

Estrategia de intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual, virus de inmunodeficiencia humana

Educational intervention strategy on sexually transmitted infections, human immunodeficiency virus

MsC. Anaiza Barbé Agramonte ^I; MsC. Huodeixis Moreno Rangel ^{II}; MsC. Liliana Gómez López ^{III}; Dra. Odalys Rodríguez Heredia ^{IV}

I Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista en Medicina Veterinaria. Profesor Instructor. Universidad de Ciencias Médicas. Camagüey, Cuba. anaiza@factecno.cmw.sld.cu

II Máster en Ciencias de la Psiquiatría. Especialista de atención y tratamiento psicológico. Profesor Instructor. Centro Provincial de Promoción y Educación para la Salud. Camagüey, Cuba.

III Máster en Ciencias de Promoción y Educación para la salud. Profesor Instructor. Centro Provincial de Promoción y Educación para la Salud. Camagüey, Cuba.

IV Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor instructor. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: en el mundo se observa una tendencia ascendente en la ocurrencia de las infecciones de transmisión sexual, incluido el Virus de inmunodeficiencia Sida a expensas de un desplazamiento de las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas. **Objetivo:** determinar el nivel de conocimientos sobre ITS/VIH/SIDA en estudiantes del tecnológico de la salud "Octavio de la Concepción y de la Pedraja". **Método:** se realizó un estudio experimental de intervención, cuanti-cualitativo transversal desde septiembre de 2007 a marzo de 2008. El universo se constituyó por doscientos diez estudiantes de segundo año de Tecnología de la salud, se tomó una muestra de ciento ochenta estudiantes seleccionados a través de un muestreo aleatorio simple a los que se les aplicó un cuestionario. **Resultados:** predominó el grupo de edades de 36-45 años y tuvo mayor incidencia el sexo femenino. Se evidenció un nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual, incluido el Virus de inmunodeficiencia

Sida; las acciones educativas al inicio de la intervención educativa fueron bajas en cuanto al conocimiento y al final se alcanzó niveles satisfactorios. **Conclusiones:** después de aplicar la intervención se logró un aumento significativo del conocimiento en los estudiantes sobre el virus, por lo que se consideró efectiva la intervención.

DeCS: ENFERMEDADES DE TRASMISIÓN SEXUAL; SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA; ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN; ADULTO

ABSTRACT

Background: in the world an upward tendency in the occurrence of sexually transmitted infections, included HIV/AIDS is observed, at the expense of a displacement of sexual intercourses to more and more early ages. **Objective:** **Method:** a quanti- qualitative, cross-sectional, experimental intervention study was conducted, from September 2007 to March 2008. The universe was constituted by 210 students of second year. A sample of 180 students selected through a simple random sampling to those were applied a questionnaire. **Results:** the age group of 36-45 years prevailed and bigger incidence of the female sex. A low knowledge level on STI/HIV/AIDS and educational actions at the beginning of the educational intervention was evidenced and at the end, satisfactory levels were reached. **Conclusions:** After applying the intervention a significant increase of knowledge was achieved in the students on STI/HIV/AIDS, for what the intervention was considered effective.

DeCS: SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES; ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME; INTERVENTION STUDIES; ADULT

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) a lo largo de la historia de la humanidad, son uno de los problemas a los que se ha tenido que enfrentar la práctica médica de todos los tiempos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que las mismas incluyendo el VIH/SIDA, constituyen a escala mundial la causa de enfermedad más importante entre 15-44 años de edad y la segunda de mayor importancia después de las causas maternas en mujeres jóvenes en países en vías de desarrollo.¹

Desde entonces se celebran en el mundo diferentes eventos internacionales para fomentar y reafirmar en cada uno de ellos un espíritu de comprensión y compasión hacia las personas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y

de esta forma prevenir la discriminación relacionada con este virus, entre ellos podemos mencionar: 1988 Resolución WHA 41.24 de la cuadragésima primera Asamblea Mundial de la Salud instó a los Estados Miembros a fomentar un espíritu de comprensión y compasión hacia las personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana y las que viven con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y proteger la dignidad de las personas y los grupos de población afectados, así como rechazar la discriminación y el estigma en el suministro de servicios.¹

