

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE AVILA
POLICLÍNICO COMUNITARIO DOCENTE
JULIO CASTILLO.
CHAMBAS.**



**INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ITS/VIH/SIDA EN
ADOLESCENTES DE OCTAVO GRADO DE LA ESBU JOSÉ
ANTONIO ECHEVERRÍA. CHAMBAS.**

**AUTORA: Dra. Dayana Rodríguez Díaz
Residente de 2do año en M.G.I.**

2013

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE AVILA
POLICLÍNICO COMUNITARIO DOCENTE
JULIO CASTILLO.
CHAMBAS.**



**INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ITS/VIH/SIDA EN ADOLESCENTES DE
OCTAVO GRADO DE LA ESBU JOSÉ ANTONIO ECHEVERRÍA. CHAMBAS.**

**TRABAJO DE TERMINACION DE RESIDENCIA PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
MEDICO ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL**

**AUTORA: Dra. Dayana Rodríguez Díaz
Residente de 2do año en M.G.I.**

**TUTORA: Dra. Mirialy Santos Pérez.
Especialista de Primer Grado en Medicina Interna.
Profesora Asistente.**

**ASESORA: Dra. María Caridad Fong Luis
Especialista de Primer Grado en Epidemiología
MSc en Enfermedades Infecciosas
Profesora instructor.**

**Dra. Marisel Menéndez Román.
Especialista de 1er Grado en M.G.I.
Especialista de 1er Grado en Bioestadística
MSc en Enfermedades Infecciosas
Profesora instructor.**

2013

RESUMEN

Se realizó un estudio cuasi-experimental (antes-después) de intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos de ITS/VIH/SIDA en adolescentes de octavo grado de la ESBU “José Antonio Echeverría” del área de salud Máximo Gómez. Municipio de Chambas.

El universo de estudio estuvo conformado por todos los adolescentes escolarizados en la enseñanza secundaria del área salud de Máximo Gómez, municipio Chambas, que estudian en la ESBU José Antonio Echeverría.

La muestra de estudio estuvo conformado por 300 estudiantes de 7mo, 8vo, y 9no grado, de ellos, se seleccionó intencionalmente los 160 estudiantes de 8vo grado pertenecientes al ESBÚ José Antonio Echeverría.

A todos se le aplicó un instrumento en dos momentos: al inicio de la investigación (etapa de diagnóstico) y al final (etapa de evaluación) para contrastar los resultados entre los grupos y evaluar la efectividad de la estrategia educativa.

Al finalizar el estudio se concluyó que la misma fue efectiva ya que se logró elevar el nivel de conocimientos de los adolescentes en aspectos importantes relacionados con la ITS/VIH/SIDA quedando demostrada una vez más la efectividad de las técnicas de intervención.

Palabras clave: intervención educativa, ITS/VIH/SIDA, adolescentes,

INTRODUCCIÓN

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

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que las Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo el VIH-SIDA, constituyen a escala mundial la causa de enfermedad más importante entre hombres de 15 a 44 años y la segunda causa más importante (después de la causa materna) en mujeres jóvenes en países en vía de desarrollo. Cálculos recientes arrojan que cada año se reportan en todo el mundo más de 340 000 000 casos de Infecciones de Transmisión Sexual curables y que por lo menos 1 000 000 de contagios ocurre cada día. (1)

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

hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) de la población joven, también ha existido un aumento en los últimos años en mujeres jóvenes. (2, 6)

En nuestro país la epidemia ha mantenido un lento pero sostenido crecimiento, pero el hecho de que la principal vía de transmisión siguen siendo las relaciones sexuales sin protección, evidencia que el peligro no está conjurado. (7)

En los análisis de pronóstico de la infección por VIH que se han realizado en nuestro país, se estima que de mantenerse las condiciones que determinan el comportamiento actual de la enfermedad, para los próximos 10 años serán diagnosticados alrededor de 6054 nuevas infecciones y unos 2532 nuevos enfermos. (8)

Desde 1986 hasta la actualidad, se han diagnosticado en Cuba un total de 8908 seropositivos al VIH y han fallecido por esta causa un total de 1535 personas. (7)

El grupo de edades comprendidas entre los 15 y 29 años representa el 70% de los seropositivos existentes en la isla. Esto hace volver la vista a las primeras edades, ya que para prevenir con responsabilidad hay que comenzar lo antes posible. (3, 9)

En la provincia, desde 1986 hasta estos momentos, se han diagnosticado un total de 190 personas infectadas por el VIH y han fallecido por esta causa 22. En el municipio se han diagnosticado 10 casos, de los cuales el 50 % se infectó en edades tempranas de la vida (14 a 25 años).

La realidad actual, tanto desde el punto de vista epidemiológico como de las normativas de nuestro programa, apunta a que cada vez más las Infecciones de Transmisión Sexual constituyen un problema de la comunidad y por tanto de la Atención Primaria de Salud. (9)

En Cuba el Programa Nacional de Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH-SIDA, se inició desde 1986, teniendo como objetivo fundamental evitar que el proceso de la infección-enfermedad se convierta en un importante problema de salud para la población cubana. El **componente educativo** dentro de éste programa tiene como propósito promover conductas sexuales, actitudes y prácticas saludables en la población, haciendo énfasis en los grupos más vulnerables. (10)

Teniendo en cuenta que los adolescentes son uno de los grupos más vulnerables a las Infecciones de Transmisión Sexual y al VIH/SIDA, debido a sus características biológicas, psicológicas, sociales y epidemiológicas y basándonos en la experiencia de un proyecto de especialista realizado anteriormente, donde se recomienda continuar trabajando y profundizando este tema, de forma grupal con los mismos, se plantea el siguiente **problema a resolver**: ¿Cómo elevar el conocimiento sobre las ITS /VIH/SIDA en los adolescentes?

Hipótesis de la investigación: Si se aplica una intervención educativa, se elevan los conocimientos sobre las ITS /VIH/SIDA en los adolescentes de octavo grado de la ESBU “José Antonio Echeverría” y con ello el fortalecimiento del Programa de Control de ITS/ VIH/SIDA.

Objetivo general: Elevar el nivel de conocimientos de ITS/VIH/SIDA en adolescentes de octavo grado de la ESBU José Antonio Echeverría del área de salud Máximo Gómez. Municipio de Chambas durante el período 2010 - 2013.

Objetivos específicos:

1. Identificar el conocimiento de los adolescentes antes y después de la intervención educativa en cuanto a:
 - Enfermedades de transmisión sexual
 - Vías de Transmisión
 - Ventajas del uso del condón
 - Uso correcto del condón
 - Riesgos del cambio frecuente de pareja sexual
 - Métodos anticonceptivos para protegerse de las ITS y el VIH-SIDA
 - Responsabilidad ante la protección
2. Evaluar el nivel de conocimientos general después de la estrategia de intervención.

MARCO TEÓRICO

Las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH-SIDA son un conjunto de enfermedades infectocontagiosas que se expresan clínicamente con distinta sintomatología y que tienen diferente etiología, las reúne el hecho epidemiológico de adquirirse fundamentalmente por contacto sexual, independientemente de la preferencia sexual, sin ser este el único mecanismo de transmisión.(11)

Los jóvenes y los adolescentes sexualmente activos se ven amenazados y afectados de una forma desproporcionada por las Infecciones de Transmisión Sexual.

