



BUAP

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Medicina

Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Medicina Familiar No. 57

**"Conocimiento sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana/
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida antes y después
de una intervención educativa en adolescentes"**

**Tesis para obtener el Diploma de
Especialidad en Medicina Familiar.**

Presenta:

Dra. Alejandra Amador Urbano



Director:

Dra. Laura Concepción Momox Vázquez

Asesor:

Dr. Herzain Lucas Alvarado

H. Puebla de Z. Febrero 2020

INDICE	
1. RESUMEN	2
2. INTRODUCCION	4
3.ANTECEDENTES	5
3.1.ANTECEDENTES GENERALES	5
3.2 ANTECEDENTES ESPECIFICOS	17
4. JUSTIFICACION	19
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
6. HIPOTESIS	21
7. OBJETIVOS	22
7.1 OBJETIVOS GENERALES	22
7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	22
8. MATERIAL Y METODOS	23
8.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	23
8.2 UBICACION ESPACIO-TIEMPO	23
8.3 MUESTREO	23
8.3.1 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN	23
8.3.2 SELECCION DE LA MUESTRA	23
8.4 CRITERIOS DE SELECCION DE LAS UNIDADES DE MUESTREO	24
8.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	24
8.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	24
8.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	24
8.5 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO	24
8.6. TAMAÑO DE LA MUESTRA	25
8.7 DEFINICION DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION	26
8.7.1 DEFINICIÓN OPERACIONAL	26
8.7.2 VARIABLES Y ESTILO DE MEDICION	27
8.8 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	28
8.9 ANALISIS DE DATOS	29
9. RESULTADOS	30
10. DISCUSION	42
11. CONCLUSIONES	44
12. PROPUESTAS	45
13.ANEXOS	46
14. BIBLIOGRAFIA	56

1. RESUMEN

“CONOCIMIENTO SOBRE VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA/ SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN ADOLESCENTES”

Dra. Alejandra Amador Urbano¹, Dra. Laura Concepción Momox Vázquez², Dr. Herzain Lucas Alvarado³

¹Residente de Medicina Familiar en Unidad Medico Familiar No 57 IMSS

²Medico especialista en Medicina Familiar adscrito Unidad Medico Familiar No 57 IMSS

³Medico especialista en Infectología adscrito H.G.Z. No 20 IMSS

INTRODUCCIÓN

La adolescencia, se describe como una etapa de experimentación representa un factor de riesgo latente por la iniciación de la vida sexual, las decisiones equívocas o al poco o nulo conocimiento de información del tema, convirtiéndose en un etapa de especial de susceptibilidad para la el VIH; De hecho, las Enfermedad de Transmisión Sexual son en conjunto los padecimientos contagiosas más común entre los jóvenes que han iniciado la actividad sexual, para Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, después de los hombres que practican sexo con otros hombres y los usuarios de drogas por vía parenteral.¹

Por lo anterior se ha propuesto identificar el grado de conocimiento acerca del Virus de Inmunodeficiencia Humana (en adelante VIH) antes y después de una intervención educativa con la finalidad de delimitar las carencias y detectar aquellas facetas donde hace participación en el primer nivel de atención con el objetivo de desarrollar estrategias prácticas para la prevención.

OBJETIVO

Identificar el conocimiento sobre virus de inmunodeficiencia humana/ síndrome de inmunodeficiencia adquirida, antes y después de una intervención educativa en adolescentes.

MÉTODOS Y MATERIAL

Se realizó una tesis longitudinal, analítico, prospectiva, longitudinal y cuasiexperimental con jóvenes en UMF tomando como muestra a 340 adolescentes. La información fue obtenida mediante la Escala VIH KS que se ejecutó durante la intervención educativa. Se ejecutó una exploración unilateral de los criterios sociogramograficas y de investigación; con tendencia central y medición de frecuencias y variables numéricas (proporciones) para las variables que se están estudiando. En el estudio bilateral la meta estadístico fue evaluar el

conocimiento en jóvenes previo y posterior a la clase de educación sexual mediante T- Student pareada.

RESULTADOS

En este estudio la muestra fue de 340 adolescentes, femenino 55.9% (n=190), edad media de 15 años y DE \pm 1.205, se encontraba cursando la secundaria el 71.2 % (n=242), solteros 100 % (n=340), católicos 65.3% (n=222), en correlación a la Escala VIH KS aplicada antes de la plática educativa prevalecieron los jóvenes con un nivel muy bajo de conocimientos mostrando una media de aciertos de 16; posterior de la intervención educativa los jóvenes mostraron un nivel muy alto de autoeficacia con una media de 35 aciertos . Al confrontar con T-Student pareada la presencia de juicio adquirido previo y posterior a la clase educativa se vio una diferencia estadísticamente importante (T= -70.555, $p < 0.001$, por lo que se consideró estadísticamente significativa rechazando la hipótesis nula.

CONCLUSIONES

Demostró en intervención educativa incrementa el conocimiento sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana, lo que permite desarrollar estrategias en salud para cambiar la percepción del virus y así lograr la prevención.

2. INTRODUCCIÓN

La adolescencia, es definida por la Organización Mundial de la Salud como el período de la vida que transcurre entre los 10 y los 19 años, se divide en dos fases: la adolescencia temprana, que abarca desde los 10 hasta los 14 años y la adolescencia tardía, que comprende desde los 15 a los 19 años. Esta etapa es crucial porque en ella se producen profundos cambios físicos, psicológicos y sociales que impactan en el resto de la vida de los seres humanos.¹

Adolescencia temprana (10 a 14 años): es el etapa peripuberal, donde existen acontecimientos biológicos y físicos ; En las jóvenes se presenta su primer ciclo menstrual, este proceso se acompaña de por cambios sociales, psicológicos y familiares, por lo que existe una falta de interés en relación al ambiente familiar, haciéndolos más susceptibles a diferentes infecciones de transmisión sexual.²

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente “inmunodeficiencia”².

Tan solo la OMS estima más de 357 millones de casos de Infecciones Transmisión sexual anualmente, cifra que despierta una gran preocupación, entre jóvenes de 15 a 49 años. Por lo que la consecuencia de las decisiones equívocas que suelen tomar los adolescentes debido a la falta de experiencia e información y que conllevan a que los mismos, durante su desarrollo en esta etapa, formen patrones de conducta que sin una intervención pudiera durar durante toda su vida³.

Por lo anterior se ha propuesto identificar el grado de conocimiento acerca del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) antes y después de una intervención educativa con la finalidad de determinar las carencias y detectar aquellas facetas donde hace participación en el primer nivel de atención con el objetivo de encontrar diversas formas importante para atacar a la diferentes enfermedades de trasmisión sexual

3. ANTECEDENTES.

3.1. REFERENCIAS GENERALES.

HISTORIA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

En el siglo, el Virus Inmuno veintiuno, la enfermedad conocida SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia humana, es ocasionada por un virus llamado VIH, es una cuestión de Saludo mundial y publica que compete a nuestro entornos más cercanos.⁴

El 5 de junio de 1981, cuando el centro de enfermedades Control de los Estados Unidos convocó a una conferencia de prensa donde se describieron cinco casos de neumonía por Pneumocystis Carinii (PCP) en Los Ángeles. Poco después se reportaron varios casos de sarcoma de Kaposi (SK).⁴

DEFINICIÓN DE VIH Y SIDA.

Según el Ministerio de Salud Pública las definiciones que se aplican a los términos de VIH y SIDA:

V: Virus (de): retrovirus que ataca y destruye los glóbulos blancos.

I: Inmunodeficiencia: pérdida de la capacidad de respuesta del sistema inmunológico ante la presencia de VIH.

H: Humano: solamente invade al humano.⁴

SIDA:

S: Síndrome: conjunto de signos y síntomas

I: Inmuno: relativo del sistema inmunológico

D: Deficiencia: disminución de la respuesta inmunológica

A: Adquirida: transmitida de una persona a otra⁴

EPIDEMIOLOGÍA

La pandemia de VIH/SIDA todavía representa una de las mayores amenazas médicas a principios del siglo XXI, con más de 35 millones de personas infectadas, Organización Mundial de la Salud e calcula más de 357 millones de casos de ITS anualmente, cifra que despierta una gran preocupación, en 2018, un millón de personas fallecieron en el mundo por causas relacionadas con este virus.³

Tan solo en México de acuerdo al centro de vigilancia epidemiología en el registro nacional de casos de SIDA a Noviembre del 2018 se estima casos notificados de VIH y de SIDA en un total de 161,929 de los cuales VIH son 80,148 y SIDA 81,781. con cifras actualizadas a Marzo del 2019 se estima casos notificados de VIH y de SIDA en un total de 176 787 de los cuales VIH son 86 210 y SIDA 83,577.⁵

En el estado de Puebla tenemos casos notificados de SIDA según el estado de residencia y sexo al 2018 Hombres 7,059 y Mujeres 1,898 con un total de 8,957 siendo la proporción de casos con respecto al total 4.4.⁵

En cuanto al grupo de edad abarcando de los 15 a 19 años casos de Hombres 2,816 y Mujeres 1,197 con un total de 4,013 .⁵

La prevalencia de VIH en la población de 15-49 años fue del 0.2 por ciento, lo que significa que dos de cada mil personas de esas edades estaban viviendo con el VIH.⁵

TRANSMISIÓN

Las ITS son uno de los problemas de Salud Pública más importantes, ya que estas infecciones son altamente transmisibles.⁶

Sus elevadas consecuencias y morbilidad que se pueden observar a corto, mediano y largo tiempo hacen que el grado de estudio que se adquiere sea el necesario para el manejo correcto de la enfermedad para lograr un mejor tratamiento y diagnóstico. El Virus de Inmunodeficiencia Humana interactuando con las Infecciones Transmisión Sexual, se caracteriza por presentarse en conjunto con otras patologías, aumentan el riesgo de transmisión del VIH, de aquí la importancia de saber sus principales vías de transmisión.⁶

Las Infecciones Transmisión sexual son un grupo de enfermedades de veinticinco microorganismos, que su principal vía son las relaciones sexuales.⁶

