

Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila

Dr. José Asseff Yara

Centro Provincial de Higiene y Epidemiología

Ciego de Ávila

***Intervención Educativa sobre el VIH/SIDA en  
adultas jóvenes de***

***La Sede Universitaria de Ciego de Ávila***

**Autora:** Dra. Zoa Maritza Cabrera Lorenzo

Especialista en Primer Grado en MGI

**Tutor:** Dr. Norman Gutiérrez Villa

Especialista en Primer Grado en Higiene y Epidemiología

Profesor asistente adjunto a la Facultad de Ciencias

Médicas de Morón.

Máster en Enfermedades Infecciosas.

**Asesora:** Lic. Gexsys Frometa Vázquez.

Especialista en Enfermería Comunitaria.

Profesora Instructora de la Facultad de Ciencias Médicas de

Ciego de Ávila.

**INFORME FINAL PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MASTER EN  
ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

**2009**

Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila  
Centro Provincial de Higiene y Epidemiología  
Ciego de Ávila

***Intervención Educativa sobre el  
VIH/SIDA en adultas jóvenes de  
la Sede Universitaria de Ciego de  
Ávila***

**Autora:** Dra. Zoa Maritza Cabrera Lorenzo  
Especialista en Primer Grado en MGI

**INFORME FINAL PARA OPTAR POR EL TITULO DE MASTER EN  
ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

**2009**

*PENSAMIENTO*

## **Pensamiento**

*“El mayor pago que se puede recibir es saber que hay un ser humano que no sufre, una familia que sonrío y una sociedad que recupera a uno de sus integrantes”.*

**José Martí**

# *DEDICATORIA*

## **Dedicatoria**

A mis hijas que son el sustento de mi vida.

A mis padres por darme la fuerza necesaria para enfrentar la vida.

A Carlos Alberto por su apoyo incondicional.

.

# *AGRADECIMIENTOS*

## **Agradecimientos**

A todas las personas que de una u otra forma me han ayudado en la realización de este trabajo.

De forma especial al Dr Norman Gutiérrez Vila y a la Licenciada Gexsys Frómeta Vázquez por su ayuda y entrega.

# *INDICE*

# Indice

	Página
Resumen	
Introducción.....	1
Objetivos.....	4
Marco Teórico.....	5
Metodología.....	17
Análisis de los resultados.....	23
Conclusiones.....	36
Recomendaciones.....	37
Referencia Bibliográfica.....	38
Anexo No. 1.....	45
Anexo No. 2.....	47

# *RESUMEN*

## **Resumen**

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) de tipo de intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre la infección por el VIH/SIDA en las adultas jóvenes de La Sede Universitaria del Municipio Ciego de Ávila durante el período de Septiembre del 2008 hasta Enero 2009. El universo de trabajo estuvo constituido por 206 mujeres que representan el total de las estudiantes adultas jóvenes entre 20 y 25 años de edad de la Sede Universitaria del municipio Ciego de Ávila; a las mismas se le aplicó una encuesta y se evaluó el nivel de conocimientos antes y después de la intervención educativa, los resultados fueron que el 100% de las adultas jóvenes reconocieron las tres formas de transmitir la infección por el VIH después de la intervención; el 99,5% reconocieron que no existen síntomas inmediatos que identifiquen la infección por el virus que ocasiona el sida, el 99% reconocieron después de la intervención que el momento de realizar la prueba es tres meses después del contacto infestante, la abstinencia sexual y el uso del preservativo fueron referidas por el 100% de las capacitadas y el 99% refirieron las relaciones de pareja basadas en la fidelidad constituyen las formas de prevenir las infecciones por el virus que ocasiona el sida, el 100% de las capacitadas incorporaron en sus conocimientos que la responsabilidad del uso del condón es de ambos sexo. Se aceptó la hipótesis trazada en la investigación ya que las adultas jóvenes adquirieron conocimientos general sobre el VIH/SIDA entre alto y medio con el 60.6% y 36.4% respectivamente después de la intervención educativa, para un 95% de confiabilidad de prueba de hipótesis.

Palabras claves: VIH/SIDA, intervención, educativa, conocimientos.

# *INTRODUCCION*

## Introducción

El SIDA ha infectado a más de 60 millones de personas, de estos se encuentran viviendo con VIH al cierre del 2004 un aproximado de 45 millones y más de 20 millones han fallecido por esta causa. <sup>(1)</sup> A nivel mundial, hay 12 millones de mujeres en edad reproductiva que son VIH positivas. El continente más afectado es el africano y es el único del planeta 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. <sup>(2)</sup>

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

La mayoría de las personas infectadas por el VIH de los países en desarrollo mueren de SIDA a una edad que oscila entre los 30 y 49 años, lo cual ha diezmando la fuerza laboral. Más de 13 millones de niños han quedado huérfanos por causa del SIDA <sup>(3-4-5)</sup>

El 95% de las personas infectadas con el VIH, viven en el mundo subdesarrollado, produciendo una sobrecarga enorme de los sistemas de servicios de salud y asistencia social <sup>(4)</sup>. De acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas de Lucha contra el SIDA (ONUSIDA) esta enfermedad se ha convertido en el factor que más amenaza el desarrollo de los países atrasados, los países pobres en lucha contra esta enfermedad carecen de campañas preventivas efectivas, de accesos a medios de protección (condón) ni posibilidad económica para prestar asistencia médica a los ya enfermos <sup>(6)</sup>.

Los factores que contribuyen al aumento de las infecciones por el VIH/SIDA en las mujeres son universales. La mencionada heterosexualidad de la epidemia y el aumento en el índice de casos de infecciones de transmisión sexual que facilita la transmisión del VIH. <sup>(7, 8)</sup>

Los factores biológicos no son los únicos determinantes, aunque juegan un papel importante, especialmente entre los adolescentes, cuyos síntomas reproductivos y genitales, todavía inmaduro, facilita la transmisión. <sup>(9, 2)</sup>

En el caso de América Latina y el Caribe, hay que destacar factores como la diferencia de estándares de comportamiento social entre hombres y la mujer 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 hombre o mujer y 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 se cobra es muy alto. En muchos casos significa la disolución de la familia. La orfandad de los hijos (19,5 millones de personas han quedado huérfanos por causa del SIDA) y si es sólo su pareja la infectada, esta mujer debe asumir la atención y cuidado del esposo durante la enfermedad así como el mantenimiento del hogar, lo que demanda un mayor esfuerzo de ella. <sup>(7)</sup>

En nuestro país la infección en el sexo femenino se ha comportado de la misma manera que el resto del mundo con una proporción de 2:3 (eso quiere decir que por cada dos mujeres en el mundo infectadas hay 3 hombres). Las mujeres representan el 20.9% de los casos notificados en Cuba. En los últimos años se ha podido observar que la infección en la mujer tiene una tendencia ascendente, esto

puede deberse a que hay HSH (hombres que tienen sexos con otros hombres) que son bisexuales (tienen relaciones sexuales con mujeres y hombres); por lo que la epidemia se ha trasladado a la mujer. De septiembre 2008 a enero del 2009 en la provincia se han infestado 4 mujeres contra ninguna en igual período del 2007 y 1 de ellas pertenece al municipio de Ciego de Ávila en el grupo de edad de 20 a 25 años.

