

INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL “PEDRO KOURÍ”

***Adolescentes viviendo con VIH/ sida en La Habana. Características, percepción de sí mismos y de la enfermedad.***

***Autora:***

*Dra. Yamisleydis Pérez Peña*

*Especialista Primer Grado Pediatría*

***Tutores:***

*Dr. Eric Martínez Torres. DrCs.*

*Lic. Dennis Pérez Chacón. MSc, DrC.*

*Tesis para optar por el título de Máster en Infectología y Enfermedades tropicales.*

*La Habana, 2022.*

## ***Agradecimientos***

*A mi Dios y Señor por darme fuerzas en todas y cada una de las difíciles circunstancias que he vivido.*

*A mis padres, por amarme, enseñarme a luchar por mis sueños y no rendirme nunca.*

*A mi hermano, por su paciencia incondicional y su amor por mí.*

*A mis amigas y hermanas incondicionales Yadira, Inalvis, Yeney, Cira, Mercedes y Yureinis las que me ayudaron en todo momento con sus oraciones.*

*Al profesor Eric Martínez, cuyo ejemplo como pediatra es inspirador y digno de imitar.*

*A la profesora Dennis, que en un momento tan terrible para ella aceptó estar a mi lado y obligarme a crecerme, Dios le bendiga siempre.*

*A la profesora Alina Martínez, por su ayuda incalculable.*

*A Juan Mario Junco, ¡cuánta paciencia tuviste conmigo! Gracias.*

*A Marelis Martínez, sin ti hubiera sido imposible llegar al final del camino.*

*A mis tías Rita, Lidia, Idalmis, Rodis y Mireya por su apoyo incondicional.*

*A Anais Rodríguez, Alexer Torres, Osvaldo Méndez, por su amistad.*

*A la Doctora Niurka Rocha por su colaboración incondicional.*

***Dedicatoria***

*A mis padres y mi hermano, con los que  
aprendo cada día el valor de la familia.*

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio mixto secuencial explicativo para examinar las características sociodemográficas, clínicas e inmunológicas, así como la percepción de sí mismos y de la enfermedad de los adolescentes viviendo con VIH/sida en La Habana en el año 2021. Se encontró que 93,8% de esta población tenían entre 15 y 19 años de edad, el 48,4% transitaba la adolescencia tardía. Predominó el sexo masculino 51,6%. Se declaró como heterosexuales el 65,6% de esta población. El 59,4% tenía noveno grado de escolaridad. Durante los años 2020 y 2021, el mayor número de casos diagnosticados fueron de infección reciente, fue la transmisión sexual la principal vía de contagio. El municipio de la capital con mayor tasa de prevalencia fue el municipio Cerro con 6,70/10000 habitantes. El 92,3% presentó como esquema de tratamiento antirretroviral, dos inhibidores de la reverso transcriptasa asociado a un inhibidor de la integrasa. El 41,4% esta población presentó inmunodeficiencia no significativa y carga viral indetectable 35,9%. De forma general, el 95,3% de los adolescentes se encuentra con tratamiento y el 37,7% con supresión viral. El mayor número de ellos carecían de información sobre la enfermedad antes de ser infectados y/o diagnosticados como VIH/sida, tenían una percepción negativa de sí mismos y de la enfermedad, al haber experimentado estigma y discriminación por familiares cercanos y demás personas que han llegado a conocer su estado serológico. El apoyo recibido al diagnóstico y en el proceso de aprender a vivir con la enfermedad fue pobre o nulo en algunos casos.

