

Universidad de Ciencias Médicas
Ciego de Ávila

**Intervención Educativa sobre VIH/sida en mujeres jóvenes, en
un Consultorio Médico. Municipio de Ciego de Ávila.**

Autora: Dra. Marlenis Jiménez Court.

Especialista de 1er. grado en MGI.

Aspirante a Especialista de Primer Grado en Higiene y Epidemiología.

Tutor: Dr. Rafael García Cabrera.

Especialista de Primer Grado en Epidemiología.

Profesor auxiliar.

**Trabajo de Terminación de Especialidad para optar por el título de Médico
Especialista de Primer Grado en Higiene y Epidemiología.**

2010



Pensamiento

"La higiene va siendo la verdadera medicina, y con un tanto de atención, cada cual puede ser un poco médico de sí mismo".

Dedicatoria

A mis padres, porque siempre confiaron en mí, a mi esposo por el apoyo incondicional, a mis hijos por inspirar mi vida a diario.

Agradecimientos

A todas las personas que han colaborado con este estudio. A mis profesores y compañeros por su ayuda. A todos los que con su sabiduría y dedicación han formado profesionales de la salud.

Resumen

Se realizó un estudio preexperimental (antes-después) para evaluar la eficacia de una intervención educativa participativa, con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre la infección por el VIH/sida en mujeres jóvenes del Consultorio Médico de la Familia No 41 del consejo popular Centro del Pueblo, correspondiente al Policlínico Norte, del municipio de Ciego de Ávila, durante el período comprendido desde enero hasta diciembre de 2008. Trabajamos con 125 mujeres entre 15 y 29 años de edad, a las cuales se les aplicó inicialmente un cuestionario para evaluar el conocimiento que poseían sobre el tema, luego se diseñó y aplicó el programa educativo y, por último, se les realizó el cuestionario final. Se obtuvo como resultado que las mujeres alcanzaron niveles de conocimiento aceptables (en un mayor porcentaje) en todas las variables estudiadas. El 100 % alcanzó resultados aceptables en cuanto a formas más comunes de infectarse con el VIH/sida. Un 91.2% mostró conocimientos aceptables; el 8.8%, no aceptable con respecto a los comportamientos sexuales para protegerse de la infección del VIH/sida. Un 96.8% logró resultados aceptables y el 3.2% no aceptables en relación con la responsabilidad del uso del condón. Según las ventajas del uso del preservativo, el 93.6%, aceptables y el 6.4% no aceptables. El 97.6% del riesgo del cambio frecuente de pareja sexual fue aceptable y el 2.4% no aceptable. Con respecto a la evaluación general del nivel de conocimiento se demostró que el 96% de las capacitadas mostró conocimientos aceptables y el 4 %, no aceptable. La prueba de hipótesis dio como resultado que existen diferencias estadísticamente significativas entre los cuestionarios antes y después, por lo que la intervención educativa fue eficaz.

PALABRAS CLAVE: VIH, NIVEL DE CONOCIMIENTOS, INTERVENCIÓN EDUCATIVA.

Índice

I- Introducción-----	1 – 6
II- Objetivos-----	7
III- Marco Teórico-----	8 – 27
IV- Material y Métodos-----	28 – 37
V- Análisis y discusión de los resultados-----	38 – 55
VI- Conclusiones-----	56
VII- Recomendaciones-----	57
VIII- Bibliografía-----	58 – 64
IX- Anexos	

I- Introducción

Tan antiguas como la historia misma son las Infecciones de Transmisión Sexual descritas por Hipócrates en el siglo II a.n.e. Representan, mundialmente, un serio problema tanto en términos de salud como económicos y sociales. Su control es decisivo para mejorar la salud reproductiva y de toda la población, y representa uno de los grandes desafíos de la salud pública contemporánea. Entre ellas podemos mencionar la Sífilis, Clamidyasis, Blenorragia, Chancro blando, Granuloma inguinal, Vaginosis bacteriana, Hepatitis B, Herpes genital, Condiloma acuminado, Molusco contagioso genital, Trichomoniasis y el VIH /sida, que se ha sumado desde hace más de dos décadas con resultados devastadores.

La Organización Mundial de la Salud ha estimado que las Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo el VIH/sida, constituyen a escala mundial la causa de enfermedad más importante en hombres y la segunda causa más importante (después de la causa materna) en mujeres jóvenes en países en vías de desarrollo. Cálculos recientes arrojan que cada año se reportan, en todo el mundo más de 340 000 000 casos de Infecciones de Transmisión Sexual curables y que por lo menos 1 000 000 de contagios ocurren cada día (1).

La epidemia mundial del sida es uno de los mayores desafíos que afronta nuestra generación. El sida constituye un nuevo tipo de emergencia mundial, es un fenómeno único en la historia de la humanidad por su rápida propagación, su alcance y la intensidad de su impacto. Las tasas de la transmisión actual general de la infección por el VIH/sida siguen mostrando un aumento. Cada día, 14 000 personas son infectadas por el VIH/sida, 2 000 de estas nuevas infecciones ocurren en niños, otras 12 000 en personas de 15 a 44 años, de ellas, el 40 % son mujeres y el resto son jóvenes de 14 a 24 años. Hasta 2005, el número de personas afectadas por el VIH/sida supera los 40 000 000 y más de 3 000 000 han muerto. También ha dejado desde su comienzo una secuela de más de 13 000 000 de pequeños huérfanos en el mundo. Según datos de la OMS es ya la

primera causa de muerte en África y la cuarta en el planeta. Según su comportamiento, en la actualidad, a nivel mundial, el sida es más frecuente en el sexo masculino, con un incremento en la transmisión del virus en los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), fundamentalmente en la población joven, también ha existido un aumento en los últimos años en mujeres jóvenes (2, 3, 4, 5, 6).

El sida ha infectado a más de 60 millones de personas, de estas se encuentran viviendo con VIH, al cierre de 2008, un aproximado de 42 000 000 y más de 25 000 000 han fallecido por esta causa. Las mujeres representan el 50 % de todos los adultos que viven VIH en todo el mundo. El continente más afectado es el africano y es el único donde la infección afecta más a la mujer que al hombre en una proporción de 12/10; o sea, por cada 10 hombres infectados hay 12 mujeres (7,8).

Latinoamérica y el Caribe constituyen una región geográfica muy heterogénea, formada por 44 países y con una población estimada de 470 000 000 de habitantes de diversas procedencias, con diferentes raíces étnicas, costumbres e idiomas; de estos últimos, los principales son el español, portugués, inglés y francés.

Los factores que contribuyen al aumento de las infecciones por el VIH/sida en las mujeres son universales: La ya mencionada heterosexualidad de la epidemia y el aumento en el índice de casos de infecciones de transmisión sexual que facilita la propagación del VIH (9,10).

Los factores biológicos no son los únicos determinantes, aunque desempeñan un papel importante, especialmente entre los adolescentes, cuyos órganos reproductivos y genitales, todavía inmaduros, facilitan la transmisión (7).

Sida es la sigla de síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Esta enfermedad es causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que se transmite a través de las relaciones sexuales o de la exposición a sangre o productos

sanguíneos infectados. Una mujer infectada puede transmitir el virus a su bebé durante el embarazo o el parto, o al amamantarlo (11,12).

En el caso de América Latina y el Caribe hay que destacar factores como la diferencia de estándares de comportamiento social entre hombres y mujeres en temas como la fidelidad conyugal, la migración desde las áreas rurales hacia los centros urbanos y la transmisión del VIH a la pareja, sea ésta hombre o mujer, por varones que practican la bisexualidad.

Las nuevas formas de prostitución, particularmente en mujeres adolescentes, constituyen factores de riesgos a contraer el VIH/sida.

El impacto de esta infección, cuando toca a la mujer, también toca a los hogares y el precio que cobra es muy alto. En muchos casos significa la disolución de la familia. La orfandad de los hijos (19,5 000 000 de niños han quedado huérfanos por causa del sida) y si es su pareja la infectada, esta mujer debe asumir la atención y cuidado del esposo durante la enfermedad, además el mantenimiento del hogar, lo que demanda un mayor esfuerzo de ella (9).

En el mundo la infección por el sexo femenino se ha comportado con una proporción de 2:3 contra hombres, eso quiere decir que por cada dos mujeres infectadas hay 3 hombres. En el caso de Cuba se ha comportado de una manera diferente el índice masc. / fem. es 4:1, esta proporción es por los hombres que tiene sexo con otros hombres (HSH). Las mujeres representan el 20 % de los casos notificados en Cuba. En los últimos años se observa que la infección en la mujer tiene una tendencia ascendente, esto puede deberse a que hay HSH (hombres que tienen sexo con otros hombres) bisexuales (tienen relaciones sexuales con mujeres) y la epidemia se ha trasladado a la mujer.

En nuestro país la epidemia ha mantenido un lento pero sostenido crecimiento, más el hecho de que la principal vía de transmisión sean las relaciones sexuales sin protección, evidencia que el peligro no está conjurado (13).

En los análisis de pronóstico de la infección por VIH que se han realizado en nuestro país se estima que, de mantenerse las condiciones que determinan el comportamiento actual de la enfermedad, para los próximos 10 años serán diagnosticados alrededor de 6 054 nuevas infecciones y unos 2 532 nuevos enfermos (14).

Desde 1986 hasta la actualidad se han diagnosticado en Cuba un total de 11 208 seropositivos al VIH; 4 528 han enfermado de sida; 1 971 han fallecido, de ellos 1 834 por causa del sida y 137 por otras causas; actualmente viven 9 237 personas con VIH/sida (13).

El grupo de edades comprendidas entre los 15 y 29 años representa el 70% de los seropositivos existentes en la Isla. Esto hace volver la vista a las primeras edades, ya que para prevenir con responsabilidad hay que comenzar a educar lo antes posible (3,15).

En nuestra provincia, desde 1986 hasta estos momentos, se han diagnosticado un total de 290 personas infectadas por el VIH y fallecieron por esta causa 39. En el municipio fueron diagnosticados 157 casos, de los cuales el 50 % se infectó en edades tempranas de la vida (14 a 25 años).

La realidad actual, tanto desde el punto de vista epidemiológico como de las normativas de nuestro programa, apunta a que cada vez más las Infecciones de Transmisión Sexual constituyen un problema de la comunidad y, por tanto, de la Atención Primaria de Salud (15).

En Cuba el Programa Nacional de Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/sida se inició en 1986, teniendo como objetivo fundamental evitar que el proceso de la infección-enfermedad se convierta en un importante problema de salud para la población cubana. El **componente**

educativo dentro de este programa tiene como propósito promover conductas sexuales, actitudes y prácticas saludables en la población, con énfasis en los grupos más vulnerables (16).

Teniendo en cuenta que la mujer es un grupo vulnerable a las Infecciones de Transmisión Sexual y al VIH/sida, debido a sus características biológicas, psicológicas, sociales y epidemiológicas, y basándonos en la experiencia de un proyecto realizado anteriormente, donde se recomienda continuar trabajando y profundizando en este tema, de forma grupal con ellas, es que nos decidimos a realizar esta investigación educativa para conocer el nivel de conocimiento sobre la infección por el VIH/sida en las mujeres jóvenes de un Consultorio Médico de la Familia del consejo popular Centro del Pueblo, del área Norte del municipio de Ciego de Ávila, por ser esta la de mayor incidencia de PVS, durante el período de enero a diciembre del 2008.

Problemática.

El municipio de Ciego de Ávila mantiene una alta incidencia y prevalencia de la infección por el VIH/sida, fundamentalmente en edades temprana de la vida, dadas por el desconocimiento, conducta sexual irresponsable y falta de protección, constituyendo estos factores condiciones favorables para la progresión de la enfermedad, por lo cual es de vital importancia la preparación de las mujeres jóvenes en los aspectos relacionados con la protección y preparación al comienzo de su vida sexual. Esta situación permite que se plantee la siguiente interrogante.

Pregunta investigativa:

¿Qué intervención educativa con enfoque participativo, permite elevar el nivel de conocimiento en relación con el VIH/sida, en mujeres jóvenes, de 15 a 29 años de edad, en el Consultorio Médico de la Familia (CMF) ¿No 41, del consejo popular Centro del Pueblo, del área Norte, en el municipio de Ciego de Ávila?

La hipótesis de la investigación es:

La intervención educativa con enfoque participativo es útil en mujeres jóvenes de 15 a 29 años de edad en el Consultorio Médico de la Familia No 41 del consejo popular Centro del Pueblo, del Policlínico Norte, de Ciego de Ávila, para incrementar significativamente conocimientos sexuales adecuados.

En nuestra investigación se prevé elevar de forma significativa el nivel de conocimiento de las mujeres jóvenes de este consultorio, a través de la ejecución de diferentes actividades de capacitación y educación para la salud, que conduzcan a la modificación de los hábitos y costumbres de las mujeres jóvenes, que conforman los estilos de vida insanos, en una dirección favorable para su salud, teniendo en cuenta que un estilo de vida saludable solo puede ser adoptado cuando se tiene conocimiento, oportunidad y voluntad para ello; es decir, percibir el riesgo y disminuir la vulnerabilidad.

II- Objetivos

Objetivo General:

Evaluar la efectividad de la intervención educativa participativa para elevar el nivel de conocimiento sobre la infección del VIH/sida en mujeres jóvenes de 15 a 29 años de edad en el Consultorio Médico de la Familia No 41 del consejo popular Centro del Pueblo del Policlínico Norte, en el municipio de Ciego de Ávila.

Objetivos Específicos:

1- Explorar el nivel de conocimiento en relación al comportamiento antes y después de aplicada la intervención educativa sobre el VIH/sida en cuanto a:

- Formas más comunes de infectarse
- Comportamiento sexual para protegerse de la infección.
- Responsabilidad del uso del condón.
- Ventajas del uso del preservativo.
- Riesgos del cambio frecuente de pareja sexual.

2- Evaluar el nivel de conocimiento general acerca del VIH/sida antes y después de la intervención educativa.

3- Evaluar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los resultados del primer y segundo cuestionarios por Ítem, y de manera general.

III- Marco Teórico

Las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/sida son un conjunto de enfermedades infectocontagiosas que se expresan clínicamente con distinta sintomatología y que tienen diferente etiología, las reúne el hecho epidemiológico de adquirirse, sobre todo por contacto sexual, con independencia de la preferencia sexual, sin ser este el único mecanismo de transmisión (17).

Los jóvenes y los adolescentes sexualmente activos se ven amenazados y afectados de una forma desproporcionada por las Infecciones de Transmisión Sexual y, principalmente, por el VIH/sida.

Más de la mitad de las nuevas infecciones que se producen en la actualidad afectan a los jóvenes de 15 a 24 años, muchas veces por iniciar la vida sexual más temprano, por no protegerse y creer que el VIH infecta a otro grupo de personas y no a ellos.

Precisamente, más de 6 000 jóvenes contraen el virus cada día a nivel mundial, esta tendencia es en especial alarmante porque se trata de la generación de jóvenes más numerosa de la historia, pues casi la mitad de la población mundial es menor de 25 años (18, 19, 20 ,21).

