por el paciente, presencia de enrojecimiento en el área de la lesión y ardor también referido por el paciente. Para medir esta subvariable se utilizó el cuestionario para carga de la enfermedad (Anexo 28). A cada categoría que

componen esta subvariable se le asignaron valores que fluctuaron entre cero y 13. Mientras más alto el valor, mayor carga de la enfermedad manifestaban los pacientes.

Definición de las categorías que componen la subvariable carga de la enfermedad.

Número de recurrencias en seis meses: Número de veces que el paciente refirió tener las recurrencias en un periodo de tiempo de 6 meses. La persona señalaba con una cruz las opciones del número uno al seis o más de seis en cuadro situado al lado de cada número. Esta categoría se operacionalizó en tres niveles, severa, moderada y ligera. Cuando el paciente presentaba de cinco a seis recurrencias en seis meses se consideraba que eran severas, otorgándole un valor de tres puntos. Cuando el paciente presentaba de tres a cuatro recurrencias en seis meses se consideraba que eran moderadas, otorgándole un valor de dos puntos. Cuando el paciente presentaba de cero a dos recurrencias en seis meses se consideraba que eran ligeras otorgándole un valor de un punto.

Duración de la lesión: Número de días aproximados que la persona refiere le dura la lesión en el periodo de las recurrencias. La persona señalaba con una cruz las opciones menos de siete días, siete días o más de siete días en un cuadro situado al lado de cada opción. A la opción más de siete días se le asignó un valor de tres puntos, a la opción siete días un valor de dos puntos y a menos de siete días un valor de un punto.

Dolor referido por el paciente: Sensación desagradable y molesta que ocurre cuando la lesión por herpes simple genital está presente en piel o mucosa. La persona marcaba con una cruz si no tenía dolor, si el dolor era ligero, moderado o severo en el momento que presentaba la lesión. Cuando el paciente señalaba dolor severo, se le asignaba un valor de tres puntos, cuando señalaba dolor moderado dos puntos, al dolor ligero se le asignó un punto y al no dolor cero puntos.

Enrojecimiento de la lesión: Coloración rojiza presente en piel y mucosa que manifiestan los pacientes antes y durante la aparición de la lesión por herpes simple genital. Para esta investigación

si el encuestado tenía enrojecimiento, se le asignaba el valor de un punto y si no la presentaba se le otorgaba cero puntos.

Ardor: Sensación molesta que refiere la persona en forma de pinchazo de alfiler en el área donde brota la lesión. El paciente señalaba si no tenía presencia de ardor, o si el ardor era ligero, moderado o severo cuando manifestaba la lesión. Si el ardor era severo se le asignaba el valor de un punto, si el ardor era moderado se le otorgaba el valor de dos puntos, si el ardor era ligero se le asignaba el valor de un punto y si no tenía ardor se le concedía cero puntos.

Subvariable autoeficacia en el uso del condón masculino: Creencia en la capacidad personal para usar correctamente el condón, usarlo con la aprobación de la pareja, usar el condón bajo influencias de drogas y alcohol; y persuadir a la pareja de tener sexo con el preservativo.

A continuación se definen cada uno de los componentes de esta subvariable.

Uso del condón correctamente: Creencia en la capacidad de colocarse correctamente o colocar a la pareja el condón masculino.

Uso del condón masculino con la aprobación de la pareja: Creencia en la capacidad de usar el condón masculino si la pareja no está de acuerdo en usarlo.

Persuasión de la pareja: Creencia en la capacidad personal para convencer a la pareja a usar el condón masculino en diferentes situaciones.

Uso del condón bajo influencia de drogas y alcohol: Creencia en la capacidad personal de usar el condón masculino bajo el efecto de diferentes sustancias como el alcohol o drogas.

Para medir la subvariable eficacia en el uso del condón masculino se utilizó la versión en español de la escala para medir autoeficacia en el uso del condón masculino (Anexo 25). Esta escala presenta cuatro subescalas anteriormente mencionadas y que a continuación describiremos el número de ítems por cada subescala. Uso del condón correctamente: ítems (1, 2, 3, 7, 8, 11, 14, 15, 19, 20, 21,

22). Uso del condón masculino con la aprobación de la pareja: ítems (9, 10, 16, 17, 18). Persuasión de la pareja: ítems (4, 5, 6, 12, 13, 25, 26). Uso del condón con influencias de alcohol y drogas: ítems (23, 24). Los valores de esta escala oscilaron entre cero y 104, mientras más alto el resultado de la escala mayor autoeficacia en el uso del condón.

Subvariable conocimientos sobre el herpes simple genital: Conocimientos de las personas con diagnóstico clínico de herpes simple genital sobre su enfermedad. Para medir esta variable se utilizó la versión al español de la escala sobre conocimiento sobre herpes simple (Anexo 21). Los valores de esta escala pueden oscilar entre el 0% y el 100% de resultados correctos. Mientras más alto el valor, mayor conocimiento sobre herpes simple manifestaban los pacientes.

Subvariable autoeficacia para tener sexo seguro: Creencia en la capacidad para realizar prácticas sexuales donde no se permita que los fluidos corporales penetren o se pongan en contacto con la piel o mucosa de la pareja. Para medir la subvariable autoeficacia para el sexo seguro se utilizó la versión en español de los ítems dos y tres de la escala de autoeficacia para tener sexo seguro y revelar la enfermedad (Anexo 16). Los resultados de estos dos ítems oscilaron entre cero y 60. Mientras más alto el valor, mayor autoeficacia para tener sexo seguro.

Variable dependiente problemas psicosociales: Son todos aquellos problemas que experimentan las personas con diagnóstico clínico de herpes genital de índoles psicológicos y sociales. En esta investigación se encuentran incluidas las variables estado de ánimo y la autoeficacia para revelar la enfermedad (Anexo 27).

Subvariable estado de ánimo: El estado de ánimo puede predisponer la atención, afectar como los eventos son interpretados, organizados cognitivamente y retomados de la memoria (28). Para medir el estado de ánimo se utilizó la versión en español del cuestionario para medir estado de ánimo que cuenta con 61 ítems. La versión cubana del perfil de estado de ánimo cuenta de seis subescalas que

miden depresión (19 ítems), ira o cólera (siete ítems), ansiedad (ocho ítems), confusión (cinco ítems), fatiga (cinco ítems) y vigor amistad (17 ítems) (Anexo 13). En esta escala los valores oscilaron entre cero y 244, mientras mayor era su puntuación mayores eran las alteraciones en el estado de ánimo.

Definiciones de las categorías que componen la subvariable estado de ánimo.

Depresión: Bajo sentido de autoeficacia para desarrollar relaciones interpersonales y hacer frente a los efectos adversos de estresores crónicos (28). Los calificativos que se incluyeron en esta subescala fueron: desconcertado, miserable, culpable, desesperanzado, amargado, indefenso, despreciable, inseguro de las cosas, desesperado, arrepentido, desalentado, indigno, infeliz, solo, aterrado, confundido, triste, deprimido y engañado.

Ansiedad: Aprehensión anticipatoria sobre posibles sucesos destructivos (28). Los calificativos que se incluyeron en esta subescala fueron: nervioso, intranquilo, inquieto, con los nervios de punta, tenso, ansioso, relajado, agitado.

Ira: Representa un sentimiento de ira y antipatía hacia los demás (145). Los adjetivos que se incluyeron fueron: malhumorado, furioso, enojado, fastidiado, resentido, rencoroso, irritable y rebelde.

Confusión: Se caracteriza por desorientación y multiplicidad de pensamiento (145). Se incluyeron los siguientes calificativos: lento, despreocupado, indiferente, olvidadizo e incapaz para concentrarse.

Fatiga: Es una sensación de falta de energía, de agotamiento o de cansancio (145). Se abarcaron los calificativos: fatigado, agotado, hecho polvo, cansado, exhausto.

Vigor: Estado de ánimo de vigorosidad, euforia y energía elevada (145). En esta subescala se englobaron los calificativos: lleno de vida, muy activo, vigoroso, listo para pelear, activo, alegre,

animado, alerta, eficaz, muy nervioso, considerado, comprensivo, de buen carácter, confiado, amistoso, amable y lúcido.

Subvariable autoeficacia en el revelado de la enfermedad: Es la creencia en la capacidad para revelar la enfermedad a la pareja. Esta subvariable se midió mediante el primer ítem de la escala para medir revelado de la enfermedad y sexo seguro (Anexo 16). Su puntuación fluctuó entre cero y 30, mientras mayor fue la puntuación mayor autoeficacia para revelar la enfermedad.

2.2.5 Tamaño de la muestra.

El tamaño muestral del estudio se decidió principalmente por análisis de factibilidad, es decir que se contaba con tiempo y recursos para incluir alrededor de 30 pacientes en cada grupo. No se contaba al inicio con conocimiento sobre el comportamiento de las variables principales descritas antes que permitiera calcular el tamaño de muestra necesario. No obstante, se conoce que una muestra de 30 pacientes por grupo, es suficiente para lograr una potencia cerca de 80% en la detección de una diferencia de una desviación estándar en la diferencia de medias estandarizadas entre grupos.

2.2.6 Generación de secuencia, ocultamiento de la asignación y enmascaramiento.

Basado en la tabla de asignación aleatoria (Anexo 26), que fue confeccionada por el bioestadístico (Hospital Hermanos Ameijeiras), se confeccionaron números en cartones a los cuales eran doblados, presillados y guardados en un sobre. Una vez corroborados los criterios de inclusión se le proporcionaba el consentimiento informado (Anexo 29). A los pacientes que consentían entrar en el estudio se les asignaba un código por orden de llegada a la consulta. En dependencia del código asignado se buscaba a qué grupo era asignado aleatoriamente en el sobre.

A ambos grupos una de las investigadoras le administraba los cuestionarios y atendían cualquier duda que necesitaban aclarar los pacientes. En caso de que el individuo fuera asignado al grupo

experimental se les citaba para el miércoles o el sábado para participar en el programa de intervención psicoeducativo (Anexo 3). En caso de ser asignado al grupo control se les brindaba consejería cara a cara durante una sesión que duraba de 30 a 45 minutos y se citaban 6 meses después de la consulta realizada.

La investigadora que abría el sobre de asignación era distinta a la persona que administraba los cuestionarios. Con esta técnica se pretendió enmascarar al evaluador. Con el establecimiento de horarios y días diferentes para los pacientes que eran asignados al grupo experimental, se pretendió disminuir posibles contactos entre las personas que recibían el tratamiento para evitar contaminaciones de los resultados.

2.2.7 Procesamiento y análisis estadístico de los resultados.

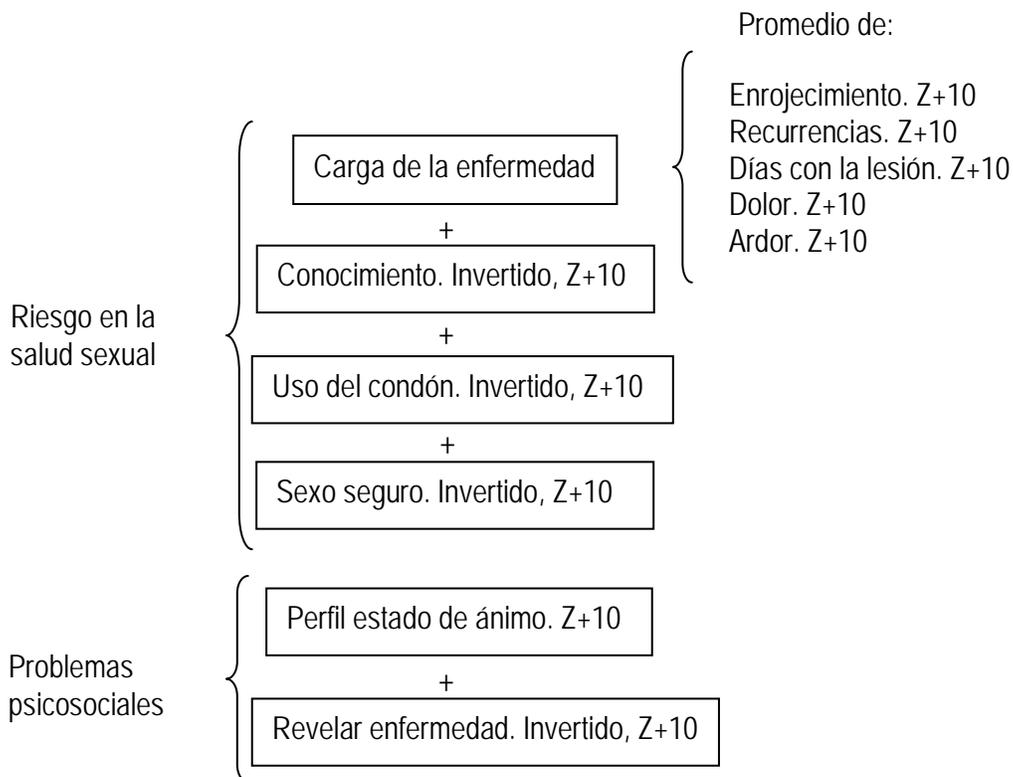
Para la formación de las dos variables de respuesta principales (riesgo de salud sexual y problemas psicosociales) que se utilizaron en el análisis, fue necesario emplear algunos recursos estadísticos. Ambas variables debían conformarse con la unión de varias subvariables y éstas estaban medidas con escalas diferentes. Estas subescalas además no tenían todas el mismo sentido, es decir, en algunas el aumento de la escala señalaba una mejoría y en otras el aumento señalaba un empeoramiento. De modo que, en primer lugar se decidió invertir las subvariables necesarias para que todas señalaran el mismo sentido y en segundo lugar, estandarizar todas las subvariables y así tener subvariables medidas en escalas similares. Se suponía que no había diferencias en la importancia de las subvariables y por tanto todas tendrían igual peso en la suma final. Para evitar valores negativos se cambió el punto medio de la distribución de las variables estandarizadas sumando 10 unidades a cada una, quedando así las subvariables reescaladas.

El proceso se realizó de la siguiente manera, las escalas a las cuales se le invirtieron los valores fueron conocimiento sobre la enfermedad, autoeficacia para el uso del condón, sexo seguro y

autoeficacia para revelar la enfermedad. Una vez invertido estos valores se estandarizaron mediante

la fórmula $Z = \frac{x - \bar{x}}{s}$. Posterior a la estandarización se le sumó 10 a estos resultados.

En el caso de la subvariable de la variable riesgo en la salud sexual denominada "carga de la enfermedad", que a su vez está formada por cinco subvariables más, se empleó el mismo procedimiento de estandarización y suma de 10 unidades a cada una de las subvariables pero no fue necesario invertir los valores ya que a mayor el resultado de esta escala mayor era el riesgo de salud sexual. La subvariable carga de la enfermedad estuvo formada por el promedio de las subvariables, pues no todos los pacientes tenían una medida de cada subvariable ya que dos de éstas no son aplicables a pacientes que debutan con la enfermedad (recurrencias y días con la lesión). Esta formación de las variables finales se resume en el esquema siguiente.



Para el análisis estadístico de los datos demográficos y basales se evaluó si había diferencias entre ambos grupos. Se utilizó la t de Student para las variables cuantitativas y el test de Chi cuadrado para las cualitativas. En el caso de la subvariable estado de ánimo, el análisis de los resultados no reescalados se hizo de forma independiente para las escalas depresión, ira, ansiedad, confusión y fatiga. Por otro lado para las escalas vigor y amistad. Este análisis separado del estado de ánimo respondió al interés del autor para valorar el comportamiento de los estados de ánimos que influían de forma favorable de los que lo hacían de forma desfavorable.

Para el análisis estadístico del efecto del programa psicoeducativo se compararon los cambios (antes – después) de cada variable entre los grupos con la t de Student para muestras independientes, ya que el efecto del tratamiento se mide como la diferencia entre los grupos con respecto al cambio promedio que se produce en las dos variables principales. Se empleó la corrección de la t de Student para varianzas desiguales (test de Welch) en caso de que se rechazara la hipótesis de igualdad de varianzas entre grupos. Los datos se procesaron en el programa estadístico SPSS versión 13.0.

El tamaño del efecto se estimó con la diferencia entre los cambios (antes – después) entre los grupos. Se calculó también el tamaño del efecto estandarizado, dividiendo cada tamaño de efecto entre su desviación estándar.

Los resultados se analizaron también aplicando el principio de la intención de tratar. Para la aplicación este principio se empleó el procedimiento llamado “arrastre del último valor observado” (Last value carried forward, LVCF, en inglés). Los pacientes que no acudieron a la visita final se analizaron tomando como valor observado el valor inicial de las variables evaluadas.

2.2.8 Aspectos éticos.

La investigación incluyó sujetos humanos por lo que se tomarán en cuenta los siguientes principios básicos para la protección de los derechos humanos de los pacientes incluidos en el estudio.

El respeto a la autodeterminación: Basado en el principio de respeto hacia las personas, los pacientes fueron tratados como personas autónomas quienes tuvieron la posibilidad de elegir participar en el estudio o no, sin presiones externas, una vez que se les había brindado la información necesaria sobre la investigación (Anexo 29).

Respeto a la privacidad y a la dignidad: Los pacientes tuvieron la libertad de determinar el tiempo y las circunstancias en las cuales la información privada era compartida u ocultada a otros.

Respeto al anonimato y a la confidencialidad: La identidad de los pacientes así como la información que ellos aporten no fue revelada o divulgada. Esta información fue de manejo solo del investigador principal y los investigadores asociados. Por último, se tuvo en cuenta el derecho a un tratamiento apropiado; basado en el principio de justicia, los pacientes aleatorizados en el grupo control se les realizó el programa psicoeducativo después de realizada la segunda medición.

2.2.9 Conclusiones del capítulo.

La entrevista en profundidad así como el taller de reflexión crítica y participación colectiva sustentaron al diseño del programa de intervención psicoeducativo. Mediante el proceso de adaptación transcultural se demostró la validez y confiabilidad de los cuestionarios utilizados.

Mientras que las estrategias explicadas y utilizadas en el estudio experimental permitieron evaluar su eficacia. Por lo tanto, el empleo de estas estrategias y la adaptación transcultural de los cuestionarios incrementaron la validez interna del estudio experimental.

CAPÍTULO 3. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVO

El capítulo se ha estructurado en dos epígrafes que dan respuesta al segundo objetivo específico de la tesis. En el primer epígrafe se explican los resultados del estudio experimental y en el segundo epígrafe se analizan los resultados obtenidos en el contexto de la evidencia disponible sobre el tema, así como la validez externa del estudio de intervención. Los objetivos de este capítulo son:

- 1-Exponer los resultados del estudio experimental.
- 2-Interpretar los resultados obtenidos en el estudio experimental.
- 3-Comparar los resultados obtenidos en el contexto de la evidencia disponible.
- 4-Analizar la validez externa del estudio experimental.

3.1 Resultados.

3.1.1 Flujo de pacientes.

Procedentes de la información recibida de la emisora de radio se recibieron 15 pacientes. Procedente de la consulta de dermatología del policlínico Joaquín Albarran ocho pacientes. Procedentes de las consultas de ITS del municipio 32 pacientes y procedentes de la consulta de ginecología del mencionado policlínico 19 pacientes. De los 74 pacientes evaluados por elegibilidad nueve fueron excluidos, de ellos tres tuvieron falso diagnóstico, uno era mayor de 60 años y dos eran HIV positivos. Los otros tres pacientes no aceptaron participar en la investigación (Anexo 30).

Posterior a estas pérdidas 65 pacientes fueron aleatorizados, 33 en el grupo experimental y 32 en el grupo control. En el grupo experimental hubo siete pérdidas de seguimiento, tres pacientes no siguieron el protocolo, dos cambiaron de dirección y dos no se pudieron localizar. En el grupo control

hubo dos pérdidas de seguimiento, uno adquirió infección por papiloma virus y uno no se pudo localizar. Anexo 30.

3.1.2 Reclutamiento.

El primer paciente se recibió el lunes 12 de febrero del 2009. Seguidamente se estuvieron reclutando pacientes hasta el viernes 25 de septiembre del año 2009. A partir del 17 Junio no se reclutaron casos ya que coincidieron para impartir el programa psicoeducativo en el mes de agosto y uno de los investigadores no estuvo disponible. El siete de septiembre se comenzaron a reclutar pacientes nuevamente hasta el miércoles 30 de septiembre. En esta fecha se terminó con el proceso de reclutamiento y se continuó con el proceso de seguimiento de pacientes hasta el sábado tres de abril del 2010.

3.1.3 Datos demográficos en el grupo experimental y el control.

La media de edad se comportó en ambos grupos de forma similar. Para el grupo experimental fue de 27,94 años mientras que para el grupo control fue de 27,66 (Tabla 1). La diferencia de edad no fue significativa entre ambos grupos ($t=0,158$ y $gl=63$ $p=0,753$). Del mismo modo se mostró la variable tiempo con la enfermedad, para el grupo experimental 2,11 años como promedio y para el grupo control 2,60. Tampoco se aprecian diferencias significativas entre ambos grupos (Tabla 1).

Referente al sexo, las mujeres predominaron en el estudio, ocupando un 63,6% $n=21$ en el grupo experimental y 53,6% $n=18$ en el grupo control. Las diferencias no fueron significativas entre ambos grupos ($X^2=0,369$ $gl=1$ $p=0,543$). En la variable estado civil los solteros ocuparon el mayor número para un 75,8% $n=25$, seguidos de los casados con un 18,2% $n=6$. De igual forma se comportó el grupo control con un 78,1% $n=25$ de solteros y 18,8% $n=6$ de pacientes casados (Tabla 1).

En la variable nivel educacional, predominaron los pacientes con 12 grado de escolaridad en ambos grupos. No obstante, en el grupo control hubo mayor por ciento de pacientes con nivel universitario

que en el grupo experimental pero no hubo diferencias estadísticamente significativas entre grupos respecto a esta variable ($\chi^2=3,455$ gl=2 $p=0,178$). De modo que ambos grupos se comportaron de manera homogénea en las variables demográficas.

Tabla 1 Datos basales. Características demográficas en el grupo control y el grupo experimental.

Variables demográficas	Grupo experimental		Grupo control		Prueba estadística
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	
Edad en años	27,94	(6,75)	27,66	(7,69)	t=0,158 gl=63 p=0,753
Tiempo con la enfermedad	2,11	(3,56)	2,60	(3,80)	t= -0,525 gl= 63 p=0,626
	n	%	n	%	
Sexo					$\chi^2=0,369$ gl=1 p=0,543
Mujeres	21	63,6%	18	53,6%	
Hombres	12	36,4%	14	43,8%	
Estado civil					$\chi^2= 0,318$ gl=2 p=0,853
Solteros	25	75,8%	25	78,1%	
Casados	6	18,2%	6	18,8%	
Divorciados	2	6,1%	1	3,1%	
Viudos	0	0	0	0	
Nivel educacional					$\chi^2=3,455$ gl=2 p=0,178
Universitario	6	18,2%	9	28,1%	
Técnico Medio	13	39,4%	6	18,8%	
12 grado	14	42,4%	17	53,1%	

3.1.4 Datos basales del grupo experimental y el grupo control en las variables dependientes.

En la tabla 2 se observa como el comportamiento fue similar en las variables dependientes para ambos grupos en la primera medición. En la variable riesgo de salud sexual, la media para el grupo experimental fue de 39,78 mientras que para el grupo control fue de 40,31. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Del mismo modo, en la variable problemas psicosociales la diferencia no fue estadísticamente significativa (t=0,15 gl=63 p=0,882)

Tabla 2 Comparación entre los grupos en el momento inicial. Variables dependientes principales.

Variables dependientes	Experimental (n=33)		Control (n=32)		Prueba estadística
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	
Riesgo de salud sexual	39,78	2,89	40,31	1,80	t=0,88 gl=63 p=0,383
Problemas psicosociales	19,97	1,60	20,03	1,43	t=0,15 gl=63 p=0,882

En el análisis de las subvariables que componen la variable dependiente riesgo de salud sexual tampoco se observan diferencias significativas. En este sentido, la media de los promedios de los valores reescalados para la subvariable carga de la enfermedad fue de 10,02 para el grupo experimental. Mientras que para el control fue de 10,07 (Tabla 3).

De igual forma se comportaron las subvariables conocimiento sobre la enfermedad, autoeficacia para el uso del condón y autoeficacia para tener sexo seguro. En estas tres subvariables no se aprecian diferencias significativas en los datos iniciales en ambos grupos (Tabla 3).

Tabla 3 Comparación entre los grupos en el momento inicial. Subvariables que componen la variable dependiente riesgo en la salud sexual reescaladas.

Subvariables	Experimental (n=33)		Control (n=32)		Prueba estadística
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	
Carga de la enfermedad	10,02	0,67	10,07	0,45	p=0,763
Conocimiento sobre enfermedad	9,85	1,05	10,15	0,94	p=0,234
Autoeficacia en el uso del condón	10,02	1,05	9,98	0,96	p=0,903
Autoeficacia	9,89	1,16	10,11	0,81	p=0,384

para tener sexo
seguro

En la tabla 4 se describe el comportamiento de las subvariables reescaladas que forman parte de la variable dependiente problemas psicosociales en la primera medición. De igual forma que en las subvariables anteriores, no se observan diferencias significativas en el estado de ánimo, tampoco en la autoeficacia para revelar la enfermedad. Inclusive en esta última subvariable, los valores fueron iguales para ambos grupos.

Tabla 4 Comparación entre los grupos en el momento inicial. Subvariables que componen la variable dependiente problemas psicosociales reescaladas.

Subvariables	Experimental (n=33)		Control (n=32)		Prueba estadística
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	
Estado de ánimo	9,97	1,06	10,03	0,95	p=0,993
Autoeficacia para revelar enfermedad	10,00	1,02	10,00	1,00	p=0,829

Con vistas a obtener una comprensión más clara y un mayor nivel de certeza en los resultados obtenidos, se comparó el comportamiento de los resultados de las subvariables que forman ambas variables dependientes en el momento inicial en su forma original. Como se observa en la tabla 5, todas las subvariables se comportaron de forma homogénea en ambos grupos. Es importante señalar que el conocimiento sobre la enfermedad estuvo deficiente en ambos grupos con medias para el grupo experimental de 32,79 y 28,69 para el control. De igual forma la autoeficacia para tener sexo seguro mostró valores bajos en el grupo experimental (26,82) y en el control (24,16). Sin

embargo, los participantes de ambos grupos tuvieron una alta autoeficacia en el uso del condón (80,18 experimental y 80,59 control).

Referente a los problemas psicosociales, en la subvariable estado de ánimo para la depresión, ira, ansiedad, confusión y fatiga no se mostraron alteraciones considerables. En el grupo experimental la media fue de 36,97 mientras que para el grupo control fue de 35,19 (Tabla 5). No obstante, los pacientes manifestaron bajos niveles de autoeficacia para revelar la enfermedad en ambos grupos.

Tabla 5 Comparación entre los grupos en el momento inicial. Resultado no reescalados de las subvariables que conforman la variable riesgo en la salud sexual y problemas psicosociales.