En 1989 se realizó la primera consulta internacional sobre el VIH y los derechos humanos, en la cual se reafirmaron los criterios de salud pública para la prevención de la discriminación relacionada con la enfermedad.²

En 1996 realizó la segunda consulta internacional sobre el VIH y los derechos humanos, la que se convocó conjuntamente por el ONUSIDA y la oficina del alto comisionado para los derechos humanos. En esta reunión se redactaron 12 directrices internacionales.³ Recientemente se identificaron cinco factores que contribuyen al estigma relacionado con el VIH.⁴

El hecho de que el VIH es una enfermedad que amenaza la vida, que las personas tengan miedo a contraer el mismo, el hecho de que a menudo se piense que las personas con el VIH son responsables de haber contraído la enfermedad son objeto de estigma en muchas sociedades. Las creencias religiosas o morales llevan a algunas personas a pensar que tener el Virus de Inmunodeficiencia Humana es el resultado de la falta de moral (como la promiscuidad o las relaciones sexuales "desviadas") y que merecen castigo. Un efecto generalmente dañino lo constituyen las manifestaciones de manera individual o colectiva de discriminar, apartar o del simple desconocimiento de cómo deben ser tratados y atendidos los pacientes de portadores del virus o que padecen de una Infección de transmisión Sexual, históricamente algunas personas consideran los pacientes portadores o enfermos del VIH/SIDA y aquellos que padecen alguna ITS como personas con "ciertas características o típicas de homosexuales y Prostitución" no correspondiendo esto plenamente con la realidad, sobre todo si estas manifestaciones vienen dirigidas desde el personal de salud.⁵

Contribuyen a estas respuestas la ignorancia y la falta de conocimientos sobre Infecciones de Transmisión sexual y la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana, el miedo, los postulados morales de culpa y el hecho de percibir el Virus de Inmunodeficiencia Humana como incurable. Todos esos factores se confabulan para que parezca inútil ofrecer una atención de buena calidad.⁶

Por tanto, lo antes descrito ha sido la motivación para emprender una investigación e intervención educativa sobre ITSVIH/SIDA.

El objetivo de esta investigación es determinar el nivel de conocimientos sobre ITS/VIH/SIDA en estudiantes del tecnológico de la salud "Octavio de la Concepción y de la Pedraja".

MÉTODO

Se realizó un estudio experimental de intervención educativa con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos sobre ITS/VIH/SIDA en estudiantes del tecnológico de la salud "Octavio de la Concepción y de la Pedraja". El universo de estudio se constituyó por 210 estudiantes de segundo año de las diferentes especialidades de la carrera Tecnología de la salud. Se tomó una muestra de 180 estudiantes seleccionados a través de un muestreo aleatorio simple para lo que se utilizó el programa estadístico EPIDAT, a los mismos se les aplicó un cuestionario el cual constituyó la fuente primaria de obtención de los datos de la investigación. Para la ejecución del estudio en una primera etapa se estableció la comunicación con los trabajadores con el objetivo de lograr la participación de los mismos en dicha investigación, utilizando el consentimiento informado.

Criterios de inclusión

- Trabajadores, estudiantes de la carrera de tecnología en cualquiera de sus perfiles.
- Estudiantes de esta Sede Central Universitaria específicamente.
- Estudiantes del municipio Camagüey.
- Desear participar en la investigación.
- No estar participando en otras investigaciones.

Criterios de exclusión

- No desear colaborar con el estudio.
- Voluntariedad de exclusión.

Criterios de salida

- Causar baja de la sede Universitaria.
- Traslado de comunidad.