El grupo de los adolescentes es uno de los más vulnerables a las Infecciones de Transmisión Sexual y al VIH/sida, debido a sus características biológicas, epidemiológicas, sociales y psicológicas.

Desde el punto de vista biológico influye la inmadurez de los órganos del sistema reproductivo, los cambios hormonales y las deficiencias inmunológicas. Su vulnerabilidad epidemiológica está dada porque existe una significativa concentración de seropositivos al VIH entre jóvenes y adolescentes. En relación con lo social, tenemos que los adolescentes representan lo erótico, lo deseable,

la edad matiza el poder en las relaciones de pareja, tienen menor accesibilidad a los servicios por minoría de edad, la educación sexual está marcada por lo biológica, es poco alusiva al placer y las dificultades de acceder a los espacios para la expresión de la sexualidad. En cuanto a las características psicológicas, tenemos que son insuficientes sus conocimientos y habilidades, es un grupo con necesidad de mostrar independencia y autonomía, de seguir las normas grupales, de tener interés, curiosidad, deseos, búsqueda del placer y se les dificulta acceder a las fuentes de información (22).

La falta de información, educación, servicios sobre el VIH, los riesgos que muchos tienen que correr para poder sobrevivir y los riesgos que acompañan a la experimentación y la curiosidad de los adolescentes, además del aumento de la urbanización, la pobreza, la exposición a ideas conflictivas sobre los valores y comportamientos sexuales, el fracaso de la sexualidad tradicional y los canales de información sobre la reproducción, que están fomentando la actividad sexual prematrimonial entre los adolescentes, son también factores que sitúan a los adolescentes en el centro de la vulnerabilidad a las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/sida. También esto contribuye a que la mayoría de los jóvenes inicien la actividad sexual en la adolescencia, y muchos antes de los 15 años de edad.

Estudios realizados demuestran que en los jóvenes que empiezan la actividad sexual precozmente es más probable que tengan relaciones sexuales con un mayor número de parejas y con personas que han estado expuestas al riesgo de contraer el sida (23).

Según estudios recientes realizados por sexólogos cubanos, existe una baja percepción del riesgo en la población sexualmente activa, en especial en los adolescentes y jóvenes, en los que son frecuentes las conductas sexuales de riesgo, fundamentalmente por el cambio frecuente de pareja y las relaciones sexuales desprotegidas (24,25).

En estudios realizados por el Centro de Información y Servicios de Asesoría en Salud (área de comunicación social), de Nicaragua, se aborda el tema del impacto de la epidemia en los jóvenes nicaragüenses, donde el estudio, además, revela que los adolescentes y jóvenes se encuentran entre las poblaciones de América Latina más vulnerables ante la enfermedad (26).

En la India, las relaciones sexuales en adolescentes y el embarazo prematrimonial son más habituales de lo que se suele reconocer.

La capacidad del país para ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva a los jóvenes se enfrenta a limitaciones paralelas de resistencia cultural a hablar abiertamente de sexualidad, y a una falta general de información básica sobre ella.

A pesar de que la educación sexual forma parte de la educación escolar sobre el sida, algunas autoridades nacionales diluyen los mensajes con los que no están de acuerdo, y los maestros, a menudo, evitan los temas que les hacen sentir incómodos.

Cuando solicitan información o servicios, los jóvenes pueden ser reprendidos o enfrentarse a proveedores de salud críticos. Además, como los servicios de salud sexual ofrecen, con frecuencia, poca intimidad o confidencialidad, estos suelen recurrir a servicios deficientes e ilegales (23).

El componente educativo es esencial para la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/sida.

La forma en que las personas constituyen y viven su propia sexualidad de modo singular y personalizado, depende significativamente de la preparación recibida al respecto desde la más temprana edad.

Tal como educamos a las generaciones del futuro para su desempeño exitoso en otras facetas de la vida, es imprescindible prepararlas también para la sexualidad, con vistas a que esta se convierta en un elemento capaz de ennoblecer la personalidad.

Comenzar a educar para una sexualidad satisfactoria y segura desde edades tempranas de la vida garantiza los comportamientos sexuales responsables y seguros en la adultez, por lo cual debemos concentrarnos en los jóvenes y priorizar el trabajo educativo con ellos (1, 20, 27).

El comportamiento sexual responsable y seguro incluye la práctica del sexo seguro y del sexo protegido.

El sexo seguro son las relaciones sexuales que no incluyen penetración y que evita a las personas exponerse a fluidos sexuales potencialmente infectados. Como ejemplo de práctica de sexo seguro tenemos: frotar los pechos, besar el cuerpo, frotar los genitales en el cuerpo de la pareja siempre y cuando la piel no tenga heridas, bañarse juntos, observar cómo se masturba la pareja, tocar los propios genitales cuando la pareja toca los suyos, masajes y abrazos, frotamiento de cuerpo con cuerpo, besos secos, utilizar juguetes sexuales- solo para uso propio, si se comparten hay que desinfectarlos-, sexo telefónico, voyeurismo, compartir fantasías sexuales y realizar aquellas que no incluyan fantasías sexuales inseguras.

La implementación de comportamientos sexuales seguros exige que la persona disponga de una información precisa, planificación previa y comunicación óptima con su pareja. Con todas estas medidas las parejas pueden disfrutar de los placeres de una relación sexual, mientras minimizan los riesgos potenciales involucrados.

El sexo protegido es usar condón (ya sea masculino o femenino) en todos los tipos de relaciones sexuales (vaginal, anal u oral), para que las secreciones corporales que contienen el VIH u otros gérmenes no entren en contacto con la piel ni las mucosas de la pareja (16).

El condón es utilizado desde la Antigüedad, los egipcios utilizaban protectores de pene y en la Edad Media el anatomista Falopio hace referencia a condones hechos de intestinos de ovejas.

Fue utilizado por el rey Carlos III. Se dice que en el siglo XVIII era empleado por prostitutas, el Marqués de Sade lo menciona en sus escritos y Casanova lo usó de forma regular.

Pero no es hasta 1843 que la empresa Goodyear diseñó el condón de látex, en 1870 se produjo de forma masiva, lo cual disminuyó mucho su precio.

Luego, en la Segunda Guerra Mundial se entregaron condones a los soldados norteamericanos, pero con la llegada de la penicilina, los métodos preventivos quedaron en un segundo plano. Después de ésta se debatió sobre valores morales y validez del condón, que terminó con la aparición de la epidemia del VIH/sida en los años 80 y los estudios que se realizaron sobre la efectividad del mismo.

Actualmente la mayoría de los condones se fabrican con látex, esta es una sustancia de caucho proveniente de un árbol, con la que, a través de un proceso tecnológico, se van colocando capas intercaladas de manera que los poros de látex queden tapados. El látex es resistente y ha demostrado ser efectivo para la protección de las ITS y el VIH/sida, siempre que los condones se usen de forma correcta, y frecuente, y se utilicen lubricantes a base de agua.

También se fabrican de membrana animal y de poliuretano. Los primeros se fabrican con intestinos de ovejas y constituyen una barrera permeable que no protege contra las ITS y el VIH/sida, pues tienen pequeños poros del tamaño de 3 000 nanómetros, que no dejan pasar los espermatozoides, pero sí el virus del VIH que miden 125 nanómetros, lo cual los hace un buen contraceptivo, pero no protectores.

El poliuterano es un plástico sintético efectivo para mejor transmisión del calor en la relación sexual y se diferencia del látex en que no se daña por el uso de lubricantes oleosos, precisamente existe en la actualidad un nuevo método para evitar las ITS y el VIH/sida hecho de poliuretano, el condón femenino, con una eficacia similar a la del masculino.

Los condones se fabrican de diferentes tamaños, estilos, colores, sabores y formas, atendiendo al gusto personal del usuario (22).

Su uso regular y adecuado es una propuesta conductual factible para evitar las Infecciones de Transmisión Sexual, el VIH/sida y el embarazo en las adolescentes y jóvenes, sin embargo, está mediatizado por múltiples factores.

Generalmente es rechazado por no tenerse información correcta acerca de las ventajas de su utilización, dentro de las cuales tenemos: que son seguros y no tienen efectos colaterales por hormonas, son fáciles de tener a mano en caso de que la relación sexual ocurra de forma inesperada, pueden ser usados por personas de cualquier edad, pueden interrumpirse en cualquier momento, son fáciles de conseguir y de usar sin necesidad de ver a un facultativo, pueden aumentar el gozo sexual al sentir que no hay preocupación.

También es rechazado en muchas ocasiones por desconocerse las medidas a mantener para que su uso sea correcto y agradable, entre estas están: verificar la fecha de vencimiento del condón o que su fecha de fabricación sea de 3 años o menos, asegurarse de que el empaque se encuentre en buen estado y que

mantenga un poco de aire adentro; este se abre cuidadosamente con los dedos para no dañar el condón, el cual se saca y se sujeta de manera que desenrolle hacia afuera, se sujeta por la punta mientras se coloca en el pene erecto y se desenrolla hasta hacerlo llegar a su base, después de la eyacuación se sujeta el condón por la base y se retira del pene antes de que este pierda su erección, cuidando no derramar el semen.

Otro aspecto a tener en cuenta es que se plantea que para la mayoría de las personas el acto de deposición seminal es altamente placentero, tanto para los hombres como para las mujeres (16, 28).

En nuestra cultura la deposición seminal es un símbolo de mayor compromiso afectivo, de mayor compenetración de la pareja, o tiene un valor erótico muy importante, mientras que el uso del condón es considerado como un acto poco natural, artificial, ajeno a la práctica sexual o un elemento que reduce el erotismo (29).

Los resultados de un estudio sobre el comportamiento sexual de la población cubana, aplicado desde 1996 hasta el 2002, dio a conocer en el primer Foro de ITS/VIH/sida de América Latina y el Caribe, celebrado en 2003 en nuestro país, que hay un cambio positivo en la incorporación del condón en las relaciones sexuales. Sin embargo, en este estudio se conoció que, de los HSH, que son el grupo de mayor peso en la epidemia cubana, solo el 25 % dijo haber empleado el condón en su última relación ocasional, lo que evidencia la necesidad de continuar reforzando el trabajo educativo y preventivo (30).

La promiscuidad o cambio frecuente de pareja sexual es uno de los factores de riesgo de más relevancia como sexo irresponsable (31).

Hoy día, aunque existe menos tabú sobre sexualidad, en que los jóvenes a temprana edad tienen y mantienen relaciones sexuales, y la mayoría de ellas son

esporádicas u ocasionales, se genera una gran problemática social debido a la escasa preparación que tienen para enfrentar su vida sexual con responsabilidad, sumada al hecho de que su poca madurez no les permite visualizar la magnitud de los problemas, principalmente el incremento de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH / sida (18,32).

Muchos de los problemas actuales que afrontamos en nuestro país en la esfera de la sexualidad se refieren, de uno u otro modo a la deficiente preparación de los jóvenes para la vida de pareja y familia (15, 33).

En esto ha influido grandemente la carga histórica de estigmas, prejuicios y prohibiciones que cubren lo sexual. Los adultos evitan hablar de estos temas con los adolescentes y jóvenes, o utilizan enfoques para su abordaje extremadamente profesionales, minimizando o renombrando lo placentero (29, 34, 35).

El conocimiento y la información son las primeras líneas de defensa para los jóvenes.

Algunos países han adoptado medidas atrevidas para abordar las necesidades de información de los jóvenes sobre el sida, pero esta educación sigue estando lejos de ser universal. Por ejemplo, en África Subsahariana, solo el 8% de los jóvenes no escolarizados y un número ligeramente superior de los escolarizados tienen acceso a la educación sobre prevención.

Las cifras equivalentes para Europa oriental y Asia central son del 3% para los jóvenes no escolarizados y del 40% para los jóvenes escolarizados; mientras que en el caso del Caribe y América Latina son del 4% y el 38%, respectivamente. Un estudio global demostró que 44 de 107 países no incluían el sida en los programas escolares.

No es de extrañar que los datos de 20 países con alta prevalencia revelen que, a pesar de que la mayoría de los jóvenes han oído hablar del VIH y el sida, la mayor parte es incapaz de reconocer tres ideas erróneas acerca del VIH.

Un estudio reciente en Egipto obtuvo hallazgos similares. La mayor parte de los entrevistados había oído hablar del sida y creía que era una enfermedad peligrosa, pero pocos tenían más información.

El acceso a información sobre el sida por sí mismo no es garantía de cambio de comportamiento, pero la educación tiene un cierto impacto.

Un análisis de 250 programas norteamericanos descubrió que, entre los jóvenes sexualmente activos, los programas de educación del sida eran eficaces para disminuir el número de parejas sexuales y aumentar el uso del preservativo.

Es de vital importancia crear un entorno de apoyo, de modo que los jóvenes puedan obtener información sobre salud reproductiva y el VIH, educación y servicios.

Las políticas y leyes deben asegurar que los recursos disponibles se centran en mejorar los derechos de los jóvenes a la atención sanitaria y en reducir todas las estructuras y prácticas discriminatorias.

Llegar a los que influyen en los jóvenes, los padres, las familias extensas, los maestros, los líderes políticos y de la comunidad, y las personas célebres tiene mucha influencia en los jóvenes.

Cuando sus mentores actúan como ejemplos de conducta positivos y ofrecen unos entornos seguros, unas relaciones válidas y la posibilidad para la expresión personal, los jóvenes toman la iniciativa de un comportamiento responsable (23).

El futuro de las Infecciones de Transmisión Sexual y la epidemia del VIH/sida está en manos de los jóvenes, porque los comportamientos que adopten ahora y los que mantengan durante toda su vida sexual determinarán la evolución de la epidemia en las próximas décadas.

Continuarán aprendiendo unos de otros, pero su comportamiento dependerá en gran parte de la información y los conocimientos con los que la generación actual de adultos dote a sus hijos.

Los jóvenes son especialmente vulnerables al VIH, pero también son nuestra mayor esperanza para cambiar el curso de la epidemia de sida. Cuando se les dé el apoyo y los medios adecuados, los jóvenes podrán convertirse en poderosos agentes para el cambio (18, 36).

Estudios realizados por el MINSAP y el MINED reflejan que todavía hay gran demanda de información sobre el tema en todo el país por lo cual se crea el proyecto CUB / 03 /018 /A /01 /99, el cual se desarrolla desde 2003, con el objetivo de fortalecer la labor educativa, incrementar la divulgación e información sobre los temas de la sexualidad, y entrenar a todos los jóvenes en el uso correcto y sistemático del condón, especialmente en los adolescentes, para de esta forma promover la adopción de un comportamiento sexual más responsable y seguro entre los jóvenes, quienes serán los adultos del mañana (37).

Sin una vacuna o medicamento que garantice el control del VIH/sida, la manera de prevenir su transmisión es adoptando estilos de vida que minimicen o eliminen los factores de riesgo, y esto se logra a través de la educación a la población con la puesta en marcha de proyectos de educación en salud que incluyan cambios de comportamiento, fundamentalmente en los grupos más vulnerables (38).

