

Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos "Raúl Dorticós Torrado"
Policlínico Universitario "Dr. Enrique Barnet"

Tesis para optar por el título académico de Especialista de Primer grado en Medicina General Integral.

Título: Comportamiento epidemiológico del VIH en adolescentes del consultorio médico número 19 del municipio de Lajas, año 2019-2022.

Autora: Dra. Beatriz Ramírez Batista.

Tutor: Dr. Adalberto Martínez Castellón.

Especialista de 1er grado en pediatría, Msc. en atención integral al niño y al adolescente. Profesor asistente.

"Año 64 de la Revolución."

Curso 2021_2022.

“Donde quiera que se ame el arte de la Medicina, se ama también a la humanidad.”

Hipócrates.

Agradecimientos

A mi tutor por su infinita sabiduría y entrega a su profesión.

A mi mama, por ser la mejor madre del mundo y por siempre estar para mí en cualquier circunstancia.

A mi familia que me impulsa y a apoya para ser mejor cada día.

A mis compañeros de trabajo, a mi enfermera y amiga y a los que han sido mis fieles pacientes por 3 años.

Dedicatoria

A mí madre, y mis pacientes por el apoyo.

Índice

Presentación.
Pensamiento.
Dedicatoria.
Agradecimientos.

Resumen.....	6
Introducción.....	7
Marco Teórico.....	12
Objetivos.....	18
Métodos.....	19
Resultados.....	22
Discusión.....	26
Conclusiones.....	29
Recomendaciones.....	30
Bibliografía.....	31
Anexos.....	36

Resumen.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con el propósito de describir el comportamiento epidemiológico del VIH en adolescentes del consultorio 19 del municipio de lajas en el periodo comprendido entre enero del año 2019 a enero del año 2022, el universo y la muestra están constituidos por 7 adolescentes con diagnóstico de VIH. La información recogida se obtuvo a partir de una encuesta diseñada al efecto, para el procesamiento estadístico se utilizó el SPSS versión 15.0 para Windows. Los resultados se presentan en tablas y se expresan en números y porcentajes. La mayor parte de los adolescentes con VIH en nuestro estudio se encuentran en el grupo de 18 a 22 años y son del sexo masculino, prevalece el grupo de 14 a 19 años en relación al inicio de las relaciones sexuales. Entre los factores de riesgo para adquirir VIH se destacan los hombres que tienen sexo con hombres, las relaciones sexuales desprotegidas y la ingestión de bebidas alcohólicas. La mayoría de los adolescentes del estudio llevan menos de tres años de evolución y viven en familias disfuncionales y moderadamente disfuncionales, y en relación al test de ansiedad depresión presentan un nivel medio y alto.

Palabras clave: adolescencia, factores de riesgo, VIH/SIDA.

Introducción

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es el agente etiológico, es decir, es causante del sida, un conjunto de síntomas que se manifiestan cuando la infección por VIH ha llegado a una etapa crítica. En 1981 se documentaron los cinco primeros casos —dos de ellos mortales— de un cuadro sintomático desconocido hasta ese momento. Esta información y el posterior aumento de casos similares motivaron la búsqueda de la causa de la enfermedad, que en los primeros días fue bautizada como *cáncer lila* o GRID (*gay-related immune deficiency*), traducido al español como inmunodeficiencia vinculada a los gais). El descubrimiento del VIH es objeto de controversia, aunque de manera oficial fue descubierta gracias al trabajo paralelo de dos equipos de investigadores; uno de ellos encabezado por Luc Montagnier en el Instituto Pasteur de París (Francia) y el otro por Robert Gallo en el Instituto de Virología Humana de la Universidad de Maryland en Baltimore (Estados Unidos).¹

Tras el descubrimiento del virus se plantearon varias hipótesis sobre cuál podría ser su origen. Las investigaciones realizadas muestran pruebas que ubican el origen del virus en África ecuatorial. Se trataría de una mutación del virus de inmunodeficiencia simia (VIS) que pasó a los humanos en algún momento del siglo XX. A pesar de que los primeros registros de la enfermedad corresponden a 1981, investigaciones posteriores muestran que algunas personas ya habían contraído la infección por lo menos en la década de 1950. En 1984, un estudio de la *Revista Estadounidense de Medicina* identificó a Gaëtan Dugas (asistente de vuelo de Air Canada) como el "paciente cero", es decir, como la persona que trajo el virus de África ecuatorial a Occidente, donde se difundió rápidamente entre la comunidad homosexual. Las investigaciones posteriores muestran que es más probable que la difusión del virus se deba a un grupo más o menos reducido de personas que hacían muchos viajes y tenían coito.^{1,2}

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), es el estado final de la infección crónica producida por el retrovirus VIH (virus de inmunodeficiencia humana), que aparece por primera vez en 1981 en la ciudad de Los Ángeles, Estados Unidos de América, produciéndose rápidamente una enorme expansión pandémica de la enfermedad.^{2,3}

A escala mundial, la epidemia de VIH se ha estabilizado, pero los niveles de nuevas infecciones y de fallecimientos por SIDA son inaceptablemente altos. El porcentaje mundial de personas que viven con el VIH se ha estabilizado desde el año 2000, gracias

a los tratamientos que prolongan la vida, pero aún superan en número a los fallecimientos provocados por el SIDA. En el 2007, se registraron 2,7 millones de nuevos casos de infección por el VIH y 2 millones de fallecimientos relacionados con el SIDA. La tasa de nuevas infecciones por el VIH ha disminuido en varios países pero, a nivel mundial, el aumento de nuevas infecciones contrarresta, al menos en parte, estas tendencias favorables. En 14 de los 17 países africanos que cuentan con datos encuéstales aceptables, el porcentaje de embarazadas jóvenes (15-24 años) que viven con el VIH ha disminuido desde el período 2000-2011, durante el 2013, hubo 35,3 millones de personas viviendo con VIH en todo el mundo y 1,6 millones de muertes por dicha causa. 2, 3,4

A medida que aumentó el acceso al tratamiento en los últimos diez años, disminuyó el número anual de fallecimientos por SIDA. Sin embargo, algunos de los aumentos más preocupantes en el número de nuevas infecciones se registran en países muy poblados de otras regiones, como Indonesia, Rusia y diversos países de ingresos altos. En casi todas las regiones fuera del África subsahariana, el VIH afecta en forma desproporcionada a usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y profesionales del sexo. 2, 4,5

En América Latina la epidemia de VIH permanece estable; por ejemplo, en el 2012, había 1,5 millones de personas, en comparación a los 1,2 millones en el 2001, con una prevalencia estimada en adultos de 0,4%. Así mismo, alrededor de 86 000 personas contrajeron el VIH en el 2012, comparado con 93 000 en el 2001; lo que es coherente con una disminución de un 13,3% en el número de personas que murieron por causas relacionadas con el SIDA entre los años 2005 y 2011. Sin embargo, a nivel mundial todavía existen muchos retos para controlar la epidemia, teniendo en cuenta que esta se desarrolla de manera particular en cada país, con determinantes propios y una respuesta específica desde el estado y la sociedad civil.3, 6

La prevalencia del VIH en adultos en el Caribe se estima en un 1,0% en 2007. En esta región es más elevada en la República Dominicana y en Haití, que juntos dan cuenta de casi tres cuartos de las 230 000 personas que viven con el VIH en el Caribe, incluidas las 17 000 que se infectaron en 2007. Según las estimaciones, 11 000 personas del Caribe fallecieron a causa del SIDA este año, y esta enfermedad sigue siendo una de las causas principales de defunciones entre personas de 25 a 44 años.