Cervicitis y Uretritis

La Uretritis es un síndrome caracterizado por secreción uretral mucopurulenta o purulenta y/o disuria, aunque puede ser asintomática. Se clasifica en uretritis no gonocócica (UNG) y uretritis gonocócica (UG).⁶

Existe una infección llamada cervicitis es el equivalente femenino, y se caracteriza por secreción de la mucosa endocervical y la inflamación. Las principales causas de cervicitis y uretritis, las cuales pueden ser detectadas por la clínica del paciente y dar tratamiento oportuno.⁶

Epididimitis Y Orquitis

La orquitis es una afectación que se caracteriza por lesionar el testículo o ambos testículos, principalmente por agentes bacteriano o virales, pudiendo ser altamente contagiosa, el epidídimo es la parte más lesionada por edema inflamación o infección y puede ser causada por ITS, tales como o Chlamydia Trachomatis y gonococo⁶

Vulvovaginitis

Se caracteriza por presentar edema, inflamación en regiones la vagina, vulva y el otros tejidos más profundos en el tracto femenino y puede ser de origen infeccioso o no, destacando entre las infecciosas las causadas por la vaginosis bacteriana, tricomonas, las candidiasis, y diversos agentes patógenos (clamidias gonococo, herpes,). Aunque las Vulvovaginitis por cándida y la vaginosis bacteriana no son Infecciones de Trasmisión Sexual.⁶

Enfermedad inflamatoria pélvica

Enfermedad del aparato reproductor femenino, la cual se caracteriza por presentar afectación de forma ascendentes debido a la infecciones de transmisión sexual, en general esta pueden ser por varios agentes, relacionados a infecciones oportunistas en perineal/vaginal sobre una Infecciones Trasmisión Sexual primaria.⁶

Infección Treponema Pallidum

Existe una enfermedad llamada Sífilis la cual es ocasionada por un agente conocido como Treponema Pallidum esta enfermedad se ha estudiado desde hace años, actualmente se presentan casos han causado poner atención en cuanto a la salud pública ,Las características clínica que se presenta, sugiere que tiene una relación amplia entre hombres y su coincidencia con el VIH, hace que tenga trascendencia mundial y gran importancia.⁶

Infección por el virus del papiloma humano (VPH)

Virus del Papiloma Humano pertenece al especie Papillomavirus dentro de la familia Papilloma viridae. Se han encontrado más de cien genotipos del Virus del Papiloma Humano, cuarenta afectan al ser humano por vía sexual mediante relación directa con mucosas o piel, o a través de fómites, vertical y en el canal del parto. Tienen una capacidad oncogénesis el Virus del Papiloma Humano de bajo, medio y alto riesgo oncogénico.⁶

Se ha visto que la enfermedad por el Virus del Papiloma Humano es la Infección Trasmisión Sexual más frecuente, se cree que un ochenta por ciento de la población mundial tendrá esta enfermedad en su vida, principalmente después de la primera relación sexual.⁶

Es importante definir a las infecciones de transmisión sexual ya que guardan una amplia relación con la infección por virus de inmunodeficiencia humana de aquí radica las principales vía de transmisión:

1. Vía sexual

Representa la principal vía de infección en el mundo. Incluye las relaciones heterosexuales, así como la penetración anal, vaginal y el sexo oral.⁷

2. Uso de sangre y hemoderivados contaminados

Pero no es posible eliminar por completo la posibilidad de trasmisión.⁷

3. Trasmisión de la madre al feto o trasmisión vertical (Vía transparentaría)

La cual se caracteriza por presentarse durante el nacimiento , por el canal vaginal y lactancia materna. Se ha observado que el riesgo de transmitirlo o a los hijo es cercano al 15 y 45 por ciento, pero actualmente gracias a las estrategias en salud y la administración de terapia antirretroviral, combinando 3 drogas solo se presenta en el 1 por ciento.⁷

El riesgo de trasmisión al feto varía entre 15 y 45 %, pero hoy día se puede reducir a 1 % con la administración de la terapia antirretroviral sumamente activa, la cual consiste en la combinación de, al menos, 3 drogas antirretrovirales.⁷

CLASIFICACION CLINICA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA

1993, Se realizó la clasificación la cual considera el número de células CD4, lo que importa para establecer los aspectos clínicos de los pacientes, por lo que permite establecer ciertas características entre por porcentajes de células CD4 , posteriormente se estableció otra clasificación por lo clínico en A, B y C.⁷

FASE DE LA REPLICACIÓN VIRAL Y SUS MANIFESTACIONES CLINICAS

I. FASE DE INFECCIÓN AGUDA RETROVIRAL

Se corresponde con la llegada del virus al paciente y se caracteriza desde el punto de vista clínico por 2 situaciones: puede ser asintomática, como ocurre en la mayoría de los casos, o sintomática, donde el cuadro clínico presenta síntomas muy variados, entre los cuales figuran: generales (cuadro parecido al de la mononucleosis, faringitis, fiebre, infección, artralgias, infadenopatía mialgias, anorexia y pérdida de peso); dermatológicos: erupción eritematosa maculopapular, urticaria difusa y alopecia; gastrointestinales: náuseas, vómitos, ulceraciones mucocutáneas y diarrea y, neurológicos, cefalea, meningoencefalitis, neuropatía periférica, dolor retroorbitario, radiculitis y síndrome de Guillain-Barré.⁷

De forma general, estos síntomas tienen un período de 6 a 8 semanas aproximadamente y no requieren tratamiento específico, solo sintomático.⁷

II. FASE ASINTOMÁTICA DE LA INFECCIÓN POR Virus de Inmunodeficiencia Humana

Se ha observado que el paciente posterior a la primera etapa, pasa a una fase aun as larga en donde se conoce como portador asintomático, esta etapa la cual se caracteriza por tener una duración de un año a ocho años en la cual puede presentar síndrome adénico con datos de más de tres meses de evolución, el cuadro clínico podemos encontrar ganglios firmes, móviles, no dolorosos conjuntando el cuadro clínico linfadenopatía generalizada persistente, acompañada de esplenomegalia.⁷

III. FASE SINTOMÁTICA CON INFECCIONES POR AGENTES OPORTUNISTAS

En esta pasa la cual puede presentar posterior a años de evolución, la infección por el virus de inmunodeficiencia humana se caracteriza por tener enfermedades relacionadas con una inmunodeficiencia subyacente.⁷

Entre el cuadro clínico con el que se presenta el paciente esta astenia, sudoración nocturna, malestar en general, pérdida de peso la cual puede ocasionar hasta el 10 por ciento de la pedida total.⁷

Se ha visto que puede afectar sistema, ejemplo hematológicos: síndrome purpúrico, así como trombocitopenia y síndrome anémico, otros de los aparato afectados es el respiratorios: cuadros de neumonías recurrentes, tos seca persistente.⁷

Es importe siempre evaluar al aparato digestivo: en ella la diarrea es de la presentaciones más típicas; dermatológicos: pueden aparecer en diferentes partes áreas genitales y anales, dermatitis seborreica candidiasis bucal herpes zóster, verrugas genitales y herpes simple, en cuestiones neurológicos: síndrome ansioso depresivo, meningitis aséptica, polineuropatía y otras neuroinfecciones oportunistas.⁷

IV. FASE DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA CON PRESENCIA DE ENFERMEDADES OPORTUNISTAS MAYORES

Se ha visto que al final de estadio clínico de VIH se presentan una aparición de tumores raros y enfermedades que atacan el sistema inmunológico.⁷

En cuento a la respuesta inmunológica del paciente se caracteriza por presentar disminución de los linfocitos CD4, lo que ocasional un sistema Inmuno deprimido severo, acabe recordar que estas células tienen mayor respuesta en procesos infeccioso. Hay una alta replicación viral, favorecida por la debilidad del sistema inmunológico.⁷

Desde el lado de la medicina, se considera que un paciente es un posible caso sida cuando tiene varias afecciones oportunistas mayores que así lo indiquen. Las enfermedades indicadoras de Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida, también se ha incluido el término sida inmunológico, el cual incluye a estudiados con número de células CD4 menor de doscientos mm³ y que no presente síntomas; también se ha incluido en la práctica clínica el término “debut” sida para aquellos pacientes que presenten infecciones oportunistas, la cuales se caracteriza por aparecer cuando hay un recuento de menos de doscientas células, en esta etapa ya se encuentra en fases avanzadas de la enfermedad, donde la mortalidad es alta y con nula respuesta a los diferentes tratamiento virales.⁷

FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR VIH:

Se ha estudiado que existen ciertos factores que van a incrementar el riesgo de que un individuo contagie el virus de la inmunodeficiencia humana, entre ellos:

- Practicar coito anal o vaginal sin protección
- Padecer alguna otra infección de transmisión sexual como sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea o vaginosis bacteriana.
- Compartir agujas contaminadas, soluciones de droga u otro material infeccioso para consumir drogas inyectables.
- Transfusiones sanguíneas o trasplantes de tejido sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen corte o perforación con instrumental no esterilizado.
- Pincharse accidentalmente con una aguja infectada, lesión que afecta en particular al personal sanitario.⁹

FISIOPATOLOGÍA

El sistema inmune reacciona a la invasión del virus de la inmunodeficiencia humana, del mismo modo que reacciona a la invasión de cualquier virus, activando las defensas inmunitarias del paciente. Además de los glóbulos blancos a los que se dirige el virus, los linfocitos T CD4 + y los macrófagos producen un gran número de factores solubles, citoquinas y quimioquinas, denominadas proinflamatorias, que activan todos los tejidos del organismo creando un estado de activación, siendo el carácter definitivo de esta infección el responsable de la perpetuación de esta inflamación crónica.¹⁰

DIAGNÓSTICO

Los estudios de laboratorio que podemos emplear para diagnosticar la enfermedad por virus se dividen en indirectas y directas.⁹

- Pruebas directas

Permiten detectar la presencia del virus o de sus constituyentes (proteínas y ácido nucleico) aun antes de desarrollarse la respuesta de anticuerpos frente a ellos, pero tienen el inconveniente de ser muy costosas. Entre estas se encuentran la antigenemia P24, cultivo viral y reacción en cadena de la polimerasa.⁹