Subvariables del riesgo en la salud sexual	Experimental			Control			Prueba estadística
	\bar{x}	σ	n	\bar{x}	σ	n	
Conocimiento sobre enfermedad antes	32,79	14,52	3	28,69	12,95	3	t = - 0,123 gl=63 p=0,407
Autoeficacia en el uso del condón antes	80,18	14,10	3	80,59	12,90	3	t=1,200 gl= 63 p=0,365
Autoeficacia para tener sexo seguro antes	26,82	14,13	3	24,16	9,92	3	t= -0,47 gl=62 p=0,253
Subvariables de los problemas psicosociales	\bar{x}	σ	n	\bar{x}	σ	n	Prueba estadística
Estado de ánimo para depresión, ira, ansiedad, confusión y fatiga.	36,97	12,71	3	35,19	14,78	3	t=0,522 gl= 63 p=0,691
Estado de ánimo para vigor y amistad	29,15	9,52	3	26,38	8,02	3	t=1,270 gl=63 p=0,631
Autoeficacia para revelar enfermedad	2,73	4,19	3	2,72	4,13	3	t=-0,045 gl= 62 p=0,791

3.1.5 Comparación de las diferencias entre ambos grupos.

La eficacia del programa de intervención psicoeducativo se evaluó a través de la comparación de los grupos con respecto al cambio alcanzado (antes- después). Se responde así a la pregunta de ¿En

cuál de los grupos se logró mayor cambio? Se calculó entonces el tamaño del efecto a través de la diferencia entre los grupos respecto al cambio que se produce en las variables dependientes principales y en las subvariables reescaladas. Para las subvariables se evaluó también el tamaño del efecto en su forma original. En ambos casos el tamaño del efecto se estimó también de forma estandarizada, de modo que se pudieran comparar las distintas variables de respuesta con respecto al tamaño del efecto logrado.

En la tabla 6 se describe el tamaño del efecto de las variables dependientes. En este sentido, el tamaño del efecto estandarizado se muestra mayor para el riesgo en la salud sexual que para los problemas psicosociales (6,34 vs 1,2). Para ambas variables dependientes principales, el tamaño del efecto fue estadísticamente significativo.

Tabla 6 Tamaño del efecto del programa de intervención psicoeducativo en las variables dependientes principales y subvariables reescaladas.

Variables y subvariables (antes-después)	Diferencia de medias (tamaño del efecto)	p	Intervalo de confianza del 95% para el tamaño del efecto		Tamaño del efecto estandarizado
Riesgo salud sexual	4,44	<0,001	3,54	5,35	6,34
Problemas psicosociales	0,88	<0,001	0,48	1,28	1,20
Carga enfermedad	0,39	<0,001	0,20	0,58	2,07
Conocimiento enfermedad	1,76	<0,001	44,50	59,76	2,54
Autoeficacia uso condón	1,15	<0,001	0,97	1,33	8,17
Autoeficacia sexo seguro	1,15	<0,001	0,71	1,59	3,29
Autoeficacia revelar enfermedad	0,23	0,072	-0,02	0,49	1,35
Perfil de estado de ánimo	0,63	0,001	0,27	0,99	0,85

Respecto a la evaluación del tamaño del efecto estandarizado de las subvariables reescaladas de forma separada. La tabla 6 muestra como la influencia del programa fue mayor para la autoeficacia para el uso del condón, en la práctica del sexo seguro y en el conocimiento sobre la enfermedad

(8,17 vs 3,29 vs 2,54). En la autoeficacia para revelar la enfermedad el efecto del programa fue reducido (1,35 en tamaño de efecto estandarizado) y no resultó significativo la diferencia entre ambos grupos ($p=0,072$). El perfil de estado de ánimo tuvo el menor efecto estandarizado pero si fue significativa la diferencia entre los grupos.

Como resultante de las diferencias de medias de las subvariables no reescaladas entre los grupos, se puede observar que las subvariables con mayores cambios fueron la autoeficacia para el uso del condón, el conocimiento sobre la enfermedad y la autoeficacia para tener sexo seguro. La autoeficacia para el uso del condón mostró una mejoría que resultó ser de 15 puntos más que en el grupo control y el conocimiento cambió 52 puntos más en el grupo control que en el grupo experimental, le siguió la práctica del sexo seguro con 17 puntos más de cambio en el grupo experimental que en el control (Tabla 7).

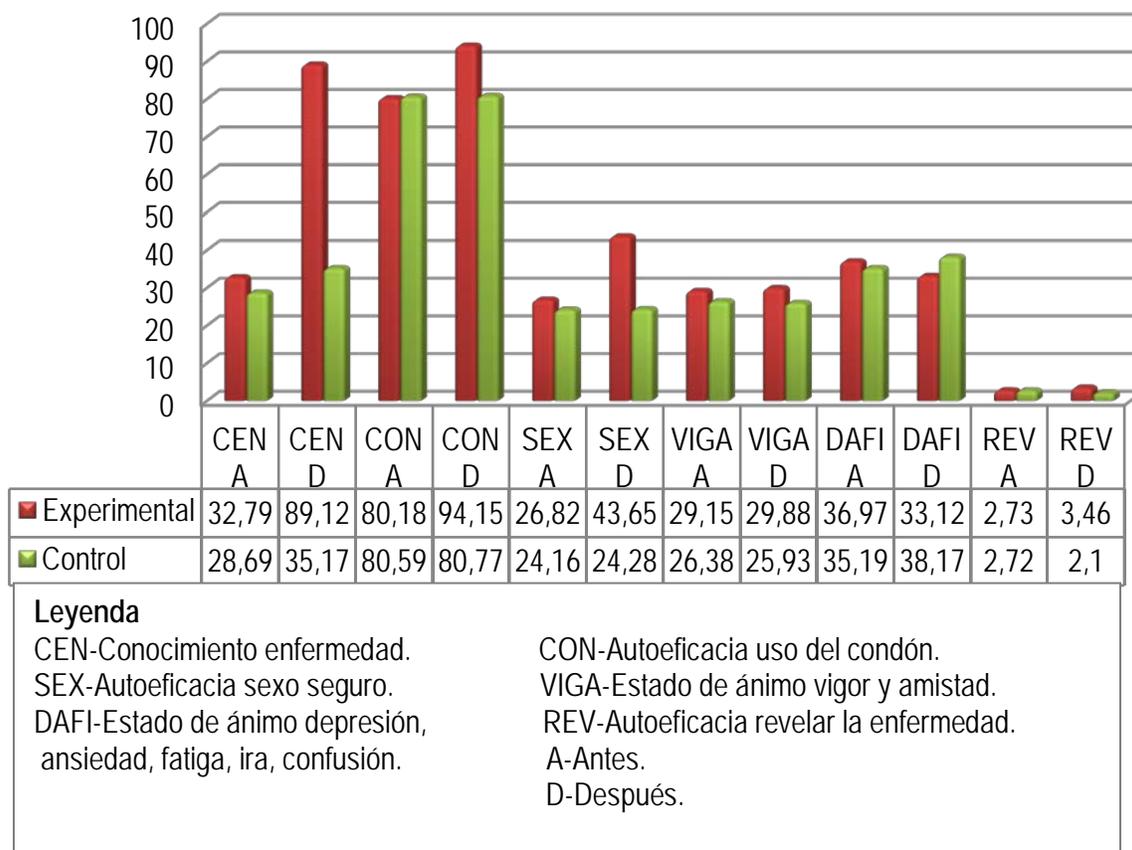
Tabla 7 Resultados de las diferencia de medias entre el grupo experimental y el control para los cambios en las variables originales.

Variables y subvariables (antes-después) ¹	Diferencia de medias (tamaño del efecto)	p	95% intervalo de confianza para el tamaño del efecto		Tamaño del efecto estandarizado
Conocimiento enfermedad	52,13	<0,001	44,50	59,76	6,33
Autoeficacia uso condón	15,38	<0,001	12,94	17,83	8,15
Autoeficacia sexo seguro	16,60	<0,001	11,15	22,04	4,03
Perfil de estado de ánimo depresión, ira, confusión, fatiga y ansiedad	9,35	<0,001	4,96	13,75	1,04
Perfil del estado de ánimo vigor y amistad	1,50	0,324	-1,52	4,52	0,24
Autoeficacia revelar enfermedad	0,87	0,089	-0,14	1,89	1,13

Los cambios en el perfil de estado de ánimo en cuanto a vigor y amistad y la autoeficacia para revelar la enfermedad no mostraron diferencias significativas entre grupos (Tabla 7).

En el gráfico 1 se muestran los valores de las variables originales antes y después y permite por tanto observar mejor el cambio en cada grupo y las diferencias. El grupo intervenido incrementó el conocimiento sobre la enfermedad de 32,79% a 89,12%. La autoeficacia para el uso del condón mejoró de 80,18 a 94,15 y la autoeficacia para tener sexo seguro aumentó de 26,82 a 43,65, mientras que en el grupo control se mantuvo igual. En cambio, en las subvariables del estado de ánimo y autoeficacia para revelar la enfermedad, las mejoras fueron limitadas. A pesar de que se aprecia que la depresión, la ira, la fatiga, la ansiedad y la confusión disminuyeron de 36,97 a 33,12 en el grupo experimental, y se mantuvieron a un nivel más elevado en el grupo control (38,17).

Gráfico 1 Resultado del grupo experimental y control en las subvariables estudiadas originales.



3.1.6 Resultados del análisis por intención a tratar.

La tabla 8 muestra los resultados aplicando el principio del análisis por la intención de tratar con el procedimiento de "último valor llevado hacia delante". No se observan diferencias notables entre estos resultados y los de la tabla 6 donde se exponen los resultados de los pacientes realmente evaluados antes y después. Entre paréntesis se exponen los resultados del tamaño del efecto estandarizado con los pacientes realmente evaluados en la última columna de la tabla.

Tabla 8 Resultados del análisis por la intención de tratar estandarizado.

Variabes	t	gl	p	Diferencia de medias	Tamaño del efecto estandarizado
Riesgo salud sexual antes - después	9,02	41,63	<0,001	3,71	4,31 (6,34)
Carga enfermedad antes-después	4,11	44,45	<0,000	0,33	1,83 (2,07)
Conocimiento antes-después	6,47	53,44	<0,000	1,50	2,17 (2,54)
Uso condón antes-después	11,01	41,18	<0,000	0,98	5,76 (8,17)
Sexo seguro antes-después	5,37	41,04	<0,000	0,97	2,69 (3,29)
Problemas psicosociales antes - después	4,23	63,00	<0,000	0,73	1,04 (1,2)
Estado de ánimo antes-después	3,38	63,00	0,001	0,53	0,74 (0,85)
Revelado antes-después	1,89	37,67	0,067	0,19	1,19 (1,35)

3.2 Discusión de la evaluación del programa de intervención psicoeducativo.

3.2.1 Discusión de los resultados demográficos.

Los resultados de las variables demográficas fueron similares a los mostrados en otras investigaciones. Por ejemplo, Dolar, Serdaroglu, Yilmaz y Ergin (48) declararon un rango de edad de 26 a 30 años en un estudio de seroprevalencia al VHS-2 en Turquía. Sasadeusz, Kent, Devenish, Hocking y Garland (46) manifestaban una media de 29 años en otra investigación sobre seroprevalencia al VHS-2 en Melbourne Australia. He, Cao, Yin, Gao, Zhang y Detels (43) reportaban un rango de edad de 26 a 35 años en inmigrantes chinos en Shanghai, mientras que el sistema de información de enfermedades de declaración obligatoria del MINSAP reporta un rango de edad de personas con herpes simple genital de 25 a 59 años.

En el análisis de la variable sexo, las mujeres tuvieron un mayor porcentaje en la muestra seleccionada. Este resultado coincide con otros estudios ya que el herpes genital tiene una mayor prevalencia en el sexo femenino que en el masculino (35, 41, 146-150). En la variable estado civil, la muestra estuvo constituida mayoritariamente por pacientes solteros, este resultado coincide con las evidencias aportadas por diferentes autores. El herpes simple genital es más común en personas solteras que en las casadas (1, 45, 151). En cuanto al nivel educacional los resultados denotan un mayor número de pacientes con 12 grado de escolaridad. En las investigaciones revisadas se observan diferentes resultados respecto a esta variable. Por ejemplo, una investigación en Australia muestra una mayor incidencia en las mujeres con bajo nivel educacional (152). Un estudio piloto en estudiantes universitarios en Estados Unidos denota una baja seroprevalencia al VHS-2 (153). Sin embargo, Malvy et al (154) reportan una alta prevalencia de la enfermedad en personas con alto nivel educacional y Sizemore, Lakeman, Whitley, Hughes y Hook (45) no encontraron el nivel educacional como factor asociado a la infección de VHS-2.

3.2.2 Discusión de los resultados basales de las variables dependientes.

Para el discusión de la variable riesgo en la salud sexual se realizará la interpretación de los resultados de las subvariables que la componen. La subvariable carga de la enfermedad tuvo un comportamiento similar a lo descrito en la literatura consultada (13, 16, 51). Los pacientes con menor tiempo con la enfermedad manifestaron mayores alteraciones que los de mayor tiempo de evolución (67, 89, 155-157).

La autoeficacia para el uso del condón fue alta en ambos grupos en la primera medición. Este resultado tiende a ser contrapuesto, debido a que si estos pacientes refieren una alta eficacia para el uso del condón: ¿Cómo entonces adquirieron la enfermedad? Esta interrogante desata otras preguntas a las cuales se les debe dar respuesta. En primer lugar: ¿La escala empleada realmente predice el uso del condón? En segundo lugar: ¿Las características de la muestra estudiada influye en este resultado? En tercer lugar: ¿Es efectivo el uso del condón en la disminución de la transmisión del herpes simple genital?

Para dar respuesta a la primera interrogante se analizaron algunos estudios que indican que la teoría de la autoeficacia y su aplicación en el uso del condón predice con una alta probabilidad la respuesta del individuo a usarlo. En este sentido Casey, Timmermann, Allen, Krahn y LaPlant (158) demostraron que hay una correlación positiva entre la eficacia para el uso del condón y la probabilidad de que el individuo realmente lo use. En otra investigación realizada con afroamericanos seropositivos al VIH se muestra una correlación positiva entre la autoeficacia para el uso del condón y la utilización de este método por los pacientes seleccionados (159). Por otra parte, Asante y Doku (160) encontraban que la adaptación transcultural de la escala original en Ghana mostraba una excelente validez predictiva con el uso del condón en la última relación sexual. También los autores de la escala original demostraron que la puntuación de la misma era más alta en personas que usaban el condón, en sujetos con experiencia sexual y personas que lo utilizaban

como método anticonceptivo (143). En opinión del autor la escala empleada en la investigación predice realmente la utilización del condón masculino y por tanto no es éste un factor que influya en el resultado obtenido.

En la discusión de la segunda interrogante se considera que la muestra estuvo compuesta por pacientes con algunos años de diagnóstico de la enfermedad y que pudieron estar recibiendo en algún momento consejería. La muestra incluyó pacientes que eran atendidos en la consulta de ITS del policlínico donde se realizó la investigación. Esto puede ser un factor determinante en el resultado obtenido, teniendo en cuenta que la evidencia consultada declara que las personas con ITS manifiestan una eficacia baja para el uso del condón (143, 158-162). No obstante, en la literatura consultada cubana no se encontraron investigaciones que describan el uso del condón en personas con herpes simple genital. En este sentido las investigaciones consultadas fueron realizadas en grupos de alto riesgo, y los resultados son contradictorios. Por ejemplo González, Hoyos, Martínez, González y Lama (163) manifiestan que el 88,7% de estudiantes de preuniversitario encuestados usaban el condón como método para prevenir las ITS. Nápoles, Díaz y Miranda (164) revelan que el 97,9% de los jóvenes en una institución cerrada usaban el condón como método para protegerse de las ITS-VIH/SIDA. Cortés, Marleidys, García, Mezquía y Pérez (165) manifiestan que el método anticonceptivo mayormente utilizado para ambos sexos fue el condón en jóvenes de Centro Habana. En cambio González, Nuñez, Couturejuzon y Amable (166) declaran que el 54,6% de adolescentes no usaba este método en su primera relación sexual y aproximadamente el 50% refirió usarlo solo ocasionalmente tanto en relaciones estables como no estables.

Resultados similares aporta una investigación en jóvenes de un área de salud del municipio Centro Habana donde se manifiesta que el preservativo no se usó nunca en el 30% de los encuestados y ocasionalmente en un 49% (167). Del mismo modo Arnold, Bacallao y Bello (168) describen un bajo

uso de este método en estudiantes de secundaria básica. Mientras que Suarez (169) reportaba que solo el 24,7% de los jóvenes pesquisados declaró usar siempre esta forma de protección durante las relaciones sexuales.

Para dar respuesta a la tercera pregunta se examinaron las evidencias que muestran que el uso del condón masculino no es tan efectivo para la prevención del herpes simple genital como lo es para otras ITS y para el VIH/SIDA. Con este propósito Casper & Wald (170) y Langenberg (171), enunciaban que los estudios sobre la protección del uso del condón contra la adquisición de la enfermedad eran inconsistentes. Por otro lado Martin et al (172) mostraban en un meta-análisis que el uso del condón protegía solo un 30% en la adquisición del herpes simple genital debido a que la transmisión del virus ocurría por contacto entre piel y mucosa, existiendo áreas que no cubría el condón. Sin embargo, los investigadores seguían recomendando el uso del condón aunque no fuera tan efectivo como en otras ITS. A modo de resumen el autor considera que tanto las características de la muestra seleccionada como la efectividad limitada del condón para la adquisición de la enfermedad pudieron influir en los resultados basales obtenidos.

Respecto al conocimiento sobre la enfermedad, en ambos grupos los resultados fueron bajos en la primera medición. Este resultado coincide con el estudio realizado por Swanson, Dibble y Chapamn (23), en el cual el conocimiento sobre la enfermedad estuvo bajo en ambos grupos antes de realizar la intervención. Igualmente otras publicaciones revelan escasos conocimientos sobre el herpes simple genital en los adultos jóvenes (37, 173, 174). En cuanto a la variable autoeficacia para tener sexo seguro en ambos grupos estuvo bajo. En la práctica clínica del autor se ha constatado que en los pacientes con herpes simple genital la autoeficacia para realizar técnicas y procedimientos para tener relaciones sexuales seguras es moderada. En la literatura consultada se evidencian hallazgos similares, las personas con ITS-VIH/SIDA que no hayan recibido consejería o algún tipo de

intervención no tienen relaciones sexuales seguras (23, 165, 175). Sin embargo, debido a la forma de transmitirse el VHS-2 y a las características clínicas de la enfermedad este aspecto es de gran importancia para disminuir el contagio del virus a la pareja y la infección por VIH de los pacientes con herpes simple genital (37, 176-178). Como consecuencia de los resultados de estas subvariables, el autor considera que el riesgo en la salud sexual estuvo elevado en ambos grupos en la primera aplicación de los instrumentos. Excepto la autoeficacia para el uso del condón que estuvo alta, el conocimiento y la autoeficacia para tener sexo seguro estuvieron disminuidas. Estos resultados influyen significativamente en el riesgo de estos pacientes a transmitir la enfermedad y presentar complicaciones.

Los individuos de la muestra seleccionada presentaron problemas psicosociales de forma similar a los encontrados en la literatura revisada. Las personas que padecen ITS y específicamente el herpes simple genital confrontan alteraciones en las dimensiones psicológicas y sociales (22,102, 112, 179-182). No obstante, el estado de ánimo para las subescalas depresión, ira, ansiedad, confusión y fatiga no promedió medias elevadas. Si comparamos con otros estudios donde emplean el mismo instrumento que se utilizó en la investigación que se defiende, encontramos que los resultados son afines. Por ejemplo, Swanson Dibble y Chapamn (23) describen una media para el estado de ánimo de 46,3 en el grupo experimental y 39,2 en el control. Por otra parte, Conna, Chen y Donovan (85) refieren una media en el estado de ánimo de 34,2 en pacientes que no tienen la lesión y 70,2 en pacientes con la lesión en el momento de aplicación del cuestionario. La explicación a este hallazgo obtenido en la investigación radica en que el estado de ánimo en estos pacientes depende de dos factores fundamentales, primero, las personas cuando presentan la lesión manifiestan mayores alteraciones en el estado de ánimo que cuando no tienen la lesión (22, 84, 85). Segundo, los individuos con reciente diagnóstico ostentan mayores alteraciones en el estado de

ánimo que los sujetos con mayor tiempo con la enfermedad (20, 86). En la muestra seleccionada la media de tiempo con la enfermedad fue de aproximadamente dos años y medio. Del mismo modo la mayoría de los pacientes seleccionados no presentaban la lesión en el momento de aplicar el instrumento. Estos factores influyeron en que el estado de ánimo no estuviera con alteraciones considerables.

Referente a la subvariable autoeficacia para revelar la enfermedad, los pacientes mostraron valores disminuidos. Este resultado coincide con los encontrados en la literatura consultada y con la experiencia práctica del autor en el tema. En este sentido, Bickford Barton y Mandalia (100) mostraban que el 25% de los pacientes con herpes simple genital comunicaban la enfermedad algunas veces antes del primer contacto sexual y el 21% comunicaba siempre después del primer contacto sexual. Igualmente, Shepherd (112) identificó la preocupación por revelar la enfermedad como uno de los temas más importantes reconocidos por mujeres que tenían la infección. También Wald, Selke, Lairson, Rhoda y Zeh (101) manifestaban que el 69% de mujeres y el 77% de los hombres nunca revelaban la patología a la pareja. Por otra parte, estudios en otras ITS-VIH/SIDA revelan como frecuentemente las personas ocultan información por temor a ser estigmatizados por la pareja y la familia (177, 183-186).

3.2.3 Evaluación de la eficacia del programa de intervención psicoeducativo.

El programa psicoeducativo tuvo un efecto positivo en el riesgo de salud sexual y en los problemas psicosociales. Aunque, el tamaño del efecto fue mayor en la primera variable dependiente. O sea el mismo fue más eficaz en las subvariables que contribuyen en el riesgo de la salud sexual. En este sentido el programa incrementó la autoeficacia en el uso del condón a pesar de tener los pacientes valores altos antes de la intervención, aumentó los conocimientos sobre la enfermedad, la autoeficacia para tener sexo seguro y disminuyó la carga de la enfermedad. Este último resultado, se

debe a que cinco de los pacientes incluidos en el grupo experimental se les indicó tratamiento supresivo con Acyclovir. También a otros pacientes del grupo experimental se les indicó por parte del dermatólogo tratamiento para las recurrencias con el mismo medicamento. Evidencias demuestran que estos tipos de tratamientos disminuyen las recurrencias, el tiempo de duración y la intensidad de la lesión por HSV-2 y HSV-1 (16, 62, 67).

El programa psicoeducativo incrementó la eficacia para el uso del condón masculino. Las técnicas empleadas en el programa como el juego de roles, retroalimentación correctiva, modelación y ensayo cognitivo han sido utilizadas por otros investigadores con resultados similares a la investigación que se defiende. Por ejemplo Montijo et al (124) mediante una intervención de dos sesiones incrementaron el porcentaje de jóvenes que usaron el condón en las relaciones sexuales con las mismas técnicas descritas anteriormente. En un meta-análisis realizado con la intención de identificar cuáles eran las intervenciones más eficaces para disminuir el riesgo de adquirir ITS-VIH/SIDA, los autores demostraron que los programas que utilizaban técnicas donde demostraban el uso del condón y daban la posibilidad de que el individuo practicara su uso eran más eficaces (175). Otro meta-análisis revela cómo las estrategias que utilizan habilidades actitudinales y conductuales incrementan el uso del condón en muestras de Latinoamericanos (187). También Darbes, Crepez, Lyles, Kennedy y Rutherford (111) publicaron que las estrategias que incorporaban entrenamientos en el uso del condón guiadas por la teoría social cognitiva eran más efectivas que aquellas que no la utilizaban.

Los conocimientos sobre la enfermedad también fueron aumentados producto de las acciones realizadas en el programa psicoeducativo. Del mismo modo, las técnicas de cara a cara y retroalimentación correctiva son empleadas por los consejeros del centro nacional de ITS-VIH/SIDA con resultados positivos (123). También numerosos estudios evidencian la eficacia de las

intervenciones dirigidas a acrecentar los conocimientos sobre las ITS-VIH/SIDA y así disminuir el riesgo de transmisión. Por ejemplo, Crepaz et al (175) encontraron que en los 18 ensayos clínicos analizados se intervenían con técnicas para incrementar el conocimiento sobre el VIH/SIDA, disminuyendo el riesgo de infección en las muestras de pacientes. En otro estudio realizado en estudiantes de enfermería se aumentó el conocimiento sobre las ITS después de una intervención con una hora de duración durante una semana (188). También González, Hoyos, Martínez, González y Lama (163) emplearon técnicas participativas y mensajes educativos para favorecer los conocimientos sobre ITS-VIH/SIDA obteniendo resultados efectivos. Por otra parte Gilbert y Wyand (115) diseñaron una tabla con las preguntas más frecuentes que realizaban los pacientes con diagnóstico reciente de herpes simple genital obteniendo una mayor satisfacción de los individuos que utilizaban la tabla de aquellos que no la utilizaban. Por último Swanson, Dible y Shapman (23) incrementaron los conocimientos sobre el herpes simple genital durante una sesión de 90 minutos en pacientes con diagnóstico clínico de la enfermedad.

En cuanto a la eficacia para tener sexo seguro, los pacientes mostraron mejores resultados después de aplicársele el programa psicoeducativo. Es importante señalar que la realización de estas técnicas por parte de los individuos con diagnóstico positivo al herpes simple genital tiene un mayor impacto sobre el riesgo de transmisión que en otras ITS. Debido a las características clínicas de la enfermedad (transmisión sin tener la lesión) y la baja eficacia del uso del condón para su contagio, las técnicas para tener sexo seguro constituyen un elemento vital del programa psicoeducativo. No obstante, a pesar de la importancia de este tópico en el cuidado de los pacientes con esta enfermedad, no se encontraron en la búsqueda realizada investigaciones donde validaran intervenciones para incrementar el sexo seguro en personas con dicha patología. Las investigaciones consultadas estuvieron dirigidas a muestras de personas con ITS-VIH/SIDA. Con

respecto a esto, Darbes, Crepaz, Lyles, Kennedy y Rutherford (111) hallaron que los pacientes que mostraban una mayor eficacia para tener sexo seguro, disminuían el riesgo de adquirir ITS-VIH/SIDA. Otros aspectos que disminuían el riesgo de adquirir una ITS eran el tiempo de duración de las intervenciones (mayores 160 minutos) y el número de sesiones (más de una sesión). En otra investigación se concluyó que las intervenciones dirigidas a la construcción de habilidades cognitivas tenían un efecto favorable en la práctica del sexo seguro, disminuyendo la morbilidad de las ITS en mujeres afroamericanas (132). Por otra parte, Ehrhardt et al (189) brindaron información para tener sexo seguro durante cuatro sesiones en adolescentes, logrando en el grupo experimental conductas más seguras que en el grupo control.

El programa psicoeducativo fue menos eficaz sobre los problemas psicosociales. Esto se debe a que no se incrementó la autoeficacia para comunicar la enfermedad. O sea, el programa psicoeducativo no fue eficaz para que los pacientes informaran de la enfermedad en encuentros casuales ni con desconocidos. Siendo este, uno de los principales factores que influye sobre la decisión de una persona a comunicar o no la enfermedad. Así lo demuestra una investigación realizada en pacientes con herpes simple genital en la cual se evidenció que revelar la enfermedad dependía de factores como el tipo y el tiempo de relación (99). En otras palabras, los individuos con parejas regulares y con mayor tiempo de relación tienen más probabilidad de revelar la enfermedad de aquellos que tienen parejas casuales y con menor tiempo de relación. Otro estudio mostró que el 44% de los pacientes con parejas estables comunicaban la enfermedad antes de haber tenido sexo (100). También Newton y McCabe (102) reportan que más de la mitad de los individuos que tenían una relación, comunicaban la enfermedad a su pareja no siendo así en los individuos solteros.