Cuando fue detectado el sida por primera vez en las mujeres, en el año de 1981, decididamente se ha convertido en una gran preocupación para las féminas de todas las edades, las falsas creencias generalizadas al principio de que estas no

corrían el riesgo de contraer el VIH, y la caracterización del sida como una enfermedad que afecta principalmente a los hombres homosexuales, desvió la atención de los problemas de la población femenina en las primeras fases de la epidemia. Hoy en día, las mujeres constituyen el 32% de los nuevos casos de VIH diagnosticados en Estados Unidos (7,8).

De acuerdo con los datos suministrados por la agencia mundial, casi el 50 por ciento de los 39,4 millones de personas infectadas con el virus del sida son del sexo femenino.

Hoy es posible reconocer en la evolución de la epidemia del sida un claro proceso de feminización. Esto significa que gran parte de las “nuevas” infecciones ocurren en mujeres. Si tenemos en cuenta que la vía de infección más común en ellas es la relación sexual sin uso de preservativo, es fácil entender que el número de embarazadas infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un grupo en aumento. Debido a esto, es importante que todas, aun las que no tienen sida, reciban información acerca de lo que puede ocurrir cuando una mujer infectada con VIH está embarazada.

Existe hoy la posibilidad de ofrecerle a toda mujer embarazada la realización de una prueba para detectar la infección por VIH. El análisis se realiza con sangre venosa de la mujer y debe ser indicado en la primera visita al obstetra. Si la prueba resulta “positiva” o “reactiva”, debe ser confirmada por una segunda, con una nueva extracción de sangre venosa.

A diferencia de otros virus, como el de la rubéola, el VIH no causa abortos o malformaciones. Una mujer infectada con VIH que se encuentre en buen estado de salud, tiene el mismo riesgo de sufrir un aborto espontáneo que una mujer no infectada. El riesgo de tener un hijo con anomalías congénitas graves también es similar para ambas (9,10). Tampoco se ha demostrado que el embarazo agrave el curso de la enfermedad, menos ahora que se dispone de tratamientos que inhiben la duplicación y replicación del virus dentro del

organismo materno. Muchos de esos tratamientos pueden ser utilizados con el consentimiento de la madre durante el embarazo (11,12).

El riesgo de que un bebé se contagie con el virus durante el embarazo, el parto o la lactancia es aproximadamente el 35% si la madre no recibe ningún tratamiento.

Pero en el año 1994, las investigaciones demostraron que la droga Zidovudina (más conocida como AZT) era capaz de reducir ese riesgo al 8% si se administraba a la mujer a partir del segundo trimestre del embarazo, durante el parto, y luego al bebé durante las primeras seis semanas de vida (39,40).

A partir de ese momento muchos otros tratamientos, incluso algunos de los conocidos como cócteles, han demostrado disminuir notablemente el riesgo de contagio.

No es exagerado afirmar hoy que una mujer que controla su embarazo desde el primer trimestre y recibe tratamiento y seguimiento durante todo el embarazo, el parto y las primeras semanas de vida del bebé tiene un riesgo menor del 5% de contagiar a su hijo, siempre y cuando no lo amamante (11,41).

La lactancia conlleva un riesgo extra de contagio, aun cuando la mujer hubiera recibido tratamiento durante el embarazo. Es por ello que en aquellos casos en los que existan garantías de que el niño pueda recibir alimento en biberón, se recomienda suspender la lactancia materna. Solo en regiones de extrema pobreza, donde el pecho materno es la única fuente alimentaria posible para el recién nacido, se recomienda que una mujer con VIH amamante a su hijo.

En los últimos años también se ha estudiado la influencia que el modo de parto tiene sobre el riesgo de contagio, y si bien es aún un tema que genera algunas controversias, no cabe duda que el parto por cesárea otorga una disminución del riesgo de transmisión, sobre todo en aquellas mujeres que no han recibido adecuado tratamiento antiviral durante el embarazo.

La discusión sobre este tema se centra en si aquellas mujeres que sí han recibido tratamiento desde el segundo trimestre obtienen un beneficio extra o no, teniendo a sus hijos por cesárea. Como no existe todavía consenso acerca de este punto, la decisión del modo de parto debe ser tomada en cada caso en particular y en forma consensuada por el obstetra, el infectólogo y la madre (42,43).

Para saber si un bebé se ha contagiado existen análisis que detectan el virus en la sangre del niño y que pueden ser realizados en las primeras semanas de vida (actualmente el más utilizado se llama PCR). Estas técnicas son altamente costosas y no se hallan disponibles en forma generalizada, por lo que, en algunos países, el diagnóstico se realiza con pruebas que tardan aproximadamente un año en arrojar resultados definitivos. Mientras tanto, los niños deben ser cuidadosamente controlados por pediatras entrenados para detectar complicaciones clínicas de la infección por VIH (44,45).

Resumiendo, debido a que existen muchas alternativas de tratamiento para evitar el contagio del virus del sida de la madre al hijo, es indispensable que toda mujer embarazada sea estudiada lo antes posible durante la gestación. De este modo, estaremos a tiempo de utilizar dichos tratamientos que tendrán el doble efecto de evitar la transmisión y mejorar la salud materna. Bebés sanos y mujeres más felices.

La transmisión del VIH de mujer a mujer parece ser algo muy raro. No obstante, los informes de casos de contagio del VIH de mujer a mujer y el riesgo bien documentado de la transmisión del VIH de mujer a hombre indica que las secreciones vaginales y la sangre menstrual son potencialmente infecciosas, y que la exposición de la membrana mucosa (ej. oral, vaginal) a estas secreciones tiene el potencial de conducir a la infección del VIH (46, 47, 48,49).

Entre 1992 y 1999 el número de personas afectadas por el sida aumentó en todos los grupos, ya que a partir de 1993 se comenzó a definir los casos de la enfermedad de una manera más amplia y, más recientemente, debido a una supervivencia más prolongada de aquellos que se han beneficiado de las nuevas

terapias de combinación de medicamentos. Durante este período de siete años, el número de mujeres infectadas con el VIH aumentó, lo cual refleja un cambio en los segmentos de población afectados por la epidemia.

En 1992, las mujeres representaban el 14% de la población adulta y adolescente afectada por el sida; en 1999, el porcentaje había ascendido a 20% (18).

Desde el 1985, la proporción de casos de sida reportados en las mujeres adultas y adolescentes aumentó más del triple, de un 7% en 1985 a un 25% en el 2000. La epidemia ha aumentado de manera más marcada entre las mujeres negras. Las mujeres afroamericanas e hispanas componen menos del 25% de la población femenina de los Estados Unidos, sin embargo, representan más de tres cuartos (78%) de los casos de sida reportados en las mujeres de nuestro país. Solo en el 2000 las mujeres afroamericanas e hispanas representaban una proporción aún mayor (80%) de casos reportados en las mujeres (15,16).

Las muertes relacionadas con el VIH y el sida en la población femenina siguen disminuyendo en 1999 como resultado de los avances recientes en el tratamiento del VIH. El VIH y el sida son la quinta causa de muerte de las mujeres entre 25 y 44 años de edad en los EE.UU. En el caso de las mujeres negras del mismo grupo de edad, el sida constituía la primera causa de mortalidad en 1999.

Se estima que hay de 129 500 a 135 000 mujeres infectadas con el virus en los Estados Unidos y muchas de ellas no lo saben. Cada año, aproximadamente 6 000 de estas mujeres dan a luz a un bebé. Desde 1985, alrededor de 9 300 niños han contraído sida en los Estados Unidos y unos 5 000 han muerto. Más del 90% de ellos contrajeron el virus de su madre durante el embarazo o el parto.

Los nuevos tratamientos, junto con un parto por cesárea en ciertos casos, pueden reducir el riesgo de que la madre transmita el VIH a su bebé a un 2% o menos. No obstante, más de 800 000 bebés en todo el mundo contraen el VIH de esta manera cada año. Aproximadamente el 90% de estos casos ocurren en los países en desarrollo, donde los nuevos tratamientos no se encuentran aun

ampliamente difundidos. Los investigadores están estudiando nuevos métodos para prevenir la infección por VIH en estos países y se han puesto en marcha numerosas iniciativas para hacer llegar la medicación necesaria a todo el mundo.

La forma más común de contagio son las relaciones heterosexuales sin protección (es decir, sin usar preservativo) con una persona infectada. Los CDC estiman que aproximadamente el 75% de los nuevos casos de mujeres infectadas en los Estados Unidos obedece a esta causa mientras que el 25% se produce al inyectarse drogas con jeringas compartidas (39).

Un pequeño número de mujeres se ha infectado al recibir transfusiones de sangre, componentes sanguíneos o tejidos.

Entre 1985 y 2002, el número de mujeres infectadas con sida en los Estados Unidos aumentó a más del triple, del 7% al 26% (39).

Las mujeres son muy propensas a infectarse a través de las relaciones heterosexuales.

Las mujeres con mayor riesgo de infectarse con VIH por vía sexual son aquellas cuyas parejas heterosexuales se administran drogas por vía intravenosa, las adolescentes y jóvenes que tienen varias parejas sexuales y las mujeres con otras infecciones de transmisión sexual.

Lo ideal sería que todas las mujeres supieran si tienen VIH antes de concebir. March of Dimes recomienda a todas las mujeres que pudieran haber estado expuestas al virus VIH realizarse un análisis antes de concebir. Si no lo hacen antes de quedar embarazadas, deberían efectuarse la prueba durante el embarazo.

Las mujeres que no se han realizado la prueba durante el embarazo pueden hacerlo durante el parto o el parto mediante pruebas rápidas que permiten obtener resultados de inmediato y aplicar el tratamiento adecuado para proteger al bebé en caso de ser necesario.

Por lo general, las personas con VIH/sida reciben un tratamiento basado en diferentes combinaciones de fármacos. Estas combinaciones de fármacos retardan la propagación del VIH por el organismo, mantienen baja la concentración de virus en la sangre (incluso, indetectable) y ayudan a prevenir las infecciones relacionadas con el sida. El Servicio de Salud Pública de los EE.UU. recomienda tratar a las mujeres embarazadas infectadas con VIH con estos fármacos como si no estuvieran embarazadas, aunque la medicación puede modificarse según se necesite (11).

Los estudios demuestran que algunas mujeres infectadas con VIH pueden reducir el riesgo de transmitir el virus a su bebé sometiéndose a una cesárea antes de comenzar los trabajos de parto y romper bolsa. El Servicio de Salud Pública de los EE.UU. y el Colegio de Obstetras y Ginecólogos de ese país (American College of Obstetricians and Gynecologists) recomiendan someter a las mujeres infectadas con VIH a una cesárea a las 38 semanas de embarazo para reducir aún más el riesgo para sus bebés, a menos que tengan concentraciones muy bajas (menos de 1 000 copias por ml) o indetectables de virus en su sangre. Todavía no se ha comprobado si un parto reduce los riesgos cuando la mujer tiene concentraciones muy bajas o indetectables de virus en la sangre (como resultado del tratamiento a base de fármacos).

Los médicos también pueden recomendar otras precauciones para proteger al bebé. Por ejemplo, cuando el médico sabe que una mujer es VIH positivo, puede evitar usar procedimientos que incrementan la exposición del feto a la sangre de la madre durante el embarazo o el parto, tales como la amniocentesis, o el muestreo de la sangre del cuero cabelludo del feto, o que podrían romper las membranas que rodean al bebé. El médico también puede aconsejar a la madre que no amamante a su bebé, ya que de esta manera también puede transmitirle el virus. (Esta recomendación puede diferir en los países en desarrollo por diferentes razones.) Los bebés infectados con VIH parecen normales al nacer, pero alrededor del 15% desarrolla síntomas graves o mueren antes del primer año de vida (41). Antes de los tratamientos combinados a base de fármacos,

aproximadamente la mitad de los niños infectados con VIH morían antes de los 9 años (42). Sin embargo, estos tratamientos están mejorando las perspectivas para los niños infectados, muchos de los cuales dejan de tener síntomas graves la mayor parte del tiempo.

Los recién nacidos de las mujeres con VIH deben someterse a las pruebas para detectar el virus dentro de las 48 horas de nacimiento. Estas primeras pruebas, que detectan el virus en lugar de los anticuerpos, permiten identificar aproximadamente el 40% de los bebés recién nacidos infectados. Por lo general, los médicos suelen repetir la prueba, lo cual permite identificar a la mayoría de los bebés infectados antes del mes de vida y prácticamente a todos antes de los 6 meses. (La prueba de diagnóstico precoz del VIH, que detecta la existencia de anticuerpos contra el virus, no es confiable en el caso de bebés nacidos de madres infectadas, ya que los anticuerpos de la madre pueden estar presentes en la sangre del bebé hasta 18 meses sin que este se haya infectado) (41,42).

Las mujeres deben evitar, antes y durante el embarazo, toda posible fuente de infección, como agujas o jeringas, máquinas de afeitar u otros elementos contaminados con la sangre de una persona infectada, y el contacto sexual con alguien infectado. Si no está segura de si su pareja es o no portadora de VIH, utilizar preservativos para protegerse contra el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

Es importante saber que las características biológicas del cuerpo femenino, por una parte, y los condicionamientos culturales y sociales, por otra, hacen que las mujeres estén muy expuestas a contraer el VIH/sida. Los roles pasivos asignados y asumidos en la relación de pareja, los prejuicios y mitos acerca de la sexualidad, que condicionan lo que es ser una “mujer decente”, ponen a las mujeres en condiciones de vulnerabilidad.

Esto quiere decir que las féminas tienen mayores probabilidades de adquirir el sida. Cada vez más mujeres contraen el VIH, y no solo debido a relaciones fortuitas y desprotegidas, sino también como resultado de vínculos estables. Lo

que significa que pueden ser infectadas por sus propios esposos o novios. Todo esto obliga a la mujer a extremar las medidas de protección y auto-cuidado para evitar la infección por VIH.

Vulnerabilidad de la mujer ante el VIH/sida (49)

Factores Biológicos:

- ❖ *El semen contiene más VIH que los fluidos vaginales:* Basado en que el VIH necesita de células vivas para transmitirse y como el semen tiene mayor contenido de células que los fluidos vaginales, es entonces más infectante.
- ❖ *El semen permanece más tiempo en el tracto vaginal y rectal que los fluidos vaginales en el pene:* El tiempo de exposición de la mujer al VIH es mayor en las relaciones heterosexuales desprotegidas.
- ❖ *Mujeres adolescentes y en etapas postmenopáusicas tienen la mucosa vaginal más permeable al VIH:* Ya que en las adolescentes la mucosa vaginal no ha adquirido la suficiente madurez y espesor para actuar como barrera eficaz y en las postmenopáusicas se vuelve más delgada y débil.
- ❖ *Los desgarros y hemorragias durante la relación sexual:* Los riesgos de infección por VIH se multiplican por diferentes causas: un coito traumático, una violación, menstruación o microfisuras. En todo el mundo la mujer corre un riesgo similar con el coito anal no protegido, a veces preferida porque preserva la virginidad y evita el riesgo de embarazo.
- ❖ *Muchas ITS cursan asintomáticas en la mujer.*

Factores Sociales

- ❖ *El machismo disminuye el conocimiento y control de la mujer sobre su cuerpo, su vida sexual y económica:* Las concepciones machistas que aún perviven en nuestra sociedad responsabilizan a la mujer con la

planificación familiar y el uso de anticonceptivos, y le otorgan en la vida sexual al hombre un papel activo y a la mujer pasivo.