En la ciudad de Tacna, el autor Gómez M. (2012-Perú), realizó un estudio Conocimientos y actitudes frente a las conductas Sexuales de riesgo en adolescentes. Tiene nivel de conocimientos medio sobre las infecciones de transmisión sexual y la mayoría tienen actitudes de indiferencia frente a las conductas sexuales de riesgo. Concluye que los adolescentes varones (28,4%) de la Institución Educativa Cesar Cohaila Tamayo presentan actitudes de Indiferencia de frente a las conductas sexuales de riesgo en comparación con las mujeres que tiene el (22,8%), también se puede apreciar que el (17,3%) del total de adolescentes de la Institución Educativa presentan una actitud de aceptación frente a las conductas sexuales de riesgo, nivel de aceptación lo que pone en un constante peligro de contraer algunas enfermedad o infección de transmisión sexual.⁵

En Colombia, en la investigación “Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes de una universidad” concluye que las mujeres tienen mejores conocimientos a comparación de los hombres, ubicándolas en un nivel regular y los hombres en un nivel deficiente. El área de la salud presenta mejor nivel de conocimientos respecto a las demás; sin embargo, todas las áreas de estudio se clasificaron en el nivel regular. (Díaz, Cantillo, García, Martínez y Vega, 2014).⁷

En Ecuador, en el estudio “Conocimientos y prácticas sobre VIH-sida” el 72.04% tiene conocimiento acerca de la enfermedad, pero un 70.96% no logra identificar las diferencias entre el VIH y el SIDA. Son consideradas como vía de transmisión más frecuente las relaciones sexuales (47.84%) y las transfusiones sanguíneas (47.7%); se confirma el aporte positivo y el aporte de información por parte de las campañas de prevención (55.01%) y la institución educativa (52.08%); y que la primera relación sexual ocurrió sin uso de preservativo a los 14-16 años con su novio/a. Actualmente el 47.31% ha tenido más de tres parejas sexuales y el 72.04% no hace uso del condón en sus relaciones coitales (Pacheco y Erreyes, 2017). ^{8,9}

En Colombia, según un estudio “Prácticas sexuales y percepción de riesgo frente al VIH desarrollado en estudiantes entre los 15 y 18 años se concluye que tener o no percepción de riesgo de contraer VIH, no determina la realización de prácticas sexuales saludables, como es el uso del preservativo. Además, la vivencia de la sexualidad abarca como factores protectores el desarrollo sano de la personalidad, la autoestima y la adquisición de valores, que conllevan al respeto de los derechos sexuales y reproductivos propios y de los demás (Guerra y Muñoz, 2018).^{10,11}

Cuba se considera entre los países caribeños menos afectados. La epidemia se ha caracterizado por un aumento lento y sostenido con mayor incidencia en el último quinquenio. Las estadísticas de la Dirección Nacional de Epidemiología a finales del 2007 mostraron un incremento en el número de casos en relación con el año precedente. Se han diagnosticado un total acumulado, desde 1986, de 9 304 seropositivos, 80 % de estos son del sexo masculino y el 20 % mujeres. Los hombres que tienen sexo con otros hombres constituyen el grupo de mayor vulnerabilidad y el 86 % de los casos masculinos reportados. La forma de infección predominante es la transmisión sexual.⁶

Valdivia M. (Cuba-2009), realizó un estudio acerca del Conocimientos, Actitudes y Prácticas acerca del VIH/SIDA, se caracterizó por un comienzo de vida sexual activa de los estudiantes entre los 14 y 16 años (53,1%), cambios frecuentes de parejas (42,1%), usar el condón siempre el 39%, similar cifra opinó que antes de la penetración, son las mujer las que más lo proponen 49,8% y la no utilización en el 62,5% por pareja estable, existiendo baja percepción de riesgo. Concluyó que la descripción de conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA, emergen situaciones problemáticas en los estudiantes que hacen a esta población altamente vulnerables a adquirir la enfermedad sobre las cuales pueden intervenirse.⁷

En Cuba, el trabajo “Conocimientos y factores de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes” concluye que existen prácticas sexuales de riesgo como: edad de inicio precoz entre 12 y 13, motivación errada para iniciar la vida sexual (curiosidad y búsqueda de apoyo, afecto), gran número de ellos ha tenido más de 3 parejas sexuales, aunque predominó el uso del preservativo como medio de protección, no es usado con la frecuencia adecuada. No se evidenció en la investigación estudiantes que hayan contraído infecciones de transmisión sexual (Castro, 2010).^{6,8}

También en nuestro país, en el trabajo “Nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA” realizado en estudiantes predominó un buen nivel de conocimiento. Además, la escuela, los profesionales de la salud y la familia fueron identificados como las principales fuentes de información para los estudiantes de secundaria básica (Sarduy, Sarduy y Collado, 2015). ⁸

Durante la adolescencia el ser humano cursa una etapa muy trascendental en su vida que se encuentra marcada por rápidos cambios en el desarrollo físico y psicológico acompañados por sentimientos de atracción sexual donde emergen impulsos de grandes contenidos emotivos y psicosexuales y que pueden hacer de esta etapa un periodo conflictivo y de riesgos como los cambios que se desarrollan por la hostilidad social, cultural o dentro del seno familiar donde no tienen una atención y orientación adecuada propia de su edad que les permitan hacer frente su vida sexual. 8

Ante este problema latente los adolescentes toman alternativas de riesgos por información y conceptos distorsionados que lo expone a tomar decisiones equivocadas que pone en riesgo su salud al contraer una Infecciones de transmisión sexual (ITS). 8,9

Por ser un problema de salud pública a nivel mundial, por su alta prevalencia que afectan a la población entre 15-59 años; entre este rango de edad se encuentra un segmento poblacional de mayor productividad (25 - 49) años, así también como los adolescentes, personas vulnerables a la transmisión, debido a estilos de vida no saludables que inciden en forma negativa en su calidad de vida. 10 , 11 ,

Cuando los niveles de conocimientos sobre las enfermedades por transmisión sexual son deficientes surge una limitación para un cambio conveniente de actitud de la población respecto al VIH/SIDA. 10,12

Justificación el problema:

El Análisis de la Situación de Salud (ASIS) del municipio de Lajas, del año 2019, refleja que el VIH/SIDA en los adolescentes constituyen un serio problema de salud, la vulnerabilidad de padecerlos está muy relacionada con su comportamiento sexual, las formas de protegerse, los conocimientos y la percepción de riesgo que puedan tener.

Durante la adolescencia el ser humano cursa una etapa muy trascendental en su vida que se encuentra marcada por rápidos cambios en el desarrollo físico y psicológico acompañados por sentimientos de atracción sexual donde emergen impulsos de grandes contenidos emotivos y psicosexuales y que pueden hacer de esta etapa un periodo conflictivo y de riesgos como los cambios que se desarrollan por la hostilidad social, cultural o dentro del seno familiar donde no tienen una atención y orientación adecuada propia de su edad que les permitan hacer frente su vida sexual ,teniendo en cuenta la elevada prevalencia de esta enfermedad nos presentamos la siguiente interrogante **Problema de la investigación:** ¿Cómo es el comportamiento epidemiológico del VIH en el consultorio 19 del municipio de Lajas?