Es importante señalar que el resultado de la investigación que se defiende no coincide con los obtenidos por Swanson, Dibble y Chapman (23). Estos autores lograron diferencias entre el grupo

experimental y el control en cuanto a la intención de comunicar la enfermedad a la pareja en individuos con herpes simple genital. Para ello realizaron una sesión de 90 minutos donde personificaron escenarios y mostraron videos donde se representaban situaciones similares. Para medir esta variable les preguntaban a los individuos si le comunicarían a la posible pareja sexual que tenía herpes simple genital.

En otras intervenciones realizadas en personas con infecciones de transmisión sexual no se han logrado resultados alentadores en la información a la pareja casual o reciente sobre la enfermedad. En este sentido, una estrategia utilizada en Suráfrica con mensajes educativos grabados en video no aumentó la autoeficacia para notificar la enfermedad en personas con parejas recientes (190). Además, Schwebke y Desmond (191) no lograron resultados favorables en mujeres con trichomona con dos tipos de métodos utilizados para comunicar a la pareja sobre la infección. El primer método consistió en una serie de mensajes sobre la importancia del tratamiento de la pareja y su asistencia a la consulta. En el segundo método se realizó una entrevista confidencial con los pacientes pidiéndole los datos de sus parejas tenidas 60 días atrás, a las cuales se les citaba a la clínica para su evaluación.

Como consecuencia de los resultados en la investigación realizada y la ineficacia de las intervenciones para aumentar el revelado de la enfermedad; se deben explorar otros métodos que influyan positivamente en esta problemática. Por ejemplo, en una revisión integrada se evidenció que las técnicas que promovían la responsabilidad de los pacientes con ITS a proveer información sobre su enfermedad, lograban efectos favorables (192).

En la escala del perfil del estado de ánimo, los resultados demuestran que el programa psicoeducativo disminuye los niveles de depresión, ira, ansiedad, confusión, fatiga. La explicación a este resultado no solo se debe al empleo de las técnicas de control de la ira, inoculación del estrés y

relajación; sino también a todas las técnicas usadas en la totalidad de la intervención. Las evidencias consultadas demuestran que los problemas emocionales en individuos con herpes simple genital también están dados por la percepción de responsabilidad sobre el riesgo de transmitir la enfermedad a la pareja sexual, preocupación acerca de revelar la enfermedad y las interpretaciones equivocadas sobre los síntomas físicos (19, 22, 112). Al emplearse en el programa psicoeducativo técnicas dirigidas a disminuir estos problemas planteados anteriormente, se logra un impacto positivo en el estado de ánimo de los pacientes.

Otro aspecto que influye en el logro de este resultado lo constituye la realización del algoritmo de intervención. Este algoritmo ofrece flexibilidad al programa de intervención psicoeducativo, permitiendo valorar el estado de ánimo de los pacientes en la primera consulta. A partir de los resultados de esta valoración se decide por cual sesión del programa se comienza. En opinión del autor, la flexibilidad que ofrece el algoritmo de intervención influye considerablemente en la disminución de los problemas en el estado de ánimo.

En el único estudio que se encontró, en la búsqueda bibliográfica donde se realizó un diseño experimental para medir la eficacia de un grupo de intervenciones psicoeducativas en personas con herpes simple genital, los resultados difieren de los obtenidos en la tesis que se defiende. En este sentido Swanson, Dibble y Chapman (23) no lograron mejorar el estado de ánimo en los pacientes con herpes simple genital empleando tres intervenciones de 90 minutos cada una. El autor considera que las diferencias en los resultados entre ambos estudios se deben a la utilización de un mayor número de sesiones en el programa psicoeducativo, el empleo de técnicas específicas para la disminución de los problemas en el estado de ánimo y la flexibilidad que ofrece el algoritmo de intervención. No obstante, en otra investigación donde realizaron terapia cognitiva conductual en

cinco mujeres con la infección por VHS-2, se logró disminuir el estrés, la ansiedad y los pensamientos negativos respecto a la transmisión de la enfermedad (112).

En los resultados de investigaciones consultadas se observa generalmente que las intervenciones para disminuir la morbilidad psicológica en personas con ITS-VIH/SIDA son eficaces. Por ejemplo, Scott-Sheldon y Kalichman (113) demostraron en un meta-análisis que las intervenciones para el manejo del estrés en pacientes con HIV eran efectivas en la reducción de la ansiedad y la depresión. En los 35 ensayos clínicos incluidos en la muestra, el 50% utilizó técnicas para el control del estrés y el 48% empleó ejercicios para la relajación mental y física. Igualmente, en otra investigación se logró aumentar la motivación para el uso del condón, el sexo seguro y disminuir el uso de drogas en pacientes VIH positivos mediante cinco sesiones de 90 minutos cada una. Estas incluían lectura de materiales sobre la infección, las consecuencias del uso de drogas, juego de roles, discusiones en grupo y ejercicios para acrecentar la motivación (193). Del mismo modo, Carrico et al (194) disminuyeron la depresión y el estrés en una intervención cognitivo conductual en hombres que tienen sexo con hombres. Sin embargo, Carrico et al (195) no lograron adaptaciones psicosociales en personas VIH positivas en un grupo de sesiones dirigidas a incrementar la adaptación psicosocial, tener sexo seguro y conductas saludables. Los autores consideraron que el programa de intervención no logró su objetivo ya que se enfocó fundamentalmente en el entrenamiento de habilidades conductuales para disminuir el riesgo en la salud sexual.

En intervenciones psicoeducativas donde se emplean técnicas similares a las realizadas en el programa psicoeducativo evaluado en pacientes con enfermedades crónicas, se aprecian resultados favorables. Así lo demuestra un ensayo controlado y aleatorizado en pacientes con traumas musculoesqueléticos. En este ensayo disminuyeron los niveles de ansiedad mediante ejercicios de relajación y el entrenamiento de habilidades de afrontamiento (196). Carrasco et al (197)

minimizaron el estrés y aumentaron las estrategias para la solución de problemas en un grupo de cuidadores de pacientes con Alzheimer con 8 sesiones de 90 minutos cada una en las cuales realizaron técnicas para el control del estrés, estrategias para el manejo de los problemas de conducta de los pacientes y técnicas de reestructuración cognitiva. Por otro lado, Mazzucchelli, Kane y Rees (198) evidenciaron en un meta-análisis la efectividad de los programas de activación conductual, este tratamiento incluye algunas técnicas que fueron empleadas en la tesis como la promoción de realización de actividades recreativas, promover pensamientos positivos y juego de roles. También Fabelo (116) logró disminuir los problemas psicosociales en pacientes con epilepsia mediante un programa psicoeducativo utilizando las técnicas de control de la ira, relajación e inoculación del estrés.

3.2.4 Discusión de los resultados del programa de intervención psicoeducativo en el contexto del marco teórico.

Las teoría social cognitiva de Albert Bandura ha sido utilizada ampliamente en disimiles de problemas de salud desde su surgimiento. Los resultados de esta investigación se suman al número de evidencias que sustentan la precisión empírica de la teoría en la atención de personas con ITS-VIH/SIDA y específicamente en el cuidado de los individuos con diagnóstico clínico de herpes simple genital. A pesar de que el programa psicoeducativo tuvo una limitada eficacia sobre el revelado de la enfermedad, el autor considera que estas limitaciones no son debido a sesgos en el marco teórico utilizado en esta tesis. Las evidencias consultadas de estudios, donde han utilizado este constructo como referente teórico, demuestran su validez en los diferentes dominios que ocupan la problemática de las infecciones de transmisión sexual. En este sentido, Swanson, Dibble y Chapamn (23) emplearon el constructo de la autoeficacia para sustentar tres intervenciones dirigidas a disminuir el riesgo en la salud sexual y los problemas psicosociales en pacientes con herpes simple

genital. A pesar de que el programa empleado no logró cambios favorables en el estado de ánimo lo cual difiere de los resultados obtenidos en esta tesis; el autor de este trabajo considera que fue debido a la no utilización de técnicas basadas en la fuente de autoeficacia estados afectivos y emocionales, dirigidas a disminuir los problemas psicológicos que enfrentan dichos pacientes. Sin embargo, si logró resultados favorables en la disminución de el riesgo en la salud sexual en los individuos muestreados.

En otro ensayo controlado y aleatorizado se demostró la validez del constructo de la autoeficacia para explicar y predecir las conductas sexuales que disminuyen el riesgo en la salud sexual en mujeres afroamericanas (130). También, Noboa y Serrano (26) resaltaron el rol de la autoeficacia en la negociación sexual en mujeres puertorriqueñas; mientras que Johnson, Neiland, Dilworth, Morin, Remien y Chesney (199) lograron identificar la autoeficacia como un importante predictor de la adherencia terapéutica en personas VIH positivas. Por otra parte, Mahat y Scoloveno (200) disminuyeron el riesgo en la salud sexual y aumentaron los conocimientos sobre el VIH/SIDA en un grupo de adolescentes. En esta investigación el programa educativo estuvo sustentado en la teoría social cognitiva de Bandura.

Los efectos de la autoeficacia sobre la adherencia terapéutica y el funcionamiento físico en individuos VIH positivos fueron demostrados en un estudio longitudinal realizado por Luszczynska , Sarkar y Knoll (201). Además, DiClemente, Wingood, Rose, Sales y Crosby (202) aumentaron el uso del condón y la autoeficacia para negociar sexo seguro en mujeres embarazadas afroamericanas mediante dos sesiones de cuatro horas cada una sustentadas en la teoría social cognitiva. En otra investigación en la cual utilizaron como marco conceptual la teoría utilizada en esta tesis, comprobaron la eficacia de una intervención de 14 sesiones dirigidas a tener sexo seguro a grupos de estudiantes afroamericanos (203).

3.2.5 Validez externa de los resultados.

La generalización de los resultados obtenidos de la evaluación de la eficacia del programa psicoeducativo es limitada ya que se realizó un muestreo intencional en la selección de los pacientes de la muestra obtenida. De acuerdo con Polit y Beck (133) los resultados de un estudio se pueden generalizar si el muestreo que se utiliza se realiza de forma aleatoria. Sin embargo en caso de que el muestreo se realice de forma intencional se debe comparar las características de la población accesible con los de la población diana. Si existen características similares entre ambas poblaciones se puede hablar de cierta generalización de los resultados, aunque con menos precisión (133). En el caso de la investigación que se defiende, la población accesible presenta varios puntos en común con los de la población diana, por ejemplo la edad, el sexo, el número de recurrencias, el nivel de escolaridad, la eficacia para revelar la enfermedad y tener sexo seguro. Sin embargo, la eficacia para el uso del condón presenta medias mayores en la muestra obtenida que los de la población diana, también los problemas en el estado de ánimo son menores de los que refiere la literatura consultada.

3.2.6 Fortalezas del estudio.

Para la evaluación del programa de intervención psicoeducativo se empleó un estudio aleatorizado y controlado. Estos diseños son utilizados para la evaluación de intervenciones, aportando evidencias precisas y seguras sobre la eficacia de las mismas. Otro aspecto que constituyó una fortaleza fue la utilización de la teoría social cognitiva como marco teórico en esta investigación. La misma ofreció un marco conceptual estructurado y validado en pacientes con ITS-VIH/SIDA, que sirvió de guía para el diseño del programa psicoeducativo. Por otra parte, el proceso de adaptación transcultural de los instrumentos utilizados en la investigación aumentó la validez interna del estudio constituyendo esto otra fortaleza. También el programa de intervención psicoeducativo se diseñó utilizando

técnicas que han sido validadas en numerosas investigaciones para la atención de personas con herpes simple genital, otras ITS y pacientes VIH/SIDA. Además, en esta investigación se empleó una triangulación metodológica a nivel de diseño con implementación secuencial. Esta metodología permitió combinar los métodos cualitativos y cuantitativos. En la investigación que se defiende, se realizó un estudio fenomenológico a partir del cual se establecieron cinco ejes para el diseño y validación del programa psicoeducativo. Esto constituyó una fortaleza, ya que permitió a partir de las experiencias subjetivas de los pacientes con herpes simple genital, estructurar el programa de intervención psicoeducativo.

3.2.7 Implicaciones para la práctica y la investigación en enfermería.

Los resultados obtenidos evidencian la eficacia del programa psicoeducativo para la disminución del riesgo en la salud sexual y problemas psicosociales en pacientes con diagnóstico clínico de herpes simple genital. El programa de intervención psicoeducativo, constituye una herramienta para las licenciadas/os en enfermería encargadas de la atención de los pacientes con herpes simple genital en la atención primaria de salud. Con la aplicación del algoritmo de intervención se integraron los elementos psicosociales en esa atención lográndose perfeccionar el programa vigente. Con esta tesis se demuestra que la enfermería dentro del contexto de las ciencias de la salud, puede realizar aportes valiosos en los programas de prevención y promoción de salud de enfermedades crónicas transmisibles e incidir en la atención de la problemática de los pacientes con ITS-VIH/SIDA. Finalmente la utilización de una teoría perteneciente a la psicología, brinda una fortaleza teórica metodológica en el carácter interdisciplinario de la enfermería como ciencia.

3.2.8 Conclusiones del capítulo.

Los resultados obtenidos denotan la eficacia del programa de intervención psicoeducativo sobre el riesgo de salud sexual y los problemas psicosociales. Estos resultados coinciden con investigaciones realizadas en la arena internacional y nacional sobre el tema. Sin embargo, la posibilidad de generalizar los resultados es reservada debido al tipo de muestreo usado. Aunque, las características de la población accesible y su similitud a la población diana permiten cierto grado de generalisabilidad de los resultados obtenidos.

CONCLUSIONES

- El programa de intervención psicoeducativo para pacientes con diagnóstico clínico de herpes simple genital fue diseñado como alternativa para afrontar los problemas psicosociales y de riesgo en la salud sexual que presentan estos pacientes. Este programa consta de un algoritmo de intervención que fundamenta la pertinencia de recursos educativos y psicológicos para la atención de estos pacientes, sustentado en la teoría social cognitiva de Albert Bandura.
- El programa de intervención psicoeducativo fue eficaz para la atención de pacientes con herpes simple genital. Este procedimiento al incluir técnicas para aumentar los conocimientos sobre la enfermedad, el uso del condón, tener sexo seguro, revelar la enfermedad y mejorar el estado de ánimo; constituye un recurso multidimensional para

incidir en el riesgo de salud sexual y los problemas psicosociales que padecen estos pacientes. Sin embargo, su eficacia es limitada en el revelado de la enfermedad.

RECOMENDACIONES

- Proponer a la Dirección Nacional de Enfermería del Ministerio de Salud Pública la utilización del programa de intervención psicoeducativo para su uso por parte de las enfermeras que forman parte del programa de prevención de ITS-VIH/SIDA.
- Proponer a la Facultad de Enfermería Lidia Doce la inclusión de la problemática del herpes simple genital entre los temas de investigación propuestos en el programa de maestría y doctorado que desarrolla dicha facultad. Específicamente, la evaluación de intervenciones dirigidas a incrementar la eficacia para revelar la enfermedad.
- Proponer al Centro Nacional para la Prevención de ITS y VIH/SIDA tener en cuenta los resultados de la tesis en los programas que se llevan a cabo en dicho centro.

- Proponer a la Dirección Nacional de ITS-VIH/SIDA del Ministerio de Salud Pública la evaluación de la efectividad del programa de intervención psicoeducativo, a través de investigaciones en contextos rurales y urbanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Kenneth H F, Williams J A, Allyson L T, Ofner S B, Fortenberry J D. Herpes simplex virus type 2 infection in young adult women: Risk factors for infection and frequency of viral shedding. Sexually Transmitted Diseases. 2010; 37(4): 248-252.
- 2-Kortekangas S O, Vuorinen, T. Trends in herpes simplex virus type 1 and 2 infections among patients diagnosed with genital herpes in a finnish sexually transmitted disease clinic, 1994–2002. Sexually Transmitted Diseases. 2007; 34(1): 37-40.
- 3-ITS/VIH/SIDA [Internet]. Centro de Información Científico- Centro Nacional de Prevención de ITS-VIH/SIDA – MINSAP; 2009-2010 [Actualizado 27 octubre2010; citado 27 octubre 2010]. LíneaAyuda; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/sida/>
- 4-ITS/VIH/SIDA [Internet]. Centro de Información Científico- Centro Nacional de Prevención de ITS-VIH/SIDA – MINSAP; 2009-2010 [Actualizado 20 octubre2010; 24 octubre 2010]. Plan Estratégico

Nacional ITS/VIH/SIDA 2007-2011; [aprox. 89 pantallas]. Disponible en:

http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/sida/anexo_2_plan_estrategico_2007-2011.pdf

5-Brown J M, Wald A, Hubbard A, Rungruengthanakit K, Chipato T, Rugpao S, et al. Incident and prevalent herpes simplex virus type 2 infection increases risk of HIV acquisition among women in Uganda and Zimbabwe. *AIDS*. 2007; 21: 1515-1523.

6-Freeman E E, Weiss H A, Glynn J R, Cross P L, Whitworth J A, Hayes R J. Herpes simplex virus 2 infection increases HIV acquisition in men and women: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *AIDS*. 2006; 20: 73-83.

7-Watson-Jones D, Weiss H A, Rusizoka M, Changalucha J, Baisley K, Mugeye K, et al. Effect of herpes simplex suppression on incidence of HIV among women in Tanzania. *N Engl J Med*. 2008; 358: 1560-1571.

8-Van de Perre P, Segondy M, Foulongne V, Ouedraogo A, Konate I, Huraux J M, et al. Herpes simplex virus and HIV-1: deciphering viral synergy. *Lancet Infect Dis*. 2008; 8: 490-497.

9-Celum J, Lingappa J R. Clinical and therapeutic issues for herpes simplex virus-2 and HIV co-infection. *Therapy in practice*. 2007; 67(2): 155-174.

10-Wim R. High Incidence of genotypic variance between sequential herpes simplex virus type 2 isolates from HIV-1– seropositive patients with recurrent genital herpes. *Journal of infectious diseases* [serie en internet]. 2006 [acceso 6 de Junio de 2007]; 194(15): [aprox. 4 p.]. Disponible en:

<http://www.umanitoba.ca.proxy2.lib.umanitoba.ca/libraries>

11-Reszka N J, Dudek T, Knipe D M. [Construction and properties of a herpes simplex virus 2 dl5-29 vaccine candidate strain encoding an HSV-1 virion host shutoff protein](#). *Vaccine* [serie en internet]. 2010 [acceso 26 agosto 2011]; 28(15): 2754-2762. Disponible en:

http://www.sciencedirect.com.proxy1.lib.umanitoba.ca/science?_ob=MImg&imagekey=B6TD4-4Y8GF5R1&cdi=5188&user=1068138&pii=S0264410X10000629&origin=search&zone=rslt_list_item&coverDate=03%2F24%2F2010&sk=999719984&wchp=dGLzVzzzSkWW&md5=ea5bf92c0aebd8fd91b0c53563702e46&ie=/sdarticle.pdf

12-Bourne N, Gregg N M, Lawrence R, Stegall R, Pyles R B. Impact of immunization with glycoprotein D2/AS04 on herpes simplex virus type 2 shedding into the genital tract in guinea pigs that become Infected. The Journal of infectious diseases [serie en internet]. 2005 [acceso 16 agosto 2010]; 192: 2117–2123. Disponible en:

<http://www.journals.uchicago.edu.proxy1.lib.umanitoba.ca/doi/full/10.1086/498247?prevSearch=herpes+simplex>

13-Brenda L, Bartlett T, Kenneth F, John W, Gnann T, Kianifard F, et al. Famciclovir treatment options for patients with frequent outbreaks of recurrent genital herpes: The relief trial. Journal of Clinical Virology [serie en internet]. 2008 [citado 16 agosto 2010]; 43(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.sciencedirect.com.proxy2.lib.umanitoba.ca/science?_ob=RedirectURL&method=externObjLink&locator=url&cdi=6104&issn=13866532&originPage=article&zone=art_page&plusSign=%2B&targetURL=http%253A%252F%252Fwww.pharma.us.novartis.com%252Fproduct%252Fpi%252Fpdf%252FFamvir.pdf

14-Aoki S, Tyring F, Diaz-Mitoma G, Gross J, Hamed K. Single-day, patient-initiated famciclovir therapy for recurrent genital herpes: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Clin Infect

Dis [serie en internet]. 2006 [citado 16 agosto 2010]; 42(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en:

http://www.sciencedirect.com.proxy2.lib.umanitoba.ca/science?_ob=RedirectURL&method=outwardLink&partnerName=3&originPage=article&zone=art_page&targetURL=http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1086%252F498521&acct=C000051258&version=1&userid=1068138&md5=ad842d4e4be451feb3643df50fd50150

15-Handsfield H, Hunter W T, Werner M, Phillips J. Suppressive Therapy with valacyclovir in early genital herpes: A pilot study of clinical efficacy and herpes-related quality of life. Sex Transm Dis [serie en internet]. 2007 [citado 11 junio 2008]; 34(6): [aprox. 11 p.]. Disponible en:

<http://ovidsp.tx.ovid.com.proxy2.lib.umanitoba.ca/spb/ovidweb.cg>

16-Lebrun-Vignes B, Bouzamondo A, Dupuy A, Guillaume J C, Lechat P, Chosidow O. A meta-analysis to assess the efficacy of oral antiviral treatment to prevent genital herpes outbreaks. J Am Acad Dermatol [serie en internet]. 2007 [citado 28 noviembre 2008]; 57(2): 238-246. Disponible en:

http://www.sciencedirect.com.proxy2.lib.umanitoba.ca/science?_ob=E2%80%A6rIVersion=0&userid=1068138&md5=4f3ce9b02d4508bd90825103445d520a

17-Dunne E F, Whitehead S, Sternberg M, Thepamnuay S, Leelawiwat W, McNicholl J, et al.

Suppressive acyclovir therapy reduces HIV cervicovaginal shedding in HIV- and HSV-2-infected women, Chiang Rai, Thailand. J Acquir Immune Defic Syndr. 2008; 49: 77-83.

18-Oster C, Cheek J. Governing the contagious body: genital herpes, contagion and technologies of the self. An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine [serie en

internet]. 2008 [citado 25 agosto 2010]; 12(2): 215-232. Disponible en:

<http://hea.sagepub.com/cgi/content/abstract/12/2/215>

19-Rosenthal S L, Zime G D, Leichliter L J, Stanberry K H, Bernstein D I. The psychosocial impact of serological diagnosis of asymptomatic herpes simplex virus type 2 infection. Sexually Transmitted Infections [serie en internet]. 2006 [citado 11 de Octubre 2009]; 82(4): [aprox. 5 p.]. Disponible en:

<http://sti.bmj.com.proxy1.lib.umanitoba.ca/cgi/content/full/82/2/154>

20-Mark H, Gilbert L, Nanda J. Psychosocial well-being and quality of life among women newly diagnosed with genital herpes. JOGNN [serie en internet]. 2009 [citado 9 agosto 2010]; 38(3): 320-326. Disponible en: <http://jognn.awhonn.org>

21-Mindel A, Marks C. Psychological symptoms associated with genital herpes virus infections: epidemiology and approaches to management. CNS Drugs. 2005; 19: 303-312.

22-Dibble S L, Swanson J M. Gender differences of the predictors of depression in young adults with genital herpes. Public health nursing. 2000; 17(3): 187-194.

23-Swanson M J, Dibble S L, Chapman L. Effects of psycho educational interventions on sexual health risk and psychosocial adaptation in young adults with genital herpes. Journal Advanced Nursing. 1999; 29(4): 840-851.

24-Drob S, Bernard H S. Time-limited group treatment of genital herpes. International Journal of Group Psychotherapy. 1986; 36(1): 133-144.

25-Zacharioudakis M A. Doing psychotherapy with patients with genital herpes: Issues and interventions. Scandinavian Journal of Behaviour Therapy [serie en internet]. 2001 [citado marzo 2009]; 30(3): 108-133. Disponible en: <http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t713926011>

26-Noboa P O, Serrano I G. Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención del VIH/Sida en mujeres puertorriqueñas. Revista Latinoamericana de Psicología. 2006; 38(1): 21-43.

27-Abreu L M, Peña T R, Fiol J J, Gomez A E, Daniel A A, Cárdenas L Z, et al. Infecciones de transmisión sexual pautas para su tratamiento. 1ra Edición. Ciudad Habana: MINSAP PNUD; 2004.

28-Bandura A. Self Efficacy the exercise of control. Primera edición. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.

29-Mahat G, Scoloveno M A. HIV peer education: Relationships between adolescents' HIV/AIDS knowledge and self-efficacy. Journal of HIV/AIDS & Social Services [serie en internet]. 2010 [citado agosto 2011]; 9: 371-384. Disponible en:

<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15381501.2010.525479>

30-Rew L, Fouladi R T, Land L, Wong Y J. Outcomes of a brief sexual health intervention for homeless youth. J Health Psychol [serie en internet]. 2007 [citado agosto 2011]; 12(5): 818-832.

Disponible en: <http://hpq.sagepub.com/content/12/5/818>

31-Wolff K, Johnson A R, Suurmond D. Fitzpatrick atlas en color y sinopsis de dermatología clínica. Quinta edición. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana; 2005.

32-Hernández C A. Infección por herpes simple. Revisión global. Rev haban cienc méd [serie en internet]. 2008 [citado diciembre 2009]; 7(3): [aprox. 4 p.]. Disponible en:

http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_7num_4/rhcm20408.htm

33-Cunningham A L, Diefenbach R J, Saksena M M, Bosnjak L, Kim M, Jones Ch, et al The cycle of human herpes simplex virus infection: Virus transport and immune control. The Journal of Infectious Disease. 2006; 194(1): 8-11.

34-Rosenkilde M M, Smit M J, Waldhoer M. Structure, function and physiological consequences of virally encoded chemokine seven transmembrane receptors. British Journal of Pharmacology [serie en internet]. 2008 [citado 10 enero 2009]; 153: 154-66. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy1.lib.umanitoba.ca/pmc/articles/PMC2199388/>

35-Looker K J, Garnett P G, Schmid G P. An estimate of the global prevalence and incidence of herpes simplex virus type 2 infection. *Public health reviews*. 2008; 86(10): 805–812.

36-Mokeeva M V. Epidemiology and therapy of chronic herpes virus infection with genital herpes manifestations. *Bulletin of Experimental Biology and Medicine*. 2009; 148(1): 50-53.

37-Edward W. Hook P L. Time to translate new knowledge into practice: A call for a national genital herpes control program. *Journal Infectious Diseases*. 2006; 194(1): 6-7.

38-Xu F, Sternberg M R, Kottiri B J, McQuillan G M, Lee F K, Nahmias A J, et al. Trends in herpes simplex virus type 1 and type 2 seroprevalence in the United States. *JAMA [serie en internet]*. 2006 [citado abril 2008]; 296(8): [aprox. 11 p.]. Disponible en:

<http://jama.ama-assn.org.proxy2.lib.umanitoba.ca/>

39-Martínez M J, Navarrete N, Santander E C, Garmendia M L, Gubelin M. Seroprevalencia de la infección por virus herpes simplex tipo 2 en pacientes atendidos en centros de referencia de ETS de Santiago. *Rev Méd Chile [serie en Internet]*. 2005 [citado 13 agosto 2010]; 133(3): [aprox. 6 p.].

Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872005000300005&lng=en&nrm=iso

40-Al-Mutairi N, Joshy A, Osama N, Ashok K S, Ibtesam E, Manish R, et al. Clinical patterns of sexually transmitted diseases, associated sociodemographic characteristics, and sexual practices in the Farwaniya region of Kuwait. *International Journal of Dermatology*. 2007; 46: 594-599.