Durante el año 2008 y 2009 se está presentando un gran incremento de VIH/SIDA en las mujeres adultas jóvenes entre los 20 y 25 años de edad en el municipio, constatando en las notificadas bajo nivel de conocimiento sobre el tema.

#### Problema de la investigación

¿Cuál será el nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA de las mujeres adultas jóvenes con edades de 20 a 25 años de la Sede Universitaria de Ciego de Ávila?

#### Hipótesis del trabajo:

De ser efectiva la intervención educativa, se elevarán los conocimientos sobre el VIH/SIDA en la población femenina adulta joven de la Sede Universitaria de Ciego de Ávila

Teniendo en cuenta que la mujer es un grupo vulnerable ante la infección por el VIH/SIDA es que nos decidimos a realizar esta investigación para elevar el nivel de conocimiento sobre la infección por el VIH/SIDA en la población adulta joven femenina de la Sede Universitaria de Ciego de Ávila durante el período de septiembre del 2008 hasta enero 2009.

*OBJETIVOS*

# Objetivos

## 1- Objetivo General

Evaluar la eficacia de la intervención educativa para promover conocimientos sobre la infección por el VIH/SIDA en la población femenina de 20 a 25 años de edad de la Sede Universitaria del Municipio Ciego de Ávila.

## 2- Objetivos Específicos

2.2.1- Explorar el conocimiento antes y después de la intervención educativa

sobre el VIH/SIDA en cuanto a:

- Formas más comunes de infectarse y de prevenir.
- Comienzo inmediato de los síntomas.
- Momento en que puede realizarse la prueba del VIH.
- Responsabilidad del uso del condón

2.2.2- Evaluar el conocimiento en general sobre el VIH/SIDA de las adultas

jóvenes antes y después de la intervención educativa.

*MARCO TEORICO*

## Marco teórico

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA) apareció por vez primera en la primavera de 1981 en los Andeles, EEUU. Cuando el doctor M. Gattlieb describe los cinco primeros casos en jóvenes homosexuales masculinos. Desde entonces el mundo ha visto cómo una enfermedad que en un principio fue descrita solamente en países desarrollados, en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y usuarios de drogas inyectables, se transformó en una pandemia que afecta a millones de hombres, mujeres y niños en todos los continentes<sup>(10)</sup>.

La corta historia de la enfermedad está salpicada por varios acontecimientos importantes. Después de descritos los primeros casos en 1981 entre los homosexuales, en 1983 Luc Montagnier descubre el agente causante: el VIH (virus de inmunodeficiencia humana). En 1985 ya estuvieron disponibles las pruebas para analizar qué sangre contenía o no el VIH. En 1983, se manifestó la epidemia del SIDA también en personas heterosexuales, y en 1985 se habían contabilizado casos en todos los continentes. Seis años después de su detección, en 1987, se crearon diversos organismos para tratar de contener la rápida propagación. También en esta fecha, la Administración de Alimentos y Medicamentos estadounidense, la FDA, autorizó el primer fármaco para tratar el SIDA. La terapia triple antirretroviral no estuvo disponible hasta 1996. En la actualidad, se investiga en la obtención de una vacuna que frene al virus (<sup>11,12, 13</sup>).

El virus VIH es el agente que provoca el SIDA. Se dice que alguien es seropositivo, cuando ha dado positivo a la prueba con la que se localiza el VIH en una muestra de sangre. Sin embargo, se reserva hablar de que una persona tiene SIDA para cuando sus niveles de defensas (CD4) están por debajo de 200. El VIH realiza un trabajo destructivo, y cuando nuestro sistema defensivo de la sangre, el sistema inmunológico, está bajo mínimos, es cuando le sobreviene el SIDA, con

las enfermedades asociadas que ello conlleva. Por lo tanto, rigurosamente se puede decir que toda persona con SIDA es seropositiva, pero no todos los seropositivos tienen aún el SIDA <sup>(14,15)</sup>

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 mujeres de todas las edades, las falsas creencias generalizadas al principio de que ellas 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. <sup>(1, 2)</sup>

Mundialmente, las mujeres representan más de la mitad de la población infectada con VIH o SIDA. A medida que ha crecido la proporción de mujeres en la epidemia del VIH, también ha crecido la respuesta de las comunidades de investigación, medicina y activismo hacia los problemas de la población femenina.

En los próximos años se piensa que el SIDA será, fundamentalmente, una enfermedad de transmisión sexual. La transmisión puede producirse fundamentalmente de hombre a mujer, de hombre a hombre y de mujer a hombre. Se han documentado escasos casos de transmisión mujer a mujer.

Las relaciones múltiples aumentan el riesgo; pero una sola relación sexual puede ser suficiente para infectarse. Por ello se deben tomar medidas preventivas contra la transmisión sexual del SIDA <sup>(16-17)</sup>.

Hoy es posible reconocer en la evolución de la epidemia del SIDA un claro proceso de feminización. Esto significa que la mayoría de las “nuevas” infecciones ocurren en mujeres. Si tenemos en cuenta que la vía de infección más común en las mujeres 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 las mujeres, aún las que no tienen SIDA, reciban información acerca de lo que puede ocurrir cuando una mujer infectada con VIH esta embarazada.

Existe hoy una recomendación de ofrecerle a toda mujer embarazada la realización de una prueba para detectar la infección por VIH en la madre. El análisis se realiza con sangre venosa de la mujer y puede ser solicitado en la primera visita al obstetra. Si la prueba resulta “positiva” o “reactiva”, debe ser confirmada por una segunda prueba que se realiza también 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. <sup>(7,8)</sup>

Tampoco se ha demostrado que el embarazo agrave el curso de la enfermedad, menos aún ahora que se dispone de tratamientos que inhiben la duplicación del virus dentro del organismo materno. Muchos de esos tratamientos pueden ser utilizados con el consentimiento de la madre durante el embarazo. <sup>(18,19)</sup>

El riesgo de que un bebé se contagie con el virus durante el embarazo, el parto o la lactancia es de alrededor del 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. <sup>(20,21)</sup>

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. <sup>(22,18)</sup>

La lactancia conlleva un riesgo extra de contagio, aún 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 inhibir la lactancia. Sólo 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 éste punto, la decisión del modo de parto debe ser tomada de a cada caso en particular y en forma consensuada por el obstetra, el infectólogo y la madre. <sup>(23,24)</sup>

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. <sup>(25,26)</sup>

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 más precozmente 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 (p. ej. oral, vaginal) a estas secreciones tiene el potencial de conducir a la infección del VIH. <sup>(27, 28, 29,30)</sup>

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%. <sup>(31, 32, 33,18)</sup>

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. Sólo en el 2000 las mujeres afroamericanas e hispanas representaban una proporción aun mayor (80%) de casos reportados en las mujeres. <sup>(31,32)</sup>

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 siguen siendo 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.