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

Precisamente más de 6000 jóvenes contraen el virus cada día a nivel mundial, esta tendencia es especialmente alarmante porque se trata de la generación de jóvenes más numerosa de la historia, donde casi la mitad de la población mundial es menor de 25 años. (12,13,14,15)

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

Desde el punto de vista biológico influye la inmadurez de los órganos del sistema reproductivo, los cambios hormonales y las deficiencias inmunológicas. Su vulnerabilidad epidemiológica está dada porque existe una significativa concentración de seropositivos al VIH entre jóvenes y adolescentes. En relación con lo social tenemos que los adolescentes representan lo erótico, lo deseable, la edad matiza el poder en las relaciones de pareja, tienen menor accesibilidad a los servicios por minoría de edad, la educación sexual está marcada por lo biologista, es poco alusiva al placer y las dificultades de acceder a los espacios para la expresión de la sexualidad. En cuanto a las características psicológicas tenemos que son insuficientes sus conocimientos y habilidades, es un grupo con necesidad de mostrar independencia y autonomía, de seguir las normas grupales, de tener interés,

curiosidad, deseos, búsqueda del placer y tienen dificultades para acceder a las fuentes de información.(16)

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

Estudios realizados demuestran que en los adolescentes que empiezan la actividad sexual precozmente es más probable que tengan relaciones sexuales con un mayor número de parejas y con parejas que han estado expuestas al riesgo de contraer el SIDA. (17)

Según estudios recientes realizados por sexólogos cubanos, existe una baja percepción del riesgo en la población sexualmente activa, principalmente en los adolescentes, donde son frecuentes las conductas sexuales de riesgo, fundamentalmente por el cambio frecuente de pareja y las relaciones sexuales desprotegidas. (18 ,19)

En estudios realizados por el centro de información y servicios de asesoría en salud (área de comunicación social) de Nicaragua se aborda el tema del impacto de la epidemia en los jóvenes nicaragüenses, donde el estudio además revela que los adolescentes se encuentran entre las poblaciones de América Latina más vulnerables ante la enfermedad. (20)

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

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

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

Cuando solicitan información o servicios, los jóvenes pueden ser reprendidos o enfrentarse a proveedores de salud críticos. Además, como los servicios de salud sexual a menudo ofrecen poca intimidad o confidencialidad, estos suelen recurrir a servicios deficientes e ilegales. (17)

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

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

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

Comenzar a educar para una sexualidad satisfactoria y segura desde edades tempranas de la vida garantiza los comportamientos sexuales responsables y seguros en la adultez, por lo cual debemos concentrarnos en los jóvenes y priorizar el trabajo educativo con ellos. (1, 14,21)

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

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

comparten hay que desinfectarlos, sexo telefónico, voyeurismo, compartir fantasías sexuales y realizar aquellas que no incluyan fantasías sexuales inseguras.

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

El sexo protegido es usar condón (ya sea masculino o femenino) en todo los tipos de relaciones sexuales (vaginal, anal u oral) para que las secreciones corporales que contienen el VIH u otros gérmenes no entren en contacto con la piel ni las mucosas de la pareja (10)

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

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

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

Luego en la segunda guerra mundial se dieron condones a los soldados norteamericanos, pero con la llegada de la penicilina, los métodos preventivos quedaron en un segundo plano.

En la segunda guerra mundial se volvieron a dar a los soldados y comenzó un debate sobre valores morales y validez del condón, que terminó con la aparición de la epidemia del VIH-SIDA en los años 80 y los estudios que se realizaron sobre la efectividad del mismo.

Actualmente la mayoría de los condones se fabrican de látex, esta es una sustancia de caucho proveniente de un árbol, con la que a través de un proceso tecnológico, se van colocando capas intercaladas de manera que los poros de látex queden tapados. El látex es resistente y ha demostrado ser efectivo para la protección de las ITS y el

VIH-SIDA, siempre que los condones se usen de forma correcta, de manera frecuente y se utilice lubricantes a base de agua.

También se fabrican de membrana animal y de poliuretano. Los primeros se fabrican con intestinos de ovejas y constituyen una barrera permeable que no protege contra las ITS y el VIH-SIDA, pues tienen pequeños poros del tamaño de 3000 nanómetros que no dejan pasar los espermatozoides pero si el virus del VIH que es de un tamaño de 125 nanómetros, lo cual los hace un buen contraceptivo pero no protectores.

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

Los condones se fabrican de diferentes tamaños, estilos, colores, sabores y formas, atendiendo al gusto personal del usuario. (16)

Su uso regular y adecuado es una propuesta conductual factible para evitar las Infecciones de Transmisión Sexual, el VIH-SIDA y el embarazo en la adolescencia, sin embargo su uso está mediatizado por múltiples factores.

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

También es rechazado en muchas ocasiones por desconocerse las medidas a mantener para que su uso sea correcto y agradable, dentro de las cuales tenemos: verificar la fecha de vencimiento del condón o que su fecha de fabricación sea de 3 años o menos, asegurarse de que el empaque se encuentre en buen estado y que mantenga un poco de aire adentro, este se abre cuidadosamente con los dedos para no dañar el condón, el cual se saca y se sujeta de manera que desenrolle hacia afuera, se sujeta por la punta mientras se coloca en el pene erecto y se desenrolla

hasta hacerlo llegar a su base, después de la eyaculación se sujeta el condón por la base y se retira del pene antes de que este pierda su erección, cuidando no derramar el semen .

Otro aspecto a tener en cuenta es que se plantea que para la mayoría de las personas el acto de deposición seminal es altamente placentero, tanto para los hombres como para las mujeres. (10, 22)

En nuestra cultura la deposición seminal es un símbolo de mayor compromiso afectivo, de mayor compenetración de la pareja, o tiene un valor erótico muy importante, mientras que el uso del condón es considerado como un acto poco natural, artificial, ajeno a la práctica sexual o un elemento que reduce el erotismo. (23)

Los resultados de un estudio sobre el comportamiento sexual de la población cubana, aplicado desde 1996 hasta el 2002, dio a conocer en el primer foro de ITS / VIH-SIDA de América Latina y el Caribe, celebrado en el 2003 en nuestro país, que hay un cambio positivo en la incorporación del condón en las relaciones sexuales. Sin embargo en este estudio se conoció que de los HSH que son el grupo de mayor peso en la epidemia cubana, solo el 25 % dijo haber empleado el condón en su última relación ocasional, lo que evidencia la necesidad de continuar reforzando el trabajo educativo y preventivo. (24)

En una intervención educativa realizada en nuestro municipio, en el 2004, con adolescentes escolarizados, se obtuvo como conocimiento inicial que el 58.1 % de estos no utilizaban el condón en sus relaciones sexuales y que el 61.8 % tenían conductas sexuales de riesgo al cambiar frecuentemente de pareja sexual. (9)

La promiscuidad o cambio frecuente de pareja sexual es uno de los factores de riesgo de más relevancia como sexo irresponsable. (25)

Hoy día aunque existe menos tabú sobre sexualidad, en que los jóvenes a temprana edad tienen y mantienen relaciones sexuales y la mayoría de ellas son esporádicas u ocasionales, se genera una gran problemática social debido a la escasa preparación que tienen para enfrentar su vida sexual con responsabilidad, sumado al hecho de que su poca madurez no les permite visualizar la magnitud de los problemas

principalmente el incremento de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH-SIDA. (12,26)

Muchos de los problemas actuales que afrontamos en nuestro país en la esfera de la sexualidad, se refieren de uno u otro modo a la deficiente preparación de los jóvenes para la vida de pareja y familia. (9, 27)

En esto ha influido grandemente la carga histórica de estigmas, prejuicios y prohibiciones que cubren lo sexual. Los adultos evitan hablar de estos temas con los adolescentes y jóvenes o utilizan enfoques para su abordaje, extremadamente profesionales, minimizando o renombrando lo placentero. (23, 28, 29)

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

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

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

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

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

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

En Tanzania, el proyecto de educación sobre el SIDA Mema kwa Vijana (« Buenas cosas para los jóvenes » en swahili) se centró en los jóvenes de 15–19 años de 20 comunidades rurales. El trabajo que se llevó a cabo durante tres años mejoró sustancialmente tanto el conocimiento como la información sobre el uso del preservativo entre los jóvenes.

