



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CIEGO DE ÁVILA
Policlínico de Baraguá



**TITULO: MODIFICACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN
MUJERES ADOLESCENTES EN EL CONSEJO POPULAR
DE COLORADO.**

AUTORA: DRA. ANA MARÍA MELO RODRÍGUEZ

Residente de 2do año de Medicina General Integral.

TUTOR: DRA. Mercedes N. Pérez de Corcho Pérez.

Especialista de 1er grado en Medicina General Integral.

*Trabajo para optar por el Título de Especialista de 1er grado en
Medicina General Integral.
Año 2012.*

Dedicatoria

A mi abuela que fue y es mi fuente de inspiración y exigencia constante por mi superación, a mi abuelo que siempre ha estado en los momentos difíciles y que hoy soporta mis malcriadeces, a mi papa que es mi soporte espiritual y bastón de apoyo, a mis hermanas que me motivan y me ponen metas aunque ellas no lo sepan todavía, a mi tía Alicia por ser la inspiradora de lo que ahora soy, a Tere y Esther que me han ayudado y enseñado más de lo que yo esperé, a Linda que me ha apoyado incondicionalmente en la realización de esta tesis, a todos los que de una forma u otra han contribuido en la realización de este trabajo.

Pensamiento

“...Yo suelo olvidar mi mal cuando curo el mal de los demás. Yo suelo no acordarme de mi daño más que cuando los demás pueden sufrirlo por mí....”

José Martí

Índice:

Introducción-----	1
Objetivos-----	4
Hipótesis-----	5
Diseño metodológico-----	6
Marco Teórico -----	10
Análisis y discusión de los resultados-----	16
Conclusiones-----	24
Referencias Bibliográficas-----	25
Anexos-----	31

Resumen:

Se realizó un estudio de intervención comunitaria para modificar el grado de conocimiento que sobre ITS tienen las adolescentes del poblado de Colorado, del municipio Baraguá, de la provincia Ciego de Ávila, en el período comprendido desde septiembre de 2010 hasta septiembre de 2011. En dicha área se tiene un universo de 69 adolescentes del sexo femenino de las cuales se escogieron para el estudio un total de 47;(las otras no podían por estar trabajando o en otras labores); comprendidas entre las edades de 12-19 años. Las evaluaciones estadísticas utilizadas fueron el porcentaje como medida de resumen para variables cualitativas y el test de Mac Nemar. Se obtuvo que el promedio de edad del grupo de estudio fue de 18 a 19 años, y la escolaridad de primaria bachiller; en su mayoría trabajan y estudian, mantienen una vida sexual activa e iniciaron las relaciones sexuales entre los 14 y 16 años, además presentan inestabilidad en la pareja. Se concluyó que existe un gran desconocimiento sobre los principales aspectos de las infecciones de transmisión sexual abordadas, pero que una vez concluida ésta se logró modificar favorablemente el estado de conocimiento de los adolescentes lográndose los objetivos propuestos.

Introducción:

El desarrollo de la sexualidad es un proceso complejo, sobre todo en la adolescencia, que es un periodo transitorio, en el cual se producen cambios significativos que involucran los aspectos biopsicosociales ⁽¹⁾. Por esto, es muy importante la formación y educación de los adolescentes en el área de la sexualidad, de manera que evalúen sus conductas y consecuencias, tomando conciencia de los riesgos a que están expuestos, garantizando una sexualidad plena y sana en el futuro ⁽²⁾.

La sexualidad suele hacer explosión en la adolescencia, generando nuevos sentimientos, miedos y experiencias. Si bien físicamente los adolescentes son capaces de tener relaciones completas, no siempre están listos ni psicológica ni económicamente, para afrontar las posibles consecuencias, como infecciones de transmisión sexual (ITS), Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA) o un embarazo no deseado: con las complicaciones médicas y psicosociales materno-fetales que este conlleva, además de los riesgos de un aborto ⁽³⁾.

La sexualidad del ser humano es una función como cualquier otra, con aspectos orgánicos, psicológicos y sociales que le permiten al individuo reproducirse, sentir satisfacción y relacionarse con sus congéneres. Sin embargo, la expresión de la función sexual se regula de acuerdo con normas socio- culturales impartidas por la educación que se inicia desde el nacimiento como un proceso integral en el cual el individuo incorpora actitudes y valores de la sociedad en que vive. Por tanto, la educación sexual debe ser responsabilidad de padres y familiares como agentes socializadores, lo cual posteriormente será reforzado por instituciones formales encargadas de la educación y la salud de la población ⁽⁴⁾.

La denominación de infecciones de transmisión sexual (ITS) se utiliza para todos aquellas infecciones que se transmiten principalmente a través del contacto sexual durante relaciones sexuales, vaginales o anales desprotegidas. Algunas también son transmitidas de madre a hijo antes, durante o después del nacimiento y a través de donaciones de sangre inseguras.

Las ITS es como se les denomina actualmente a las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), puesto que las mismas no siempre, en su evolución clínica manifiestan síntomas y signos que las clasifiquen como enfermedades y, sin embargo, puede ser posible su tratamiento ⁽⁵⁾.

Una de las estadísticas es que los adolescentes son especialmente susceptibles a las ITS. Este hecho es alarmante, ya que hay más adolescentes sexualmente activos hoy, que nunca antes. Toda una generación corre riesgo, y lo más triste de esto es que la mayoría de ellos no son conscientes de los peligros que enfrentan. A los adolescentes se les debe dar información correcta para ayudarlos a darse cuenta de

que guardarse sexualmente para el matrimonio es la única forma segura de mantenerse saludables.

Es preocupante el incremento de las tasas de embarazos en adolescentes e ITS, desde la década de los setenta, debido al escaso conocimiento en materia de sexualidad, como por el inicio de las relaciones sexuales a edad temprana, tendencia a no utilizar métodos anticonceptivos (M.A.C), baja percepción del riesgo de embarazo y de ITS. Por todo esto, la sexualidad es un problema en los adolescentes, no porque éstos sean sexualmente activos, sino que no cuenten con la preparación y orientación para una conducta sexual responsable ⁽⁶⁾.

Aparte del mayor riesgo de ITS en los adolescentes, el embarazo adolescente ha alcanzado niveles sin precedentes también. En 1985, había más de 1 millón de embarazos adolescentes; 400.000 de estos terminaron en aborto. El aborto no es un procedimiento saludable para nadie, pero esto es especialmente cierto para un adolescente. No quedar embarazada en primer lugar es mucho mejor. Los anticonceptivos orales no son tan eficientes con las adolescentes, principalmente porque son más propensas a olvidarse de tomar la pastilla. A lo largo de un período de un año, tanto como entre el 9 y el 18% de las adolescentes que usan anticonceptivos orales quedan embarazadas.

La adolescencia es una etapa fundamental en el crecimiento y desarrollo humano comprendido entre los 10 - 19 años, durante la cual el niño se transforma en adulto y está marcado para cambios interrelacionados del cuerpo, la mente el espíritu y la vida social ⁽⁷⁾. El adolescente tiene características propias de su etapa, que son expresiones propias de su edad.

La etapa puberal y sus cambios implican el inicio de una intensa sexualidad, con múltiples aspectos y sentimientos que según su desarrollo influyen en todo el ámbito personal y social del adolescente. Teniendo en cuenta que se define como sexualidad a la necesidad humana expresada a través del cuerpo, elemento básico de la feminidad o masculinidad del auto imagen y de la autoconciencia del desarrollo personal ⁽⁸⁾.

Los sentimientos y las emociones que acompañan la pubertad y la sexualidad del adolescente, son diversos y marcados por mitos o consecuencias que evocan desde su etapa infantil, muchas veces reforzadas por la desinformación que obtienen al intentar obtener detalles que le expliquen su sentir, de allí que muchas de sus interrogantes queden en el aire, generando angustias que de no ser bien orientadas, pueden dificultar el desarrollo de una sexualidad sana ⁽⁹⁾. Por otro lado la manera como se imparte la educación sexual no es la más idónea ya que el personal no es el más capacitado además de establecer si conocen el peligro relacionado con las enfermedades de transmisión sexual ⁽¹⁰⁾.

Desde que comenzó la epidemia de SIDA, hace 15 años, el virus ha infectado más de 47 millones de personas en el mundo, el SIDA se ha convertido en la cuarta causa principal de mortalidad a nivel mundial.⁽¹¹⁾

En lo que respecta a la denominación de las ITS, se han usado términos tales como: enfermedades venéreas, enfermedades de transmisión sexual y en la actualidad son consideradas como infecciones de transmisión sexual. Todas ellas se refieren a enfermedades o infecciones cuya vía e transmisión es la del contacto sexual de cualquier tipo.⁽¹¹⁾

La incidencia de ITS sigue siendo elevada en la mayor parte del mundo. Según la OMS, cada año aparecen 250 millones de nuevos casos de ITS en el mundo, uno de cada veinte personas padece o ha padecido alguna ITS, sobre todo en la población sexualmente activa, entre los 20 -34 años⁽¹²⁾. En el ámbito de muchas culturas, el cambio de la moral sexual y el uso de anticonceptivos orales han eliminado las restricciones sexuales tradicionales, sobre todo entre las mujeres, a pesar de eso, tanto los médicos como los pacientes tienen dificultad para discutir con franqueza y sin prejuicios los temas sexuales.⁽¹²⁾

El Caribe es la segunda subregión más afectada del mundo por el SIDA y las ITS⁽¹³⁾. Según el último informe publicado por ONUSIDA Y las OMS, en el año 2005 el número total de personas que viven con el VIH ha alcanzado su nivel más alto: 40,3 millones de personas. De ellos, más de dos millones son niños menores de 15 años, lo que pone en evidencia que la epidemia no ha sido controlada en ningún lugar⁽¹⁴⁾.