- ❖ *Falta de comunicación en las parejas sobre la sexualidad:* Debido a una carencia cultural en la comunicación sobre la sexualidad entre las parejas, y que algunas mujeres asumen que sus esposos les son fieles, otras veces desconocen sus hábitos sexuales o se sienten inhibidas para hablar sobre ese tema.
- ❖ *Rechazo masculino al condón:* Esto ocurre con mayor frecuencia en la relación sexual estable del hombre (para controlar la sexualidad y fidelidad de la mujer), asociándose entonces su uso con las relaciones fortuitas u ocasionales.
- ❖ *Subordinación de la mujer:* Algunas mujeres, aunque tengan conciencia de su vulnerabilidad, carecen de poder interpersonal para negociar con su pareja, sienten temor de perder la relación, el apoyo económico o por la violencia que pueda generarse.
- ❖ *Educación sexista:* Niñas y Niños son educados de formas diferentes, asignándoles roles estereotipados que conforman, a lo largo de su vida, la manera en que asumirán su sexualidad, las relaciones interpersonales y de pareja, y su proyección social y profesional.
- ❖ *Maternidad en adolescentes:* La maternidad en la adolescencia aumenta el riesgo de contraer el VIH por su vulnerabilidad tanto biológica como social (deserción escolar, madres solteras y dependencia económica, entre otras).
- ❖ *La violencia:* Esto es un grave problema de la humanidad, que se ha mantenido oculto durante muchísimos años.

Cambiar estereotipos y prejuicios que están en la mente de hombres y mujeres es un proceso complejo, pero también conocemos que pueden modificarse si existe una voluntad política para potenciar la participación y el desarrollo a nivel social y personal de las mujeres.

Es preciso, entonces, comprender que la posibilidad de detener la epidemia necesita de un trabajo específico con hombres y mujeres, pues han sido educados de manera diferente y asumen la sexualidad también de manera diferente. En el caso específico de las mujeres, muchas veces desde prejuicios que la sitúan en una condición de subordinación y vulnerabilidad ante el VIH/sida.

IV- Material y Método

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) para evaluar la eficacia de una intervención educativa participativa sobre el nivel de conocimientos de la infección por el VIH/sida, en mujeres jóvenes de 15 a 29 años de edad, en el Consultorio Médico de la Familia No 41 del consejo popular Centro del Pueblo, del policlínico Norte, del municipio de Ciego de Ávila, durante el período comprendido de enero a diciembre de 2008.

El universo de estudio estuvo constituido por las 216 mujeres jóvenes entre 15 y 29 años de edad de ese Consultorio Médico de la Familia del consejo popular Centro del Pueblo, del Policlínico Norte, del municipio de Ciego de Ávila, en el período que comprende la investigación. De ellas 63 se negaron a participar, 28 abandonaron el estudio y quedó finalmente constituido por 125 mujeres que representan el 57.9% del universo.

Las tablas utilizadas para el vaciamiento de la información y el cálculo de los porcentajes necesarios fueron realizadas en el programa Microsoft Excel 2003, del paquete de aplicaciones Microsoft Office 2003. La prueba de Mc Nemar fue calculada utilizando el programa Statistica, versión 6 (50), para lo que se utilizó

un ordenador personal Dell Dimension 3000, Pentium 4, con el sistema operativo Windows XP, SP3.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos del nivel teórico:

- **Análisis histórico–lógico:** Se seleccionó con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de su historia, por lo que se emplea para indagar sobre las ITS/VIH/sida.
- **Análisis–síntesis:** Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.
- **Inducción–deducción:** Porque en la investigación se establecen generalizaciones que confirmaron empíricamente la hipótesis.
- **Hipotético–deductivo:** Por deducir la hipótesis como respuesta al problema de la investigación trazado en la misma.
- **Sistémico estructural:** Permitió la organización del Programa, a partir de la determinación de sus temas y el establecimiento de las relaciones entre ellos, para conformar una nueva estructura como totalidad.

Métodos empíricos:

- **El cuestionario (Anexo No 2):** se utilizó como técnica para la obtención de la información dadas sus características de búsqueda de información rápida y económica, la cual se aplicó a las mujeres jóvenes para evaluar los conocimientos de las mismas acerca del VIH/sida. Esta fue validada en un pilotaje de 10 personas de acuerdo con los objetivos propuesto por nuestros investigadores, en el período de estudio antes mencionado, para determinar el nivel de comprensión de las preguntas.

- **Entrevistas en profundidad no estructurada:** se usó en un proceso de comunicación en el que el investigador trató de averiguar lo que es significativo o importante para el entrevistado, sus significados, perspectivas, interpretaciones, vivencias y juicios, además posibilitó descubrir la definición que hace el entrevistado de su situación personal, por tanto, tiene como principal característica la subjetividad.

Método estadístico–matemático

- **Estadístico-descriptivo:** Se vale para comparar los datos obtenidos como resultado del instrumento aplicado. Como medida de resumen de la información se usó la frecuencia absoluta y relativa dada en números absolutos y porcentos (%), y como medida de significación estadística se usó el Mc Nemar para muestras dependientes.
- **Prueba Mc Nemar**

Se aplicó la prueba Mc Nemar para analizar si la tasa de respuesta inicial es igual a la tasa de respuesta final. Para ello se clasifica el conocimiento de las mujeres jóvenes de las cinco variables en estudio, es decir, aceptable (1) y no aceptable (0). Esto facilita la manipulación estadística de los resultados por persona para cada variable (Ver Anexo No 4).

Objetivo: Determinar si la tasa de respuesta inicial (antes del evento) es igual a la tasa de respuesta final (después del evento).

Criterios de inclusión: Mujeres jóvenes de 15-29 años de edad del Consultorio Médico de la Familia No 41, del consejo popular Centro del Pueblo, del área de salud Norte, y que aceptan participar en el estudio.

Criterios de exclusión: Mujeres jóvenes de 15-29 años del Consultorio Médico de la Familia No 41, del consejo popular Centro del Pueblo que:

- ❖ Se negaron a participar.
- ❖ Abandonaron el estudio.

Consideraciones éticas.

Se les informó a las participantes que serían incluidas en un estudio con el objetivo de explorar y mejorar sus conocimientos sobre las ITS/VIH/sida. Se solicitó su consentimiento (Anexo No.1) y se respetó su decisión de participar o no en la intervención.

Procedimiento:

A todas las mujeres jóvenes que quedaron incluidas en el estudio, previo consentimiento informado (Anexo No 1), en un primer momento se les aplicó el cuestionario inicial (Anexo No 2) para evaluar el nivel de conocimiento que tenían acerca de las variables de estudio y conocimientos generales del tema, para lo cual fueron citadas separadamente, en 5 grupos de 25 mujeres jóvenes, en un aula del policlínico Norte, previa coordinación con la Vicedirección Docente. Después de aplicada la prueba se procedió a la calificación, para lo cual se utilizó el procedimiento siguiente:

La evaluación se basó en el nivel general de conocimiento y el particular de cada una de las variables de estudio:

- Formas más comunes de infectarse por el VIH/sida.
- Comportamiento sexual para protegerse de la infección.
- Responsabilidad del uso del condón.
- Ventajas del uso del preservativo.
- Riesgos del cambio frecuente de pareja sexual.

Evaluación por variables del estudio

Conocimientos sobre el VIH/sida:

Ítem 1: _Total de 20 puntos.

_ Incisos correctos: 1.2; 1.4; 1.5; 1.6 (5 puntos cada inciso).

- Categoría: Formas más comunes de infectarse.
- Subcategoría: Aceptable: 15 o más puntos.

No aceptable: Menos de 15 puntos.

Ítem 2: _Total de 20 puntos.

_ Incisos correctos: 2.1; 2.2; 2.3; 2.6 (5 puntos cada inciso).

- Categoría: Comportamiento sexual para protegerse de la infección.

Subcategorías: Aceptable: 15 o más puntos.

No aceptable: Menos de 15 puntos.

Ítem 3: _Total de 20 puntos.

_ Incisos correctos: 3.1(7 puntos); 3.3(7 puntos); 3.4(6 puntos)

- Categoría: Responsabilidad del uso del condón.

Subcategorías: Aceptable: 18 o más puntos.

No aceptable: Menos de 18 puntos.

Ítem 4: _Total de 20 puntos.

--Incisos correctos: 4.2; 4.3; 4.5; 4.7 (5 puntos cada inciso)

- Categoría: Ventajas del uso del preservativo.

Subcategorías: Aceptable: 15 o más puntos.

No aceptable: Menos de 15 puntos.

Ítem 5: _Total de 20 puntos.

_ Incisos correctos: 5.3; 5.5; 5.6; 5.7 (5 puntos cada inciso).

- Categoría: Riesgos del cambio frecuente de pareja sexual.

Subcategorías: Aceptable: 15 o más puntos.

No aceptable: Menos de 15 puntos.

Ítem 6: Nivel de conocimiento general sobre el VIH/sida.

Aceptable: Si obtiene 60 o más puntos.

No aceptable: Si obtiene menos de 60 puntos.

- Aprobado: Incluye la categoría aceptable.
- Desaprobado: Incluye la categoría no aceptable.

Los resultados obtenidos fueron vaciados en las Tablas: 1, 2, 3, 4, 5 y 6, y representados en los gráficos 1, 2, 3, 4, 5, y 6 que aparecen en el Anexo No 4.

En el segundo momento se pone en práctica la intervención educativa participativa que se basa en un programa educativo, el cual se diseñó teniendo en cuenta las brechas existentes en los conocimientos sobre la enfermedad y a partir de una revisión bibliografía exhaustiva, este programa responde a la necesidad creciente de elevar los conocimientos sobre las ITS/VIH/sida en las mujeres jóvenes. En este programa se enfatizan los principios didácticos que aseguran una mejor atención a las particularidades sobre el tema, de forma que se logre una asimilación activa y consciente de los conocimientos.

El Programa Educativo se basó en principios, categorías y leyes del materialismo dialéctico y del método científico, aplicados al estudio de una parte de la realidad social

El programa se ejecutó en un tiempo de cuatro meses, con una frecuencia quincenal, y se desarrolló a través de 8 encuentros, con las mujeres divididas en cinco grupos. En los encuentros se ofrecieron conferencias, talleres, seminarios y actividades prácticas sobre tópicos centrales del tema y se impartieron conjugando la utilización de diferentes métodos y técnicas participativas como video-debate, dinámica de grupo, análisis de casos, juego de roles, modelación, mesa redonda y lluvia de ideas, entre otros (Anexo No 3).

En el tercer y último momentos, se aplicó el cuestionario (Anexo No 2) a los seis meses de aplicado el programa educativo. Para la evaluación de esta se realizó el mismo procedimiento aplicado después del primer cuestionario.

Para llevar a cabo el análisis de la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre la primera y la segunda experiencias, se aplicó la prueba de

Mc Nemar (50), para lo que se hizo necesario construir una tabla de contingencia de dos por dos para cada uno de los aspectos a evaluar, donde:

		<u>Después</u>	
		<u>Aprobados</u>	<u>Desaprobados</u>
<u>Antes</u>	<u>Desaprobados</u>	<u>A</u>	<u>B</u>
	<u>Aprobados</u>	<u>C</u>	<u>D</u>

Aprobados y desaprobados antes y después de la intervención educativa con carácter participativo:

A =Desaprobados que después de la intervención aprobaron.

B =Desaprobados que después de la intervención se mantienen desaprobados.

C =Aprobados que después de la intervención siguen aprobados.

D =Aprobados que después de la intervención desaprobaron.

Las hipótesis a docimar son las siguientes:

Ho: $P_1 = P_0$ contra H1: $P_1 \neq P_0$

Esto lleva al planteamiento de las siguientes hipótesis:

Ho: La metodología de intervención no es efectiva.

H1: La metodología de intervención es efectiva.

En caso de que $p \leq 0.05$ existe significación estadística.

El estadígrafo utilizado es:

Proporción de cambios: $X^2 = \frac{(A - D - 1)^2}{A + D}$

A + D

Región crítica: $X^2_{(0.95)} (1) = 3.84$

Si $X^2 > X^2_{(0.95)} (1)$

Si Chi cuadrado calculada (X^2) es mayor que Chi cuadrado tabulado ($X^2_{(0.95) (n-1) (k-1)}$) entonces rechazamos H_0 y aceptamos H_1 , por lo que la intervención educativa es efectiva.

Fundamentación ética de la investigación

En el desarrollo de la investigación se establecieron pautas donde se cumplieron los principios éticos, tales como dedicar nuestro esfuerzo a la prevención y promoción de la salud humana, al tratar en la introducción y la revisión bibliográfica el problema de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/sida en mujeres jóvenes como uno de los grupos más vulnerables, y al proponernos como objetivo de nuestra investigación el de evaluar su utilidad, para promover conocimientos sexuales adecuados en las mujeres jóvenes en el Consultorio Médico de la Familia No 41, del consejo popular Centro del Pueblo, del área Norte, del municipio de Ciego de Ávila, sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/sida. Se propició una adecuada relación personal con las mujeres jóvenes y personal involucrado, ya que en el primer encuentro del programa educativo el objetivo fue crear un ambiente de confianza, desinhibir al personal y establecer las reglas del trabajo grupal. Se utilizó en todo momento de nuestra relación con ellas un lenguaje claro, sencillo y comprensivo, erradicando cualquier expresión de mal gusto, además, el cuestionario aplicado fue claro, breve y sencillo. Se puso de manifiesto el secreto profesional durante la aplicación del programa educativo en el que se analizaron y discutieron temas utilizando técnicas participativas.

Consideramos que la investigación tiene valor científico social, ya que se realizó revisión bibliográfica de documentos científicos actuales, además, porque al lograr conocimientos sexuales adecuados en las mujeres jóvenes, esto influye en evitar ciertos riesgos a la salud que, a su vez, repercuten a nivel social, tales como el embarazo no deseado, la incidencia de ITS y el VIH/sida, y las relaciones sexuales desprotegidas, entre otros. Tiene validez científica, pues el diseño de la

investigación se realizó con el rigor metodológico establecido para una intervención educativa. También se cumple con el principio de proporción favorable de riesgo beneficio, ya que los beneficios obtenidos con la intervención educativa son mayores que los riesgos. Se cumple con el principio de consentimiento informado, pues a todas las personas involucradas en la investigación (la jefa del programa municipal, la psicóloga del área, un psicopedagogo, tres especialistas en MGI) se les informó todo lo relacionado con el proceso de la investigación, además se solicitó el consentimiento de las mujeres jóvenes, y se respetó su decisión de participar o no en la intervención. En caso afirmativo se les explicó las características de esta y se recogió su consentimiento informado (Anexo No 1).

Se cumplió con el respeto a las personas a lo largo de todo el proceso de investigación, ya que durante el desarrollo del programa educativo se aceptaron las opiniones y los criterios de cada cual, cumpliendo así el principio de autonomía. Se pone de manifiesto el velar por los intereses de las personas involucradas en el proceso de investigación, pues la investigación es una intervención educativa, donde están implicados afectivamente los objetos, sus necesidades y motivos. Se respetó el anonimato y confidencialidad de las participantes, el instrumento evaluativo aplicado es un cuestionario anónimo.