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

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

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

Cuando sus mentores actúan como ejemplos de conducta positivos y ofrecen unos entornos seguros, unas relaciones válidas y la posibilidad para la expresión personal, los jóvenes toman la iniciativa de un comportamiento responsable. (17)

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

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

Los jóvenes son especialmente vulnerables al VIH, pero también son nuestra mayor esperanza para cambiar el curso de la epidemia de SIDA. Cuando se les dé el apoyo y los medios adecuados, los jóvenes podrán convertirse en poderosos agentes para el cambio (12, 30)

Estudios realizados por el MINSAP y el MINED reflejan que todavía hay gran demanda de información sobre el tema en todo el país por lo cual se crea el proyecto CUB / 03 /018 /A /01 /99, el cual se desarrolla desde el 2003 hasta el 2007 con el objetivo de fortalecer la labor educativa, incrementar la divulgación e información

sobre los temas de la sexualidad y entrenar a todos los estudiantes en el uso correcto y sistemático del condón, especialmente en los adolescentes, para de esta forma promover la adopción de un comportamiento sexual más responsable y seguro entre la población joven, quienes serán los adultos del mañana . (31)

Sin una vacuna o medicamento que garantice el control del VIH-SIDA, la manera de prevenir su transmisión es adoptando estilos de vida que minimicen o eliminen los factores de riesgo y esto se logra a través de la educación a la población con la puesta en marcha de proyectos de educación en salud que incluyan cambios de comportamiento, fundamentalmente en los grupos más vulnerables. (32)

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio cuasi-experimental (antes-después) de intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos de ITS/VIH/SIDA en adolescentes de octavo grado de la ESBU José Antonio Echeverría del área de salud Máximo Gómez. Municipio de Chambas durante el periodo.

El universo de estudio estuvo conformado por 160 adolescentes de 8vo grado de la secundaria del área salud de Máximo Gómez, municipio Chambas, que estudian en la ESBU José Antonio Echeverría.

La muestra de estudio estuvo conformado por 300 estudiantes de 7mo, 8vo, y 9no grado, de ellos, se seleccionó intencionalmente los 160 estudiantes de 8vo grado pertenecientes al ESBÚ José Antonio Echeverría.

Los métodos que se aplicaron en el estudio fueron:

Métodos del nivel teórico:

- **Análisis – síntesis:** El cual permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.
- **Análisis histórico –lógico:** Se seleccionó con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de su historia, por lo que se empleó para indagar sobre el tema de la prevención de las ITS VIH/SIDA.
- **Inducción – deducción:** Porque en la investigación se estableció generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.
- **Hipotético – deductivo:** Por deducir la hipótesis como respuesta al problema de la investigación trazado en la investigación.

Métodos empíricos:

- **La observación:** Mediante la misma se conoce la realidad del proceso, para así diagnosticar y poder aplicar un programa de intervención educativa que logre resolver el objetivo general de la investigación.
- **Encuesta o test (Anexo N°2):** Se utilizó como técnica para la obtención de la información, la cual se aplicó a ambos grupos como pre test y como post test a los alumnos de la preparación que contribuyeron la muestra antes mencionada, y de esa forma se evaluó los conocimientos de los mismos acerca de las ITS antes y después de la intervención.

El procesamiento estadístico: Fueron calculados medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas (Número absoluto, porcentaje).

Para la comparación de las calificaciones obtenidas antes y después de la intervención realizamos el cálculo de la media (μ), la desviación estándar (S) el intervalo de confianza (IC) y la prueba Z con un nivel de significación del 95%.

Para evaluar el nivel de conocimientos y la efectividad de la intervención se utilizó el Test de Comparación de Medias(33) para ambos momentos (antes y después) con un nivel de significación de $\alpha = 0.05$:

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

H1: $\mu_a \neq \mu_d$ Las medias difieren en ambos momentos

Estadígrafo de prueba:

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

Entonces la regla de decisión será rechazar Ho si la $Z_{\text{observada}} > Z_{\text{tabulada}}$ ($Z_o > Z_{1-\alpha/2}$), en caso de utilizarse un software estadístico, como es el nuestro se rechazará la Ho si la probabilidad asociada al estadígrafo (p) resulta ($p < \alpha$). Se calcularon además los intervalos de confianza para la media:

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

Estos datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS v.15 y para los textos y gráficos 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).

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Variable Independiente:

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas tanto teóricas como prácticas efectivas para lograr cambios en el conocimiento sobre temas en los sujetos estudiados; Deben estar centradas en el sujeto en este caso los alumnos de la preparación, implicándolos afectivamente (cuando no se limita el sujeto a conocer sobre el problema, sino que éste está relacionado con sus necesidades y motivos), con una comunicación horizontal (cuando los elementos del conocimiento necesario se transmiten sin diferencia de nivel entre sujetos de diferentes estratos)

Variables dependientes:

Conocimientos de los adolescentes en cuanto a:

- Enfermedades de transmisión sexual
- Vías de Transmisión
- Ventajas del uso del condón.
- Uso correcto del condón.
- Riesgos del cambio frecuente de pareja sexual.
- Métodos anticonceptivos para protegerse de las ITS y el VIH-SIDA.
- Responsabilidad ante la protección.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

INDICADORES	CLASIFICACIÓN	EVALUACIÓN ÍTEM
Conocimientos de las Infecciones de transmisión sexual	<p>Aceptable: Si identifica al menos cinco incisos correctos</p> <p>Inaceptable: Si</p>	<p>Ítem 1: (14 puntos)</p> <p>Incisos correctos: 1.1, 1.3, 1.4, 1.5,1.6,1.8 y 1.10</p>

	identifica menos de cinco no identifica ninguno	(2 puntos cada uno)
Conocimientos de las vías de transmisión	Acceptable: Si identifica cuatro incisos correctos Inacceptable: Si identifica menos de cuatro o no identifica ninguno	Ítem 2: (16 puntos) Incisos correctos: 2.2,2.4,2.6,2.7 y 2.10 (3.2 puntos cada uno)
Conocimientos en cuanto a las ventajas del uso del condón	Acceptable: Si identifica tres incisos correctos Inacceptable: Si identifica menos de tres o no identifica ninguno	Ítem 3: (20 puntos) Incisos correctos: 3.1, 3.3, 3.4 y 3.5 (5 puntos cada uno)
Conocimientos en cuanto al uso correcto del condón.	Acceptable: Si Identifica al menos tres incisos correctos Inacceptable: Si identifica menos de tres incisos correctos o no identifica ninguno.	Ítem 4: (10 puntos) Incisos correctos: 4.1, 4.2, 4.4, 4.6 y 4.7 (2 puntos cada uno)
Conocimientos en cuanto a los riesgos por comportamiento sexual inadecuado.	Acceptable: Si identifica al menos dos incisos correctos Inacceptable: Si identifica menos de dos inciso correctos o no identifica ninguno.	Ítem 5: (15 puntos) Incisos correctos: 5.2, 5.4 y 5.5 (5 puntos cada uno)
Conocimientos en cuanto a los métodos anticonceptivos para protegerse de las ITS y el VIH-SIDA.	Acceptable: Si identifica el inciso correcto y si en el 6.6 identifica el condón femenino se le añadirán 5 puntos. Inacceptable: Si no Identifica	Ítem 6: (20 puntos) Inciso correcto: 6.2 (15 puntos para el inciso 6.2 y 5 para el 6.6)

	el inciso correcto y además no identifica el condón femenino.	
Responsabilidad ante el uso del condón.	Aceptable: Si responde inciso correcto. Inaceptable: Si no responde el inciso correcto	Ítem 7: (10 puntos) Inciso correcto: 7.3
Nivel de conocimiento general de los adolescentes	- Aceptable - Inaceptable	Aceptable: Si obtiene 70 puntos o más. Inaceptable: Si obtiene menos de 69.9 puntos.