- Pruebas Indirectas

Demuestran la respuesta inmune por parte del individuo y están basadas en otras pruebas serológicas para la detección de anticuerpos.⁹

Estas pruebas serológicas, a su vez, son de varios tipos:

1. Prueba de screening (Tamizaje). Serología VIH (ELISA o micro ELISA).
2. Prueba confirmatoria. Serología Western Blot.

Otros estudios complementarios:

- Radioinmunoanálisis
- Inmunofluorescencia⁹

Para ello se utilizan las pruebas siguientes:

1. Viral Carga viral es importante ya que mide la replicación vírica: establece la cantidad de ARN viral presente en un mililitro de sangre y se mide en logaritmo.⁹

Es importante tener una determinación al momento de diagnóstico de la carga viral, así los individuos estudiados se valorara la terapia antirretroviral, ya que representa el principal indicador de respuesta al tratamiento esto permite ver la cifras disminuidas en menos de cuarenta copias .⁹⁻¹⁰

2. Pruebas para cuantificar los para reducir el sistema inmunológico del paciente frente al virus. Conteo de leucocitos CD4 Valor normal quinientos células o más, lo que equivale a 29 % o más. Según progresa la infección estas células disminuyen de forma progresiva y mantenida, aunque sin mucha expresión desde el punto de vista clínico en los estadios iniciales.⁹⁻¹⁰

PREVENCIÓN DE SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

En el mundo se ha visto que la población puede disminuir el riesgo SIDA se restringen la explosión a agentes infecciosos y factores de riesgo. se en listan los principales métodos para la prevención los cuales deben utilizar de forma combinada siguientes:

1. Uso de condones femeninos o masculinos

Se ha demostrado que correcto uso del condón femenino y masculino durante el acto sexual vía anal o vaginal proteger contra la propagación Infecciones de Transmisión Sexual, ejemplo, el virus de la inmunodeficiencia humana, presenta

una eficacia de ochenta y cinco por ciento o más contra la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).¹¹

2. Reducción de daños en los consumidores de drogas inyectables

Las personas que se inyectan drogas pueden tomar precauciones para protegerse de la infección por el VIH utilizando en cada ocasión material de inyección estéril, en particular agujas y jeringas, y evitando compartir otros materiales utilizados en el consumo de drogas y las soluciones de estupefacientes.¹¹

3. Prevención basada en el uso de antirretrovirales

Según ha confirmado un ensayo de 2011, cuando una persona VIH-positiva sigue un régimen terapéutico eficaz con antirretrovirales, el riesgo de que transmita el virus a una pareja sexual no infectada se puede reducir en un 96%.¹¹

4. Profilaxis pre exposición para Virus Inmunodeficiencia Humana (-)

La profilaxis oral del Virus Inmunodeficiencia Humana previo a la exposición es la administración de antirretrovíricos a personas no infectadas con el propósito de evitar la adquisición del agente patógeno. Muchos estudios aleatorizados y controlados demostraron muy buenos resultados en la profilaxis preexposición para reducir la propagación del virus en diferentes ciudadanos, como las parejas heterosexuales serodiscordantes.¹¹

5. Profilaxis postexposición al VIH.

La profilaxis postexposición consiste en tomar antirretrovíricos, dentro de las 72 horas siguientes a la exposición al VIH para prevenir la infección. La profilaxis postexposición incluye servicios de asesoramiento, primeros auxilios, pruebas de detección del VIH y la administración de terapia antirretrovírica durante 28 días junto con atención complementaria.¹¹

La Organización Mundial Salud recomienda la profilaxis antes de la exposición como opción preventiva para las personas con un riesgo considerable de infección por el VIH como parte de la combinación de enfoques preventivos.¹¹

6. Eliminación de la transmisión vertical

La transmisión del VIH de una madre seropositiva a su hijo durante el embarazo, el trabajo de parto, el alumbramiento o el amamantamiento se denomina transmisión vertical o materno infantil.¹¹

En ausencia de cualquier tipo de intervención durante estas etapas, las tasas de transmisión oscilan entre un 15% y un 45%. Es posible prevenir casi totalmente

esta clase de transmisión administrando antirretrovíricos tanto a la madre como al niño, y ello en todas las etapas en que pudiera producirse la infección.¹¹

La OMS recomienda una serie de medidas de prevención de la transmisión vertical, que incluyen la administración, tanto a la madre como a su hijo, de antirretrovíricos durante el embarazo, el parto y el puerperio o, en la mujer embarazada seropositiva, incluso de por vida, con independencia de su recuento de células CD4.¹¹

En México la educación sexual ha carecido de una visión integral; se ha privilegiado la transmisión de conocimientos sobre aspectos biológicos de la reproducción y la promoción de la abstinencia sexual, sin una cultura de prevención desde la perspectiva de la salud sexual, la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos; también, se ha mostrado que existe una carencia de información basada en evidencia científica relevante y actualizada lo que ha repercutido en los indicadores de salud de los adolescentes se observan las consecuencias de su insuficiencia.¹²

Por lo cual es importante hace énfasis en todos los medios para general prevención, ofreciendo datos importantes con mensajes contundentes y claros sobre el “uso del preservativo”, de “la conveniencia de realizarse pruebas serológicas”, de que el “SIDA está fuera de control” diversas investigaciones han evidenciado que los conocimientos sobre la sexualidad y la prevención del virus en adolescentes son superficiales y poco específicos, con lo cual hay menor percepción del riesgo relacionado con la actividad sexual y en consecuencia es menos probable mantener actitudes que permitan minimizar la posibilidad de contagio”, etc.¹³⁻¹⁴

Se plantean diversas estrategias educativas para la prevención del contagio con VIH en donde se ha observado que el beneficio de la intervención educativa específica, proporciona conocimiento relevante al alumno y en consecuencia le permite tener mayor claridad de los riesgos a los que se expone al momento de decidir el inicio de la actividad sexual.¹⁴

ADOLESCENCIA

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud como el período de la vida que transcurre entre los 10 y los 19 años y se divide en dos fases: la adolescencia temprana, que abarca desde los 10 hasta los 14 años, y la adolescencia tardía, que comprende desde los 15 a los 19 años. Esta etapa es crucial porque en ella se producen profundos cambios físicos, psicológicos y sociales que impactan en el resto de la vida de los seres humanos.¹⁵

Adolescencia temprana (10 a 14 años): es la etapa peripuberal, donde existen acontecimientos biológicos y físicos; En las jóvenes se presenta su primer ciclo menstrual, este proceso se acompaña de cambios sociales, psicológicos y familiares, por lo que existe una falta de interés en relación al ambiente

familiar, haciéndolos más susceptibles a diferentes infecciones de transmisión sexual. En esta etapa existe una preocupación más importante por la apariencia física y por los cambios que se experimentan; con frecuencia existe falta de control de los impulsos.¹⁵

Adolescencia media (13 a 15) se caracteriza por presentarse de los rasgos sexuales secundarios (pene, estatura y mamas). Los estudiantes comienzan a interactuar y a comunicarse. En la mayoría de los adolescentes se inicia en promedio, las relaciones sexuales, se asumen conductas que implican riesgos físicos, sociales y psicológicos para ellos y los demás.¹⁵

Adolescencia tardía (15 a 19 años) en donde los cambios físicos son pocos, y empiezan los jóvenes a aceptar su cuerpo, se caracteriza por el comienzo de las relaciones íntimas reemplazan a las relaciones entre los pares; en esta etapa comienza un proyecto de vida el cual se caracteriza por metas a corto y largo plazo.¹⁵

Cada año se registran más de 2,6 millones de defunciones en la población de 15 a 24 años. Un número mucho mayor de jóvenes sufren enfermedades que reducen su capacidad para crecer y desarrollarse plenamente. Y un número aún mayor adopta comportamientos que ponen en peligro su salud presente y futura. Casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en adultos se asocia a enfermedades o comportamientos que comenzaron en su juventud, entre ellas el consumo de tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y la exposición a la violencia.¹⁶

Según datos de la OMS:

Cada año mueren más de 2,6 millones de jóvenes de 10 a 24 años por causas prevenibles.¹⁶

Cada año dan a luz aproximadamente 16 millones de mujeres adolescentes de 15 a 19 años.

Los jóvenes de 15 a 24 años representaron el 40% de todos los casos nuevos de infección por VIH registrados entre los adultos en 2009.¹⁶

El carácter de conducta presenta un alto riesgo para el inicio de la vida sexual y reproductiva se relaciona con: variables particulares, variables consanguíneas y variables sociales que va formar la personalidad en los adolescentes.¹⁷

Las características propias de la adolescencia como la falta de control de los impulsos, la ambivalencia emocional, los cambios emotivos y de conducta, la maduración sexual temprana y el interés en el sexo propician la iniciación de las relaciones sexuales de tipo coital y mantener comportamientos de riesgo que los exponen a ser víctimas comunes de las ITS/SIDA.

Las conductas sexuales en los adolescentes; despierta un estímulo hormonal lo que lleva a una motivación hacia la práctica de las relaciones sexuales coitales que conllevan al placer; mientras que los riesgos se ven como probables y en el futuro. Esto unido al sentimiento de invulnerabilidad y el gusto por el riesgo propio de los adolescentes, hacen que estas conductas sexuales de riesgo aumenten.