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. <sup>(18, 19,32)</sup>

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 por ciento de ellos contrajo 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 dos por ciento o menos.<sup>(18)</sup> No obstante, más de 800,000 bebés en todo el mundo contraen el VIH de esta manera cada año. <sup>(19)</sup> Aproximadamente el 90 por ciento de estos casos ocurren en los países en desarrollo, donde los nuevos tratamientos no se

encuentran aún 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. <sup>(34,35)</sup>

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 por ciento de los nuevos casos de mujeres infectadas en los Estados Unidos obedece a esta causa mientras que el 25 por ciento se produce al inyectarse drogas con jeringas compartidas.<sup>7</sup> Un pequeño número de mujeres se ha infectado al recibir transfusiones de sangre, componentes sanguíneos o tejidos. <sup>(36,37)</sup>

Entre 1985 y 2002, el número de mujeres infectadas con SIDA en los Estados Unidos aumentó a más del triple, del 7 por ciento al 26 por ciento.<sup>7</sup> Las mujeres son más propensas que los hombres 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 realizarse la prueba durante el embarazo.

Las mujeres que no se han realizado la prueba durante el embarazo pueden hacerlo durante el pre-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 contra el VIH. Estas combinaciones de fármacos retardan la propagación del VIH por el organismo, mantienen baja la concentración de virus en la sangre (o 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 sea necesario. <sup>(18)</sup>

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 los EE.UU. (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. <sup>(18,21)</sup> Aún 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 positiva, 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 muestra de 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 transmitir el

virus al bebé. (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 por ciento desarrolla síntomas graves o muere antes del primer año de vida.<sup>21</sup> Antes de los tratamientos combinados a base de fármacos, aproximadamente la mitad de los niños infectados con VIH moría antes de los nueve años.<sup>22</sup> 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 bebés de las mujeres con VIH deben someterse a las pruebas para detectar el virus dentro de las 48 horas de nacimiento.<sup>(22,23)</sup> Estas primeras pruebas, que detectan el virus en lugar de los anticuerpos, permiten identificar aproximadamente el 40 por ciento de los bebés recién nacidos infectados.<sup>(22)</sup> 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 seis meses.<sup>22</sup> (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 éste se haya infectado.)

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 si su pareja es o no portadora de VIH, utilice 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 son 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”, pone a las mujeres en condiciones de vulnerabilidad.

Esto quiere decir que las mujeres 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** <sup>(30,32)</sup>

#### **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 post menopausia tienen la mucosa vaginal más permeable al VIH:* Ya que las adolescentes la mucosa vaginal no ha adquirido la suficiente madurez y espesor para actuar como barrera eficaz y en la posmenopáusicas 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 aun 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, así como 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 vulnerabilidad, carecen de poder interpersonal para negociar con su pareja, sienten temor por perder la relación, el apoyo económico o la violencia que pueda generalizarse.
- *Educación sexista:* Niñas y Niños son educados de formas diferentes, asignándoles roles estereotipados que van a ir conformando a lo largo de su vida la manera en que asumirán su sexualidad, sus relaciones interpersonales y de pareja, 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 y 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 irse modificando 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.

# *METODOLOGIA*

## **Metodología**

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) de tipo de intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre la infección por el VIH/SIDA en las adultas jóvenes de La Sede Universitaria del Municipio Ciego de Ávila durante el período de Septiembre del 2008 hasta enero del 2009.

El universo de trabajo estuvo constituido por 206 mujeres que representan el total de las estudiantes adultas jóvenes entre 20 y 25 años de edad de la Sede Universitaria del municipio Ciego de Ávila; a las mismas se le aplicó una encuesta previa discusión y aprobación por los autores del trabajo (anexo No. 1), la cual se validó en un pilotaje de 10 estudiantes de diferentes carreras universitarias que intervienen en el estudio de acuerdo a los objetivos propuestos por nuestros investigadores, en el periodo y lugar de estudio antes mencionado.

Con las cuales se realizaron diferentes actividades de educación para la salud (anexo No. 2), y después se aplicó el instrumento inicial (anexo No. 1) y se comprobó los conocimientos obtenidos antes y después de la intervención educativa. El programa educativo constó con cinco frecuencias donde abordamos los temas relacionados con los objetivos propuestos en nuestra investigación.

La estrategia metodológica del Trabajo se basa en principios, categorías y leyes del materialismo dialéctico y del método científico, aplicados al estudio de una parte de la realidad social.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos del nivel teórico:

- 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.

- Análisis histórico –lógico: Se selecciona 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 el VIH/SIDA.
- Inducción – deducción: Se establecen generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.
- Hipotético –deductivo: Deduce una hipótesis como respuesta al problema.

Métodos empíricos tenemos:

- La entrevista: Se utiliza en la búsqueda de información, para indagar sobre el conocimiento que tienen las adultas jóvenes entre las edades de 20 a 25 años acerca del VIH/SIDA y si son capaces de ponerlo en la práctica.
- La encuesta o instrumento: Dadas sus características de búsqueda de información rápida y económica se aplica a las adultas jóvenes entre las edades de 20 a 25 años para saber los conocimientos que tienen las mismas acerca del VIH/SIDA.
- El procesamiento estadístico: Se utiliza para comparar los datos obtenidos como resultado del instrumento aplicado; el procesamiento se realizó en una microcomputadora PENTIUM, utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows y se realizó la validación y revisión de la misma, como medida de resumen de la información se utilizó la distribución de frecuencia, los porcentajes (%) y como medida de significación estadística se usó los intervalos de confianza (Chi cuadrado ( $X^2$ )). Los resultados se expresaron en forma de tablas los que se analizaron en correspondencia con los objetivos propuestos para emitir las conclusiones.

Para la comprobación de la hipótesis se plantea que:

Si Chi-cuadrado calculado ( $X^2$ ) > Chi-Cuadrado Tabulado ( $X^2_{(0.05)^{(n-1)(k-1)}}$ )  
entonces rechazamos  $H_0$  y aceptamos  $H_1$

$H_0$ : No hay significación estadística

$H_1$ : Hay significación estadística

### **Conceptualización y operacionalización de las variables:**

VARIABLE DEPENDIENTE:

Nivel de Conocimiento: La adquisición a través de la vida de temas relacionado con la infección por el VIH/SIDA.