Conceptualización y operacionalización de las variables:

Variable independiente:

- **Intervención educativa:** Sistema de actividades educativas efectivas, que se realizan después de detectar una problemática en la cual se planifican acciones, encuentros con los diagnosticados y se ofrecen conferencias, talleres, seminarios y actividades prácticas sobre tópicos centrales del tema, con el fin de lograr cambios de comportamientos específicos y sostenidos en sectores de la población, se imparte tratando de conjugar los componentes teóricos y prácticos. Debe estar centrado en el sujeto, implicándolo afectivamente, con una comunicación horizontal.

Operacionalización de esta variable:

Centrado en el sujeto: La mujer joven es el centro de la actividad, es sujeto y objeto a la vez.

Comunicación horizontal: Cuando los elementos del conocimiento necesarios se transmiten, sin diferencia de nivel entre sujetos de diferentes estratos.

Métodos educativos: Son las vías y los modos de la actividad conjunta entre los sujetos, para lograr los objetivos propuestos.

Implicado afectivamente: Cuando no se limita el sujeto a conocer sobre el problema, sino que este está relacionado con sus necesidades y motivos.

Variable dependiente:

- **Nivel de Conocimiento sobre el VIH/sida:** La adquisición de conocimientos de temas relacionados con la enfermedad, como son: las formas más comunes de infectarse por el VIH, el comportamiento sexual para protegerse de la infección, la responsabilidad del uso del condón, ventajas del uso del preservativo y los riesgos del cambio frecuente de pareja sexual.

A partir de estos se establecieron las dimensiones y los indicadores, y la técnica o ítem que evaluó los mismos por variables del estudio y nivel de conocimiento en general.

Los resultados se expresaron en forma cuantitativa, con antes y después en diferentes tablas y gráficos (Anexo No 4), los que se analizaron en correspondencia con los objetivos propuestos para emitir las conclusiones y se redactó un informe final, teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el Departamento de Investigación y Postgrado de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Se revisó la bibliografía nacional y la internacional y se elaboró el informe final, según los requisitos establecidos por el Departamento de Investigación de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

V- Análisis y Discusión de los Resultados

TABLA No 1: Nivel de conocimiento en cuanto a formas más comunes de infectarse por el VIH/sida, antes y después de la intervención educativa. CMF No 41. Consejo popular Centro del Pueblo, área Norte. Municipio de Ciego de Ávila. Año 2008.

FORMAS MÁS COMUNES DE INFECTARSE	ANTES (n = 125)		DESPUÉS (n = 125)	
	#	%	#	%
Uso de cubiertos, vasos y otros objetos de uso personal	11	8.8	-	-
Contacto con sangre contaminada	30	24	38	30.4
Besos y caricias	13	10.4	-	-
De la madre infectada al hijo durante el embarazo, parto o lactancia	29	23.2	39	31.2
Relaciones sexuales desprotegidas por vía anal, bucal, o vaginal	32	25.6	38	30.4
Tatuajes u otros adornos corporales	10	8	10	8

Fuente: Cuestionario

Mc Nemar

$$X^2 = 22.04 \quad X^2_{(0.95)}^{(1)} = 3,84 \quad p = 0.0000 \quad gl = 1$$

* Las celdillas que no contienen números absolutos, se denotan con el valor de 0.5

En la Tabla No 1, cuando valoramos el conocimiento de las mujeres jóvenes sobre las formas más comunes de infectarse por el VIH/sida apreciamos que inicialmente tenían dificultades al considerar que el uso de cubiertos, vasos u otros objetos de uso personal constituían una forma de infectarse por este virus en un **8.8%**. El **10.4%** identificó los besos y caricias como otra vía de adquirir la enfermedad. El **80.8%** de las mujeres jóvenes tenían conocimientos aceptables acerca del tema y el **19.2%** no aceptable.

Una vez aplicada la intervención educativa logramos enriquecer el conocimiento de estas, ya que un **30.4%** identificó la vía sanguínea; en un **39%**, la materna; un **38%** la vía sexual, y un **10%** los tatuajes u otros adornos corporales, con conocimientos aceptables el **100%**.

Estos datos dispuestos en una tabla epidemiológica de 2 x 2 se agrupan de la siguiente forma:

		<u>Después</u>	
		<u>Aprobados</u>	<u>Desaprobados</u>
<u>Antes</u>	<u>Desaprobados</u>	24	-
	<u>Aprobados</u>	101	-

Esto se resume en lo siguiente: aprobados y desaprobados antes y después, de la intervención educativa en cuanto a formas más comunes de infectarse por el VIH/sida.

- ❖ Hay 24 mujeres jóvenes que desaprobaron el cuestionario inicial y después de la intervención lo aprobaron (A).
- ❖ Ninguna de las mujeres jóvenes que desaprobaron se mantuvieron desaprobadas después de la intervención (B).
- ❖ 101 mujeres jóvenes que aprobaron el cuestionario inicial nuevamente aprueban después de la intervención (C).
- ❖ Ninguna de las mujeres jóvenes que aprobaron el cuestionario inicial lo desaprobaron después de la intervención (D).

Al aplicar el test de Mc Nemar, se obtuvo un Chi cuadrado de 22.04, con un valor de p igual a 0.0000, por lo que se rechaza la hipótesis H_0 y se acepta la H_1 , es decir, la intervención educativa fue efectiva.

En la intervención educativa realizada por Prieto Sarmiento en adultas jóvenes sobre conocimiento del VIH/sida, en un consultorio del consejo popular Indalecio Montejo, del área Norte del municipio de Ciego de Ávila, en el año 2008, donde existieron dificultades a la hora de identificar las formas más comunes de infectarse por el VIH/sida, el 32.0% contestó correctamente. Después de la intervención educativa respondió correctamente el 86.7% (51).

En los estudios realizados por Hader, Smith y Moore acerca de la infección por VIH en mujeres jóvenes en Estados Unidos se obtuvieron resultados similares, demostrando que el 84% conocía las formas de infectarse por el virus (44).

Vera y colaboradores, en su estudio con jóvenes de 15-24 años en Colombia, evidenció que no existen conocimientos adecuados en cuanto a las formas más comunes de adquirir la infección (52).

TABLA No 2: Nivel de conocimiento según comportamiento sexual, antes y después de la intervención educativa. CMF No 41. Consejo popular Centro del Pueblo, área Norte. Municipio de Ciego de Ávila. Año 2008.

COMPORTAMIENTO SEXUAL	ANTES (n = 125)		DESPUÉS (n = 125)	
	#	%	#	%
Fidelidad mutua confirmada	29	23.2	29	23.2
Sexo seguro (pareja estable Por más de un año)	21	16.8	21	16.8
Sexo protegido (uso del condón)	20	16	54	43.2
Juegos sexuales con instrumentos de penetración	3	2.4	-	-
Sexo desprotegido (no uso del condón)	35	28	11	8.8
Abstinencia sexual	7	5.6	10	8
Cambio de pareja sexual promedio cada tres meses	10	8	-	-

Fuente: Cuestionar

Mc Nemar

$$X^2 = 35,03 \quad X^2_{(0.95)}^{(1)} = 3,84 \quad p = 0,0000 \quad gl = 1$$

Al analizar la Tabla No 2, estimamos que inicialmente tenían dificultades en cuanto al tema, al identificar la práctica del sexo protegido solo un **16%**, el resto

respondió de forma errónea. El **61.6%** de las mujeres tenían conocimientos aceptables acerca del tema y el **38.4%**, no aceptables.

Una vez aplicada la intervención educativa logramos ampliar el conocimiento de estas, ya que identificaron, en un **43.2%**, el sexo protegido como forma de evitar la infección por el VIH/sida; seguido de la fidelidad mutua, confirmada por un **23.2%**, y un **16.8%**, el sexo seguro. De un total de 125 mujeres jóvenes, el **91.2%** obtuvo conocimientos aceptables y el **8.8%** no aceptable.

Estos datos dispuestos en una tabla epidemiológica de 2 x 2 se agrupan de la siguiente forma:

		<u>Después</u>	
		<u>Aprobados</u>	<u>Desaprobados</u>
<u>Antes</u>	<u>Desaprobados</u>	37	11
	<u>Aprobados</u>	77	-

Esto se resume en lo siguiente: aprobados y desaprobados, antes y después de la intervención educativa según comportamiento sexual.

- ❖ Hay 37 mujeres jóvenes que desaprobaron el cuestionario inicial y después de la intervención lo aprobaron (A).
- ❖ 11 mujeres jóvenes que desaprobaron se mantuvieron desaprobadas después de la intervención (B).
- ❖ 77 mujeres jóvenes que aprobaron el cuestionario inicial nuevamente aprueban después de la intervención (C).
- ❖ Ninguna de las mujeres jóvenes que aprobaron el cuestionario inicial lo desaprobaron después de la intervención (D).

Al aplicar el test de Mc Nemar, el Chi cuadrado calculado (35,03) es mayor que el Chi cuadrado teórico, para un nivel de significación de 0,0000, mostrando la existencia de diferencias estadísticamente significativas de los resultados del

cuestionario, antes y después de la intervención, por lo que se rechaza la hipótesis H_0 y se acepta la hipótesis H_1 , de que la intervención fue efectiva.

Estos resultados coinciden con los de una intervención educativa realizada en nuestro municipio por Prieto Sarmiento, acerca del conocimiento sobre VIH/sida en adultas jóvenes, en el año 2008, en la cual identificaron el sexo seguro y el protegido como respuestas correctas, con un 29.2%, pero, además, se identifican otros métodos de forma errónea antes de la intervención educativa y posteriormente se reconocen los comportamientos antes mencionados por un mayor porcentaje en las mujeres jóvenes (87.7%), evidenciándose considerables cambios en esta variable, lo cual demuestra un incremento en los conocimientos sobre este tema (51).

El estudio realizado por Vera y colaboradores, en jóvenes de 15-24 años en Colombia, demostró que tienen dificultad al identificar las formas más comunes de infectarse por el VIH/sida, con una elevada proporción de comportamientos de riesgo para adquirir la infección (52).

En el estudio realizado por Gómez Duque en adultas jóvenes, el 80 % reporta conocimientos aceptables acerca de las formas más comunes de protegerse de la infección por VIH/sida (53).

La investigación realizada por Linares, con mujeres trabajadoras sexuales en Venezuela, encontró que solamente el 54.2% poseía conocimientos necesarios en relación con el comportamiento sexual (54).

TABLA No 3: Conocimiento en cuanto a responsabilidad del uso del condón, antes y después de la intervención educativa. CMF No 41. Consejo popular Centro del Pueblo, área Norte. Municipio de Ciego de Ávila. Año 2008.

RESPONSABILIDAD DEL USO DEL CONDÓN	ANTES (n = 125)		DESPUÉS (n = 125)	
	#	%	#	%
Siempre que haya penetración	49	39.2	49	39.2
Solamente de la mujer	33	26.4	2	1.6
De ambos	11	8.8	35	28
Debemos usarlo en cada relación sexual	22	17.6	37	29.6
Solamente del hombre	10	8	2	1.6

Fuente: Cuestionario

Mc Nemar

$$X^2 = 37,03 \quad X^2_{(0,95)} (1) = 3,84 \quad p = 0,000 \quad gl = 1$$

Al examinar esta Tabla, tenemos que el conocimiento de las mujeres jóvenes acerca de la responsabilidad del uso del condón es pobre, ya que, inicialmente, el **39.2%** respondió siempre que haya penetración; un **8.8%** considera que es responsabilidad de ambos, y el **17.6%** que se debe usar en cada relación sexual. El **65.6%** tuvo respuestas aceptables y el **34.4%** no aceptable. Después de aplicada la intervención educativa logramos incrementar el conocimiento de las mujeres jóvenes al identificar en un mayor porcentaje su responsabilidad en cuanto a exigir y lograr el uso del preservativo. El enunciado verdadero 3.1 fue

identificado en un **39.2%**; el 3.3 en un **28%**, y el 3.4 en un **29.6%**; obteniendo el **96.8 %** de ellos conocimientos aceptables y **3.2%** no aceptable.

Estos datos dispuestos en una tabla epidemiológica de 2 x 2 se agrupan de la siguiente forma:

		<u>Después</u>	
		<u>Aprobados</u>	<u>Desaprobados</u>
<u>Antes</u>	<u>Desaprobados</u>	39	4
	<u>Aprobados</u>	82	-

Esto se resume en lo siguiente: aprobados y desaprobados, antes y después de la intervención educativa en cuanto a la responsabilidad del uso del condón.

- ❖ Hay 39 mujeres jóvenes que desaprobaron el cuestionario inicial y después de la intervención lo aprobaron (A).
- ❖ 4 mujeres jóvenes que desaprobaron se mantuvieron desaprobadas después de la intervención (B).
- ❖ 82 mujeres jóvenes que aprobaron el cuestionario inicial nuevamente aprueban después de la intervención (C).
- ❖ Ninguna de las mujeres jóvenes que aprobaron el cuestionario inicial lo desaprobaron después de la intervención (D).

El instrumento aplicado antes de la intervención permitió determinar el nivel de conocimiento que tenían las mujeres jóvenes acerca de la responsabilidad del uso del condón, y la evaluación de la efectividad del programa educativo mostró que el Chi cuadrado calculado $X^2=37,03$ fue mayor que el Chi cuadrado tabulado, es decir, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,000$), por lo que se rechaza la hipótesis H_0 y se acepta la hipótesis H_1 , considerando que la intervención educativa resultó eficaz en la consecución de los objetivos propuestos.

Estos resultados estadísticos coinciden con los obtenidos en la intervención educativa realizada por Prieto Sarmiento, en el consejo popular Indalecio Montejó, del Policlínico Norte, municipio de Ciego de Ávila, en adultas jóvenes en el año 2008, en cuanto a la responsabilidad del uso del condón (51).

Cortes Alfonso y otros, en la pasada década, encontraron que el 53% de las jóvenes encuestadas nunca usaban el preservativo en sus relaciones sexuales y le atribuían la responsabilidad al hombre. En este estudio, los resultados difieren de lo encontrado por esos autores. Ello podría deberse a los múltiples programas de salud sexual y reproductiva que tratan los temas de prevención de estas enfermedades, lo cual aumenta la percepción del riesgo para las ITS/VIH/sida y el embarazo precoz, y a una mayor disponibilidad y facilidad de adquisición de los preservativos (19).

En el estudio llevado a cabo por Vera y colaboradores, del total de adolescentes encuestados, el 79.8% ha tenido relaciones sexuales y solo el 26.4% usa el condón siempre y el 35.3% lo usa casi siempre (52).

Linares, en la investigación realizada con mujeres trabajadoras sexuales en Venezuela, en relación con el uso del condón, encontró que solo el 48.1% de las encuestadas respondieron que usaban el condón, a la mayoría no le gusta usarlo o lo usa ocasionalmente por presentar una ITS; consideran, además, que molestan y son caros (54).