En el estudio utilizamos una estrategia metodológica de trabajo basada en principios, categorías y leyes del materialismo dialéctico y del método científico, aplicados al estudio de una parte de la realidad social.

DISEÑO METODOLÓGICO DE LA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

La investigación se desarrolló en tres etapas:

1.- **Diagnóstico del nivel de conocimiento al inicio de la investigación:** En esta fase que también podemos llamar de inicio o primer momento se aplicó el instrumento para hacer un diagnóstico del nivel de conocimiento de los adolescentes sobre algunos aspectos relacionados con las ITS.

2.- **De intervención educativa:** Esta etapa comenzó una semana después de aplicado el instrumento inicial y sobre la base de las necesidades de conocimientos

que se obtuvieron durante la etapa de diagnóstico se realizaron diferentes actividades educativas (Anexo N°3) distribuidas en cuatro sesiones de trabajo, abordando los siguientes temas:

- Características psicosexuales de los adolescentes.
- Vulnerabilidad y percepción del riesgo al VIH/SIDA y otras ITS en los adolescentes. Cambio frecuente de pareja sexual, sus riesgos.
- El condón.
- Epidemiología del VIH/SIDA

3.- Evaluación del nivel de conocimiento después de la intervención

Después de una semana de culminada la última sesión se aplicó nuevamente la encuesta inicial. Para su valoración se consideraron los mismos parámetros evaluativos que en la etapa de diagnóstico con el objetivo de evaluar el estudio antes y después y la efectividad de la intervención educativa.

Para la evaluación del nivel de conocimiento de manera general, al instrumento se le otorgó un valor de 100 puntos que se distribuyeron entre las 7 preguntas que midieron conocimiento. Por lo que se evaluó el nivel de conocimiento como:

Aceptable: Menos de 69.9 puntos

Inaceptable: Más de 70 puntos

ÉTICA

Toda la información utilizada en este estudio se conservó bajo los principios de máxima confiabilidad. El uso de la misma ha sido únicamente con fines científicos.

Se tuvieron en cuenta los principios de la ética dados por:

- Respeto la vida humana
- Respetar la dignidad de la persona
- Ser fiel al paciente y a su salud, la que en principio debe estar por encima de cualquier otra conveniencia.

Para dar respuesta a los objetivos propuestos se confeccionó un informe final teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la cumpliendo para ello con los requisitos docentes- metodológicos exigidos por el departamento de Post-Grado de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Título: Intervención educativa sobre ITS/VIH/SIDA en adolescentes de octavo grado de la ESBU José Antonio Echeverría del área de salud Máximo Gómez. Municipio de Chambas.

Tabla 1. Nivel de conocimiento de los adolescentes sobre la identificación de las ITS antes y después de la intervención educativa.

Conocimientos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual	Intervención Educativa			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Aceptable	48	30.0	13	91.90
Inaceptable	112	70.0	147	8.10
Total	160	100.00	160	100.00

Fuente: Encuesta.

Con respecto al conocimiento de los adolescentes sobre la identificación de las ITS, del total de encuestados el 70.00% obtuvo calificación de Inaceptable en el momento de diagnóstico, es decir identificaron menos de cinco entidades. Después de la intervención cuando se aplicó nuevamente el instrumento (evaluación) la calificación fue Aceptable con el 91.90%. En el estudio antes de la intervención la sífilis, la blenorragia y el VIH/sida resultaron las más conocidas, el resto de las entidades no fueron reconocidas por los encuestados. Y solamente uno reconoció al condiloma y el herpes simple.

Estos resultados coinciden con los encontrados en un estudio realizado por Nápoles y otros (34,35) en jóvenes en una institución cerrada, ellos encontraron que antes de la Intervención las entidades más conocidas resultaron ser el VIH/SIDA y la blenorragia (ambas con un 95.68 %), luego la sífilis y después el condiloma. Las menos identificadas fueron la infección por Herpes simple (27.16 %), la Trichomoniasis (19.14 %), la Clamydiosis (3.70 %), la Moniliasis (8.64 %) y la

Hepatitis B (1.23 %). Después de la intervención las enfermedades más señaladas continuaron siendo el VIH/SIDA (100.00 %) y la blenorragia (97.53 %). Por su parte en una investigación realizada por Palau (36) en Venezuela encontró que el 81.70% de 98 adolescentes encuestados no conocían todas las ITS como es el caso de Moniliasis, Trichomoniasis y hepatitis B.

Tabla 2. Nivel de conocimiento sobre las vías de transmisión de las ITS antes y después de la intervención educativa.

Conocimientos sobre las vías de transmisión de las ITS	Intervención Educativa			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Aceptable	95	59.40	145	90.60
Inaceptable	65	40.60	15	9.40
Total	160	100.00	160	100.00

En cuanto al nivel de conocimientos en los adolescentes sobre las vías de transmisión; antes de la intervención el 40.60% (65) obtuvo calificación de Inaceptable, para después de la intervención alcanzar calificación de Aceptable con el 90.60 %. Los encuestados en su mayoría mencionaron cuatro vías de transmisión (sexo desprotegido, jeringuillas, transfusiones y madre embarazada a su hijo); pero no identifican la lactancia materna como una vía de transmisión.

Estos resultados son muy similares a los obtenidos por Valiente (37, 38,39) en su estudio donde el 80.00 % de los encuestados afirmaron que la vía de transmisión es por contacto sexual desprotegido, sin embargo, el 54.00% precisó la vía sanguínea y el 50.00 % la vía perinatal o materna, pero no reconocieron la utilización de jeringuillas. Por otra parte en el estudio de Cedeño Martínez (35) encontramos resultados similares a nuestra investigación.

Tabla 3. Nivel de conocimientos sobre las ventajas del uso del condón antes y después de la intervención educativa

Conocimientos sobre ventajas del Uso del Condón	Intervención Educativa			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Aceptable	99	61.90	142	88.80
Inaceptable	61	38.10	18	11.30
Total	160	100.00	160	100.00

En cuanto a las ventajas del condón, antes de la intervención el nivel del conocimiento fue del 61.91 % por lo que calificó como Aceptable, ya después de la intervención fue del 88.80%.

En el estudio de Cedeño Martínez (35) el tema preservativo (condón) obtuvo calificación baja solo del 68.98%, esto pudiera poner en evidencia que todavía existen criterios de dudas sobre sus ventajas siempre que se utilice correctamente. Un por ciento no despreciable abogó por mantener pareja estable y la fidelidad de la misma, antes que la prevención por el condón.