Operacionalización de estas variables

Conocimientos sobre el VIH/SIDA en las adultas jóvenes:

- Tener conocimiento sobre las tres formas más comunes de infectarse por el VIH/SIDA, de prevenir y los tres comportamientos que hay que adoptar para protegerse.
- Tener conocimiento sobre el comienzo de los síntomas
- Momento en que puede realizarse la prueba del VIH
- Cual es el momento de exigirle al hombre el uso del condón en las relaciones sexuales
- La responsabilidad del uso del condón es de ambos sexos

A partir de estos se establecieron las dimensiones y los indicadores, así como la técnica o ítem que evaluará los mismos

VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADORES/ DIMENSIONES	TECNICA QUE UTILIZO O ITEM QUE EVALUA
<p>1) Nivel de conocimiento en las adultas jóvenes sobre el VIH/SIDA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Alto:</b> Si conoce las 3 formas más comunes de infectarse, de prevenir, la no presencia de síntomas ante la infección, el momento de realizarse la prueba del VIH y la responsabilidad del uso del condón es de ambos</li> <li>○ <b>Medio:</b> Si conoce al menos 2 formas más comunes de infectarse, de prevenir la no presencia de síntomas ante la infección, el momento de realizarse la prueba del VIH y la responsabilidad del uso del condón es de ambos</li> <li>○ <b>Bajo:</b> Si conoce solamente 1 de las formas más comunes de infectarse, de prevenir, la no presencia de síntomas ante la infección, el momento de realizarse la prueba del VIH y la responsabilidad de ambos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Encuesta</li> <li>Pregunta 1: Incisos: 1.2 ; 1.4 y 1.5</li> <li>Pregunta 2: Incisos: 2.2</li> <li>Pregunta 3: Incisos: 3.3</li> <li>Pregunta 4: Incisos: 4.1, 4.3, 4.4</li> <li>Pregunta 5: Incisos: 5.3</li> </ul>

Para la evaluación del nivel de conocimiento de manera general, es decir al instrumento se le otorgó 100 puntos y se distribuyó entre las cinco preguntas, a 20 puntos por preguntas.

**Alto:** Calificación entre 85 y 100 puntos

**Medio:** Calificación entre 60 y 84.9 puntos

**Bajo:** Calificación de menos de 60 puntos

### **VARIABLE INDEPENDIENTE:**

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas efectiva para lograr elevación de conocimientos e influir en los cambios de comportamientos específicos y sostenidos en sectores de la población; Debe estar centrado en el sujeto, implicándolo afectivamente, con una comunicación horizontal.

Centrado en el sujeto: La adulta joven entre las edades de 20 a 25 años, es el centro de la actividad, siendo sujeto y objeto a la vez.

Comunicación horizontal: Cuando los elementos del conocimiento necesario 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 éste está relacionado con sus necesidades y motivos.

Se redactó un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el departamento de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila

## **Control Semántico**

**PVVIH:** Personas que viven con el VIH/SIDA. (8)

**VIH:** Virus de inmunodeficiencia humana. (18,19)

**SIDA:** Síndrome de inmunodeficiencia adquirido. (18, 19,32)

*Síndrome:* Un grupo de problemas de salud que constituyen una enfermedad.

*Inmunodeficiencia:* Debilidad en el sistema del cuerpo que combate la enfermedad

*Adquirido:* Puede contraerlo.

**Adultos Jóvenes:** Personas que se encuentren en el grupo de edades entre 20 y 24 años cumplidos.

**Grupos vulnerables:** Son aquellas personas o grupos de personas que tienen menos poder de control sobre su propia salud sexual o están más expuestas al riesgo. Los factores que lo propician son: (38,39)

- Poca información sobre ITS/VIH.
- Baja percepción de riesgo a las ITS/VIH.
- Pobre autoestima.
- Pobreza de habilidades asertivas.
- Mayor circulación del virus en su grupo poblacional.
- Sentirse rechazado.

# *RESULTADOS*

## Análisis y discusión de los resultados

### **Intervención Educativa sobre el VIH/SIDA en adultas jóvenes de la Sede Universitaria del municipio Ciego de Ávila.**

**Tabla No. 1:** Distribución de las adultas jóvenes encuestadas de la Sede Universitaria de Ciego de Ávila según conocimientos sobre formas más comunes de infectarse por el VIH/SIDA antes y después de la intervención.

Formas de infectarse	Total (N=206)			
	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
<b>Por el uso cubiertos , vasos y objetos personales</b>	5	2.4	1	0.4
<b>Por besos y caricias</b>	5	2.4	2	0.9
<b>Teniendo contacto con sangre contaminadas</b>	199	96.6	206	100
<b>De madre infectada a su hijo durante el embarazo, parto o lactancia materna</b>	194	94.1	206	100
<b>Tener relaciones sexuales desprotegidas (anal, bucal y vaginal)</b>	200	97.0	206	100
<b>Tener relaciones sexuales protegidas con personas que cambian frecuentemente parejas</b>	5	2.4	2	0.9

**Fuente:** Encuesta

Resultados del procesamiento estadístico:

$$X^2 = 19.61 \quad X^2_{(0.05)}^{(5)} = 11.07$$

$$X^2 > X^2_{(0.05)}^{(5)}$$

Con respecto a la distribución de las adultas jóvenes encuestadas según conocimientos sobre formas más comunes de infectarse con el VIH/SIDA antes y después de la intervención (tabla No. 1). Del total de mujeres encuestadas 206; el 97% (200) refirieron que una de las formas de infectarse es “tener relaciones sexuales desprotegidas (anal, bucal y vaginal)”, seguida por el 96.6% (199 encuestadas) y el 94.1% (194 mujeres) que refieren otras formas de infectarse es “teniendo contacto con sangre contaminada” y “de la madre infectada a su hijo durante el embarazo, parto y lactancia materna” respectivamente; antes de la intervención educativa, ya que después de la misma el 100% (206 adultas jóvenes) incorporaron en sus conocimientos dichas formas de infectarse.

Sin embargo después de el modelo 1 mujer para un 0.4%, mantiene el criterio que se puede infectar por “el uso de cubiertos, vasos, y objetos personales”, 2 para un 0.9% plantea que “tener relaciones sexuales protegidas con personas que cambien frecuentemente de parejas” y 2 para un 0.9% “por besos y caricias son otras formas de adquirir la enfermedad”, aunque son capaces de reconocer el resto de las formas de infección.

Teniendo en cuenta el análisis estadístico del conocimiento sobre las vías de infectarse tanto antes como después, se observó que existe significación estadística entre el antes y el después ya que chi cuadrado calculado ( $X^2$ ) es mayor que la tabulada ( $X^2_{(0.05)}^{(5)}$ ) para un 95% de confiabilidad. Por lo que las adultas jóvenes adquirieron conocimientos sobre las formas de infectarse con el VIH/SIDA.

