

**REPÚBLICA DE CUBA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS EN CIEGO DE AVILA
POLICLINICO DOCENTE "CAMILO CIENFUEGOS"
CIEGO DE ÁVILA**



TÍTULO: Intervención educativa para determinar el nivel de conocimiento de los adolescentes con relación al VIH/SIDA.

AUTORA: Lic. Enf. Yuniel Pérez Sáez

TUTOR: MSc. Dr: Norman Gutiérrez Villa Especialista de 1er Grado en Higiene y Epidemiología. Master en Enfermedades Infecciosas
Profesor Asistente.

ASESORA: Dra. Luz Maria Toledo Pérez. Especialistas de primer grado en Pediatría. Profesor asistente.

Informe final para optar por la categoría de Master en Enfermedades Infecciosas

Año 2009

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) de intervención educativa con el objetivo de elevar el conocimiento sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) en adolescentes de 9no grado de la secundaria básica Miguel Calvo Antolín del área de salud "Camilo Cienfuegos" del municipio Chambas, durante el período de octubre del 2008 hasta marzo del 2009. El universo de la investigación estuvo constituido por 96 adolescentes que representan la totalidad de los alumnos que cursan el 9no grado en la Secundaria Básica Urbana "Miguel Calvo Antolín". La muestra estuvo conformada por 58 adolescentes (entre 14 y 15 años de edad, 38 del sexo femenino y 20 del sexo masculino), por presentar medio y bajo nivel de conocimiento sobre las VIH. Concluida la estrategia de intervención se obtuvo que el 84.4% adquirió conocimientos correspondientes al nivel alto sobre formas de infectarse con VIH, el 91.3% fue alto sobre formas de protección para evitar la enfermedad, sobre la responsabilidad del uso de preservativos el 96.5% reconoció que ambos eran responsables por lo que fue evaluado en el nivel alto. En cuanto a la evaluación general del nivel de conocimiento adquirieron un 79.3% en el nivel alto y 17.2% en el nivel medio, demostrando la efectividad de la labor de la educación para la adquisición de conocimiento.

PALABRAS CLAVE: VIH/SIDA Intervención educativa / Adolescentes

INTRODUCCIÓN

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es la manifestación de la enfermedad causada por la infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), clínicamente se manifiesta como una enfermedad crónica y progresiva, que se caracteriza por una profunda inmunodepresión que trae como consecuencia la aparición incontrolada de infecciones oportunistas y la presencia de determinados tipos de tumores malignos (1).

El SIDA fue denominado “la peste del siglo XX”, pues ha pasado a ser uno de los principales problemas de salud mundial presente en mas de 100 países de los cinco continentes y se ha convertido en un fenómeno complejo que no solo se circunscribe a un ámbito eminentemente sanitario, sino que se transforma en un hecho explosivo que conmociona valores y actitudes que tienen que ver con la dinámica permanente de la sociedad (2).

Según Paloma Cuchi de ONUSIDA, durante el forum 2003 las tasas más alta de personas con VIH de la región se concentran en el Caribe y Centroamérica y afectan fundamentalmente a las poblaciones mas jóvenes, pobres y marginales y constituyen hoy una de las causas principales de la mortalidad (3y4).

Trabajar con los grupos específicos es un enfoque interventivo sustentado por el concepto de vulnerabilidad. La categorización de grupos de riesgos suele ser poco impactante en la medida en que las prácticas sexuales que favorecen la infección por el VIH no son específicas de determinado grupo poblacional. Por lo que para intentar generar resultados significativos en la prevención de VIH no solo se debe atender al comportamiento individual, sino a los factores de vulnerabilidad que pueden condicionar o afectar dicho comportamiento.

Las estrategias de intervención dirigidas a grupos específicos permiten diseñar acciones que atiendan a los elementos de vulnerabilidad (3).

La categorización de los grupos vulnerables, según la UNESCO, debe tomar plenamente en cuenta la situación de las personas en el contexto del desarrollo global: o sea elementos como la pobreza, la inseguridad y los derechos humanos fundamentales; y en la discriminación de los destinados a las actividades de información, educación y comunicación se deben encontrar como grupos vulnerables (5).

- Los pobres.
- Las personas carentes de educación (los niños no escolarizados y las personas iletradas).
- Las mujeres.
- Los jóvenes.

Mundialmente cuatro de cada cinco casos de sida afectan a jóvenes en edades comprendidas entre 20 y 39 años. De acuerdo con la historia natural de la infección, muchas de estas personas debieron contraerla muy precozmente, algunos de ellos incluso en la adolescencia (6).

Los atributos físicos, psicológicos y sociales de la adolescencia contribuyen a que los jóvenes sean en particular vulnerables al VIH y otras ITS. Los adolescentes por lo común no pueden comprender enteramente el alcance de su exposición al riesgo. La sociedad suele llevar a que aumente el riesgo que corre al dificultar que estos aprendan lo relativo al VIH y la salud reproductiva. Además muchos jóvenes son socialmente inexpertos y dependen de otros. La presión que ejerce sus iguales influye fácilmente en ellos en modos que pueden aumentar el riesgo (7). Además la mayoría no conoce la magnitud de los riesgos, ni las formas de protegerse, e ignoran como se transmite el virus del SIDA. Según un informe de las naciones unidas publicado, son 6000 los adolescentes que se infectan cada día. Ese fenómeno resulta tanto mas alarmante por cuanto es precisamente en la adolescencia cuando la mayoría de las personas comienzan su actividad sexual, señalan los autores del informe, ONUSIDA, UNICEF y la OMS.

Según el sondeo desarrollado en 60 países de distintos continentes, un 50% de las personas entre 15 y 24 años tienen ideas equivocadas sobre las vías de transmisión del virus. En algunos países donde el riesgo de contraer el virus es

más elevado la proporción de jóvenes capaces de protegerse no supera el 20%, por lo que la mitad de todas las nuevas infecciones que se registran son de personas de este grupo de edad “Cada día 6000 jóvenes contraen el virus del SIDA y sin embargo esas infecciones podrían evitarse” , afirman Peter Piot director general de la agencia especializada ONUSIDA, según Piot “la prevención es interesante desde el punto de vista económico y es posible: solo cuesta 8 dólares proteger a un joven que no va a la escuela, y en todos los países donde se ha reducido el índice de transmisión, los resultados mas espectaculares se han obtenido entre los jóvenes” (8).

Es importante prevenir esta enfermedad en jóvenes y adolescentes por la tendencia al aumento de infectados en ese grupo etario. Expertos consideran que los infectados por el virus del SIDA aumentarán entre los jóvenes en un 70% en los próximos 8 años. En la actualidad casi una 3ra parte de las personas con VIH tienen menos de 25 años según ONUSIDA (9).

La OMS/OPS considera con fines prácticos que la juventud comprende el periodo de vida que se extiende desde los 15 hasta los 24 años de edad, y enfatiza que son un grupo diana en contagio a los riesgos de infección por VIH y una población prioritaria en las intervenciones preventivas a desarrollar, las razones de esta priorización son diversas:

- El largo período de incubación de la enfermedad hace que la tasa anual de incidencia de casos de SIDA en el intervalo de 13 a 19 años, tenga solo un valor relativo como indicador de cero prevalencia y de posibles prácticas de riesgo, mas significativos podría ser el hecho de que el intervalo de 20 a 24 años presenta más del 10% de todos los casos de sida. Ello indicaría dado el periodo de incubación (que puede estimarse, media entre 8 y 10 años) que buena parte de dicha población se infecto precisamente en el intervalo de la edad anterior.
- La presencia más frecuente en la población de 3 y 24 años que facilitan la transmisión del VIH.
- La incorporación cada vez más precoz de los adolescentes a la vida sexual.

El hecho de que a estas edades empiezan a consolidarse actitudes, creencias y hábitos que van a incidir en la adopción (o no) de prácticas más seguras durante su posterior vida sexual activa. (10)

Entre los compromisos establecidos durante el periodo extraordinario de sesiones de las naciones unidas sobre el VIH, en junio del 2001, se encuentran: asegurar para el 2005 que por lo menos el 90% de los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad, y para el 2010 por lo menos 95% de ellos tengan acceso a la información, la educación, incluida la educación entre padres y la educación específica para jóvenes sobre VIH, así como los servicios necesarios para desarrollar las habilidades, a fin de reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH, todo ello en pleno colaboración con los jóvenes, las madres, los pobres, las familias, los educadores y el personal de salud .

Cuba muestra las cifras de prevalencia más bajas de la región con un crecimiento lento y una baja transmisión de la enfermedad (3). Desde la aparición de los primeros casos se estableció inmediatamente por parte del Ministerio de Salud Pública un programa nacional de prevención y control del VIH/SIDA donde se incluye como aspecto fundamental el desarrollo de un fuerte componente educativo en la población, con énfasis en los jóvenes, debido a que las edades más afectadas se encuentran entre 20 y 39 años (11).

En 1997 se decidió establecer un nuevo programa cuyo objetivo general fue: “promover comportamientos, actitudes y prácticas sexuales saludables que permitan una auto evaluación más adecuada del riesgo a la infección e inciden en la prevención de nuevos infectados” e incluye proyectos de prevención y control como el proyecto vigía, el proyecto cultural “imágenes”, proyecto “Promotor soy y al barrio voy” las campañas dirigidas a elevar la perfección del riesgo y el uso del condón en población joven de 15 a 24 años.

El futuro de la epidemia de VIH está en manos de los jóvenes, porque los comportamientos que adopten ahora y los que mantengan durante toda su vida sexual elevarán la evolución de la epidemia en las próximas décadas.

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

Los adolescentes y jóvenes son especialmente vulnerables a la infección por el VIH, pero también son la mayor esperanza para cambiar el desarrollo de la epidemia de SIDA. La vulnerabilidad de los adolescentes y jóvenes ha contraer esta enfermedad ha quedado demostrada en el transcurso de los años de evolución de la misma no obstante es bien sabido que para lograr un freno en su propagación necesitamos de este sector de la población, basándonos en una educación sexual sostenida hacia ese grupo.

Las revisiones bibliográficas realizadas nos demuestran que aunque no abundantes, se han realizado estudios que nos exponen el nivel de conocimiento de los adolescentes con relación al VIH- SIDA. Debido a que las ITS, y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), afectan fundamentalmente a la población joven, debemos dirigir nuestros esfuerzos hacia ella, de manera que modifiquen hábitos y conductas sexuales para evitar la transmisión de estas enfermedades.

Problema Científico

Nuestro municipio cuenta con 16 personas viviendo con VIH (PVVIH) de los cuales dos pertenecen a nuestra área de salud y se encuentran comprendidos en el grupo de edad entre 20 y 39 años

Atendiendo a lo anterior consideramos que existen dificultades en el nivel de conocimientos que sobre el VIH/SIDA poseen un grupo de adolescentes en el área Camilo Cienfuegos, y la vulnerabilidad de los adolescentes y jóvenes para contraer esta enfermedad.

Pregunta investigativa

¿Como se incrementara el nivel de conocimientos de los adolescentes de 9no grado a cerca del VIH- SIDA después de aplicada la intervención educativa?