Gayet y otros, en su estudio de prevención y control del VIH/SIDA, encontraron que las mujeres reportan 2 000 veces menos el uso del condón que los hombres, lo cual se debe al papel pasivo que suelen tener estas en las relaciones sexuales, su hipótesis es que el uso del condón es facultad de los hombres (55).

TABLA No 4: Distribución de los resultados según ventajas del uso del preservativo, antes y después de la intervención educativa. CMF No 41. Consejo popular Centro del Pueblo, área Norte. Municipio de Ciego de Ávila. Año 2008.

VENTAJAS DEL USO DEL PRESERVATIVO	ANTES (n = 125)		DESPUÉS (n = 125)	
	#	%	#	%
Interfiere el gozo sexual de la pareja	15	12	5	4
Prevenir los embarazos	27	21.6	39	31.2
Evita las ITS y el VIH/sida	31	24.8	51	40.8
Complacer a la pareja	10	8	-	-
Fáciles de usar	17	13.6	17	13.6
Estimula la impotencia	15	12	3	2.4
Puede interrumpirse en cualquier momento	10	8	10	8

Fuente: Cuestionario

Mc Nemar

$$X^2 = 30,03 \quad X^2_{(0.95)}^{(1)} = 3,84 \quad p = 0,000 \quad gl = 1$$

Al comparar los resultados de la Tabla No 4, apreciamos que inicialmente tenían dificultades al reconocer que estos evitan las ITS/VIH/sida, solo un **24.8%**, y al identificar otros enunciados de forma errónea. El **68%** de las mujeres tenían conocimientos aceptables acerca del tema y el **32%** no aceptables.

Una vez aplicada la intervención educativa logramos incrementar el conocimiento de estas, ya que identificaron, en un **40.8%**, evitar las ITS/VIH/sida; en un **31.2%**

prevenir los embarazos; en un **13.6%** fáciles de usar, y en un **8 %** pueden interrumpirse en cualquier momento, con conocimientos aceptables el **93.6%** y el **6.4%** no aceptables.

Estos datos dispuestos en una tabla epidemiológica de 2 x 2 se agrupan de la siguiente forma:

		<u>Después</u>	
		<u>Aprobados</u>	<u>Desaprobados</u>
<u>Antes</u>	<u>Desaprobados</u>	32	8
	<u>Aprobados</u>	85	-

Esto se resume en lo siguiente: aprobados y desaprobados, antes y después de la intervención educativa según ventajas del uso del condón.

- ❖ Hay 32 mujeres jóvenes que desaprobaron el cuestionario inicial y después de la intervención lo aprobaron (A).
- ❖ 8 mujeres jóvenes que desaprobaron se mantuvieron desaprobadas después de la intervención (B).
- ❖ 85 mujeres jóvenes que aprobaron el cuestionario inicial nuevamente aprueban después de la intervención (C).
- ❖ Ninguna de las mujeres jóvenes que aprobaron el cuestionario inicial lo desaprobaron después de la intervención (D).

En cuanto a las ventajas del uso del condón, con el instrumento aplicado antes y después de la intervención educativa participativa, pudimos determinar el nivel de conocimiento que tenían las mujeres jóvenes y evaluar la efectividad del programa educativo, observándose que el Chi cuadrado calculado $X^2 = 30,03$ es mayor que el Chi cuadrado tabulado, es decir, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,000$), por lo que se rechaza la hipótesis H_0 y se acepta la hipótesis H_1 , por lo que se considera eficaz la intervención educativa con la obtención de los objetivos formulados.

Resultados similares se obtienen en una intervención educativa realizada en la ESBEA Orestes Alfonso Paz, del consejo popular de Pesquería, con los adolescentes escolarizados, en los que existen dificultades a la hora de identificar las ventajas del uso del condón. Después de la intervención educativa se identifica en un mayor porcentaje evitar el embarazo, 91.5 %; y el VIH/sida y otras ITS en un 90.9%.(32). Prieto Sarmiento, en estudio realizado en adultas jóvenes en el consejo popular Indalecio Montejó, del municipio de Ciego de Ávila, en el año 2008, detectó dificultades a la hora de identificar las ventajas del uso del condón. Después de la intervención educativa se identifican en un mayor porcentaje las respuestas correctas en la mayoría de las mujeres, obteniendo un 96.2% (51). En la intervención educativa realizada por Chinea, con adolescentes de la ESBU Mártires de Baraguá, municipio de Baraguá, provincia Ciego de Ávila, en 2007, inicialmente tenían dificultad para identificar las ventajas. Una vez aplicada la intervención educativa se logró enriquecer el conocimiento de los mismos, con conocimientos aceptables el **100%** (56).

En la intervención educativa realizada por Torres Pilar Walquer, en adolescentes escolarizados mexicanos en cuanto a los conocimientos acerca de las ventajas del uso del condón, no se obtienen resultados similares a los nuestros, ya que un gran porcentaje, el 89.7%, conoce de forma adecuada estos aspectos (57). En estudio realizado por Cortes Alfonso y otros autores en la pasada década, no se alcanzan resultados similares a los nuestros, ya que el 53% de las jóvenes encuestadas no usaban preservativo en sus relaciones sexuales y le atribuían la responsabilidad al hombre. Esto podría deberse a la difícil adquisición de los preservativos, existencia de tabúes relacionados con el uso de estos, así como la falta de múltiples programas de salud sexual y reproductiva que incluyan la prevención de estas enfermedades (19).

TABLA No 5: Resultados, antes y después, de la intervención educativa en cuanto a los riesgos del cambio frecuente de pareja sexual. CMF No 41. Consejo popular Centro del Pueblo, área Norte. Municipio de Ciego de Ávila. Año 2008.

RIESGOS DEL CAMBIO FRECUENTE DE PAREJA SEXUAL	ANTES (n = 125)		DESPUÉS (n = 125)	
	#	%	#	%
Disfruto más de la sexualidad	5	4	3	2.4
Estar a la moda	7	5.6	-	-
Infectarme con el VIH	30	24	35	28
Complacer mis deseos	8	6.4	-	-
Enfermar con Hepatitis B	28	22.4	30	24
Contraer una ITS	26	20.8	31	24.8
Tener disfunciones sexuales	21	16.8	26	20.8

Fuente: Cuestionario

Mc Nemar

$$X^2 = 15,06 \quad X^2_{(0.95)}^{(1)} = 3,84 \quad p = 0.0001 \quad gl = 1$$

Respecto al conocimiento que tenían las mujeres jóvenes relacionado con los riesgos del cambio frecuente de pareja sexual, tenemos que en el cuestionario inicial solo lo identificó de forma correcta el **84%** e incorrecta el **16%**. Después de la intervención educativa participativa se logró incrementar el conocimiento de las mujeres jóvenes, al ser identificados en un mayor porcentaje estos riesgos (infectarse con VIH, un **28%**; contraer una ITS, un **24.8%**; enfermar con Hepatitis

B, un **24%**, y tener disfunciones sexuales, un **20.8%**); es decir, del total de las mujeres incluidas en el estudio, un **97.6%** tuvo conocimientos aceptables y el **2.4%** no aceptables.

Estos datos dispuestos en una tabla epidemiológica de 2 x 2 se agrupan de la siguiente forma:

		<u>Después</u>	
		<u>Aprobados</u>	<u>Desaprobados</u>
<u>Antes</u>	<u>Desaprobados</u>	17	3
	<u>Aprobados</u>	105	-

Esto se resume en lo siguiente: aprobados y desaprobados, antes y después de la intervención educativa, en cuanto a los riesgos del cambio frecuente de pareja sexual.

- ❖ Hay 17 mujeres jóvenes que desaprobaron el cuestionario inicial y después de la intervención lo aprobaron (A).
- ❖ 3 mujeres jóvenes que desaprobaron se mantuvieron desaprobadas después de la intervención (B).
- ❖ 105 mujeres jóvenes que aprobaron el cuestionario inicial nuevamente aprueban después de la intervención (C).
- ❖ Ninguna de las mujeres jóvenes que aprobaron el cuestionario inicial lo desaprobaron después de la intervención (D).

Al aplicar el test de Mc Nemar para evaluar el nivel de conocimiento que tenían las mujeres jóvenes sobre los riesgos del cambio frecuente de pareja sexual, antes y después del programa educativo, se obtuvo un Chi cuadrado calculado de (15,06) resultado mayor que el tabulado para un nivel de significación de 0,0001, demostrando una variación estadísticamente significativa de estos parámetros, debido a la efectividad de la intervención, por lo que se rechaza la hipótesis H_0 y se acepta la hipótesis H_1 .

Resultados similares obtiene Prieto Sarmiento en una intervención educativa sobre VIH/sida con adultas jóvenes en nuestro municipio, en el año 2008, dirigida al cambio de comportamiento sexual para evitar la transmisión de esta enfermedad, en la que inicialmente, las mujeres tienen pobres conocimientos acerca de los riesgos de las conductas sexuales promiscuas y del uso correcto del condón; una vez aplicada la intervención se elevan los conocimientos sobre sexualidad y se logran cambios de comportamientos sexuales favorables (51). La intervención educativa realizada por Chinea, con adolescentes de la ESBU Mártires de Baraguá, municipio de Baraguá, provincia de Ciego de Ávila, al inicio tuvo conocimientos aceptables el **23.7%** e inaceptables el **76.2%**. Después de aplicada la intervención educativa se incrementó el nivel de conocimiento de estos; el **74.6%** tuvo conocimientos aceptables y el **25.6 %**, inaceptables (56).

En estudios efectuados en la Universidad de California, se comprueba que mujeres jóvenes practican la promiscuidad y se reportan cambios frecuentes de pareja, después de mejorar sus conocimientos sobre VIH, el 80% varió de forma positiva su conducta sexual, es decir, mantenían parejas estables (42).

Linares, en su estudio con mujeres trabajadoras sexuales en Venezuela, encontró que estas carecen de conocimiento en relación a los riesgos del cambio frecuente de pareja sexual; el 32.1% tiene relaciones sexuales por sentirse solas, y el 58% las realiza por necesidad (54).

TABLA No 6: Evaluación del nivel de conocimiento general de las variables estudiadas, antes y después de la intervención educativa. CMF No 41. Consejo popular Centro del Pueblo, área Norte. Municipio de Ciego de Ávila. Año 2008.

Nivel de Conocimientos	ANTES		DESPUÉS	
	#	%	#	%
Aprobados	83	66.4	120	96
Desaprobados	42	33.6	5	4
Total	125	100	125	100

Fuente: Cuestionario

Mc Nemar

$$X^2 = 35,03 \quad X^2_{(0.95)}^{(1)} = 3,84 \quad p = 0,0000 \quad gl = 1$$

Al evaluar la Tabla No 6, en cuanto a las variables estudiadas observamos que, antes de aplicar la intervención educativa participativa habían **83** aprobados, para un **66.4%**, y **42** desaprobados, que representaban el **33.6%**. Después de aplicado el programa educativo participativo, se logró elevar el nivel de conocimiento de las mujeres jóvenes y, al realizar el cuestionario, se obtuvo un **96%** (**120**) aprobados, y al final solo quedó suspenso el **4%**.

Estos datos dispuestos en una tabla epidemiológica de 2 x 2 se agrupan de la siguiente forma:

		Después	
		Aprobados	Desaprobados
Antes	Desaprobados	37	5
	Aprobados	83	-

Esto se resume en lo siguiente: aprobados y desaprobados, antes y después de la intervención educativa, según nivel de conocimiento general de las variables estudiadas.

- ❖ Hay 37 mujeres jóvenes que desaprobaron el cuestionario inicial y después de la intervención lo aprobaron (A).
- ❖ 5 mujeres jóvenes que desaprobaron se mantuvieron desaprobadas después de la intervención (B).
- ❖ 83 mujeres jóvenes que aprobaron el cuestionario inicial nuevamente aprueban después de la intervención (C).
- ❖ Ninguna de las mujeres jóvenes que aprobaron el cuestionario inicial lo desaprobaron después de la intervención (D).

Al aplicar el test de Mc Nemar, el Chi cuadrado calculado (35,03) es mayor que el Chi cuadrado tabulado, para un nivel de significación de 0,0000, con un grado de libertad, demostrando que existen diferencias estadísticamente significativas en los resultados de la encuesta antes y después de la intervención educativa, por lo que se rechaza la hipótesis H_0 y se acepta la hipótesis H_1 , de que la intervención fue efectiva.

Estos resultados coinciden con los de una intervención educativa realizada en nuestro municipio por Prieto Sarmiento acerca de conocimiento sobre VIH/sida en adultas jóvenes en el año 2008, en la que inicialmente el 72.6% contestó de forma incorrecta el cuestionario aplicado, después de la intervención educativa contestó de forma correcta el 89.6% (51). China, en la intervención educativa llevada a cabo en adolescentes de la ESBU Mártires de Baraguá, municipio de Baraguá, provincia de Ciego de Ávila, del total de encuestados un 60% tuvo conocimientos aceptables antes de la intervención, y después de esta el 93.1% se evaluó con conocimientos aceptables (56).

En el estudio realizado por Toledo Vila en adolescentes, los resultados fueron similares; el 85% de las jóvenes incrementaron sus conocimientos de forma

general acerca del VIH/sida después de ser aplicada la intervención educativa (18).

En el estudio de Gayet y otros, en México, respecto al conocimiento general de los adolescentes sobre las ITS y el VIH/sida, en casi una de cada dos mujeres (40.9%) es inadecuado (55).

Broche y colaboradores en su investigación muestran que solo el 26.2% del total de adolescentes obtuvo evaluación de bien, en cuanto al conocimiento general sobre VIH/sida; por otra parte, el 45.7% estuvo en el rango regular y el 28% en el de mal (58).

VI- Conclusiones

En el segundo cuestionario las variables estudiadas: formas más comunes de infectarse, comportamiento sexual para protegerse de la infección, responsabilidad del uso del condón, ventajas del uso del preservativo y los riesgos del cambio frecuente de pareja sexual como una de las formas para adquirir el VIH/sida, fueron cuantitativamente superiores. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los resultados del primer y segundo cuestionarios, por Ítem y de manera general, por lo que la intervención educativa participativa fue efectiva.

VII- Recomendaciones

- ❖ Promover y desarrollar estos temas de forma grupal en mujeres jóvenes.
- ❖ Implementar esta intervención educativa participativa en consultorios de otras áreas de salud con elevada incidencia de VIH/sida, y en los que no existan casos, para realzar el intercambio de conocimientos e información sobre la enfermedad, lo que posibilita adquirir aptitudes en las mujeres jóvenes que les permita reducir su vulnerabilidad y evitar los comportamientos de riesgo.