Los adolescentes y adultos jóvenes constituyen los grupos más vulnerables de padecer estas enfermedades, es por ello que hacia estos grupos debe prestarse especial atención y brindar una adecuada comunicación.

Es por ello que el manejo y tratamiento adecuado de las ITS en una comunidad, reduce el riesgo de transmisión del VIH, a tal punto de considerar su control como una de las medidas más efectivas para la prevención primaria.^{(15), (16)}

Las ITS/SIDA dependen más que ninguna otra epidemia actual del comportamiento humano, esta situación exige que los jóvenes conozcan que los riesgos a los que se someten, es por eso que la Prevención y Promoción de la salud en esta esfera rebasa las marcas de la salud para ser un problema y una responsabilidad de todos los sectores de la sociedad⁽¹⁷⁾. Los trabajadores de la salud y demás trabajadores de las ciencias sociales estamos obligados a trabajar en la prevención de estas infecciones, contribuyendo a elevar la percepción del riesgo y modificando creencias, actitudes y conocimientos erróneos sobre ITS/VIH/SIDA.

Siendo la adolescencia una de las etapas más vulnerables a padecer una ITS nos interesamos a realizar este estudio de intervención para modificar los conocimientos que sobre ITS presentaban las adolescentes del consejo popular Colorado del municipio Baraguá, provincia de Ciego de Ávila.

Objetivo:

- ◆ Modificar los conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual en las adolescentes pertenecientes al consejo popular Colorado del municipio Baraguá.

Hipótesis:

- ◆ Existen conocimientos inadecuados sobre Infecciones de Transmisión Sexual las cuales pueden ser modificadas con una adecuada estrategia de intervención educativa.

Diseño Metodológico.

MÉTODO.

Características generales de la investigación:

Se realizó una intervención educativa comunitaria para modificar conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual en las adolescentes del consejo popular Colorado del municipio Baraguá, provincia de Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre septiembre de 2010 hasta septiembre de 2012.

Universo:

Estuvo constituido por 69 adolescentes, comprendidas entre las edades de 12 y 19 años de las cuales se escogieron 47.

Aspectos de la Bioética:

Las adolescentes objeto de estudio y sus familiares, parientes más cercanos o sus tutores fueron informados de nuestra investigación y sus objetivos, siendo necesario la obtención de su consentimiento y conformidad de participar voluntariamente en nuestra investigación. De la misma forma se les hizo conocer que una vez iniciada, podían abandonarla si no estaban de acuerdo con el mismo. **(Anexo 1).**

Metódica:

Para el desarrollo de la intervención educativa se tuvieron en cuenta 3 etapas:

- Diagnóstico.
- Intervención educativa propiamente dicha.
- Evaluación.

Etapas de Diagnóstico:

La misma se desarrolló mediante la aplicación de una encuesta inicial diseñada a los efectos de la investigación y que buscó precisar los conocimientos que tienen las adolescentes sobre Infecciones de Transmisión Sexual.

La encuesta se estructura en:

- Aspectos Generales:

Los mismos recogieron información complementaria de utilidad para el desarrollo de la intervención y la concepción de futuras estrategias de trabajo del Área de Salud. **(Ver Anexo 2)**

Edad: Se recogieron por años cumplidos de la siguiente forma:

- 12-13 años
- 14-15 años
- 16-17 años
- 18- 19 años.

Escolaridad: Se tuvo en cuenta el nivel escolar vencido por cada adolescente objeto de estudio y de acuerdo a la edad se consideraron los siguientes:

- primaria terminada.
- Secundaria básica.
- Bachiller.

. Estado Civil

Con pareja estable: Persona con la que se ha mantenido relaciones sexuales por más de un año o por menos tiempo, pero se tiene la intención de continuarlas en un futuro.

Con pareja inestable: Persona con la que se ha tenido relaciones sexuales por menos de un año sin intención de continuarlas en el futuro o estabilizarlas.

Sin pareja: Persona que nunca ha tenido pareja o que en el momento de la encuesta no la presenta o no tiene intención de tenerla.

Ocupación: Se contemplaron los siguientes.

- Estudiantes
- Trabajadoras
- Ama de casa.

Para evaluar el nivel de conocimiento sobre ITS se tuvo en cuenta el conocimiento sobre:

1. Antecedentes patológicos personales (APP) de relación sexual, así como la edad de su comienzo.
2. Conocimiento que tienen las adolescentes sobre ITS, su existencia, curabilidad, factores de riesgo de contraerlas, y medidas de protección para evitarlas.
3. Percepción del riesgo de contraer el SIDA.

Etapa de Intervención:

Se desarrolló en un período de 11 semanas con un total de 11 sesiones de trabajo durante las cuales se impartieron los temas que facilitaron la consecución del objetivo de la intervención.

Las sesiones de trabajo se realizaron los sábados en el horario de 8.30 a.m. a 11.30 a.m. en el local que ocupa el consultorio del Libertador.

Para desarrollar esta etapa de capacitación se utilizó el método explicativo – demostrativo - participativo, empleando para ello técnicas participativas de presentación, animación y análisis del contenido, se utilizaron además, Video Been, computadoras.

Los fines que perseguimos con esta etapa fueron:

- Crear espacios que propiciaran la reflexión grupal utilizando a las propias adolescentes como principal agente social en cuanto a:
- la adquisición de conocimientos adecuados.
- modificación de conocimientos inadecuados.
- ruptura de mitos, tabúes y criterios erróneos arraigados sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH.

- Asesorar a las adolescentes ofreciéndoles elementos de análisis que potencialicen su rol protagónico como agente social de cambio en la necesidad de que no constituyan un eslabón en la cadena de transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual.
- Desarrollar un proceso de integración del tema de las Infecciones de Transmisión Sexual buscando fomentar conductas de autorresponsabilidad y autocuidado así como de sistema de valores que les ayuden a asumir un comportamiento social responsable, futuras relaciones saludables y gratificantes que refuercen su autoestima.
- La intervención se fundamentó en el cumplimiento de un Programa Analítico compuesto por los siguientes temas:

Inicio de la intervención:

- Técnica de presentación.
- Aplicación de la encuesta.

❖ Tema 1:

Conozca mejor su sexo.

❖ Tema 2:

ITS. Concepto. Breve reseña histórica. Incidencia actual.

❖ Tema 3:

Afecciones consideradas como ITS. Vías de transmisión de las ITS.

❖ Tema 4:

Síntomas y signos de las ITS.

❖ Tema 5:

Prevención de las ITS.

❖ Tema 6:

Grupos de Riesgo para las ITS.

❖ Tema 7:

Sexualidad humana. Concepto. Breve reseña histórica.

❖ Tema 8:

Embarazo en la adolescencia y Aborto. Sus riesgos, Prevención.

❖ Tema 9:

Aspectos básicos de la Sexualidad Humana.

- Culminación de la intervención:
- Intercambio de conocimientos.

Actividad recreativa.

Dado el tamaño del universo de estudio, se crearon 3 grupos de trabajo, dos de ellos con 16 adolescentes y uno con 15, para facilitar el desarrollo de la capacitación y la aplicación consecuente de las técnicas de trabajo en grupo.

A cada grupo se le destinó 1 hora por sesión de trabajo.

Etapas de evaluación:

En esta etapa se aplicó nuevamente la encuesta inicial lo que nos permitió evaluar las modificaciones de los conocimientos en las adolescentes objeto de estudio pasados 3 meses de la intervención.

Técnicas y Procedimientos:

1. De recolección de la información:

Se realizó revisión bibliográfica sobre el tema a investigar en publicaciones nacionales e internacionales disponibles en la red de bibliotecas así como en el Centro de Información Provincial de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Se utilizaron además sistemas de búsqueda de información por Internet.

La recolección del dato primario se efectuó por la propia autora quien aplicó la encuesta a las adolescentes en la etapa de diagnóstico y de evaluación que conforman la investigación, utilizó para ello la entrevista.

2. De procesamiento de la información:

Se utilizó el programa Epiinfo 6 en un microprocesador de datos en el que se creó base de datos, se utilizó el porcentaje (%) como medida resumen y se aplicó el Test de posibilidades exactas de Mc Nemar para la validación estadística de los datos, considerando su significación cuando $p < 0,05$ con un 95 % de efectividad.

3. De análisis y síntesis:

Se analizó toda la información obtenida y se realizaron comparaciones de nuestros resultados con los de otras investigaciones lo que nos facilitó arribar a conclusiones y emitir recomendaciones de ser necesario.

Marco Teórico

PREVENCION PRIMARIA DE LA INFECCION POR VIH

2.1. Objetivo general

Reducir la incidencia de la infección por VIH en la comunidad general y en los grupos poblacionales específicos (mujeres, niños, adolescentes, hombres, etc.), por medio de la identificación de las prácticas de riesgo para la infección y de la utilización eficaz de herramientas que permitan a los individuos la modificación perdurable de estas prácticas y la adopción de conductas seguras, como parte de las actividades de prevención definidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2.2. Objetivos específicos

1. Aumentar los conocimientos sobre la infección por VIH y las prácticas de riesgo a través de actividades de promoción e información.
2. Reconocer los factores de riesgo, individuales y 19 colectivos, para la infección por VIH a través de la asesoría individual o colectiva
3. Modificar las prácticas y comportamientos de riesgo para VIH por medio del desarrollo de estrategias específicas de intervención

2.3. Estrategias de prevención primaria en VIH 1. Promoción de estilos de vida saludables e identificación de factores protectores y de riesgo para la salud general.