La investigación constó de tres etapas: distribución e identificación de las variables antes de la intervención educativa, diseño de la estrategia de intervención educativa y evaluación de la estrategia de intervención educativa. La obtención de la información se realizó mediante una encuesta de diagnóstico para estrategia de intervención educativa, la que se sometió a consideración de expertos en promoción y educación para la salud, con años de experiencia en la actividad, que incluye para la evaluación del cuestionario una escala de puntuación que permitió evaluar cada una de las preguntas. De forma general se evaluó en Bien, Regular y Mal de acuerdo a la puntuación según la respuesta del encuestado. Se tuvieron en cuenta las siguientes variables e indicadores de estudio: variables independientes de estudio: edad, sexo; variables dependientes e indicadores: nivel de conocimiento del ITS/VIH/SIDA: aspectos epidemiológicos sobre

ITS/VIH/SIDA, transmisibilidad (tiempo durante el cual el agente biológico puede ser transferido directa o indirectamente de un infectado a otro no infectado), signos y síntomas (aparición de las características de la enfermedad), vulnerabilidad biológica (los adolescentes y jóvenes cuentan con menos anticuerpos protectores que las mujeres de mayor edad y esta inmadurez aumenta la probabilidad de que la exposición a la infección resulte en la transmisión del VIH y otras ITS. También tienen menos cantidad de secreciones vaginales, causante de una mayor fricción y laceraciones durante el coito, lo que aumenta el riesgo), psicológica (para los adolescentes y jóvenes los riesgos de infección por ITS/VIH/SIDA tienen un largo período de incubación, el comportamiento sexual arriesgado no tiene inmediatamente consecuencias manifiestas. Muchas jóvenes no están enteradas de qué se entiende por comportamiento sexual arriesgado. Si reconocen aún el riesgo de contraer por Ej: el VIH/SIDA, muchos creen que ellos mismos son invulnerables, omnipotentes e inmortales. Sienten que a ellos nada les va a pasar, independientemente de su exposición al riesgo. En esta etapa de la vida se hace más difícil tanto la reflexión como la toma de decisiones, y en su efecto son muy susceptibles a las opiniones de sus iguales, influyendo decididamente en su comportamiento, escuchando frecuentemente más a sus amigos que a sus padres, lo que finalmente puede afectar, su capacidad de negociación de alternativas de prevención, dígase sexo seguro, sexo protegido) y social (se trata de un período de mucho apego a sus amigos o iguales, influyendo mucho en sus comportamientos, comparten actividades de todo tipo, ya sean generadoras de salud o de riesgo. Junto a ellos se sienten más seguros, escuchando más a sus amigos que a sus padres y maestros). Percepción y conducta de Riesgo. Prevención de las ITS/VIH/SIDA. Nivel de conocimiento sobre acciones educativas: Necesidad de aprendizaje (actividad educativa, que identifica expectativas en los conocimientos queremos resolver por la vía de la educación y que objetivamente no lo posee la audiencia meta y que son necesarios para cualquier problemas de salud). Importancia de la promoción de salud. Cualidades que favorecen la comunicación interpersonal. Identificación de técnicas educativas. Acciones educativas que debe conocer para educar a la población.

Las variables cualitativas se describieron mediante distribución y porcentos. Se elaboró una base de datos y la información se procesó en el programa SPSS versión 11,5 para Windows. Los resultados se expresaron en tablas para su mejor comprensión y la redacción se realizó en una computadora compatible. Se utilizó un sistema operativo Windows XP con el programa Microsoft Word Office 2007 Profesional.

RESULTADOS

De un total de 180 participantes para un 100%, se pudo observar que el grupo de edades predominante fue el de 36-45 con 75 participantes para un 41,6%, en el de menos de 25 se

hallaban 17 en un 9,4%, 25-35 tiene 73 participantes con 21,2% de estos estudiantes y en el de más de 46 años la participación fue de 15 constituyendo el 8,5% de la muestra. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de la muestra según grupo de edades

Edad	No.	%
Menos de 25	17	9,4
25-35	73	40,5
36-45	75	41,6
Más de 46	15	8,5
Total	180	100

Fuente: encuesta

En el 35% de la muestra o sea 63 participantes fueron del sexo masculino y 117 para un 65% del sexo femenino que como se puede observar es la mayoría de los estudiantes intervenido. (Tabla 2)