Resultados semejantes al nuestro fue encontrado por la Dra. Ortiz Maza y colaboradores en las mujeres del Consejo Popular Vaquerito en el municipio

Morón; donde el 100% reconocieron las tres formas de infectarse después de la intervención educativa <sup>(40)</sup>.

Sin embargo, en relación con el conocimiento sobre el VIH/SIDA y su forma de transmisión en las mujeres de Cali; Colombia en el 2005; pudieron constatar que el 86.9% de las mujeres encuestadas afirmaron la transmisión vertical <sup>(41)</sup>.

Nuestro resultado no coincide con los obtenido por el Dr. Artilles y colaboradores en estudiantes del colegio "Puerto Camacho" de la provincia Cordillera en Venezuela en el 2006 donde el 51.2% tenían conocimientos satisfactorios sobre formas de infectarse con el VIH/SIDA, antes de la intervención y solamente después de la misma solo el 86.0% adquirieron dichos conocimientos <sup>(43)</sup>, y en nuestro estudio fue el 100%.

**Tabla No. 2:** Distribución de las féminas adultas jóvenes encuestadas antes y después de la intervención según conocimientos sobre presencia de síntomas inmediatos en la infección por VIH/SIDA.

Síntomas inmediatos en la infección por el VIH/SIDA	Total (N=206)			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
<b>Si</b>	5	2.4	1	0.4
<b>No</b>	201	97.5	205	99.5

Resultado del procesamiento estadístico:

$$X^2 = 23.52 \quad X^2_{(0.05)}^{(1)} = 3.84$$

$$X^2 > X^2_{(0.05)}^{(1)}$$

Con relación al conocimiento antes y después de las féminas encuestadas según presencia inmediata de síntomas cuando se infectan con el virus que causa el SIDA (tabla No. 2) podemos apreciar que de un total de 206 féminas, el 97.5% (201) refirieron que en la infección por VIH/SIDA “no hay presencia de síntomas inmediatos”, sin embargo 5 para un 2.4% contestaron que “si hay presencia de síntomas inmediatos”, antes de la intervención; después de la misma el 99.5% (205 mujeres encuestadas) reconocen que “no hay síntomas inmediatos” y solamente 1 mujer para un 0.4% mantiene su criterio que “si hay síntomas inmediatos” después de la infección por el virus que causa el SIDA.

Para un 95% de prueba de hipótesis con respecto al conocimiento adquirido de las adultas jóvenes sobre los síntomas inmediatos en la infección por el VIH/SIDA

se puede observar una significación estadística por lo que existe una relación en la obtención de conocimientos después de la intervención educativa.

**Tabla No. 3:** Conocimiento antes y después de la intervención de las adultas jóvenes sobre el momento en que puede realizarse la prueba del VIH.

Momento en que puede realizarse la prueba del VIH después del contacto sexual riesgoso.	Total (N=206)			
	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Un (1) día después	4	1.9	2	0.9
Tres (3) semanas después	13	6.3	1	0.4
Tres (3) meses después	131	63.5	201	97.5
Un (1) año después	58	28.1	2	0.9

Resultado del procesamiento estadístico:

$$X^2 = 69.46 \quad X^2_{(0.05)}^{(3)} = 7.82$$

$$X^2 > X^2_{(0.05)}^{(3)}$$

En cuanto al conocimiento de las mujeres encuestadas sobre el momento en que una persona puede realizarse la prueba del IHV después del contacto sexual riesgoso antes y después de la intervención educativa (tabla No. 3), podemos apreciar que de un total de 206 mujeres encuestadas el 63.5% (131) refieren que el momento de realizarse los análisis de determinación del virus es de “tres (3) meses después del contacto sexual riesgoso”, seguido por el 28.1% ( 58 encuestadas) que contestaron “un (1) año después” en el modelo antes.

Después de la intervención educativa el 97.5% (201 mujeres) reconocen correctamente el momento en que se pueden realizar las pruebas del VIH (que transcurre desde que se infecta la persona hasta la micro Elisa positiva) que es

de “tres (3) meses después de la relación sexual riesgosa”, es bueno señalar que todavía el 0.9%(2 féminas);el 0.4(1 fémina) y el 0.9% (2 féminas) mantienen su criterio que dicho periodo es “un (1) día después”, “tres (3) semanas después” y “después de un (1) año” respectivamente.

Con el análisis estadístico de dicha variable, podemos decir que se acepta la  $H_1$  por lo que existe significación estadística para un 95% (0.05) de confiabilidad.

**Tabla No. 4:** Conocimiento antes y después de la intervención sobre las tres formas más comunes de prevenir la infección por el VIH

Formas más comunes de prevenir la infección por el VIH	Total (N=206)			
	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
<b>Abstinencia sexual</b>	193	93.6	206	100
<b>Tener relaciones sexuales con personas que cambien frecuentemente de parejas</b>	4	1.9	1	0.4
<b>Usar preservativo o condón</b>	204	99.0	206	100
<b>Relaciones de parejas basados en la fidelidad</b>	200	97.0	204	99.0
<b>Tener relaciones sexuales desprotegidas con su pareja estable.</b>	13	6.4	3	1.4

Resultado del procesamiento estadístico:

$$X^2 = 69.48 \quad X^2_{(0.05)}(4) = 9.49$$

$$X^2 > X^2_{(0.05)}(4)$$

La tabla No. 4 refleja el conocimiento antes y después de la intervención educativa sobre las tres formas más comunes de prevenir el VIH/SIDA. Del total de mujeres encuestadas 206; el 99% (204) refieren que “usar preservativo o condón” es una de las formas de prevenir el VIH/SIDA, seguido por el 97% (200 adultas jóvenes) y el 93.6% (193) plantean que las “relaciones de parejas basadas en la fidelidad” y “la abstinencia sexual” respectivamente constituyen

otras formas de prevención, (antes de la intervención educativa); sin embargo el 6.3% (13) y el 1.9% (4 encuestadas) antes de la intervención tenían el conocimiento que “tener relaciones sexuales desprotegidamente con su pareja estable” y “tener relaciones sexuales con personas que cambien frecuentemente de parejas” respectivamente son formas de prevenir la infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida que causa el SIDA.

Después de la intervención 3 mujeres para un 1.4% mantienen el criterio de que “tener relaciones sexuales desprotegidamente con su pareja estable” es una de las formas de prevención de la infección por el VIH; y solamente 1 mujer para un 0.4% mantiene el criterio de que “tener relaciones sexuales con personas que cambien frecuentemente de parejas” también evita el VIH, se puede apreciar en dicha tabla que se incrementó el conocimiento en que el 100% (206) refirieron que la prevención es a través de la “abstinencia sexual” y “usar preservativo o condón” ; seguido por el 99% (204 encuestadas) que refieren las “relaciones de parejas basadas en la fidelidad” es otra forma de prevenir una infección por el virus que causa el SIDA.