2. Información específica sobre VIH y SIDA que aumente y fortalezca en los individuos sus conocimientos.

3. Intervención, es decir, desarrollo de estrategias psicoeducativas para reforzar los conocimientos, identificar los factores de riesgo y adquirir destrezas que posibiliten la reducción del riesgo específico de infección por VIH y SIDA, en forma individual o colectiva. Entre las estrategias de intervención tenemos la asesoría o consejería individual en VIH. Nivel de Evidencia II, Recomendación Grado B).

2.4. Elementos indispensables para el desarrollo de la estrategia de prevención primaria

1. Personal capacitado (Nivel de Evidencia III, Recomendación Grado B): los profesionales de la salud dedicados a la atención primaria son generalmente los asignados para el desarrollo de estrategias de prevención primaria, inclusive las relacionadas con la infección por VIH, pues se asume que están plenamente capacitados para realizarla en función de su formación profesional en salud

Algunos estudios han observado que a pesar del potencial que tienen los médicos de cuidado primario en la reducción de la incidencia de la infección por VIH, reportan muy bajos niveles de identificación de individuos en riesgo y de prácticas de asesoría. Esta actitud parece reflejar las percepciones que los médicos tienen de lo que es un paciente de riesgo (personas con apariencia homosexual o de farmacodependencia), o de la incomodidad para el paciente, si se le interroga sobre

sus prácticas de riesgo, sobre todo cuando el motivo de consulta y el problema de salud no tienen relación con la infección.

Los trabajadores de la salud deben ser capacitados en 20 estrategias que les permitan mejorar, no sólo sus conocimientos sino también las destrezas para lograr los objetivos de la asesoría y valorar el riesgo, de los consultantes como así mismo el propio. La eficacia de dicha capacitación se puede mejorar si se desarrollan otras estrategias que complementen la generalizada y posiblemente única estrategia de capacitación para los trabajadores de la salud, como es la lectura de material educativo. Un estudio exploratorio entre 121 médicos, encontró que la experiencia en el manejo de individuos infectados por VIH les reportaba beneficios a los individuos infectados, pero no era suficiente para brindar asesoría en la reducción del riesgo.

En Estados Unidos, entre 1987 y 1993, el porcentaje poblacional, mayor de 18 años, al que se realizó la prueba de anticuerpos para VIH, aumentó del 15 al 38%. Las dos terceras partes fueron realizados por médicos y clínicas privadas, donde sin embargo, se reportaron los índices más bajos de asesoría, comparados con los de programas del gobierno; lo anterior subraya la necesidad de capacitar a los médicos de instituciones privadas en las estrategias apropiadas para brindar asesoría que cumpla con los objetivos. En algunos estados americanos es necesario recibir, cada dos años, cursos de educación en prevención de la infección por VIH para renovar la licencia de ejercicio de la medicina.

2. Orientación educativa hacia grupos de población específicos o nucleares (Nivel de Evidencia I, Recomendación Grado A): las estrategias de prevención orientadas con criterios de selección poblacional, permiten la utilización de intervenciones educativas culturalmente más aceptables e impactantes.

Dicha orientación puede dirigirse a grupos poblacionales establecidos de antemano en la comunidad. La construcción de grupos poblacionales con el fin fundamental de intervenir sobre sus factores de riesgo para VIH implica varios aspectos. Estos grupos deben ser lo más homogéneo posible en términos de género, edad, vivencias culturales, procedencia rural o urbana, preferencia sexual, consumo de psicoactivos, etc. A partir de estos se genera la posibilidad de establecer lenguajes comunes de comunicación para que el impacto pueda ser más específico y duradero.

Ejemplos de grupos específicos o nucleares:

- Niños y jóvenes escolarizados.
- Universitarios.
- Usuarios de los programas de control prenatal y 21 planificación familiar.
- Usuarios de programas de ETS y TBC.
- Trabajadores organizados.
- Trabajadores sexuales de diferentes categorías.
- Prisioneros.
- Hombres homo y bisexuales.
- Hemofílicos o usuarios de productos sanguíneos.

- Drogadictos.
- Personas sin hogar o indigentes
- Trabajadores de la salud.
- Otros

3. Desarrollo de estrategias educativas que trasciendan en el tiempo (Nivel de Evidencia III, Recomendación grado A)

Las alternativas educativas que perduran en el tiempo y van más allá de una sola sesión, permiten el afianzamiento de conocimientos y la modificación de las actitudes y prácticas frente al riesgo de infección por VIH. Un estudio controlado, realizado en mujeres luego de 15 meses de seguimiento, demostró que si bien los beneficios de las estrategias de intervención eran superiores a los de las de carácter meramente informativo, con el paso del tiempo estos beneficios iban decayendo y que probablemente eran necesarias más sesiones de afianzamiento para ayudar a mantener los cambios de comportamiento.

4. Técnicas a utilizar para llevar a cabo las sesiones:

- Guías escritas (Nivel de Evidencia II, Recomendación Grado B): la utilización de guías instruccionales en VIH con la participación de instructores entrenados, demostraron en un estudio controlado ser mejores para reducir los factores de riesgo evitables del VIH entre adolescentes hispano-americanos y afro-americanos cuando se compararon con el suministro de guías solas o de no recibirlas.
- Video-foros (Nivel de Evidencia III, Recomendación Grado C): el uso de videos culturalmente similares y apropiados, mejoró los conocimientos frente al VIH entre adolescentes afro-americanos. Otro estudio no controlado, realizado entre padres e hijos con la utilización de video informativo y entrenamiento en destrezas específicas, demostró cómo se aumentaba la comunicación entre la familia y se mejoraban las habilidades familiares para enfrentar eficazmente los problemas.
- Grupos de discusión (Nivel de Evidencia I, Recomendación Grado B). La realización de discusiones al interior del grupo, frente al reconocimiento de los riesgos evitables del SIDA y las estrategias para afrontarlos, facilitan a los individuos hablar sobre sexo entre sí y con sus parejas, sentirse más capaces de reducir el riesgo y aumentar la probabilidad de utilizar el preservativo.
- Instructores VIH positivos (Nivel de Evidencia II, Recomendación Grado C): la intervención educativa en SIDA, realizada por personas que conviven con el VIH y han sido previamente capacitados, demostró en un estudio controlado, que los individuos que la recibían adquirían más conocimientos sobre el SIDA y cómo prevenirlo que el grupo control.

2.5. Asesoría en VIH

Es el proceso que permite valorar el riesgo individual de infección con VIH, por medio del intercambio de ideas y el apoyo psicológico, identificando los comportamientos y factores de riesgo que favorecen la probabilidad de adquisición o transmisión de la infección. Para ello el asesor o consejero, cuestiona, comparte y acepta una serie de

comportamientos y prácticas, y facilita el planteamiento de alternativas de cambio frente al riesgo de infección, posibilitando de esta manera la expresión de sentimientos y temores y la adopción de comportamientos de bajo riesgo a mediano y largo plazo. (Nivel de Evidencia III, Recomendación Grado B)

Se convierte así la asesoría en un pilar fundamental para la prevención primaria del VIH y el diagnóstico temprano de la infección.

2.5.1. Clases de asesoría en VIH

- Preprueba y posprueba.
- Individual o colectiva.
- Espontánea o motivada.
- Cara a cara, o utilizando intermediarios, como el teléfono, los audiovisuales, etc.

La asesoría y valoración del riesgo cara a cara versus métodos autoadministrados, es el método más frecuentemente utilizado en VIH, considerado por algunos como el único. Sin embargo, es importante reconocer que existen otras formas de asesorar, utilizando la vía telefónica o la autoadministración de encuestas por medios escritos y audibles; algunos estudios han encontrado que estas alternativas permiten identificar mayor número de factores de riesgo, en algunas poblaciones específicas. Uno de estos estudios comparó la técnica autoadministrada con la asesoría cara a cara y encontró que las mujeres por el método autoadministrado reconocían mayor número de prácticas de riesgo, como sexo vaginal no protegido, con compañeros no estables, sospechosos de tener infección por VIH o SIDA, o antecedentes de ETS, o uso de alcohol durante el sexo, sexo anal no protegido, con compañero estable u ocasional. Estos aspectos deben ser considerados cuando se revisen los métodos de asesoría en las clínicas de ETS.

En la asesoría posprueba las personas que se han realizado una prueba de VIH revisan sus factores de riesgo, afianzan los elementos de la asesoría inicial, aportan una referencia para el seguimiento y asumen el resultado de la prueba de VIH. La principal dificultad en torno a la asesoría posprueba es el gran número de usuarios, en todos los países y regiones, que no regresan por el resultado, después de haber recibido asesoría inicial y practicarse el examen de laboratorio. El asesor debe aceptar el hecho de que el usuario por motivos diversos, tiene el derecho de no reclamar sus resultados pues es él quien definitivamente se afecta, pero es fundamental evaluar que aspectos de la asesoría pueden contribuir a este problema. Varios estudios en mujeres africanas han encontrado que el temor a enfrentar un resultado positivo frente a su pareja, ante la posibilidad de una respuesta violenta, es un factor que les impide regresar a la asesoría pos prueba. La vinculación de la familia y/o la pareja al proceso de asesoría permite mejorar la comunicación frente al VIH y la utilización de estrategias de control para reducir el riesgo de transmisión y adquisición de la infección por VIH, como el uso del preservativo.

Un estudio demostró que las características del asesor y el tiempo dedicado a la asesoría, más que las características del asesorado, influyen en forma determinante en la eficacia del proceso.