La sociedad observado tanto hombres como mujeres viviendo de diferente forma el carácter sexual, esta representan no sólo un impulso vivo, la cual involucra conductas sociales y fisiológicas de cada género, sino también la dinámica de las relaciones de poder y género. Los individuos, juegan un papel en la conquista sexual, para comprobar con es la virilidad, incita a los y las individuos.¹⁸

Se ha observado que las conductas de riesgo cumplen un tiene importancia en los jóvenes en etapa adulta, al permitir cuestionar normas y valores vigentes, aprender a afrontar situaciones de frustración y ansiedad, poder anticipar experiencias de fracasos, lograr la estructuración del ser, consolidar y afirmar el proceso de maduración.¹⁹

Las conductas de riesgo no serían totalmente negativas, estas ponen al jóvenes en situación de riesgo: cuando esa conducta lo lleva a poner en riesgo su salud o su vida y cuando sus comportamientos afectan la integridad o ponen en juego la vida de los otros.¹⁹

Investigaciones recientes revelan que los conocimientos sobre la sexualidad y la prevención del SIDA en adolescentes y jóvenes son superficiales y no llevan a un cambio de actitudes o a conductas efectivamente protegidas en todas y cada una de las relaciones sexuales.²⁰

Se ha reportado que treinta por ciento de individuos reconocidas como portadores de VIH+ en el grupo de edad de 20-29 años se contagia durante su adolescencia, considerando el periodo prolongado de latencia entre la seroconversión en VIH y las manifestaciones del SIDA el cual puede durar entre dos y once años.²⁰

No tener conocimiento de los diferentes temas relacionados con las actividades sexuales, ha hecho que las conductas de riesgo en los jóvenes perjudique su salud, por lo que implementar políticas y programas para disminuir las actividades de riesgo lograra impactar en la prevención.

La prevención es la principal arma para evitar deterioro y el daño en adultos, que estas conductas repercutan en el trabajo y vida diaria de nuestros adolescentes o perpetúen padecimientos inicialmente banales hacia la cronicidad, en la adolescencia se demuestran la necesidad de una atención integral por todos los sectores de la sociedad para lograr el equilibrio físico, psíquico y social de los adolescentes.

Se ha observado que la educación y consejería son las principales estrategias para prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, lográndose por

el desarrollo de programas educativos estructurados con el objetivo de aumentar el conocimiento, para cambiar actitudes y prácticas de riesgo, encaminadas a retrasar el inicio de la actividad sexual, disminuir el número de parejas y promover el uso de métodos anticonceptivos como de barrera, reduciendo conductas de riesgo y realizando tratamiento temprano.²¹

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO.

Para la evaluación del nivel de conocimientos sobre el Virus Inmunodeficiencia Humana en adolescentes se aplicará la escala VIH-KS.

Este instrumento cuenta con ítems específicos para evaluar el conocimiento sobre Infecciones de Transmisión Sexual y Virus Inmunodeficiencia Humana. Consta de un banco de preguntas donde se cuestiona la edad, sexo, el lugar de origen. Se aplica un cuestionario con respecto a los conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual y el Virus Inmunodeficiencia Humana, integrado por 40 preguntas en las que los individuos deben responder como no sé, falso y verdadero. El total 27 preguntas son relativos a VIH y 13 sobre diversas Infecciones de Transmisión Sexual, HEPATITIS B, HERPES, VERRUGAS GENITALES SÍFILIS Y LA GONORREA CLAMIDIA

Este estudio se realizó en España siendo descriptivo transversal con el objetivo de examinar la fiabilidad y validez de un examen que evalúe de forma específica de las infecciones de transmisión sexual y conocimiento sobre el VIH en la comunidad de adolescentes españoles tomando como participante a 1.570 entre las edades de 13 a 17 años para los cuales se estableció un banco de pregunta las cuales constaban de cuarenta relativos a educación sobre Virus Inmunodeficiencia Humana y diversas enfermedades de transmisión sexual las mediciones principales con este cuestionario fueron el análisis de ítems, consistencia interna, test retest y análisis factorial, aplicando el coeficiente alfa para los 24 ítems el cual fue de 0.59 lo que le da alta fiabilidad.

El objetivo fue en este estudio tener disponible herramienta para valorar el grado de conocimiento sobre Infecciones Transmisión Sexual y el Virus Inmunodeficiencia Humana, válida que permita valorar jóvenes con elevado riesgo de en su actividad sexual, para desarrollar programas preventivos para el aplicación del preservativo como instrumento de protector de las vías de transmisión de diferentes enfermedades como Virus Inmunodeficiencia Humana, otras infecciones de transmisión sexual y las medidas de prevención.

3.2 REFERENCIAS ESPECÍFICAS

En las últimas décadas años se ha presentado un significativo crecimiento del interés en la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud, coincidiendo sus inicios con la proposición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de una nueva visión multidimensional y perspectiva integral concepto de salud.²¹

Entendemos por Infecciones de transmisión sexual (ITS) todas aquellas que se pueden transmitir por las relaciones sexuales, aunque también se puedan adquirir por otros medios.²¹

Tan solo la OMS estima más de 340 millones de casos de Infecciones Transmisión sexual anualmente, cifra que despierta una gran preocupación, entre personas de 15 a 49 años de ambo sexos. Por lo que la consecuencia de las decisiones equívocas que suelen tomar los adolescentes.³

La adolescencia, como etapa de experimentación e iniciación tanto en lo que a consumo de drogas como a relaciones sexuales se refiere, se convierte en un período de especial riesgo para la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana; de hecho, las ITS representan en conjunto la patología infecciosa más común entre los adolescentes sexualmente activos, y se ha predicho que la tercera ola de epidemia del SIDA, después de los homosexuales y los usuarios de drogas por vía parenteral, se focalizaría en los adolescentes, pues debido a los sentimientos de invulnerabilidad y necesidades de experimentación, junto al consumo de alcohol y drogas a estas edades, presentan una mayor promiscuidad y menor protección en las relaciones Sexuales.³

No cabe duda de que una correcta educación es la mejor forma de prevención, y esto pasa por poseer un grado de conocimientos adecuado sobre estas enfermedades. El objetivo de este trabajo fue indagar cuál es el nivel de conocimiento sobre el SIDA y las ITS en los adolescentes, a fin de delimitar sus carencias y determinar aquellas facetas en las que hacer más hincapié e los programas y campañas de educación para la salud.²¹

En el distrito de Encarnación, Paraguay se lleva un estudio descriptivo, observacional, prospectivo de corte transversal, cuantitativo con el objetivo de conocer la conducta sexual y el nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes de instituciones educativas. Para lo cual se incluyeron a 533 alumnos. La información fue obtenida a través de una encuesta tipo cuestionario, que incluyó preguntas abiertas y cerradas, diseñada de acuerdo a las variables de interés, aplicada a través de un muestreo por conglomerado.²²

Donde se obtuvo de resultado que la relación sexual en la adolescencia es temprano. Los padres, educadores y personales de salud deben buscar la forma de intervenir de manera adecuada y conjunta, para velar por la salud y bienestar

de una población sensible y sujeta a innumerables cambios, como son los adolescentes.²²

En nuestro país se cuenta como antecedentes en Guadalajara, Jalisco, México un estudio que describe el conocimiento sobre VIH/SIDA en adolescentes de distintos estratos socioeconómicos, mediante un análisis de consenso cultural. Mediante un Cuestionario aplicado a 758 adolescentes donde se obtuvo como resultado la concordancia de conocimientos individuo/grupo la cual fue mayor en estratos superiores. Los conocimientos similares sobre formas de transmisión casual, características de SIDA y alto riesgo en trabajadoras del sexo comercial, y diferencias basadas en dudas e incertidumbres sobre la protección del condón, la distinción VIH/SIDA y la transmisión en clínicas.²³

Para Morales y Espada la mayoría de adolescentes españoles no usan el preservativo consistentemente en sus relaciones sexuales, exponiéndose a contraer el VIH. Por lo cual se plantea realizar un estudio donde se puedan identificar las principales barreras por las que los adolescentes no se someten a la prueba para la detección de VIH. Se contó con la participación de 992 adolescentes españoles entre los 16-20 años lo cuales fueron procedentes de 4 comunidades autónomas teniendo como resultado una edad media fue 16.84 y el 54.6% eran mujeres. ²⁴

Se realiza un estudio de investigación transversal en diversas provincias de España con el objetivo de investigar, validez y analizar la eficacia de un examen que evalúe el nivel de conocimiento sobre el Virus de Inmunodeficiencia humana y otras Enfermedades de Trasmisión Sexual en una población de Jóvenes, en dicho estudio se tomó la participación de 1.570 jóvenes entre los 13 y los 17 años escolarizados en diferentes escuelas. Evaluando el conocimiento para poder contar con un cuestionario que brinde oportunidades para el desarrollo de programas preventivos²⁵

ENSALUD, 2012, en sus archivos estimamos que los jóvenes entre 12 a 19 años, el 20.2% han iniciado vida sexual sin algún método de transmisión sexual, porcentaje menor al nacional (22.9%). Otro porcentaje que si ha iniciado, 70.6% refirió utilizar condón masculino, cifra menor al porcentaje nacional (72.2%). El presente 2006, se observa que 51.4% de los adolescentes de la entidad poblana no tiene ningún método de planificación familiar en su inicio de vida sexual, 34.6% uso condón masculino, ²⁶

4. JUSTIFICACIÓN

En la adolescencia se observan cambios rápidos y radicales, lo que repercute en la conducta. El peligro es parte de su conducta sexual y cotidianidad que muchos jóvenes experimenta a lo largo de su vida sexual. Se denomina conducta sexual riesgosa aquella actividad sexual con mayor probabilidad de contraer una Infección de Transmisión Sexual.

Se ha observado las Infecciones de transmisión sexual han incrementado, por lo cual la importancia de central la atención en el VIH/SIDA, pues representa un problema serio y creciente de salud pública, especialmente para adolescentes y adultos jóvenes. La prevalencia de VIH en la población de 15 y más años fue del 0.2%, lo que significa que dos de cada mil personas de esas edades estaban viviendo con el VIH. Sin embargo, la tasa de mortalidad por VIH/SIDA no ha disminuido como se esperaba. Por ello es necesario intensificar las acciones de detección oportuna, vincular a las personas detectadas con VIH a los servicios de atención oportunos.

Al 30 de septiembre del 2015, la Secretaría de Salud atendía a 71,286 personas con un costo promedio anual de \$37mil pesos por tratamiento. Para el Instituto Mexicano del Seguro Social se estima que el costo por tratamiento en un paciente con Efavirenz y Truvada representa un gasto de 4,370 y 10,480 mensuales por cada fármaco.