VIII- Bibliografía

- 1- Cuba. MINSAP. Infecciones de Transmisión Sexual. Pautas para su tratamiento. La Habana: MINSAP; 2004.
- 2- Resumen mundial de la epidemia de VIH-SIDA [página en Internet].2005. [Citado 17 Abr 2008]. [aprox.2 pantallas]. Disponible en <http://WWW.Unaids.org/epid2005/index.htm/>.
- 3- Trinquete Díaz DE. Adolescentes y VIH-SIDA: ¿Quién dijo que todo está perdido? Rev Sexol Soc. 2005; 11(27): 27-36.
- 4- Resumen mundial de la epidemia [página en Internet].2005. [Citado 17 Abril 2008]. [aprox.2 pantallas]. Disponible en [http://www.Sid.Cu/galerías/pdf/servicios/SIDA/resumen mundial de la epidemia. 2005, pdf](http://www.Sid.Cu/galerías/pdf/servicios/SIDA/resumen_mundial_de_la_epidemia.2005.pdf).
- 5- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la epidemia mundial del VIH-SIDA. [CD-ROM]. Ginebra: OMS; 2005.
- 6- Corrales Rodríguez L. Vivir con VIH-SIDA: Un reto para las mujeres. Rev Sexol Soc. 2005; 11(28): 15-20.
- 7- CDC. HIV/AIDS. Surv Rep. 2001; 13(2): 332-335
- 8- ONUSIDA. Las estadísticas del SIDA y el VIH en el mundo [página en Internet] 2009 [citado 28 dic 2009]. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.avert.org/estadisticas-sida.htm>.
- 9- Valleroy L, MacKellar D, Karon J. HIV Prevalence and Associated Risks in Young Men Who Have Sex With Men. JAMA 2000;284(2):198-204.
- 10- CDC. HIV Incidence Among Young Men Who Have Sex With Men – Seven U.S. Cities, 1994-2000. MMWR 2001;50:440-444.

11- Lee L, Fleming P. Trends in HIV Diagnoses Among Women in the United States,1994-1998. *JAMA* 2001;56(3):9499.

12- National Center for Health Statistics.HIV/AIDS. *Nat Vital Statis Rep.* 2002; 50(16):103-107.

13- ONUSIDA. Epidemiología y estadística [página en Internet] 2009 [citado 29 Ene 2010]. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/sida/temas.php?idv=2240>.

14- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Respuesta Ampliada a la Epidemia del VIH-SIDA, dirigida a los sectores sociales. La Habana: MINSAP; 2002.

15- Borges Iglesias F. Utilidad de una intervención educativa para promover la adopción de comportamientos sexuales responsables y seguros entre la población adolescente escolarizada del área urbana. [Tesis]. Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas "Dr. José Aseff Yara"; 2004.

16- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual para médicos de familia sobre ITS / VIH – SIDA. La Habana: MINSAP; 2003.

17- Cardoso Pérez G. Incidencia de la Sífilis y la Blenorragia, su comportamiento en el área de salud sur de Morón. [Tesis]. Morón: Facultad de Ciencias Médicas; 2001.

18- Toledo Vila HJ, Navas Pinzon JA, Navas Pinzon LC, Pérez Manrriquei N. Los adolescentes y el SIDA. *Rev Cubana Med Trop.* 2002; 8(20): 9-14.

19- Cortes Alfonso A, Sordo Rivera ME, Cumba Abreu Roche R, Castro G. My Adolescencia temprana. *Rev Sexol Soc.*1998; 4 (11): 17.

20- ITS-VIH-SIDA. Jóvenes y adolescentes. [página en Internet].2005. [Citado 12 Abri 2008]. [aprox.3 pantallas]. Disponible en [http: // WWW. UNICEF, Org. / Spanish / Publications / Index .4447, htm/](http://WWW.UNICEF, Org. / Spanish / Publications / Index .4447, htm/).

21- Ortega Escudero F. Anda Seguro. 1ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.

22- Ochoa Soto R. Vulnerabilidad y VIH-SIDA [CD-ROM]. La Habana: Ciencias Médicas; 2005.

23-Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Epidemia Mundial de SIDA. [CD-ROM]. Ginebra: OMS; 2005.

24- Montes Estrada P. Estudios sobre conductas de riesgos de contraer VIH-SIDA en jóvenes de la universidad de Matanzas. Rev Sexol Soc.2000; 8(16):22-27.

25-Trinquete Díaz DE. Adolescentes y VIH-SIDA. Un grupo ideal. Rev Sexol Soc. 2004; 10(22):15-17.

26- Toruño Toruño A. Jóvenes a merced del SIDA. Nicaragua despunta la falta de información de VIH. Rev. CISAS [Serie en Internet] 2005[Citado 08 May 2007]; 21 (4): [Aprox. 4 Pág.]Disponible en [:http://scielo.sld.cu/scielo.pdf?Script=sci_arttext@pid=S0375075037507602005000200013@ing=es@hrm=iso.ISSN0375-0760](http://scielo.sld.cu/scielo.pdf?Script=sci_arttext@pid=S0375075037507602005000200013@ing=es@hrm=iso.ISSN0375-0760).

27-Cuba. Ministerio de Educación. Experiencias y resultados del Proyecto Cubano de Educación Sexual en secundaria básica, segunda parte. La Habana: MINED; 2004.

28- El condón protege contra las ITS. [páginas en Internet].2001 [Citado

21Feb2006].[aprox.2pantallas].Disponible en <http://ww.infomed.com/temas/ITS/>.

29- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Consejería en ITS y VIH-SIDA. Información Básica. La Habana: MINSAP; 2004.

30- Cuba. Ministerio de Salud Pública. SIDA. Estado Actual. Foro de VIH-SIDA en América Latina y el Caribe. La Habana: MINSAP; 2003.

31- Sánchez Tomado R. Promiscuidad el falso dilema. Suplementos Letra S. 2005 mayo.

32- Gutiérrez Cardoso F. Estudio sobre los conocimientos de los adolescentes sobre la sexualidad en la ESBE C Orestes Alfonso Paz, en el área rural de Pesquería Municipio de Baraguá. Forum de Ciencia y Técnica Municipal; 2003. [documento no publicado].

33- Gutiérrez Pérez D. Conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual en un grupo de adolescentes. [Tesis]. Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas "Dr. José Aseff Yara"; 2003.

34- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención y Control del VIH-SIDA. La Habana: MINSAP; 2003.

35- Adelys P, Álvarez R, Maso V, Brook F. Información sexual en jóvenes de una zona rural. Rev Cubana Med Gen Integ. 2002; 8 (2): 96-106.

36- Delgado Fernández M. Aspectos de la sexualidad en un grupo de adolescentes atendidos por el médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integ. 1999; 7 (8): 232-42.

37- Cuba. Ministerio de Educación. Proyecto de prevención de VIH-SIDA. La Habana: MINED; 2003.

- 38- Pérez Correa DF. Epidemiología de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH-SIDA. [CD-ROM]. La Habana. Ciencias Médicas; 2005.
- 39- McNaghten A, Hanson D, Dworkin M. Inequities Between Gender and Racial Groups in Prescription of Highly Active Antiretroviral Therapy. XIII International Conference on AIDS, 2000; Durban; 2000.
- 40- U.S. Census Bureau. Poverty Status of the Population in 1999 by Age, Sex, and Race and Hispanic Origin. United States. 2000; 10(6):211-213.
- 41- Diaz T, Chu S, Buehler J. Socioeconomic Differences Among People with AIDS: Results from a Multistate Surveillance Project. *Am J Prev Med* 1994;10(4):217-222.
- 42- CDC. HIV/AIDS Among Racial/Ethnic Minority Men Who Have Sex with Men – United States, 1989-1998. *MMWR* 2000; 49:411.
- 43- CDC. HIV/STD Risks in Young Men Who Have Sex with Men Who Do Not Disclose Their Sexual Orientation – Six U.S. Cities, 1994-2000. *MMWR* 2003; 52 :81-100.
- 44- Hader S, Smith D, Moore J, Holmberg S. HIV Infection in Women in the United States: Status at the Millennium. *JAMA* 2001;285(9):1186-1192.
- 45- Amaro H. Love, Sex and Power: Considering Women's Realities in HIV Prevention. *Am Psychol* .1995;50(6):437-447.
- 46- Leigh B, Stall R. Substance Use and Risky Sexual Behavior for Exposure to HIV: Issues in Methodology, Interpretation and Prevention. *Am Psychol*.1993;48(10):1035-1045.
- 47- CDC. Sexually Transmitted Disease Surveillance.HIV/AIDS Infection in woman. Washinton: Durban; 2001.

48- Fleming J, Wasserheit J. From Epidemiological Synergy to Public Health Policy and Practice: The Contribution of Other Sexually Transmitted Diseases to Sexual Transmission of HIV Infection. *Sex Transm Infect* 1999; 175:3-17.

49- Acevedo García I, Alvarez Ramirez S, Cancio Enriquez I, Hernández Pesans O, Duque Santana I, Guillard Limonta NR, et al. Manual para promotoras de Salud. La Habana: MINSAP; 2004.

50- StatSoft, Inc. (2003). STATISTICA (data analysis software system), version 6. www.statsoft.com.

51- Prieto Sarmiento L. Conocimiento sobre el VIH/SIDA en adultas jóvenes. [Tesis]. Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas "Dr. José Aseff Yara"; 2008.

52- Vera LM, López N, Ariza ND, Díaz LM, Flores Y, Franco SG, et al. Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. [serie en internet].2004[Citado 12 Feb 2010]; Vol.35: [aprox.6p].Disponibleen:<http://www.bioline.org.br/request?rc04011>

53- Gómez Duque D. Características personales y educación sexual recibidas en adolescentes en la primera relación sexual. Bogota. Ediciones Cartagena; 1998.

54- Linares D. Programa de Prevención de las ITS y el VIH-SIDA en las Trabajadoras Sexuales en Monaga, Zulia, Guarico y Caracas [páginas en internet].Caracas; año 2000/2001.[Citado 2 Feb2010].[aprox 2 pantallas]Disponibleen:<http://www.foro2003.sld.cu/recursos/ver.php/Linares%20Gonzalez?id=1761>

55- Gayet C, Juárez F, Pedrosa LA y Magi C. Salud Pública de México. Uso del condón entre adolescente mexicanos para la prevención de las infecciones de

transmisión sexual [serie en internet].2003[Citado 2 Feb 2010];45:[aprox.5p].
Disponibile en:<http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000475>

56- Chinea Pérez G. Conocimiento sobre el VIH/SIDA en adolescentes. [Tesis]
.Ciego de Ávila. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. José Aseff Yara"; 2007.

57- Torres P, Walquer DM, Gutiérrez JP, Stefano B. Estrategia novedosa de
prevención de embarazo e ITS-VIH-SIDA entre adolescentes escolarizados
mexicanos. Rev Salud Pub Méx [Serie en Internet]. 2006 [Citado 22 Ene 2010];
48(4):[Aprox. 9 p].Disponibile en: [http://scielo.php?Script=sci_arttext
@pid=S0864-34662003000400009@ping=es@hrm=isoISSN0864-3466](http://scielo.php?Script=sci_arttext@pid=S0864-34662003000400009@ping=es@hrm=isoISSN0864-3466)

58- Broche M. Humanidades Médicas. Conocimiento sobre VIH/SIDA por
adolescentes de la Parroquia 23 de Enero [serie en internet].2009[Citado 2 Feb
2010];9[aprox.15p]. Disponible en:<http://cielo,sld.cu/cielo.php?pid=s1727>

Anexo No 1

Consentimiento de participación en proyecto de investigación médica.

La que suscribe, _____,

doy mi conformidad para participar en la investigación “Intervención educativa participativa para elevar el nivel de conocimiento sobre el VIH/sida.” Para dar este consentimiento he obtenido una explicación amplia de su utilidad por la Dra. Marlenis Jiménez Court, quien me ha informado que:

1. Esta investigación tiene como objetivo principal evaluar el nivel de impacto de la intervención educativa participativa para elevar el conocimiento sobre el VIH/sida.
2. Esta investigación contribuirá a mejorar el grado de información de las mujeres jóvenes sobre temas como: formas más comunes de infectarse, comportamiento sexual para protegerse de la infección, responsabilidad y ventajas del uso del preservativo, y los riesgos del cambio frecuente de pareja sexual.
3. Me han hecho saber que mi participación en el estudio es voluntaria.
4. Tengo el derecho a retirarme de la investigación cuando lo considere adecuado, sin explicación.

Voluntariamente firmo este consentimiento junto con el médico que me proporcionó las explicaciones a los ____ días del mes de _____ de 200_.

Firma _____

Anexo No 2

Cuestionario

Mujer, tu participación en este proyecto será muy útil para tu vida. Necesitamos que respondas cada una de las preguntas cuidadosamente, después de leerlas y pensar cuál es la mejor respuesta y tu criterio personal. Después recibirás una capacitación para aprender más sobre el tema del VIH/sida. (Marca las respuestas con una o más X si fuera necesario).

NO ES IMPRESCINDIBLE QUE ESCRIBAS TU NOMBRE

1- ¿Cuáles son las formas más comunes de infectarse?

1.1 ___ Por el uso de cubiertos, vasos y otros objetos de uso personal.

1.2 ___ Teniendo contacto con sangre contaminada.

1.3 ___ Besos y caricias.

1.4 ___ De la madre infectada al hijo durante el embarazo, parto, lactancia, etc.

1.5 ___ Tener relaciones sexuales desprotegidas por vía anal, bucal, y vaginal.

1.6 ___ Tatuajes u otros adornos corporales

2- Tipos de comportamientos sexuales para protegerte de la infección.

2.1 ___ Comportamiento sexual estable por más de un año.

2.2 ___ Sexo seguro.

2.3 ___ Sexo protegido.

2.4 ___ Juegos sexuales con instrumentos de penetración.

2.5 ___ Sexo desprotegido.

2.6 ___ Abstinencia sexual.

3- La responsabilidad del uso del condón es:

3.1___ Siempre que haya penetración.

3.2___ Solamente de la mujer.

3.3___ De ambos.

3.4___ Debemos usarlo en cada relación sexual.

3.5___ Solamente del hombre.

4- Identifique con una X las ventajas del uso del preservativo.

4.1___ Interfiere el gozo sexual de la pareja.

4.2___ Prevenir los embarazos no deseados.

4.3___ Evita las ITS y el VIH/sida.

4.4___ Complacer a la pareja.

4.5___ Fáciles de usar en cada relación sexual.

4.6___ Estimula la impotencia.

4.7___ Puede interrumpirse en cualquier momento.

5- ¿Conoces los riesgos del cambio frecuente de pareja sexual? Marque con una X los correctos.

5.1___ Disfruto más de la sexualidad.

5.2___ Estar a la moda.

5.3___ Infectarme con el VIH.

5.4___ Complacer mis deseos.

5.5___ Enfermar con Hepatitis B.

5.6___ Contraer una ITS.

5.7___ Tener disfunciones sexuales.

Anexo No 3

Programa Educativo para promover conocimientos sexuales adecuados entre las mujeres jóvenes de 15 a 29 años, en el CMF No 41 del consejo popular Centro del Pueblo, en el área Norte, del municipio de Ciego de Ávila.

Tema I: Presentación del programa.

Sumario: 1- Presentación del proyecto.

2- Aplicación del cuestionario.

3- Cierre.

Objetivos: Crear un ambiente de confianza, desinhibir al personal y establecer las reglas del trabajo grupal.

Tipo de actividad: Dinámica de grupo.

Recursos: Hojas, lápices y bolígrafos.

Frecuencia: Mensual.

Responsables: Asesora de salud y médico especialista en MGI.

Participantes: Mujeres jóvenes.

Tema II: Características psicosexuales de las mujeres jóvenes.