Otro problema que afecta especialmente a los trabajadores de la salud involucrados en este proceso, son los “probadores crónicos”, es decir un número de personas que se realizan la prueba en forma periódica y frecuente. Se ha encontrado que estas personas tienen prácticas de muy alto riesgo y que sería importante realizar una evaluación más profunda sobre su conducta psíquica, como elemento determinante y favorecedor del riesgo frente a VIH.

2.5.2. Elementos técnicos indispensables para el logro de los objetivos de la asesoría.

- Personal capacitado (ver prevención primaria).
- Espacio adecuado.
- Tiempo suficiente.
- Confrontación del asesorado con la realidad.
- Utilización de técnicas de comunicación eficientes:
 - Escuchar activamente.
 - Uso eficaz de preguntas.
 - Manejo adecuado del silencio.
 - Solución de interrogantes y necesidades.
 - Retroalimentación.
 - Síntesis y conclusiones

2.6. Identificación de prácticas y comportamientos específicos asociados con la transmisión del VIH

2.6.1. Comportamiento sexual Los resultados de la encuesta social general realizada en una muestra representativa de la población norteamericana, entre 1988-1991 mostraron que la edad, el estado marital, el sexo y el consumo de alcohol, son los predictores más fuertes y consistentes del riesgo sexual para ETS y SIDA. ((Nivel de Evidencia III).

* Edad del primer coito: el primer coito antes de los 17 años en las mujeres, se ha asociado con aumento de los prácticas sexuales de riesgo para ETS, inclusive la infección por VIH (Nivel de Evidencia II).

* Compañeros sexuales: la historia de compañeros infectados con VIH, compañeros con riesgo y sin prueba de VIH, múltiples compañeros, presencia de ulceración mucosa en la pareja, se asocian a mayor riesgo (Nivel de Evidencia I).

* Prácticas sexuales

a. Alto riesgo de infección (Nivel de Evidencia I).

- Coito anal receptivo no protegido.
- Coito vaginal receptivo no protegido.

b. Riesgo documentado de infección

- Coito oral receptivo no protegido (Nivel de Evidencia I).

- Coito anal incertivo no protegido (Nivel de Evidencia I).
 - Coito vaginal incertivo no protegido (el riesgo puede ser mayor durante la menstruación) (Nivel de Evidencia II).
 - Coito oral incertivo no protegido (Nivel de Evidencia II).
- c. Riesgo bajo de infección (Nivel de Evidencia II).

Cualquiera de las prácticas antes mencionadas con utilización de condón de látex o vinyl.

Sin embargo muy pocos estudios han valorado la efectividad del condón en la prevención de la transmisión del VIH. En 343 mujeres compañeras de hombres seropositivos para VIH, la seroconversión de los que utilizaron condón siempre fue de 1/100 personas año, mientras que en aquellos que lo usaron intermitentemente o no lo utilizaron fue de 7.2/100 personas año (Nivel de Evidencia II).

d. Prácticas seguras (Nivel de Evidencia I).

- Besos profundos, siempre y cuando estén intactas la mucosa y las encías.
- Sexo no protegido con pareja sexual seronegativa.
- Monogamia mutua.
- Masturbación mutua.
- Masturbación o masaje.

e. Práctica totalmente segura (Nivel de Evidencia I).

- Abstinencia

Análisis y Discusión de los Resultados.

Para prevenir la transmisión del virus del SIDA y disminuir el impacto social que provoca, se hace necesario realizar acciones de promoción y educación para la salud que alcancen el conjunto de la población.

Es importante señalar que apuntar a los mismos fines no implica uniformidad, sino más bien respetar las diferentes realidades sociales y culturales de cada país, región o localidad. Por lo tanto, se necesita elaborar diferentes propuestas de actividades de aprendizaje dependiendo de los grupos de edades y realidades sociales, a fin de acercarse cada vez más, a las necesidades sentidas y reales de la población o grupo a los cuales se quiere llegar.

En la Tabla No 1 se muestra la distribución de las adolescentes según edad, donde se muestra que el mayor porcentaje fue entre las edades de 18 a 19 años con 18 para un 38.3 por ciento seguida de 14 a 15 años con 12, para un 25.5 por ciento.

Tabla 1: Adolescentes según edad.

Edades (Años)	Femenino	
	No	%
12-13 años	6	12.8
14-15 años	12	25.5
16-17 años	11	23.4
18-19 años	18	38.3
Total	47	100

Fuente: Encuesta

En la Tabla No. 2 se recogen otros aspectos de caracterización general de las adolescentes estudiadas y, según su edad y escolaridad, el grupo de 14-15 años fue el que predominó con 10 correspondiendo su escolaridad con primaria bachillerato con 24 para un 51,1 %,., seguido del grupo de 18-19 años con 9 con el bachillerato vencido con 12 para un 25.5 %,., esto se corresponde con el grado escolar que de forma promedio se debe estar cursando para esas edades y nos muestra que no existen dificultades en el rendimiento promedio de estas estudiantes.

En ocasiones se plantea como premisa para que el trabajo educativo para la sexualidad y todos los aspectos que dentro de ella se engloban sea exitoso, la necesidad de un determinado grado de escolaridad u otros requisitos en cuanto a preparación cultural.

En ocasiones, son los prejuicios sociales los que impiden una atención suficiente a los adolescentes en cuanto a la comunicación y aún hay temas considerados vedados, sin tener en cuenta que precisamente las palabras dichas de manera natural son las más útiles para la formación de los adolescentes. ⁽²⁶⁾

Tabla 2: Adolescentes según edad y escolaridad.

Edades (años)	Escolaridad							
	Primaria Terminada		Primaria Bachillerato		Bachiller		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
12-13	6	12.8	0	0	0	0	6	12.8
14-15	2	4.2	10	21.3	0	0	12	25.5
16-17	2	4.2	6	12.8	3	6.4	11	23.4
18-19	1	2.1	8	17.0	9	19.1	18	38.3
Total	11	23.4	24	51.1	12	25.5	47	100

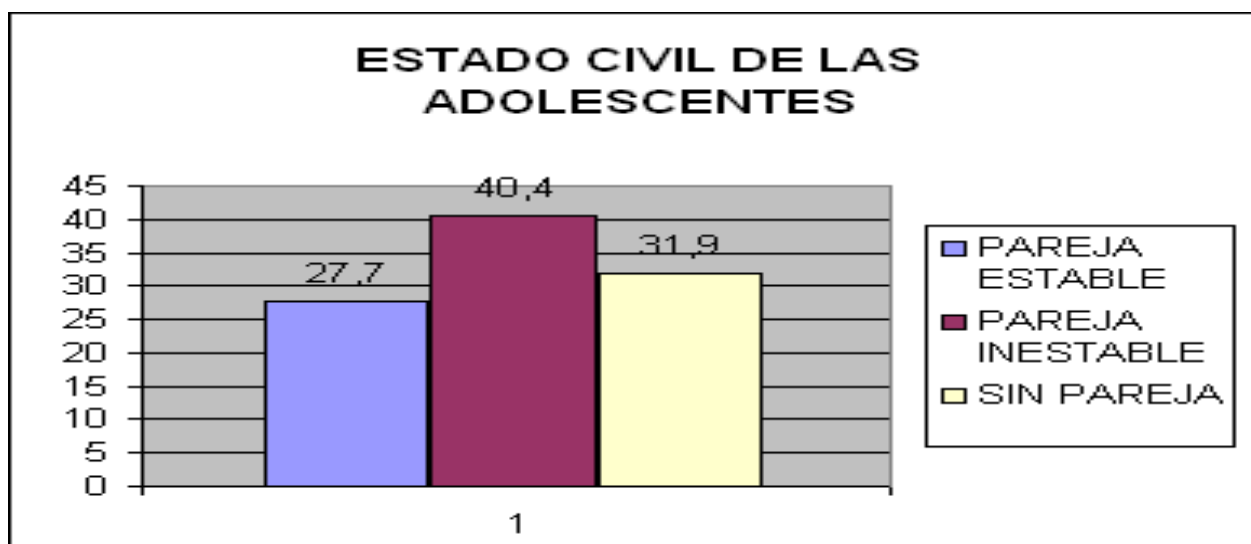
Fuente: Encuesta

Las personas más propensas a padecer de ITS son aquellas que mantienen relaciones sexuales sin selección adecuada de la pareja, o que la cambian frecuentemente; en éstas se incluyen los adolescente por ser los de mayor actividad sexual desenfrenada ⁽²⁷⁾.

El período de la adolescencia se caracteriza por la prevalencia de comportamientos de riesgo en diferentes aspectos de la vida, acompañados comúnmente por sentimientos de invulnerabilidad; muchos de ellos mantienen relaciones estables consecutivas pero de corta duración, la denominación monogamia serial (Bayís, Pastells y Tuldrá, 1996) los que los hacen vulnerable a las ITS y al SIDA ⁽²⁸⁾.

Nótese que en la tabla # 3 del total de encuestados independientemente de si tienen o no vida sexual activa el 40,4% tienen pareja inestable, el 31,9 % están sin pareja y que el 27,7 % tienen pareja estable.

Gráfico # 1 .Estado Civil de las adolescentes.



Fuente: Encuesta

Actualmente existe consenso acerca del papel fundamental que cumple la educación en la lucha contra la transmisión del VIH / SIDA y otras ITS. La Investigación acompaña las acciones educativas y ayuda a indagar y a explicar el nivel de información, las prácticas, las ideas previas y las percepciones asociadas a ITS / VIH / SIDA. Pero solo asociando investigación – acción participativa es posible fomentar la toma de conciencia grupal y el cambio de actitud promoviendo hábitos saludables en el individuo.⁽²⁹⁾

Como puede verse en la Tabla No.3, del total de adolescentes de nuestro grupo de estudio, el 66 % tenían información previa sobre ITS obtenida por medios audiovisuales como la Televisión, seguido del 51.1 % que había obtenido información por la prensa y el 40.4 % que tenían información previa sobre estos temas brindada por los amigos y luego un 38.3% por médicos.