La consejería y educación son las principales estrategias para control y la prevención de Infecciones de Trasmisión Sexual , considerándose herramientas que permiten adquirir creencias, formar actitudes, relaciones e intimidad conocimientos y valores respecto a la identidad, con el fin de promover una adecuada salud sexual y reproductiva, especialmente en población joven buscando estrategias educativas que obtengan mejores resultados a fin de exponer evidencia para el planteamiento o fortalecimiento de políticas públicas y diseño de programas para esta población.

Se dice que prevenir es mejor que curar, pero en el caso del SIDA prevenir no es simplemente mejor que curar: es la única opción. Para el caso de una enfermedad mortal y no curable es necesario prevenir con total seguridad pues no vale una prevención parcial para esta enfermedad mortal y no curable. Los programas de educación sexual para adolescentes deben partir de un enfoque incluyente, considerando aspectos biológicos, éticos, afectivos, sociales, culturales y de género.

Esta investigación tiene el plan principal de confrontar las actividades sexuales de riesgo en una plática para educación sexual en aquellos jóvenes de una clase de JUVENIMSS de la Unidad Medico Familiar No. 57. Los resultados encontrados servirán desarrollar programas para anticipar ITS y VIH.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El objetivo de este estudio es el conocimiento que se tiene del VIH, así como la conducta sexual entre los adolescentes.

Evaluar medidas de prevención sexual como el uso métodos de barrera, también la exposición a ITS por sus repercusiones en el sistema de salud; valorando principalmente incremento en el riesgo de adquirir VIH y otras complicaciones a largo plazo.

Debido al aumento en los últimos años de la incidencia en pacientes jóvenes que adquirieron el VIH/SIDA en edades muy tempranas, así como otras ITS en nuestro país, es vital dirigir nuestros esfuerzo eficazmente a la educación los jóvenes y a sus padres para evitar conductas sexuales de riesgo.

Nace esta cuestión:

¿Cuál es el grado que tienen en educación con respecto al tema VIH en los jóvenes previo y posterior a una clase de Educación Sexual?

6. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS NULA (H_0)

No existe diferencia en el grado de educación sobre VIH/SIDA en población jóvenes previo y s posterior a una clase educativa.

HIPÓTESIS DE TRABAJO (H_1)

Existe diferencia en el grado de educación sobre VIH/SIDA en población jóvenes previo y s posterior a una clase educativa.

7. LOS OBJETIVOS

7.1. OBJETIVOS GENERALES

- Observar el nivel de comprensión sobre Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en una plática educativa en adolescentes del módulo de JUVENIMSS de la Unidad Medico Familiar No. 57.

7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer las variables sociodemográficas (edad, escolaridad, estado civil, religión, sexo y ocupación) jóvenes de la clase de JUVENIMSS de la de la Unidad Medico Familiar No. 57.
- Identificar los niveles de auto-eficacia del Conocimientos generales del VIH.
- Identificar los niveles de auto-eficacia de los Métodos de protección.
- Identificar los niveles de auto-eficacia sobre otras ITS.
- Realizar un taller como intervención educativa en el módulo de JUVENIMSS.

8. MÉTODOS Y MATERIAL

8.1 DISEÑO DE la INVESTIGACION

Se llevó a cabo una investigación, prospectivo, cuasiexperimental analítico, longitudinal.

8.2 UBICACIÓN ESPACIO-TIEMPO

El trabajo de indagación se llevó a cabo entre 15 a 19, acudía al salón del JUVENIMSS en Unidad Medico Familiar No. 57 en el tiempo del 01 de enero al 30 de Junio del 2018.

8.3 DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN A ESTUDIAR

8.3.1 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE A ESTUDIAR

Población Fuente: Todos los pacientes adscrito salón de JUVENIMSS de la Unidad Medico Familiar N o. 57. En el tiempo del 1 de Enero al 30 Junio de 2018.

Población Elegible: jóvenes que acudan al módulo de JUVENIMSS de la UMF No. 57 del I.M.S.S, que abarco 1 de Enero al 30 Junio de 2018.

Población Estudio: Todos los pacientes que acudan módulo de JUVENIMSS de la Unidad Medico Familiar No. 57. En el tiempo del 1de Enero al 30 Junio de 2018 y que reúnanlos Razonamientos de selección.

8.3.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se seleccionó a los jóvenes de 15 a 19 años, que acudieron la clase de JUVENIMSS, en el periodo que abarca entre el 1 de Enero al 30 de junio 2018.

8.4 SELECCIÓN DE LAS UNIDADES A ESTUDIAR.

8.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ambos géneros.
- Jóvenes de 15 a 19.
- Jóvenes derechohabiente de JUVENIMSS.
- Turnos (matutino /vespertino).
- Individuos elijan contestar la investigación.
- Que presente en UMF No 57 en el trascurso de la investigación.

8.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Jóvenes que posean algún tipo de discapacidad visual, cognitiva y auditiva

8.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Jóvenes no deseen quieran está en la investigación.
- Negarse a contestar el 100% del cuestionario.

8.5 TIPO DE MUESTREO Y DISEÑO

No probabilístico, por conveniencia

8.6. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se tomó a los Jóvenes de 15 a 19 años de edad de JUVENIMSS de la Unidad Medico Familiar No.57 del IMSS, un total de 4221 derechohabientes que reunieron los requisitos del proyecto a estudiar, grado de seguridad al 95% ($Z_{1-\alpha}$) estimado 1.96, exactitud del 5% lo razón de 20.2% en Jóvenes que incurrieron en la aplicación del cuestionario para valorar el conocimiento obtenido después de una intervención. Se obtuvo un tamaño un total de **340** estudiantes por la siguiente ecuación:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

N: universo de trabajo (4221)

$Z_{1-\alpha}$ = 1.96 (valor tipificado)

p= proporción: 0.20

q= 1- p (0.20)=0.80

d= 0.05 (poder de precisión)

8.7 DEFINICIÓN DE LAS ESCALAS DE MEDICIÓN Y VARIABLE.

8.7.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

1. GÉNERO: El que presentan los individuos definiendo los termino en los Femenino y Masculino.
2. EDAD: Medida en un rango de 15 a 19 años.
3. ESCOLARIDAD: Se estratificará por primaria secundaria, preparatoria o técnica, sin escolaridad
4. ESTADO CIVIL: lo referirá el individuo de acuerdo a los Siguietes rubros: unión libre, casada, soltera(o), viuda(o) y separada(o) y divorciada(o).
5. RELIGIÓN: Conjunto de creencias religiosas referida por el participante de acuerdo a las siguientes categorías: católica, cristiana, testigo de Jehová y la luz del Mundo.
6. CONOCIMIENTO SOBRE VIH EN ADOLESCENTES. Se aplica el cuestionario que evalúa el conocimiento general VIH, se obtiene un puntaje de 10 a 40 aciertos.

**8.7.2 VARIABLES Y ESTILO DE MEDICIÓN.
CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	VALOR O MEDIDA
EDAD	Cuantitativa	Razón	Referido por el encuestado	Años(15 a 19 años)
SEXO	Cualitativa	Nominal	Referido por el encuestado	1.Femenino 2.Masculino
ESCOLARIDAD	Cualitativa	Ordinal	Años cursados completados	1.Primaria 2.Secundaria 3.Preparatoria 4.Educación superior
RELIGIÓN	Cualitativa	Nominal	Referido por el encuestado	1.Católica 2.Cristiana 3.Testigo de 4.Jehová 5.La luz del Mundo
ESTADO CIVIL	Cualitativa	Nominal	Referido por el encuestador	1.Soltero 2.Casado 3.Union libre
CONOCIMIENTO SOBRE VIH	Cuantitativa	Razón	Referido por el instrumento	10-21:Nivel muy bajo de auto-eficacia 22-32:Nivel promedio-alto de auto-eficacia 33-40:Nivel alto de auto-eficacia

8.8 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Ya que fue examinado y aceptado la investigación por CLIEIS y previo registro ante SIRELCIS se requirió el consentimiento del encargado de la unidad médico familiar No. 57 para el estudio. Luego se aplicó a los participantes de la investigación con autógrafo de autorización, jóvenes de 15 a 19 de edad cumplida acuden al JUVENIMSS de la U. M. F. No. 57 en el transcurso de la etapa comprendida 1 de Enero al 30 Junio de 2018.

Juntaron a jóvenes en 15 reuniéndolos en unas clases de la clínica médico familiar No. 57 para aplicarles el cuestionario VIH-KS la cual tiene 40 aciertos. Este cuestionario recaba información los niveles de conocimientos generales del VIH, métodos de Prevención de las vías de transmisión de Virus de Inmunodeficiencia Humana, prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana y diversas Enfermedades de Transmisión.

Puntuación	Interpretación
10-21	Nivel muy bajo de auto-eficacia
22-32	Nivel promedio-alto de auto-eficacia
33-40	Nivel alto de auto-eficacia

Luego se dio una clase magistral sobre Enfermedades de Trasmisión sexual, Virus de Inmunodeficiencia Humana y Actividades de prevención, con un tipo estimado de una hora aproximadamente, con ayuda diapositivas digitales y se cedió un tríptico para reforzar el conocimiento adquirido.

Realizo un examen con la Escala VIH-KS posterior a una semana con el objetivo de valorar los cambios que se logrando en la población estudiante para saber cuánto se impactó en el conocimiento adquirido.

8.9 ANÁLISIS DE DATOS.

Se realizó una investigación univariada de las variables a estudiar y de las sociodemográficas; dispersión para las variables numéricas y medidas de tendencia central así como cotejo de frecuencias (proporciones) para las categorías. Estudio bivariado (Nivel de investigación comparativo) la finalidad es comparar por el índice estadístico fue contrastar con T-Student pareada el objetivo en comparar si adquirieron conocimiento con una clase educativa rechazando H_0 si p es <0.05 ocupando el sistema estadístico S.P.S.S V25.

9. RESULTADOS.

En este estudio de tesis se ejecutó en jóvenes que acudieron a clases en JUVENIMSS de la Unidad Medico Familiar. No.57 en del 1 de enero al 30 de junio de 2018 se analizó la investigación con 340 jóvenes a los que se les puso un cuestionario llamado “escala VIH-KS” el cual valoro el conocimiento previo y posterior a realizar una intervención educativa.