Con respecto a los análisis estadísticos de chi cuadrado de la variable formas más comunes de prevenir la infección por el VIH antes y después de la intervención, podemos afirmar que existe significación estadística, ya que se acepta a  $H_1$  porque Chi cuadrado es mayor que la tabulada. Por lo que las adultas jóvenes adquirieron los conocimientos correctos para un 95% de confiabilidad de prueba de hipótesis.

Dicho resultados se asemejan a los encontrados por la Dra. Ortiz Maza donde más del 95% de las encuestadas reconocieron las formas más comunes de prevenir la infección por el virus que causa el SIDA después de la intervención educativa <sup>(40)</sup>.

Resultados semejantes al nuestro se encontró también en el estudio que realizó la Dra. Roselló Izquierdo en los trabajadores de la construcción de Cayo Coco que más del 97% de los trabajadores encuestados incorporaron en sus conocimientos las principales medidas de prevención de la infección después de la intervención educativa <sup>(42)</sup>.

**Tabla No. 5:** Distribución de las adultas jóvenes encuestadas antes y después de la intervención según preocupación del uso del condón

Preocupación del uso del condón	Total (N=206)			
	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
<b>De la Mujer</b>	5	2.4	1	0.4
<b>Del Hombre</b>	16	7.7	3	1.4
<b>De Ambos</b>	185	89.8	202	98

Resultados del procesamiento estadístico:

$$X^2 = 34.18 \quad X^2_{(0.05)}^{(2)} = 5.99$$

$$X^2 > X^2_{(0.05)}^{(2)}$$

Con respecto a la tabla No. 5 que demuestra la distribución de las adultas jóvenes según preocupación del uso del condón antes y después de la intervención educativa; del total de mujeres encuestadas (206) el 89.8% (185) refieren que es “de ambos sexos” la preocupación, sin embargo el 7.7% (16 adultas jóvenes) plantean que la responsabilidad del uso del condón es “solamente del hombre” y el 2.4% (5 adultas jóvenes) “de la mujer” (antes de la intervención educativa); ya que después de la misma adquieren conocimiento 13 mujeres reconociendo que es de “ambos sexo” la responsabilidad del uso del condón en las relaciones sexuales y solamente 0.4% mantiene el criterio que es de la mujer esa responsabilidad; conllevando que el 98%, 202 mujeres de las encuestadas comprendan que es responsabilidad de ambos sexo para disminuir la vulnerabilidad a la infección por el VIH que posee la mujer.

Nuestro resultado se asemeja a lo obtenido por la Dra. Ortiz Maza en las mujeres del consejo popular el Vaquerito en el municipio Morón; donde el 92.4% refieren

que la responsabilidad del uso del condón de ambos sexos antes de la intervención <sup>(41)</sup>.

**Tabla No. 6:** Evaluación del nivel de conocimiento de las adultas jóvenes de la Sede Universitaria de Ciego de Ávila.

Evaluación del conocimiento	Total (N=206)			
	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
<b>Alto</b>	2	1.0	125	60.6
<b>Medio</b>	65	31.5	75	36.4
<b>Bajo</b>	139	67.5	6	3.0

Resultados del procesamiento estadístico:

$$X^2 = 92.3 \quad X^2_{(0.05)}^{(2)} = 5.99$$

$$X^2 > X^2_{(0.05)}^{(2)}$$

Con respecto a la tabla No. 6 podemos ver la evaluación del nivel de conocimiento de las adultas jóvenes de la Sede Universitaria de Ciego de Ávila antes y después de la intervención educativa. Al inicio de la investigación podemos apreciar que el 67.5% (139 encuestadas) tenían nivel de conocimientos bajos, seguido por el 31.5% (65) con mediano conocimientos y solamente el 1% (2 adultas jóvenes) tuvieron conocimientos altos. Después de la intervención el 60.6% (125 capacitadas) adquirieron conocimientos altos, seguidos por los conocimientos medianos en el 36.4% (75 adultas jóvenes). Es bueno destacar que se quedaron 6 mujeres capacitadas que no alcanzaron niveles de conocimientos medianos para un 3%.

Para un 95% de confiabilidad se rechaza  $H_0$  y se acepta  $H_1$  por lo que existe una significación estadística y por ende hay una marcada relación entre el antes y el después de la intervención, pues la adquisición de conocimientos sobre el

VIH/SIDA de las adultas jóvenes de la Sede Universitaria de Ciego de Ávila se elevó entre alto y mediano después de la intervención educativa.

Estos resultados son parecidos a los obtenidos por la Dra. Ortiz Maza y la Dra. Rosselló ya que ambas elevaron los conocimientos entre alto y mediano en las mujeres del consejo popular el Vaquerito y del contingente Coco Tres de Cayo Coco respectivamente <sup>(41, 42)</sup>.

*CONCLUSIONES*

## **Conclusiones**

La intervención educativa es efectiva, ya que se logró enriquecer el conocimiento de las adultas jóvenes de la Sede Universitaria acerca de la infección del VIH/SIDA.

# *RECOMENDACIONES*

## **Recomendaciones**

Seguir realizando intervenciones educativas en dicho grupo etareo para aumentar aun más el nivel de conocimientos que conduzcan a la modificación de los hábitos y costumbres de las féminas 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 disminuye la vulnerabilidad. Para influir en la disminución de la incidencia de infección por el VIH/SIDA.

# *BIBLIOGRAFIA*

## Referencias Bibliográficas

- 1- CDC. HIV/AIDS Surveillance Report. 2001;13 (2).
- 2- L. Valleroy, D. MacKellar, J. Karon, R. Janssen, et al. HIV Infection in Disadvantaged Out-of-School Youth: Prevalence for U.S. Job Corps Entrants, 1990 through 1996. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1998;19:6773.
- 3- Info Red SIDA. Nuevo México. La nutrición del PVVIH. [WWW.aidsinfonet.organfored.html](http://WWW.aidsinfonet.organfored.html). 2005:600.
- 4- Rodríguez F. El SIDA avanza. BOLIPK. La Habana Julio 2005; 10(30):237.
- 5- Robinson ET. 33 millones de personas infectados por el VIH. Network en Español. *Family Health Internacional*, 2004;20(1):2.
- 6- A. McNaghten, D. Hanson, M. Dworkin, et al. Inequities Between Gender and Racial Groups in Prescription of Highly Active Antiretroviral Therapy. CDC, Atlanta, GA. Abstract ThPeB5286. XIII International Conference on AIDS, 2005; Durban, South Africa.
- 7- L. Valleroy, D. MacKellar, J. Karon, et al. HIV Prevalence and Associated Risks in Young Men Who Have Sex With Men. *JAMA* 2000;284(2):198-204.
- 8- CDC. HIV Incidence Among Young Men Who Have Sex With Men – Seven U.S. Cities, 1994-2000. *MMWR* 2005;50:440-444.