Tabla 2. En la variable distribución según Sexo

Sexo	No.	%
Masculino	63	35
Femenino	117	65
Total	180	100

Según el nivel de conocimiento de las ITS/VIH/SIDA, se recogieron los indicadores de aspectos epidemiológicos, transmisibilidad, signos y síntomas, vulnerabilidad biológica, psicológica y social, percepción del riesgo, conducta de riesgo y prevención, se muestra el conocimiento antes y después de la intervención educativa. Con respecto al indicador de aspectos epidemiológicos, al inicio diez alumnos (5,5%) no conocían de las enfermedades, tenían insuficiente conocimiento de la transmisibilidad 27 estudiantes para un 15%. Diez alumnos no conocían de los signos y síntomas de las ITS/VIH y el SIDA para un 5,5%, en la Vulnerabilidad Biológica, tenían baja percepción de vulnerabilidad psicológica y social 24 personas para un 13,3% de la muestra, tenían baja percepción del riesgo diez estudiantes para un 5,5%, poseían deficientes conocimientos de conducta de riesgo 36 individuos para un 20%, y sobre prevención de las ITS/VIH y el SIDA desconocían diez estudiantes lo que significó el 5,5% de la muestra estudiada. Al finalizar la

intervención educativa alcanzaron niveles suficientes de conocimiento 172 lo que representó el 95,5% de la población estudiada ya que ocho personas (4,4%) abandonaron la investigación. (Tabla 3)

Tabla 3. Nivel de conocimiento de ITS/VIH/SIDA antes y después de la estrategia intervención educativa

Indicadores	Conocimientos									
	Antes					Después				
	Suficiente		Insuficiente			Suficiente		Insuficiente		
	No.	%	No.	%	Total	No.	%	No.	%	Total
Aspectos Epidemiológicos	10	5,5	170	94,4	180	172	95,5	8*NE	4,4	180
Transmisibilidad	27	15	153	85	180	172	95,5	8*NE	4,4	180
Signos y síntomas	10	5,5	170	94,4	180	172	95,5	8*NE	4,4	180
Vulnerabilidad Biológica, psicológica y social	24	13,3	156	86,6	180	172	95,5	8*NE	4,4	180
Percepción del Riesgo	10	5,5	170	94,4	180	172	95,5	8*NE	4,4	180
Conducta de riesgo	36	20	144	80	180	172	95,5	8*NE	4,4	180
Prevención	10	5,5	170	94,4	180	172	95,5	8*NE	4,4	180

*NE Constituyeron salida de la investigación tres por baja de la sede universitaria y cinco por traslado.

Con respecto al nivel de conocimiento sobre acciones educativas, se recogieron los indicadores de necesidad de aprendizaje, importancia de la promoción de salud, cualidades que favorecen la comunicación interpersonal, identificación de técnicas educativas, acciones educativas que se deben conocer para educar a la población, comportamiento del conocimiento antes y después de la intervención educativa. En el indicador de necesidades de aprendizaje presentaron insuficiente conocimiento antes de la intervención educativa 176 estudiantes lo que representó el 97,7% de la muestra de estudio, no conocían de la importancia de la promoción de salud 174 estudiantes para un 96,6%, en el aspecto de cualidades que favorecen la comunicación interpersonal lo desconocían el 100% de los alumnos, para la identificación de técnicas educativas 177 desconocían cuales eran las técnicas para un 98,3%, desconocían sobre acciones educativas para educar a la población el 100% de los alumnos. Al finalizar la intervención educativa alcanzaron niveles suficientes de conocimiento 172 lo que representó el 95,5% de la población estudiada ya que ocho personas (4,4%) abandonaron la investigación. Después de analizadas las variables

dependientes e independientes en esta primera etapa se evidenció el bajo nivel de conocimiento en la población objeto de estudio conocimiento detectado a través de la aplicación de la encuesta, se procedió al diseño de la estrategia, se realizó y aplicó la estrategia de intervención educativa en la 2da etapa de la investigación y se obtuvo como resultado que se realizó el 100% de las actividades educativas planificadas en el plan de acción de la estrategia, tuvo participación la totalidad (100%) de la muestra inicialmente y al final un 95,5% ya que el 4,4% fueron no evaluados. (Tabla 4)