Marco teórico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la adolescencia como la etapa de la vida que se desarrolla entre los 10 y 19 años de edad, con dos fases en ella: la adolescencia temprana de 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años. En esta etapa se produce una interacción de los procesos de desarrollo biológico, psicológico y social en las personas que conducen a la madurez, están conformándose la identidad, la autonomía y el proyecto de vida.^{13,14}

Cada año se presentan nuevos casos de personas que contraen el VIH – SIDA, siendo los varones jóvenes entre 15 y 21 años, las personas más vulnerables a la transmisión de estas enfermedades debido a estilos de vida no saludables y hábitos sociales que generan disfunciones afectando la futura supervivencia del género humano especialmente los adolescentes que constituyen la población más vulnerable a sufrir enfermedades de transmisión sexual, en estudiantes adolescentes de educación secundaria, de ambos sexos.¹²

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), (el cual causa el SIDA), debilita el sistema inmunológico o sistema de defensa natural del cuerpo, destruyéndolo lentamente. Ataca a las células CD4 (variedad de glóbulos blancos que actúan como coordinadores del sistema inmunológico provocando una respuesta de defensa inmunológica). La infección del VIH puede durar de 10 a 11 años y actualmente no existe cura para ella. ^{9,10,13}

Por su parte el SIDA es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, manifestación más avanzada de la infección por VIH, su etapa final. Complejo cuadro clínico que ataca el sistema inmunológico, debilitando las defensas naturales del organismo contra microbios (virus, bacterias u hongos), quedando la persona vulnerable a una gran cantidad de infecciones y enfermedades potencialmente mortales, que no lo dañarían si tuviera un sistema inmunológico sano, por tanto pudiera ser resumido como: Conjunto de síntomas y signos derivados de un debilitamiento importante del sistema inmunitario, que se ha contraído por el enfermo durante su vida, que no es congénito.^{9,10,14}

Precisando entonces la diferenciación entre VIH y SIDA es que: el portador del VIH es una persona que adquiere este virus y es capaz de transmitirlo, pero puede no padecer ningún tipo de síntoma, mientras que el enfermo de SIDA el virus ha alterado el sistema de defensa produciendo un conjunto de síntomas que constituyen la enfermedad.¹⁵

Los agentes causantes del SIDA (tipos de VIH) que se conocen actualmente son dos: el VIH 1: distribuido por todo el mundo, con mayor virulencia y el VIH 2: que se encuentra fundamentalmente en África Occidental, al parecer es más difícil de transmitir y con mayor período de incubación. 11,15

Existen varias teorías del surgimiento del VIH; en la guía "Conociendo sobre VIH", elaborado por el Centro de Prevención de las ITS/VIH/SIDA de Cuba, se plantea que "...desde los inicios de la epidemia de VIH/SIDA en 1980, los especialistas comenzaron a proponer diferentes teorías sobre el surgimiento de del VIH. Algunos adujeron que era un arma creada por el hombre para la guerra biológica, otros dijeron que había pasado de algunas especies de mono al hombre y que surgió de una mutación genética que lo hizo más letal, incluso no faltó quien lo relacionara con una maldición divina, como castigo a las conductas pecaminosas de los hombres. En nuestros días la teoría más aceptada sobre el origen del VIH, basada en evidencias de sueros guardados hasta la fecha, es que este virus ya existía desde la década del 50 y se diseminó fácilmente por el mundo. Esto coincidió con la liberación sexual de los años sesenta y la facilidad de comunicaciones rápidas en el orbe". 12,15

El VIH pertenece a la familia de los retrovirus y su genotipo está formado por ácido ribonucleico (ARN) y al igual que el resto de los virus no puede vivir de forma independiente sino dentro de una célula, tiene como particularidad que invade y destruye principalmente los linfocitos CD4, que son los que dirigen la respuesta inmune. 13

Cuando el VIH entre al organismo busca células del sistema inmunitario que tenga receptores de superficie CD, porque este receptor especial permite al virus unirse a la célula. Aunque el VIH infecta varias células, tiene preferencia por el linfocito T, un leucocito que posee numerosos receptores CD4. Después de unirse a la célula CD4, el VIH transfiere su material genético y enzimas vitales al interior de la célula, donde se integra con el material genético de la célula huésped, produciéndose una nueva generación de VIH. 13,14 15

El Virus puede ser contraído por cualquier persona que tenga una relación sexual desprotegida y se ponga en contacto con sangre, líquido pre seminal, semen, secreciones vaginales o leche materna de otra persona infectada, no importa sexo, edad, color de la piel, integración social, política, creencias religiosas u orientación sexual. El virus penetra en la sangre a través de heridas, pinchazos, lesiones en la piel, en la mucosa vaginal, en la mucosa anal o en la mucosa bucal. 14,15

Las principales formas de transmisión del VIH son, durante las relaciones sexuales desprotegidas con intercambio de semen y secreciones vaginales por vía vaginal, anal u oral con una persona, con una persona que tiene VIH: 16

- Por vía sanguínea, al compartir una aguja o jeringuilla con una persona que tiene el VIH, para inyectarse drogas, hacerse tatuajes, perforarse partes del cuerpo o por transfusiones de sangre y/o hemoderivados no controlados: 16,17
- De una madre que tiene el VIH a su hijo(a) durante el embarazo (a través de la placenta), durante el parto (al ponerse en contacto el feto con las secreciones vaginales y la sangre materna en el canal de parto) o por la lactancia materna (a través de la leche materna).

La mayor transmisibilidad del VIH/SIDA se corresponde con los períodos de mayor viremia; al inicio de la infección y en la fase más avanzada de la enfermedad. El período de incubación en Cuba como promedio tiene una duración de 10 a 11 años. 17,18

Hay que distinguir entre factores de riesgo y grupos de riesgo. Los factores de riesgo son los comportamientos que aumentan el riesgo de contraer el VIH. El principal factor de riesgo de contraer una ETS es tener relaciones sexuales sin barrera de protección. En todo caso, hay otros factores de riesgo:

- Mantener contacto sexual con persona con una ETS.
- Mantener relaciones sexuales con diferentes parejas.
- Tener una nueva pareja sexual en los últimos meses.
- Antecedentes previos de ETS.
- Relaciones sexuales en el entorno de la prostitución.
- Consumo de drogas y/o alcohol, especialmente asociado a las relaciones sexuales.
- Uso inconsistente del preservativo con parejas casuales.

Los grupos de riesgo son aquellos en los que epidemiológicamente se ha demostrado una acumulación de casos y por lo tanto serían tributarios de medidas de cribado.

- HSH
- Jóvenes de entre 15 y 24 años.
- Seropositivos al VIH.
- Mujeres embarazadas.
- Personas con antecedentes de ETS.

- Trabajadores del sexo.
- Usuarios de drogas ilícitas.
- Personas institucionalizadas en centros penitenciarios.