Hipótesis de la investigación

Si se aplica una intervención educativa sobre el VIH/SIDA se elevará el nivel de conocimientos de los adolescentes de 9no grado de la ESBU Miguel Calvo Antolín.

Novedad Científica

Programa de intervención capaz de educar, ya que comenzar a educar para una sexualidad satisfactoria y segura desde edades tempranas no es una utopía pues garantiza conductas seguras en la adultez

Objetivos

1- Objetivo General

Elevar el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA a través de una estrategia de intervención educativa a los adolescentes de 9no grado del ESBU Miguel Calvo Antolín del área de salud “Camilo Cienfuegos” durante el período de octubre del 2008 hasta marzo del 2009.

2-Objetivos Específicos

2.2.1- Caracterizar a los encuestados según:

- Edad.
- Sexo.
- Prácticas sexuales.
- Edad de inicio de las relaciones sexuales.
- Información recibida sobre VIH/SIDA.

2.2.2- Explorar el conocimiento antes y después de la intervención educativa sobre VIH/SIDA en cuanto a:

- Vías de contagio.
- Medios de protección.
- Responsabilidad del uso del condón.

2.2.3- Evaluar el conocimiento general sobre VIH/SIDA en los adolescentes antes y después de la intervención educativa.

2.2.4- Realizar un plegable que sirva de apoyo a la intervención educativa.

CAPÍTULO I:

CAPITULO 1: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y GNOSEOLÓGICA SOBRE VIH/SIDA EN LA ADOLESCENCIA.

En el presente capítulo abordaremos el surgimiento y evolución que han tenido el VIH a lo largo de la historia, así con aspectos relacionados con su definición conceptual, etiología, cuadro clínico y algunas pautas de tratamientos de las principales afecciones que las integran.

Epígrafe 1.1 Antecedentes Históricos sobre VIH/SIDA y su repercusión en la adolescencia.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) comprendidas dentro del grupo de afecciones contagiosas que se propagan principalmente por contacto sexual, continúan siendo una epidemia en la mayor parte de los países del mundo y constituyen el principal exponente de la profunda influencia que la conducta humana y los factores demográficos pueden tener sobre la epidemiología y la morbilidad de las enfermedades (13-14).

Las ITS en los adolescentes van en ascenso por causa, en gran medida, de la iniciación temprana de las relaciones sexuales y por el desconocimiento sobre estas enfermedades. Se ha conferido gran importancia al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) durante la adolescencia, pues al principio de la epidemia no se le prestó atención en comparación con los adultos y niños por causa de que, en parte, menos de 1 % de los casos reportados correspondían a adolescentes entre 13 y 19 años; era mínimo el riesgo comparado con la población adulta y la pediátrica, y realmente no era así. Se ha planteado que un tercio de los jóvenes que han desarrollado la enfermedad adquirieron el virus durante la adolescencia y visto con perspectiva preventiva

los adolescentes constituyen un grupo único y singular que merece especial atención (15-17).

La adolescencia es definida por la OMS como el período de la vida que transcurre entre los 10 y los 19 años, y se divide en 2 fases: la adolescencia temprana, que abarca desde los 10 a los 14 años, y la adolescencia tardía que comprende desde los 15 a los 19 años (18).

Esta etapa y los primeros años de la juventud son cruciales, porque en ellas se producen profundos cambios físicos, psicológicos y sociales que impactan el resto de la vida de los seres humanos.

Entre los cambios físicos, se encuentran el crecimiento corporal, el desarrollo sexual y el inicio de la capacidad reproductiva, que a su vez conllevan al inicio de las relaciones sexuales; y entre los cambios psicológicos, se encuentran la necesidad de independencia que provoca relaciones conflictivas con los padres, la búsqueda de su identidad, las contradicciones en las manifestaciones de la conducta y las fluctuaciones del estado de ánimo. Igualmente, entre los cambios sociales, se encuentra la tendencia a reunirse en grupos, la elección de una ocupación, así como la necesidad de adiestramiento y capacitación para el desempeño de esa ocupación que se convertirá en su proyecto de vida (10-21).

En esta etapa se desarrollan además, emociones concomitantes con la maduración sexual genital, por lo que el interés en el sexo opuesto o en su mismo sexo, en el caso de los homosexuales y bisexuales, propicia una motivación poderosa a la iniciación de las relaciones sexuales, fundamentalmente de tipo coital, por lo que en este grupo las ITS tienden a manifestarse de una manera progresiva y por demás preocupante, por las secuelas que éstas puedan dejar. La maduración sexual se presenta en los adolescentes a edades cada vez más tempranas, lo que conlleva a una disminución de la edad de comienzo de las relaciones sexuales, un mayor número de parejas sexuales y por ende un incremento en el riesgo de contraer una ITS. (22-26)

Los adolescentes y jóvenes están expuestos a factores y conductas de riesgo que son respectivamente los elementos que aumentan la probabilidad de aparición, o de asociarse al desencadenamiento de algún hecho indeseable, enfermar o morir; y las actuaciones repetidas fuera de determinados límites, pueden desviar o comprometer su desarrollo psicosocial normal, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura (27)

La falta de información para protegerse de las ITS y la actividad sexual indiscriminada y sin protección que suelen tener los adolescentes y jóvenes, son los factores y conductas de riesgo más frecuentes en la adquisición de estas enfermedades, que afectan sobre todo a la población comprendida entre los 15 y los 24 años y que constituyen un verdadero problema de salud en estas edades además, muchos adolescentes desconocen qué se entiende por comportamiento sexual arriesgado y aún conociendo el riesgo, muchos creen que ellos mismos son invulnerables, al cual se añade el riesgo a la salud del embarazo precoz si se trata del sexo femenino, y la frustración social que trae para la adolescente o la joven que generalmente se ve impedida de concluir su proyecto de vida.(28-30)

Las enfermedades de transmisión sexual (ITS), son un grupo de enfermedades transmisibles que se adquieren fundamentalmente por contacto sexual, afectan a personas de cualquier edad, incluso a los recién nacidos que pueden infectarse en el útero o al atravesar el canal del parto y son más frecuentes en aquellos individuos que mantienen conductas y actitudes sexuales riesgosas, como tener más de una pareja sexual, creer que la relación de la pareja es inestable, lo que propicia su cambio frecuente, practicar el sexo de forma no segura (no usar preservativo) y utilizar hábitos sexuales riesgosos (oro-genital y genito-anal) sin protección. (31)

Aunque existen algunos detractores del preservativo como medio eficaz de protección, fundamentalmente ligados a concepciones religiosas está demostrado que es el mejor anticonceptivo en estas edades por su inocuidad y ausencia de efectos colaterales, y además es la forma más eficaz de protección contra las ITS, entre ellas inclusive el VIH/SIDA .Sin embargo, no se

le usa regularmente porque existen mitos y creencias en su contra, sobre todo, en adolescentes y jóvenes que se exponen a un mayor riesgo de infección por estas enfermedades (32-35)

EPIGRAFE 1.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y GNOSEOLÓGICA DEL VIH EN LOS ADOLESCENTES.

El término **SIDA** se aplica a una amplia variedad de situaciones clínicas y epidemiológicas, a menudo muy diferentes entre sí. El primer informe científico sobre el SIDA como enfermedad fue publicado en junio de 1981 por los centros de clasificación de Atlanta y correspondía a la aparición de 5 extraños casos de Neumocystosis descritos por M.Gottlieb en Los Ángeles y a 26 casos igualmente inusuales, de Sarcoma Kaposi y Neumocystosis descritos por Friedman-Kien en New York y California. Los informes se referían a trastornos severos y rápidamente mortales de la inmunidad celular, que afectaban a varones jóvenes homosexuales, con un amplio historial de ETS; los casos detectados presentaban características comunes que hacían pensar en la aparición de una enfermedad nueva hasta entonces desconocida por la ciencia y cuyo comienzo parecía haberse dado en los Estados Unidos a fines de 1980.

Inicialmente se le dio la denominación de GRID (Gay Related Inmuno Deficiency). Sin embargo, este nombre dejó rápidamente de ser apropiado, pues a partir de Abril de 1982, se describieron trastornos similares en hemofílicos sin antecedentes de contactos homosexuales, en haitianos, en usuarios de drogas intravenosas, en politransfundidos y en mujeres que eran parejas sexuales de los enfermos. Los científicos abandonaron entonces la denominación anterior y dieron a la enfermedad el nombre de SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), término al que se llega por un acuerdo internacional en 1986

Había nacido una estrella, este Síndrome se convertía en el protagonista de todas las revistas científicas: una nueva enfermedad, desconocida hasta entonces, destinada a la fama por motivos poco felices. Sin embargo, el agente causante de la misma continuaba siendo un misterio. El SIDA era una condena de muerte segura, no había método eficaz para controlar las infecciones que

sufrían los pacientes y tampoco era posible prevenirla o curarla porque no se conocía su causa.

Es en la década de los años 80 específicamente en el año 1983 que investigadores franceses aíslan el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) descubrimiento que mas tarde es realizado en los Estados Unidos quedando expuesto al mundo el agente causante del SIDA (36).

En los años transcurridos desde que se detectaron los primeros casos de la enfermedad, las características y patrones de la misma han sufrido cambios, los primeros casos se reportaron en EUA, África Central y Europa Occidental, pero luego esta se ha extendido hasta constituir una pandemia.

I.3 Acciones epidemiológicas frente al surgimiento del SIDA.

Desde inicios de 1983 ante las primeras informaciones que se conocieron sobre el SIDA en Cuba se comenzaron a tomar una serie de medidas para evitar la diseminación de esta enfermedad en el país. El establecimiento de la prohibición de la importación de hemoderivados, la implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica en 1983 fue de las primeras medidas.

Ya en 1985 se estableció el primer Programa de Control, se organizó una red de diagnóstico y se establecieron los primeros algoritmos para la confirmación de un infectado, en Mayo de 1986 se comenzó el pesquiasaje de toda la sangre al mismo tiempo que se definió la necesidad de tener una respuesta nacional de producción de kits diagnósticos y una tecnología propia de laboratorio resultado del trabajo de prestigiosas instituciones cubanas entre las que se encuentra el Instituto Pedro Kouri, que sustentaron e hicieron viable la certificación de la sangre y derivados, la pesquisa voluntaria de las embarazadas y pesquisas masivas en grupos y personas de conductas de riesgo y mayor vulnerabilidad, con el fin de lograr la detección temprana de la infección. (36-39)

A su vez se estructuró el estudio epidemiológico de todo infectado detectado para identificar sus contactos sexuales y se estableció el ingreso sanatorial del

total de la prevalencia como una forma de limitar la transmisión, de prepararlo para vivir con el SIDA y de garantizar las mejores condiciones de atención.

En el Programa se estableció también un componente de educación para la salud basado fundamentalmente en la importancia del uso del condón para la prevención del SIDA y otras ITS lo que posteriormente se ha denominado sexo protegido. (40)

En 1993 producto de la experiencia en el desarrollo del Programa se estableció el Sistema de Atención Ambulatoria (SAA) que permite a los infectados y enfermos recibir su atención ambulatoria siempre que sobre la base de una evaluación integral por un equipo multidisciplinario y la consecuente educación, las personas actúen responsablemente con su salud y la de los demás.