Es bajo el porcentaje de las que habían obtenido la información por los familiares lo que coincide con los resultados de un estudio sobre Conocimientos y actitudes ante el uso del condón por adolescentes realizado en México por Juan Luís Álvarez, Gayou Jurgenson y Paulina Millán Álvarez se encontró que la información que les dan en la escuela no está ligada ni responde a sus verdaderas necesidades y que muchos padres no hablan con los hijos, los que lo hacen buscan infundir miedo o prohibir. La mayor parte de la educación se basa en el miedo (Spots de radio recientes) y la razón para usarlo es prevenir el embarazo y hay poca preocupación por las ITS.⁽³⁰⁾

Sin embargo, en estudio de Intervención educativa sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual realizado por Hernández Gutiérrez y colaboradores los resultados son similares a los que se encontraron en nuestra investigación y muestran que la información de los estudiantes a través de la escuela es muy poca a pesar de que transcurre en esta la mayor parte de su tiempo. Destaca en esta investigación que el 76.3 % de los casos refirieron haber recibido información de su médico, siendo esta cifra superior a la encontrada por nosotros y a la que ya nos habíamos referido antes.⁽³¹⁾

Actualmente se han roto los tabúes y prohibiciones y se ha hecho inevitable el crecimiento conjunto de jóvenes de ambos sexos. Esto propicia que durante la adolescencia cuando los impulsos eróticos se intensifiquen, existan una serie de posibilidades de satisfacerlos sin haber alcanzado aún la madurez emocional ni la educación necesaria para enfrentar con responsabilidad las demandas de esta etapa de la vida.⁽³²⁾

En tal sentido, a pesar de las diferencias que entre unas investigaciones y otras se encuentran en cuanto a las fuentes de información sobre estos temas, lo cierto es que la escuela y la familia están llamadas a estar a la altura de los cambios que se producen en la sociedad en que vivimos y participar de forma más activa en el proceso de educación y formación de una sexualidad responsable en sus hijos.

Tabla 3: Adolescentes según información previa sobre Infecciones de Transmisión sexual.

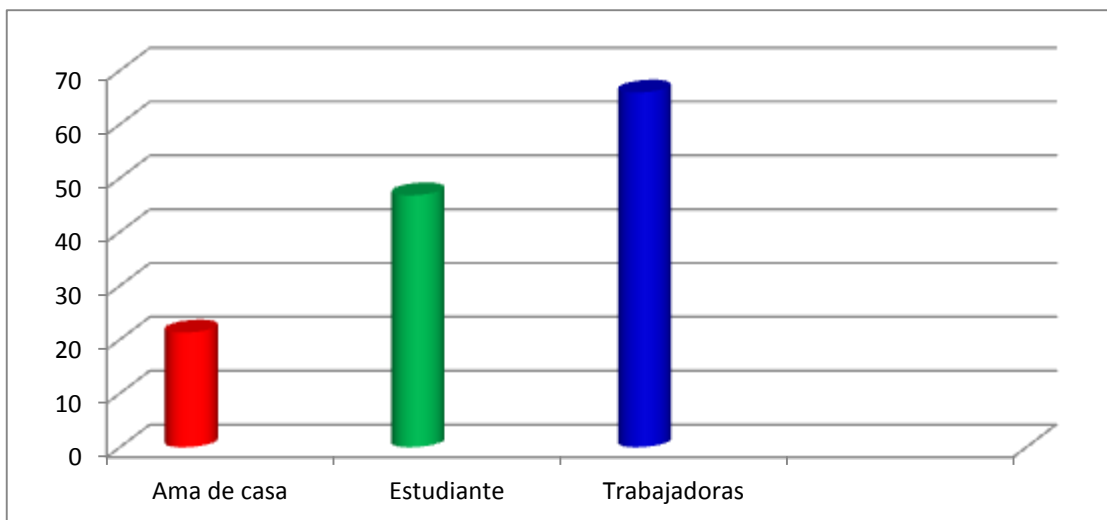
Fuentes de Información	Información previa					
	Si		No		Total	
	No	%	No	%	No	%
Médico de familia	18	38.3	29	61.7	47	100
Otro personal de salud	8	17.0	39	83.0	47	100
Televisión	31	66.0	16	34.0	47	100
Radio	15	32.0	32	68.0	47	100
Prensa	24	51.1	23	48.9	47	100
Familiares	17	36.2	30	63.8	47	100
Amigos	19	40.4	28	59.6	47	100
Escuela	14	29.8	33	70.2	47	100

Fuente: Encuesta

Según Zacarías, Antal y Jones, la población laboralmente activa así como los vinculados al estudio poseen probabilidad de contraer estas infecciones, debido al incremento del movimiento migratorio hacia las ciudades, los cambios sociales consecutivos a la industrialización, la urbanización; la mayor disponibilidad de viajar y el aumento del turismo nacional e internacional ⁽³³⁾. Además, según se ha demostrado en otras publicaciones, el desempleo y la falta de vinculación al estudio acrecientan el riesgo de las conductas sexuales desordenadas en los adolescentes y jóvenes ⁽³⁴⁾.

En nuestro estudio predominaron las trabajadoras (65.9 %) seguidos de las estudiantes (46.8 %), reflejó que la mayoría de las adolescentes están vinculados al trabajo y estudio, aunque de estas hay 6 adolescentes que estudian y trabajan, todos sabemos la necesidad de trabajar que tienen para poder mantener en ocasiones a sus niños, al no existir la figura paterna (Gráfico 2) .

Gráfico # 2: Ocupación de las adolescentes.



Fuente: Encuesta

En otros estudios se evidencia que el conocimiento precoz de las relaciones sexuales antes de los 16 años guarda estrecha asociación con la aparición de otras conductas de riesgos, ya que el ambiente de grupo así lo propicia, y es así como los adolescentes se inician en el hábito de fumar, la ingestión de bebida alcohólicas y la necesidad de buscar dinero para satisfacer otras necesidades que empiezan a preocuparles ⁽³⁵⁾.

En nuestra investigación el 53.5 % de la muestra se inició sexualmente entre los 14 y 16 años de edad, seguido de 28.6 % antes de los 13 años de edad (Tabla 4). Estos resultados coinciden con el de otros autores consultados, donde se comprueba el comienzo de las relaciones sexuales para la mayoría de los adolescentes antes de los 16 años ⁽³⁵⁾, ⁽³⁶⁾.

Tabla 4: Relación entre edad y edad de comienzo de las relaciones sexuales de las adolescentes. Consultorio # 1 Barrio Libertador. Mayo 2007 a Abril 2008.

Edad (años)	Edad de comienzo de las relaciones sexuales							
	Antes los 13 años		14-16 años		17-18 años		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
12-13 años	2	7.1	0	0	0	0	2	7.1
14-15 años	1	3.6	2	7.1	0	0	3	10.7

16-17 años	3	10.7	4	14.3	2	7.1	9	32.1
18-19 años	2	7.1	9	32.1	3	10.7	14	50.0
Total	8	28.6	15	53.5	5	17.8	28	99.9

Fuente: Encuesta

Nota: % en relación con los que tienen vida sexual activa.

Según refleja la Tabla 4, de los adolescentes estudiados solo el 38.3 % tenía un concepto adecuado sobre las ITS antes de la intervención, una vez realizada la misma se logró elevar este porcentaje hasta el 93,6%.

La investigación sobre SIDA - Intervención educativa en adolescentes realizada por González Ramírez y colaboradores muestra que el 83.3 % de los estudiantes respondieron acertadamente en cuanto a la identificación del VIH / SIDA como una enfermedad, coincidiendo con el concepto dado antes de aplicar la intervención, sin embargo, esto no significa que tengan los conocimientos que le permitan identificar en cierto momento una situación de riesgo o prevenirse de dicha entidad. Al aplicar por segunda vez la encuesta el 100% de los educandos tuvieron una definición adecuada. ⁽³⁷⁾

Tabla 4: Concepto que tienen los adolescentes sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

ANTES	DESPUES				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado			
	No	% *	No	% *	No	% **
Adecuado	18	100	0	0.0	18	38.3
Inadecuado	26	89.7	3	10.3	29	69.8
Total	44	93.6	3	6.4	63	100.0

Fuente: Encuesta

* Calculado en base al total de antes

p < 0.05

** Calculado en base al total general.

En la literatura revisada se señala que de forma general existen pocos conocimientos sobre las ITS, la falta de información y propaganda sobre el tema atenta en este sentido, siendo más amplia en ocasiones la divulgación sobre el SIDA que sobre otras ITS como la Blenorragia, Sífilis siendo casi nula en ocasiones sobre los Condilomas.

La Intervención educativa sobre ITS en un grupo poblacional de riesgo realizada por los doctores Pérez Assef y Brunely Morales, muestra que las encuestadas identificaron como ITS al SIDA, la Blenorragia y la Sífilis, sin embargo, solo el 29.9 %

reconoció el Condiloma acuminado dentro de ese grupo, siendo incluidas por algunos enfermedades como la Leptospirosis, Tuberculosis y otras, lo que demuestra falta de conocimientos sobre este tema.⁽³⁸⁾

Coincidiendo con lo antes explicado, el conocimiento sobre los tipos de ITS abordados en la Tabla No. 5, muestran que antes de la intervención solo el 27.7 % de los adolescentes tenía conocimientos adecuados. Al culminar la intervención educativa, se elevó este porcentaje hasta el 97.9%, destaca que solo 1 adolescente se mantuvo con conocimientos inadecuados sobre este aspecto. Se logran modificar los conocimientos en 33 adolescentes.