Sin embargo, la tendencia en los últimos años tanto a nivel nacional como a nivel de Cataluña es el aumento de casos principalmente entre hombres que tienen sexo con otros hombres. Esto es debido a que las prácticas sexuales en este grupo se asocian a un mayor riesgo de traumatismo, mayor consumo de sustancias y porque la extensión de la mucosa anal al igual que la vaginal es superior a la del pene y la exposición al semen es mayor.^{19, 20}

Las personas que tienen enfermedades de transmisión sexual tienen más probabilidades de contraer otras ETS o VIH, en comparación con aquellas que no tienen. Esto se debe a que las mismas conductas y circunstancias que lo pueden poner en riesgo de contraer una ETS también lo pueden poner en mayor riesgo de contraer VIH. Además, si tiene alguna alteración en las mucosas como una llaga o una herida causada por una ETS, es una puerta de entrada para que se pueda infectar.^{18,20}

Los principales síntomas y signos de la infección son: pérdida de peso; tos seca; fiebre o sudores nocturnos profusos y recurrentes, fatiga profunda e inexplicable, ganglios hinchados en las axilas, la ingle o el cuello, diarrea que dura por más de una semana, manchas blancas o manchas extrañas en la lengua, boca o garganta, neumonía, pérdida de memoria, depresión y trastornos neurológicos y son similares a los de otras enfermedades.^{17,18,20}

Las pruebas que se utilizan para diagnosticar el VIH son: ELISA: detecta anticuerpos contra el virus, es una prueba muy sensible pero poco específica, ya que puede dar positiva también por la presencia de otras infecciones, por lo que es necesario confirmar ese resultado. Western Blot (WB): es mucho más específica. Técnica de confirmación para el VIH, se le aplica a una segunda muestra que se le realiza a la persona. Cuando el resultado es indeterminado quiere decir que los anticuerpos que aparecen no Los grupos de riesgo son aquellos en los que epidemiológicamente se ha demostrado una acumulación de casos y por lo tanto serían tributarios de medidas de cribado: ^{18,20}

Por otra parte y en relación a lo expresado anteriormente es imprescindible tener en cuenta el papel de la familia en los comportamientos sexuales de sus hijos como una institución de la estructura social, que cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del individuo, encargada de la formación y desarrollo de la personalidad y asegura, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación de éste para su inserción en la vida social y la transmisión generacional de valores culturales, ético morales y espirituales. 21

La consideración del papel de la familia en el proceso salud-enfermedad y el lugar prioritario que ocupa en la atención primaria de salud, se promueve a partir de la Conferencia de Alma-Atá, donde la Organización Mundial de la Salud (OMS) la considera como «el primer agente intermediario entre el individuo y la sociedad y la primera unidad de intervención preventiva y terapéutica. 21,22

La autora Louro Bernal en el año 2006, realizó una propuesta para el diagnóstico de la situación de salud del grupo familiar en la comunidad, mediante la utilización de dos instrumentos, validados en Cuba: la prueba de funcionamiento familiar (FF-SIL), para evaluar las relaciones intrafamiliares; y el inventario de características familiares de riesgo, que permite evaluar los riesgos para la salud de la familia, a partir de diferentes dimensiones configurativas de la salud familiar. 23,24

La propuesta referida anteriormente permite estratificar las familias según los gradientes de afectación de la salud familiar y tener un criterio de la situación de salud del grupo familiar. Facilita además la dispensarización familiar y el análisis de la situación de salud del consultorio y su correspondiente plan de acción. 25

La evaluación de la familia es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el nivel primario, constituye un proceso importante para el diagnóstico y la planificación de las intervenciones promocionales y preventivas en favor de la salud. 26, 27,28

Las diferentes dimensiones configurativas de la salud familiar que Louro Bernal propone en su modelo son las siguientes:

- El contexto socio – económico y cultural de vida familiar: En ella integra los aspectos de la vida cotidiana de la familia relacionados con lo económico, social y cultural como: economía familiar crítica, nivel educacional en los adultos, ambiente comunitario insalubre, vinculación laboral o no, condiciones de la vivienda, hacinamiento, servicios del hogar y tenencia de equipos básicos.

- La composición del hogar: En esta dimensión incluye las características de la estructura familiar dentro de las que evalúa el número de generaciones presentes, los hogares monoparentales y reconstituidos, la presencia de ex parejas en el hogar y tutorías realizadas por abuelos o tutores sin presencia de padres en el hogar.
- Los procesos críticos de vida familiar: En esta dimensión se estudian los acontecimientos de diferente naturaleza, inherentes a la vida de toda familia que pueden afectar o no la salud de la misma en un determinado período de tiempo.

Como procesos críticos relacionados con la salud propone el estudio de descompensaciones de enfermedades crónicas en algún miembro, problemas nutricionales o malas prácticas alimentarias en la familia, embarazo o madre adolescente, presencia de bebedores de riesgo o adictos a bebidas alcohólicas u otras sustancias ilícitas, miembros en fase terminal o con enfermedades como VIH/Sida y cáncer y presencia de discapacidades, conducta suicida, infertilidad o maltrato⁷ En los últimos años las personas infectadas con el virus del VIH se encuentran incorporadas al sistema de atención ambulatorio, con el área de salud como escenario fundamental, donde interactúan los diferentes actores involucrados en la comunidad.¹⁰

La familia es considerada una unidad social primaria universal y constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de su vida, por lo tanto, se reconoce que ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de salud y prevención de enfermedad, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social.¹ En los últimos años ha existido gran interés en relacionar el rol de la familia con sus integrantes, ya que en la actualidad está demostrado que las condiciones del proceso salud-enfermedad de cada uno de sus miembros influye sobre la familia y viceversa. 29,30

La Medicina Familiar tiene el desafío de motivar y dotar de conocimientos a la población para una vida sana y la reducción del riesgo de enfermedad. Son los médicos de familia, que viven en el seno de la comunidad, los que por necesidad y experiencia tienen una mejor percepción de las condicionantes en la relación salud enfermedad a nivel individual y familiar. Su actividad es decisiva para lograr modificaciones en las determinantes individuales y sociales de salud en la comunidad, que permitan hacer menos vulnerable la salud de los pobladores. 31, 32

Objetivo general:

Caracterizar el comportamiento epidemiológico del VIH en adolescentes del consultorio 19 del municipio de Iajas.

Objetivos específicos:

- Señalar variables sociodemográficas en este grupo poblacional, edad del diagnóstico, sexo e inicio de las primeras relaciones sexuales
- Identificar los factores de riesgo asociados al VIH en estos adolescentes.
- Precisar el tiempo de evolución de la enfermedad.
- Evaluar el funcionamiento familiar de este grupo poblacional
- Evaluar el estado de depresión y ansiedad de estos pacientes.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con el propósito de describir el comportamiento epidemiológico del VIH en adolescentes del consultorio 19 del municipio de Lajas en el periodo comprendido entre enero del año 2019 a enero del año 2022

El **universo y la muestra** están constituidos por 7 adolescentes con diagnóstico de VIH

Criterios de inclusión:

- ✓ Adolescentes entre 10 y 22 años, pertenecientes al CMF 19 del municipio de Lajas.
- ✓ Durante el periodo de estudio
- ✓ Previo consentimiento del adolescente o tutor legal.
- ✓ Adolescente que no presente enfermedad psiquiátrica.

Técnicas y Procedimientos

La información recogida se obtuvo a partir de una encuesta diseñada al efecto aplicado a los pacientes registrados con diagnóstico de laboratorio de VIH en el departamento de estadística del Policlínico del municipio de Lajas. Resultaron de gran utilidad los datos brindados por las historias clínicas individuales de estos pacientes y la información ofrecida por el departamento de higiene y epidemiología del municipio.

Se ubicó la frecuencia de las variables de la manera siguiente:

Edad del diagnóstico de laboratorio: recogida en rango: de 10 a 14 años, más de 14 a 18 años y más de 18 a 22 años.

Sexo: como género masculino y femenino.

Edad de inicio de las primeras relaciones sexuales: antes de los 13 años, entre los 14 y 15 años, de 16 a 19 años.

Factores de riesgo: mantener relaciones sexuales con personas ETS, mantener relaciones sexuales con diferentes parejas, antecedentes de ETS, tendencia a la prostitución, consumo de sustancias adictivas, hombres que tienen sexo con hombres, usos de preservativo

Tiempo de evolución con el VIH: menos de 1 año, de 1 a 3 años, de 3 a 5 años y más de 5 años.