Desde inicios se constituyó por decisión del Gobierno un Grupo Operativo para coordinar y estructurar las acciones necesarias en cada momento. Dicho grupo luego de un impás en los años 1993-1994 fue reestructurado y reactivado en 1995 y desde entonces evalúa periódicamente y de manera integral el Plan de Acción.

El año 1997 marca un período de madurez en el trabajo toda vez que desde entonces se viene desarrollando el llamado Plan Intersectorial para la Educación, Prevención y Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual, VIH/SIDA que ha permitido que los diferentes organismos y organizaciones acometan de manera más concreta y específica un conjunto de acciones con énfasis en la educación y prevención.

En los últimos años, el criterio frente al VIH/SIDA se ha ampliado y ahora no solo se presta atención al comportamiento de riesgo del individuo, sino también a los factores ambientales y sociales inmediatos que influyen en dicho comportamiento y a la influencia que la familia y la comunidad ejercen sobre el comportamiento de una persona. El reconocer estos aspectos obliga adoptar un criterio con respecto al VIH/SIDA que va más allá del acto inmediato de arriesgarse y de los factores ambientales inmediatos que influyen en él, y se ocupa de los factores fundamentales que crean un clima general en el que

esos comportamientos de riesgo se ven fomentados, se mantienen y resultan difíciles de modificar. Es preciso tener en cuenta los aspectos individuales, familiares y comunitarios de una manera más integral y complementaria. (41-44)

La infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH.) y el subsiguiente desarrollo del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida constituyen una importante causa de morbilidad y mortalidad. Esta pandemia surgida en el último cuarto de siglo, ha sido capaz de diseminarse a todos los continentes. Desde antes de que se aislara el VIH se conocen los mecanismos de transmisión de esta enfermedad. Se sabe que el VIH tiene un especial tropismo por las células del organismo que expresan en su superficie el receptor CD4. En el VIH de manera concreta, su glucoproteína 120 interacciona con la molécula CD4 presente en la superficie de la membrana celular y sucesivamente se introduce dentro de la célula. Una vez en su interior y debido a la acción de transcriptasa inversa el ARN viral se transforma en ADN, el que adopta una forma circular y se introduce en el núcleo, integrándose en el genoma de la célula huésped, donde puede permanecer latente o bien replicarse dentro de ella, causando su destrucción y originando nuevos viriones que van a repetir el ciclo y parasitar nuevas células. De esta forma se van destruyendo de manera lenta y progresiva los linfocitos T4 y va fraguando la "catástrofe inmunológica". (45)

Nuestro objetivo es familiarizar a todas las personas, principalmente los adolescentes, con el estudio del SIDA para contribuir a una buena educación que, como habíamos dicho anteriormente, es el área fundamental en la lucha contra la infección por el VIH.

Las variables psicológicas desde lo psicopatológico como la capacidad intelectual, algunas entidades nosológicas, valoración neuropsicológicas, nivel y fuentes de ansiedad y otros factores de riesgo de la dimensión vital, forman parte de la respuesta del ser humano en la adopción de las conductas preventivas. (46)

La autoestima, autovaloración percepción de auto eficacia, motivación y sentido de la vida entre otros aspectos personales, forman y mediatizan las conductas de salud. (47)

Las actitudes disposiciones, hábitos, habilidades y toma de decisiones, son otras variables importantes.

Conociendo las variables psicosociales que determinan las conductas de salud y los obstáculos para la prevención, nos permite establecer pautas para incidir sobre ellos en cualquier proceso de intervención ayudando a las personas a identificar los obstáculos personales que interfieren en la búsqueda del fomento de la salud o la prevención de enfermedades. (48)

Por otra parte es importante referirnos a la familia debido a que es eslabón fundamental de la sociedad y tiene un papel primordial en la persona infestada por cuanto se encuentra que, ante el conocimiento de la patología, se presenta un descalabro afectivo de intensidad y consecuencia variables, pero siempre presentes. Una de las preguntas aparentemente fundamentales para la familia en este momento se relaciona en cómo ocurrió la infección, y se empeñan en lograr por todos los medios, a su alcance, la respuesta, cuya aclaración podrá conducir a un mayor aislamiento o soledad del infectado dentro de su núcleo familiar. La familia en ese momento desvía la verdadera naturaleza del problema, es decir, el enfrentamiento con el estigma social, el temor al rechazo colectivo, las ansiedades frente al futuro incierto, los temores de muerte, los elementos de bio-seguridad al interior del núcleo familiar y otros. (48-51)

Además el apoyo afectivo que proviene del exterior y que emana de la familia, pareja o amigos, retroalimenta bien sea de manera adecuada o inadecuada (relacionada con el tipo reforzamiento externo, positivos o negativos) , los mecanismos de defensa de la inmunidad, además un apoyo real y efectivo por parte de los otros significativos, le facilita al infectado por VIH, la adopción de conducta y auto cuidado, disminuyendo así los comportamientos de riesgos lo que se traduce en protección tanto al individuo infectado como al medio social en el que se encuentra inmerso. (52-53)

De acuerdo con nuevos datos del Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2006, la epidemia parece estar desacelerándose al nivel global, pero el número de nuevos contagios continúa incrementándose en ciertas regiones y países. El reporte muestra una disminución en la presencia del VIH entre los jóvenes en algunos países a lo largo de los últimos 5 años, pero aun así continúa siendo una amenaza excepcional. (54)

Se estima que 38 600 000 personas viven con el VIH al nivel mundial, y que en 2005, aproximadamente 4 100 000 personas contrajeron el VIH, mientras que 2 800 000 personas murieron por enfermedades relacionadas con el SIDA. (55)

En América Latina y el Caribe se estima que hay 560 000 jóvenes que viven con el VIH/SIDA (31 %, mujeres). Unos pocos países caribeños tienen algunas de las más graves epidemias fuera de África y al menos 2 % de sus mujeres jóvenes están infectadas. En América Latina el virus se ha propagado principalmente entre hombres que tienen actividad sexual con otros hombres, pero está alcanzando otras poblaciones, entre ellas, mujeres jóvenes. (56)

Los jóvenes adultos de 15 a 24 años de edad constituyen la mitad de aproximadamente 5 000 000 de nuevos casos que cada año se agregan a las infecciones con el VIH en todo el mundo.

La prevalencia del VIH en el Caribe es solo superada por África Subsahariana al nivel mundial y los más afectados son los jóvenes. Se estima que 2,9 % de mujeres y 1,2 % de hombres entre 15 y 24 años de edad vivían con VIH en 2003, lo cual motivó que se constituyera la alianza caribeña Pan Caribbean Partnership Against HIV/AIDS (PANCAP), con el objetivo de frenar la propagación del VIH en la región. (57)

En Cuba, la epidemia presenta un ritmo de crecimiento lento, pero sostenido. Los sectores con mayor número de personas diagnosticadas son los sectores de la cultura, comercio interior y turismo, aunque el resto de los sectores también están afectados en menor proporción. El sexo más afectado es el masculino, 80 % de la epidemia, con un crecimiento importante de los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), los que representan 67,0 % de

todas las personas diagnosticadas y 86,1 % de los del sexo masculino. Por grupo de edades, las mayores tasas las aportan los grupos de 20 a 24 años; los grupos de mayor edad no están exentos de adquirir la infección, ya sus tasas se han elevado, aunque no llegan a ser como en los más jóvenes, 54,0 % de la tasa lo acumula Ciudad de La Habana. (58)

Desde el inicio de la epidemia en Cuba a la semana 14 de 2004, del total de casos diagnosticados como seropositivos (5 488 casos), 10,79 % correspondió a adolescentes de 10-19 años y 1,16 % de los adolescentes habían desarrollado el SIDA con respecto al total de seropositivos diagnosticados, para esa misma fecha (Cuba: Ministerio de Salud Pública/ Dirección Nacional de Epidemiología. Estadística VIH/SIDA). (58)

El municipio Chambas y el área de salud Camilo Cienfuegos no ha estado exenta del alza en el número de los casos, nuestro municipio cuenta con un total de 16 PVVIH distribuidos en sus tres áreas de ellos dos son pacientes del área Camilo Cienfuegos.

Pese a más de un decenio de progreso en la comprensión de la biología molecular del virus y los detalles patológicos de la enfermedad aún no se vislumbra una cura, ni vacuna, es por ello que la promoción y la prevención para el fomento de la salud en ITS-VIH-SIDA es un eslabón fundamental en la lucha por la vida, contribuyendo a crear valores y modelos conductuales que puedan facilitar un comportamiento sexual más saludable y responsable con vista a evitar otra enfermedad. (59)

La falta de información para protegerse de las ITS/VIH/SIDA y la actividad sexual indiscriminada y sin protección, son factores y conductas de riesgo más relevantes para la adquisición de estas enfermedades y difíciles de comprender por tener este un largo período de incubación y no ver en un comportamiento arriesgado inmediatas consecuencias manifiestas. Además, muchos adolescentes desconocen qué se entiende por comportamiento sexual arriesgado y aún conociendo el riesgo, muchos creen que ellos mismos son invulnerables.

La educación es el arma fundamental en la lucha contra la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y esto solo se logra a través de una información adecuada y el comportamiento responsable de las personas. La transmisión sexual, que es la vía a través de la cual se infecta el mayor número de personas, persistirá como mecanismo fundamental de transmisión durante muchos años, si no se obtiene una vacuna efectiva o se modifican sustancialmente determinados hábitos y costumbres sexuales. (60-65)

La sexualidad abarca toda la existencia humana, desde las células de nuestro cuerpo hasta las actividades más complejas y los conocimientos más sofisticados que seamos capaces de adquirir y producir. Con los cambios de la pubertad, las hijas y los hijos adquieren la capacidad natural de procrear, pero la sexualidad no se reduce únicamente a su función reproductiva, luego para comenzar a educar no hay que esperar que la pubertad nos tome por sorpresa. Si aspiramos a garantizar salud reproductiva, es necesario atender la salud sexual dentro de una concepción integral de salud en todas las edades. Esto se logra con una adecuada y permanente educación. (66)

Los adolescentes y jóvenes deben conocer las hermosas semejanzas y diferencias de sus cuerpos sexuados, sus inmensas posibilidades de placer cuando se tratan cuidadosamente, pero también de dolor y malestar cuando se descuidan y maltratan, sus posibilidades para convertirse en hombres y en mujeres, que cuando lo deseen y tengan las condiciones necesarias, pueden ser madres y padres, lo que lleva implícito una gran responsabilidad. (67)

No se trata de atemorizar, sino de ayudar a descubrir lo bien que se la pueden pasar cuando asumen las responsabilidades que les corresponden por los cambios de su edad, las responsabilidades que adquieren en sus relaciones sociales, afectivas, familiares, de amistad, de compañeras y compañeros. (67).

El futuro de la epidemia de VIH 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, los conocimientos y los servicios con los que la generación actual de adultos dote a sus hijos.