**Palabras claves:** Adolescentes, VIH/sida, Percepción.

## CONTROL SEMÁNTICO

<b>ABC</b>	Abacavir
<b>ACTG-076</b>	Protocolo para reducir la transmisión del VIH/ al niño
<b>ADN</b>	Ácido desoxirribonucleico
<b>ARN</b>	Ácido ribonucleico
<b>ARVs</b>	Antirretrovirales
<b>ATV/r</b>	Atazanavir reforzado con bajas dosis de ritonavir
<b>AZT</b>	Zidovudina
<b>AYA</b>	Adolescentes y adultos jóvenes
<b>BIC</b>	Bictegravir
<b>CD4+</b>	Linfocitos T CD4
<b>CDC (Control Disease Center)</b>	Centros para el Control de Enfermedades
<b>CoRISpe</b>	Cohorte Nacional de Pacientes Pediátricos con Infección VIH en España
<b>CV</b>	Carga viral
<b>DTG</b>	Dolutegravir
<b>EFV</b>	Efavirenz
<b>ETS</b>	Enfermedad de transmisión sexual
<b>ETMI</b>	Eliminación de la transmisión materno infantil de la infección por el VIH y la sífilis
<b>FDA</b>	(Food and Drug Administration) Agencia responsable de la regulación de medicamentos y alimentos en los Estados Unidos
<b>FTC</b>	Emtricitabina
<b>HSH</b>	Hombres que tienen sexo con hombres
<b>HTLV-III</b>	Virus de la Leucemia Humana de Células T-III
<b>IF</b>	Inhibidores de la fusión
<b>INTR</b>	Inhibidores nucleosídicos de transcriptasa reversa
<b>INNRTI</b>	Inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa inversa

<b>INSTI</b>	Inhibidor de la transferencia de cadenas de la integrasa
<b>IP</b>	Inhibidor de proteasa
<b>IP/r</b>	Inhibidor de proteasa reforzado con ritonavir
<b>IPK</b>	Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí"
<b>LAV (Lymphadenopathy- Associated Virus)</b>	Virus Asociados con Linfadenopatías
<b>LPV</b>	Lopinavir
<b>LT CD4+</b>	Linfocitos T CD4+
<b>LPV/r</b>	Lopinavir reforzado con ritonavir
<b>MINSAP</b>	Ministerio Nacional de Salud Pública
<b>ONEI</b>	Oficina Nacional de Estadística e Información
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto de la Naciones Unidas sobre el Síndrome de inmunodeficiencia humana
<b>PEN</b>	Plan Estratégico Nacional para la prevención y control de las ITS, el VIH y las hepatitis
<b>PNR</b>	Policía Nacional Revolucionaria
<b>SIDA</b>	Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida
<b>TAF</b>	Tenofovir Alafenamida
<b>TARGA</b>	Terapia antirretroviral de gran actividad
<b>TARV</b>	Terapia antirretroviral
<b>TDF</b>	Tenofovir disopropil fumarato
<b>TDL</b>	Combinación de dosis fijas de tenofovir disopropil fumarato, lamivudina, dolutegravir
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>VHB</b>	Virus de la hepatitis B
<b>VIH-1</b>	Virus de inmunodeficiencia humana tipo 1
<b>VIH-2</b>	Virus de inmunodeficiencia humana tipo 2
<b>VIS</b>	Virus de la Inmunodeficiencia de los Simios
<b>3TC</b>	Lamivudina

## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
Justificación del estudio .....	3
Problema de investigación .....	4
Objetivo General: .....	5
Objetivos Específicos: .....	5
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>6</b>
Reseña histórica del VIH .....	6
Hitos en la historia del VIH/sida .....	6
Origen del VIH .....	7
Estructura del VIH.....	8
Mecanismos de transmisión.....	8
Cuadro Clínico.....	9
Situación del VIH/sida en adolescentes en el mundo y en Cuba .....	10
Percepción: definición y factores que la afectan .....	12
Estigmatización y discriminación en pacientes que viven con VIH/sida .....	12
Tratamiento antirretroviral en adolescentes viviendo con VIH/sida .....	14
Regímenes de terapia antirretroviral para AYA con VIH sin farmacorresistencia: .....	15
Regímenes de terapia antirretroviral para (AYA) con VIH con farmacorresistencia:.....	16
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	<b>18</b>
Diseño general del estudio .....	18
Fase cuantitativa .....	18
Diseño y marco temporal del estudio .....	18
Universo.....	18
Criterios de inclusión .....	18
Criterios de exclusión .....	18
Técnica recolección de la información y análisis de los datos .....	19
Fase Cualitativa.....	19
Diseño y marco temporal del estudio .....	19
Estrategia de Muestreo, tamaño de muestra y selección de los participantes. ....	19
Técnica de recolección de la información .....	20
Criterios de inclusión .....	21
Criterios de exclusión .....	21
Procesamiento y análisis de los datos .....	21