Evaluación del funcionamiento familiar según test FF-SIL:

Se utilizó el test FF-SIL que fue diseñado y valorado en Cuba con el objetivo de evaluar el funcionamiento familiar. El test consta de 14 proposiciones y 7 categorías que definen el funcionamiento familiar. Estas son cohesión, armonía, comunicación, afecto, adaptabilidad, rol, y permeabilidad. La puntuación se obtiene por la suma de los ítems y se considera:

Funcional de 70 a 57 puntos

Moderadamente funcional de 56 a 43 puntos

Disfuncional de 42 a 28 puntos

Moderadamente disfuncional de 27 a 14 puntos

Evaluación del estado ansiedad depresión

Calificación: Sumar el puntaje marcado por el sujeto.

Ansiedad como estado.

-Items 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 = Total A

-Items 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 = Total B

$(A - B) + 50 = A.E$

Nivel de ansiedad

_____ Bajo (<30)

_____ Medio (30-44)

_____ Alto (>45)

Evaluación del estado de depresión

I PARTE Escala de Depresión Estado (D-E):

“A”- Ítems Positivos Directos (+) = 1, 3, 5, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20

“B”- Ítems Negativos Inversos (-) = 2, 4, 6, 11, 18, 19

Fórmula: $(A+B) + 35 = D-E$

Valor Mínimo D-E = 20 puntos

Valor Máximo D-E = 80 puntos

Niveles:

- Bajo (20 a 35 puntos)
- Medio (36 a 50 puntos)
- Alto (51 a 80 puntos)

Tabla. 2.1 Operacionalización de las variables sociodemográficas y edad de inicio de las relaciones de pareja.

Variables	Tipo	Definición conceptual	Indicadores	Escala
Edad en el momento del diagnóstico de laboratorio	Cuantitativa continua	Representa la edad biológica en años.	Número de adolescentes involucrados en el estudio.	10 -14 años Más de 14 - 18 años. Más de 18 - 22 años
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica.	Representa el sexo biológico.	adolescentes según sexo.	Femenino. Masculino.
Edad de inicio de las relaciones sexuales.	Cualitativa nominal politómica.	Representación en años de la edad de iniciar la relación de pareja.	número de adolescentes, según la edad de inicio de las relaciones de pareja.	-Antes de los 13 años. -Entre los 14 y 15 años. -entre los 16 y 19 año.

Tabla. 2.2 Operacionalización de las variables comportamientos sexuales y vulnerabilidad a presentar VIH/SIDA.

Variable	Tipo	Definición conceptual	Indicadores	Escala
-----------------	-------------	------------------------------	--------------------	---------------

Factores de riesgo.	Cualitativa nominal politómica.	Factores de riesgo que presentan los adolescentes que integran la investigación.	Mantener contacto sexual con una persona con una ETS.	Si No
			Mantener relaciones sexuales con diferentes parejas.	-No han tenido. -Una. -Dos o tres. -Varias.
			Tener una nueva pareja sexual en los últimos meses.	Si. No.
			Antecedentes previos de ETS. Relaciones sexuales entorno a la prostitución.	Si. No. Si. No.
			Consumo de sustancias adictivas.	-Alcohol. -Tabaco. -Psicofármacos -Drogas ilícitas.
			Uso consciente de preservativo con parejas casuales.	Si. No.
Tiempo de evolución de la infección por VIH	Cuantitativa continua	Representa el tiempo de evolución de la infección por VIH	Tiempo de evolución en meses o años	Menos de 1 año, de 1 a 3 años, de 3 a 5 años y más de 5 años

				Más de dos años a tres años Más de tres años
Funcionamiento familiar	Cuantitativa nominal	Funcionamiento familiar según test de funcionamiento	Funcionamiento familiar según puntaje del test	Funcional ,moderadamente funcional ,disfuncional ,moderadamente disfuncional
Estado de depresión ansiedad	Cuantitativa nominal	Estado de depresión ansiedad según el test	Estado de depresión ansiedad según el test	El test de Idare. Menos de 30 baja De 30-44 media Más de 45 alta Ideren. -Bajo (20 a 35 puntos) -Medio (36 a 50 puntos) -Alto (51 a 80 puntos)

Métodos estadísticos y análisis de la información.

Para el procesamiento y análisis estadístico se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 15.0 para Windows. Los resultados obtenidos se presentarán en tablas estadísticas de frecuencias y relación de variables expresada en números y porcentajes.

Consideraciones éticas:

La investigación se realizará con el consentimiento de todas las personas implicadas en ella, explicándole que los datos brindados por ellas sólo se utilizarán con fines investigativos,

solicitando su colaboración voluntaria. Además, se contará con la aprobación de la Dirección municipal de Salud.

Tabla #. 1 Caracterización del comportamiento epidemiológico del VIH en adolescentes del consultorio 19 del municipio de Iajas., año 2020

Distribución de los pacientes estudiados según edad del diagnóstico de laboratorio y sexo.

Edad del diagnóstico de laboratorio	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
10 a 14 años	-	-	1	14,3	1	14,1
Más de 14 a 18 años	1	14,3	1	14,3	2	28,6
Más de 18 a 22 años	3	42,9	1	14,3	4	57,1
Total	4	57,1	3	42,9	7	100

Fuente: Encuesta aplicada.

La **tabla # 1** nos muestra la distribución según edad y sexo. Nuestro estudio abarcó un total de 7 adolescentes con VIH, observándose que 4 ,57,1 % se encontraron en el grupo de más de 18 a 22 años, seguido por el grupo de más de 14 a 18 años con 2 adolescentes ,28,6 % y, en tercer lugar, el grupo de 10 a 14 años, con solo un adolescente 14,1%. Además, en esa tabla podemos apreciar que el sexo masculino con 4 pacientes 57,1 % predominó sobre el femenino ,3 pacientes 42,9 1%

Tabla #2 Caracterización del comportamiento epidemiológico del VIH en adolescentes del consultorio 19 del municipio de Iajas., año 2020

Comienzo de las relaciones sexuales

Relaciones sexuales	No	%
Antes de los 13 años	3	42,9

Entre 14 y 15 años	2	28,6
Entre 15 y 19 años	2	28,6
Total	7	100

Fuente: Encuesta aplicada.

En la tabla # 2 podemos apreciar que 3 adolescentes 42,9 1% comenzaron sus relaciones sexuales antes de los 13 años y 4 adolescentes 57,1 % entre los 15 y 19 años

Tabla # 3 Caracterización del comportamiento epidemiológico del VIH en adolescentes del consultorio 19 del municipio de Iajas., año 2020

Factores de riesgo asociados al VIH.

Riesgos	No	%	
Relaciones sexuales sin protección	7	100	
Antecedentes de otras ETS	3	42,9	
Contacto sexual con varias parejas	4	57,1	
Ingestión de bebidas alcohólicas	5	71,1	
Consumo de estupefacientes	2	28,6	
Hombres que tienen sexo con hombres	4	57,1	

Fuente: Encuesta aplicada.

Al analizar los factores de riesgo asociados al VIH en estos adolescentes a **Tabla # 3** apreciamos que se destacan los hombres que tienen sexo con hombres ,4 pacientes 57,1 %, seguido de las relaciones sexuales desprotegidas con los 7 pacientes 100 %. Se destacan la ingestión de bebidas alcohólicas con 5 adolescentes 71,1% y el contacto sexual con varias parejas ,4 adolescentes 57,1%

Tabla # 4 Caracterización del comportamiento epidemiológico del VIH en adolescentes del consultorio 19 del municipio de Iajas., año 2020

Distribución de los pacientes según el tiempo de evolución

Tiempo de evolución	No	%
Menos de 1 año	2	28,6
De 1 a 3 años	3	42,9

De 3 a 5 años	1	14,3
Más de 5 años	1	14,3
Total	7	100

Fuente: Encuesta aplicada

En el estudio realizado se aprecia que 3 adolescentes 42,9% tienen un tiempo de evolución de 1 a 3 años, 2 de ellos 28,6 % tienen un tiempo de evolución de 1 a 3 años y un adolescente 14,3% para el grupo de de 3 a 5 años y más de 5 años respectivamente.