Resultados similares se obtienen en una intervención educativa realizada en la ESBE C Orestes Alfonso Paz del Consejo popular de Pesquería con los adolescentes escolarizados, donde existieron dificultades a la hora de identificar las ventajas del uso del condón. Después de la intervención educativa se identifica en un mayor porcentaje evitar el embarazo 91.50 % y el VIH-SIDA y otras ITS en un 90.90 %. (26) Muy similar a estos resultados Gómez Duque, en Colombia, obtuvo que menos del 80.00 % de los adolescentes tenían conocimientos acerca de las ventajas del uso del condón. (40)

A diferencia de estos resultados, en un estudio realizado por Torres Walquer (41) en adolescentes escolarizados mexicanos en cuanto a los conocimientos acerca de las ventajas del uso del condón , se obtuvo un gran porcentaje, el 89.70 %, conocía de forma adecuada estos aspectos.

Tabla 4. Nivel de conocimientos sobre las ventajas del uso correcto del condón antes y después de la intervención educativa.

Conocimientos sobre ventajas del uso correcto del Condón	Intervención Educativa			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Aceptable	72	45.00	158	98.80
Inaceptable	88	55.00	2	1.20
Total	160	100.00	160	100.00

Cuando valoramos el conocimiento que tenían los adolescentes en cuanto a las medidas a mantener para lograr un uso correcto, eficaz y placentero del condón tenemos que es Inaceptable, ya que solo identificaron al menos tres enunciados verdaderos, 72 adolescentes (45.00 %). El enunciado más acertado fue el que plantea que después de la eyaculación se sujeta el condón y se retira el pene antes de que pierda su erección con un 90.00% y señalan de forma errónea en un 67.50 % que el empaque se abre con los dientes. Después ya en un segundo momento la calificación fue Aceptable con el 98.80%.

Los resultados de los estudios realizados en el casco urbano del Municipio de Arauquita en Colombia, con adolescentes de 9no y 10mo grado, muestran que el 54 % no utiliza el condón porque disminuye la sensibilidad, esto debido a los pocos conocimientos que tienen acerca de su uso correcto. (42)

En los estudios realizados en Argentina por Sánchez Bodas se obtuvo que el 55.00 % de los adolescentes desconocían la forma correcta del uso del condón. (43)

En la mayoría de los estudios revisados se coincide que el preservativo es el método de elección en la prevención de las ITS siempre y cuando se cumplan los requisitos de su buen uso. Se hace énfasis en el de látex. (7, 35, 39, 40).

Tabla 5. Nivel de conocimientos sobre los riesgos por cambios frecuentes de pareja sexual antes y después de la intervención educativa.

Conocimientos sobre Riesgos por cambios frecuentes de pareja sexual	Intervención Educativa			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Aceptable	75	46.90	160	100.00
Inaceptable	85	53.10	-	-
Total	160	100.00	160	100.00

Respecto al conocimiento que tenían los adolescentes relacionado con los riesgos de los comportamientos sexuales con cambio frecuente de pareja sexual, tenemos en la Tabla N° 5, que al inicio la calificación fue Inaceptable con un 53.10%, solo el (43.70 %) señaló que uno de los riesgos era infectarse con el VIH, Después de la intervención educativa se logró enriquecer el conocimiento de los mismos al ser identificados en un 100.00% estos riesgos (infectarse con VIH en un 95.60 %, enfermar de Blenorragia en un 91.80 % y enfermar de Hepatitis B en un 74.30 %).

Resultados similares obtiene Bayard (44) , en una intervención educativa sobre VIH-SIDA con escolares de la provincia de Panamá, en el 2005, dirigida al cambio de comportamiento sexual para evitar la transmisión de esta enfermedad , donde inicialmente los escolares tienen pobres conocimientos acerca de los riesgos de las conductas sexuales promiscuas y del uso correcto del condón, una vez aplicada la intervención se elevan los conocimientos sobre sexualidad y se logran cambios de comportamientos sexuales favorables

En estudios realizados en la Universidad de California se comprueba que muchos adolescentes comienzan sus primeras relaciones sexuales sin una educación adecuada acerca de los riesgos de las conductas sexuales promiscuas y se reportan en ellos cambios frecuentes de parejas. (9)

En encuestas aplicadas en secundarias básicas del país como parte del Proyecto Educación Formal para una Conducta Sexual Responsable realizado en conjunto por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFA) y el Ministerio de Educación

(MINED), se obtiene que solo el 50.6 % identifica como riesgo de conductas sexuales promiscuas, el infectarse con VIH-SIDA. (21)

Los resultados de estudios realizados por Gonzáles A y Castellanos B demuestran que el 68.5 % de los adolescentes sexualmente activos no conocen los riesgos de las relaciones sexuales promiscuas y no protegidas. (45,47)

Tabla 6. Nivel de conocimientos en cuanto a los métodos para protegerse de las ITS y el VIH-SIDA.

Conocimientos sobre los métodos para protegerse de las ITS y el VIH-SIDA.	Intervención Educativa			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Aceptable	68	42.50	159	99.40
Inaceptable	92	57.50	1	0.60
Total	160	100.00	160	100.00

Al evaluar los conocimientos de los adolescentes acerca de los métodos para protegen de las ITS, tenemos que el 58.80 % identificó el preservativo masculino. Pero se detecta falta de conocimientos al identificar erróneamente otros métodos y los que mencionaron otro método lo hicieron erróneamente agregando las vacunas anticonceptivas. El nivel de conocimiento fue Inaceptable en el inicio con un 57.60%. Posterior a la intervención en la encuesta final los adolescentes obtuvieron calificación Aceptable con el 99.00%. No confundieron los métodos para prevenir embarazo como métodos de protección de ITS y acertaron al identificar el condón femenino.

Estos resultados coinciden con los de una intervención educativa realizada en el municipio, donde se identifica el condón masculino pero además se identifican otros métodos de forma errónea antes de la intervención educativa y posteriormente se reconocen los condones masculino y femenino por un mayor porciento de estudiantes (100 %) y (98.1 %) respectivamente . (9)

Las encuestas aplicadas en secundarias básicas como parte del Proyecto Educación Formal para una Conducta Sexual Responsable, en conjunto con el Fondo Población de las Naciones Unidas (UNFA) y el MINED, arrojan que el método anticonceptivo, que protege de las ITS, más conocido es el condón masculino.(21)

Delgado y otros investigadores obtienen en su investigación que el más identificado por los adolescentes es el condón masculino, pero lo usan solo ocasionalmente. (30)

En el estudio realizado por Finkel M y Finkel D en adolescentes masculinos, el 90 % reporta conocimientos acerca de la eficacia del condón como método de anticoncepción que protege de las ITS, pero solo el 15 % lo utiliza regularmente. (46,48)

Tabla 7. Nivel de conocimientos en cuanto a la responsabilidad ante la protección de las ITS y el VIH-SIDA

Conocimientos en cuanto a la responsabilidad ante la protección las ITS y el VIH-SIDA.	Intervención Educativa			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Aceptable	56	35.00	156	97.50
Inaceptable	104	65.00	4	2.50
Total	160	100.00	160	100.00

Este tema de la responsabilidad es importante como se puede observar antes de la intervención el nivel de conocimiento fue Inaceptable con un 65.00%. La mayoría de los encuestados señaló a la mujer como responsable casi absoluta de la utilización del condón. Ya después de la intervención eso cambia y con una 97.50% se alcanza la calificación Aceptable. La selección recae en la pareja como responsable de la protección.

En un estudio de intervención realizado por Palau (36) encontramos que el 80 % (96 encuestados) refirieron antes de la intervención que la responsabilidad es solamente del hombre o de la mujer y sólo el 20 % señaló que la responsabilidad es de ambos sexos.