41-Smith J S, Rosinska M, Trzcińska A, Pimenta J M, Litwińska B, Siennicka J, et al. Type specific seroprevalence of HSV-1 and HSV-2 in four geographical regions of Poland. *Sex Transm Infect [serie en internet]*. 2006 [citado 20 junio 2008] 82(2): 59-163. Disponible en:

<http://sti.bmj.com.proxy1.lib.umanitoba.ca/>

42-O'Farrell N, Thuong T N, Nghia K V, Thu T L, Long N T. HSV-2 antibodies in female sex workers in Vietnam. *International Journal of STD & AIDS*. 2006; 17: 755–758.

43-He N, Cao H, Yin Y, Gao M, Zhang T, Detels R. Herpes simplex virus-2 infection in male rural migrants in Shanghai, China. *International Journal of STD & AIDS*. 2009; 20: 112–114.

44-Shust G F, Cho S, Mimi K, Rebecca P M, Esmeralda M G, Pollack M, et al. Female genital tract secretions inhibit herpes simplex virus infection: Correlation with soluble mucosal immune mediators and impact of hormonal contraception. *American Journal of Reproductive Immunology*. 2009; 63: 110–119.

45-Sizemore J M, Lakeman F, Whitley R, Hughes A, Hook E W. The spectrum of genital herpes simplex virus infection in men attending a sexually transmitted disease clinic. *The Journal of Infectious Diseases*. 2006; 193(1): 905-911.

46-Sasadeuz J J, Kent H E, Devenish W, Hocking J, Garland M S. Prevalence of HSV-2 antibody in a Melbourne antenatal population attending a tertiary obstetric hospital. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2008; 48: 266–272.

47-Russell D, Tabrizi S, Russell J, Garland S. Seroprevalence of herpes simplex virus types 1 and 2 in HIV-infected and uninfected homosexual men in a primary care setting. *J Clin Virol*. 2001; 22: 305–313.

48-Dolar N, Serdaroglu S, Yilmaz G, Ergin S. Seroprevalence of herpes simplex virus type 1 and type 2 in Turkey. *JEADV*. 2006; 20: 1232–1236.

49-Philip S S, Ahrens K, Shayevich C, Roca R, Williams M, Wilson D, et al. Evaluation of a new point of care serologic assay for herpes simplex virus type 2 Infection. *Clinical Infectious Diseases*. 2008; 47(10): 79-82.

50-Edward M. Genital warts and genital herpes: a public health perspective. *Practice Nurse* [serie en internet]. 2008 [citado 21 febrero 2009]; 36(10): [aprox. 6 p.]. Disponible en:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=10&hid=4&sid=41f04d85ed8a49938c30ab4453be2964%40sessionmgr10&bdata=JmFtcDtsYW5nPWVzJnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d>

51-Doward L C, McKenna S P, Meads D M, Kahler K, Frech F M. The development of the herpes symptom checklist and the herpes outbreak impact questionnaire. *Value in health*. 2009; 12(1): 139-145.

52-Lama J R, Lucchetti A, Suarez L, Laguna-Torres V A, Guanira J V, Pun S, et al. Association of herpes simplex virus type 2 infection and syphilis with human immunodeficiency virus infection among men who have sex with men in Peru. *Journal of Infectious Diseases*. 2006; 194: 1459-1464.

53-Lebrun-Vignes B, Dupuy A, Guillaume J, Chosidow O. A meta-analysis to assess the efficacy of oral antiviral treatment to prevent genital herpes outbreaks. *Journal of the American Academy of Dermatology* [serie en internet]. 2007 [acceso 9 de Julio 2010]; 57(2): 238-246. Disponible en: http://www.sciencedirect.com.proxy2.lib.umanitoba.ca/science?_ob...rIVersion=0&_userid=1068138&md5=4f3ce9b02d4508bd90825103445d520a

54-Control calidad SEIMC [sede web]. Hospital Clínico Universitario de Valencia: Servicio de microbiología; 2008 [citado mayo 2009]. Actualización en el diagnóstico del herpes genital.

Disponible en: http://www.seimc.org/control/revi_viro/Herpesgen.htm

55-Sarmati L. Advances in herpesvirus diagnosis. *Herpes*. 2006; 13(1): 1-3.

56-Choudhry S, Ramachandran V G, Shukla Das, Bhattacharya S N, Narendra S M. Serological profile of HSV-2 in patients attending STI clinic: Evaluation of diagnostic utility of HSV-2 IgM detection. *Indian Journal of Pathology and Microbiology*. 2009; 52(3): 353-356.

57-Whitley R J. New approaches to the therapy of HSV infections. *Herpes*. 2006; 13(2): 53-5.

58-Weinberg A, Leary J J, Sarisky T R, Levin J M. Factors that affect in vitro measurement of the susceptibility of herpes simplex virus to nucleoside analogues. *Journal of Clinical Virology* [serie en internet]. 2007 [citado 7 octubre 2008]; 38: 139-45. Disponible en:

www.elsevier.com/locate/jev

59-Nath A K, Thappa D M. Newer trends in the management of genital herpes. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2009; 75(6): 566-574.

60-Clare T, Helen A W, Rusizoka M, LeGof J f, Changalucha J, Baisley K, et al. Long-term impact of acyclovir suppressive therapy on genital and plasma HIV RNA in Tanzanian women: A randomized controlled trial. *The Journal of Infectious Diseases*. [serie en internet]. 2010 [citado 5 agosto 2010]; 20(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en:

<http://www.journals.uchicago.edu.proxy1.lib.umanitoba.ca/toc/jid/0/0>

61-Fatahzadeh M, Schwartz R A. Human herpes simplex virus infections: Epidemiology, pathogenesis, symptomatology, diagnosis, and management. *J Am Acad Dermatol*. 2007; 57: 737-763.

62-Deko O A, Pakozdy A, Evans D T, Jaleel H. Long-term suppressive therapy for herpes simplex an audit. *International Journal of STD & AIDS*. 2009; 20: 138-139.

63-Keneth H F, Warren T J, Ferrera D, Young D G, Heitman C K, Burroughs S M. Effect of valacyclovir on viral shedding in immunocompetent patients with recurrent herpes simplex virus 2

genital herpes: A us-based randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. Mayo Clin Proc. [serie en internet]. 2006 [citado 6 de febrero 2007]; 81(10): [aprox. 9 p.] Disponible en: www.mayoclinicproceedings.com

64-Handsfield H H, Mica W, Philips J. Suppressive therapy with valacyclovir in early genital herpes: a pilot study of clinical efficacy and herpes-related quality of life. Journal of the American Sexually Transmitted Disease Association [serie en internet]. 2007 [citado 23 mayo 2008]; 34(6): 339-343. Disponible en:

<http://ovidsp.tx.ovid.com.proxy2.lib.umanitoba.ca/spb/ovidweb.cgi?...fa0c23c396bcb36fff6e1595a460d3617cc1bb96c905cc6619fef008283cb02c5>

65-Keneth H F, Warren T J, Scott E J, Heitman K C. An international, randomized, double-blind, placebo-controlled, study of valacyclovir for the suppression of herpes simplex virus type 2 genital herpes in newly diagnosed patients. Sexually Transmitted Diseases. 2008; 35(12): 1-6.

66-Valérie M, Caumes E, Chosidow O. Treatment to prevent recurrent genital herpes. Current Opinion in Infectious Disease [serie en internet]. 2008 [citado 20 marzo 2009]; 21(1): 42-48.

Disponible en:

<http://ovidsp.tx.ovid.com.proxy2.lib.umanitoba.ca/spb/ovidweb.cgi...ecf381bc1ac96cf8befc3a24455a889567ce802aad2970a0e50a95724bf603f0>

67-Hull S S. Situational antiviral drug prophylaxis for HSV type 1 recurrences. Herpes. 2007; 14(2): 37-40.

68-Cheryl A J. Vertical transmission of genital herpes prevention and treatment options. Drugs. 2009; 69(4): 421-434.

69-Ozouaki F, Ndjoyi-Mbiguino A, Legoff J. Genital shedding of herpes simplex virus type 2 in childbearing aged and pregnant women living in Gabon. Int J STD AIDS. 2006; 17: 124-127.

70-Bollen L, Whitehead S, Mock P. Maternal herpes simplex virus type 2 coinfection increases the risk of perinatal HIV transmission: possibility to further decrease transmission? AIDS [serie en internet]. 2008 [citado 20 agosto 2010]; 22(10): 1169-1176. Disponible en:

http://ovidsp.tx.ovid.com.proxy1.lib.umanitoba.ca/sp3.2.4a/ovidweb.cgi?&S=KJIOFPDAHNDDEOLMNCCLBEOBKNNNA00&Link+Set=S.sh.15.17.22.26.29%7c9%7csl_10

71-Chen K T, Tuomala R E, Chu C. No association between antepartum sérologie and genital tract evidence of herpes simplex virus-2 coinfection and perinatal HIV-1 transmission. Am J Obstet Gynecol. 2008; 198(5): 399-405.

72-Anzivino E, Mischitelli M, Bellizzi A, Barucca V. Herpes simplex virus infection in pregnancy and in neonate: status of art of epidemiology, diagnosis, therapy and prevention. Virology Journal [serie en internet]. 2009 [citado diciembre 2009]; 40(6): 1-11. Disponible en:

<http://www.virologyj.com/content/6/1/40>

73-Corey L. Herpes simplex virus type 2 and HIV-1: The dialogue between the two organisms continues. J Infect Dis. 2007; 195: 1242-1244.

74-Nagot N, Ouedraogo A, Konate I, Weiss H A, Foulongne V, Defer M C, et al. Roles of clinical and subclinical reactivated herpes simplex virus type 2 infection and human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1)-induced immunosuppression on genital and plasma HIV-1 levels. J Infect Dis. 2008; 198: 241–249.

75-Benjamin R J, Buch M P, Chyang T F, Notari E P, Puren A, Barry S D, et al. Human immunodeficiency virus-1 infection correlates strongly with herpes simplex virus-2 (genital herpes) seropositivity in South African and United States blood donations. Transfusion. 2008; 48: 295-303.

76-Tobian A, Ssempijja V, Kigozi G, Oliver A, Serwadda D, Makumbi F, et al. Incident HIV and herpes simplex virus type 2 infection among men in Rakai, Uganda. AIDS [serie en internet]. 2009

[citado 23 agosto 2010]; 23(12): 1589–1594. Disponible en:

http://ovidsp.tx.ovid.com.proxy1.lib.umanitoba.ca/sp3.2.4a/ovidweb.cgi?&S=KJIOFPDAHNDDEOLMNCCLBEOBKNNNA00&Link+Set=jb.search.47%7c4%7csl_10

77-Sobngwi-Tambekou J, Taljaard D, Lissouba P, Zarca K, Puren A, Lagarde E, et al. Effect of HSV-2 serostatus on acquisition of HIV by young men: results of a longitudinal study in Orange Farm, South Africa. *J Infect Dis.* 2009; 199: 958–964.

78-Baeten J M, Benki S, Chohan V, Lavreys L, McClelland R S, Mandaliya K, et al. Hormonal contraceptive use, herpes simplex virus infection, and risk of HIV-1 acquisition among Kenyan women. *AIDS.* 2007; 21: 1771–1777.

79-Kapiga S H, Sam N E, Bang H, Ni Q, Ao T T, Kiwelu I, et al. The role of herpes simplex virus type 2 and other genital infections in the acquisition of HIV-1 among high-risk women in northern Tanzania. *J Infect Dis.* 2007; 195: 1260–1269.

80-Freeman E E, Orroth K K, White R G, Glynn J R, Bakker R, Boily M C, et al. Proportion of new HIV infections attributable to herpes simplex 2 increases over time: simulations of the changing role of sexually transmitted infections in Sub-Saharan African HIV epidemics. *Sex Transm Infect.* 2007; 83(1): 17–24.

81-Abu-Raddad L J, Magaret A S, Celum C, Wald A, Longini I M, Self S G, et al. Genital herpes has played a more important role than any other sexually transmitted infection in driving HIV prevalence in Africa. *PLoS one.* 2008; 3: 22-30.

82-ProQuest [Internet]. Washington DC: National Institutes of Health (US).c2008- [citado 20 Febrero 2008]. Disponible en: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1430434081&sid=2&Fmt=3-&clientId=53671&RQT=309-&VName=POD>

83-Lama J R, Suarez L, Laguna-Torres V A, Guanira J V, Pun M, Montano S M, et al. Association of herpes simplex virus type 2 infection and syphilis with human immunodeficiency virus infection among men who have sex with men in Peru. *The Journal of Infectious Diseases*. 2006; 194(6): 1459-1466.

84-Mindel A, Marks C. Psychological symptoms associated with genital herpes virus infections. *Epidemiology and approaches to management. Drugs*. 2005; 19(4): 303-312.

85-Conna V, Chen A L, Donovan B. Neuropsychiatric symptoms and immune activation in patients with genital herpes. *Acta Neuropsychiatrica*. 2008; 20: 145-151.

86-Richards J S, Caka S, Drolette L, Meier A M, Liberty W, Crosby R, et al. HSV-2 serologic testing in an HMO population: Uptake and psychosocial sequelae. *Sexually Transmitted Diseases*. 2007; 34(9): 718-725.

87-Cummings A L. Experiential interventions for clients with genital herpes. *Canadian Journal of Counseling*. 1999; 33(2): 142-156.

88-VanderPlate C, Aral S O, Magder L. The relationship among genital herpes simplex virus, stress, and social support. *Health Psychology*. 1988; 7(2): 159-168.

89-Chida Y, Mao X. Does psychosocial stress predict symptomatic herpes simplex virus recurrence? A meta-analytic investigation on prospective studies. *Brain, Behavior, and Immunity* [serie en internet]. 2009 [citado junio 2010]; 23(7): 917-925. Disponible en:

http://www.sciencedirect.com.proxy1.lib.umanitoba.ca/science?_ob=PublicationURL&_tockey=%23T0C%236725%232009%23999769992%231503099%23FLA%23&_cdi=6725&_pubType=J&view=c&_auth=y&_acct=C000051258&_version=1&_urlVersion=0&_userid=1068138&md5=9d0cb67d694b46de1bae9cdbf0b038d3

90-Cohen F, Kearney K A, Zegans S, Neuhaus J M, Conant M A. Persistent stress as a predictor of genital herpes recurrence. Archives of Internal Medicine [serie en internet]. 1999 [citado diciembre 2007]; 159(20): 24-30. Disponible en:

<http://archinte.ama-assn.org.proxy1.lib.umanitoba.ca/cgi/content/full/159/20/2430>

91-Pereira D B, Antoni M H, Danielson A, Simonb T, Efantis-Potterb J, Carvera C S, et al. Stress as a predictor of symptomatic genital herpes virus recurrence in women with human immunodeficiency virus. Journal of Psychosomatic Research [serie en internet]. 2003 [citado enero 2007]; 54(3): 237-244. Disponible en:

http://www.sciencedirect.com.proxy2.lib.umanitoba.ca/science?_ob=PublicationURL&_tockey=%23T0C%235096%232003%23999459996%23393735%23FLA%23&_cdi=5096&_pubType=J&view=c&_auth=y&_acct=C000051258&_version=1&_urlVersion=0&_userid=1068138&md5=2535dae074f4086f720dd2b0fc89af24

92-Goldmeier D, Garvey L, Barton S. Does chronic stress lead to increased rates of recurrences of genital herpes – a review of the psychoneuroimmunological evidence? International Journal of STD & AIDS. 2008; 19: 359-362.

93-Faulkner S, Smith A. Aprospective diary study of e role of psychological stress and negative mood in the recurrence of herpes simplex virus (HSV- 1). Stress and Health [serie en internet]. 2008 [citado 3 Febrero 2010]; 25: 179-187. Disponible en: www.interscience.wiley.com

94-Mayfield E, Rice A, Flannery D, Rotheran-Borus J. HIV disclosure among adults living with HIV. AIDS Care. 2008; 20(1): 80-92.

95-Simbayi L, Strebel A, Cloete A, Henda N, Mqeketo A, Kalichman S. HIV status disclosure to sex partners and sexual risk behaviors among HIV-positive men and women in Cape Town, South Africa. *Sexually Transmitted Infections*. 2006; 83: 29-34.

96-Cunningham S D, Meyers T, Kerrigan D, Ellen J M. Psychosocial factors influencing the disclosure of sexually transmissible infection diagnoses among female adolescents. *Sex Health* [serie en internet]. 2007 [citado mayo 2008]; 4(1): 45-50. Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy1.lib.umanitoba.ca/pubmed/1738...bmed_Discovery_RA&linkpos=5&log\\$=relatedarticles&dbfrom=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy1.lib.umanitoba.ca/pubmed/1738...bmed_Discovery_RA&linkpos=5&log$=relatedarticles&dbfrom=pubmed)

97-Timberlake S, Sigurdson J. HIV, stigma, and rates of infection: A human rights and public health imperative. *PLoS Medicine*. 2007; 4(1): 52.

98-Vidanapathirana J, Randeniya M, Operario D. Interventions for reduction of stigma in people with HIV/AIDS (Protocol). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3. Art. No.: CD006735. DOI: 10.1002/14651858.CD006735

99-Green J, Ferrier S, Kocsis A, Shadrack J, Ukoumunne O C, Murphy S, et al. Determinants of disclosure of genital herpes to partners. *Sex Transm Infect* [serie en internet]. 2003 [citado agosto 2010]; 79: 42-44. Disponible en: www.sextransinf.com

100-Bickford J, Barton S E, Mandalia S. Chronic genital herpes and disclosure. The influence of stigma. *International Journal of STD & AIDS*. 2007; 18: 589–592.

101-Wald A, Selke S, Lairson E, Rhoda A M, Zeh J. Knowledge of partners' genital herpes protects against herpes simplex virus type 2 acquisition. *The Journal of Infectious Diseases*. 2006; 194: 42-52.

102-Newton C D, MacCabe D. Effects of sexually transmitted infection status, relationship status, and disclosure status on sexual self-concept. *Journal of sex research*. 2008; 45(2): 187–192.

103-Scambler G. Health-related stigma. *Sociology of health and illness* [serie en internet]. 2009 [citado 11 de octubre 2009]; 31(3): [aprox. 6 p.] Disponible en:

<http://www3.interscience.wiley.com.proxy1.lib.umanitoba.ca/journal/118532195/home>

104-Stuber J, Meyer I, Link B. Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science & Medicine* [serie en internet]. 2008 [citado 12 de octubre 2010]; 67(3): [aprox. 4 p.] Disponible en:

http://www.sciencedirect.com.proxy1.lib.umanitoba.ca/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VBF-4SC7CWD1&_user=1068138&_coverDate=08%2F31%2F2008&_rdoc=1&_fmt=full&_orig=search&_cdi=5925&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_acct=C000051258&_version=1&_urlVersion=0&_userid=1068138&md5=7d8fb44e3920c2238b020c1b90d154d4#bib2

105-Fortenberry J D. The effects of stigma on genital herpes care-seeking behaviours. *Herpes*. 2004; 11(1): 8-11.

106-Radecki B C. The theoretical basis of stigma as applied to genital herpes. *Herpes* [serie en internet]. 2004 [citado 8 de Octubre 2009]; 11(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy1.lib.umanitoba.ca/sites/entrez>

107-Organización Mundial de la Salud. Preparing a health care workforce for the 21st century: the challenge of chronic conditions. Informe de la OMS. Ginebra: OMS; 2005.

108-Asociación Médica Británica: Patient Liaison Group and General Practitioners. Improved self care by people with long term conditions through self-management education programmes. Informe del comité científico de la BMA. Londres: BMA; 2007. Disponible en:

<http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/selfmanagementpolicy>.

- 109-Jordan J, Osbourne R H. Chronic disease self-management education programs: challenges ahead. *Medical Journal of Australia*. 2007; **186**(2): 84-87.
- 110-Coster S, Ian N. Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: A review. *International Journal of Nursing Studies*. 2009; 46(4): 508-528.
- 111-Darbes L, Crepaz N, Lyles C, Kennedy G, Rutherford G. The efficacy of behavioral interventions in reducing HIV risk behaviors and incident sexually transmitted diseases in heterosexual African Americans. *AIDS*. 2008; 22: 1177-1194.
- 112-Shepherd L. Common themes and cognitive biases in the negative thoughts of women with recurrent genital herpes: clinical reflections and implications for cognitive behaviour therapy. *Sexual and Relationship Therapy* [serie en internet]. 2010 [citado agosto 2010]; 25(2): 148-159. Disponible en: <http://www.informaworld.com>
- 113-Scott-Sheldon A J, Kalichman S C. Stress management interventions for HIV adults: A meta-analysis of randomized controlled trials, 1989 to 2006. *Health Psychology*. 2008; 27(2): 129-139.
- 114-Warren T. Importance and practicalities of patient counseling in the prevention and management of genital herpes. *Medscape Infectious Diseases* [serie en internet]. 2004 [citado enero 2008]; 6(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://cme.medscape.com/infectiousdiseases>
- 115-Gilbert L, Wyand F. Genital herpes education and counselling: Testing a one-page 'FAQ' intervention. *Herpes*. 2009; 15(3): 51-55.
- 116-Fabelo J R. *Psicología y epileptología*. 1ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
- 117-Espin A M. "Escuela de cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Rev Cubana Salud Pública* [serie en internet]. 2009 [citado 23 de agosto 2009]; 35(2): 1-13. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v35n2/spu19209.pdf>

- 118-García M K, Miranda T B. Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual. Matanzas. Rev méd electrón [serie en internet]. 2009 [citado 4 agosto 2010]; 31(3): [aprox. 6 p.] Disponible en:
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/año%202009/vol3%202009/tema05.htm>
- 119-García R. Programa de educación de diabetes en Cuba: Filosofía, métodos y líneas de trabajo. Rev Asc Latinoamer Diabetes. 1998; 6(55): 125.
- 120-Giordan A, Golay A, Jacquemet S, Assal S. Communication therapeutic. L'impact d'un message dans le processus d'apprendre. Psychotherapies. 1996; 16: 189.
- 121-Halawi L A, McCarthy R V, Pires S. An evaluation of e-learning on the basis of bloom's taxonomy: An exploratory study. Journal of Education for Business. 2009; 22(4): 374-380.
- 122-Zaldívar D F. Conocimiento y dominio del estrés. En: Novarco R. Relajación: Estrategia combinada y control de la ira. La Habana: Científico-Técnica; 1996. p. 47-63.
- 123-Squire V E. Cuba consejería. Multimedia sobre consejería [CD-ROOM]. Primera edición. Ciudad Habana: CNP ITS-VIH-SIDA; 2007.
- 124-Montijo S R, Arroyo B F, Cervantes M R, Barroso R, Villegas E D, Campuzano M R, et al. Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. Anales de psicología. 2006; 22(1): 60-71.
- 125-Añorga M J. La educación avanzada. Una teoría para el mejoramiento profesional y humano. Boletín Educación Avanzada. 1995; 1(12).
- 126-Murphy H, Murphy E. Comparing quality of life using the world health organization quality of life measure (WHOQOL-100) in a clinical and non-clinical sample: Exploring the role of self-esteem, self-efficacy and social functioning. Journal of Mental Health. 2006; 15(3): 289-300.

127-Erin S, Jackson C T, Keith C. Health value, perceived social support, and health self-efficacy as factors in a health-promoting lifestyle. *Journal of American College Health*. 2007; 56(1): 69-74.

128-Barnes Ch R, Adamson-Macedo E N. Perceived maternal parenting self-efficacy (PMP S-E) tool: development and validation with mothers of hospitalized preterm neonates. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 60(5): 550-560.

129- Tsai Y F, Tsai M Ch, Lin Y P, Weng Ch E, Chou Y L, Chen Ch Y. An alcohol training program improves chinese nurses' knowledge, self-efficacy, and practice: A randomized controlled trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* [serie en internet]. 2011 [citado 3 de septiembre 2011]; 35(5): 976-983. Disponible en:

<http://onlinelibrary.wiley.com.proxy2.lib.umanitoba.ca/doi/10.1111/j.1530-0277.2010.01428.x/full>

130-O'Leary A, Jemmott L S, John B. Mediation analysis of an effective sexual risk-reduction intervention for women: The importance of self-efficacy. *Health Psychology* [serie en internet]. 2008 [citado 9 de enero 2009]; 27(2): 180-184. Disponible en:

<http://ovidsp.tx.ovid.com.proxy1.lib.umanitoba.ca/spb/ovidweb....2bbbe9c4126df14983680862086386be7107ff5b7324500d32a6954f2e8af5>

131-Cha E, Kevin H, Burke L E. Psychometric validation of a condom self-efficacy scale in Korean. *Nursing Research* [serie en internet]. 2008 [citado 10 junio 2009]; 57(4): 245-251. Disponible en:

<http://ovidsp.tx.ovid.com.proxy1.lib.umanitoba.ca/spb/ovidweb.c2e772bcda7d046e20e09b86b01829107f0ea7ecb78fdcab07fa8fdac98211a>

132-Jemmott L S, Jemmott J B, O'Leary A. A randomized controlled trial of brief HIV/STD prevention interventions for African American women in primary care settings: Effects on sexual risk behavior and STD incidence. *American Journal of Public Health*. 2007; 97: 1034-1040.

133-Polit D, Beck T Ch. Nursing research. Principles and methods. En:Zuccarini M, Cunnigham B, editors. Quantitative research for various purpose. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 223-244.

134-Guillemín F, Bombardier C, Beaton D. Cross cultural adaptation of health related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. J Clin Epidemiol [serie en internet]. 1993 [citado 2 de febrero 2008]; 46(12): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/4034559>

135-Andrade E, Arce C, Torrado J, Garrido J, De Francisco C, Arce I. Factor structure and invariance of the POMS mood state questionnaire in spanish. The Spanish Journal of Psychology [serie en internet]. 2010 [citado 6 septiembre 2010]; 13(1): 444-452. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=17213039036>

136-McNair D M, Heuchert E S. Profile of mood states bibliography 1964–2002. Primera edición. Toronto: MHS; 2003.

137-Oxford advanced learner's dictionary 7th ed. UK: Oxford University Press; 2005. Efficacious; p. 489.

138-Diccionario de la lengua española 3ra ed. Virginia EUA: Wordreference; 2005. Eficacia; p. 323.

139-Moriyama I M. Indicators of social change. Problems in the measurements of health status. New York: Russel Sage Foundation; 1968. p. 593.

140-Streiner D L, Norman G R. Health measurement scales. A practical guide to their development and use. Ch. 8. Reliability. New York: Oxford University press; 1995. p. 105-120.

141-Kalichman S C, Nachimson D. Self-Efficacy and disclosure of HIV-positive serostatus to sex partners. Health Psychology. 1999; 18(3): 281-287.

142-Bruce M K, McLaughlin J. The development of the scale to assess knowledge and attitude about genital herpes. The journal of sex research.1986; 22(1): 73-84.

143-Brafford L J, Beck K H. Development and validation of a condom self-efficacy scale for college students. J Am Coll Health [serie en internet]. 1991 [Acceso 13 abril 2009]; 39(5): [aprox. 15 p.].

Disponible en:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy2.lib.umanitoba.ca/pubmed/1783...d.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

144-Océano uno color diccionario enciclopédico. Edición del milenio Vol. I. Barcelona: Grupo Editorial Océano S.A; 2006. Tengo. Habilidad; p. 234-586.

145-Fernández C A, Fernández A, Pesqueira G S. Problemas semánticos en la adaptación del POMS al castellano. Psicothema [serie en internet]. 2000 [citado 20 abril 2007]; 12(2): 47-51.

Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/727/72797014/72797014.html>

146-Smith S J, Robinson J. Age specific prevalence of infection with herpes simplex virus types 2 and 1: A global review. The Journal of Infectious Diseases [serie en internet]. 2002 [citado 20 abril 2007]; 186: 3-28. Disponible en:

<http://www.journals.uchicago.edu.proxy1.lib.umanitoba.ca/doi/full/10.1086/343739>

147-Gupta R, Warren T, Wald A. Genital herpes. The Lancet [serie en internet]. 2007 [citado 22 diciembre 2009]; 370(96): 2127-2137. Disponible en:

http://www.sciencedirect.com.proxy2.lib.umanitoba.ca/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T1B-4RD4RTY1CC&_cdi=4886&_user=1068138&_orig=search&_coverDate=01%2F04%2F2008&_sk=996290394&_view=c&_wchp=dGLbVtzzSkzk&_md5=c35ee694e3745fc0f5eac5622c724d3a&_ie=/sdarticle.pdf

148-Fatahzadeh M, Schwartz R A. Human herpes simplex virus infections: Epidemiology, pathogenesis, symptomatology, diagnosis, and management. [Journal of the American Academy of](#)

Dermatology [serie en internet]. 2007 [citado 10 noviembre 2008]; 57(5): 737-763. Disponible en:
http://www.sciencedirect.com.proxy1.lib.umanitoba.ca.proxy2.lib.umanitoba.ca/science?_ob=MIimg&imagekey=B6WM84PWSY1C1&cdi=6928&user=1068138&orig=search&coverDate=11%2F30%2F2007&sk=999429994&view=c&wchp=dGLbVzbzSkWA&md5=72f3760c7905ed935d6a6764a10b94cc&ie=/sdarticle.pdf

149-Tuxen F M, Nielsen A, Nygard M, Sparén Pär, Tryggvadottir L, Hansen B, et al. Genital chlamydia, genital herpes, trichomonas vaginalis and gonorrhoea prevalence, and risk factors among nearly 70,000 randomly selected women in 4 nordic countries. Sexually Transmitted Diseases [serie en internet]. 2011 [citado 31 agosto 2011]; 38(8): 727-734. Disponible en:
http://ovidsp.tx.ovid.com.proxy2.lib.umanitoba.ca/sp3.4.2a/ovidweb.cgi?&S=PHPIFP EEIODDBKKINC BLMHMCDGEMAA00&Link+Set=S.sh.15.16.20.24%7c9%7csl_10

150-Shus F G, Cho S, Kim M, Madam R P, Guzman E M, Pollack M, et al. Female genital tract secretions inhibit herpes simplex virus infection: Correlation with soluble mucosal immune mediators and impact of hormonal contraception. Am J Reprod Immunol. 2010; 63: 110–119.

151-Zamilpa-Mejía L G, Salas F U, Juárez L, Calderón E J, Conde G C. Prevalencia y factores asociados con sífilis y herpes genital en dos grupos de población femenina. Salud pública Méx [serie en internet]. 2003 [citado 26 de mayo 2008]; 45(5): 1-10. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342003001100006&lng=en&nrm=iso

152-Andrew B A, Taylor R, Richters J, Jonathan Sh, Taylor J, Cunningham A, et al. Socio-economic and gender interactions in herpes simplex virus type 2 seroprevalence in Australia. Sexually Transmitted Diseases [serie en internet]. 2009 [citado 4 noviembre 2010]; 36(6): 344-349. Disponible en:

[http://ovidsp.tx.ovid.com.proxy2.lib.umanitoba.ca/sp2.3/ovidweb.cgi?&S=OMFNFPEFDODDBGHNN
CELGBGJPFFJAA00&WebLinkReturn=Full+Text%3dL%7cS.sh.15.16%7c0%7c00007435-
200906000-00004&TOC=S.sh.15.17%7c1%7c60](http://ovidsp.tx.ovid.com.proxy2.lib.umanitoba.ca/sp2.3/ovidweb.cgi?&S=OMFNFPEFDODDBGHNN
CELGBGJPFFJAA00&WebLinkReturn=Full+Text%3dL%7cS.sh.15.16%7c0%7c00007435-
200906000-00004&TOC=S.sh.15.17%7c1%7c60)

153-Mark H, Nanda P J, Joffe A, Roberts J, Rompaño A, Melendez J, et al. Serologic screening for herpes simplex virus among university students: A pilot study. *Journal of American College Health*. 2008; 57(3): 291-296.

154-Malvy D, Halioua B, Lançon F, Rezvani A, Bertrais S, Chanzy B, et al. Epidemiology of genital herpes simplex virus infections in a community-based sample in France: Results of the HERPIMAX study. *Journal of the American Sexually Transmitted Disease Association* [serie en internet]. 2005 [citado 22 de junio 2008]; 32(8): 499-505. Disponible en:

<http://ovidsp.tx.ovid.com.proxy1.lib.umanitoba.ca/spb/ovidweb.cg...718313a689ccb598bb340b8abcf3a9ade4ffe3384c228d83c3c9d07946e6d8c>

155-Peter L, Warren T, Hamed K, Kenneth F, Wald A. Famciclovir reduces viral mucosal shedding in HSV-seropositive persons. *Journal of the American Sexually Transmitted Diseases Association* [serie en internet]. 2007 [citado 30 noviembre 2010]; 34(11): 900-907. Disponible en:

<http://gateway.tx.ovid.com.proxy2.lib.umanitoba.ca/gw2/ovidweb.cgi>

156-Wald A, Selke S, Warren T, Aoki F, Sacks S, Diaz-Mitoma F. Comparative efficacy of famciclovir and valacyclovir for suppression of recurrent genital herpes and viral shedding. *Journal of the American Sexually Transmitted Diseases Association* [serie en internet]. 2006 [citado 30 noviembre 2010]; 33(9): 529-533. Disponible en:

<http://gateway.tx.ovid.com.proxy2.lib.umanitoba.ca/gw2/ovidweb.cgi>

157-Tata S, Johnston Ch, Huang M, Selke S, Magaret A, Corey L, et al. Overlapping reactivations of herpes simplex virus type 2 in the genital and perianal mucosa. *The Journal of Infectious Diseases*. 2010; 201: 499–504.

158-Casey K, Timmermann L, Allen M, Krahn S, LaPlant K. Response and self-efficacy of condom use: A meta-analysis of this important element of AIDS education and prevention. *Southern Communication Journal* [serie en internet]. 2010 [citado 3 diciembre 2010]; 74(1): 57-78. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/10417940802335953>

159-Lance Ch, Ball K. Predictors of self-efficacy to use condoms among seropositive middle-aged african american men. *Western Journal of Nursing Research* [serie en internet]. 2009 [citado 3 diciembre 2010]; 31(7): 889-904. Disponible en: <http://wjn.sagepub.com/content/31/7/889>

160-Asante K, Doku P. Cultural adaptation of the condom use self efficacy scale (CUSES) in Ghana. *BMC Public Health* [serie en internet]. 2010 [citado 3 diciembre 2010]; 10(27): 1-7. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/227>

161-Farmer M, Meston C. Predictors of condom use self-efficacy in an ethnically diverse university sample. *Archives of Sexual Behavior* [serie en internet]. 2006 [citado 3 diciembre 2010]; 10(5): 1-23. Disponible en: <http://www.springerlink.com.proxy1.lib.umanitoba.ca/content/221634823630380n/fulltext.html>

162-Muñoz-Silva A, Sánchez M, Martins N. Gender differences in condom use prediction with theory of reasoned action and planned behaviour: The role of self-efficacy and control. *AIDS Care* [serie en internet]. 2007 [citado 3 diciembre 2010]; 19(9): 1177-1181. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/09540120701402772>

163-González G, Hoyos M, Martínez L, González I, Lama A. **Intervención educativa sobre ITS-VIH/sida en estudiantes de la enseñanza preuniversitaria. IPVC Carlos Marx. Años 2008-2009.**

Rev. Med. Electrón [serie en internet]. 2010 [citado 1 diciembre 2010]; 32(4): [aprox. 5 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S168418242010000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

164-Nápoles M, Díaz B, Miranda O. Intervención de salud sobre infecciones de transmisión sexual en una institución cerrada, 2005-2006. Rev Cub Med Mil [serie en internet]. 2008 [citado 1 diciembre 2010]; 37(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0138-65572008000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

165-Cortés A, Marleidys F, García R, Mezquía V, Pérez S. Características sociodemográficas y del comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes y jóvenes. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en internet]. 2007 [citado 1 diciembre 2010]; 23(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252007000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

166-González B, Núñez E, Couturejuzon L, Amable Z. Conocimientos y comportamientos sobre el VIH/sida en adolescentes de enseñanza media superior. Rev Cubana Salud Pública [serie en internet]. 2008 [citado 8 Nov 2009]; 34(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000200006&lng=es

167-García R, Cortés A, Vila A, Hernández S, Mesquía V. Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en internet]. 2006 [citado 1 diciembre 2010]; 22(1): [aprox. 11 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S086421252006000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

168-Arnold R, Bacallao F, Bello R. Conocimiento de los adolescentes acerca de las infecciones de transmisión sexual en la ESBU "Martín Klein". Varadero. 2005. Revista Médica Electrónica [serie en internet]. 2007 [citado 1 diciembre 2010]; 29(5): [aprox. 13 p.]. Disponible en:

<http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol5%202007/tema05.htm>

169-Suarez L. Evaluación de la estrategia de mercadotecnia social del condón en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [serie en internet]. 2007 [citado 1 diciembre 2010]; 33(1): [aprox. 7 p.].

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100007&lng=es&nrm=iso

170-Casper C, Wald A. Condom use and the prevention of genital herpes acquisition. Herpes [serie en internet]. 2002 [citado 6 diciembre 2010]; 9(1): 10-14. Disponible en:

<http://www.ingentaconnect.com/content/cmepd/herp/2002/00000009/00000001/art00003>

171-Langenberg A. Interrupting herpes simplex virus type 2 transmission: the role of condoms and microbicides. Herpes [serie en internet]. 2004 [citado 6 diciembre 2010]; 11(3): 147-154. Disponible en:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy2.lib.umanitoba.ca/pubmed/15319...resultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=5

172-Martin E, Krantz E, Gottlieb S, Magaret A, Langenberg A, Stanberry L, et al. Pooled analysis of the effect of condoms in preventing HSV-2 acquisition. Arch Intern Med [serie en internet]. 2009 [citado 6 diciembre 2010]; 169(13): 1233-1240. Disponible en: www.archinternmed.com

173-Ramos S, Cohen Sh, Caskey J, Rosenthal S. Adolescents' Anticipated experience of screening for genital herpes. Herpes. 2006; 13(2): 49-52.

174-Rashida R, Jeanne P, Rosenberg D, Stephen T, Jorma P, Cook S, et al. Demographic, behavioral, and knowledge factors associated with herpes simplex virus type 2 infection among men whose current female partner has genital herpes. *Journal of the American Sexually Transmitted Disease Association* [serie en internet]. 2005 [citado 6 diciembre 2010]; 32(5): 308-313. Disponible en: <http://ovidsp.tx.ovid.com.proxy1.lib.umanitoba.ca/spb/ovidweb.cgi...8a3d704939b27024bc72c6a4b234ad1a6d895a10c5293d5fe74fafbf5a5991ab>

175-Crepaz N, Horn A, Rama S, Griffin T, Deluca J, Mullins M, et al. The Efficacy of behavioral interventions in reducing HIV risk sex behaviors and incident sexually transmitted disease in black and hispanic sexually transmitted disease clinic patients in the United States: A meta-analytic review. *Sexually Transmitted Diseases*. 2007; 34(6): 319–332.

176-Mertz J G. Asymptomatic shedding of herpes simplex virus 1 and 2: implications for prevention of transmission. *The Journal of Infectious Diseases* [serie en internet]. 2008 [citado 8 diciembre 2010]; 198(8): 1098-1100. Disponible en: <http://www.journals.uchicago.edu/doi/pdf/10.1086/591914>

177-Barton S E. Reducing the transmission of genital herpes. *BMJ*. 2005; 330(84): 157-158.

178-Minkin J M. Safe sex with herpes. *Prevention* [serie en internet]. 2003 [citado 8 diciembre 2010]; 55(10): 82: [aprox. 9 p.] Disponible en:

<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=8&did=445560361&SrchMo...D&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1207797405&clientId=53671>

179-Logie C, Gadalla T M. Meta-analysis of health and demographic correlates of stigma towards people living with HIV. *AIDS Care* [serie en internet]. 2009 [citado 10 diciembre 2010]; 21(6): 742 – 753. Disponible en:

<http://www.informaworld.com.proxy1.lib.umanitoba.ca/smpp/section-db=all~fulltext=713240928~dontcount=true~content=a912521881>

180-Laughon K, Gielen A C, Campbell J C, Burke J, McDonnell K, O'Campo P. The relationships among sexually transmitted infection, depression, and lifetime violence in a sample of predominantly african american women. *Research in Nursing & Health*. 2007; 30: 413-428.

181-Aiello A E, Simanek A M, Galea S. Population levels of psychological stress, herpes virus reactivation and HIV. *AIDS Behav*. 2010; 14: 308-317.

182-Lawrence S, Walzman M, Sheppard S, Natin D. The psychological impact caused by genital warts: has the department of health's choice of vaccination missed the opportunity to prevent such morbidity? *International Journal of STD & AIDS*. 2009; 20: 696-700.

183-Newton D C, McCabe M P. Sexually transmitted infections: Impact on individuals and their relationships. *Journal of Health Psychology* [serie en internet]. 2008 [citado 11 diciembre 2010]; 13(7): 864-869. Disponible en: <http://hpq.sagepub.com>

184-Mohammed H, Leichter J S, Schmidt N, Farley T A, Kissinger P. Does patient-delivered partner treatment improve disclosure for treatable sexually transmitted diseases? *Aids patient care and STD* [serie en internet]. 2010 [citado 11 diciembre 2010]; 24(3): 183-188. Disponible en: <http://web.ebscohost.com.proxy1.lib.umanitoba.ca/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=122&sid=e96cbc6c-9d7c-4bef-9ac9-0732ef3b2906%40sessionmgr113>

185-Serovich J M, Craft S M, Yoon H J. Women's HIV disclosure to immediate family. *AIDS patient care and STDs* [serie en internet]. 2007 [citado 11 diciembre 2010]; 21(12): 970-980. Disponible en: <http://web.ebscohost.com.proxy1.lib.umanitoba.ca/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=122&sid=e96cbc6c-9d7c-4bef-9ac9-0732ef3b2906%40sessionmgr113>

186-Frye V, Fortin P, MacKenzie S, Purcell D, Edwards L V, Gwin S M, et al. Managing identity impacts associated with disclosure of HIV status: a qualitative investigation. *AIDS Care* [serie en internet]. 2009 [citado 11 diciembre 2010]; 21(8): 1071-1078. Disponible en:

<http://web.ebscohost.com.proxy1.lib.umanitoba.ca/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=122&sid=e96cbc6c-9d7c-4bef-9ac9-0732ef3b2906%40sessionmgr113>

187-Albarracin J D, Durantini M. Effects of HIV-prevention interventions for samples with higher and lower percents of Latinos and Latin Americans: A Meta-Analysis of Change in Condom Use and Knowledge. *AIDS Behav.* 2008; 12: 521–543.

188-Riera M Y, Hernández C M, Lescaille R B, Aguilera A K, Pupo S Y. Modificación de conocimientos sobre educación sexual en estudiantes de primer año de la Facultad de Enfermería. *MEDISAN* [serie en internet]. 2007 [citado 13 diciembre 2010]; 11(4): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol11_4_07/san07407.htm

189-Ehrhardt A A, Exner T M, Hoffman S, Silberman M, Leu T, Miller L, et al. A gender-specific HIV/STD risk reduction intervention for women in a health care setting: short- and long-term results of a randomized clinical trial. *AIDS Care.* 2002; 14: 147-161.

190-Mathews C, Guttmacher S J, Coetzee N, Magwaza S, Stein J, Lombard C, et al. Evaluation of a video based health education strategy to improve sexually transmitted disease partner notification in South Africa. *Sexually Transmitted Infections* [serie en internet]. 2002 [citado 21 diciembre 2010]; 78: 53-57. Disponible en: <http://sti.bmj.com.proxy1.lib.umanitoba.ca/cgi/content/full/78/1/53>

191-Schwebke J R, Desmond R A. A Randomized controlled trial of partner notification methods for prevention of trichomoniasis in women. *Sexually Transmitted Diseases.* 2010; 37(6): 392-396.

192-Trelle S, Shang A, Nartey L, Cassell J A, Low N. Improved effectiveness of partner notification for patients with sexually transmitted infections: systematic review. *BMJ* [serie en internet]. 2007 [citado 22 diciembre 2010]; 334(2): 354-362. Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/334/7589/354>

- 193-Calsyn D A, Maillette M H, Tross S, Doyle S R, Crits-Christoph P, Song Y S, et al. Motivational and skills training HIV/STI sexual risk reduction groups for men. *J Subst Abuse Treat* [serie en internet]. 2009 [citado 24 diciembre 2010]; 37(2): 138-150. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy1.lib.umanitoba.ca/pmc/articles/PMC2749552/pdf/nihms137436.pdf>
- 194-Carrico A W, Antoni M H, Duran R E, Ironson G, Penedo F, Fletcher M A, et al. Reductions in depressed mood and denial coping during cognitive behavioral stress management with HIV-positive gay men treated with HAART. *Annals of Behavioral Medicine*. 2006; 31: 155–164.
- 195-Carrico A W, Chesney M A, Johnson M O, Morin S F, Neillands T B, Remien R H, et al. Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral intervention for HIV-positive persons an investigation of treatment effects on psychosocial adjustment. *AIDS Behav* [serie en internet]. 2009 [citado 24 diciembre 2010]; 13(3): 555–563. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy1.lib.umanitoba.ca/entrez/eutils/efetch.fcgi?dbfrom=pubmed&retmod=e=ref&cmd=prlinks&id=18626764>
- 196-Wong E M, Chan S W, Chair S Y. Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal trauma. *Journal of Advanced Nursing* [serie en internet]. 2009 [citado 24 diciembre 2010]; 66(5): 1120–1131. Disponible en: <http://www.journalofadvancednursing.com/default.asp>
- 197-Carrasco M M, Martín M F, Valero C P, Millan P R, Garcías I C, Montalba S R, et al. Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in alzheimer's disease patients' caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry* [serie en internet]. 2009 [citado 20 diciembre 2010]; 24: 489–499. Disponible en: www.interscience.wiley.com
- 198-Mazzucchelli T, Kane R, Rees C. Behavioral activation treatments for depression in adults: A meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2009; 16(4): 383-410.

199-Johnson M O, Neilands T B, Dilworth S E, Morin S F, Remien R H, Chesney A. The role of self-efficacy in HIV treatment adherence: Validation of the HIV treatment adherence self-Efficacy scale (HIV-ASES). *J Behav Med* [serie en internet]. 2007 [citado 26 diciembre 2010]; 30(5): 359-370.

Disponible en: <http://www.springerlink.com.proxy1.lib.umanitoba.ca/content/m225v594136317pt/>

200-Mahat G, Scoloveno A M. HIV Peer education: Relationships between adolescents' HIV/AIDS knowledge and self-efficacy. *Journal of HIV/AIDS & Social Services* [serie en internet]. 2010 [citado 26 diciembre 2010]; 9: 371–384. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/15381501.2010.525479>

201-Luszczynska A, Sarkar Y, Knoll N. Received social support, self-efficacy, and finding benefits in disease as predictors of physical functioning and adherence to antiretroviral therapy. *Patient Education and Counseling* [serie en internet]. 2007 [citado 26 diciembre 2010]; 66(1): 37-42.

Disponible en:

http://www.sciencedirect.com.proxy1.lib.umanitoba.ca/science?_ob...lVersion=0&_userid=1068138&md5=651b231b365fd652901b13ee1f9fb714

202-DiClemente R J, Wingood G M, Rose E, Sales J M, Crosby R A. Evaluation of an HIV/STD sexual risk-reduction intervention for pregnant African American adolescents attending a prenatal clinic in an urban public hospital: Preliminary evidence of efficacy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* [serie en internet]. 2010 [citado 26 de diciembre 2010]; 23(1): 32-38.

Disponible en:

http://www.sciencedirect.com.proxy1.lib.umanitoba.ca/science?_ob=Mlmq&_imagekey=B6W68-4WW7NW51&_cdi=6592&_user=1068138&_pii=S1083318809001879&_origin=search&_coverDate=02%2F28%2F2010&_sk=999769998&_view=c&_wchp=dGLbVIWzSkzS&_md5=ca2aa13be698b69854ddbbee91756f8c&_ie=/sdarticle.pdf

203-[Kanekar A](#), [Sharma M](#), [Cottrell R](#), [Succop P](#), [Bernard A](#). Theory based safer sex intervention among African-American college students. [American Journal of Health Studies](#) [serie en internet].

2010 [citado 27 diciembre 2010]; 25(1): 52-59. Disponible en:

<http://web.ebscohost.com.proxy2.lib.umanitoba.ca/ehost/detail?hid=111&sid=6516cd9a-884a-4cee-b2f38f363bcd86da%40sessionmgr115&vid=6&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=aph&AN=52728513>

ANEXOS

Anexo 1. Modelo de entrevista en profundidad a personas con herpes simple genital.

El objetivo de esta entrevista es identificar que temas desearía usted que fueran abordados en la atención que usted recibe cuando acude a las consultas de infecciones de transmisión sexual así como cualquier otro factor que influya en su bienestar. No es necesario que diga su nombre y puede pedir aclaración sobre cualquier pregunta que tenga duda, o dejar de responder si lo desea. Le pedimos que sea lo más sincero posible y le recordamos que los datos obtenidos tienen un carácter estrictamente confidencial.

Guía general de la entrevista.

Datos generales

Código _____ Sexo _____ Edad _____ Tiempo con la enfermedad _____

Estado civil _____

Parte I Impacto físico de la enfermedad.

1-Pudiera describir brevemente desde cuando presenta la enfermedad y cómo fue que se dio cuenta de que la padecía.

2-Pudiera describir brevemente que síntomas físicos experimenta cuando tiene la lesión y qué representa para usted.

3-Experimenta alguna sensación física antes de que aparezcan las lesiones.

Parte II Impacto psicológico de la enfermedad.

4-Que significado ha tenido para usted adquirir esta enfermedad.

5-Pudiera describir brevemente si experimenta algunos síntomas psicológicos como depresión, ansiedad, agresividad y que significa esta experiencia para usted.

Parte III Impacto en la vida sexual.

6- Pudiera describir brevemente en qué medida esta enfermedad ha afectado su vida sexual.

7-¿Se siente comprometido con su pareja o posible pareja sexual a comunicarle sobre su enfermedad?

8-¿Utiliza alguna técnica de protección cuando tiene relaciones sexuales como el condón masculino, condón femenino u otras técnicas de barrera? ¿Se siente usted a gusto con el uso de estas técnicas?

Parte IV Conocimiento sobre la enfermedad.

9-Pudiera describir brevemente que conocimientos tiene sobre la enfermedad, (causas, como se transmite, tratamiento, complicaciones).

10-Desea agregar algún otro aspecto en la entrevista o hacer alguna pregunta.

Anexo 2. Codificación de la entrevista realizada a las personas con herpes simple genital.

<p>Primer nivel de codificación</p> <p>Identificación de temas, unidades de significado tal y como la persona lo expresa.</p>	<p>Segundo nivel de codificación.</p> <p>Reformulación en conceptos de lo expresado por las personas</p>	<p>Interpretación de los datos</p>	<p>Códigos</p>	<p>Estructura jerárquica de los códigos</p>
<p>Parte I</p> <p>1-"Salió como una marca en el equipo"</p> <p>2-"Fue terrible saber que era una ITS "</p> <p>3-"Las llagas eran dolorosas y salían cada rato"</p> <p>4-"Saber que mi pareja me la había pegado fue muy desagradable, el estaba con otra y no se cuidó"</p>	<p>1, 2, 3-Percepción negativa de uno mismo, estigma.</p> <p>3-Autoimagen corporal.</p> <p>4-Desconfianza, traición, culpa</p>	<p>1, 2, 3-La persona interpreta los cambios corporales como una marca en sus genitales a los cuales llama "equipo," constituyendo una apreciación negativa de su imagen corporal.</p> <p>4- Se siente mal por saber que tiene una ITS, esta infección es producto de una conducta</p>	<p>1, 2, 3-Sesgos cognitivos.</p> <p>4-Problemas psicológicos.</p>	<p>Problemas psicológicos</p> <p>Sesgos cognitivos</p> <p>Sexo seguro</p> <p>Uso del condón</p> <p>Revelado de la enfermedad</p>

<p>cura”</p> <p>10-“Dios mío, viene de nuevo”</p> <p>11-“Tengo la lesión, es para nunca acabar”</p> <p>12-“Ya ha pasado otras veces”</p>	<p>9-Desesperanza.</p> <p>10-Ansiedad.</p> <p>11-Ira.</p> <p>12-Ira, falta de control.</p>	<p>personas mal interpretan los síntomas atribuyéndole las causas y en ocasiones justificándola con otros eventos de la vida diaria.</p> <p>6-12-La persona se siente impotente al no poder controlar las causas de las recurrencias. También padecer una ITS que sea crónica lo hace sentir mal y preocupado.</p>		
<p>Parte II</p> <p>13-“Esto me tiene bien jodido”</p> <p>14-“Me siento sucia”</p> <p>15-“En ocasiones me deprimó cuando se que esto sale, sale y sale...”</p> <p>16-“ Esto me pasa por portarme mal...no debí haberlo hecho”</p> <p>17-“Me da rabia haber confiado y</p>	<p>13-Ira.</p> <p>14-Percepción negativa de uno mismo.</p> <p>15-Depresión.</p> <p>16-Sentimientos de culpa.</p>	<p>13-La persona en esta frase manifiesta sentimientos de inconformidad, molestia y cólera, casi siempre debido a las recurrencias y al impacto en le vida sexual o por haberse sentido traicionado por la pareja.</p> <p>14-En este caso la mujer</p>	<p>13-22-Problemas psicológicos</p> <p>15-Sesgos cognitivos (conocimiento)</p> <p>17-Sexo seguro</p>	

<p>mire lo que me pasó”</p> <p>18-“Me da mucha ansiedad saber que esto no tiene cura”</p> <p>19-¿Y ahora que me hago?</p> <p>20-“No sé qué voy hacer, a quien voy a ir como decirlo”</p> <p>21-“Si pudiera virar el tiempo cambiaria muchas cosas”</p> <p>22-“Al comienzo tenía el presentimiento de que algo andaba mal, usted sabe...cualquier problema en las partes es algo preocupante...traumatizante...cada vez que esto sale me molesta bastante”</p>	<p>17-Desconfianza, ira.</p> <p>18-Ansiedad.</p> <p>19-Depresión.</p> <p>20-Miedo a decir la enfermedad.</p> <p>21-Sentimientos de culpa.</p> <p>22-Arrepentimiento.</p>	<p>considera que se siente sucia debido a las lesiones en los genitales, ella percibe que tiene una infección que no tiene cura y lo asocia con falta de limpieza e higiene.</p> <p>15-La percepción de falta de control de las recurrencias conlleva en ocasiones a la depresión.</p> <p>16- En esta frase se expresan sentimientos de culpa, algunas veces es atribuido por la creencia en una mala conducta que conlleva a un castigo por un ser superior.</p> <p>17-La rabia, la ira y la cólera son sentimientos que son comunes en las personas con herpes simple genital, esto se atribuye en ocasiones a sentirse engañados por la</p>	<p>20-Revelado de la enfermedad</p>	
---	--	--	-------------------------------------	--