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre acciones educativas antes y después de la estrategia intervención educativa

Indicadores	Conocimientos									
	Antes					Después				
	Suficiente		Insuficiente			Suficiente		Insuficiente		
	No.	%	No.	%	Total	No.	%	No.	%	Total
Necesidad de aprendizaje	4	2,2	176	97,7	180	172	95,5	8*NE	4,4	180
Importancia de la promoción de salud	6	3,3	174	96,6	180	172	95,5	8*NE	4,4	180
Cualidades que favorecen la comunicación interpersonal	0	0	180	100	180	172	95,5	8*NE	4,4	180
Identificación de técnicas educativas	3	1,6	177	98,3	180	172	95,5	8*NE	4,4	180
Acciones educativas que debe conocer para educar a la población	0	0	180	100	180	172	95,5	8*NE	4,4	180

DISCUSIÓN

Según la edad el grupo predominante en el estudio fue el de 36-45, lo que coincide con algunos estudios en los que se realizó una intervención y se demostró que algunos grupos de estas edades evidenció la necesidad de mayor conocimiento en estudios internacionales como los realizados en Uganda y La India los resultados fueron similares al nuestro,⁶⁻⁸ coincidiendo con Contreras, et al⁹ que plantearon que aunque la población de 14-24 años es la más vulnerable debido a la

falta de percepción del riesgo frente a las ITS la necesidad de conocimiento se traslada hasta las edades de adulto de 35-40 años.

En el resultado de la composición por sexo, el mayor porcentaje de los estudiantes encuestados correspondió al sexo femenino coincidiendo con algunos estudios donde se incluye esta variable como el de Ciudad de la Habana donde el mayor número de estudiados correspondieron al sexo femenino oscilando entre 29-39 años.⁶ En estudios internacionales como los realizados en Uganda y La India ⁸los resultados fueron similares al nuestro, donde el mayor número de personas estudiadas correspondieron al sexo femenino.^{7,8}

Según los conocimientos sobre ITS/VIH/SIDA se observaron diferentes indicadores como los aspectos epidemiológicos, al inicio no existió ningún conocimiento o bajo conocimiento de la epidemiología de las enfermedades, lo que coincide con otros estudios realizados por el Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de salud Pública de México y otras investigaciones de otros autores.^{9,10}

Con respecto a la transmisibilidad se presenció un insuficiente conocimiento lo que concuerda con estudios del mismo Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de salud Pública de México y con otras investigaciones que indican el bajo conocimiento de transmisibilidad entre los jóvenes.^{10,11}

Muchos autores plantean que el período de transmisibilidad del SIDA se extiende desde los primeros momentos de la infección y dura toda la vida del paciente, tornándose más infeccioso al inicio de la infección y en los últimos estadios de la enfermedad.¹² El VIH es una enfermedad transmisible donde el virus necesita del contacto íntimo y directo entre los fluidos de una persona y la mucosa o la sangre de otra. Por tanto el VIH no se puede transmitir ni por el aire, ni por el agua, ni por el medio ambiente. Por eso se dice que la infección por VIH es una enfermedad transmisible y no una enfermedad contagiosa. Por todo ello la mejor herramienta para luchar contra la propagación del VIH es la educación que proporcione información a todas las personas y habilidades para utilizarlas con el fin de protegerse, proteger a los demás y cuidar a las personas ya afectadas. Al inicio de nuestro estudio no conocían los signos y síntomas de las ITS/VIH y el SIDA un alto porcentaje de la muestra, lo cual demuestra una vez más la necesidad de aprendizaje y de mayor información de los jóvenes como plantea Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de salud Pública de México y el estudio realizado en la India.^{10,13}