Los adolescentes y jóvenes son especialmente vulnerables a la infección por el VIH, pero también son la mayor esperanza para cambiar el desarrollo de la epidemia de SIDA. La vulnerabilidad de los adolescentes y jóvenes ha contraer esta enfermedad ha quedado demostrada en el transcurso de los años de evolución de la misma no obstante es bien sabido que para lograr un freno en su propagación necesitamos de este sector de la población, basándonos en una educación sexual sostenida hacia ese grupo.

Las revisiones bibliográficas realizadas nos demuestran que aunque no abundantes, se han realizado estudios que nos exponen el nivel de conocimiento de los adolescentes con relación al VIH- SIDA. Debido a que las ITS, y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), afectan fundamentalmente a la población joven, debemos dirigir nuestros esfuerzos hacia ella, de manera que modifiquen hábitos y conductas sexuales para evitar la transmisión de estas enfermedades. Atendiendo a lo anterior consideramos necesario realizar un estudio para determinar el nivel de conocimientos que sobre el VIH/SIDA poseen un grupo de adolescentes en el área Camilo Cienfuegos y aplicar un programa de intervención educativa en base a las necesidades identificadas, con el objetivo de modificar los mismos.

I.4 Terapia antirretroviral en PVVIH.

Desde inicio de la infección por el VIH la terapia antirretroviral ha sido uno de los objetivos fundamentales de los investigadores para lograr el control de la infección. Años atrás la infección por el VIH era invariablemente una enfermedad progresiva y mortal que sumía en el desconcierto a especialistas, enfermos y sus familiares.

Las acciones médicas eran encaminadas al tratamiento de las enfermedades oportunistas; consecuencia del grave y progresivo deterioro del sistema inmunológico que sufrían las personas viviendo con VIH.

Desde principios de 1996 las expectativas de los pacientes tratados han cambiado considerablemente. Actualmente existen un conocimiento mucho más amplio de cómo se comporta el virus en el organismo y de sus mecanismos fisiopatiogénicos, comprendiéndose mejor como interrumpir los diferentes pasos de su ciclo vital. Potentes fármacos se suman día a día al arsenal con que se disponen en la lucha contra el VIH.

Los exámenes de laboratorios desarrollados que determinan los niveles de replicación viral y que permiten comprobar la eficacia y rapidez con que actúan los medicamentos, han jugado un papel fundamental. Así como el seguimiento y monitoreo sistemático del conteo absoluto de las células TCD4 nos ha proporcionado una visión mucho más clara sobre cual es el momento ideal para comenzar la terapia antirretroviral, y de esta forma prolongar la supervivencia de las PVVIH.

Aunque la cura no deja de ser una ansiada meta, por el que tanto la comunidad científica como de personas que viven con VIH/SIDA luchan diariamente, es evidente, como la infección por el virus del VIH a dejado de ser en algunas regiones una enfermedad mortal, para convertirse en una enfermedad crónica, perfectamente controlable, en las que los profesionales buscan interrumpir indefinidamente la replicación viral, para permitir la organización y recuperación gradual del sistema inmunológico.

Si bien el tratamiento antirretroviral es un acápite importante en la existencia a aquellas personas que sufren de la infección por VIH, otros aspectos necesitan atención: la ayuda psicológica y el apoyo social (es bien conocida como estas personas en ocasiones y en la mayoría de los países han sido objeto de discriminación, marginación y abandono social), la reconsideración de la relación médico paciente y la aceptación y respeto por la diversidad sexual, son factores que en mayor o menor grado necesitan tenerse en cuenta a la hora de abordar este fenómeno.

Se ha comprobado que los esquemas terapéuticos más eficaces mantienen algunas desventajas que conspiran contra su uso correcto, trayendo como consecuencia efectos secundarios desagradables, a veces inevitables, que

solo en algunos casos justifican la interrupción y/o el abandono del tratamiento de ello se deriva la importancia del vínculo médico paciente y del rol de ambos, en la toma de decisiones al respecto.

Actualmente se recomienda la combinación de tres o más drogas que incluyan un inhibidor de las proteasas (IP) más dos inhibidores nucleósidos de la retrotranscriptasa (INNRT) más dos inhibidores nucleósidos de la retrotranscriptasa (INNRT) (68).

CAPITULO 2: ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN Y EL DISEÑO DE LA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN SOBRE VIH/SIDA EN ADOLESCENTES.

En este capítulo se abordó todo lo relacionado con la metodología usada para llevar a cabo la investigación, además del diseño de la estrategia de intervención que fue aplicada a los adolescentes para modificar el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA.

EPÍGRAFE 2.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Descripción de la investigación.

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA de los adolescentes que cursan el 9no grado en la secundaria básica Miguel Calvo Antolín del área de salud Camilo Cienfuegos en el periodo comprendido de octubre del 2008 hasta marzo del 2009.

Universo y muestra

El universo de trabajo estuvo constituido por 96 estudiantes que representan el total de alumnos que cursan el 9no grado en esta secundaria básica, de la cual se seleccionaron como muestra 58 alumnos que constituyeron, el total de adolescentes entre 14 y 15 años de la escuela antes mencionada con niveles medios y bajos de conocimientos después de realizar la pesquisa. Se elaboró un documento donde se explicaron las características de la investigación, el cual fue discutido por la autora con el consejo de dirección (anexo1). A los estudiantes objeto de estudio se le aplicó una encuesta previa discusión y aprobación de acuerdo a los objetivos propuestos, en el periodo y lugar de estudio antes mencionado, antes y después de la intervención educativa (anexo2).

Criterios de inclusión

- Presentar niveles medio y bajo de conocimiento sobre VIH/SIDA.
- Ser estudiante de 9no grado con edad entre 14 y 15 años.
- Dar su consentimiento a participar en la investigación.

Criterios de exclusión.

- Presentar niveles altos de conocimiento sobre VIH/SIDA.
- No desear participar en la investigación.
- Dos o más ausencias al curso de intervención.
- Haber abandonado el curso voluntariamente.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos del nivel teórico:

- **Análisis – síntesis:** Permitirá 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 seleccionará 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 infección del VIH.
- **Inducción – deducción:** Se establecerán generalizaciones que confirmarán empíricamente la hipótesis.
- **Hipotético –deductivo:** Se propondrá una hipótesis como respuesta al problema.

Métodos empíricos tenemos:

- **La observación:** Mediante la misma se conocerá la realidad del proceso, para así diagnosticar y poder aplicar un programa de intervención educativa que logre resolver el objetivo de la investigación.

Se utilizaron diferentes técnicas, tales como:

- **La encuesta o instrumento:** Dadas sus características de búsqueda de información rápida y económica se aplicará a los estudiantes de 9no grado

de la escuela antes mencionada para conocer los conocimientos que los mismos presentan sobre VIH/SIDA.

La muestra fue seleccionada a través del método no probabilístico teniendo en cuenta los niveles de conocimiento medio y bajo de los adolescentes encuestados.

El procesamiento estadístico:

- Estadístico-descriptivo: El cual se utilizó 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 utilizaron los porcentajes (%) y se utilizaron los programas Microsoft Word y Excel 2007.

Los datos obtenidos de la encuestas fueron vaciados en cuadros estadísticos para su presentación y análisis, utilizando medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas (porcentaje). Para evaluar el nivel de conocimientos y la efectividad de la intervención se utilizó el Test de comparación de medias para ambos momentos (antes y después) con un nivel de significación de $\alpha=0.05$. Para el análisis estadístico de la hipótesis usamos que:

$H_0: \mu_a = \mu_d$ Las medias son iguales en ambos momentos

$H_1: \mu_a \neq \mu_d$ Las medias difieren en ambos momentos

Estadígrafo de prueba:

$$Z = \frac{\bar{x} - \mu_0}{\sigma / \sqrt{n}}$$

Entonces la regla de decisión sería rechazar H_0 si la $Z_{\text{observada}} > Z_{\text{tabulada}}$ ($Z_0 > Z_{1-\alpha/2}$), en caso de utilizar un software estadístico se rechazara la H_0 si la probabilidad asociada al estadígrafo ($p < \alpha$). Se calcularon también los Intervalos de confianza para la media:

$$\bar{x} \pm z_{\alpha/2} \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

En el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta cuatro etapas esenciales: diagnóstico, planeación, implementación y evaluación.

Etapas de la investigación

PRIMERA ETAPA: Diagnóstico.

Acción 1: Aplicación de la encuesta

Objetivo: Explorar el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre las VIH/SIDA en cuanto a:

- Práctica de relaciones sexuales.
- Edad de iniciación en las primeras relaciones sexuales
- Información recibida sobre VIH/SIDA
- Formas de contagio.
- Uso de medios de protección
- Responsabilidad del uso de condón o preservativo.

Plazos para la realización: Octubre/ 2008.

Instrumentación

Para la ejecución del estudio se estableció la comunicación con el consejo de dirección del centro con el objetivo de lograr la participación de todos los alumnos, lo que quedó validado a través de un documento (anexo 1) que fue firmado por el director del centro como constancia de su disposición a participar en el estudio.

Se aplicó un instrumento (anexo 2) que permitió caracterizar y seleccionar la muestra objeto de estudio.

SEGUNDA ETAPA: Planeación

Acción 1: Elaboración de un programa de intervención para la consulta y profundización de los adolescentes de 9no grado en cuanto al VIH/SIDA.

Objetivo: Elaborar un programa de intervención que contribuya a la preparación de los adolescentes de 9no grado en cuanto a VIH/SIDA.

Plazos para la realización: Octubre-noviembre 2008.

Instrumentación

A pesar de que en el sistema de salud cubano se ofrecen múltiples servicios donde se puede acudir para informarse mejor ante alguna duda o preocupación de los adolescentes, como son las consultas infanto-juveniles y de planificación familiar en cada área de salud casos de orientación a la familia en cada municipio, el servicio Línea Ayuda, consejería cara a cara o anónima el nivel de conocimiento de los adolescentes de 9no grado sobre VIH/SIDA ha sido limitada. Por esta razón es preciso elaborar un programa de intervención prediseñado sobre el tema, al cual se le añadieron las necesidades de aprendizajes encontradas luego de la aplicación inicial del instrumento que contribuya a su preparación el que será ubicado en la biblioteca del centro.

Acción 2: Elaboración de las precisiones metodológicas para el desarrollo del programa de intervención.

Objetivo: Elaborar las precisiones metodológicas para la realización del programa de intervención con el propósito de elevar el conocimiento sobre VIH/SIDA en adolescentes de 9no grado.

Plazos para la realización: Noviembre (segunda quincena) 2008

Instrumentación: El propósito fundamental del programa de intervención, es elevar el conocimiento sobre VIH/SIDA en adolescentes de 9no grado. Esta acción permitirá la realización de un análisis minucioso con toda la muestra de porque fueron seleccionados, sobre los problemas que presentan los adolescentes en cuanto a VIH/SIDA, las causas de los mismos y las posibles soluciones que puedan aplicarse, porque le permite a los adolescentes de 9no

grado asumir su propio aprendizaje e implica que adopten una actitud consciente frente a esta tarea, seleccione las estrategias de aprendizaje, y conozca lo que necesita aprender.

TERCERA ETAPA: Implementación

Acción 1: Impartir el programa de intervención

Objetivo: Elevar el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA en adolescentes de 9no grado.