		<p>pareja que le trasmite la infección.</p> <p>18-La ansiedad es otro problema que presenta las personas con herpes simple genital, la sensación de falta de control sobre la aparición de las recurrencias, la implicación que tiene en la sexualidad, el estigma que acompaña a estas personas son causas que pueden desencadenar problemas psicológicos en estas personas.</p> <p>19-En este caso la persona siente desesperanza, ineptitud y con impotencia al no saber qué hacer con el problema que presenta.</p> <p>20-El revelado de la enfermedad es un problema que depende mucho de la</p>		
--	--	---	--	--

		<p>estigmatización que acompañan a las ITS. La preocupación por que no se haga público su problema de salud es una de las causas de los problemas psicológicos en estas personas. Generalmente las personas con herpes simple genital tienen miedo de revelar la enfermedad por lo tanto no acuden a las consultas de ITS y no reciben ayuda profesional.</p> <p>21-En esta frase la persona desea no haber tenido la conducta sexual que lo llevo a contraer la enfermedad, esto ocurre cuando la persona sabe que ha sido contagiado con una infección de transmisión sexual. En esta frase se manifiesta arrepentimiento e impotencia por no poder cambiar los actos</p>		
--	--	---	--	--

		realizados. 22-El herpes simple genital es traumatizante para las personas que adquieren la enfermedad.		
<p>Parte III</p> <p>23-"El sexo me produce la lesión"</p> <p>24-"No quisiera acostarme con más nadie"</p> <p>25-"Nunca será normal para mi estar con alguien"</p> <p>26-"Si se lo transmito a alguien me moriría"</p> <p>27-"Pensé que usando el condón no tendría ningún problema"</p> <p>28-"Algunas veces no me siento cómodo usando el condón, no se siente lo mismo"</p> <p>29-"A mí no me gusta bajar al pozo por eso mismo, pero mire lo que me pasó...."</p> <p>30-"No es lo mismo con condón,</p>	<p>23-Percepción negativa del sexo.</p> <p>24-Percepción negativa de uno mismo.</p> <p>25-Preocupación por transmitir la enfermedad.</p> <p>25, 26-Inseguridad.</p> <p>27, 28, 30-Percepción negativa del uso del condón.</p> <p>29, 31, 32-Desconocimiento.</p>	<p>23-Las personas asocian la causa de su problema al acto sexual y esto conlleva a que rechacen tener nuevas relaciones sexuales. Las causas de estos sesgos cognitivos son el desconocimiento sobre los aspectos de la enfermedad.</p> <p>24-En esta frase se manifiesta como la enfermedad influye en la dimensión sexual de la persona afectando su relación con su pareja o posibles parejas. Las personas asocian</p>	<p>23-30-Sesgos cognitivos (conocimiento)</p> <p>32-38-Problemas psicológicos</p> <p>29-Sexo seguro</p> <p>Uso del condón</p> <p>27, 28, 30-Uso del condón</p> <p>33-36-Revelado de la enfermedad</p>	

<p>sin condón se siente más...."</p> <p>31-"En la televisión salen muchas cosas para evitar el SIDA pero no sabía que esto existía"</p> <p>32-"Si alguien me toca ahora pudiera contagiarse"</p> <p>33-"No es fácil decirle esto a alguien y menos si no la conoces"</p> <p>34-"Prefiero morirme antes que alguien se entere de esto"</p> <p>35-"Si en el gao se enteran me matan"</p> <p>36-"Si tengo que decir esto prefiero no estar con él"</p> <p>37-"La calle esta dura y tengo que ir para la lucha"</p> <p>38-"Esto es un castigo de dios"</p>	<p>33-36-Miedo y confusión a transmitir la enfermedad</p> <p>33-36-Miedo a revelar la enfermedad.</p> <p>37, 38-Resignación, falsa interpretación de la enfermedad.</p>	<p>la enfermedad con una conducta sexual determinada y por lo tanto rechazan la posibilidad de volver tener relaciones sexuales por miedo a transmitir la enfermedad y miedo a revelar el secreto.</p> <p>25-Aquí se aprecia como la infección por herpes simple genital afecta la vida sexual de esta persona. El temor y el desconocimiento sobre la enfermedad y de prácticas seguras para tener relaciones sexuales provocan estos sentimientos de rechazo.</p> <p>26-La preocupación por transmitir la enfermedad constituye una de las causas de morbilidad psicológica en estas personas.</p> <p>27-En este caso la persona</p>		
--	---	--	--	--

		<p>utilizó condón cuando fue infectado lo cual puede traer sentimientos de desconfianza al uso del condón y de prácticas no segura. Es importante educar a estas personas sobre el uso de otras técnicas para tener sexo seguro y reafirmar la protección que ofrece el uso del condón así como sus limitaciones en el caso de la infección por herpes simple genital.</p> <p>29-La persona evita la práctica del sexo oral por temor a contraer una ITS sin embargo la práctica de sexo no protegido conllevó al contagio, en este caso se manifiesta la necesidad de educar sobre el uso del condón masculino y del sexo seguro.</p>		
--	--	--	--	--

		<p>30, 28-La persona rechaza el uso del condón atribuyéndole que afecta el placer sexual. Esto conlleva a que la persona no se proteja cuando tiene una relación sexual. Aquí se manifiesta la necesidad de educar al paciente en el uso del condón y de la práctica de sexo seguro.</p> <p>31- Esta frase manifiesta el desconocimiento sobre la enfermedad.</p> <p>32-Aquí se manifiesta el desconocimiento sobre la enfermedad y las prácticas de sexo seguro para evitar transmitir la enfermedad.</p> <p>33, 34, 35, 36-Revelar la enfermedad resulta difícil para las personas con herpes simple genital. La necesidad de educar</p>		
--	--	--	--	--

		<p>sobre como revelar la enfermedad y su importancia es un aspecto importante en esta problemática.</p> <p>37-En este caso, el sustento económico de esta persona lo obtiene a través de la prostitución, su dimensión económica está afectada y por otro lado la necesidad de educar sobre tener sexo seguro y protegido en estas personas conllevaría a la disminución de la transmisión de la enfermedad en casos nuevos.</p>		
<p>Parte IV</p> <p>39-"Dice el médico que no tiene cura"</p> <p>40-"Sale cada rato y a veces nunca se sabe cuando aparecerá"</p> <p>41-"Dicen que no debo de estar con mi novia si tengo la lesión"</p>	<p>39,42-Resignación.</p> <p>40-Falta de control.</p> <p>41, 44, 45-Desconocimiento.</p>	<p>39-Las personas que asisten a la consulta se les brindan información sobre la enfermedad, esta información puede traer problemas psicosociales si no es acompañada de técnicas</p>	<p>39-45-Sesgos cognitivos.</p> <p>39-45-Problemas psicológicos.</p>	

<p>42-"Es para toda la vida"</p> <p>43-"Es una enfermedad que cogí por no usar condón y que se la puedo pegar a cualquiera"</p> <p>44-"Debo tener cuidado cuando vaya a tener un niño porque se lo puedo pegar"</p> <p>45-"No sé si podré tener hijos"</p>	<p>43-Falsa interpretación de la enfermedad.</p>	<p>psicológicas.</p> <p>40-Esta persona revela la información que tuvo más impacto negativo en él, la falta de control sobre las recurrencias constituye un problema. La necesidad de informar sobre todos los aspectos de la enfermedad así de cómo convivir con la enfermedad resulta importante a tener en cuenta en el manejo de esta persona.</p> <p>41, 42, 43, 44, 45-En estas oraciones se manifiestan los principales problemas que preocupan a estas personas a los cuales se deben de tener en cuenta a la hora diseñar e implementar cualquier tipo de intervención.</p> <p>En el caso de las mujeres la</p>		
--	--	--	--	--

		preocupación por la posibilidad de no tener hijos o que la enfermedad influya en el bienestar de sus futuros hijos es un aspecto que debe ser abordado en la atención de las personas.		
--	--	--	--	--

Anexo 3. Descripción del programa de intervención psicoeducativo sobre la autoeficacia de las personas con diagnóstico clínico de herpes simple genital.

Objetivo general

Promover la autoeficacia en las personas con diagnóstico clínico de herpes simple genital.

Primera sesión. Adaptación psicológica (Relajación y disminución del estrés).

Objetivos

1-Explorar las características demográficas de las personas con herpes simple genital. (Dominio cognitivo categoría conocimiento).

2-Explorar el estado psicológico de las personas con herpes simple genital. (Dominio cognitivo categoría conocimiento)

3-Adiestrar a la persona con herpes simple genital en las técnicas de relajación. (Dominio psicomotor destreza)

4-Adiestrar a la persona con herpes simple genital en las técnicas de inoculación del estrés. (Dominio psicomotor destreza)

Técnicas

Revisión de los datos en la ficha del investigador, familiarización.

Revisión de los resultados sobre el estado de ánimo, observación.

Técnicas de relajación (focalización, respiración e imagería).

Técnicas de inoculación del estrés (Relajación muscular y respiración profunda, listado de situaciones estresantes para el paciente, listado de pensamientos de afrontamiento).

Descripción

En esta sesión los investigadores valoraron la ficha del investigador buscando datos como tiempo con la enfermedad, la presencia de la lesión y los resultados del cuestionario del estado de ánimo.

La variable tiempo con la enfermedad y la presencia de lesiones influyen en la adaptación psicológica, las personas con reciente diagnóstico tienden a experimentar mayores trastornos psicológicos que los que llevan tiempo con la enfermedad. Los investigadores en el primer encuentro establecieron rapport y verificaron el estado de ánimo de la persona mediante la observación. En dependencia del estado de ánimo y las preferencias del paciente, se comenzaba por las técnicas de relajación, de inoculación del estrés o por brindarle información sobre la enfermedad. Las técnicas utilizadas en la relajación fueron la focalización, respiración e imaginación. En las técnicas para la inoculación del estrés se entrenó al paciente para utilizar las señales de tensión como aviso para relajarse mediante la autoverbalización.

En caso de que la persona con herpes simple genital no manifieste algún trastorno psicológico como ansiedad, depresión ira o confusión, entonces se comienza por la sesión de conocimiento sobre herpes simple genital.

Fuente de autoeficacia

Estados fisiológicos y afectivos: Teniendo en cuenta esta fuente de autoeficacia es que se comienza con las técnicas para mejorar el estado de ánimo. Según Bandura (28), el estado físico y emocional tiene una gran influencia en la manera en que las personas juzgan sus capacidades. Los estados de ánimos pueden afectar como los eventos son interpretados, organizados cognitivamente y recordados en la memoria. Los estados de ánimos positivos acentúan la autoeficacia. En el caso de los problemas psicosociales que presentan las personas con herpes simple genital, sobre todo las personas con reciente diagnóstico, se hizo necesario comenzar con técnicas que tuvieran un efecto sobre el estado de ánimo. Una vez que este se mejoró el estado de ánimo se pasaba a las otras fases en la que la persona necesitaba recibir, organizar e interpretar información sobre la enfermedad.

Metas

Mejorar el estado de ánimo mediante:

-Disminución de la depresión, la ansiedad, la ira, la confusión y la fatiga.

-Acrecentando el vigor y la amistad.

Segunda sesión. Adaptación psicológica (control de la ira).

Objetivos

Identificar los motivos que desencadenan la ira. (Dominio cognitivo categoría conocimiento).

Adiestrar a la persona con herpes simple genital en las técnicas para controlar la ira. (Dominio psicomotor destreza).

Técnicas

Control de la ira: Se entrenó al paciente para desactivar esta reacción emocional mediante procedimientos de contención, verbalización de los sentimientos y derivación de la energía resultante hacia otras actividades.

Descripción

Los investigadores mostraron a la persona con herpes simple genital las técnicas para contener la ira y evitar los estallidos, se entregó material impreso con estas técnicas a las personas con herpes simple genital. Anexo 5.

Fuente de autoeficacia

Estados fisiológicos y afectivos: La ira tiene un efecto directo sobre la autoeficacia. Individuos que reportan ira y hostilidad son menos eficaces. En igual sentido, la ira influye cómo los eventos son interpretados, organizados cognitivamente y recordados en la memoria (28).

Metas

Disminución de los sentimientos de ira y hostilidad.

Tercera sesión. Conocimiento.

Objetivos

Identificar los conocimientos sobre la enfermedad en las personas con herpes simple genital.

(Dominio cognitivo categoría conocimiento).

Explicar la información sobre la enfermedad de forma precisa y pertinente. (Dominio cognitivo categoría comprensión).

Técnicas

Cara a cara (brindar información)

Retroalimentación correctiva

Descripción

La técnica cara a cara es uno de las estrategias utilizadas en la consejería (123). En la misma se ofrece información al paciente sobre los aspectos de la enfermedad como son: La etiología, síntomas, pródromos, tratamientos, formas de transmisión y prácticas para evitar transmitir la enfermedad. En esta técnica se brinda el plegable sobre herpes simple genital elaborado así como información impresa. Anexo 6. También se le dan los sitios web en español sobre herpes simple genital para su posible consulta.

<http://www.abcpedia.us/virus/herpes-genital-virus.htm>

<http://www.que-es-herpes.com/>

http://www.perfil.com/contenidos/2008/12/08/noticia_0018.html#comentarios

<http://www.herpesalliance.org/index.htm>

La retroalimentación correctiva es una técnica que permite a los evaluadores valorar al participante, realizando comentarios críticos y sugerencias respecto a su actuación o a los sesgos cognitivos que

tenga sobre su enfermedad (124). Con esta técnica se establece un diálogo abierto con la persona logrando un intercambio de ideas entre los investigadores y la persona con herpes simple genital.

Fuente de autoeficacia

Persuasión verbal: La persuasión verbal fortalece la autoeficacia en las personas para lograr los resultados esperados. Los individuos con un alto sentido de autoeficacia intensifican sus esfuerzos para autodirigir los cambios necesarios logrando resultados en su mejora de la salud (28). Las técnicas de brindar información cara a cara y retroalimentación correctiva siguen estos principios propuestos por Bandura. Los investigadores mediante estas técnicas, lograron establecer un diálogo con intercambio de información e ideas sobre los aspectos de la infección con el objetivo de desarrollar su autoeficacia. Si la persona conoce todos los aspectos de su enfermedad, entonces aumenta la creencia de la persona en su capacidad para hacer frente a los posibles problemas que conlleva la misma.

Metas

Lograr un clima favorable para el intercambio de información e ideas entre los investigadores y las personas con herpes simple genital.

Aumentar los conocimientos sobre los aspectos de la infección.

Cuarta sesión. Eficacia en el uso del condón masculino.

Objetivos

Adiestrar a las personas en el uso correcto del condón masculino. (Dominio psicomotor categoría destreza).

Explicar las técnicas para persuadir a la pareja y de aprobación para el uso del condón masculino. (Dominio cognitivo categoría comprensión).

Modelar situaciones estructuradas en la persuasión y aprobación de la pareja en el uso del condón masculino. (Dominio psicomotor categoría respuesta guiada).

Ensayar situaciones de riesgo en las cuales esté implicado el uso del condón bajo intoxicantes. (Dominio psicomotor categoría respuesta guiada).

Técnicas

Para el dominio uso correcto del condón se empleó la estrategia de modelamiento y la retroalimentación correctiva.

Para el dominio aprobación de la pareja y persuasión a la pareja se utilizó la estrategia juego de roles.

Para el dominio uso del condón bajo intoxicantes se empleó la estrategia de ensayos cognitivos.

Descripción

En el modelamiento se llevaron a cabo demostraciones de la habilidad en el uso del condón por parte de los investigadores siguiendo los pasos propuestos por Montijo et al (124). Por tal motivo se utilizó un actor (el que recibe el entrenamiento persona con herpes simple genital) y un co-actor (persona con la que se interactúa para presentar la habilidad). En este caso los investigadores realizaron la habilidad de colocar el condón en un modelo de pene de goma como se describe a continuación.

0. Guardarlo en lugar seguro para evitar que se rompa, evitar billeteras, bolsillos con poca capacidad o bolsillos de jean en la parte trasera.
1. Revisar burbuja de aire en el condón así como la integridad del mismo.
2. Revisar fecha de caducidad.
3. Buscar muesquillas por donde se puede abrir el paquete.
4. Bajar el condón antes de abrir el paquete.

5. Abrir el paquete sin usar uñas o dientes.
6. Sacar el condón del paquete cuidando no rasgarlo.
7. Ver hacia qué lado se desenrolla.
8. Apretar el receptáculo de depósito del semen.
9. Girar el condón dos vueltas para que no haya burbujas.
10. Colocar en el glande el condón.
11. Bajar el condón con las yemas de los dedos hasta la base del pene.
12. Pasar las yemas de los dedos sobre el cuerpo del pene para retirar el semen y llevarlo al receptáculo.
13. Tomar el receptáculo del semen y darle dos vueltas.
14. Retirar el condón.
15. Desecharlo envuelto en papel en el bote de la basura.

La investigadora demostró cómo colocar el condón con la boca en las pacientes mujeres, se tiene en cuenta las diferencias en la eficacia en el uso del condón entre mujeres y hombres. Esta técnica ayudó a las mujeres a persuadir a su pareja a colocarse el condón y a ser más erótico el acto de colocación del mismo.

El investigador demostró la utilización del condón masculino como método de barrera en el sexo oral con la pareja.

La retroalimentación correctiva es una técnica que permite al evaluador o evaluadores valorar al participante realizando comentarios críticos y sugerencias respecto a su actuación en el uso del condón masculino. Con esta técnica se pretende que el participante mejore su ejecución en el uso del condón masculino.

El juego de roles se definió como la práctica conductual sistematizada de la habilidad observada en el modelamiento, utilizando situaciones semiestructuradas muy semejantes a una situación real (124). En la ejecución del juego de roles se pidió al participante que junto con el investigador represente o actúe la actividad en cuestión. La habilidad estuvo dividida en componentes o pasos conductuales, los cuales al irse cumpliendo de manera ordenada conducían a su desempeño correcto. Esta técnica pretende que el participante domine el ejercicio en todos sus componentes.

El juego de roles se realizó entre los dos investigadores. Se simuló una situación en que uno de los dos deseaba tener sexo sin el uso del condón. El otro investigador mostraba la capacidad para identificar un conflicto y proponía asertivamente alternativas para solucionarlo llegando a un acuerdo con el otro miembro de la pareja. En esta técnica se enfatizaban en las habilidades de saber escuchar y entender los sentimientos de otros. Para ello los miembros de la pareja se deben de sentir en igualdad de derechos. También se destacó la importancia de usarlo en todos y cada uno de los encuentros sexuales insistiendo en las habilidades de negociación para el uso del condón.

Los ensayos cognitivos permitieron a las participantes pensar sobre como manejarían una situación determinada y desarrollar un plan de acción. Luego, el participante comparte sus ideas o planes de acción, evalúan los mismos analizando las razones por las cuales sus planes no fueron efectivos, generando soluciones a los problemas a través de la discusión con los investigadores. En la intervención se le presentó una situación en las que las personas con herpes simple genital estaban en una fiesta y tomaban bebidas alcohólicas. Conocían a una pareja, y esta manifestaba que deseaba tener sexo con él o ella. Se les pidió a los participantes que desarrollaran un plan de acción dirigido a evitar la situación de riesgo. Los investigadores ayudaron a evaluar el plan de acción diseñado por el participante y a generar soluciones a través de la discusión de los siguientes temas: Explicar las consecuencias de las drogas e ingerir alcohol sin límites.

Identificar verbalmente las razones que ofrece la pareja para no usar condón.

Explicar a la pareja la necesidad del uso del condón en caso de que no se tenga la lesión, si presenta la lesión evitar el contacto sexual.

Reafirmación del interés sexual por la pareja en otro momento.

Alternativas de juegos sexuales y eróticos en el uso del condón.

Fuente de autoeficacia

Las fuentes de autoeficacia utilizadas fueron la experiencia maestra, la experiencia vicaria y la persuasión verbal.

La experiencia maestra es la fuente que mayor influencia ejerce sobre la autoeficacia ya que la persona puede incorporar aquellos aspectos que le conducen al éxito. El éxito según Bandura es una fuente sólida de autoeficacia (28). Estas premisas se tuvieron en cuenta para el entrenamiento de las personas con herpes simple genital a la colocación del condón masculino. Una vez que la técnica fue modelada por los investigadores se le pidió a la personas que desempeñara la técnica para el uso del condón. El entrenamiento permitió aumentar las habilidades mecánicas en su uso. Como resultado, se desarrolló la percepción sobre la capacidad para el uso del condón, se disminuyó la percepción de dificultad de realización de la tarea y se valoró el grado de éxito o fracaso en el uso mecánico del condón por parte de la persona. Con la práctica se fue logrando el éxito de la tarea, esto contribuyó a la forma en que la experiencia era cognitivamente organizada y reconstruida en la memoria. Todos estos factores contribuyeron al incremento de la autoeficacia para el uso del condón masculino.

La experiencia vicaria es la segunda fuente de autoeficacia. Las personas evaluaron sus capacidades en relación a los logros de otras personas (28). En este sentido, los investigadores modelaron la técnica del uso del condón masculino. Mediante la observación y la explicación de las

ventajas que ofrece esta técnica se pretende acrecentar la autoeficacia en el uso del condón masculino. También, la técnica de juego de roles está basada en esta fuente de autoeficacia. Mediante el juego de uno u otro rol las personas con herpes simple genital reprodujeron situaciones semejantes a la realidad permitiéndoles organizar y ejecutar las habilidades para la negociación asertiva en el uso del condón masculino. La visualización del desempeño de estas habilidades de manera exitosa aumentó la autoeficacia para el ejercicio de la habilidad en situaciones reales. La técnica de ensayos cognitivos estuvo sustentada en la persuasión verbal como fuente de autoeficacia. Las influencias persuasivas en términos de correcciones y evaluaciones conducen a las personas a tener un alto sentido de autoeficacia. La persuasión verbal tiene un efecto positivo en aquellas personas que tienen alguna razón para creer que ellos pueden producir determinado efecto mediante sus acciones (28). Mediante la persuasión verbal, los investigadores promovieron la realización de un plan de acción para negociar con asertividad el uso del condón masculino bajo intoxicantes en situaciones de riesgo. Los investigadores evaluaron el plan de acción teniendo en cuenta la factibilidad del mismo en situaciones reales y estimularon las capacidades de las personas para el desempeño de las habilidades en este dominio.

Metas

Reproducir la técnica de colocación del condón masculino en modelo de goma.

Interpretar las situaciones de riesgo en el uso del condón masculino.

Representar las técnicas para aprobación y persuasión de la pareja en el uso del condón masculino.

Quinta sesión. Sexo seguro.

Objetivos

Explicar las técnicas para tener sexo seguro. (Dominio cognitivo categoría comprensión).

Adiestrar a las personas en el uso correcto de las técnicas de barrera. (Dominio psicomotor categoría destreza).

Técnicas

Modelación, retroalimentación correctiva y cara a cara (brindar información).

En el modelamiento se llevaron a cabo demostraciones de la habilidad en el uso de algunas técnicas de barrera. Los investigadores realizaron las habilidades de uso de las técnicas de barrera en situaciones simuladas y un modelo de pene de goma.

La retroalimentación correctiva es una metodología que permitió a los evaluadores valorar al participante realizando comentarios críticos y sugerencias respecto a la utilización de las técnicas de barrera. Mediante este procedimiento, los participantes valoraban su futuro desempeño en la práctica del sexo oral y los juegos sexuales.

La otra técnica utilizada fue la de cara a cara. Esta técnica se utilizó para explicar la práctica, los riesgos del sexo oral y los juegos sexuales. Esta técnica ha sido utilizada con éxito en la consejería de personas VIH/SIDA (123).

Descripción

Sexo oral

Contacto boca vagina: No se debe realizar si hay presencia de lesión por herpes simple tanto en la zona genital como en la boca. En caso de no tener la lesión se pueden utilizar algunas técnicas de barrera como polietileno transparente y condones de boca.

Contacto boca pene: No se debe realizar si hay presencia de lesión por herpes simple tanto en la zona genital como en la boca. Si no hay presencia de lesión entonces se pueden utilizar algunas técnicas de barrera como los condones de boca y el condón masculino.

Contacto boca-ano (Beso Negro): Es riesgoso si no se hace con alguna técnica de barrera y condiciones higiénicas. Si algunas de las parejas tienen la lesión por herpes simple bucal no se debe realizar esta técnica ya que el virus puede transmitirse. En caso de no haber lesión se pueden usar algunas de las técnicas que a continuación describiremos.

Técnicas de barrera

Utilización de los condones de boca: Los condones de boca (o barreras bucales) son como rectángulos hechos de látex que los dentistas usan para aislar un diente mientras trabajan. Esta técnica puede ser utilizada en el contacto boca-ano como boca-vagina. También puede utilizarse picando el condón a la mitad y colocarlo como barrera entre la boca y los genitales.

Polietileno transparente

Es un producto común de la cocina. Se recomienda como una barrera para el sexo oral, tanto en el contacto boca-ano como boca-vagina. Si bien los condones de boca pueden usarse también para estas actividades, el polietileno transparente tiene la ventaja de ser transparente y más delgado.

Generalmente son más fáciles de obtener que los condones de boca.

Condomes femeninos

El condón femenino, es como una bolsa vaginal desechable, hecha de poliuretano. Es liviano y delgado, y tiene un anillo en cada extremo. El anillo cerrado en el extremo se introduce en la vagina, sobre la entrada del útero. El otro extremo permanece fuera de la vagina y cubre los labios vaginales. Tiene la ventaja que puede colocarse de 8 a 6 horas antes del acto sexual. Dentro de las desventajas se encuentran que no son de fácil acceso en el mercado, son más caros que los condones masculinos y pueden ser ruidosos a la hora de tener el contacto sexual.

Guantes de látex

Los guantes de látex se utilizan como barreras en los juegos sexuales, por ejemplo, insertar los

dedos en la vagina y el recto. Son fáciles de encontrar y puede ser una técnica de agrado ya que a algunas personas les gusta el contacto del látex sobre la piel.

Dedales de látex o condones de dedo

Están hechos de látex y cubren sólo un dedo. Se pueden utilizar para manipular la vagina y el ano en los juegos sexuales. Son comúnmente usados por los doctores para revisar el ano. Se pueden hacer picando un dedo de los guantes de látex.

Juegos sexuales

Meter el puño

Es una actividad sexual que consiste en introducir los dedos o la mano en el recto o la vagina.

Puede ser riesgoso en caso de que la persona presente la lesión por herpes simple, por lo que no se recomienda durante los episodios de recurrencias. Cuando no está presente la lesión se recomienda utilizar un guante de látex.

Besos

Esta práctica no supone ningún riesgo de transmisión en el herpes simple genital pero si en el bucal.

Cuando la persona tiene lesiones por herpes simple en la boca no se debe realizar esta práctica.

Masturbación mutua

La piel es una barrera eficaz contra todo tipo de organismos sin embargo cuando hay falta de continuidad de la misma puede ser una puerta de entrada para el virus del herpes simple. Esta técnica no se recomienda si hay presencia de lesiones por herpes simple genital. Cuando no hay lesión puede usarse los guantes y dedales de látex. No es aconsejable eyacular en el pene o la vulva de otra persona ni tocarse los genitales con el semen o las secreciones vaginales de otra persona.

Masturbación solitaria

No supone ningún peligro aún cuando está presente la lesión por herpes simple. Cualquier cosa que se haga en soledad es segura siempre que no estén presentes los fluidos infecciosos de otra persona.