Tabla # 5 Caracterización del comportamiento epidemiológico del VIH en adolescentes del consultorio 19 del municipio de Iajas., año 2020

Evaluación del funcionamiento familiar en este grupo poblacional

Funcionamiento familiar	No	%
Funcional	1	14,3
Moderadamente funcional	1	14,3
Disfuncional	3	42,9
Moderadamente funcional	2	28,6
Total	7	100

Fuente: Encuesta aplicada

En nuestra investigación encontramos que 3 adolescentes 42,9% viven en una familia, 2 de ellos 28,6% viven en una familia moderadamente disfuncional y 1 adolescente 14,3% vive en una familia funcional y otro en una familia funcional.

Tabla # 6 Caracterización del comportamiento epidemiológico del VIH en adolescentes del consultorio 19 del municipio de Iajas., año 2020

Evaluación del estado de ansiedad en adolescentes con VIH.

Estado de ansiedad	No	%
BAJO Menos de 30	2	28,6
Medio De 30 a 44	3	42,9
Alto Más de 45	2	28,6

Total	7	100
-------	---	-----

Fuente: Encuesta aplicada

En la tabla numero 6 podemos apreciar en relación al estado de ansiedad presenta en estos adolescentes que 2 de ellos, para un 28,6 % presentaron un nivel bajo, 3(42,9) un nivel medio y 2 con un 28, 6% un nivel alto.

Tabla # 7 Caracterización del comportamiento epidemiológico del VIH en adolescentes del consultorio 19 del municipio de Iajas., año 2020

Evaluación del estado de depresión en adolescentes con VIH

Estado de depresión	No	%
Bajo de 20-35	1	14,3
Medio de 36-50	5	71,1
Alto de 51-80	1	14,3
Total	7	100

Fuente: Encuesta aplicada

En la tabla numero 7 podemos apreciar en relación al estado de depresión de estos adolescentes que 5 de ellos con un 71,1% presenta un nivel medio y 1 adolescente con un 14,3% presenta un nivel alto y bajo respectivamente.

Discusión

Nuestro estudio abarcó un total de 7 adolescentes con VIH, observándose que 4 ,57,1 % se encontraron en el grupo de más de 18 a 22 años, seguido por el grupo de más de 14 a 18 años con 2 adolescentes ,28,6 % y, en tercer lugar, el grupo de 10 a 14 años, con solo un adolescente 14,1%. Además, en esa tabla podemos apreciar que el sexo masculino con 4 pacientes 57,1 % predominó sobre el femenino ,3 pacientes 42,9 1%) **tabla #1**, resultados que coinciden con la bibliografía revisada, así Ramos⁹ en su estudio planteó que, en la adolescencia, se tiene un patrón de comportamiento impredecible, falta de discernimiento que viene con la edad, por lo común no puede apreciar las consecuencias adversas de sus actos. Lo que coincide con los resultados obtenidos, observándose que la mayoría de los adolescentes mantienen una vida sexual activa a pesar de su corta edad.

Si se ubica esta realidad en el contexto de educación secundaria, según un trabajo de investigación “las conductas sexuales y riesgo de transmisión de las ITS en estudiantes de bachillerato realizado por la Universidad de Córdoba – España, en el año 2008” hay una tendencia mayor de inicio de las relaciones sexuales a menor edad y hay menor información sobre las medidas preventivas de las ITS (Leoni Q Alberto, 2006

Sin embargo , Gualberto Buela Casal en su informe VIH/Sida en el 2008 , en el que se demostró a través de un estudio analítico que el grupo de edad más afectado era de 15 a 45, o sea nuestro resultado está comprendido en estas edades aunque no de forma absoluta esto tiene una explicación lógica ya que en estas edades las personas tienen plena actividad sexual.⁹

En la **tabla # 2** podemos apreciar que 3 adolescentes 42,9 1% comenzaron sus relaciones sexuales antes de los 13 años y 4 adolescentes 57,1 % entre los 15 y 19 años.

Los resultados obtenidos coinciden con los de García¹⁰ que encontró en su investigación, que la edad predominante de inicio de las relaciones sexuales es a los 16 años.

También Vera en su investigación plantea el comienzo precoz de las relaciones sexuales

vinculado a la tendencia secular del crecimiento y desarrollo. Un estudio realizado en la ciudad de México en el año 2009, a partir de los datos que brindan las fichas epidemiológicas, donde se utiliza esta variable como indicador del status socioeconómico, demuestra la precocidad sexual en joven desde el comienzo de la epidemia hasta la actualidad. Estos mismos resultados fueron encontrados en estudios realizados en África, Las Américas y el Caribe donde se plantea que entre el 60% y el 70% de los infectados pertenecen a este grupo poblacional. 22

Al analizar los factores de riesgo asociados al VIH en estos adolescentes a **Tabla # 3** apreciamos que se destacan los hombres que tienen sexo con hombres ,4 pacientes 57,1 %, seguido de las relaciones sexuales desprotegidas con los 7 pacientes 100 %. Se destacan la ingestión de bebidas alcohólicas con 5 adolescentes 71,1% y el contacto sexual con varias parejas ,4 adolescentes 57,1%, Villaseñor¹³ señaló que los adolescentes encuestados en su estudio que no usaban nunca el preservativo en sus relaciones sexuales (49.6%), las principales razones planteadas fueron la disminución del placer sexual y el temor al rechazo de la pareja. En la investigación se refleja un bajo porcentaje de uso del condón en ambos sexos de adolescentes, que puede deberse a una información deficiente a los individuos que se inician sexualmente. Los adolescentes tienen desconocimiento de los riesgos a que se exponen.

Otro estudio realizado por Gayet¹⁴ demuestra una prevalencia de adolescentes con VIH, tienen antecedentes de contacto sexual con varias parejas, sexo entre hombres y un número significativo de uso de drogas ilícitas, último dato que no concuerda con nuestro estudio,

El resultado no difiere de los encontrados por Castilla Catalán, en su investigación; Dificultad para integrar estrategias de prevención del VIH bajo los efectos del alcohol y las drogas; donde señalan: el consumo de alcohol es , por sí solo, un factor de riesgo directamente relacionado con prácticas de relaciones sexuales sin protección, y como estas prácticas están incluidas dentro de los comportamientos considerados de alto riesgo en la transmisión de ITS debe ser un tema clave en la salud pública.

La prevalencia del VIH entre hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), fue significativa a nivel nacional en el 2010, 15,23 en Lima en el 2005 tuvo un comportamiento

similar, en este estudio se demostró un elevado número de personas que practicaba la promiscuidad (más de tres parejas en tres meses) sin protección esto generó un incremento de las ITS en ese año con un gran porcentaje de portadores del virus. 15,19, 20, 23

En nuestra investigación, **tabla# 4** se aprecia que 3 adolescentes 42,9% tienen un tiempo de evolución de 1 a 3 años, 2 de ellos 28,6 % tienen un tiempo de evolución de 1 a 3 años y un adolescente 14,3% para el grupo de de 3 a 5 años y más de 5 años respectivamente. Cuestiones explicables por la existencia de programas para la detección masiva de portadores del virus.