Plazos para la realización: Diciembre/2008-Enero/2009

Instrumentación: Se realizaron siete encuentros de 30 minutos de duración, con una frecuencia semanal, empleando las técnicas participativas-comunicativas necesarias para lograr los objetivos propuestos, como lluvia de ideas, lectura eficiente, dramatizaciones, discusión grupal, charla educativa, interrogatorios con pacientes infectados, entre otras.

En la realización de los encuentros prevaleció un clima abierto y franco, donde se propició el intercambio en la actividad grupal, al aportar cada miembro conocimientos, valoraciones y experiencias. El aplicador tuvo en cuenta la dinámica de grupo, porque permite valorar qué situaciones se presentan en su interacción. En todos los momentos de su realización se combina, lo cognitivo y lo afectivo.

CUARTA ETAPA: Evaluación

Acción 1: Aplicación de la encuesta.

Objetivo: Evaluar el conocimiento de los adolescentes sobre VIH/SIDA después de haber implementado el programa de intervención.

Plazos para la realización: Febrero/2009-marzo/2009.

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

Para la evaluación de los mismos se creó una escala de puntuación en base a 100 puntos los cuáles fueron distribuidos en las preguntas anteriormente mencionadas y se consideró los siguientes criterios:

- Ø **Altos conocimientos:** Entre 80 –100 puntos.
- Ø **Medios conocimientos:** Entre 60 –79 puntos.
- Ø **Bajos conocimientos:** Menos de 60 puntos

Conceptualización y Operacionalización de las variables:

VARIABLE DEPENDIENTE:

Nivel de conocimientos: La adquisición a través de su trabajo, temas relacionado con VIH/SIDA

Conocimientos sobre VIH/SIDA es:

- Tener conocimiento sobre las vías más frecuentes de contagio.
- Cuales son los medios de protección que deben usarse para evitar el mismo.
- Importancia del uso del condón o preservativo.

Se evaluó a partir de la pregunta 7 y hasta la número 9 del cuestionario inicial (anexo2) aplicado a los adolescentes antes y después de la intervención.

Formas más comunes de infestarse por el VIH/SIDA: se consideran correctas con agujas no estériles o no desinfectadas, con transfusiones de sangre, relaciones sexuales desprotegidas y de madre a hijo.

Operacionalización de esta variable: cualitativa, politómica.

Alto: Conoce las cuatro vías.

Medio: conoce al menos tres vías.

Bajo: Si conoce menos de dos vías.

Formas de protegerse para no contraer el VIH/SIDA: se consideran formas correctas juegos sexuales sin penetración, abstinencia sexual y uso del preservativo.

Operacionalización de esta variable: cualitativa, politómica.

Alto: Conoce tres formas correctas.

Medio: Conoce dos formas.

Bajo: Conoce una forma.

Responsabilidad del uso del preservativo: se considera correcta cuando identifica a la pareja.

Operacionalización de esta variable: cualitativa, politómica.

Alto: Reconozca la responsabilidad de ambos.

Bajo: Reconozca tanto hombre como mujer.

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

Dimensiones e Indicadores

VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADORES/ DIMENSIONES	TECNICA QUE UTILIZÓ O ITEM QUE EVALUA
-------------------------	-----------------------------	--

<p>Nivel de conocimiento en los adolescentes de 9no grado de la secundaria básica Miguel Calvo Antolín sobre VIH/SIDA.</p>	<p>- Alto: Si conoce las cuatro vías por las cuales se produce el contagio del VIH/SIDA, las tres formas correctas de protección para no contraer la infección e identifica a los dos integrantes de la pareja como responsables en el uso del condón o preservativo.</p> <p>- Medio: Si conoce al menos tres vías a través de las cuales se produce el contagio del VIH/SIDA, dos formas correctas de protección para no contraer la infección, no procede para el indicador de responsabilidad sobre el uso del preservativo.</p> <p>- Bajo: Si conoce menos de dos vías a través de las cuales se produce el contagio del VIH/SIDA, una forma correcta de protección para no contraer la infección e identifica al hombre o la mujer como responsable del uso del preservativo.</p>	<p>- Encuesta</p> <p>Pregunta 3: Incisos: b; c; d; f</p> <p>Pregunta 4: Incisos: b; c; e</p> <p>Pregunta 5: Incisos: c</p> <p>Todos los incisos correctos se evaluarán con 12.5 Puntos</p>
--	---	--

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas efectiva para lograr niveles elevados de conocimientos que logren la reducción de las incidencia VIH/SIDA.

Variables	Tipo	Operacionalización
-----------	------	--------------------

		Escalas	Descripción
Edad	Cuantitativa	14 y 15 años de edad	Según último año cumplido
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico de pertenencia
Prácticas sexuales	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si o no	Inicio de la vida sexual en pareja
Edad de inicio de las relaciones sexuales	Cuantitativa Continua	10-11 años 12-13 años 14-15 años	Según años cumplidos
Información recibida sobre VIH/SIDA	Cualitativa Nominal Dicotómica	Familia Escuela Medios de difusión Consultorio Médico de la Familia Amigos.	Medios por el cual recibió la información

Aspectos éticos.

Se le comunicó a los adolescentes las características, objetivo e importancia de este trabajo y se recogió por escrito el consentimiento (acta de consentimiento informado de los adolescentes de participar en el mismo de forma voluntaria así como a la dirección del centro de permitir la investigación), se le explicó además el derecho de abandonar la investigación en caso de que alguno lo deseara, se les informó a todos los implicados en el estudio el alto nivel de profesionalidad del personal responsable de la investigación.

Estos resultados fueron analizados para emitir conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en la investigación. Por último, se redactó un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el

comité académico de la maestría de enfermedades infecciosas y respetando los principios éticos de la investigación científica del departamento de postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Una vez obtenida los resultados de la encuesta se realizaron diferentes actividades dentro del programa educativo y después se aplicó el instrumento inicial (anexo2) con el cual se comprobaron los conocimientos obtenidos antes y después de la intervención educativa. El programa educativo contará con siete frecuencias donde se abordaron los temas relacionados con los objetivos propuestos en nuestra investigación.

EPÍGRAFE 2.2 ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN SOBRE VIH EN ADOLESCENTES.

1 TÍTULO: Estrategias para elevar el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre VH/SIDA.

2) FUNDAMENTACION:

- Mundialmente cuatro de cada cinco casos de sida afectan a jóvenes con edades comprendidas entre 20 y 39 años. De acuerdo con la historia natural de la infección muchas de estas personas debieron contraerlas muy precozmente, algunas de ellas incluso en la adolescencia.

Teniendo en cuenta que en nuestra área tenemos dos PVVIH Comprendido en este grupo de edad creemos necesario la implementación de una estrategia de intervención educativa hacia los jóvenes sobre VIH/SIDA.

3) OBJETIVO GENERAL:

Elevar el nivel de conocimiento de los adolescentes con relación al VIH-SIDA.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Caracterizar a los encuestados según: edad, sexo, prácticas sexuales, edad de inicio de las relaciones sexuales e información recibida sobre VIH SIDA.
2. Explorar los conocimientos antes y después de la intervención educativa sobre el VIH SIDA en cuanto a: vías de contagio, medios de protección, responsabilidad del uso del condón.
3. Evaluar el conocimiento general sobre VIH en los adolescentes antes y después de la intervención educativa.

4) REQUISITOS DE INGRESOS:

Adolescentes entre 14 y 15 años

5) DURACION:

Sietes frecuencias (1 vez por semana todos los miércoles de 2.00 PM a 6.00 PM) desde el 13 octubre del 2008 hasta 27 de marzo de 2009.

6) MODALIDAD:

§ Curso Municipal

7) PERFIL DEL EGRESADO:

El egresado de este curso contará con el conocimiento necesario para llevar a cabo la prevención ante el VIH. Habiéndose logrado elevar el nivel de conocimiento de los mismos en cuanto a actitudes y prácticas sexuales, así como el riesgo de contraer esta enfermedad en este grupo vulnerable expuesto al riesgo

8) ESTRUCTURA DEL PLAN DE ESTUDIO Y ASPECTOS ORGANIZATIVOS:

SEMANAS LECTIVAS: 1

FRECUENCIA SEMANAL: 1 vez por semana hasta tener 7 frecuencias.

TOTAL DE HORAS: 112 horas

Se realizará en la secundaria básica Miguel Calvo Antolín con una matrícula de 58 estudiantes divididos en dos grupos.

El mismo se planificará de la siguiente forma

Cursos	Fecha de inicio	Fecha de terminación
Primera vez	13/10/08	3/03/09

PROGRAMA ANALITICO:

Todos los temas que son tratados en el curso se han preparados con aplicación a Situaciones problemitas de salud en relación con las necesidades de aprendizaje detectadas en los adolescentes.

SEDE: Esbú Miguel Calvo Antolín.

Tema1: Estrategia para elevar el nivel de conocimiento en adolescentes sobre VIH.

Objetivos:

Identificar actitudes y prácticas sexuales en adolescentes.
Abordar los aspectos relacionados con el conocimiento de VIH.
Medir el riesgo de contraer la enfermedad.

Contenidos:

Introducción sobre el curso y objetivos que persigue, comportamiento actual sobre el VIH/Sida, concepto vías de transmisión, periodo de incubación, grupos vulnerables, otras ITS y su interrelación con el VIH conducta sexual

de riesgo, prevención del VIH/SIDA y promoción de educación en la sexualidad.

Tarea del tema.

Los adolescentes darán respuesta a los ejercicios mediante un seminario integrador.
La evaluación final será la intervención educativa en una muestra seleccionada.

9) METODOS:

- Conferencias, clase práctica, seminario, video debate.

10) RECURSOS Y MEDIOS DE ENSEÑANZA:

- Pizarra y plumones
- Transparencias y retroproyector
- Documentos bibliográficos, protocolos y artículos para estudio,
- Computadora, moden, vídeo y scanner para obtener información actualizada de bases de datos bibliográficas.

11) CLAUSTRO:

Lic en enfermería Yuniel Pérez Sáez Profesor Instructor.

12) ESTRATEGIA

PROGRAMA DE CLASES

Tema	Contenido	Tipo de enseñanza				Total de Horas	Fecha	Profesor
		Conf.	CTP	Sem	Taller			
1	Breve introducción sobre el curso y objetivo que persigue	4h				4h	14/10/08 (1ra) 21/10/08 (2da)	Lic. Yuniel Pérez Sáez
2	Comportamiento actual Del VIH/SIDA. Concepto Referencia breve sobre patogenia	2h	4h			6h	28/10/08 (1ra) 3/11/08 (2da)	Lic. Yuniel Pérez Sáez
3	Vias de transmicion Periodo de incubación. Grupos vulnerables		2h		2h	4h	10/11/08 (1ra) 17/11/08(2d	Lic. Yuniel Pérez Sáez

							a)	
4	Otras ITS y su interrelación con el VIH	2h	2h		2h	6h	24/11/08 (1ra) 2/12/08 (2da) 9/12/08. 3ra	Lic. Yuniel Pérez Sáez
5	Conducta sexual de riesgo y practicas riesgosas	2h			4h	6h	6/1/09 (1ra) 12/1/09 (2da)	Lic. Yuniel Pérez Sáez
6	Prevención del VIH – SIDA y promoción de educación en la sexualidad en una cultura de vida cotidiana saludable. Sexo seguro y uso del condón	2h		2h	4h	8h	20/1/09(1ra) 27/1/09 (2da) 3/2/09 (3ra)	Lic. Yuniel Pérez Sáez
7	Integración de los temas abordados	2h			4h	6h	10/2/09(1ra) 24/2/09 (2da)	Lic. Yuniel Pérez Sáez
<u>Prueba final teórico-práctica</u>						3h	8/6/09 (1ra) 6/10/09 (2da)	Lic. Yuniel Pérez Sáez
Total		14 h	8h		16h	43 h		
Total de horas del curso						273 h		

13) EVALUACION:

- La asistencia y puntualidad.
- La participación será basada en la apreciación del profesor en las discusiones de grupo y en los ejercicios. Aportará 20 puntos.
- La evaluación final será un examen teórico práctica integrador donde se separará en 6 equipos y se le dará una situación problemática que resuma los contenidos impartidos en el curso.