Tabla 5: Conocimientos de los adolescentes sobre los tipos de ITS.

ANTES	DESPUÉS				TOTAL	
	Adecuados		Inadecuados			
	No	% *	No	% *	No	% **
Adecuados	13	100.0	0	0.0	13	27.7
Inadecuados	33	97.1	1	2.9	34	72.3
Total	46	97.9	1	2.1	47	100.0

Fuente: Encuesta

* Calculado en base al total de antes

p < 0.05

** Calculado en base al total general.

Conocer sobre los síntomas y signos de las ITS constituye un elemento importante para la búsqueda de orientación para el tratamiento.

Este aspecto abordado en la Tabla No 6 nos muestra que antes de nuestra intervención solo 23.8 % de las adolescentes tenían conocimientos adecuados sobre el tema, una vez desarrollada la intervención se eleva este porcentaje a un 96.8 pues se logran modificar los conocimientos en 46 de las adolescentes estudiadas.

Coincide con nuestros resultados un estudio revisado en el que se encontró que solo el 24.7 % reconoce signos y síntomas de la sífilis, el 76 % reconoce los de la blenorragia, el 46.1 % reconoce los del VIH / SIDA y solo el 14.5 % los de la condilomatosis, lográndose modificar los conocimientos luego de desarrollar su intervención educativa.⁽³⁹⁾

Nuestros resultados resultaron altamente significativos desde el punto de vista estadístico al obtenerse una p < 0.05.

Tabla 6: Conocimientos de los adolescentes sobre síntomas y signos de las ITS.

ANTES	DESPUES				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado			
	No	% *	No	% *	No	% **
Adecuados	8	100.0	-	-	8	17.0
Inadecuados	37	94.9	2	5.1	39	83.0
Total	45	95.7	2	4.3	47	100.0

Fuente: Encuesta

* Calculado en base al total de antes

p < 0.05

** Calculado en base al total general.

En un estudio realizado sobre la utilización del condón o preservativo, que es una de las medidas más importantes para evitar una infección de transmisión sexual; se pone en evidencia el desconocimiento sobre el mismo tanto en hombres como en mujeres, los que señalan que los padres y en general los adultos se oponen a que se les informe a los adolescentes sobre el uso de anticonceptivos y es necesario adoptar las premisas de algunos pedagogos al decir que: “en materia de anticoncepción, es mejor llegar un año antes que un día tarde”⁽⁴⁰⁾

Los condones ayudan a mantener relaciones sexuales seguras, previniendo el contacto entre fluidos vaginales, sangre y semen, pero son muchos los que se resisten a utilizarlos, por la existencia de mitos y errores relacionados con el uso y efectividad de éstos, sin embargo, influyen en ello, como son: vergüenza al hablar de él, falta de información sobre donde deben adquirirse y en cuanto a cómo se usan y el precio. En Chile, mediante la aplicación de una encuesta se demostró que casi la mitad de los muchachos no sabían que los condones pueden contribuir o prevenir las ITS⁽³⁸⁾. Tales hallazgos no concuerdan con los de nuestro trabajo, ya que al indagar que sabían acerca del preservativo o condón como método para evitar las ITS (Tabla 7), encontramos que antes de la intervención el 83 % de los encuestados tenían referencias sobre ello, y una vez aplicada la intervención se logró elevar el conocimiento al 97.9 % de los adolescentes, resultado que alcanzó significación estadística, ya que sólo 1 de los encuestados respondió negativamente en ambas encuestas.

Tabla 7: Conocimientos sobre el uso del preservativo como método para evitar las ITS. . Consultorio 11.Barrio Libertador. Mayo 2007 a Abril 2008.

ANTES	DESPUES				TOTAL	
	Adecuados		Inadecuados			
	No	%	No	%	No	%
Adecuados	39	100.0	0	0.0	39	83
Inadecuados	7	87,5	1	12.5	8	17
Total	46	97.9	1	2.1	47	100.0

Fuente: Encuesta

En “Los adolescentes y el SIDA”, investigación realizada por Álvarez León y colaboradores, los adolescentes estudiados reflejaron prácticas sexuales que favorecen la transmisión del VIH/ SIDA. ⁽⁴¹⁾

Esto reafirma su desconocimiento en cuanto a la prevención o la falta de percepción de riesgo en su conducta sexual a pesar de tener alguna información sobre el tema como ocurre en muchas ocasiones.

Otra investigación sobre Efectividad de las técnicas participativas en los conocimientos sobre el SIDA en adolescentes realizada por García Hernández, Rodríguez Ferra y Castaño Hernández, refleja que los adolescentes estudiados dieron respuesta erróneas sobre la prevención del SIDA, situación que lograron modificar con su intervención educativa, estos resultados son similares a los que obtuvimos en nuestra investigación. ⁽⁴²⁾

Nuestros resultados resultaron altamente significativos desde el punto de vista estadístico al obtenerse una $p < 0.05$.

La promoción de salud incluye a la prevención como un todo en el contexto de la vida diaria, más que enfocar la población con riesgo a enfermar; está dirigida hacia la acción sobre los determinantes de la salud (Biología Humana, Estilo de Vida, Medio ambiente y Organización de los servicios de salud), por lo que requiere de la cooperación estrecha de otros sectores. ⁽⁴³⁾

El conocimiento sobre medidas de prevención para las ITS abordado en la Tabla No. 8 muestra cómo al iniciar el estudio el 27.7 % de los adolescentes objeto de estudio tenían conocimientos adecuados sobre formas de prevención, desarrollada la intervención, el porcentaje se elevó a un 93.6 y se modifican los conocimientos en 31 de las adolescentes.

En el estudio Adolescentes ITS / VIH / SIDA: ¿Quién dijo que todo está perdido? realizado en 5 Municipios de Ciudad de La Habana por la Lic. Trinquete Díaz se encontró que el 70 % de los adolescentes estudiados desconocían cómo podían influir los cambios frecuentes de pareja en la prevención de la enfermedad, el 57.6 % de ellos argumentó que además que las ITS solo y el VIH / SIDA solo pueden evitarse cuando se mantienen relaciones más estables, con protección.⁽⁴⁴⁾

El estudio del Comportamiento de la sexualidad responsable y la prevención de las ITS / VIH / SIDA en féminas adolescentes realizado por la Licenciada en Psicología Brito Hidalgo y colaboradores, refleja que en lo relacionado específicamente a la protección solo el 13.2 % tuvo una primera experiencia protegida y el 86.8 % desprotegida.

En cuanto a protección relacionado con la pareja solo 6 para un 15.8 % negocian el condón de mutuo acuerdo, un 50 % refiere que su pareja nunca lo quiere usar a pesar de que ellas sí y el 34.2 % expresa que son ellas las que no lo quieren usar.⁽⁴⁵⁾

Esto coincide con los resultados encontrados en nuestro trabajo en la etapa previa a la intervención educativa luego de la que se lograron modificar los conocimientos de las adolescentes objeto de estudio.

Nuestros resultados resultaron altamente significativos desde el punto de vista estadístico al obtenerse una $p < 0.05$...

Respecto a esta misma temática, otros estudios en adolescentes reflejan que: la capacidad de negociación con la pareja sexual fue elevado en ambos grupos de edad, aunque distante de lo que se desea, la accesibilidad al condón fue elevada y por el contrario la educación sanitaria fue deficiente y que los medios de comunicación no se utilizaron adecuadamente, siendo la temática más solicitada por los adolescentes, la forma de evitar el SIDA.⁽⁴¹⁾

Tabla 8: Conocimientos de los adolescentes sobre medidas de prevención para las ITS. .

ANTES	DESPUES				TOTAL	
	Adecuadas		Inadecuadas			
	No	% *	No	% *	No	% **
Adecuadas	13	100.0	0	0	13	27.7
Inadecuadas	31	91.2	3	8.8	34	72.3
Total	44	93.6	3	6.4	47	100.0

Fuente: Encuesta

* Calculado en base al total de antes

$p < 0.05$

** Calculado en base al total general.

Las personas que por su comportamiento sexual tienen la posibilidad de adquirir el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) u otra Infección de Transmisión Sexual (ITS) se definen como personas con conducta sexual de riesgo.⁽⁴⁶⁾

En nuestra investigación este fue un aspecto de interés teniendo en cuenta que toda intervención educativa que sea eficiente, efectiva y eficaz, requiere de un posterior cambio de conducta o comportamiento en las personas que de ella fueron objeto.

La Tabla No. 9 refleja cómo antes de la intervención, solo el 29.8 % de las adolescentes tenían conocimientos adecuados sobre los grupos con conducta de riesgo para las ITS, sin embargo, luego de realizada la misma, se eleva hasta el 91.5 el porcentaje de las jóvenes con conocimientos adecuados sobre el tema y se logró modificar los conocimientos en 29 de ellas.

En el artículo elaborado por Lisa Krieger bajo el título de ¿Qué Necesitan los Adolescentes en la Prevención del VIH? ¿Pueden contraer el VIH? se señala que tomar riesgos forma parte de ser joven. Los jóvenes a veces actúan como si fueran invencibles. Ellos prueban hasta donde pueden llegar y desafían a la autoridad. Pero en esta época, el impacto al tener sexo sin protección puede ser irreversible⁽⁴⁷⁾

Véase en la Tabla No. 9 cómo un porcentaje bajo tenía conocimientos adecuados sobre los grupos con conducta de riesgo para las ITS antes de la intervención, lo cual se logró modificar como habíamos comentado antes. Al respecto, nuestros resultados resultaron altamente significativos desde el punto de vista estadístico al obtenerse una $p < 0.05$.