Respecto a la edad se vio que 15 fueron los que predominaron el estudio y desviación estándar de 1.205, representado en el siguiente recuadro.

Cuadro1: ESTADÍGRAFO DE LA EDAD

Media	15
Mediana	15
Moda	15
Desviación estándar	1.205
Asimetría	1.396
Rango	4
Mínimo	15
Máximo	19
Total	340

FUENTE: CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN ADOLESCENTES 2018

En relación a la edad más frecuente con un 51.8%(n=179) fue 15 años, como se muestra en el Cuadro 2.

Cuadro 2: DISTRIBUCIÓN DE EDAD

EDAD	TOTAL	
	n	%
15 Años	179	51.8
16 Años	87	25.6
17 Años	41	12.1
18 Años	9	2.6
19 Años	24	7.9
Total	340	100

FUENTE: CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN ADOLESCENTES 2018

En cuanto al el género predominaron las adolescentes mujeres con un 55.9% (n=190), se puede observar Cuadro 3.

Cuadro 3: DISTRIBUCION DE GÉNERO

GÉNERO	TOTAL	
	n	%
Femenino	190	55.9
Masculino	150	44.1
Total	340	100

FUENTE: CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA ADOLESCENTES 2018

De acuerdo a la escolaridad, en nuestra investigación el 71.2 % (n=242) pudimos ver que cursaban la secundaria, podemos observar en el Cuadro 4.

Cuadro 4: DISTRIBUCIÓN DE LA ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	TOTAL	
	n	%
Secundaria	242	71.2
Preparatoria	98	28.8
Total	340	100

FUENTE: CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN ADOLESCENTES 2018

El presente estudio pudimos observar que el estado civil los adolescentes fueron al 100 % (n=340) solteros como se muestra en ejemplo del Cuadro 5.

Cuadro 5: DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	TOTAL	
	n	%
Soltero	340	100
Unión libre	0	0
Casado	0	0
Total	340	100

FUENTE: CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN ADOLESCENTES 2018

Se encontró que la religión católica fue la que mayormente predominó con un 65.3% (n=222), Cuadro 6.

Cuadro 6: DISTRIBUCIÓN DE RELIGIÓN

RELIGIÓN	TOTAL	
	n	%
Católica	222	65.3
Cristiana	53	15.6
Testigo	11	3.2
Luz del mundo	1	.3
Otros	15	4.4
Ninguno	38	11.2
Total	340	100

FUENTE: CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN ADOLESCENTES 2018

Lo que se refiere a la ocupación, se descubrió al 100 % (n=340) eran estudiante, ver el Cuadro 7.

Cuadro 7: DISTRIBUCIÓN DEL OCUPACIÓN

OCUPACIÓN	TOTAL	
	n	%
Estudiantes	340	100
Otros	0	0
Total	340	100

FUENTE: CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN ADOLESCENTES 2018

En relación a los resultados de la “escala VIH-KS” aplicada en adolescentes se observó el nivel de conocimiento general del VIH fue 87.9 % (n=299), ver el Cuadro 8.

Cuadro 8: DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE AUTOEFICACIA ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

CONOCIMIENTO GENERAL DEL VIH				
	PRE-INTERVENCIÓN		POS-INTERVENCIÓN	
	n	%	n	%
Nivel promedio-bajo de auto-eficacia	229	67.4	2	.6
Nivel promedio-alto de auto-eficacia	111	32.6	39	11.5
Nivel muy-alto de auto-eficacia	0	0	299	87.9
Total	340	100	340	100

FUENTE: CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN ADOLESCENTES 2018

Los resultados de la escala VIH-KS se observó que predominaron los estudiante que adquirieron un nivel alto en el tema de métodos de protección sexual 81.2 % (n=276), ver Cuadro 9.

Cuadro 9: DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE AUTOEFICACIA ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

MÉTODOS DE PROTECCIÓN SEXUAL				
	PRE-INTERVENCIÓN		POS-INTERVENCIÓN	
	n	%	n	%
Nivel promedio-bajo de auto-eficacia	288	84.7	4	1.2
Nivel promedio-alto de auto-eficacia	52	15.3	60	17.6
Nivel muy-alto de auto-eficacia	0	0	276	81.2
Total	340	100	340	100

FUENTE: CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN ADOLESCENTES 2018

El conocimiento adquirido de las enfermedades de transmisión sexual donde se descubrió al 75 % (n=257) de adolescentes posterior una intervención educativa, ver Cuadro 10.

CUADRO 10: DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE AUTOEFICACIA ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

ENFERMEDADES DE TRASMISIÓN SEXUAL				
	PRE-INTERVENCIÓN		POS-INTERVENCIÓN	
	n	%	n	%
Nivel promedio-bajo de auto-eficacia	279	82.1	5	2
Nivel promedio-alto de auto-eficacia	61	17.9	78	23
Nivel muy-alto de auto-eficacia	0	0	257	75
Total	340	100	340	100

FUENTE: CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN ADOLESCENTES 2018

En relación a los resultados de la Escala VIH-KS los jóvenes adquirieron un conocimiento muy alto en diverso temas de infecciones de trasmisión sexual 86.2 % (n=292), ver el Cuadro 11.

Cuadro 11: DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE AUTOEFICACIA ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

NIVEL DE AUTOEFICACIA ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA				
	PRE-INTERVENCIÓN		POS-INTERVENCIÓN	
	n	%	n	%
Nivel promedio-bajo de auto-eficacia	280	82.4	3	.6
Nivel promedio-alto de auto-eficacia	60	17.6	45	13.2
Nivel muy-alto de auto-eficacia	0	0	292	86.2
Total	340	100	340	100

FUENTE: CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN ADOLESCENTES 2018

El valor de T-Student que utilizo variables con respecto al número de aciertos obtenidos fue de $T=-70.558$ y $p \leq 0.001$, por lo que se rechaza hipótesis nula y podemos decir que la media del conocimiento adquirido de VIH antes de la intervención educativa es diferente a la media conocimiento adquirido de VIH, Esta diferencia fue estadísticamente significativa, como se muestra en el Cuadro 12.

Cuadro 12: NÚMERO DE ACIERTOS ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

INTERPRETACIÓN	MEDIA	T-STUDENT
Antes de la intervención	16.74	T=-70.558 p≤ 0.001
Después de la intervención	35.08	

FUENTE: CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN ADOLESCENTES 201

10. DISCUSIÓN

La importancia mundial que ha tenido las Infecciones de Trasmisión Sexual, Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida es bien conocida en los últimos años así como sus consecuencias en jóvenes las cuales se deben a la falta de, desconocimiento, poca información y la poca facilidad a los servicios de salud por barreras económicas, socioculturales, y comunicación inadecuada entre hijo y padre, así como la sociedad

En nuestro trabajo de investigación el cual se realizó con una muestra 340 participantes pertenecientes al módulo de JUVENIMSS de la Unidad Médico Familiar No. 57, encontrando los siguientes resultados.

Para Morales y Espada de acuerdo al estudio que realizaron con un total de 992 adolescentes españoles, encontraron que la mayoría de los que participaron fue en un rango de edad entre los 16-20 años los cuales fueron procedentes de 4 comunidades autónomas, teniendo como resultado una media de 16 años y el 54.6% eran mujeres si comparamos con nuestro estudio se descubrió que nuestra fue 15 años, seguido 16 años y el 55.9% era mujeres, lo cual resulto debido que nuestra fue tomada de la población derechohabiente del módulo de JUVENIMSS, se conoce que la investigación recibida de diferentes ciudades estima que la mayoría de casos de enfermedades de trasmisión sexual se presenta entre 15 y 19 años, con predominio en mujeres debido a la vulnerabilidad social, económica y biológica.

Según el Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2018, con respecto al estado civil, destaca que en adolescentes de 12 a 19 años de edad, el 88.56% de las mujeres declaró en el 2010 estar soltera, en comparación con los resultados encontrados en este estudio se observó que en cuanto al estado civil de los adolescentes que participaron tomando nuestra muestra de 340 el 100% fueron solteros y los cuales tenían como ocupación estudiantes en un porcentaje del 100% y se encontraban cursando la secundaria lo que presenta el 71.2% de la muestra tomada, lo cual refleja la media nacional para este rango de edad.

Por otra parte del total de encuestado se encontró que en la religión más practicada fue la católica con porcentaje de 65.3% que representa el 222 de personas encuestadas, seguido de la religión cristiana con un 15.6 % la cual representa el 53 de personas encuestadas.

Se realizó un estudio descriptivo y transversal en el Consultorio Médico 30 del Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga", con el objetivo de identificar las actividades de promoción y educación para la salud sobre virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida dirigidas a adolescentes donde se observó que prevaleció en ellos en la evaluación general de 70 a 79 con 33,3 %, presenta dificultades en el tema de diferenciar

entre virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida; Realizamos en nuestro estudio una valoración previa de conocimiento generales de VIH donde encontramos que el nivel de información en los adolescentes fue bajo presentando en 222 participante un porcentaje de 67.2% de conocimiento previo, posterior a la intervención se comprobó el nivel adquirido de conocimiento el cual se reportó como muy alto presentado en 299 participantes lo que representa hasta el 87 % posterior a una intervención educativa, lo que nos habla de que al igual que el estudio previo los jóvenes presentar dificultades para entender los conceptos acerca del Virus de inmunodeficiencia humana.

ENSANUT Estado de Puebla del 2012 analizo jóvenes entre 12 a 19 años edad que iniciaron actividad sexual, de los cuales el 20.2% un porcentaje alto no utilizo ningún método de planificación familiar, porcentaje menor al nacional (22.9%). En el presente trabajo se observó que el conocimiento es bajo en los diferentes métodos de planificación familiar con un 84.7% antes de una intervención educativa , un vez realizada la intervención educativa se logró obtener un nivel muy alto de autoeficacia hasta en un 81.2% lo que nos habla de 276 participantes adquirieron dicho conocimiento, en el 2006, el 51.4% de los adolescentes poblanos no utilizó ningún método de planificación familiar en su primer encuentro sexual, se observó que el 43.6% usó condón, lo que refleja el nivel bajo de conocimiento al inicio de una intervención.