El Sr. Dr. Edwin Morales; docente y director de la institución manifiesta que con la ayuda conjunta de la Fundación Alli Causai; bajo la dirección médica del Dr. Carlos Rojas y asociado al esfuerzo mancomunado de estudiantes de los cuartos y quintos semestres de la carrera de medicina UNIANDES, desarrollan un programa de externado rotativo, en donde se ha logrado impulsar y ampliar planes estratégicos de prevención de enfermedades de transmisión sexual, además de la promoción de prácticas sexuales seguras y la pesquisa del VIH.

En países en vías de desarrollo que constituye el 85%, el 23% de jóvenes son de América, esto hace ver que la población adolescente y adulto joven están más propensos a adquirir VIH por ser el grupo poblacional que adquieren comportamientos sexuales inadecuados, siendo de vital importancia aplicar programas de detección masiva del VIH-SIDA.

En investigación realizada por Tauler Galbán sobre calidad de vida en personas con VIH/SIDA en el Policlínico Guillermo Tejas Silva, se caracterizó de regular la calidad de vida de las personas seropositivas al VIH incluidas en el estudio, a expensas de la afectación de las dimensiones socio-psicológicas y económicas.

En nuestra investigación, **tabla# 5** encontramos que 3 adolescentes 42,9% viven en una familia, 2 de ellos 28,6% viven en una familia moderadamente disfuncional y 1 adolescente 14,3% vive en una familia funcional y otro en una familia funcional.

Cada familia reacciona ante los eventos vitales de forma única y particular; por ello, el mismo evento puede repercutir de modo muy diferente en una familia y en otra, o en un momento u otro. El impacto en los eventos en la salud familiar depende, en gran medida, de la habilidad y capacidad que esta tenga para enfrentar los cambios, o realizar los ajustes necesarios, actuando en pro de una adaptación a la nueva situación, así como también a la capacidad de abrirse como sistema y permitir la relación de sus miembros con otros subsistemas, aceptando la ayuda a la solución de sus problemas, de otras personas, grupos o instituciones.

Un estudio realizado por García Alum, Méndez Romero y otros autores afirman que; el componente afectivo-conductual en relación con el VIH/Sida de los estudiantes adolescentes se caracterizó por un comienzo de su vida sexual a edades tempranas, el no uso del condón para su protección y el padecimiento de alguna ITS pertenecientes a familias disfuncionales en diferentes formas 23 en estudios realizados en México a partir de fichas epidemiológicas que incluían el estudio la influencia familiar en adolescentes con VIH ,se demostró como un indicador de vulnerabilidad para contraer alguna ITS.

La adolescencia constituye un grupo de riesgo per se por las características anatómicas fisiológicas de todos sus sistemas, que incluye el sistema endocrino con la liberación de hormonas y la aparición de los caracteres sexuales secundario, con sus particularidades psicológicas y sociales presentes en esta etapa del desarrollo humano, actualmente en la literatura se define términos como tendencia secular del desarrollo y crecimiento, es decir que el desarrollo motor, sexual y emocional se adelantan a la edad cronológica de los pre púberes. El comienzo temprano de la relaciones sexuales en los adolescentes no escapa a esta definición y dentro de ellas as ITS y el VIH, en la bibliografía revisada (11) (29) Y (32) coinciden todos los autores e que este grupo eterio con VIH predominan los niveles medio y altos de depresión y ansiedad, echo que se evidencian en nuestro estudio con 5 pacientes 71.1% respectivamente **tabla 6 y 7.**

Conclusiones

La mayor parte de los adolescentes en nuestro estudio se encuentran en el grupo de 18 a 22 años y son del sexo masculino.

De la totalidad de los adolescentes, prevalece el grupo de 14 a 19 años, en relación al inicio de las relaciones sexuales.

Entre los factores de riesgo para adquirir VIH se destacan los hombres que tienen sexo con hombres, las relaciones sexuales desprotegidas y la ingestión de bebidas alcohólicas.

La mayoría de los adolescentes del estudio llevan menos de tres años de evolución y viven en familias disfuncionales y moderadamente disfuncionales.

En relación con el estado de depresión ansiedad en los adolescentes pertenecientes al estudio se constata un nivel medio y alto.

RECOMENDACIONES

Realizar un estudio integral de intervención sobre los factores de riesgo relacionados con la aparición de las cardiopatías congénitas en el municipio de Lajas con la participación del Departamento de Genética Municipal y Provincial que complemente dicha investigación con el fin de disminuir la aparición de cardiopatías congénitas y así de esta manera mejorar la calidad de vida

Referencias bibliográficas.

1. Fauci AS, Lane HC. Enfermedades por el virus de la inmunodeficiencia humana:SIDA y procesos relacionados . En:Fauci AS, Braunwald E. Isselbacher KJ. Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, et al, editores Harrison. Principios de Medicina Interna 14 ed. Madrid Mc. GrawHill- Interamericana;1998.p. 2034-2107
2. ONUSIDA/OMS (2007) Situación de la epidemia de SIDA. Diciembre 2008.ONUSIDA Ginebra.
3. ONUSIDA/OMS (2008). Situación de la epidemia de SIDA. Comunicado de Prensa.Noviembre 2009.ONUSIDA Ginebra. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/sida/tendencia_a_la_reduccion_del_sida_2009.pdf
4. Epidemia 2008.Resumen de la Epidemia SIDA en el caribe, Diciembre del 2007.
- 5 .Gómez, C. M. (2012) Conocimientos y actitudes frente a las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de la institución educativa Cesar Cohaila Tamayo Tesis de Licenciatura]. Tacna.
6. Revista Cubana de Salud Pública; 2010 36(4)295-300
7. Valdivia, R. (2009), Conocimientos, Actitudes y Prácticas acerca del VIH/SIDA en adolescentes de enseñanza Politécnica. Municipio Yaguajay - Cuba.2009.
8. González Valcárcel B, Núñez Aragón E, Couturejuzon González L, Amable Ambrós Z. Conocimientos y comportamientos sobre el VIH/sida en adolescentes de enseñanza media superior. Rev Cubana Salud Pública [serie en Internet] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662008000200006&lng=es

9. VIH/SIDA Disponible en: [<http://www.unicef.org/spanish/aids/>] Consultado en: [Octubre 2009]
10. Avert. Org. Disponible en: [<http://www.avert.org>] Consultado en: [Octubre 2009]
11. SIDA Técnicas de diagnóstico Disponible en: [http://www.prous.com/ttm/sida/tec_.cfm?id_dis=191&ID_Cou=20] Consultado en: [Octubre 2009]
12. Conociendo sobre VIH. Disponible en: [<http://www.sld.cu/saludvida/temas.php>] Consultado en: [Octubre 2009]
13. Gesida- Grupo de Estudio del SIDA-SEIMC Disponible en: [<http://www.gesidaseimc.com/>] Consultado en: [Octubre 2009]
14. Centro Nacional de Prevención e Información (NPIN) de los CDC Disponible en: [<http://www.cdcpin.org/scripts/espanol/vih/index.asp>] Consultado en: [Octubre 2009]
15. Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH. Disponible en: [<http://www.gtt-vih.org/>] Consultado en: [Octubre 2009]
16. Colectivo de autores. Infecciones de Transmisión sexual. Pautas para su tratamiento, Ministerio de Salud pública, 2008.
17. SIDA Disponible en: [http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista_info.sobre?pidet_revista=69] Consultado en: [Octubre 2009]
18. Conociendo sobre VIH. Disponible en: [<http://www.sld.cu/saludvida/temas.php>] Consultado en: [Noviembre 2009]
19. AIDS Community Research Initiative of America (ACRIA) Disponible en: [<http://www.acria.org/espanol/index.html>] Consultado en: [Octubre 2009]
20. Plan Nacional sobre el SIDA. Tratamiento de las infecciones oportunistas. Recomendaciones del Grupo de SIDA. Microbiología Clínica 2008 Jun-Jul; 26 (6):356-79