En cuanto a la vulnerabilidad biológica, psicológica y social tenían baja percepción de vulnerabilidad al inicio un alto porcentaje de la muestra lo cual presenta valores similares en otros estudios internacionales que verificaron el bajo nivel de conocimiento al inicio de una intervención y coincide a la vez con estudios de la Oficina Nacional de Estadística sobre este indicador.^{5,13} Tenían baja percepción y deficientes conocimientos de conducta de riesgo un alto porcentaje de los estudiantes coincidiendo estos resultados con el estudio de la Oficina Nacional de Estadística sobre

indicadores de prevención de Infección de las ITS/VIH/SIDA, donde se obtuvo que el mayor porcentaje de jóvenes no perciben el riesgo de infectarse. En el estudio realizado por el Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de salud Pública de México se obtuvieron resultados semejantes, similar a un estudio realizado en hombres y mujeres en EE UU, Otro estudio realizado por López García ¹⁴ en jóvenes Malagueños demostró que habían practicado el sexo sin adoptar medidas de precaución en alguna ocasión, a pesar de que gozaban de mayor información que nunca, lo cual denota baja percepción de riesgo. Al finalizar la intervención educativa alcanzaron niveles suficientes de conocimiento el 95,5% de la población estudiada y un bajo porcentaje (4,4%) abandonaron la investigación por otras causas coincidiendo con otros estudios de intervención realizados en nuestro país y otros países en los que por ej. Barros Teodoro, et al ¹³ en estudios realizados verificaron un aumento de conocimientos sobre sexualidad e ITS/SIDA en el grupo de estudio en la aplicación de la segunda encuesta coincidiendo con nuestros resultados. Conocimiento de acciones educativas aquí se puede apreciar al inicio de la intervención educativa el bajo nivel de conocimiento que tenían los estudiantes en cuanto a Necesidades de aprendizaje, Importancia de la promoción de salud, Cualidades que favorecen la comunicación interpersonal, Identificación de técnicas educativas, Acciones educativas que debe conocer para educar a la población esto coincide con otras investigaciones de intervenciones realizadas en nuestro país algunas en nuestra provincia como la tesis de maestría de una especialista del centro provincial de ITS/VIH/SIDA que también obtuvo como resultado la necesidad de conocimiento sobre las acciones educativas a estudiantes para incrementar un adecuado trabajo en los futuros profesionales de la salud pública. En el resultado sobre el conocimiento de las necesidades de aprendizaje en su mayoría consideran que sus conocimientos sobre promoción de salud son escasos.

En investigaciones del Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de salud Pública de México también se obtuvieron semejantes resultados, Barros Teodoro, et al ¹³ en estudios realizados verificaron un aumento de conocimientos de las acciones educativas dirigidas después de una intervención educativa, esto corrobora también los postulados descritos por el Dr. Borroto Chao en cuanto a la importancia de la educación y promoción para la salud no solo para la población sino para los estudiante como futuros profesionales de la salud observando que la orientación hacia las necesidades de aprendizaje está centrado en las experiencias individuales orientadas hacia la solución de los problemas, conflictos y necesidades, reales y sentidas y esto crea un ambiente psicológico positivo que debe ser un proceso dinámico y reflexivo. Después de analizadas las variables dependientes e independientes en esta primera etapa se evidenció el bajo nivel de conocimiento en la población objeto de estudio conocimiento detectado a través de la aplicación de la encuesta, se procedió al diseño de la estrategia, se realizó y aplicó la estrategia de intervención educativa en la 2da etapa de la investigación y se obtuvo como resultado que se realizó todas las actividades educativas planificadas en el plan de acción de la estrategia

coincidiendo con otros estudios realizados de intervenciones educativas en Uganda, la India y México y otros en nuestro país realizados por el centro Nacional de ITS/VIH/SIDA.¹⁵⁻²⁰