14) BIBLIOGRAFIA

1-Boletín del centro de Prevención de las ITS/VIH/SIDA, serie por la vida, Ciudad de La Habana centro de Prevención de las ITS/VIH/SIDA, 2002.

2-Un Enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA. París UNESCO 2003.

3-Los jóvenes y el VIH/SIDA: una oportunidad en un momento crucial (Documento en línea) (citado 2 de julio del 2002) Disponible en www.unicef.org/español/sidacamp.htm

4-Lazo Alvarez MA, Diaz Garrido D, Padrón Vega Y. Conocimientos de especialistas en Medicina General Integral sobre las enfermedades de transmisión sexual. Pinar del Río, 2000. Disponible en: <http://www.ipk.sld.cu/bolepid/bol36-02htm> Acceso: 9 de noviembre del 2004.

5-Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA. Pautas para la prevención de infecciones oportunistas en personas con VIH o SIDA en América Latina y el Caribe. Montevideo: OPS; 2005.

CAPÍTULO 3: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.

Intervención educativa para determinar el nivel de conocimiento de los adolescentes con relación al VIH/SIDA.

Tabla No. 1: Distribución de los adolescentes de 9no grado de la ESBU Miguel Calvo en el periodo comprendido de octubre del 2008 a Marzo 2009 según edad y sexo

Edad	Sexo				n = 58	
	Femenino		Masculino		Total	
	N0	%	No	%	No	%
14 años	22	37.9	11	18.9	33	56.8
15 años	16	27.5	9	15.7	25	43.1
total	38	65.5	20	34.4	58	100

Fuente: Encuesta diseñada (anexo 2)

La tabla no 1 nos muestra la distribución de los adolescentes según edad y sexo, donde predominan el sexo femenino con un 65.5% de la muestra y el de edad de 14 años con un 56.8%.

Revisando bibliografía sobre estudios similares se incluyen adolescentes de ambos sexos considerándose que la relación entre sexualidad, adolescencia, VIH/SIDA y nivel de conocimientos es un problema que atañe tanto al sexo femenino como al sexo masculino partiendo de la base que es una etapa de la vida donde ambos sexos comienzan a desarrollar su inclinación sexual (69).

Nuestro estudio concuerda con otras investigaciones realizadas en cuba, por otros autores referentes al tema, donde se reporta que la mayor cantidad de adolescentes encuestados resulto ser del sexo femenino. Los adolescentes y jóvenes constituyen los grupos más vulnerables de padecer estas enfermedades según lo indican otros estudios realizados. (70 - 71)

Tabla No. 2: Distribución de los adolescentes según práctica de relaciones sexuales.

Prácticas sexuales	Sexo				n = 58	
	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	No	%	No	%
Sí	12	20.6	21	36.2	33	56.8
No	10	17.2	15	25.8	25	43.4

La tabla No.2 nos representa la presencia de actividad sexual y su relación con el sexo donde podemos observar que el 56.8% (33) de los adolescentes refirieron tener relaciones sexuales de ellos el 36.2% (21) del sexo femenino mientras que el 20.6% (12) perteneció al sexo masculino. El 43.4% (25) de la muestra manifestó nunca haber tenido relaciones sexuales, 15 del sexo femenino y 10 del sexo masculino.

Resultados similares a nuestro estudio fueron encontrados en un estudio de vigilancia epidemiológica al VIH realizado en el salvador, en población adolescente donde predominó el sexo femenino como iniciador de las relaciones sexuales,(70)

Estudios realizados en España con adolescentes sobre el inicio del acto sexual predomina el sexo masculino a diferencia de nuestros resultados. (69)

Tabla No. 3: Distribución de los adolescentes según edad de inicio de las relaciones sexuales

Edad de Inicio de las Rel/Sexuales	No	%
10-11	1	1.7
12-13	6	10.3
14-15	26	38.2
Sin iniciarse	25	43.8
Total	58	100

La tabla No.3 nos muestra la distribución de los adolescentes según el inicio de las relaciones sexuales donde la iniciación entre 14 a 15 años ocupa el mayor por ciento de la muestra 38.2% (26) seguido de los que se iniciaron entre 12 y 13 años 10.3% (6), entre 10 y 11 años solo se inicio un adolescente lo que representa el 1.7% (1) de la muestra.

Mundialmente se percibe una tendencia a disminución de la edad de iniciación de las relaciones sexuales y esta es señalada por varios autores como un riesgo sobretodo cuando la educación sexual no es la adecuada.

Estudios realizados en la Provincia de Camagüey se pudo comprobar que la edad en que se iniciaron en las relaciones sexuales de los adolescentes fue entre 14 y 15 años (72)

Pro familia, el Instituto de seguro social y el Instituto nacional de cancerológica realizaron estudios en adolescentes entre 12 y 17 años, encontrando que el 17% de los adolescentes habían tenido coitos, siendo mayor en los barones que entre la mujeres, a diferencia de los resultados encontrados en nuestro trabajo, la edad promedio para la primera relación sexual fue entre 13 y 14 años (73).

Tabla No. 4 Distribución de los adolescentes según usos de protección en la primera relación sexual.

Usos de protección	No	%
Si	6	18.2
No	27	81.8
Total	33	100

La tabla No.4 nos identifica la cantidad de adolescentes que usaron protección durante sus primeras prácticas sexuales donde se percibe que solo 6 refirieron haber tenido relaciones sexuales protegidas, (18.2%) mientras que 27 casos (81.8%) dicen haber tenido la relación sin protección.

Estudios realizados en el año 2004 en un grupo de adolescentes de una escuela de nivel medio escolar revela que el 53 % de los adolescentes encuestados no usaban nunca el preservativo en sus relaciones sexuales.(72)

En el estudio realizado por la Facultad de Comunicación Social más de la mitad de los entrevistados confesaron que ya había tenido relaciones sexuales, pero solo 49% de quienes lo declararon usó preservativo (73), no coincidiendo con nuestro estudio.

Lograr una educación de los adolescentes en cuanto al uso del preservativo constituye una meta fundamental del programa de prevención de las ITS los cuales se apoyan en campañas por parte de los medios de difusión masiva ya que en la actualidad todavía esta en nuestras manos la lucha contra los detractores del uso del condón ,los cuales pueden transmitir ideas erróneas con relación a esto, por lo tanto la constancia del trabajo educativo y preventivo esta en nuestras manos para de esta forma lograr un sexo protegido en la mayor cantidad de las personas.

Tabla No. 5: Distribución de los adolescentes según información recibidas sobre VIH.

Información Recibida	No	%
Si	58	100
No	0	0
Total	58	100

La tabla No.5 nos muestra la distribución de los adolescentes según información recibida sobre VIH. Del total de los encuestados el 100 % recibió información sobre el VIH, lo cual nos habla a favor de la eficacia de las actividades de promoción realizadas tanto a nivel de escuela como en el sistema de salud.

En cuba en investigaciones realizadas en el Centro Nacional de Prevención de ITS, VIH/SIDA afirman que más del 95% de la población cubana de 13 a 49 años de edad, sexualmente activa, a recibido información, dato que se asemeja

al nuestro, sin embargo no ha sido posible detener el crecimiento de la epidemia.(74)

En el Distrito Federal de México con el objetivo de implementar un programa educativo sobre el VIH –SIDA se aplicó inicialmente una encuesta a jóvenes educandos donde el 89% refiere haber recibido alguna información sobre VIH-SIDA. (76)

Tabla No. 6: Distribución de los adolescentes según vías por la cual recibieron la información

Vías de obtención de la información	Total (n=58)	
	No	%
Medios de difusión	58	100
Amigos	46	79.3
Escuela	37	63.7
Consultorio Medico de Familia	41	70.6
Familia	26	44.8

Al analizar la tabla No.6 podemos apreciar la distribución de los adolescente según vías por la cual recibieron la información. Del total de la muestra el 100% recibió la información sobre el VIH a través los medios de difusión, seguido de los amigos (79.3%), Consultorio Medico de la Familia (70.6%) la escuela (63.7%) y por ultimo de la familia con un (44.8%).

Resultados similares fueron encontrados por el Doctor Balmaceda donde el menor % de información fue recibido por la familia, la escuela y las instituciones de salud (77)

Uno de los grandes méritos del programa de prevención es haber extendido los servicios de información a la población apoyados en los medios de difusión masiva sin embargo para muchos cubanos y cubanas los mensajes transmitidos por los medios de comunicación todavía resultan aburridos y poco motivante.(75)

Opinión similar tuvieron nuestros adolescentes en las clases debate donde expresaron que los spot de televisión le resultaban a muchos aburridos además, no existe un programa de información constante sobre las ITS por parte de educación. Por lo tanto el lograr una dinámica a la hora de transmitir la información constituye una tarea básica de los responsables de esta tarea para poder lograr los resultados que esperamos.

La información debe fluir de forma sistemática y extendida a todos los grupos poblaciones, sea en las escuelas, centros laborales, cuadras etc. la preparación de promotores de salud constituye un eslabón fundamental en la cadena informativa, el hacer llegar a los jóvenes en las escuelas folletos acerca de esta temática constituye una vía de transmitir la información y de esta forma lograr nuestro objetivo fundamental que es la prevención.

Aspecto importante que se debe señalar y que constituye una crítica es que contradictoriamente solo el 70.6% de los estudiantes refirió haber recibido información por parte del médico y enfermera de la familia, lo que nos demuestra que existe un fallo en el funcionamiento de los Círculos de Adolescentes que deben desempeñarse en cada Consultorio Médico de la Familia y que tienen entre sus funciones realizar actividades con fines preventivos.

Tabla No.7 Distribución de los adolescentes según conocimientos sobre formas más comunes de infectarse por el VIH antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Alto	16	27.5	49	84.4
Medio	9	15.5	3	5.1
Bajo:	33	56.8	6	10.3
Total	58	100	58	100

Al analizar la tabla No.7 la cual nos muestra la distribución de los adolescentes según conocimientos sobre formas más comunes de infectarse por el VIH antes y después de la intervención educativa. Podemos observar que antes de la intervención el mayor por ciento de la muestra 56.8% (33) se ubico en el nivel bajo de conocimiento con relación a las formas más comunes de infectarse por el VIH. Después de la intervención (49) adolescentes 84.4% se ubicaron en nivel alto pues fueron capaces de identificar las 4 formas más comunes de infectarse, el 10.3% (6) quedo ubicado en el nivel bajo pues no fueron capaces de identificar la vía madre hijo y las transfusiones de sangre como formas de infectarse.