La educación sexual es esencial a fin de crear conciencia en los jóvenes respecto a las consecuencias de la actividad sexual sin protección, para ayudarles a explorar valores y a sentirse cómodos en cuanto a su propia sexualidad. (40,49)

Tabla 8. Nivel de conocimientos general de los adolescentes encuestados antes y después de la intervención educativa.

n=160 $\alpha=0.05$ $p=0.0001$

Nivel de Conocimientos de los adolescentes en estudio	Intervención Educativa			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Aceptable	60	37.50	149	93.10
Inaceptable	100	62.50	11	6.90
Total	160	100.00	160	100.00

Se expone la distribución del nivel de conocimientos general sobre de los encuestados antes y después de la intervención educativa. Del total de encuestados el 62.50% tenían conocimiento inaceptable antes de la intervención educativa y después de la misma el 93.10% (149) se encontraban calificados con conocimiento Aceptable, aunque quedaron 11 aún con calificación inaceptable.

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 aplicada, encontramos los siguientes resultados:

MOMENTOS	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA.	INTERVALO DE CONFIANZA
ANTES	62.32	2.14	(57.89;68.50)
DESPUES	94.21	1.85	(88.69;97.04)

La media para antes de la intervención fue de 62.32 por lo que clasifica a los encuestados en la categoría de nivel Inaceptable, después de la intervención educativa la media es de 94.21 lo que los clasifica en la categoría de nivel Aceptable. Cuando se obtiene el resultado de la probabilidad asociada al estadígrafo de prueba (p) $p= 0.0001$ 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 elevó el nivel de conocimientos de los

encuestados en cuanto a ITS/VIH/SIDA; esto se corrobora si observamos los intervalos de confianza calculados donde la media calculada se encuentra en el 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

La estrategia de intervención educativa implementada con los adolescentes del octavo grado del centro fue efectiva ya que se logró elevar el nivel de conocimientos de los mismos en aspectos importantes relacionados con la ITS/VIH/SIDA. Al inicio de la investigación el nivel de conocimiento de los adolescentes fue Inaceptable, después de la intervención este se modificó y alcanzo a ser aceptable quedando demostrada una vez más la efectividad de las técnicas de intervención.

RECOMENDACIONES

- ✚ Continuar impartiendo de forma continuada esta estrategia de intervención a todos los grados que conforman la matrícula del centro escolar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuba. MINSAP. Infecciones de Transmisión Sexual. Pautas para su tratamiento: 2010.
2. Resumen mundial de la epidemia de VIH-SIDA [Base de datos en Internet].2005. [Citado 17 Abril 2008].Disponible en [http:// www. Unaids, org / epid 2005 / index. html /](http://www.Unaids.org/epid2005/index.html).
3. Trinquete Díaz, D E. Adolescentes y VIH-SIDA: ¿Quién dijo que todo está perdido? Revista Sexología y Sociedad. 2005 Abril 27.
4. Resumen mundial de la epidemia [Base de datos en Internet].2005. [Citado 17 Abril 2009].Disponible en [http://www.Sid.Cu / galerías / pdf / servicios / SIDA / resumen mundial de la epidemia. 2005, pdf](http://www.Sid.Cu/galerías/pdf/servicios/SIDA/resumen_mundial_de_la_epidemia.2005.pdf).
5. ONU. SIDA / OMS. Informe sobre la epidemia mundial del VIH-SIDA. Ginebra.2003. [CD-ROM]. La Habana. Ciencias Médicas; 2005.
6. Corrales Rodríguez, Lázaro. Vivir con VIH-SIDA: Un reto para las mujeres. Revista Sexología y Sociedad.2005 Agosto 28
7. Cuba. MINSAP. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015. La Habana; 2006.
8. Cuba. MINSAP. Respuesta Ampliada a la Epidemia del VIH-SIDA, dirigida a los sectores sociales; 2002.
9. Borges Iglesias, F. Utilidad de una intervención educativa para promover la adopción de comportamientos sexuales responsables y seguros entre la población adolescente escolarizada del área urbana. [Tesis]. Chambas; 2004.
- 10.Cuba. MINSAP. Manual para médicos de familia sobre ITS / VIH - SIDA: 2010.
- 11.Cardoso Pérez, G. Incidencia de la Sífilis y la Blenorragia, su comportamiento en el área de salud sur de Morón. [Tesis]. Policlínico docente sur Morón; 2001.

12. Toledo Vila H de J, Navas Pinzon J A, Navas Pinzon LC, Pérez Manrriquei N. Los adolescentes y el SIDA. Revista Cubana de Medicina Tropical: Ciudad de la Habana. 2002.
13. Cortes Alfonso A, Sordo Rivera Me, Cumba Abreu Roche R, Castro Gil. My Adolescencia temprana. Revista Sexología y Sociedad. 1998; 4 (11): 17.
14. ITS-VIH-SIDA. Jóvenes y adolescentes. [Base de datos en Internet]. 2005. [Citado 12 Abril 2008]. Disponible en [http:// www. unicef. org.](http://www.unicef.org/) / Spanish / Publications / Index. 4447, html/.
15. Ortega Escudero, F. Anda Seguro. Primera Edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
16. Ochoa Soto R. Vulnerabilidad y VIH-SIDA [CD-ROM]. La Habana: Ciencias Médicas; 2005.
17. ONU SIDA/ UNICEF/ OMS. Informe sobre la Epidemia Mundial de SIDA Ginebra 2005 [CD-ROM]. La Habana: Ciencias Médicas; 2005.
18. Estudios sobre conductas de riesgos de contraer VIH-SIDA en jóvenes de la universidad de Matanzas. Revista Sexología y Sociedad. 2000.
19. Trinquete Díaz, Dixie Edith. Adolescentes y VIH-SIDA. Un grupo ideal. Revista Sexología y Sociedad 2009.
20. Toruño Toruño, A. Jóvenes a merced del SIDA. Nicaragua despunta la falta de información de VIH. Rev. CISAS [Serie en Internet] 2005 [Citado 08 Mayo 2008] Vol.21 (4): [Aprox. 4 Pág.] Disponible en: [World Wides Web: http://scielo.sld.cu/scielo.pdf](http://www.worldwideweb.com/)
21. Experiencias y resultados del Proyecto Cubano de Educación Sexual en secundaria básica, segunda parte, Pueblo y Educación. 2004.
22. El condón protege contra las ITS. [Base de datos en Internet]. 2001 [Citado 21 Feb. 2010]. Disponible en [http://ww.infomed.com/temas/ITS/](http://www.infomed.com/temas/ITS/)

23. Cuba. MINSAP. Consejería en ITS y VIH-SIDA. Información Básica: 2008.
24. Cuba. MINSAP. SIDA .Estado Actual. Foro de VIH-SIDA en América Latina y el Caribe: 2010.
25. Sánchez Tomado, R. Promiscuidad el falso dilema: Suplementos Letra S. 2005 Mayo.
26. Estudio sobre los conocimientos de los adolescentes sobre la sexualidad en la ESBE C Orestes Alfonso Paz, en el área rural de Pesquería Municipio de Baraguá. Fórum de Ciencia y Técnica Municipal; 2008.
27. Gutiérrez Pérez D. Conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual en un grupo de adolescentes. [Tesis]. Ciego de Ávila: Policlínico docente Norte Ciego de Ávila; 2009.
28. Cuba. MINSAP. Programa Nacional de Prevención y Control del VIH-SIDA; 2003.
29. Adelys CP, Álvarez RR, Maso BV, Brook F Frene. Información sexual en jóvenes de una zona rural. Revista Cubana Medicina General Integral. 2002; 8 (2): 96-106.
30. Delgado Fernández. Aspectos de la sexualidad en un grupo de adolescentes atendidos por el médico de la familia. Revista cubana de Medicina General Integral. 1999; 7 (8): 232-42.
31. Cuba. MINED. Proyecto de prevención de VIH-SIDA; 2003.
32. Pérez Correa, DF. Epidemiología de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH-SIDA. [CD-ROM]. La Habana. Ciencias Médicas; 2005.
33. Bayarre Vea. H, Hodforf G. Inferencia Estadística. ENSAP, La Habana. 2008.
34. Nápoles Pérez M, Díaz de la Hoz MB, Miranda Gómez O. Intervención de salud sobre infecciones de transmisión sexual en una institución cerrada,