Tabla 9: Conocimientos de los adolescentes de grupos con conducta de riesgo para las ITS.

ANTES	DESPUES				TOTAL	
	Adecuados		Inadecuados		No	%
	No	%	No	%		
Adecuados	14	100.0	0	0.0	14	29.8
Inadecuados	29	87,9	4	12,1	33	70.2
Total	43	91.5	4	8,5	47	100.0

Fuente: Encuesta

* Calculado en base al total de antes

$p < 0.05$

** Calculado en base al total general.

La percepción de que existe un manejo crónico del SIDA con ciertos tipos de medicamentos resulta efectiva para determinados pacientes bajo algunas condiciones, señaló la OPS. El SIDA todavía no es tratable en todas las personas, pues sigue siendo una enfermedad mortal para muchos, esa idea de que es un

problema manejable ha favorecido actitudes de displacencia y descuido. Vivimos en una sociedad en la cual el acento en materia de atención al cuidado de la salud está más puesto en la reparación de daños y en la curación de los problemas que en la prevención de éstos. De ahí la importancia de seguir haciendo énfasis en lo vital que resulta la prevención, particularmente entre los jóvenes, pues ellos, aún cuando conocen el problema, no reconocen su propia vulnerabilidad, en la seriedad de ello para su propia vida, por lo que se impone en materia de comunicación social llamar la atención de la comunidad acerca de estos hechos, siendo esencial que sus miembros entiendan con claridad que la mejor solución para el problema del SIDA y las ITS en general es su prevención. ⁽⁴⁸⁾.

En las tablas 10 y 11 presentamos los conocimientos que tienen las adolescentes del SIDA como enfermedad para su comunidad e individualmente. En el primer cuadro se obtuvo significación estadística debido a que después de la intervención se logró modificar en gran medida la percepción que tenían ya que el 91.5 % refirió que el SIDA era causa para preocuparse en la comunidad. Estos resultados coinciden con los de otros estudios realizados, en el que se logró aumentar la percepción de riesgo del SIDA para la comunidad ⁽⁴⁹⁾. Al explorar esta percepción de forma individual notamos que previo a la intervención sólo el 63.8 % de las adolescentes expuso que podían infectarse con el virus del VIH, la que se elevó hasta el 95.7 % después del programa educativo, dato de significación estadística. Ambas tablas coinciden con un estudio realizado en un grupo de adolescentes y jóvenes pertenecientes al Policlínico Armando García de nuestra ciudad. [Villalón Barrera, Odis. Modificación de conocimientos sobre ITS en adolescentes y jóvenes. Año 2000 (Trabajo para optar por el título de especialista de 1er Grado en MGI)]

Tabla 10: Percepción del SIDA como enfermedad para su comunidad antes y después de la intervención.

ANTES	DESPUES				TOTAL	
	Adecuados		Inadecuados			
	No	%	No	%	No	%
Adecuados	28	90.3	3	9.7	31	64
Inadecuados	15	93.7	1	6.3	16	34
Total	43	91.5	4	8.5	47	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 11: Percepción personal del SIDA como enfermedad antes y después de la intervención. Consultorio 11.Barrio Libertador. Mayo 2007 a Abril 2008.

ANTES	DESPUES				TOTAL	
	Adecuados		Inadecuados			
	No	%	No	%	No	%
Adecuados	29	96.7	1	3.3	30	63.8
Inadecuados	16	94.1	1	5.9	17	36.2
Total	45	95.7	3	6.3	47	100.0

Fuente: Encuesta

p>0.05

Existen diferentes posturas ideológicas respecto a la educación sexual, sin embargo todas podrían coincidir en un objetivo común: educar para una vida sexual gratificante, responsable, constructiva y realizante, vivida esta, antes o después del matrimonio, lo cual sería parte de las opciones personales de vida, sin la pretensión de que toda la población practique un mismo valor y mucho menos sin una presunción maniquea: quienes practiquen un determinado valor son considerados como "los buenos" y quienes no lo practiquen serán considerados como "los malos". Consideramos que no existe una "única", "válida" y "aceptable" alternativa de educación de la sexualidad. Cualquiera de las alternativas de educación sexual es válida siempre y cuando no se basen en una posición represora de la sexualidad y esté orientada a promover elecciones autónomas y conscientes de las conductas sexuales.

Para algunos la educación sexual debe centrarse en promover el sexo seguro, para otros en la promoción de la sexualidad responsable, para otros sólo la postergación y la abstinencia.

Desde la nueva educación sexual se propone enseñar que "la sexualidad es algo maravilloso que merece vivirse, no de cualquier forma, sino de manera responsable". Los siguientes son algunos criterios que se proponen para analizar lo que implica vivir la sexualidad responsablemente, se vive una sexualidad en forma responsable cuando:

- La persona se hace cargo de los propios actos y decisiones.

- Tiene en cuenta las consecuencias de los propios actos sobre si mismo y los demás...
- Tiene en cuenta los propios sentimientos, valores y actitudes para tomar decisiones respecto a la vida sexual.
- Tiene la capacidad de aplazar el placer y la gratificación en situaciones que ocasionarían problemas y consecuencias negativas para si mismo y otras personas.
- Decide libre, consciente y autónomamente.
- Cuando la vivencia sexual está asociada a un sentido que le da significado a la experiencia sexual y amorosa.
- La responsabilidad será el producto de un largo y complejo proceso de formación que implicará la estructuración de conocimientos, valores, actitudes positivas, habilidades y el desarrollo de una adecuada autoestima⁽⁴⁹⁾

Conclusiones.

Se concluyó que existe un gran desconocimiento sobre los principales aspectos de las infecciones de transmisión sexual abordadas, pero que una vez concluida ésta se logró modificar favorablemente el estado de conocimiento de los adolescentes lográndose los objetivos propuestos.

Referencias Bibliográficas.

- 1- Beltrán I, Jiménez I Adolescencia y sexualidad. Ministerio de la familia de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas, Venezuela: UNESCO-FNUAP; 1996. pp. 21-42.
- 2- Toledo V, Luengo X, Molina T y Villegas R. 1999. "Programa de educación sexual y prevención del embarazo en escolares adolescentes: intervención a nivel escolar y clínico I" Rev. Ch de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la adolescencia. 3:22-25.
- 3- Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2001. En línea: www.unfpa.org/adolescents/index.htm.
- 4- Zuluoga, Posada LC. Soto Vélez D. Comportamiento sexual y problemas de salud en adultos jóvenes. Bol.Ofic. Panamer Sol 1998; 119/3):212-22.
- 5- Glosario. Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA. Grupo Provincial de Prevención ITS/VIH/SIDA. Ciudad de La Habana. Enero 2001.
- 6- Juárez O, Díez E, Barniol J, Villamarin F, Nebot M y Villalbí JR. "Conductas preventivas de la transmisión sexual de SIDA, de otras infecciones y del embarazo de estudiantes de secundaria". Aten. Primaria 1999; 24:194-202.
- 7- Sáez, G. La Salud del Adolescente y la Acción en la Comunidad, 2da Edición, UNICEF, Vol. N~1. Julio 1992.Venezuela. pág. 7-10.

- 8- SAEZ, G; Arias, A. Una ventana hacia la Atención Integral de la Salud Adolescente, Iera. Edición. Barquisimeto. Venezuela. 1994. Pág. 11-38
- 9- Urbano, O; Navarro, E; Lihon, D. Exploración de Conocimientos sobre Sexualidad en Adolescentes. Estudiantes de medio rural, haciendo énfasis en MAC y ETC. Junio. 1994. Coro -Venezuela.
- 10- Sánchez, L; Pineda, B. Nivel de Conocimiento y Actitud Sexual de Docentes en Educación Básica en las poblaciones de San Pedro - Barriqui - Quebrada de Hute - La Cañada de San Ignacio. Municipio Zamora Estado Falcón. 1994. Tesis de Grado UNEFM. Pág. 57 – 61.
- 11- Enfermedades de Transmisión Sexual. Monografía.com, 2008.
- 12- Peter G, Benenson AS. Manual para el control de las Enfermedades Transmisibles. American Academia of Pediatrics. 16 a edición. Washington DC, Organización Panamericana de la Salud; 1998.
- 13- Gasquet S, Maxim M, Brouqui Ph, Lepidi H, Raoult D. Bacillary angiomatosis immunocompromised patient Hans field HH, Sparling PF. Neisseria Gonorrhoea. En: Mandell GI, Bennett JG, Dolan R, Principles and practice of infectious diseases. 4ta edición. Nueva York: Churchill Livingstone; 1995; 1909-1926.
- 14- ONU - SIDA/OMS. Situación de la epidemia de SIDA, Informe especial sobre la prevención del VIH. Diciembre del 2005. Colectivo de autores. Encuesta sobre comportamientos sexuales riesgosos e ITS en estudiantes adolescentes de Ciudad de La Habana. Revista Cubana de Medicina Tropical, 2005; 51(2).