- 9- T. Diaz, S. Chu, J. Buehler, et al. Socioeconomic Differences Among People with AIDS: Results from a Multistate Surveillance Project. *Am J Prev Med* 1994;10(4):217-222.
- 10-MINSAP. Programa de Control y Prevención del VIH/SIDA. Cuba, 1997
- 11- Gala González A. Identifican tratamiento para impedir infecciones del SIDA de madre a hijo. BOLIPK. La Habana Julio 1999; 9(26):204-205.
- 12-MINSAP. Dirección Nacional de Epidemiología. Reunión VIH/SIDA/ITS. Municipios mas afectados en Cuba. La Habana 24 Mayo del 2002.
- 13-Molina R. Los casos de SIDA declarados se reducen en España un 15% durante 1998. BOLIPK. La Habana Diciembre 1999; 10(30):250-53.
- 14- Gala González A. Nuevos orígenes de las infecciones del SIDA BOLIPK. La Habana Julio 2002; 9(26):204-205.
- 15-Roses M. Diez países de América Latina Logran rebajar en medicamentos contra el SIDA. OPS. Washington, 12 junio del 2004(reuters) En: INFOMED Red telefónica de Salud en Cuba. Junio 2004; 10(162): 3-4.
- 16- OPS. Asociación de VIH y tuberculosis: Guía técnica Bol Ofic. Sanit Panamá 1993;115(4).
- 17- USPHS/IDSA. Prevention of opportunistic infections working group virus. *Ann Intern Med* 1997;127:922-46.
- 18- L. Lee, P. Fleming. Trends in HIV Diagnoses Among Women in the United

States, 1994-1998. *JAMA* 2001;56(3):9499.

.19- National Center for Health Statistics. *National Vital Statistics Report*.

2002;50(16).

20- A. McNaghten, D. Hanson, M. Dworkin, et al. Inequities Between Gender and

Racial Groups in Prescription of Highly Active Antiretroviral Therapy. CDC,

Atlanta, GA. Abstract ThPeB5286. XIII International Conference on AIDS,

2000; Durban, South Africa.

21- U.S. Census Bureau. Poverty Status of the Population in 1999 by Age, Sex,

and Race and Hispanic Origin: March 2000.

22- T. Diaz, S. Chu, J. Buehler, et al. Socioeconomic Differences Among People

with AIDS: Results from a Multistate Surveillance Project. *Am J Prev Med*

1994;10(4):217-222.

23- CDC. HIV/AIDS Among Racial/Ethnic Minority Men Who Have Sex with Men –

United States, 1989-1998. *MMWR* 2000; 49:411.

24- 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.

25- S. Hader, D. Smith, J. Moore, S. Holmberg. HIV Infection in Women in the

United States: Status at the Millennium. *JAMA* 2001;285(9):1186-1192.

- 26- H. Amaro. Love, Sex and Power: Considering Women's Realities in HIV Prevention. *Am Psychol* 1995;50(6):437-447.
- 27- B. Leigh, R. Stall. Substance Use and Risky Sexual Behavior for Exposure to HIV: Issues in Methodology, Interpretation and Prevention. *Am Psychol* 1993;48(10):1035-1045.
- 28- CDC. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2001.
- 29- J. Fleming, J. Wasserheit. 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;75:3-17.
- 30- Acevedo García I, Alvarez Ramirez S, Cancio Enriquez I, Hernández Pesans O, Duque Santana I, Guillard Limonta NR y et al. Manual para promotoras de Salud. Ministerio de Salud Publica, 2004: 11-54.
- 31- Centers for Disease Control and Prevention. HIV Infections in U.S. Newborns Decline 80 Percent Since 1991. CDC Office of Communications, 5 de agosto de 2002, consultado: 14 de junio de 2004,

[www.cdc.gov/od/media/pressrel/r020707b.htm](http://www.cdc.gov/od/media/pressrel/r020707b.htm).

- 32- Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS Surveillance Report 2002, volumen 14, [www.cdc.gov/hiv/stats/hasrlink.htm](http://www.cdc.gov/hiv/stats/hasrlink.htm).
- 33- Centers for Disease Control and Prevention. Routine Perinatal Testing: The Opt-Out Approach. CDC, 5/04, consultado: 14 de junio de 2004, [www.cdc.gov/hiv/pubs](http://www.cdc.gov/hiv/pubs).
- 34- Centers for Disease Control and Prevention. Public Health Service Task Force Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV-1 Transmission in the United States. 26 de noviembre de 2003, consultado: 14 de junio de 2004, [ww.aidsinfo.nih.gov/guidelines/perinatal/PER\\_112603.pdf](http://www.aidsinfo.nih.gov/guidelines/perinatal/PER_112603.pdf)
- 35- World Health Organization. Nevirapine for the Prevention of Mother to Child Transmission of HIV. OMS, julio de 2003, consultado: 17 de junio de 2004, [www.who.int/reproductive-health/rtis/nevirapine.htm](http://www.who.int/reproductive-health/rtis/nevirapine.htm).
- 36- U.S. Department of Health and Human Services. HIV/AIDS Statistics. National Institute of Allergy and Infectious Diseases, enero de 2004, consultado: 15 de

junio de 2004, [www.niaid.nih.gov/factsheets/aidsstat.htm](http://www.niaid.nih.gov/factsheets/aidsstat.htm).

- 37- Working Group on Antiretroviral Therapy and Medical Management of HIV-Infected Children. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection, 20 de enero de 2004, [www.aidsinfo.nih.gov](http://www.aidsinfo.nih.gov).
- 38- American Academy of Pediatrics. Human Immunodeficiency Virus Infection. Red Book 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases. Elk Grove, IL, 2003.
- 39- Ortega Gonzáles LM. Infecciones por virus de la inmunodeficiencia humana. En Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago ER, Batista Moliner R. Temas de Medicina General Integral. Editorial de Ciencias Médicas. La Habana 2006. V-II: 417-421. Español. Family Health Internacional, 2000;20(1):2.
- 40- Canaval G E, Valencia CI P, Forero L, Guardera N, Macaña A y Valgas Y . Factores protectores y de riesgo para el VIH/SIDA en mujeres de Cali, Colombia. Ciencias y Enfermería. 2005: XI (2): 23-33.
- 41- Ortiz Maza Y, Gutiérrez Villa N, Castillo L. La Mujer. Vulnerabilidad y su relación con el VIH/SIDA. [Trabajo para optar por el título de Especialista de

Primer Grado en Medicina General Integral] Policlínico Sur. Morón. 2006.