2005-2006. Rev Cub Med Mil [revista en la Internet]. 2008 sep. [citado 2010 julio 01]

35. Cedeño Martínez Y E. Utilidad de una Intervención Educativa sobre Infecciones de Transmisión sexual. [Tesis]. Unidad Docente de Morón. Ciego de Ávila. 2010
36. Palau Samper N. Intervención educativa sobre ITS/VIH/SIDA de los adolescentes del Liceo "Virginia Gil". Mauroa. [Tesis]. Misión Médica Cubana. Barrio Adentro. Venezuela. 2009
37. Valiente Márquez CA; Espinosa Álvarez RF; Piñeiro Hernández L; Salgado Ríos M M; Mora Pérez; Del Corral Morales E. Conocimientos y percepción del riesgo de las infecciones de transmisión sexual en profesores generales integrales. Rev Cubana Med Gen Integr v.25 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2009.
38. Pérez Palmero Z, Casas Rodríguez L, Peña Galván L Y., Miranda Rodríguez O, Zaldívar Gari M. Información sexual en un grupo de adolescentes. Rev Cub Med Mil [periódico en la Internet]. 2002 Dic [citado 2008 Nov 20]; 31(4). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
39. Martínez Pérez M, Alonso Cordero M, Rodríguez Aguiar CM, Hernández Gómez L. Nivel de conocimiento de los adolescentes sobre VIH-sida. Policlínico docente "Luis Li Trejent". Güines. Revista de Ciencias Médicas La Habana 2009; 15 (1)
40. Madrazo JM, et al. Enfermedades de transmisión sexual y uso del condón para prevenirlas: percepción en estudiantes universitarios. Medicina y Ética. México. Mc Graw-Hill interamericana; 2007
41. Torres P; Walquer D M; Gutiérrez JP Bertozzi S. Estrategia novedosa de prevención de embarazo e ITS-VIH-SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. Rev. Salud Publica Méx.[Serie en Internet]. 2006 [Citado 22 Jun.

2009] Vol. 48(4):[Aprox. 9 Pág.]. Disponible en: [Word. Wide Web: http://scielo.php](http://scielo.php)

42. Gómez Duque. Características personales y educación sexual recibidas en adolescentes en la primera relación sexual. Bogotá. Ediciones Cartagena, 1998
43. Sánchez Bodas A. ¿Qué es el counseling? Prevención, cambio y desarrollo personal- Lec Tour, Buenos Aires. 2003.
44. Bayard Vicente. Intervención educativa en VIH-SIDA entre adolescentes de la provincia de Panamá. [Tesis] Panamá: Universidad de Panamá; 2008.
45. Gonzáles A, Castellanos B. Sexualidad y géneros para su educación ante los retos del siglo XXI. Editorial Científico Técnico. La Habana, 2003.
46. Finkel M, Finkel D. Sexual and contraceptive knowledge, attitudes and behavior of male adolescent. Fam Plann Perspect. 2008; 7: 256.
47. National Center for HIV, STD, and TB Prevention, CDC (Centers for Disease Control and Prevention) Atlanta Georgia. Treating Opportunistic Infections among HIV- Infected Adults and Adolescents. Recommendations of the panel on Clinical Practices for Treatment of HIV. MMWR; 2004 December, 53 (RR15); (cited 2009 November 17). Disponible en: mmwrq@cdc.gov.
48. Briongos Figuero L. S., Bachiller Luque P., Eiros Bouza J. M., Palacios Martín. Papel del médico de familia en el manejo de la infección por VIH. An. Med. Interna (Madrid) [revista en la Internet]. 2007 Ago [citado 2009 Jun 30]; 24(8): 399-403. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>.
49. MINSAP. Encuesta a personas con VIH/SIDA. 2011. Cuba: Oficina Nacional de Estadísticas e información. Edición 2012.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- ✚ Álvarez M, Castillo N, Milián A, Miranda O, Reina I, Sibila M. Enfermedades de transmisión sexual ulcerativas (sífilis, sífilis congénita, herpes simple genital, linfogranuloma venéreo, chancro blando). La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2004.
- ✚ Casanova Carrillo C. Situación epidemiológica de la infección por el VIH en el área de salud del policlínico "Héroes del Moncada. Rev Cubana Enfermería; 22, 2: Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/articleXML.php>
- ✚ De la Osa JA, A debate el SIDA. [en línea] 2007 [fecha de acceso 28 de febrero de 2007] URL disponible en <http://www.ganma.cubaweb.cu/secciones/ciencia.htm>
- ✚ Delgado Fernández. Aspectos de la sexualidad en un grupo de adolescentes atendidos por el médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr 1991; 7(8):232-42.
- ✚ Gutiérrez Pérez, D. Conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual en un grupo de adolescentes. Trabajo de terminación de la Especialidad en MGI. Ciego de Ávila, 2003
- ✚ Global crisis- global action: an international effort to combat the spread of HIV/AIDS. Field Exchange, Emergency Nutrition Network, august 2001; 13:12.
- ✚ Jiménez Sandoval O, y col. Conociendo sobre VIH Manual para el personal de salud y médicos de la familia de Cuba. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1999; 1- 3.
- ✚ Marín M. Bomba de tiempo vírica, Rev. Bohemia 2001, La Habana, Editorial Política; 96(16); 46-7.
- ✚ Rosete Silva H. SIDA: ¿Crimen o castigo? [en línea] 2007 [fecha de acceso 28 de febrero de 2007] URL disponible en <http://www.almamater.cu/actualizaciones>.

- ✚ Rodríguez Pendás B V, Santana Pérez F. Infecciones de transmisión sexual, calidad del semen e infertilidad. Rev Cubana Endocrinol [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2010 julio 01]; 19,3: Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
- ✚ VIH: Un retro a la inteligencia. Suplemento Científico Técnico Juventud Rebelde: en Red, enero 23, 2000; 43.

ANEXO N° 1

MODELO DE CONCENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO: INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ITS/VIH/SIDA EN ADOLESCENTES DE OCTAVO GRADO DE LA ESBU JOSÉ ANTONIO ECHEVERRÍA.

Yo _____ en calidad de participante.

- 1- He leído y comprendido la hoja de información que me ha sido entregado sobre el estudio.
- 2- He podido hacer todas las preguntas que me preocupan sobre el estudio.
- 3- He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.
- 4- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- 5- Comprendo que mi participación en el estudio es voluntaria.
- 6- Comprendo que me puedo retirar del estudio:
 - Cuando lo desee.
 - Sin tener que dar explicación.
 - Sin que repercuta en mis cuidados médicos.

He tenido contacto con: _____

Nombre y apellidos del investigador

El cual me ha explicado todos los aspectos relacionados con la investigación, toda la información adaptada a mi nivel de entendimiento y estoy de acuerdo en participar.