21. Plan estratégico Nacional ITS/VIH/SIDA 2001-2006. Resolución ministerial 110. República de Cuba. La Habana: MINSAP; 2001.
22. Ochoa Soto R, Sánchez Fuentes J, Villalón M, Duque Santana I, Hernández Fernández M, Cachón Asusta L, Pérez Pérez F. Manual para médicos de Familia sobre ITS VI sida. La Habana: MINSAP/PNUD; 2003.
23. Colectivo de autores: Metodología de la investigación educacional. Desafío y polémicas actuales. Editorial Ciencias Médicas, Ciudad de la Habana, 2006.
24. Ponce Laguardia TM, LangLaguardia L. Educación Sexual, su influencia en el desarrollo de la salud sexual de los adolescentes del preuniversitario. Rev Conrado [Internet] 2015[citado 2017 Dic 12]; 11 (48): 36-41. Disponible en <http://conrado.ucf.edu.cu/>.
25. Peláez Mendoza, Jorge. Infecciones de Transmisión Sexual. Editorial Científico-Técnica, La Habana; 2011.
26. Salgado Tamayo MM. Propuesta de una Estrategia para educar en la prevención de ITS/VIH/SIDA en la escuela de instructores de arte de matanzas. [Tesis de Maestría] Matanzas: Universidad de Ciencias Médicas; 2005.
27. Calero, J. (2016). Comportamientos Sexuales y Econocimiento Sindromico de las ITS. Cuba: Anagrama.
28. García, P. (2015). Las ITS y el VIH, Lima: UNMSM.
29. Conocimientos sobre las ITS y actitud frente a la Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. Lima: UNMSM. □ MSP. (2010) Guía Nacional de Manejo de Casos de ITS.
30. Foro Regional de Juventudes de Lima. VIH e ITS, Recuperado el 1 de Mayo de 2014 de: <http://www.frjl2007.blogspot.com>. INEC.
31. Conocimiento sobre SIDA y forma de prevención, Recuperado el 17 de agosto de 2017 de: <http://www.inei.gob.pe/BiblioINEIPub/BancoPub/Est/lib0991/libro.pdf>. pp. 2122.

32. prevención, atención y control. Recuperado el 16 de noviembre de 2018 de:
<http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/previts.pdf>. pp. 11-12

Anexos

Anexo 1

Consentimiento informado de adolescentes:

Estamos solicitando a usted su cooperación voluntaria para incluirse dentro de la investigación: Estrategia educativa sobre VIH/SIDA en adolescentes. Consultorio 19, Lajas 2019.

Si acepta participar, tiene derecho a abandonarla en el momento que estime conveniente. Agradecemos su colaboración, si le surge alguna duda puede realizar las preguntas que necesite.

Si ha comprendido lo anterior y está de acuerdo en participar, le rogamos no los indique.

Declaración de voluntariedad:

He comprendido el propósito de este estudio y acepto voluntariamente participar como una de las personas de muestra.

Firma del investigado y fecha

Firma del investigador y fecha

Anexo 2

Consentimiento informado de padres o tutores:

Estamos solicitando a usted su autorización para que su hijo (a) se incluya en la investigación: Estrategia educativa sobre VIH/SIDA en adolescentes.

Consultorio 19, Lajas 2019.

Agradecemos su colaboración, si le surge alguna duda puede realizar las preguntas que necesite.

Si ha comprendido lo anterior y está de acuerdo en dar su autorización, le rogamos no los indique.

Declaración de voluntariedad:

He comprendido el propósito de este estudio y acepto voluntariamente dar mi autorización.

Firma del investigado y fecha

Firma del investigador y fecha

Encuesta (Anexo 3)

Edad del diagnóstico de laboratorio:

----- de 10 a 14 años

----- más de 14 a 18 años y

----- más de 18 a 22 años.

Sexo:

----- masculino

----- femenino.

Edad de inicio de las primeras relaciones sexuales:

----- antes de los 13 años

-----entre los 14 y 15 años

----- de 16 a 19 años.

Factores de riesgo:

----- mantener relaciones sexuales con personas ETS,

----- mantener relaciones sexuales con diferentes parejas, antecedentes de ETS,

----- tendencia a la prostitución, consumo de sustancias adictivas,

----- hombres que tienen sexo con hombres, usos de preservativo

Tiempo de evolución con el VIH:

----- menos de 1 año

----- de 1 a 3 años

----- de 3 a 5 años

----- más de 5 años.

Funcionamiento familiar FF-SSIL (Anexo 4)

Evaluación del funcionamiento familiar según test FF-SIL:

Funcional de 70 a 57 puntos

Moderadamente funcional de 56 a 43 puntos

Disfuncional de 42 a 28 puntos

Moderadamente disfuncional de 27 a 14 puntos

IDARE I (Anexo 5)

Nombre: _____

Edad: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la frase que indique como se siente en estos momentos. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

No.	Vivencias	No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado.				
2	Me siento seguro.				
3	Estoy tenso.				
4	Estoy contrariado.				
5	Me siento a gusto.				
6	Me siento alterado.				
7	Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo.				
8	Me siento descansado.				
9	Me siento ansioso.				
10	Me siento cómodo.				
11	Me siento con confianza en mi mismo.				
12	Me siento nervioso.				
13	Estoy agitado.				
14	Me siento a punto de explotar.				
15	Me siento relajado.				
16	Me siento satisfecho.				
17	Estoy preocupado.				
18	Me siento muy preocupado y aturdido.				
19	Me siento alegre.				
20	Me siento bien.				

IDEREN Primera parte. (Anexo 6)

Instrucciones: a continuación les presentamos un conjunto de expresiones, las cuales con frecuencia son utilizadas para transmitir nuestro estado de ánimo. Léalas detenidamente y marque con una cruz (X) aquellas que para usted refleje “COMO SE SIENTE EN ESTE MOMENTO”. No hay respuestas buenas ni malas. Intente seleccionar las respuestas que con mayor exactitud caractericen a su estado de ánimo en este momento.

Expresiones	No existe (1)	Un poco (2)	Suficiente (3)	Muy fuerte (4)
1. Pienso que mi futuro es desesperanzado y mi estado de ánimo nunca mejorará. 2. Yo me siento con confianza en mi mismo. 3. Pienso que yo no tengo nada de que arrepentirme. 4. Yo me siento seguro. 5. Yo me siento muy preocupado. 6. En la sexualidad no tengo dificultades. 7. Yo quisiera poderme separar de todos mis problemas. 8. Me siento insatisfecho. 9. He perdido toda la confianza en mi mismo. 10. Siento tener necesidad de vivir. 11. No me siento en nada culpable. 12. Duermo bien. 13. Me canso con facilidad. 14. Se me hace difícil cumplir el más sencillo de los trabajos. 15. Me canso con más facilidad que anteriormente. 16. Ahora no tengo deseos de llorar. 17. Yo siento que ahora ya nada me alegra como antes. 18. Yo quisiera quitarme la vida. 19. Me despierto con más facilidad que antes y se me hace difícil volver a quedarme dormido. 20. Yo quisiera ser tan feliz como le parezco a las demás personas que me rodean.				