Al interior del país, el impacto de las ITS en la población adolescente ha sido variable en estados como Veracruz, Puebla, Estado de México y Tamaulipas, registraron en 2012 el mayor número de casos nuevos de ITS, concentrando un tercio del total de casos registrados en el país, datos encontrados en este estudio respecto al conocimientos de las ITS fue bajo el cual represento 84.7% en un total de 288 participantes, posterior a la intervención se observó que hasta 75% que obtuvieron un nivel de muy alto de conocimiento adquirido; La mayoría de los adolescentes poseen conocimientos básicos acerca de las ITS, así como sus formas de transmisión, y prevención.

En diferentes países se ha observado que la investigación y educación es la mejor forma de prevención las diferentes enfermedades de trasmisión sexual, métodos de prevención e información de VIH. La finalidad de esta investigación fue aumentar el conocimiento VIH/SIDA y las ITS en los jóvenes, para determinar las deficiencias y diseñar estrategias que puedan impactar en las diferentes campañas de educación sexual y los programas de prevención para la salud.


11. CONCLUSIONES.


- En el presente trabajo se tuvo un total de 340 jóvenes cursando con 15 y 19 años, la media para la edad fue de 15 años, presentando una desviación estándar de 1.205.
- Se observó que el total de jóvenes, fueron mujeres, la religión católica fue la que predominó en estos estudiantes.
- En cuanto al nivel de escolaridad se encontraban estudiando la secundaria y en su totalidad perteneciente al módulo de JUVENIMSS.
- Los resultados de la Escala VIH KS se observó que presentaron una media de aciertos 16; posterior a la plática sobre infecciones predominaron los jóvenes adquiriendo un conocimiento elevado una media de 35 aciertos.
- En cuanto a la Escala para el conocimiento de VIH-SK, se encontró que la mayoría de los jóvenes tiene un nivel de bajo de conocimiento en los temas relacionado con ITS en un total de 280 participantes, cuando se aplicó la encuesta posterior a una intervención educativa se obtuvo un nivel muy alto de autoeficacia con 292 participantes.
- En la Escala de Autoeficacia con el tema conocimiento del VIH posterior a una plática educativa presentaron una elevación importante en el conocimiento que adquirieron
- El presente estudio nos permite observar el conocimiento de los adolescentes sobre VIH /SIDA encontrado que mayoría de la población que fue encuestada presenta un nivel bajo de los diferentes temas de sexualidad, lo que demuestra que es poca la difusión e información que se tiene sobre estos temas, y que a pesar del acceso a los diferentes medios de comunicación, el conocimiento es muy escaso; De aquí la importancia de la Medicina de Prevención para enfocar los diferentes recursos y estrategias con el fin de impactar y prevenir en estas enfermedades, diseñando diferentes campañas para fomentar la salud pública

12. PROPUESTAS.

- Efectuar intervenciones educativas de 1 hora cada 6 meses en instituciones educativas de nivel medio superior principalmente derechohabientes que asistan a la U.M.F No 57 , influyendo a los padres de familia, profesores y jóvenes con la finalidad de desarrollar y renovar la el conocimiento respecto a las prácticas sexuales.
- Valorar cada semestre a los jóvenes del nivel medio superior que acudan a la Unidad Médico Familiar No 57 se les evalúe con la Escala VIH –SK.
- Otorgar cada ciclo escolar métodos de planificación familiar a los adolescentes que se presenten en la institución solicitando asesoramiento y brindar consejería oportuna
- Dar citas en JUVENIMSS de las Unidades Medico Familiares, con clases de una hora, cada ciclo escolar para lograr intercambiar opiniones y experiencia de los jóvenes y sus familiares.
- Empezar entre los médicos tratantes de las Unidades de Medicina Familiar los valores del núcleo familiar con el objetivo de desarrollar seguridad y confianza donde los jóvenes para la tomar decisiones con su sexualidad
- Desarrollar el conocimiento de los adolescentes sobre VIH y ITS, promoción de actitudes y decisiones de vida, autoconfianza, autoeficacia, comunicación con los padres y uso de preservativos.
- Iniciar en las escuelas las clases sobre Educación Sexual con materiales didácticos, clases magistrales, discusiones entre pares o actividades interactivas.

13. ANEXOS

 **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

 **Salud**

Sistema de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud 2194 con número de registro 17 DI 21 114 137 ante COFEPRIS y número de registro ante CONBOÉTICA COMBOÉTICA 21
CEI 005 2617152.
U MED FAMILIAR N.UM 0

FECHA **MIÉRCOLES, 31 de enero de 2018.**

M.E. LAURA CONCEPCION MOMOX VAZQUEZ
PRESENTE


Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"CONOCIMIENTO SOBRE VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA/ SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN ADOLESCENTES"

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A.U.T.O.R.I.Z.A.D.O** con el número de registro institucional

No. de Registro
R-2017-2194-008

ATENTAMENTE


DR. JOSE DOMINGUEZ ARANJUEZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2194

IMSS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SECRETARÍA UNIVERSITARIA AUTÓNOMA DE PUERTO RICO
"FACULTAD DE MEDICINA"
RECIBIDO
16 FEB 2018
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
Y ESTUDIOS DE POSGRADO

Anexo 2

 **GOBIERNO DE MÉXICO** |  **IMSS**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NÚMERO 57

PUEBLA, PUE., A _____ 16 DE AGOSTO DEL 2019 _____

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

LOS ASESORES:

Dra. Laura Concepción Momox Vázquez
Dr. Herzain Lucas Alvarado

DE LA TESIS TITULADA:

"CONOCIMIENTO SOBRE VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA/ SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN ADOLESCENTES "

REALIZADA POR EL MÉDICO RESIDENTE:

Dra. Alejandra Amador Urbano

DE LA ESPECIALIDAD:

MEDICINA FAMILIAR


HACEMOS CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTÍFICO HA SIDO REVISADO Y AUTORIZADO EN EL SIRELCS CON NÚMERO DE REGISTRO NACIONAL:

R-2017-2104-038

AUTORIZAMOS SU IMPRESIÓN

<p>Dra. Laura Concepción Momox Vázquez</p>  <hr/> <p>(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)</p> <p>Dra. Laura C. Momox Vázquez MEDICINA FAMILIAR ISSI CED. PROF. 4856736</p>		<p>Dr. Herzain Lucas Alvarado</p>  <hr/> <p>(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)</p> <p>Dr. Herzain Lucas Alvarado INFECTOLOGÍA ISSI CED. PROF. 9922876P</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Anexo 3

		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICA DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)	
A DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN			
Nombre del estudio:		"CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN ADOLESCENTES ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA"	
Lugar y fecha:		Puebla, Puebla.	
Número de registro:		RC2017-2104-038	
Justificación y objetivo del estudio:		Comparar los conocimientos antes y después de una intervención educativa en adolescentes de 15 a 19 años de la U.M.F. No 57, en un grupo control y en el que realizará una intervención educativa.	
Procedimientos:		Se les solicitará a las madres con hijos menores si desean participar en nuestro el estudio, el cual consistirá en una primera parte se les aplicara una encuesta sobre los conocimientos y actitudes antes las VIH, posterior a ello se les darán unas sesiones académicas y nuevamente se les aplicara el cuestionario sobre conocimientos para determinar si cambiaron al algo sus actitudes.	
Posibles riesgos y molestias:		No correrán ningún riesgo las participantes, ya que solo se utilizarán encuestas y sesión educativa, y estas podrán retirarse en el momento que así lo decidan.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:		Podrá adquirir los conocimientos, actitudes y una adecuada practica que tienen los adolescentes, de esta manera aprenderán a identificar la carencia y los factores de riesgo en los que están expuestos.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:		Una vez obtenida la información y analizada, se procederá a otorgar los resultados a los pacientes participantes, en forma privada si alguno de ellos tuviera alguna duda o no entendiera aun con la intervención se realizará una asesoría personal con el fin de que tengan los conocimientos bien claros.	
Participación o retiro:		En cuanto el paciente lo decide puede participar y retirarse del estudio, sin que esto condicione su atención o trato en la unidad, se retira en forma anónima sin causar ningún problema.	
Privacidad y confidencialidad:		La información será tratada de forma confidencial según la normativa médica y bioética, no se utilizarán nombres ni datos personales de los pacientes siempre resguardando la información personal de los participantes.	
Beneficios al término del estudio:		Mejora del nivel de conocimientos, actitudes y practica, en los adolescentes sobre el conocimiento del VIH, de esta manera podrán identificar mejor los signos de alarma de esta enfermedad, con la finalidad de prevenir alto riesgo de contagio en edades muy tempranas	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:			
Investigador Responsable:		DRA. LAURA CONCEPCION MONTOY VAZQUEZ MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 57.	
Colaboradores:		MATRICULA 98367841	
		Dra. Alejandra Amador Urbano Residente de Medicina Familiar U.M.F. No57 Matricula: 98229902 Celular 2281856505 aleamadorurbano@hotmail.ec	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330-4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69-00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx			
_____ Nombre y firma del sujeto		Dr. Alejandra Amador Urbano Mot:98229902 Cel. 22810866505 _____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
_____ Testigo 1		_____ Testigo 2	
_____ Nombre, dirección, relación y firma		_____ Nombre, dirección, relación y firma	
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio			
Clave: 2310-008-013			

Anexo 4

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)	
DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN		
Nombre del estudio:	"CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN ADOLESCENTES ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA"	
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica	
Lugar y fecha:	PUEBLA, PUEBLA	
Número de registro:	R-2017-2104-038	
Justificación y objetivo del estudio:	Actualmente los problemas de enfermedades de transmisión sexual así como un contagio temprano del VIH han repercutido en la vida diaria de los adolescentes, el objetivo de este estudio es evaluar el grado de conocimiento antes y después de una intervención educativa	
Procedimientos:	Se evaluara mediante un cuestionario los conocimientos del VIH	
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNO	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer los mecanismos de transmisión, vía de contagio, aspectos generales de la VIH y las formas de prevención.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se les informara a los pacientes los resultados obtenidos	
Participación o retiro:	Adolescente que acuda se podrá retirar en cuanto él lo decida.	
Privacidad y confidencialidad:	Toda información otorgada por el paciente será de carácter confidencial y solo será utilizada para este estudio en base a las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):		
Beneficios al término del estudio:	Dependiendo en que estado nutricional se encuentren se les orientara, sobre factores de riesgo, hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida que deben mejorar.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:	DRA. LAURA CONCEPCION MOMOX VAZQUEZ MEDICO FAMILIAR UMF N.º 57. MATRICULA 98367641	
Colaboradores:	Dra. Alejandra Amador Urbano Residente de Medicina Familiar UMF N.º 57 IMSS 38228802 Cel. 2281886605	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx		
_____ Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal	Dr. Alejandra Amador Urbano Med. 38228802 Cel. 2281886605 _____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma	
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.		
Clave: 2810-008-018		

Anexo 6

CARTA DESCRIPTIVA

Se realizó una intervención educativa con la aplicación de un cuestionario Escala HIV KS con el fin de analizar los conocimientos y actitudes sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana antes de la intervención programada en forma de taller para que después de esta se vuelva a pasar un cuestionario y comparar el conocimiento obtenido, de este modo se obtendrá los resultados en dos momentos.