Sumario: 1-Conflicto de las mujeres jóvenes.

2-Conductas sexuales en esta etapa de la vida.

3-Comunicación con los padres, pareja sexual, amiga u otra persona.

Objetivos: Identificar los conflictos de la etapa, las nuevas experiencias sexuales y los problemas en la comunicación con las féminas a esta edad de la vida.

Tipo de actividad: Conferencia

Recursos: Microcomputadora, discos 3 ½, lápices, bolígrafos y hojas.

Frecuencia: Mensual.

Responsables: Médico especialista en MGI, asesora de salud, psicólogo.

Participantes: Mujeres jóvenes.

Tema III: Vulnerabilidad y percepción del riesgo al VIH/sida y otras ITS en las féminas. Cambio frecuente de pareja sexual, sus riesgos.

Sumario: 1-Vulnerabilidad. Concepto

2-Mujeres jóvenes. Características psicológicas, epidemiológicas,

sociales y biológicas.

3- Riesgos de los cambios frecuentes de pareja sexual.

Objetivos: Identificar cuándo una persona es vulnerable a contraer el VIH/sida y los riesgos de los cambios frecuentes de pareja sexual

Tipo de actividad: Conferencia.

Recursos: Microcomputadora, discos 3 ½, hojas, bolígrafos, lápices.

Frecuencia: Mensual.

Responsables: Médico especialista en MGI., asesora de salud y psicólogo del área.

Participantes: Mujeres jóvenes.

Tema IV: El condón

Sumario: 1- Tipos de condón.

2- Ventajas y desventajas de este método.

3- Los condones masculino y femenino como métodos anticonceptivos que protegen de las ITS y el VIH/sida.

Objetivos: Explicar las ventajas del uso correcto del condón como medio de protección.

Tipo de actividad: Clase teórico-práctica

Recursos: Microcomputadora, discos 3 ½, lápices, bolígrafos, hojas y maqueta para uso correcto del preservativo masculino y sus ventajas.

Frecuencia: Mensual.

Responsables: Médico especialista en MGI y asesora de salud.

Participantes: Mujeres jóvenes.

Tema V: Alarma en mujeres jóvenes.

Sumario: 1-Situación epidemiológica actual de VIH/sida.

2- ¿Por qué la alarma en mujeres jóvenes?

3- ¿Cómo protegernos de contagiarnos con VIH?

Objetivos: Describir la situación epidemiológica actual y explicar conductas sexuales responsables.

Tipo de actividad: Video-Debate.

Recursos: Video, casete de video, lápices, bolígrafos y hojas.

Frecuencia: Mensual.

Responsables: Médico especialista en MGI, asesora de salud.

Participantes: Mujeres jóvenes, mujeres seropositivo del área.

Tema VI: Cierre y evaluación.

Sumario: 1- Reafirmación de los contenidos.

2- Aplicación del cuestionario final.

3- Cierre del programa.

Objetivos: Conocer las irregularidades del proyecto y evaluar los avances de este.

Tipo de actividad: Dinámica de grupo.

Recursos: Hojas de papel, lápices y bolígrafos.

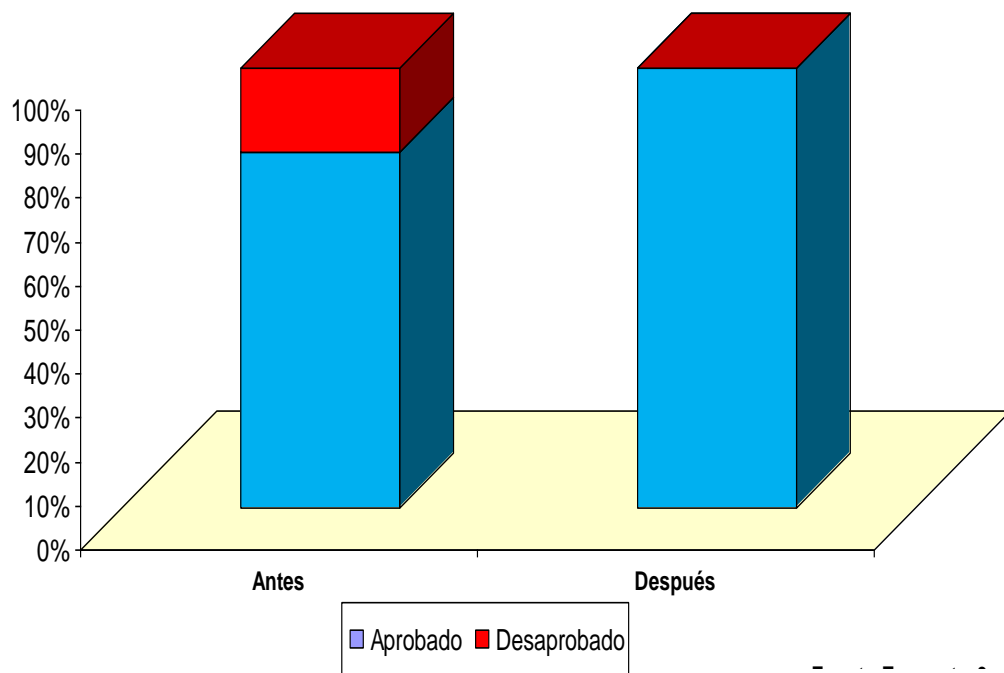
Frecuencia: Mensual.

Responsables: Médicos del CMF No 41 donde se aplicó la intervención, médico especialista en MGI, psicólogo del área y asesora de salud.

Participantes: Mujeres jóvenes y médicos.

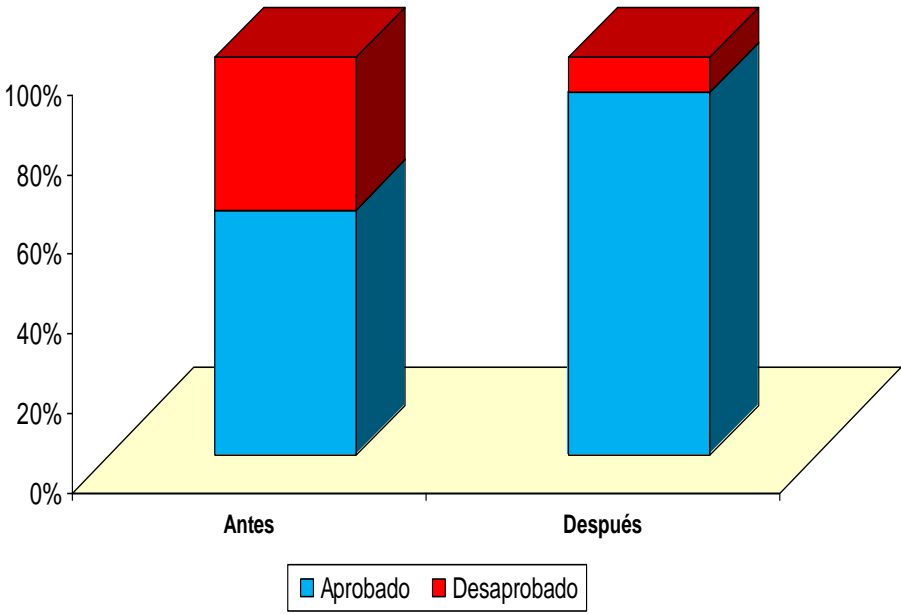
Anexo No 4

GRÁFICO No 1: Conocimiento en cuanto a formas más comunes de infectarse.
CMF No 41. Consejo popular Centro del Pueblo, área Norte. Municipio de Ciego de Ávila. Año 2008.



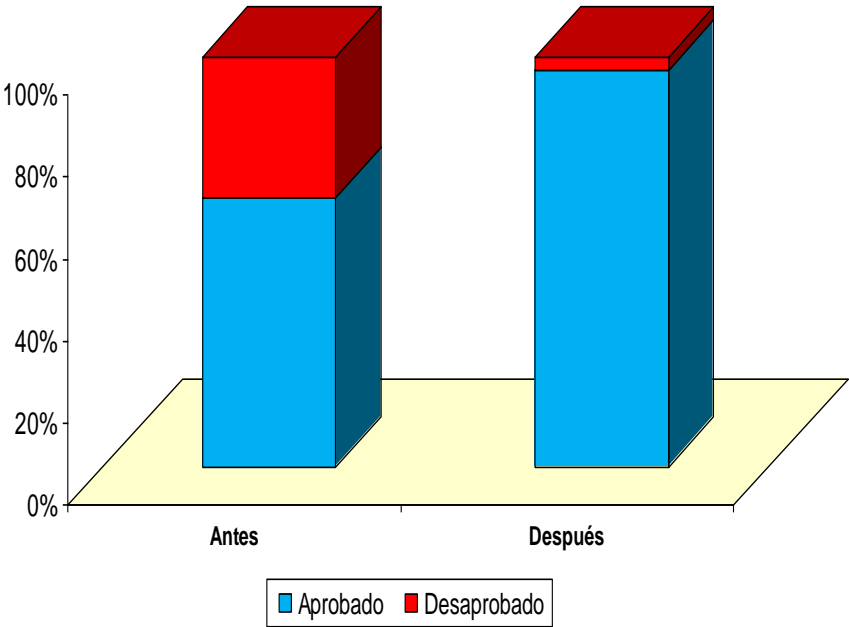
Fuente: Tabla No 1

GRÁFICO No 2: Nivel de conocimiento según comportamiento sexual. CMF No 41. Consejo popular Centro del Pueblo, área Norte. Municipio de Ciego de Ávila. Año 2008.



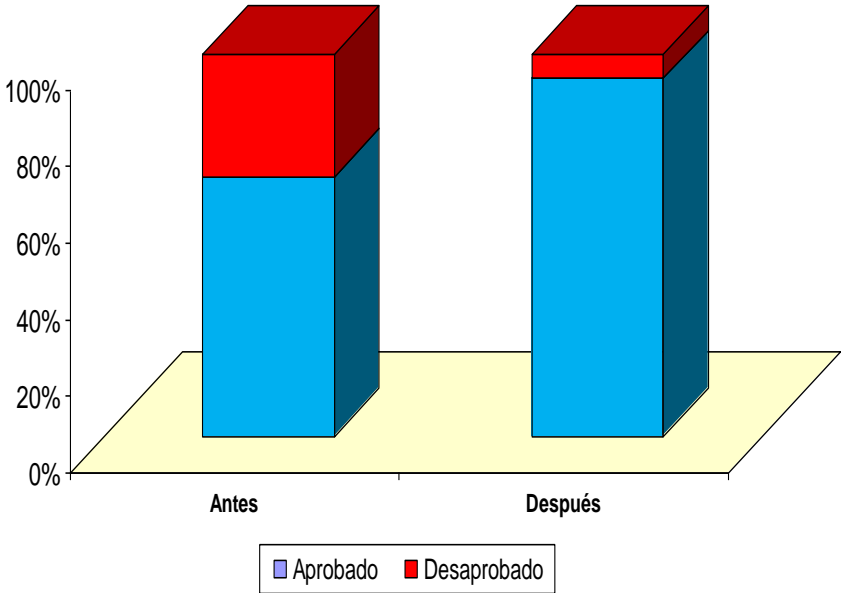
Fuente: Tabla No 2

GRÁFICO No 3: Conocimiento en cuanto al uso del condón. CMF No 41. Consejo popular Centro del Pueblo, área Norte. Municipio de Ciego de Ávila. Año 2008.



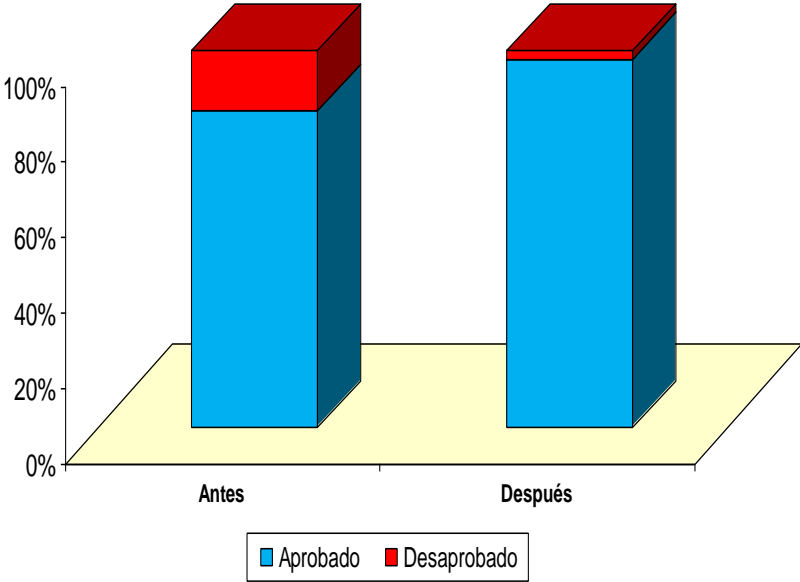
Fuente: tabla No 3

GRÁFICO No 4: Conocimiento de las ventajas del uso del preservativo. CMF No 41. Consejo popular Centro del Pueblo, área Norte. Municipio de Ciego de Ávila. Año 2008.



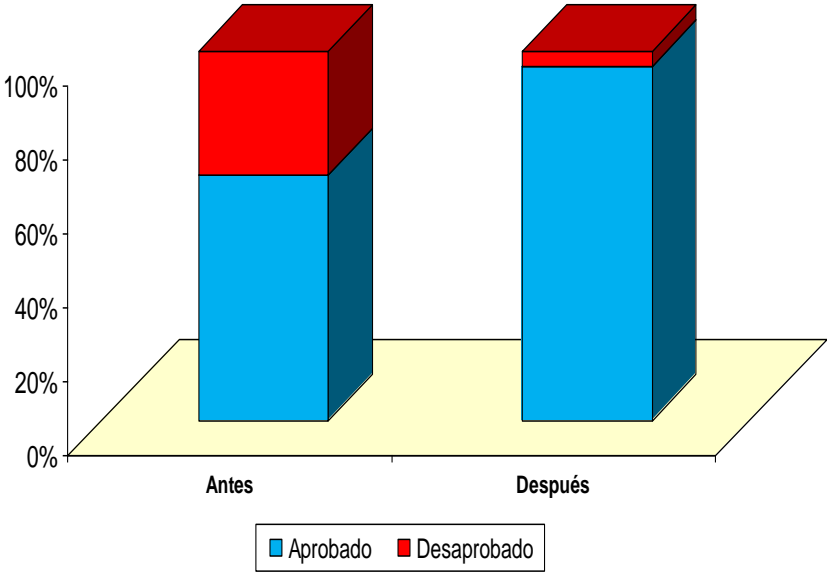
Fuente: Tabla No 4

GRÁFICO No 5: Conocimiento de los riesgos del cambio frecuente de pareja sexual. CMF No 41. Consejo popular Centro del Pueblo, área Norte. Municipio de Ciego de Ávila. Año 2008.



Fuente: Tabla No 5

GRÁFICO No 6: Conocimiento general sobre VIH/sida. CMF No 41. Consejo popular Centro del Pueblo, área Norte. Municipio de Ciego de Ávila. Año 2008



Fuente: Tabla No 6