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 (78)

Tabla No.8 Distribución de los adolescentes según nivel de conocimientos antes y después de la intervención sobre formas de protección para no contraer el VIH

Nivel de conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Alto	7	12.0	53	91.3

Total (n= 58)

Medio	17	29.4	5	8.7
Bajo	34	58.6	0	0

La tabla No. 8 refleja el conocimiento antes y después de la intervención educativa sobre las formas más comunes de protección para no contraer el VIH/SIDA. Del total de adolescentes encuestadas el 88% presentan dificultades al conocer las formas de protección por lo que se ubicaron en el nivel medio y bajo de conocimientos, solo el 12% alcanzo niveles altos de conocimiento.

Después de la intervención el 91.3 se ubico en nivel alto ya que fueron capaces de identificar las 3 formas de protección para no contraer el VIH. El 8.7% se ubico en el nivel medio pues identificó el uso de las píldoras anticonceptivas como una forma de protección

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 (78).

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 (79)

Tabla No.9 Distribución de los adolescentes según nivel de conocimientos antes y después de la intervención sobre quien tiene la responsabilidad en el uso del los preservativos

Responsabilidad del uso del condón	Total (N=58)			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
De la Mujer	0	0	0	0

Del Hombre	47	81.0	2	3.4
De Ambos	11	19	56	96.6

Con respecto a la tabla No.9 que demuestra la distribución de los adolescentes según nivel de conocimientos sobre responsabilidad del uso del condón antes y después de la intervención educativa; del total de adolescentes encuestados el 81% refiere que es “del hombre” la responsabilidad y solo un 19.9% reconoce que es de ambos. Después de la intervención educativa el 96.6% reconoce a ambos miembros de la pareja como responsables del uso del condón y solo un 3.4% sigue manifestando que es el hombre el responsable

Tabla No.10 Evaluación del nivel de conocimiento general de los adolescentes de 9no grado del ESBU Miguel Calvo Antolín antes y después de la intervención educativa.

Evaluación del conocimiento	Total (N=206)			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Alto	1	1.7	46	79.3
Medio	18	31.0	10	17.2
Bajo	39	67.3	2	3.5

Resultado: $p = 0.001$ $\alpha = 0.05$, ($p < \alpha$)

Con respecto a la tabla No. 10 podemos ver la evaluación del nivel de conocimiento general de los adolescentes de 9no grado de la ESBU Miguel Calvo Antolín antes y después de la intervención educativa. Al inicio de la investigación podemos apreciar que el 67.3% (39 encuestadas) tenían nivel de conocimientos bajos, seguido por el 31.0% (18) con mediano conocimientos y solamente el 1.7% (1 adolescente) presento conocimientos altos. Después de la intervención el 79.3% (46 capacitados) adquirieron conocimientos altos, seguidos por los conocimientos medianos en el 17.2% (10 adolescentes). Es bueno destacar que se quedaron 2 adolescentes que alcanzaron niveles de conocimientos bajos para un 3.5%.

Estos resultados son parecidos a los obtenidos por la Dra. Ortiz Maza y la Dra. Rosello 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.(78 -79).

Al realizar el análisis estadístico de la comparación de medias y comparando ambos momentos (antes y después de la intervención educativa) buscando comprobar la efectividad de la intervención (taller) aplicada, encontramos los siguientes resultados:

MOMENTOS	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA.	INTERVALO DE CONFIANZA
ANTES	56.39	3.75	(53.89;60.14)
DESPUES	84.49	4.15	(81.34;88.24)

La media para antes de la intervención fue de 56.39 por lo que clasifica a los encuestados en la categoría de nivel medio, ya después de la intervención educativa (taller) la media es de 84.49 lo que los clasifica en la categoría de nivel alto.

Cuando se obtiene el resultado de la probabilidad asociada al estadígrafo de prueba (p) $p= 0.001$ como este resultado es menor que el nivel de significación utilizado $\alpha = 0.05$, ($p < \alpha$) se rechaza la hipótesis nula (H_0), y se acepta la hipótesis alternativa (H_1) por lo que la intervención educativa (taller) elevó el nivel de conocimientos de los adolescentes de 9no grado sobre VIH/SIDA en el ESBU Miguel Calvo Antolin del Municipio Chambas. Esto se corrobora si observamos los intervalos de confianza calculados donde la media calculada se encuentra en el mismo intervalo; pudiendo entonces afirmar con una confiabilidad del 95% que las medias difieren en ambos momentos por lo que reafirmamos que la intervención aplicada fue efectiva y se cumplió con el objetivo propuesto en nuestra investigación.

CONCLUSIONES GENERALES.

Después de la intervención educativa a los adolescentes de 9no grado de la ESBÚ Miguel Calvo Antolin adquirieron niveles de conocimiento alto y medio con respecto a las infecciones por VIH/SIDA. Por lo que una vez más se demostró el valor incomparable de la labor educativa, esto conlleva a conductas responsables ante las infecciones de transmisión sexual y favorecen una sexualidad sana.

RECOMENDACIONES

- Ø Recomendamos implementar un programa de prevención y promoción sobre VIH/SIDA en escuelas secundarias básicas para fomentar el conocimiento y mejorar la percepción ante el riesgo.
- Ø Recomendamos rescatar el funcionamiento de los Círculos de Adolescentes en los Consultorios Médicos de la Familia en el área de salud Camilo Cienfuegos.
- Ø Recomendamos realizar talleres de capacitación en VIH/SIDA para adolescentes a través de los promotores de salud.
- Ø Recomendamos generalizar el plegable diseñado para la intervención en los consultorios Médicos de la Familia del área.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín del centro de Prevención de las ITS/VIH/SIDA, serie por la vida, Ciudad de La Habana centro de Prevención de las ITS/VIH/SIDA, 2002.
2. López, E;A. Marín: La Candidiasis como manifestación Bucal en el SIDA (Periódico en Línea) en el 2001 (citado diciembre del 2000): 38(1): www.est01101.pdf.
3. De la Osa, A J: Donde Estamos en América Latina y el Caribe. Gramma 2003, abril 10; 8 (1-2).
4. Un Enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA. París UNESCO 2003.
5. Beccaría, M J: Plan de movilización multisectorial frente al VIH/SIDA 1997-2000. Diciembre 1997 (Citado 19-diciembre -1997) disponible en www.ms.es/sida/plan-movilización/pmovilización1997-0/capítulo3.htm
6. The Johns Hopkins University Bloomberg School Public Health: Los Jóvenes y el VIH/Sida ¿ Podemos evitar una catastrofe? (periódico en línea) Otoño 2001 (citado enero 2001) XXIX (3) Disponible en www.poprepts@jhuccp.org.
7. Los jóvenes y el VIH/SIDA: una oportunidad en un momento crucial (Documento en línea) (citado 2 de julio del 2002) Disponible en www.unicef.org/español/sidacamp.htm
8. Venezuela, M: SIDA Entre el Desanimo y la Esperanza Gramma 2002 jul 13; 5 (Col5,6).
9. Binbela, J., L Piqueras: SIDA y Jóvenes: La Prevención por vía sexual. Granada: EASP, 1997:20-60.
10. Periódico Extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Nueva York: Naciones Unidas, 2001: p 19-21.
11. Quintana, C; H. García, G. Curbelo: Higiene y Epidemiología. Apuntes para la Historia. Ciudad de La Habana Palacio de las Convenciones 2002. 2004. 05.

12. Díaz, M. E., M, Fernández, A. Peruga: Comportamiento Sexual y Caracterización de la Población con Conductas de Riesgos de Infección por el VIH/SIDA a través de Métodos Matemáticos. Un estudio de Ciudad de la Habana: Ciudad de la Habana Oficina Nacional de Estadísticas 1999.
13. Pelvez J. Enfermedades de transmisión sexual: causas, transmisión, riesgos y prevención: impacto juvenil: su importancia. Ciudad de La Habana : Ciencias Médicas; 1999:49-62
14. Guerrero Borrego N, García Moreira OC. Desde los afectos: una invitación a la reflexión. Madrid: Trad; 2004:123-145
15. Lazo Alvarez MA, Diaz Garrido D, Padrón Vega Y. Conocimientos de especialistas en Medicina General Integral sobre las enfermedades de transmisión sexual. Pinar del Río, 2000. Disponible en: <http://www.ipk.sld.cu/bolepid/bol36-02htm> Acceso: 9 de noviembre del 2004.
16. Santana Garay JC. Infección por el VIH. La Habana: Ciencias Médicas; 2000.
17. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA. Pautas para la prevención de infecciones oportunistas en personas con VIH o SIDA en América Latina y el Caribe. Montevideo: OPS; 2005.
18. Perelson AS, Neumann AU, Markowitz M, Leonard JM, Ho DD. HIV-1 dynamics in vivo: virion clearance rate, infected cell life-span, and viral generation time. Science. 1996; 217:1582-6.
19. Quesada R, Galvan García, Emilio E. SIDA: infección-enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana. La Habana : Científico-Técnica; 1987:24-31
20. Valdéz, L. Enfermedades emergentes y reemergentes. La Habana : MINSAP; 1998:98-117
21. Connor EM, Sperling RS, Gelger R. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus tipe 1 with zidovudine treatment. N Eng J Med 1994; 331: 573.
22. Roitt Iván M. Inmunología: fundamentos. 9 ed. Madrid: Médica Panamericana; 1998.

23. Benenson AS. Manual para el control de las enfermedades transmisibles. 16 ed. Washington, DC: OPS; 1997.
24. Ghys P. Best of AIDS. AIDS. 2003; 17(suppl.4): S121-2
25. Lurie L. The impact of migration on HIV-1 transmission in South Africa . Sexually Transmitted Diseases. 2003; 30(2): 149-56.
26. Public Health Service Guidelines for Testing and Counseling Blood and Plasma Donors for Human Immunodeficiency Virus type 1 antigen. MMWR 1996; 45: RR-2.
27. Álvarez Síntes R. Temas de Medicina General Integral: Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2001; Vol 1 Salud y Medicina.
28. Abbas Abul K. Inmunología celular y molecular. 4 ed. Madrid: Mc Graw Hill; 2002.
29. UNICEF, USAID, ONUSIDA. Children on the brink 2006. A joint report on orphan estimates and program strategies. Washington, DC: UNICEF; 2006.
30. Borroto Chao R. La participación social y la planificación: un método de planificación local con participación comunitaria. La Habana : CNPES, MINSAP; 1999.
31. WHO. WHO/CDC case definition for AIDS. Wkly Epidem Rec 1996; 61: 69-76.
32. Costa JR, Damiano A. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, patógena, diagnóstico y tratamiento. Madrid: Ministerio de Salud y Consumo; 1994:213-342
33. O'Brien WA, Hartigan PM, Martin D. Changes in plasma HIV –RNA and CD4 lymphocyte counts and the risk of progression to AIDS. N Engl J Med 1996; 334: 426-31.
34. Ho DD, Neumann AU, Perelson AS, Chen W. Rapid turnover of plasma virions and CD4 lymphocytes in HIV-1 infections. Nature. 1995; 373: 123-26. 23 -Derecho para todos, responsabilidad para todos. Disponible en: [http:// www. Cuba.Vu/view/docs/doc](http://www.Cuba.Vu/view/docs/doc) 2004 Acceso: 20 Dic. 2006.
35. Cates W, Stone KM. Family planning, sexually transmitted diseases, and contraceptive choice: a literature update---part I. Fam Plann Perspectives 1992; 24:74--84.