Masaje corporal, abrazos

Estas actividades no tienen ningún riesgo porque solamente implican contacto de piel con piel siempre y cuando no haya presencia de la lesión por herpes simple en los glúteos u otra área del cuerpo.

Juguetes sexuales

Estos juguetes incluyen vibradores o cualquier otro aparato que se utilice para provocar placer sexual. Si el juguete solamente lo emplea una persona, no hay riesgo, ya que uno no puede infectarse a sí mismo. Cualquier juguete que pueda tener fluidos infectados no debe pasarse de una persona a otra sin limpiarlo bien antes. Puede ponerse un condón en los vibradores para reducir el riesgo, pero es preciso cambiarlo antes de que otra persona lo vuelva a usar. Los juguetes deben lavarse en agua caliente con jabón.

Actividades sado-masoquistas

Estas prácticas incluyen nalgadas, juegos con los pezones, escenarios de sumisión, disciplinas y otras muchas actividades donde el único límite es la imaginación. Son seguras a no ser que el semen o los fluidos vaginales de una persona se pongan en contacto con las mucosas de la otra persona.

Fuente de autoeficacia

Experiencia maestra, experiencia vicaria, persuasión verbal.

La experiencia maestra sustentó la técnica de modelamiento. Una vez que se realizaron algunas de las técnicas para el sexo seguro como picar el condón, usar el condón en la boca y el condón femenino por parte de los investigadores, se promovió el entrenamiento de las personas con herpes simple genital en la realización de estas técnicas. A través de la realización de las mismas, las personas valoraron sus propias capacidades y percibieron el grado de dificultad de la tarea. El desempeño de estas habilidades contribuyó a la reestructuración y organización cognitiva de la experiencia. Todos estos factores influyeron directamente en la autoeficacia para tener sexo seguro en las personas con herpes simple genital.

La experiencia vicaria sustentó la técnica de modelamiento. En este caso los investigadores realizaron las técnicas de barrera en situaciones simuladas y en un modelo de pene de goma. Las personas con herpes simple genital observaron el desempeño exitoso de los investigadores en la realización de las mismas. Esto promovió la autoeficacia ya que incrementó la creencia de los pacientes para desempeñar la técnica con éxito. Según Bandura (28), las personas buscan modelos expertos que posean las competencias que ellos aspiran tener. Este principio se puso de manifiesto también en la realización de las técnicas por los investigadores (modelo experto) y la realización de las técnicas por las personas (modelo buscado). Por otra parte, las prácticas para el sexo seguro realizadas por los investigadores transmitieron conocimientos, habilidades y estrategias útiles para el manejo de posibles situaciones similares a las que pudieran estar implicados estos pacientes.

Permitiendo que los pacientes desplegaran sus esfuerzos en la realización de la habilidad.

La retroalimentación correctiva y la técnica cara a cara estuvieron sustentadas en la persuasión verbal. Mediante las mismas, se fortaleció la creencia en la capacidad para desempeñar las habilidades en los métodos de barrera. A través de la retroalimentación correctiva, los investigadores persuadieron a los pacientes a mejorar los fallos, estimulando el esfuerzo realizado y reafirmando la

capacidad para el desarrollo de habilidades. Como consecuencia aumentó la autoeficacia para tener sexo seguro. También mediante la persuasión verbal los investigadores explicaron las ventajas y las limitaciones de los juegos sexuales teniendo en cuenta las características de la infección por herpes simple genital. Para el progreso del desarrollo de estas habilidades los investigadores estimularon a las personas a medir sus éxitos y fracasos en términos de mejora personal a través del progreso de sus capacidades para la realización de juegos sexuales.

Metas

Interpretar las situaciones en las cuales la persona emplea técnicas para la práctica del sexo seguro.

Representar algunas técnicas de barrera en la práctica del sexo seguro.

Sexta sesión. Revelado de la enfermedad

Objetivos

Modelar situaciones estructuradas en la cual la persona se vea implicada en revelar la enfermedad.

(Dominio psicomotor categoría respuesta guiada).

Técnicas

Ensayo cognitivo, retroalimentación correctiva.

Descripción

Revelado de la enfermedad para participantes que no tienen pareja estable.

Se plantea a los participantes la situación descrita en el cuestionario empleado para revelado de la enfermedad. Anexo 16. Acabas de terminar una semana agotadora y te quieres olvidar de todos tus problemas por un rato. Te das cuenta de que estas caminando por uno de tus lugares favoritos y estás hablando con la gente. Tomas un vaso de ron o una cerveza para relajarte. Aunque solo has tomado un poco te sientes que te afectó un poco. Alguien a quien has visto una vez o dos y por

quien te sientes atraído/a ha estado coqueteando contigo. Esta persona deja claro que quiere tener sexo contigo y tú también quieres.

Revelado de la enfermedad para participantes que tienen pareja estable.

Basado en la experiencia personal de los participantes se les piden que elaboren un plan de acción para comunicarle la enfermedad a su pareja. Se entrenan a los pacientes en las habilidades de saber escuchar, conocer y expresar sentimientos negativos, entender sentimientos de otros y expresar afecto.

Se le pide al participante que elabore un plan de acción para comunicarle a la pareja el diagnóstico de su enfermedad siguiendo los siguientes pasos:

1-Presentación de la habilidad por parte de los investigadores y discusión de sus componentes conductuales con el paciente.

2- Modelamiento en vivo de la integración de los componentes que definen la habilidad.

3-Práctica de la habilidad.

4-Retroalimentación y comentarios sobre la ejecución individual.

Fuente de autoeficacia

Experiencia maestra, experiencia vicaria, persuasión verbal.

La experiencia maestra es la fuente que mayor influencia ejerce sobre la autoeficacia ya que la persona puede incorporar aquellos aspectos que le conducen al desarrollo exitoso de la habilidad. El éxito es una fuente sólida de autoeficacia (28). Teniendo en cuenta estas premisas se realizó la técnica de ensayo cognitivo con el objetivo de aumentar la autoeficacia en el revelado de la enfermedad.

Mediante el ensayo cognitivo se pidió a los pacientes con pareja estable que a partir de situaciones vividas elaboraran un plan de acción para comunicar a la pareja que tenían la enfermedad. La

autoeficacia en este dominio se logró proporcionando herramientas cognitivas sobre las características de la enfermedad y el entrenamiento en habilidades conductuales como son saber escuchar, expresar sentimientos negativos, entender sentimientos de otros y expresar afecto. También mediante el ensayo cognitivo, pero esta vez en personas sin pareja estable se desarrollaron las habilidades a través de la experiencia vicaria. Esta se considera la segunda fuente de autoeficacia más importante ya que a través de los logros modelados las personas logran realizar actividades con acierto (28). Teniendo en cuenta estas premisas se creó una situación modelada y se dieron herramientas cognitivas conductuales para revelar la enfermedad en situaciones reales o similares a la planteada en pacientes con pareja estable.

La retroalimentación correctiva basada en la persuasión verbal pretendió incrementar la autoeficacia en estas personas. Los investigadores mediante la persuasión propusieron nuevas estrategias, corrigieron si era necesario las elaboradas por la persona con herpes simple genital y motivaron la ejecución individual de revelar la enfermedad a la pareja.

Metas

Interpretar las situaciones de riesgo en la cual la persona se puede ver implicado y deba revelar la enfermedad.

Comunicar la enfermedad en las situaciones de riesgo en las cuales la persona pudiera estar involucrada.

Anexo 4. Metodología seguida en el taller de reflexión crítica y construcción colectiva.

Etapa 1. Preparación.

Objetivos: Planificar las sesiones de trabajo.

Seleccionar los recursos humanos participantes.

Coordinar con los factores: (Facultad Lidia Doce, vicedirección de enfermería policlínico Joaquín

Albarrán, vicedirectora de enfermería municipio Centro Habana).

Actividades

Elaboración de los contenidos del taller. Determinación y planificación de las sesiones.

Selección de los participantes. (Licenciadas en enfermería con más de 5 años de experiencia en la atención de pacientes con ITS)

Coordinación con los factores para determinar los horarios, el local y la acreditación del taller.

Etapa 2. Ejecución.

1er día. Las infecciones de transmisión sexual.

Objetivos.

Describir el comportamiento de las ITS.

Analizar su impacto en la salud.

Describir el papel de la enfermera/o en el cuidado de pacientes con ITS-VIH/SIDA.

Contenido: Presentación. Infecciones de transmisión sexual más frecuentes. Clasificación. Etiología.

Manifestaciones clínicas. Afectaciones psicosociales más frecuentes. Papel de la enfermera en las consultas de ITS. Programas nacionales y plan estratégico nacional para las ITS-VIH/SIDA.

2do día. El herpes simple genital.

Objetivos.

Describir los factores que influyen en el riesgo de salud sexual y los problemas psicosociales en los pacientes con herpes simple genital.

Explicar la metodología del estudio experimental.

Contenido: Definición. Etiología. Cuadro clínico. Diagnóstico. Transmisión. Tratamientos. Problemas psicosociales. Programas educativos para pacientes con herpes simple genital. Cuestionarios para medir la problemática del herpes simple genital. Características de los estudios experimentales.

3er día.

Objetivos. Marcos teóricos utilizados para la investigación en pacientes con ITS-VIH/SIDA y herpes simple genital.

Contenido: Describir las diferentes teorías más frecuentes en programas educativos en pacientes con
Explicar los componentes de la teoría social cognitiva de Albert Bandura.

Analizar la propuesta programa de intervención psicoeducativo para pacientes con herpes simple genital.

Teorías más frecuentes usadas en programas educativos en pacientes con ITS-VIH/SIDA y en el herpes simple genital. Teoría social cognitiva. Precisión empírica de la teoría. Principales conceptos y definiciones. Introducción en el programa de intervención psicoeducativo para pacientes con diagnóstico clínico de herpes simple genital.

4to día. Primera propuesta del programa de intervención psicoeducativo para pacientes con herpes simple genital.

Objetivos.

Explicar los elementos del programa de intervención psicoeducativo para pacientes con diagnóstico clínico de herpes simple genital.

Valorar los componentes del programa y su articulación con la estructura teórica.

Debatir sobre las propuestas realizadas.

Contenido: Invitación al debate conducido por el investigador, fomentando el intercambio para el análisis y valoración de la propuesta que se presenta. Registrar ideas, sugerencias y recomendaciones aportadas por los participantes.

5to día. Segunda propuesta de programa de intervención psicoeducativo para pacientes con diagnóstico clínico de herpes simple genital.

Objetivos

Explicar como quedó conformado el programa después de los aportes e ideas realizadas por los participantes.

Contenidos

Invitación al debate, fomentado el intercambio para el análisis de los cambios realizados. Valoración de los resultados productos del rediseño de la propuesta. Registro y lectura de las ideas nuevas aportadas. Exposición de la conformación del programa de intervención psicoeducativo.

Etapas 3. Análisis posterior.

Al terminar el taller se realizaron las siguientes tareas:

Análisis detallado de las sugerencias y las recomendaciones realizadas para el perfeccionamiento de la propuesta.

Reelaboración de la propuesta incorporando los elementos que a juicio del autor contribuyen al perfeccionamiento.

Anexo 5. Técnicas para el control de la ira.

Siga las siguientes recomendaciones para lograr contener la ira, repítalas las veces que considere necesario.

1-Intente contenerse y no explotar cuando este frente a una situación que le produce malestar e ira.

Una vez que el estallido se produce resulta casi imposible controlarse.

Para contenerse respire lenta y profundamente 4 ó 5 veces, estire el cuerpo y a continuación trate de relajar los músculos.

Si esta técnica no funciona entonces debe retirarse del lugar donde se desencadena la ira e intente continuar con los pasos siguientes.

2-Escriba en un papel todos los sentimientos que siente de la persona sobre la cual recae su ira y guárdela. Al cabo de unos días se sorprenderá de las cosas que escribió bajo los efectos de la ira.

3-Llame a un amigo de confianza y pídale que lo escuche, hable sobre el asunto que provocó su ira hasta sentirse aliviado. Contar los problemas alivia y mejora el estado de ánimo.

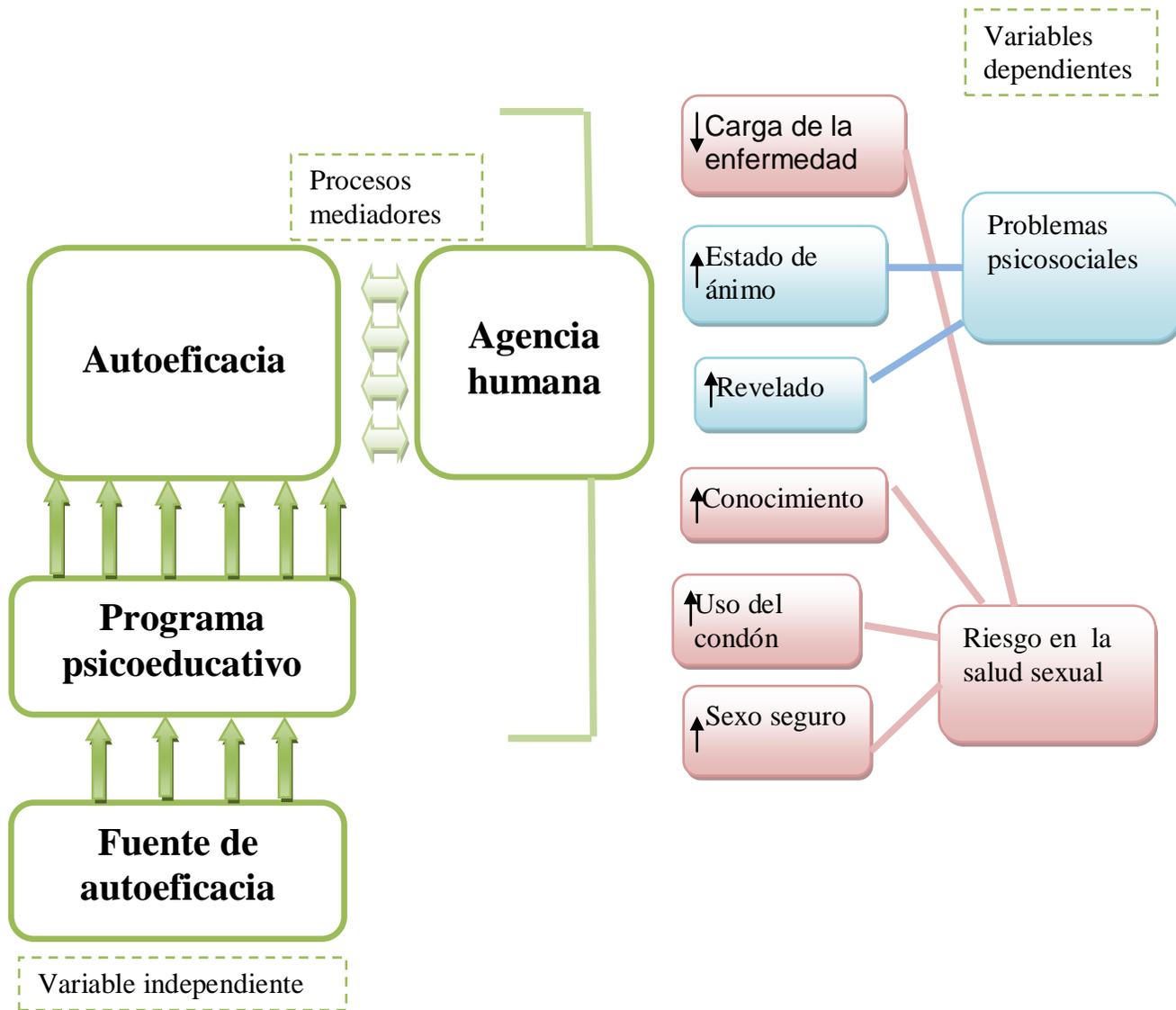
4- Aproveche la energía que circula por su cuerpo, utilice esta energía en actividades productivas como hace ejercicio, correr, caminar, arreglar el jardín y arreglar la casa.

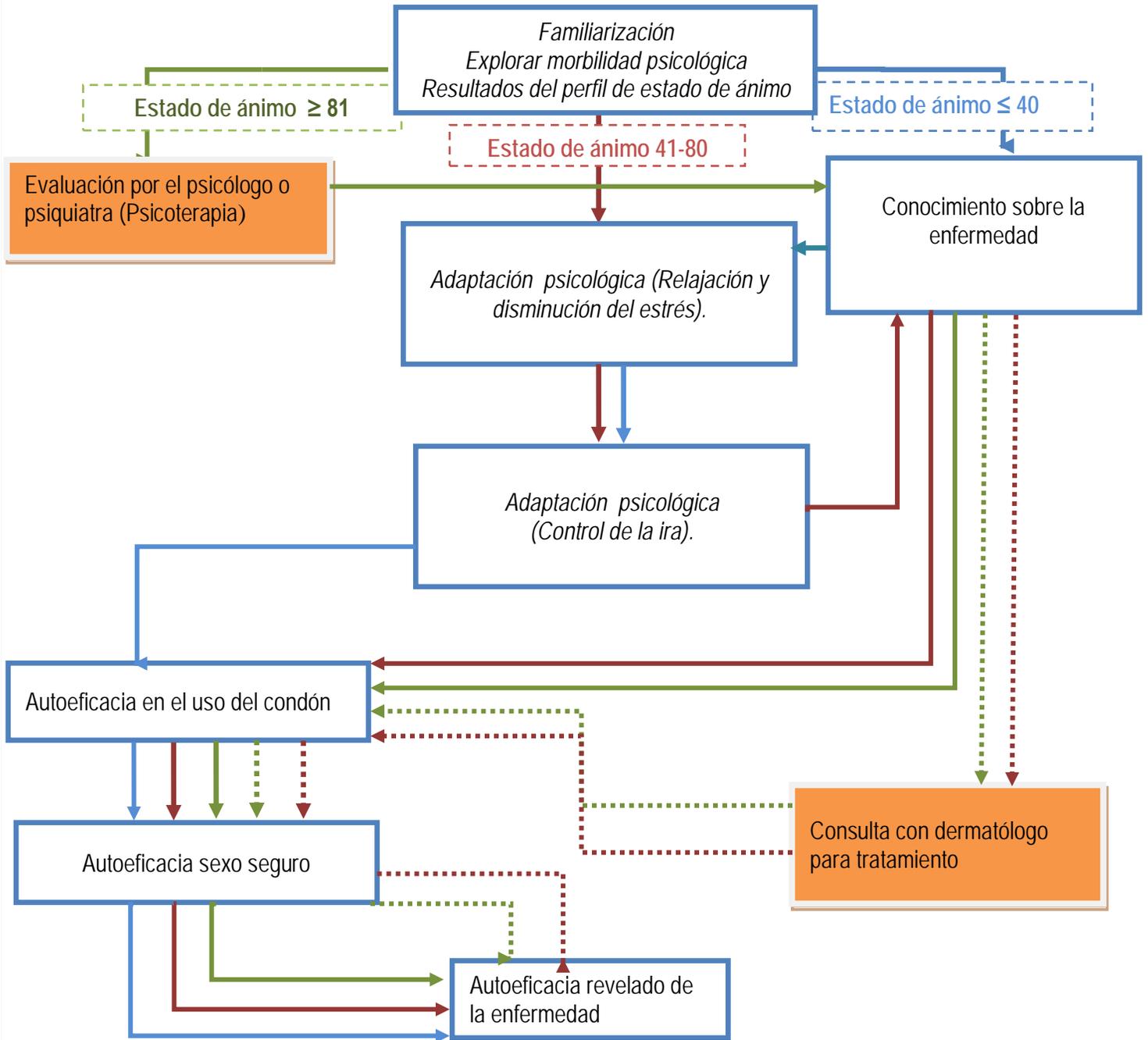
5-Intente reflexionar y analizar sobre las causas que le provocan malestar e ira. Esto ayudará a focalizar las causas y evitar en un futuro aquellos aspectos o personas que la desencadenan.

6-Intente conversar con la pareja o la persona que nos provoca irritación, malestar o molestia. No deje ningún asunto pendiente por discutir. Hay que disponerse a enfrentar la problemática de manera constructiva, evitando las acusaciones o agresiones verbales y mostrando su disposición para resolver el problema. Lo más importante no es tener la razón si no ser razonable.

7-Imagínese en una situación en la que se encuentre enojado e intente aplicar lo aprendido

Anexo 7. Relación entre la autoeficacia y la agencia humana.





Anexo 8. Algoritmo de intervención del programa psicoeducativo para personas con diagnóstico clínico de herpes simple genital.

Anexo 9. Instrucciones del procedimiento de adaptación cultural presentadas a los expertos para su trabajo con el instrumento perfil del estado de ánimo.

Proyecto de Investigación

Programa psicoeducativo sobre el riesgo en la salud sexual y los problemas psicosociales en las personas con diagnóstico clínico de herpes simple genital. Centro Habana. 2009-2010.

Propuesta de transculturación del perfil del instrumento _____

A: _____

De esta forma le solicitamos su participación como experto en el proceso de validación para la población cubana del instrumento_____.

En Cuba no se reportan estudios que utilicen el instrumento _____ en muestras de cubanos. Por esa razón, hemos iniciado el proceso de adaptación cultural de este instrumento que fue validado en otro contexto a partir de una traducción realizada en nuestro país de la versión original.

En aras de no ocuparle mucho tiempo, su participación consistirá en leer detenidamente las preguntas que corresponden a cada una de las escalas psicosociales específicas que se le adjuntan. En caso de detectar alguna pregunta que según su criterio no se ajuste a lo que pretende medir la escala a que pertenece o no resulte comprensible para nuestra población, deberá marcarlo en la columna de la derecha y hacer una propuesta de modificación al final de esa escala.

Debe tener en cuenta y valorar en cada pregunta los siguientes principios expuestos por Moriyama y considerados básicos para la construcción de los instrumentos.

1. Razonable y comprensible: Si se comprende la inclusión de la pregunta en relación con la categoría que se pretende medir. Por tanto debemos determinar si se justifica la inclusión de la pregunta en el instrumento o si esta puede eliminarse porque no existe ninguna relación entre lo que el test explora y la situación que se pretende medir.

2. Sensible a variaciones: Si la pregunta es capaz de discriminar entre diferentes grados del comportamiento de la característica estudiada.
3. Con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables: Si se justifica la inclusión de la pregunta en la prueba. Por tanto debemos determinar si la pregunta aporta alguna información adicional o simplemente lo que hace es redundar en la información que otras pregunta aportan más eficientemente.
4. Con componentes claramente definidos: Si la pregunta se expresa claramente.
5. Derivable de datos factibles de obtener: Si a partir de las respuestas de la pregunta se puede obtener información.

Le agradecemos de antemano su colaboración.

Grupo de investigadores del proyecto "Programa psicoeducativo sobre la autoeficacia de personas con diagnóstico clínico de herpes simple genital. Centro Habana. 2009-2010".

Anexo 10. Opinión de expertos en criterio: suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables. Perfil de estado de ánimo.

Ítems	Suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables					
	Mucho		Poco		No del todo	
	No.	%	No.	%	No.	%
Nervioso	0	0	0	0	5	100
Confuso	0	0	1	20	4	80
Enfadado	0	0	2	40	3	60

Anexo 11. Opinión de expertos en criterio: sensible a variaciones. Perfil de estado de ánimo.

Ítem	Sensible a variaciones					
	Mucho		Poco		No del todo	
	No.	%	No.	%	No.	%
Enfadado	1	20	1	20	3	60

Anexo 12. Opinión de expertos en criterio: componentes claramente definidos. Perfil de estado de ánimo.

Ítems	Componentes claramente definidos					
	Mucho		Poco		No del todo	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sombrío	0	0	1	20	4	80
De natural bondadoso	0	0	1	20	3	60
Amigable	0	0	0	0	3	60

Anexo 13. Versión del perfil del estado de ánimo adaptada culturalmente al contexto cubano.

Estados de ánimo	En lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1. Amistoso					
2. Tenso					
3. Enojado					
4. Agotado					
5. Infeliz					
6. Lúcido					
7. Animado					
8. Confundido					
9. Arrepentido					
10. Tembloroso					
11. Indiferente					
12. Fastidiado					
13. Considerado					
14. Triste					
15. Activo					
16. Irritable					
17. Deprimido					
18. Muy activo					
19. Muy nervioso					
20. Desesperanzado					
21. Relajado					
22. Indigno					
23. Rencoroso					
24. Comprensivo					
25. Preocupado					
26. Inquieto					
27. Incapaz para concentrarse					
28. Fatigado					

29. Amable					
30. Desalentado					
31. Resentido					
32. Nervioso					
33. Solo					
34. Miserable					
35. Alegre					
36. Amargado					
37. Exhausto					
38. Ansioso					
39. Listo para pelear					
40. De buen carácter					
41. Desesperado					
42. Lento					
43. Rebelde					
44. Indefenso					
45. Cansado					
46. Desconcertado					
47. Alerta					
48. Engañado					
49. Furioso					
50. Eficaz					
51. Confiado					
52. Lleno de vida					
53. Malhumorado					
54. Despreciable					
55. Olvidadizo					
56. Despreocupado					
57. Aterrado					
58. Culpable					
59. Vigoroso					

60. Inseguro de las cosas					
61. Hecho polvo					

Anexo 14. Opinión de expertos en criterio: componentes claramente definidos. Cuestionario para medir revelado de la enfermedad y sexo seguro.

Frases y pregunta modificada	Componentes claramente definidos					
	Mucho		Poco		No del todo	
	No.	%	No.	%	No.	%
"tomar una copa"	0	0	1	20	4	80
"flirteando"	0	0	0	0	5	100
"¿Cuán seguro estas de rechazar sexo inseguro cuando tienes la presión de la pareja en ese momento?"	0	0	1	20	4	80

Anexo 15. Respuesta por correo electrónico del autor principal del instrumento original (Self efficacy for safer sex and serostatus disclosure). Cuestionario para medir autoeficacia en el revelado de la enfermedad y sexo seguro.

Hi

No permission is needed..the scales are in the public domain
Best of luck!!

2010/2/15 Abdul Hernandez <adher@eictv.org.cu>

Dear professor Kalichman

I am writing to asking permission to apply Self efficacy for safer sex and serostatus disclosure scale in the Cuban context. Cross cultural research was need to test psycho metric properties of Self efficacy for safer sex and serostatus disclosure scale in the Cuban context. I am attaching the Cuban version.

Sincerely

Abdul Hernández Cortina RN PhD (c)

--

Seth C. Kalichman

<http://denyingaids.blogspot.com>

Check out my new book Denying AIDS: Conspiracy Theories, Pseudoscience, and Human Tragedy.

All royalties are donated to buy HIV meds in Africa

Follow me on Twitter <http://twitter.com/sethckal>

Anexo 16. Versión del cuestionario para medir autoeficacia en el revelado de la enfermedad y sexo seguro adaptado culturalmente al contexto cubano.

En esta sección se describirá una situación básica y se harán tres preguntas. Se repetirá la escena dos veces más, pero cambiarán algunos detalles en cada ocasión, haciendo más difícil la situación. Para cada una de las tres preguntas se les pedirá que de una puntuación a su nivel de seguridad para hacer ciertas cosas si se encontrara en esa situación. Otorgue una puntuación al nivel de seguridad, marcando con una cruz en el espacio en blanco lo que usted siente en estos momentos en la escala de 0 a 10 después de cada pregunta.

Situación 1. Acabas de terminar una semana agotadora y te quieres olvidar de todos tus problemas por un rato. Te das cuenta de que estas caminando por uno de tus lugares favoritos y estás hablando con la gente. Tomas un vaso de ron o una cerveza para relajarte. Aunque solo has tomado un poco te sientes que te afectó un poco. Alguien a quien has visto una vez o dos y por quien te sientes atraído(a) ha estado coqueteando contigo. Esta persona deja claro que quiere tener sexo contigo y tú también quieres.