Por todo lo planteado anteriormente presto mi conformidad a participar en el estudio y para que quede constancia de esto firmo este modelo.

Firma del Médico

Fecha

Firma del Estudiante

ANEXO N° 2

ENCUESTA

Estudiante: Esta encuesta es personal y anónima (no tienes que poner tu nombre), solo queremos conocer los conocimientos que tienen sobre las Infecciones de Transmisión sexual los adolescentes de tu escuela.

Te pedimos que leas y respondas con cuidado. Muchas gracias.

1- De las siguientes enfermedades marque con una X las que usted considera que son de transmisión sexual:

- 1.1 ___ Sífilis
- 1.2 ___ Hipertensión arterial
- 1.3 ___ Condiloma
- 1.4 ___ Herpes simple genital
- 1.5 ___ Hepatitis B
- 1.6 ___ VIH/SIDA
- 1.7 ___ Escabiosis
- 1.8 ___ Trichomoniasis
- 1.9 ___ Hepatitis viral "A"
- 1.10 ___ Gonorrea
- 1.11 ___ Diabetes Mellitus
- 1.12 ___ Moniliasis

2- Las Infecciones de Transmisión Sexual se pueden adquirir por diferentes vías.

Marca con una X las afirmaciones que sean correctas.

- 2.1 ___ Manipulación de los genitales externos
- 2.2 ___ De una madre embarazada a su hijo
- 2.3 ___ Masturbación
- 2.4 ___ Lactancia materna
- 2.5 ___ Baños públicos
- 2.6 ___ Relaciones sexuales desprotegidas

2.7___ Transfusiones de sangre

2.8___ Por intercambio de ropas

2.9___ Beso

2.10___ Jeringuillas usadas

3- Señala con una X, según tus conocimientos. ¿Cuáles son las ventajas de usar el condón?

3.1___ Evitar el embarazo.

3.2___ Estar a la moda.

3.3___ Práctica del sexo protegido.

3.4___ Evitar el VIH/SIDA.

3.5___ Protegerse de las Infecciones de Transmisión Sexual.

3.6___ Complacer a la pareja.

4- Lee detenidamente y contesta si consideras que los planteamientos acerca del uso correcto del condón son verdaderos (V) o falsos (F).

4.1___ Antes de abrir la envoltura del condón se verifica que la fecha de fabricación sea menor de 3 años.

4.2___ Antes de abrir la envoltura se verifica que tenga un poco de aire adentro.

4.3___ El empaque se abre cuidadosamente con los dientes.

4.4___ Se saca el condón, se sujeta de tal manera que desenrolle hacia fuera y se presiona la punta del mismo antes de colocarlo.

4.5___ Se coloca en el pene antes de la erección llevándolo hasta su base.

4.6___ Después de la eyaculación se sujeta el condón por la base y se retira el pene antes de que pierda su erección.

4.7___ Si se desea una mayor lubricación se utilizan lubricantes a base de agua.

5- Según tus conocimientos marca con una x. ¿Cuáles son los riesgos que tienen las personas que cambian frecuentemente de parejas sexuales?

5.1___ Tener disfunciones sexuales.

5.2___ Infectarse con VIH.

5.3___ Contraer infecciones respiratorias.

5.4___Enfermar de Blenorragia.

5.5___Enfermar de Hepatitis B.

6- Marca con una X los métodos que se utilizan para protegerse de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH-SIDA, que conoces.

6.1___Multiload (DIU).

6.2___Condón masculino (preservativo).

6.3___Diafragma.

6.4___Pastillas anticonceptivas.

6.5___Crema espermicida.

6.6___Otro ¿Cuál?

7- Considera Usted que la preocupación del uso del condón o preservativo es un problema de

7.1 _____ Solamente del hombre

7.2 _____ solamente de la mujer

7.3_____ De ambos.

ANEXO N° 3

Programa Educativo para promover comportamientos sexuales responsables entre los adolescentes de octavo grado de la ESBU José Antonio Echeverría del área de salud Máximo Gómez.

Tema I: Presentación del programa.

Sumario: 1- Presentación del proyecto.

2- Aplicación de las encuestas.

3- Cierre.

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

Tipo de actividad: Dinámica de grupo.

Recursos: Hojas, lápices y bolígrafos.

Frecuencia: Mensual.

Responsables: Asesora de salud y médico especialista en MGI.

Participantes: Adolescentes y profesores.

Tema II: Características psicosexuales de los adolescentes.

Sumario: 1-Conflicto del adolescente.

2-Conductas sexuales en esta etapa de la vida.

3-Comunicación con los padres, coetáneos y profesores.

Objetivos: Identificar los conflictos de la etapa, así como las nuevas experiencias sexuales y los problemas en la comunicación con los adolescentes.

Tipo de actividad: Conferencia

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

Frecuencia: Mensual.

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

Participantes: Adolescentes.

Tema III: Vulnerabilidad y percepción del riesgo al VIH/SIDA y otras ITS en los adolescentes. Cambio frecuente de pareja sexual, sus riesgos.

Sumario: 1-Vulnerabilidad. Concepto

2-Adolescentes. Características psicológicas, epidemiológicas, sociales y biológicas.

3- Riesgos de los cambios frecuentes de pareja sexual.

Objetivos: Identificar cuándo una persona es vulnerable a contraer una ITS o el VIH-SIDA y los riesgos de los cambios frecuentes de pareja sexual

Tipo de actividad: Conferencia.

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

Frecuencia: Mensual.

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

Participantes: Adolescentes.

Tema IV: El condón

Sumario: 1- Tipos de condón.

2- Ventajas y desventajas de este método.

3- ¿Cómo usarlo correctamente?

4- El condón masculino y femenino como métodos anticonceptivos que protegen de las ITS y el VIH-SIDA.

Objetivos: Explicar el uso correcto del condón como medio de protección. Tipo de

actividad: Clase teórico-práctica

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

Frecuencia: Mensual.

Responsables: Médico especialista en MGI y asesora de salud.

Participantes: Adolescentes.

Tema V: Alarma en el distrito de salud.

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

2-¿Por qué la alarma en el distrito de salud?

3-¿Cómo protegernos de contagiarnos con VIH?

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

Tipo de actividad: Video- Debate.

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

Frecuencia: Mensual.

Responsables: Médico especialista en MGI, asesora de salud.

Participantes: Adolescentes, caso seropositivo del área.

Tema VI: Cierre y evaluación.

Sumario: 1- Reafirmación de los contenidos.

2- Aplicación de la encuesta final.

3- Cierre del programa.

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

Tipo de actividad: Dinámica de grupo.

Recursos: Hojas de papel, lápices y bolígrafos.

Frecuencia: Mensual.

Responsables: Personal docente del centro que se estudia, médico especialista en MGI, psicólogo del área y asesora de salud.

Participantes: Adolescentes y profesores.

ÍNDICE

	Pág.
I.- INTRODUCCIÓN -----	1-4
II.- MARCO TEÓRICO -----	5-14
III.- DISEÑO METODOLÓGICO -----	15-22
IV.- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS -----	23-36
V.- CONCLUSIONES -----	37
VI.- RECOMENDACIONES -----	38
VII.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	39-44
IX.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA -----	45-46
X.- ANEXOS	

DEDICATORIA

A los enfermos, ya que a ellos nos debemos y por ellos trabajamos.

A mi madre por ser el motor impulsor durante todos estos años ayudándome a llegar hasta aquí.

A mi querida abuela por no abandonarme ni un segundo y ayudarme a vencer todos los obstáculos y permanecer a mi lado sin importar lo difícil que ha sido el camino.