36. Anderson JE, Dahlberg LL. High risk sexual behavior in the general population: results from a national survey 1988-1990. Sexually Transmitted Diseases. 1992; 19(6): 320-5.
37. Araneta MR, Mascota L, O'Neil L, Ginsberg MM, Bursaw M, Marik J, et al. HIV transmission through donor artificial. JAMA. 1995; 273 (11): 854-8.
38. Lackritz EM, Satten GA, Abernethy GR, Dodd RY, Raimondi VP, Janssen RS, et al. Estimated risk of transmission of human immunodeficiency virus by screened blood in the United States. N Eng J Med 1995; 333 (26): 1721-5.
39. ONUSIDA/OMS. La epidemia de SIDA: situación en diciembre del 2004. Washington, DC: OPS; 2004.
40. Kline MW, Shearer WT. Breast feeding and HIV. Lancet. 1993; 342:1437-8.
41. UNFPA. Prevention of HIV transmission to pregnant women, mother and their children. Ginebra: OMS; 2003.
42. Paul MO, Tetali S, Lesser ML, Abrams EJ, Wangs XP, Kowalski R, et al. Laboratory diagnosis of infection status in infants perinatally exposed to human immunodeficiency virus type. J Infect Dis 1996;173 (1): 68-76.
43. Kline MW, Shearer WT. Impact of human immunodeficiency virus infection on woman and infants. Infections Diseases Clinics of North America. 1992; 6:1-15.
44. VIH/SIDA y mundo del trabajo. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo; 2005.
45. -Nuevas infecciones por VIH. Acceso: 4 de enero del 2004. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/releases/2003/prunaids/es/>
46. Mocroft A, Johnson MA, Phillips AN. Factors affecting survival in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. AIDS. 1996;10:1057-6513 .
47. La epidemia de SIDA. ONU/SIDA/OMS: situación en diciembre del 2000. Washington, DC: OPS; 2001.
48. Resumen mundial de la epidemia del VIH/SIDA 2005. Ginebra: ONUSIDA; 2005:13-58

49. Organización Panamericana de la Salud. Día Mundial del SIDA busca erradicar el estigma y la discriminación (comunicado de prensa). Washington, DC 20 de noviembre de 2003 MMWR [en línea] Acceso 3 de Febrero de 2004 [4 pantallas] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/ps031119.htm^>.
50. Resumen mundial de la epidemia VIH/SIDA 2002. Ginebra: ONUSIDA; 2002 .
51. Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/SIDA 2001-2006 Cuba. La Habana : MINSAP; 2000 :21-37
52. Informes estadísticos del Centro Nacional de Control y Prevención de las ITS/VIH/SIDA. La Habana : MINSAP; 2005 .
53. Portal de salud de Cuba. Vigilancia: la práctica de la vigilancia en salud pública: un nuevo enfoque en la república de Cuba. 1999 [12 pantallas] Disponible en <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/ps031119.htm^> Acceso: 3 de enero del 2006.
54. Center for Disease Control and Prevention. Kaposi's sarcoma and pneumocystis carinii pneumonia among homosexual men New York city and California . MMWR 1981;30:305-8.
55. Fauci AS , Laine HC. Human immunodeficiency virus (HIV) disease: AIDS and related disorders. En: Harrison's Principles of Internal Medicine. 14 ed. New York : Mc Graw-Hill; 1998. p. 1791-1855 .
56. Hogan CM, Hammer SM. Host determinants in HIV infection and disease: part 1: cellular and humoral responses. Ann Intern Med 2001;134:761-76 .
57. Pantaleo G, Menzo S, Vaccarezza M. Studies in subjects with long-term nonprogressive human immunodeficiency virus infection. N Engl J Med 1995; 332:209-16.
58. Vial P, Ferrales C, Abarca K. Historia natural de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana en una cohorte de pacientes. Rev Méd Cub. 1996; 124:525-35.
59. Turrent Figueros J, Talledo Ramos L, Gundi6n Gonz6lez P, Gonz6lez Bernab6 A, Remu6an B, Quevedo Sotolongo L. Neurosida como diagn6stico diferencial de la enfermedad cerebrovascular en

- cuidados intensivos. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencia. 2004. Acceso: 5 de marzo 2006. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol3_1_04/mie06104.htm
60. Albear de la Torre A , Lugo Carro I. Conviviendo con VIH/SIDA. La Habana : Centro Nacional de Prevención de ITS/VIH/SIDA; 2004.
61. Muñiz Vega S. Enfoque social del VIH/ SIDA (Trabajo de Filosofía). La Habana 2005.
62. Center for Disease Control and Prevention. 1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescent and adults. MMWR 1992; 41(No. RR-17):1-19.
63. Obstetrical factors and transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to child. N Eng J Med 1996; 334: 25.
64. Bosch García RJ, Herrera Cebalbs E. Trastornos mucocutáneos en el SIDA: claves diagnósticas y terapéuticas, Barcelona: Drug Farma, 1997.
65. Darras J.C, Lucet JC, Laisby JP, Chochillon C, Casalino E; Loly V, et al: Invasive pulmonary aspergilosis in AIDS. Pathol Biol 1998; 46(6): 416-7.
66. Lozano de León. Fiebre de origen desconocido: actitudes diagnósticas. Medicine. 1998; 7(77): 3558-66.
67. Delgado A. Infección por el VIH en Pediatría. Transmisión materno fetal: factores de riesgo. Ann Esp Pediatr 1994; 37-42.
68. Información básica sobre la atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA.
69. Fortuny C. La infección por VIH en el niño. En: Gatell JM, Clotet B, Podzamczar D, Miro JM, Mallotas J, clínica, diagnóstico y tratamiento.. Barcelona: Masson; 1998.
70. Trujillo Torres. M, Rodríguez Valientes Y. Mujer – Maternidad Versus SIDA: Una reflexión necesaria sexología y sociedad. 2005; 11 (39):20 - 33
71. Organización panamericana de la Salud del adolescente y el joven. Situación social de los adolescentes y jóvenes en América Latina. Ginebra: OPS – OMS; 1995.

72. Revista Cubana MGI 1999;15(5):536-40
73. Paz F M. Eruztche, Barriera QM. Las ITS en edades tempranas algunas confidencias al respecto. Rev. Cub. Enf. 2001; 15 (1): 22 -7.
74. Quinn TC, Ruff A, Halsey N. Acquired immunodeficiency syndrome: special considerations for developing nations. Adults Infect Dis J 2002; 11: 558- 68.
75. Experiencias y resultados del Proyecto Cubano de Educación Sexual en secundaria básica. Pueblo y Educación; 2004.
76. Investigación sobre percepción del riesgo en Ciudad de La Habana Oficina Nacional de Estadística; 2004.
77. Balmaceda, I. Intervención en adolescentes en Secundaria Básica. Área de Salud Camilo Cienfuegos. Año 2006
78. Ortiz Maza Y, Gutiérrez Villa N, Castillo L. La Mujer. Vulnerabilidad y su relación con el VIH/SIDA. 2006
79. Roselló Izquierdo A. Conocimiento sobre las ITS/VIH/SIDA en trabajadores de la construcción del municipio Morón. Septiembre 2005 a marzo del 2006.

ANEXO 1

Acta de Consentimiento Informado

Por este medio informamos a los adolescentes que se realizará un estudio de intervención, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de los mismos con relación al VIH-SIDA.

Dicha investigación consiste en la aplicación de una encuesta, en un segundo tiempo se implementará un programa de prevención y posteriormente se aplicará nuevamente la encuesta.

Solicitamos la participación del adolescente por voluntad propia de formar parte de este estudio y la posibilidad de abandonar el mismo en caso de que lo desee.

Sin otro asunto

Nombre del adolescente

Firma

Fecha

ANEXO 2

Encuesta

Edad _____

Sexo _____

Grado que cursa _____

1) ¿Has tenido relaciones sexuales?

Si _____ No _____

- De ser positiva la respuesta anterior responda las siguientes preguntas

a) ¿A que edad comenzaron tus primeras relaciones sexuales?

10 -11 _____

12-13 _____

14-15 _____

b) ¿Fue protegida o con preservativo?

Si _____ No _____

2) ¿Has recibido información sobre VIH/SIDA?

Si _____ No _____

- De contestar positivamente diga a través de que vías la ha obtenido

a) Medios de difusión _____

b) Familia _____

c) Escuela _____

d) Consultorio medico de la familia _____

e) Amigos _____

3) Las vías por las cuales un adolescente se contagia o infecta con el VIH es

- a) Relaciones sexuales protegidas _____
- b) A través de agujas contaminadas _____
- c) Trasfusiones de sangre _____
- d) Relaciones sexuales desprotegidas _____
- e) A través del beso caricias y masajes _____
- f) De madre a hijo _____
- g) Picadas de mosquitos _____

4) ¿Cuáles son las medidas de protección que usted utilizaría para no contraer la infección del VIH ?

- a) Uso de píldoras anticonceptivas _____
- b) Juegos sexuales sin penetración _____
- c) Abstinencias sexuales _____
- d) Uso de DIU _____
- e) Uso de preservativos _____

5) ¿El uso del condón o preservativo es responsabilidad de?

- a) La mujer _____
- b) El hombre _____
- c) Ambos _____

ANEXO No. 3

Dimensiones e indicadores

VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADORES/ DIMENSIONES	TECNICA QUE UTILIZÓ O ITEM QUE EVALUA
Nivel de conocimiento en los adolescentes de 9no grado de la secundaria básica Miguel Calvo Antolín sobre VIH/SIDA.	<ul style="list-style-type: none">- Alto: Si conoce las vías por las cuales se produce el contagio del VIH/SIDA, las tres formas correctas de protección para no contraer la infección e identifica a los dos integrantes de la pareja como responsables en el uso del condón o preservativo.- Medio: Si conoce al menos cuatro vías a través de las cuales se produce el contagio del VIH/SIDA, dos formas correctas de protección para no contraer la infección e identifica al hombre como responsable del uso del preservativo.- Bajo: Si conoce menos de cuatro vías a través de las cuales se produce el contagio del VIH/SIDA, una forma correcta de protección para no contraer la infección e identifica al hombre como responsable del uso del preservativo.	<ul style="list-style-type: none">- EncuestaPregunta 3: Incisos: b; c; d; ePregunta 4: Incisos: b; c; ePregunta 5: Incisos: cTodos los incisos correctos se evaluarán con 12.5 Puntos