En el aula del módulo de JUVENIMSS en horario escolar, con una duración de 60 min por el tema y en una sola sesión, se basará en función de las preguntas que realizaran los alumnos o del debate.

Las actividades se realizaron con soporte audiovisual en forma de transparencias y folletos informativos.

Guion del taller

- a) Aplicación del primer cuestionario (10 min).
- b) Introducción: El conductor del taller introducirá el tema y proporcionará información básica sobre la infección (10 min).
- c) Discusión: Se plantearán cuestiones básicas que se discutirán en grupos reducidos y posteriormente se darán las opiniones (10 min).
- d) Información: A partir de las dudas planteadas por los diferentes grupos se dará la información por medio de pláticas con diapositivas. (20 min).
- e) Intervención del taller: El cual consiste en dividir al grupo en equipos de 10 individuos para plantear juego de roles en diferentes situaciones relacionadas con el tema de VIH.
- f) Se aplicará el segundo cuestionario para revalorar el conocimiento obtenido (10 min).

Tema: Curso-Taller de educación integral sobre de virus de inmunodeficiencia humana para adolescentes de 15 a 19 años de programa JUVENIMSS

Unidad 1. Educación sexual en JUVENIMSS

TEMA	OBJETIVO	TECNICA	MATERIAL	TIEMPO
Aplicación del primer cuestionario	Valorar el conocimiento de VIH.	Aplicación de cuestionario.	Cuestionario de 40 ítems. Lápiz.	10 Min.
Introducción	El conductor del taller introducirá el tema y proporcionará información básica sobre la infección	Presentación verbal de tema.	Oral	10 Min.
Discusión	Se plantearán cuestiones básicas que se discutirán en grupos reducidos y posteriormente se darán las opiniones	Reunir grupos de 10 integrantes	Participación grupal	10 Min.
Información	A partir de las dudas planteadas por los diferentes grupos se dará la información por medio de pláticas con diapositivas	Por medio de diapositivas en power point	Cañón Computadora Mesa	25 min
Intervención del taller.	El cual consiste en dividir al grupo en equipos de 10 individuos para plantear juego de roles en diferentes situaciones relacionadas con el tema de VIH.	Interpretación de diferentes roles	Participación grupal	10 min
Aplicación el segundo cuestionario	Recabar la información obtenida y ver el grado de conocimiento obtenido	Aplicación de cuestionario	Cuestionario de 40 ítems. Lápiz.	10 Min.
Educando para prevenir de infección virus de inmunodeficiencia Humana.	Incrementar la información sobre la infección, los mecanismos de transmisión y las medidas de prevención del VIH/SIDA	Identificar los puntos deficientes de los participantes. Lluvia de ideas acerca de la percepción del tema. Discusión en equipos para identificar el problema. Abordar los conceptos erróneos	Aula Cuestionarios Apoyo audiovisual Folletos	----- 60 min por platica

14. BIBLIOGRAFIA

1. SALUD DE LA MADRE, EL RECIÉN NACIDO, DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE, GINEBRA, SUIZA: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. RECUPERADO: [HTTPS://WWW.WHO.INT/MATERNAL_CHILD_ADOLESCENT/TOPICS/ADOLESCENCE/DEV/ES/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
2. ISSLER J, EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. REV. POS CAT VIA MED. 2001; 107:11-23.
3. ESTRATEGIA MUNDIAL DEL SECTOR DE LA SALUD CONTRA LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL 2016–2021.
RECUPERADO: [HTTPS://APPS.WHO.INT/IRIS/BITSTREAM/HANDLE/10665/250253/WHO-RHR-16.09-SPA.PDF;JSESSIONID=A8877F01CF0677809F7E65516AC97377?SEQUENCE=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-SPA.PDF;jsessionid=A8877F01CF0677809F7E65516AC97377?sequence=1)
4. GONZÁLEZ I, ARTEAGA D, FRANCES Z, SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA: DESARROLLO HISTÓRICO E IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO PARA SU PREVENCIÓN. REV. CUBANA DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL. 2015; 31(1):98-109.
5. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE VIH/SIDA EN MÉXICO REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA ACTUALIZACIÓN AL 15 DE NOVIEMBRE DE 2016. REVISADO 2018.
6. DOCUMENTO DE CONSENSO DEL GRUPO DE ESTUDIO DEL SIDA (GESIDA)/PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA (PNS) SOBRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH, ENFERM INFECC MICROBIOL CLIN. 2011; 29(4):286.E1–286.E19
7. LAMOTTE J.A, INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN EL MUNDO ACTUAL. REV. MEDISAN 2014; 18 (7):993
8. MONTOYA C.J, MORENO M.E, RUGELES M.T, REACCIONES Y ALTERACIONES DEL SISTEMA INMUNEDURANTE LA INFECCIÓN POR EL VIH-1. REV. INFECTIO 2006; 10(4): 250-265.
9. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. RIESGOS PARA LA SALUD DE LOS JÓVENES. NOTA DESCRIPTIVA NO. 345. AGOSTO DE 2011. REVISADO EN 2015. RECUPERADO DE [HTTP://WWW.WHO.INT/MEDIACENTRE/FACTSHEETS/ FS345 /ES/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/).
10. CAMPERO L, ATIENZO E, SUÁREZ L, HERNÁNDEZ B, ET AL. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES EN MÉXICO: EVIDENCIAS Y PROPUESTAS. GACETA MÉDICA DE MÉXICO. 2013; 149:299-307.

11. LEÓN-LEAL J.A, GONZÁLEZ-FÁRMACO J.C, PACHECO Y, LEAL M. LA INFECCIÓN POR VIH EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA: AVANCES BIOMÉDICOS Y RESISTENCIAS SOCIALES. REV. PEDIATR INTEGRAL 2014; XVIII (3): 161-174-
12. SICILIANO L. ESTRATEGIA DOCENTE PARA ADOLESCENTES SOBRE CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA 2017; VOL. 80 (1):15 – 22.
13. PÉREZ L, SANTOS M. PAZ Y. COMPORTAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES. ACTA MÉDICA DEL CENTRO / VOL. 8 NO. 3 2014.
14.
RECUPERADO:[HTTP://TEMAS.SLD.CU/ADOLESCENCIA/2014/12/29/RIESGO S-PARA-LA-SALUD-DE-LOS-JOVENES/](http://TEMAS.SLD.CU/ADOLESCENCIA/2014/12/29/RIESGO-S-PARA-LA-SALUD-DE-LOS-JOVENES/)
15. CAMPO-ARIAS A, CEBALLO G, HERAZO E. PREVALENCIA DE PATRÓN DE COMPORTAMIENTO DE RIESGO PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES ADOLESCENTES. REV. LATINO-AM. ENFERMAGEM ARTÍCULO ORIGINAL 18(2)
16. RANGEL Y, GARCÍA M, INFLUENCIA DEL ROL DE GÉNERO EN LA CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO EN ADOLESCENTES UNIVERSITARIOS. INDEX ENFERM VOL.19 NO.4 GRANADA OCT/DIC. 2010.
17. ROSABAL E, ROMERO N, GAQUÍN G, ROSA A. CONDUCTAS DE RIESGO EN LOS ADOLESCENTES. REV CUB MED MIL. 2015; 44 (2).
18. DÁVILA M.E., ANTONIETA Z., XIOMARA BULLONES T., DAZA D. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE ADOLESCENTES SOBRE VIH/SIDA. REV. SALUD PÚBLICA. 2008;10 (5):716-722.
19. VON E. QUIJANO L. ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES. REV MÉDICA SANITAS. 19 (4): 198-207, 2016.
20. JIMÉNEZ J.A, NAVARRO B, GASCÓN F.J, PÉRULA L. EL AT. CONOCIMIENTOS DE LOS ADOLESCENTES SOBRE EL SIDA Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL .ATEN PRIMARIA 2003; 32 (4):216.
21. ÁLVAREZ-CABRERA J, MÜLLER-ALFONZO A, VERGARA-JARA V. CONDUCTA SEXUAL Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES. CIMEL 2015; 20(2):44-50.

22. ESPADA J.P, GUILLÉN-RIQUELME E, MORALES A, ORGILÉSA M, EL AT. VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE CONOCIMIENTO SOBRE EL VIH Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN POBLACIÓN ADOLESCENTE. REV ATEN PRIMARIA. 2014;46(10):558-564.
23. MORALES E, ESPADA J.P, ORGILÉS M., BARRERAS HACIA LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL VIH EN ADOLESCENTES EN ESPAÑA. REV PSYCHOSOCIAL INTERVENTION 25 (2016) 135–141.
24. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN 2012. RESULTADOS POR ENTIDAD FEDERATIVA. PUEBLA PRIMERA EDICIÓN ELECTRÓNICA, 2013.