- 15- Castañeda M. Aprendiendo y descubriendo a través de la transmisión de salud sexual respecto al VIH/SIDA. Revista de Sexología y Sociedad. Agosto 2004; 25:23.
- 16- Lazo Álvarez M, Díaz C, Martínez A. Comportamiento sobre sexualidad en adolescentes en un policlínico cubano. Revista Panamericana infectología 2005; 7(1):28-33.
- 17- OPS. La salud reproductiva: parte integrante del desarrollo humano. Revista Panamericana. Salud Pública 1998; 4839:211-217.
- 18- Cruz Sánchez, F. En la adolescencia queremos saber... Por una adolescencia sana y feliz. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004: 9 - 53.
- 19- Arrue Hernández, MI: ¿Cómo te demuestro que te amo?. La Habana Editorial CENESEX; 2005: 7
- 20- Ochoa Soto R. et al. Trabajo de Prevención de las ITS / VIH / SIDA. Manual Metodológico. Centro Nacional de Prevención de las ITS / VIH / SIDA La Habana: MINSAP; 2004: 15.
- 21- Infecciones de Transmisión Sexual. pautas para su tratamiento. La Habana: MINSAP; 2004: 7 – 9
- 22- Beaglehole, R; Irwin, A; Prentice, T. Cambiemos el rumbo de la historia. Informe sobre la salud en el mundo .La Habana: OPS; 2004: 1.
- 23- Álvarez González, A; et al. Viviendo con VIH. De la serie: Viviendo, conviviendo, conociendo el VIH. Línea de apoyo a PVVIH / SIDA. Centro Nacional de Prevención de ITS / VIH / SIDA .La Habana; 2004: 7 – 9.

- 24-** Barrera Quiala, M; Parra Mejías, X. Información sobre educación sexual en alumnos de 2do. año de Licenciatura en Enfermería. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Facultad No. 2, 1998.
- 25-** Álvarez N., Almanza C Abad Machado A. Un enfoque preventivo: enfermedad de transmisión sexual. *Sexología y Sociedad* 1996; 2(5): 32-91.
- 26-** Krahé B., Reiss C. Predicción de las intenciones de la conducta preventiva del SIDA entre los adolescentes. *Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA*, 1998; 9: (2): 84-6.
- 27-** Goldstein B; Castañera M. Aprendiendo y descubriendo a través de la transmisión de salud sexual respecto al VIH / SIDA. *Revista cubana de Sexología y Sociedad* 2004; 10 (25): 23.
- 28-** Álvarez, JL; Jurgenson, G; Millán Álvarez P. “Sin globos no hay fiesta” Grupos Focales con adolescentes para determinar Conocimientos y actitudes ante el uso del condón. Instituto Mexicano de Sexología.[Documento en Línea] <<http://cc.msnsnscache.com/cache.aspx>>[Consultado Agosto 2006]
- 29-** Hernández Gutiérrez J M, Toll Calviño J C, Díaz Alonso G, Castro Suárez Y. Intervención educativa sobre sexualidad y ETS. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2000, 16 (1): 39 – 44.
- 30-** Organización Panamericana de la Salud. SIDA. Epidemia de los tiempos modernos. Washington DC: OPS; 2000:15-7
- 31-** Antal G. Hacia una vida sexual más sana. *Salud Mundial* 1996: 3. 6-7.
- 32-** Hammarström A. Desempleo y riesgo sexual en adolescentes. *Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA*. 1998, 9(6): 428.

- 33-** Parillo AV. Comienzo precoz de las relaciones sexuales y su incidencia simultánea con otras conductas de riesgo para la salud en estudiantes de enseñanza media: estudio de Carolina del Norte 1993 sobre la conducta de riesgo en jóvenes. Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA. 1998; 9(2): 81- 3.
- 34-** Koniak-Griffin D. Conductas, conocimientos y actitudes de riesgo para el SIDA en adolescentes embarazadas y madres jóvenes. Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA, 1998, 9(6): 424.
- 35-** González Ramírez R, et al. SIDA. Intervención educativa en adolescentes en Escuela de Ciencias y Cultura. San Sebastián. Huehuetenango. Guatemala, Noviembre 2004.
- 36-** Pérez Asef J, Brunely Morales M. Intervención educativa sobre ETS en un grupo poblacional de riesgo. Revista Cubana de Med General Integral. 2000; 16 (3): 260 – 4.
- 37-** González, HT; Rosado, PA. Uso del condón en estudiantes de enseñanza técnica y profesional: Rev. Cubana de Enfermería, 2000; 16 (1): 40-5.
- 38-** Como planear mi vida. Un programa para el desarrollo de la juventud latinoamericana. Asociación Demográfica Costarricense. II Parte. The Center, For Population Options, 1996.306-12.
- 39-** Álvarez León I. Los adolescentes y el SIDA. Municipio Santa Clara. Villa Clara, 2000.
- 40-** García Hernández T, Rodríguez Ferrá R. Efectividad de las técnicas participativas en los conocimientos sobre el SIDA en adolescentes. Rev. Cubana de Med General Integral 2000: 16 (6): 474 - 9

- 41-** Ochoa Soto, R; et al. Manual para Médicos de Familia sobre ITS / VIH / SIDA. Centro Nacional de Prevención de las ITS / VIH / SIDA. La Habana: MINSAP; 2003: 14.
- 42-** Trinquete Díaz, DE. Adolescentes y VIH / SIDA: ¿Quién dijo que todo está perdido? Rev. Cubana de Sexología y Sociedad 2005; 11 (27): 5.
- 43-** Cuba. Ministerio de Salud Pública. Centro Nacional de Prevención de las ITS / VIH / SIDA. Glosario. La Habana: MINSAP; 2004.
- 44-** Krieger L. ¿Que Necesitan los Adolescentes en la Prevención del VIH? ¿ Pueden contraer el VIH?[Documento en Línea]< <http://www.hivpositive.com/f-HIVyou/2-Prevention/spadoltext.html>> [Consultado Agosto 2006]
- 45-** Organización Panamericana de la Salud. Los jóvenes deben tomar conciencia del SIDA en América Latina. Washington, DC: OPS, 2000. PP. WEB.
- 46-** Proyecto de intervención en la prevención de las ITS/VIH/SIDA del CPHEM y la ONG Médicos sin Fronteras. Encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas sexuales (CAP) de la población sexualmente activa entre 15 y 29 años 1997-1999. Provincia Santiago de Cuba.
- 47-** Romero S L. Sexualidad y Educación Sexual irresponsable: ¿Irresponsables quiénes? Barranquilla. Colombia. [Documento en Línea] <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EpZFEZpIFVRaswjqDI.php>> [Consultado Agosto 2006]

Anexos.

Anexo 1.

Consentimiento informado

Compromiso de la paciente a participar en la intervención

Yo: _____

Una vez conocida las características del estudio explicada por el investigador, en plena facultad física y mental me comprometo a participar en la investigación.

Firma

ANEXO 2.

ENCUESTA

1-Edad:

2-Escolaridad: Primaria_____

 Primaria Bachillerato _____

 Bachillerato_____

3- Ocupación: Estudiante_____ Trabajadora_____

 Ama de casa_____

4- Estado Civil: Pareja estable_____

 Pareja inestable_____

 Sin pareja_____

5- ¿Ha tenido relaciones sexuales? Si_____ No_____

Si responde afirmativamente.

6- ¿A qué edad tuvo las primeras relaciones sexuales?

_____antes de los 13 años

_____entre los 14-16 años

_____entre los 17-19 años

7- A través de qué medios ha recibido UD. Información sobre ITS.

-La familia _____ Escuela _____ Amigos _____

- Médicos_____
- Medios de difusión masiva_____
- Radio _____ - Prensa _____
- TV _____ -Libros _____
- Otras vías _____

8- ¿Qué entiendes por infecciones de transmisión sexual?

9- ¿Cuáles son las infecciones de transmisión sexual que UD. Conoce?

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

10- Mencione los síntomas y signos de las ITS que ud conoce.

11- Para UD, ¿cuáles son las personas más propensas de contraer una ITS, teniendo en cuenta su profesión?

- a) ___marineros b) ___heterosexual c) ___ homosexual
- d) ___trabajadores de la salud e) ___bisexual f) ___la edad
- g) ___cambio frecuente de pareja h) ___ recluso i) ___donantes

12- Marque con una **X** cómo pueden prevenirse o protegerse de las ITS.

- a) _____No cambio frecuente de pareja.
- b) _____Mantener relaciones sexuales con parejas estables.
- c) _____Usando condón o preservativo.
- d) _____No compartir agujas ni jeringuillas.
- e) _____Evitar baños en piscinas.
- f) _____Tener relaciones sexuales casuales sin protección.
- g) _____Evitar picaduras de insectos.
- h) _____Tener relaciones sin que haya contacto con semen o secreciones vaginales.

- i) ____ No tener relaciones sexuales.
- j) ____ No andar descalzos.
- k) ____ No ponerse las ropas de personas enfermas.
- l) ____ Usar vasos y cucharas de otras personas.

13-¿ Conoce UD. Si el preservativo o condón previene o evita las ITS?

SI _____ NO _____

14- ¿UD cree que el SIDA es ahora una amenaza para su comunidad?

Si _____ No _____

15- ¿UD cree que puede enfermarse de SIDA?

Si _____ No _____.

ANEXO 3.

Se formularon 9 preguntas que se evaluaron de forma individual según clave de respuestas correctas como se describe a continuación:

Pregunta	Inciso (s) a marcar	Valor de cada inciso	Valor de cada pregunta	
			Mínimo	Máximo
1	-	10	10	10
2	a, b, c, e, g, j, k, l, m, o	1	5	10
3	a, b, c, e, g	2.5	5	10
4	a, b, c, d, h, i	2.5	5	10
Total		-	70	100

Para la evaluación individualizada de las preguntas, cada una de ellas se consideró:

Adecuada: Cuando la calificación obtenida sea igual o mayor a la puntuación mínima establecida.

Inadecuada: Cuando la calificación obtenida sea inferior a la puntuación mínima establecida.

Para la evaluación general de los conocimientos de los adolescentes se procedió a la sumatoria de los puntos obtenidos en cada pregunta y se consideró:

Adecuados: Cuando la puntuación total sea de 70 puntos o más.

Inadecuados: Cuando la puntuación sea inferior a los 70 puntos.