CONCLUSIONES

1. El grupo de edades predominante fue el de 36-45 y mayor incidencia del sexo femenino.
2. Nivel de conocimiento relacionado en las ITS/VIH/SIDA al inicio de la intervención educativa fue bajo y al final alcanzo niveles satisfactorios.
3. Nivel de conocimiento sobre acciones educativas al inicio fue bajo y al final alcanzó niveles altos.
4. Se realizaron todas las actividades educativas planificadas en el plan de acción de la estrategia.
5. Se evalúa la estrategia de intervención como Satisfactoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez W, Damaso B, Cortegana C, Lahura P, Motta J. Comportamientos sociales y sexuales asociados a las infecciones de transmisión sexual en jóvenes del Alto Huallaga, Perú. *An Fac med.* 2008; 69(1):17-21.
2. MINSAP. Informe sobre la SCNPITS/alud en el mundo "Cambiemos el rumbo de la historia". *Rev Cubana Salud Públ.* 2004; 30(4):1-5.
3. Sosa BG, Reyes GX, Barrios IA, Hernández JM. Conocimientos y creencias de una población cubana sobre el VIH/SIDA desde un enfoque bioético. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2006; 22(4):17-22.
4. Committee for Science and Education, Medical Association of South Africa. Universal precautions for the prevention of HIV infection in health care settings. *S Afr Med J.* 2005; 85(1):381-383.
5. Cuba: MINSAP. Anuario Estadístico del MINSAP. La Habana; 2007.
6. Santana PF, Ovies CG, Verdeja VO, Fleitas RR. Características de la primera relación sexual en adolescentes escolares de Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Sal Públ.* 2006; 32(3):1-3.
7. González HA, Castellanos SB. Reconceptualización de la sexualidad masculina y femenina en los albores del nuevo siglo. *Sexol Soc.* 2004; 10(26):9-15.
8. Roque VR, Pileta ZN, Guerra CD, Mustelie TH. El trabajo comunitario como instrumento de humanización en las personas con VIH/sida. *Rev Cubana Enfermer.* 2009; 25(3-4):1-2.

9. Martínez PM, Alonso CM, Rodríguez AC, Hernández GL. Nivel de conocimiento de los adolescentes sobre VIH-SIDA. Rev de Ciencias Médicas La Habana. 2009; 15(1):1-3
10. Hernández Cabrera J, Pérez Rodríguez O. Temas sobre sexualidad que interesan a un grupo de adolescentes en el área de salud Iguará. Rev Cubana Enfermer. 2005; 21(2):2
11. Porras FE, Romero GP, Conde SP, Jiménez CJ. Conocimiento en adolescentes de la Parroquia Las Delicias en Venezuela sobre ITS. Gac Med Espirituana. 2007; 9(1):1-3.
12. Naranjo RA, Reyes AO, García RG, León JM, Naranjo LM. Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes. Gac Med Espirituana. 2008; 10(2): 1-5.
13. Tapia AV, Arillo SE, Allen B, Angeles LIA, Cruz VA, Lazcano PE. Associations among condom use, sexual behavior, and knowledge about HIV/AIDS. A study of 13,293 public school students. Arch Med Res. 2004; 35(4):334-43.
14. Johnson HL, Erbelding EJ, Zenilman JM, Ghanem KG. Sexually transmitted diseases and risk behaviors among pregnant women attending inner city public sexually transmitted diseases clinics in Baltimore, MD, 1996-2002. Sex. Transm Dis. 2007; 34(12):991-4.
15. Da Ros CT, Schmitt Cda S. Global epidemiology of sexually transmitted diseases. Asian J Androl. 2008; 10(1):110-4.
16. Raymond M, Catalozzi M, Lin AJ, Ryan O, Rickert VI. Development of intimate relationships in adolescence. Adolesc Med State Art Rev. 2007; 18(3):449-59.
17. Christner J, Davis P, Rosen DS. Office-based interventions to promote healthy sexual behavior. Adolesc Med State Art Rev. 2007 Dec; 18(3):544-57.
18. Vinaccia S, Quinceno J, Gaviria A, Soto A, Gil M, Ballester A. Conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes Colombianos. Terapia psicol. 2007; 21(1):39-50.
19. Dávila ME, Tagliaferro AZ, Bullones X, Daza D. Nivel de Conocimiento de Adolescentes sobre VIH/SIDA. Rev salud pública. 2008; 10(5):1-5.
20. Olazábal PM, Miranda DB, Piña RY, Sánchez VF. Nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA en un grupo de riesgo. Clínica de Servicios del MININT. Matanzas. Rev Méd Elect. 2007; 29(1):1-4.

Recibido: 10 de septiembre de 2009

Aprobado: 10 de noviembre de 2010

MSc. Anaiza Barbé Agramonte. Email: anaiza@factecno.cmw.sld.cu