42- Roselló Izquierdo, A. Conocimiento sobre las ITS/VIH/SIDA en trabajadores de la construcción del municipio Morón. Septiembre 2005 a marzo del 2006

[Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral] Policlínico Norte. Morón. 2006.

43- Artiles E, Gutiérrez Villa N, Castillo Roja L. intervención educativa sobre ITS/VIH/SIDA en la escuela Puerto Camacho, Venezuela. Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Venezuela. 2005.

*ANEXOS*

## ANEXOS

### Anexo Nº 1

#### ENCUESTA

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 cual es la mejor respuesta y cual es tu criterio personal. Después recibirás una capacitación para aprender más sobre el tema del VIH/SIDA (Marcar las respuestas con una o más X si fuera necesario).

#### **NO ES IMPRESCINDIBLE QUE ESCRIBAS TU NOMBRE.**

- 1- ¿Cuáles son las tres formas más comunes de infectarse con el VIH/SIDA?
  - 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, el parto, la lactancia materna
  - 1.5-\_\_\_ Tener relaciones sexuales desprotegidamente anal, bucal y vaginal.
  - 1.6-\_\_\_ Teniendo relaciones sexuales protegidamente con personas que cambian frecuentemente de pareja.
  
- 2- ¿Todas las personas que tienen el virus del SIDA presentan inmediatamente síntomas de la enfermedad?
  - 2.1-Sí\_\_\_
  - 2.2- No\_\_\_

3- ¿A cuánto tiempo después del posible contacto sexual infectante con el VIH la persona tiene que acudir para realizarse la prueba y obtener resultados confiables?

3.1-\_\_\_ Un (1) día después

3.2-\_\_\_ Cuatro (4) Semanas después

3.3-\_\_\_ Tres (3) Meses después

3.4-\_\_\_ Un (1) año después

4- ¿Cuáles son las tres formas más comunes de prevenir el VIH/SIDA?

4.1-\_\_\_ Abstinencia sexual.

4.2-\_\_\_ Tener relaciones sexuales con personas que cambian frecuentemente de pareja

4.3-\_\_\_ Usar preservativo o condón.

4.4-\_\_\_ Relaciones de parejas basada en la fidelidad.

4.5-\_\_\_ Tener relaciones sexuales desprotegidamente con su pareja estable.

5- ¿Considera Usted que la preocupación del uso del condón o preservativo es un problema de:

5.1- \_\_\_\_\_ Solamente del hombre

5.2- \_\_\_\_\_ Solamente de la mujer

5.3- \_\_\_\_\_ Ambos?

## **Anexo Nº 2**

### **Programa educativo para formar conductas responsables ante la sexualidad.**

#### **Tema No.1: Introducción**

##### **Sumario:**

1. Presentación de los participantes y el programa.

**Objetivo:** Brindar información a los participantes de los propósitos que perseguimos con esta investigación. Crear un ambiente de confianza, desinhibición, establecer reglas del grupo dentro de los adultos jóvenes de la Sede Universitaria de Ciego de Ávila. Así como conocer los temores de las féminas acerca de la infección por el VIH/SIDA.

**Tipo de actividad:** Dinámica de grupo

**Recursos:** Papel, lápiz, pápelo grafo.

**Frecuencia:** 1 vez a la semana

**Tiempo:** 20 minutos

**Responsable:** Psicóloga del área y promotores del CMEPS de Ciego de Ávila

**Participantes:** Fémias adultas jóvenes de la Sede Universitaria de Ciego de Ávila

**Tema No.2:** Dinámica de presentación-integración y aplicación de la encuesta

**Sumario:**

1. Presentación de los integrantes
2. Aplicación del instrumento antes de la intervención.

**Objetivo:** Que las participantes se presenten expresando sus sentimientos y expectativas en cuanto a la infección por el VIH/SIDA, así como sus temores frente a esta enfermedad.

**Desarrollo:** El promotor realizará la técnica afectivo –participativa “Los temores frente al SIDA”

**Tipo de actividad:** Vides -Debate

**Recursos:** Televisor, video, local.

**Frecuencia:** 1 vez a la semana

**Tiempo:** 20 minutos

**Responsable:** Promotores y Psicólogo.

**Participantes:** Fémimas adultas jóvenes de la Sede Universitaria de Ciego de Ávila.

**Tema No.3:** Epidemiología de la transmisión del VIH/SIDA

**Sumario:**

3. Comportamiento de la infección a nivel mundial, nacional, provincial y mundial del VIH/SIDA.
4. Vías o modo por el cual se puede adquirir una infección por el VIH/SIDA.
5. Formas más comunes de prevención del VIH/SIDA.
6. Los comportamientos que se toman para protegerse contra el VIH/SIDA.

**Objetivo:** Al finalizar, las adultas jóvenes serán capaces de informar la situación de la infección por VIH/SIDA en las mujeres a nivel del mundo, en Cuba, en la provincia y municipio y demostrar que comprenden la magnitud de la pandemia. Así como las nuevas experiencias a las que se puedan enfrentar las adultas jóvenes en sus relaciones sexuales, el uso del preservativo (Sexo seguro).

**Tipo de actividad:** Vides -Debate

**Recursos:** Televisor, video, local.

**Frecuencia:** 1 vez

**Responsable:** Licenciada en enfermería

**Participantes:** Fémimas adultas jóvenes de la Sede Universitaria de Ciego de Ávila.

**Tema No.4:** Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual

**Sumario:**

1. Principales medidas para prevenir las ITS/VIH/SIDA.
2. Prácticas sexuales para no adquirir una Infección de Transmisión Sexual.
3. Uso del preservativo en todos los sexos

**Objetivo:** Crear en los adolescentes conductas sexuales responsable ante la sexualidad y como prevenir una Infección por VIH/SIDA.

**Tipo de actividad:** Debate y dramatización

**Recursos:** Hojas, lápices, pápelografo.

**Frecuencia:** 1 vez

**Responsable:** Licenciada en enfermería.

**Participantes:** Fémimas adultas jóvenes de la Sede Universitaria de Ciego de Ávila.

**Tema No.5:** Cierre y evaluación

**Sumario:**

1. Reafirmación del contenido
2. Aplicación de la encuesta y composición

**Objetivo:** Que las adultas jóvenes de la Sede Universitaria de Ciego Ávila eleven sus conocimientos sobre conductas sexuales responsable ante la ITS/VIH/SIDA.

**Tipo de actividad:** Debate

**Recursos:** Hojas, lápices, pápelografo.

**Frecuencia:** 1 vez

**Responsable:** Especialista del CMEPS, Promotores del CMEPS de Ciego de Ávila y Licenciada en enfermería.

**Participantes:** Fémimas adultas jóvenes de la Sede Universitaria de Ciego de Ávila