Pregunta 1. ¿Cuán seguro estás de tomar la decisión de revelarle tu enfermedad (Herpes Genital) a tu posible pareja sexual?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No estoy seguro en lo absoluto				Moderadamente seguro				Completamente seguro		

Pregunta 2. ¿Cuán seguro estas de hablar de sexo seguro en esa situación?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No estoy seguro en lo absoluto				Moderadamente seguro				Completamente seguro		

Pregunta 3. ¿Cuán seguro estas de rechazar a la pareja si esta no desea tener sexo seguro?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No estoy seguro en lo absoluto			Moderadamente seguro				Completamente seguro			

Situación 2. Como en la última situación, a sido una semana agotadora y quieres olvidarte de tus problemas. Estás caminando por la calle otra vez. Esta vez, has tomado varios vasos de ron o cervezas. Estas bastante borracho(a). Esa misma persona ha estado coqueteando contigo, deja claro que quiere tener sexo contigo y tú también quieres.

Pregunta 1. ¿Cuán seguro estás de tomar la decisión de revelarle tu enfermedad (Herpes Genital) a tu posible pareja sexual?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No estoy seguro en lo absoluto			Moderadamente seguro				Completamente seguro			

Pregunta 2. ¿Cuán seguro estas de hablar de sexo seguro en esa situación?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No estoy seguro en lo absoluto			Moderadamente seguro				Completamente seguro			

Pregunta 3. ¿Cuán seguro estas de rechazar a la pareja si esta no desea tener sexo seguro?”

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No estoy seguro en lo absoluto				Moderadamente seguro				Completamente seguro		

Situación 3. De nuevo ha sido una semana agotadora, y quieres olvidarte de tus problemas. Como en las dos últimas situaciones, estás caminando por la calle. Esta vez has bebido demasiado. Estas muy borracho(a). Esa misma persona ha estado coqueteando contigo, deja claro que quiere tener sexo contigo y tú también quieres.

Pregunta 1. ¿Cuán seguro estás de tomar la decisión de revelar tu enfermedad (Herpes Genital) a tu posible pareja sexual?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No estoy seguro en lo absoluto				Moderadamente seguro				Completamente seguro		

Pregunta 2. ¿Cuán seguro estas de hablar de sexo seguro en esa situación?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No estoy seguro en lo absoluto				Moderadamente seguro				Completamente seguro		

Pregunta 3. ¿Cuán seguro estas de rechazar a la pareja si esta no desea tener sexo seguro?”

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No estoy seguro en lo absoluto				Moderadamente seguro				Completamente seguro		

Anexo 17. Opinión de expertos en criterio: componentes claramente definidos. Cuestionario para medir conocimiento sobre herpes simple.

Ítems	Componentes claramente definidos					
	Mucho		Poco		No del todo	
	No.	%	No.	%	No.	%
“Entre las reapariciones el virus permanece latente (inactivo) en las neuronas”	1	20	1	20	3	60
“Pueden pasar años entre una aparición del herpes y otra”	0	0	2	40	3	60
“Una persona que adquiera llagas frías en la boca es inmune a los herpes genitales”	0	0	2	40	3	60
“Los herpes genitales por lo general parecen ampollas en los genitales”	2	40	0	0	3	60
“Las primeras apariciones de infecciones por herpes genitales son más graves que las reapariciones”	1	20	0	0	4	80
“Con frecuencia los herpes genitales suelen detectarse mediante el frotis de Pap”	0	0	0	0	5	100

Anexo 18. Opinión de expertos en criterio: suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables. Cuestionario para medir conocimiento sobre herpes simple.

Ítems	Suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables					
	Mucho		Poco		No del todo	
	No.	%	No.	%	No.	%
“Las mujeres que padecen de herpes genital deben someterse a la prueba citológica una vez al año”	2	40	0	0	3	60

Anexo 19. Opinión de expertos en criterio: razonable y comprensible. Cuestionario para medir conocimiento sobre herpes simple.

Ítems	Razonable y comprensible.					
	Mucho		Poco		No del todo	
	No.	%	No.	%	No.	%
“La L-lisina cura los herpes genitales”	0	0	1	20	4	80
“Se ha comprobado que las espuma anticonceptiva mata a los herpes genitales en los humanos”	1	20	1	20	3	60

Anexo 20. Respuesta por correo electrónico del autor principal del instrumento original (Herpes Knowledge Scale). Cuestionario para medir conocimiento sobre herpes simple.

Wonderful! Yes, you have my permission. Please cite the original source in your publications. All best, Kate Bruce

From: Abdul Hernandez [adher@eictv.org.cu]

Sent: Monday, February 15, 2010 7:30 PM

To: Bruce, Katherine

Subject: Asking permission HKS

Dear Dr. Katherine Bruce

I am writing to asking permission to apply the Herpes Knowledge Scale (HKS) in the Cuban context. Cross cultural research follow the Guillemins check list was need to test psycho metric properties of HKS in the Cuban context. I am attaching the Spanish Herpes Knowledge Scale (SHKS)

Sincerely

Abdul Hernandez Cortina RN PhD (c)<mailto:bruce@uncw.edu>

Anexo 21. Versión del cuestionario para medir conocimiento sobre herpes simple adaptado culturalmente al contexto cubano.

Escala para el conocimiento sobre herpes simple.

Código _____

Edad _____

Sexo _____

Estado Civil _____

Nivel de escolaridad _____

Para cada uno de los 51 planteamientos, responda si usted considera que el planteamiento es verdadero o falso, si usted no sabe si es verdadero o falso, entonces responda que no sabe. Use los siguientes códigos para las respuestas:

V VERDADERO. F FALSO. ? NO CONOZCO SI ES CORRECTA O FALSA.

Cada pregunta está numerada. Asegúrese que cada planteamiento enlace con su respuesta. Por favor, responda todos los planteamientos, no deje ninguno sin responder. Le recuerdo que sus respuestas son estrictamente confidenciales.

Planteamientos	Verdadero (V)	Falso (F)	?
1. La duración y la severidad de las lesiones por herpes genital varían de persona a persona.	V	F	?
2. El herpes genital es causado por un virus.	V	F	?
3. El herpes genital se descubrió hace cinco años.	V	F	?
4. La menstruación (en el sexo femenino) o el coito pueden provocar la reaparición de los herpes genitales	V	F	?
5. Toda persona que tiene un brote primario (por primera vez) tendrá una reaparición del mismo al año siguiente.	V	F	?
6. El herpes genital hace infértil (estéril) al hombre.	V	F	?
7. Entre las reapariciones el virus del herpes permanece latente (inactivo) en las células nerviosas.	V	F	?
8. El herpes tipo I no afectan los genitales.	V	F	?
9. Una persona que tenga reapariciones de herpes genital con	V	F	?

frecuencia experimenta sensaciones prodrómicas (primeros síntomas).			
10. Pueden pasar años entre la aparición de las lesiones por herpes simple.	V	F	?
11. Cualquier llaga en los genitales es un herpes.	V	F	?
12. Una vez que la llaga del herpes haya sanado, la persona no volverá a tener otra llaga a causa del herpes.	V	F	?
13. Las personas que tienen lesiones por herpes en la boca son inmunes a adquirir las lesiones en los genitales.	V	F	?
14. La lesión por herpes genital por lo general se presentan en forma de vesículas agrupadas.	V	F	?
15. Las sensaciones prodrómicas (Primeros síntomas) de las apariciones de los herpes genitales incluyen cosquilleo y picazón en la zona donde estos normalmente aparecen.	V	F	?
16. Si una persona tiene un contacto sexual con alguien que tiene herpes indudablemente adquirirá la enfermedad también.	V	F	?
17. Se prevé que en el presente año varios cientos de personas adquieran herpes genital por sentarse en las tasas sanitarias.	V	F	?
18. La mujer que adquiera la infección por herpes genital quedará estéril o imposibilitada a tener hijos.	V	F	?
19. Las personas que usan lentes de contacto y tienen herpes labial deben evitar ponerse los lentes en la boca para evitar el contagio a los ojos.	V	F	?
20. A la persona que sufre de herpes genital se le orienta que debe mantener la zona de las llagas limpia y seca.	V	F	?
21. Los herpes genitales provocan la muerte.	V	F	?

22. Existe cura para el herpes genital en estos momentos.	V	F	?
23. Por lo general, las reapariciones de herpes genitales no suelen ser menos frecuentes con el tiempo.	V	F	?
24. Una persona que sufre de herpes genital con frecuencia tiene más complicaciones psicológicas que físicas.	V	F	?
25. Cuando una persona tiene la lesión por herpes simple es recomendable no tener relaciones sexuales.	V	F	?
26. Las personas con herpes genital a veces pueden anticipar cuándo tendrán las reapariciones.	V	F	?
27. El herpes genital puede contagiarse aún si la lesión tiene costra.	V	F	?
28. El primer episodio de herpes genital es más severo que las reapariciones.	V	F	?
29. La persona que tiene herpes genital es inmune a los herpes orales (en la boca).	V	F	?
30. Entre las reapariciones el virus del herpes genital permanece inactivo cerca de la medula espinal.	V	F	?
31. Con frecuencia, el estrés puede desencadenar las reapariciones en los pacientes con herpes genital.	V	F	?
32. El herpes es fatal para los recién nacidos si contraen la enfermedad.	V	F	?
33. Con frecuencia, los herpes genitales suelen ser detectados mediante la prueba citológica.	V	F	?
34. En una persona, después de haber estado expuesta al herpes genital, por lo general aparecen los primeros síntomas en un período de 2 a 20 días.	V	F	?
35. La ansiedad puede desencadenar las reapariciones en el	V	F	?

herpes genital.			
36. El uso del condón ofrece un 100% de protección contra el herpes genital.	V	F	?
37. La infección por herpes genital generalmente conduce a la sífilis.	V	F	?
38. Una mujer que haya padecido de herpes genital debe hacerse cesárea si tiene un bebé.	V	F	?
39. La mayoría de las personas han estado expuestos al virus del herpes Labial.	V	F	?
40. Una mujer con herpes genital puede dar a luz a su bebé si no tiene infección por herpes simple visible en el momento del parto.	V	F	?
41. Si ambos padres tienen herpes genital, sus hijos nacerán con herpes también.	V	F	?
42. La mujer que tenga herpes genital nunca podrá tener hijos.	V	F	?
43. El herpes genital no es contagioso.	V	F	?
44. El herpes genital está asociado con el cáncer cervico uterino.	V	F	?
45. Los métodos anticonceptivos matan el virus del herpes genital.	V	F	?
46. En el primer episodio con herpes genital la persona puede sentirse como si tuviera catarro.	V	F	?
47. El herpes labial es contagioso.	V	F	?
48. La mejor forma de curar el herpes genital es manteniendo la lesión húmeda.	V	F	?
49. La persona con herpes genital no transmite el virus si está en la etapa de síntomas prodrómicos o síntomas de alerta.	V	F	?
50. El herpes genital no es común en las universidades.	V	F	?
51. El herpes oral no se transmite a los genitales durante las prácticas sexuales orales genitales.	V	F	?

Anexo 22. Opinión de expertos en criterio: derivables de datos factibles de obtener. Cuestionario para medir autoeficacia en el uso del condón.

Ítems	Derivables de datos factibles de obtener.					
	Mucho		Poco		No del todo	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ítem 16: No me sentiría confiado sugiriendo el uso del condón con una nueva pareja porque tendría miedo de que pensara que he tenido experiencias homosexuales.	2	40	0	0	3	60

Anexo 23. Opinión de expertos en criterio: suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables. Cuestionario para medir autoeficacia en el uso del condón.

Subescalas	Suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables					
	Mucho		Poco		No del todo	
	No.	%	No.	%	No.	%
1-Colocación del condón Ítem 27: Tengo la habilidad de usar el condón exitosamente.	0	0	0	-	5	100

Anexo 24. Respuesta por correo electrónico del autor principal del instrumento original (Condom Use Self Efficacy Scale). Cuestionario para medir autoeficacia en el uso del condón.

Dear Mr. Henandez,

You have my permission to use the Condom Use Self Efficacy Scale (CUSES) in your research.

Please forgive my delay in responding to you. The University has been closed for some time due to the snow blizzard the Washington DC has experienced.

Good luck with your research.

Sincerely,

Kenneth H. Beck

Kenneth H. Beck, PhD, FAAHB
Professor, Department of Public & Community Health
University of Maryland School of Public Health
2366 SPH Building
College Park, MD 20742
301-405-2527 Voice
301-314-9167 Fax

Anexo 25. Versión del cuestionario para medir autoeficacia en el uso del condón culturalmente adaptado al contexto cubano.

Código _____
 Edad _____
 Sexo _____
 Estado Civil _____
 Nivel de escolaridad _____

Debe marcar con una cruz de acuerdo a la opinión que tiene del planteamiento que se le formula en la columna izquierda. Solo marque una cruz por planteamiento y no debe dejar preguntas sin responder. Muchas de las preguntas que le vamos a hacer son de índole sexual y es posible que se pueda sentir un poco incómodo/a. Le recuerdo que sus respuestas son completamente confidenciales. Me puede indicar cualquier pregunta que no quiera contestar. Muchas gracias por su participación y conteste con la mayor sinceridad posible.

Planteamiento	Comple- tamente de acuerdo	De acuer- do	Inde- ciso	En desa- cuerdo	En comple- to desa- cuerdo
1. Tengo habilidad para ponerme el condón o ponérselo a mi pareja.					
2. Puedo comprar condones sin sentir vergüenza.					
3. Puedo recordar llevar un condón conmigo por si lo necesitara.					
4. Tengo habilidad para discutir el uso del condón con mi pareja.					
5. Tengo habilidad para sugerir usar condones con una pareja nueva.					
6. Puedo sugerir a mi pareja usar el condón sin que este se sienta enfermo/a.					
7. Tengo confianza en mi habilidad, o en la de mi pareja para mantener una erección con el condón puesto.					

8. Sentiría vergüenza de ponerme un condón o ponérselo a mi pareja.					
9. Si tuviera que sugerir a mi pareja usar el condón, me daría miedo de que me rechazara.					
10. Si no estuviera seguro de que mi pareja usa condones, no le sugeriría usar uno.					
11. Tengo habilidad para usar el condón correctamente.					
12. Puedo discutir el uso del condón con una posible pareja antes de tener cualquier contacto sexual (por ejemplo: Abrazarse, besarse, acariciarse etc.).					
13. Tengo habilidad para persuadir a mi pareja a aceptar usar un condón cuando tenemos sexo.					
14. Puedo quitar un condón y deshacerme de él hábilmente cuando tenemos relaciones sexuales.					
15. Si mi pareja y yo fuéramos a usar el condón y no diera resultado, me daría vergüenza volver a usar uno (por ejemplo no pudiendo desenrollar el condón, poniéndoselo al revés, o con torpeza).					
16. No me sentiría seguro/a sugiriendo el uso del condón a mi nueva pareja porque temo que piense que tengo una enfermedad de transmisión sexual.					
17. No me sentiría seguro/a si le sugiriera a mi nueva pareja el uso del condón porque temo que piense que tiene una enfermedad de transmisión sexual.					
18. Me sentiría cómodo al discutir el uso del condón con una posible pareja antes de que tuviéramos relaciones sexuales.					
19. Tengo habilidad para ponerme un condón o ponérselo a mi pareja durante la estimulación erótica previa al acto sexual.					
20. Puedo usar el condón con mi pareja sin "enfriar el momento".					

21. Tengo habilidad para ponerme un condón o para ponérselo a mi pareja rápidamente.					
22. Puedo usar el condón durante el acto sexual sin reducir mis sensaciones sexuales.					
23. Puedo recordar usar el condón incluso después de haber ingerido bebidas alcohólicas.					
24. Puedo recordar usar el condón incluso estando drogado/a.					
25. Si mi pareja no quisiera usar un condón durante el acto sexual, lo convencería fácilmente que es necesario usarlo.					
26. Confío en que mi pareja o yo pudiéramos usar el condón aún en los momentos de mayor pasión.					

Anexo 26. Asignación de sujetos a tratamientos.

Número de tratamientos: 2

Tamaño de muestra: 120

Tratamiento: 1

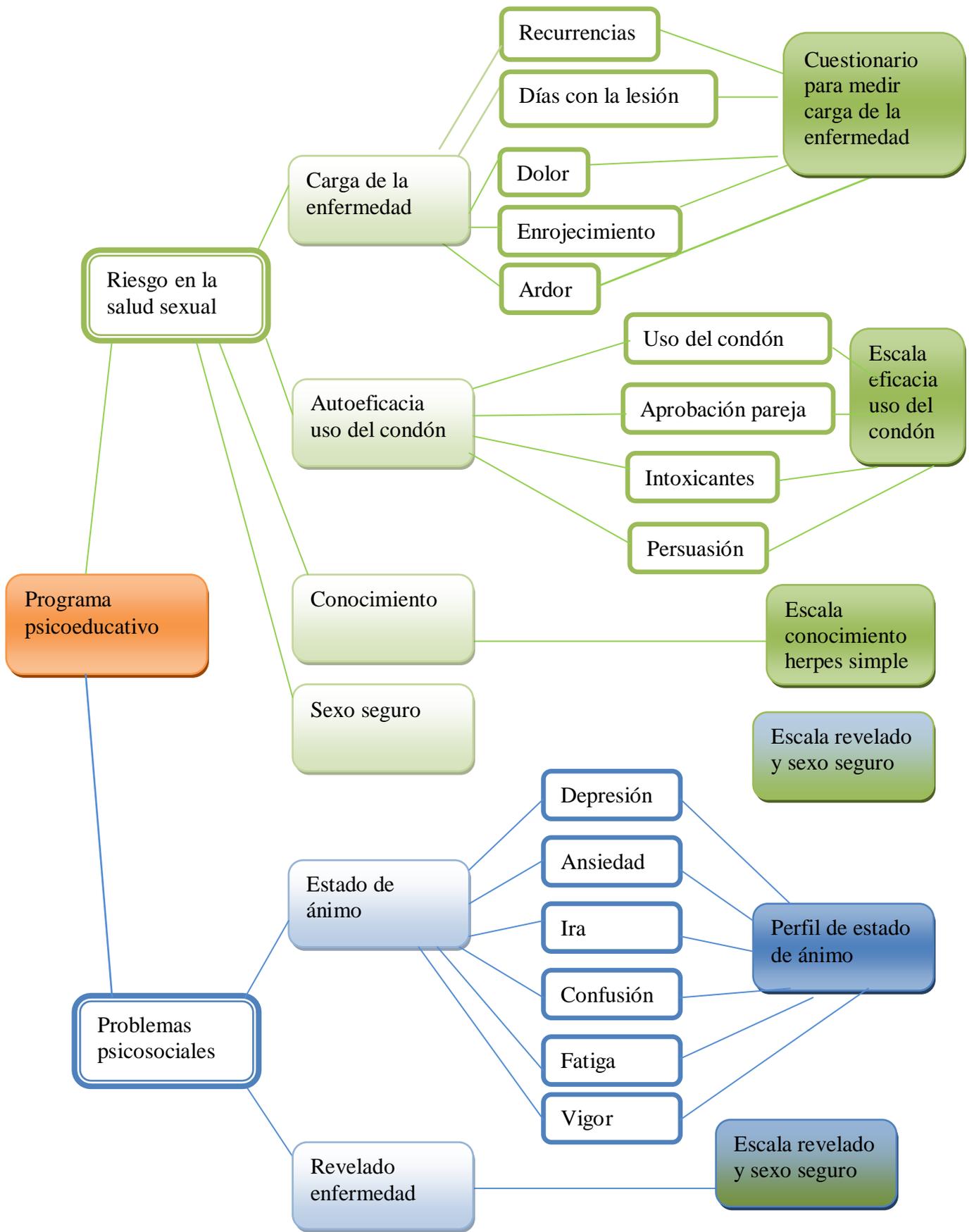
Número de los sujetos seleccionados: 60

1 2 4 5 7 11 12 15 16 17
20 22 23 24 26 27 28 30 32 34
36 37 41 42 46 48 51 52 53 54
62 63 65 69 71 73 76 77 78 79
80 81 82 84 85 86 88 90 92 97
98 99 107 108 110 112 114 117 119 120

Tratamiento: 2

Número de los sujetos seleccionados: 60

3 6 8 9 10 13 14 18 19 21
25 29 31 33 35 38 39 40 43 44
45 47 49 50 55 56 57 58 59 60
61 64 66 67 68 70 72 74 75 83
87 89 91 93 94 95 96 100 101 102
103 104 105 106 109 111 113 115 116 118



Anexo 27. Operacionalización de variables.

Anexo 28. Cuestionario para medir carga de la enfermedad.

Sus respuestas son completamente confidenciales y puede indicar cualquier pregunta que no desee contestar.

Código _____

Edad _____

Sexo _____

Estado Civil _____

Nivel de escolaridad _____

Tiempo aproximado con la enfermedad _____

Marque con una cruz el número de veces que tiene las lesiones en un periodo de 6 meses.

1 2 3 4 5 6 más de 6

Marque con una cruz si experimenta los siguientes signos y síntomas

No dolor Dolor ligero Dolor moderado Dolor Severo

Enrojecimiento Si No

No Ardor Ardor Ligero Ardor Moderado Ardor Severo

Marque con una cruz el número de días que dura la lesión.

Menos de 7 días 7 días Más de 7 días

Presenta la lesión en el momento que se le aplican los cuestionarios

Marque con una cruz Si No

Anexo 29. Consentimiento de participación en la investigación.

El que subscribe, _____ está de acuerdo en participar en la investigación "Programa psicoeducativo sobre el riesgo en la salud sexual y los problemas psicosociales en las personas con diagnóstico clínico de herpes simple genital. Centro Habana. 2009-2010". De la misma forma estoy de acuerdo en llenar los cuestionarios con la mayor sinceridad posible que se me administren así como mi participación voluntaria en las sesiones psicoeducativas que se realicen. Para dar mi consentimiento he recibido una explicación detallada por parte de la enfermera/o:

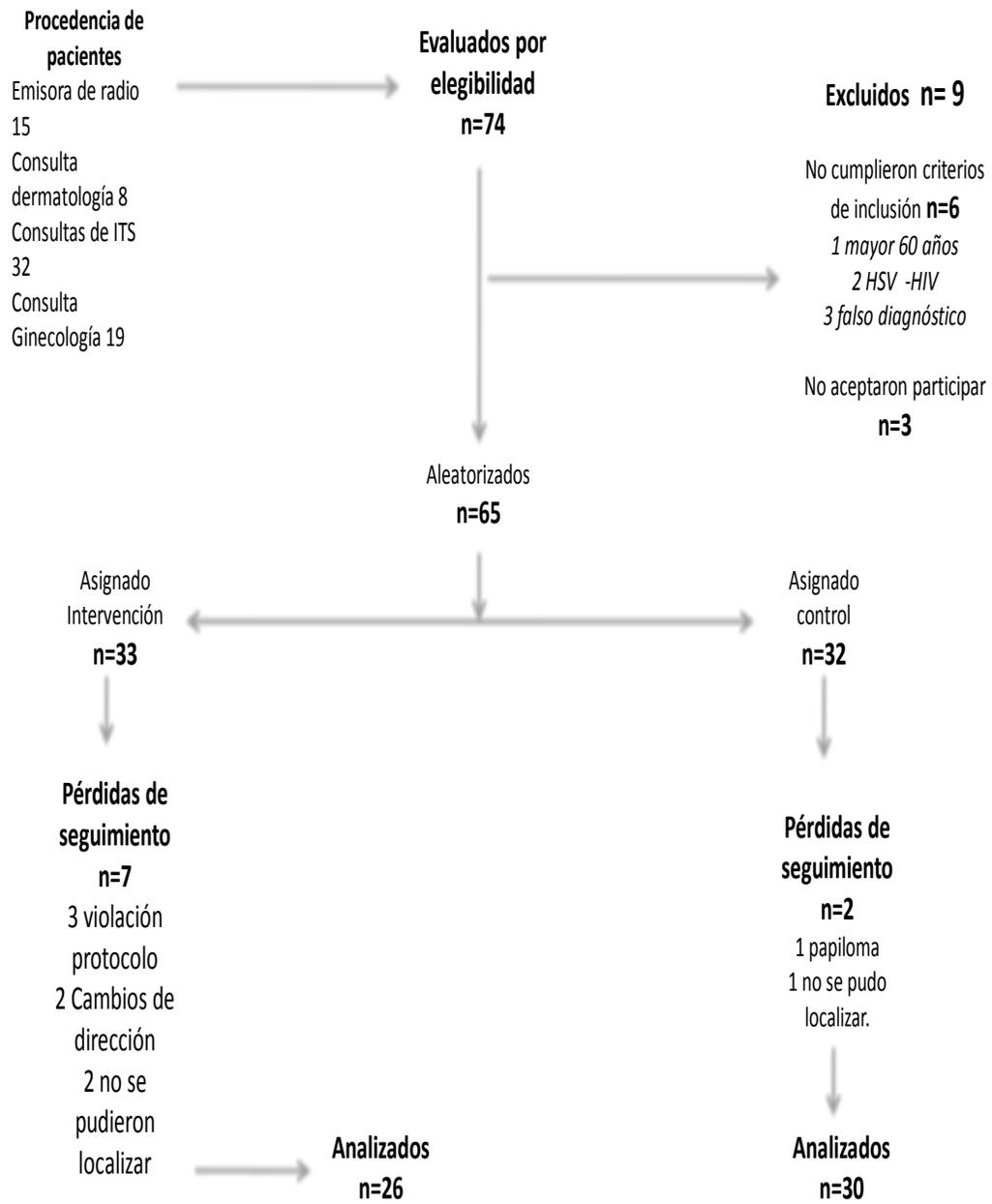
Lic. _____ quien me ha informado que:

1. La investigación consiste en la aplicación de cuestionarios y de seis sesiones de 60 minutos cada una donde se conversará acerca del diagnóstico, tratamiento, complicaciones, prevención, incidencia y prevalencia de la enfermedad. Así como se debatirán temas como el uso del condón en situaciones de riesgo, como conversar con la pareja o posibles parejas sobre la enfermedad y habilidades para evadir situaciones de riesgo. También en las sesiones se enseñarán técnicas de relajación para disminuir el estrés y para aumentar la autoeficacia para convivir con la enfermedad.
2. Mi consentimiento para participar en la investigación es absolutamente voluntario y el hecho de no aceptar no tendría ninguna consecuencia sobre mis relaciones con los profesionales de la salud y sus instituciones. Los cuales me seguirán atendiendo según las normas de la institución donde tendré el mismo derecho de recibir una adecuada atención.
3. En cualquier momento puedo retirarme del protocolo, sin que sea necesario explicar las causas y eso tampoco afectará mis relaciones con la institución de salud ni con los profesionales de la salud.
4. Se respetará la confiabilidad de mis datos personales a los cuales solo tendrá acceso el personal vinculado con el ensayo.
5. Se me ha explicado claramente y he comprendido los objetivos de esta investigación, así como en qué consiste el programa psicoeducativo.
6. La participación en la investigación no lleva consigo efectos adversos sobre mi salud ni mi integridad como persona.

Y para que así conste y por mi libre voluntad, firmo el presente consentimiento, junto con la enfermera/o que me ha dado las explicaciones a los ____ días del mes de _____ del 200__.

Paciente _____

Enfermera/o _____



Anexo 30. Flujoograma.