Operacionalización de las variables .....	21
Consideraciones Éticas .....	27
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....	28
Resultados fase cuantitativa .....	28
Resultados fase cualitativa .....	43
CONCLUSIONES .....	54
RECOMENDACIONES .....	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	56
ANEXOS.....	69



## INTRODUCCIÓN

En 1982, se dieron a conocer los primeros casos pediátricos de VIH/sida en pacientes hemofílicos, los cuales adquirieron la enfermedad por transfusiones sanguíneas y en 1983 se reportó el primer caso de transmisión vertical.<sup>(1)</sup> Esta enfermedad les ha robado el futuro a millones de niñas y niños. En Cuba, la primera niña que adquirió la enfermedad por transmisión vertical nació en 1986, fue el segundo caso en conocerse pues no se realizó su diagnóstico hasta 1989.<sup>(2)</sup>

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) y sus socios coinciden en la necesidad de una nueva iniciativa para acelerar y apoyar la acción a nivel comunitario, nacional, regional y mundial con el objetivo de poner fin a esta enfermedad urgentemente en niños, adolescentes y madres.<sup>(3)</sup> También, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) aspira a *“un futuro en el que todos los niños y sus familias estén protegidos de la infección por el VIH y vivan libres de sida”*. Sin embargo, el esfuerzo por acabar con la enfermedad en los niños y los adolescentes sigue quedando rezagado, lo cual se refleja en algunas cifras, por ejemplo, en 2020 un niño se infectó cada dos minutos con el virus del VIH.<sup>(4)</sup>

El tratamiento y la prevención son dos áreas de trabajo de la organización para detener las infecciones y las muertes por sida. La UNICEF se ha comprometido a eliminar el sida para 2030, en cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, así como facilitar el acceso a los servicios sanitarios de las personas viviendo VIH/sida. La prevención de nuevas infecciones y mejoras en el acceso a pruebas diagnósticas y tratamientos antirretrovirales son formas de salvar vidas y constituyen los pilares de la respuesta de dicha entidad. Además, para alcanzar sus metas en los resultados del plan estratégico y en los marcos de *Start Free Stay Free AIDS-free*, en los que desempeñan un papel de liderazgo tanto a nivel mundial como en los países. Se han propuesto objetivos ambiciosos, tales como: la eliminación de la transmisión vertical, mejorar la atención y tratamiento a pacientes pediátricos y reducir las infecciones entre adolescentes.<sup>(5)</sup>

Al entrelazarse la adolescencia y el VIH, se crea un escenario complejo que exige esfuerzos mancomunados no solo de organizaciones internacionales sino también de la familia, la escuela, los organismos estatales y las organizaciones sociales. Conceptualmente la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años de edad, es una etapa compleja de la vida, marca la transición de la infancia al estado adulto, caracterizándose por varias transformaciones físicas, psicológicas, biológicas, sociales y aspectos emocionales que influirán en la construcción individual, sexual e identidad social en la adultez.<sup>(6)</sup> Se clasifica en tres etapas; adolescencia temprana de 10 a 13 años, adolescencia media de 14 a 16 años y adolescencia tardía de 17 a 19 años, pudiendo extenderse hasta los 21 años.<sup>(7)</sup>

Los cambios ocurridos en la vida de los adolescentes los exponen a diversos tipos de vulnerabilidades, entre ellas, la infección por VIH/sida. La Observación General N° 20 del año 2016, analizado en la Convención sobre los derechos del niño, señala la adolescencia como la etapa de la vida caracterizada por “crecientes oportunidades, capacidades, aspiraciones, energía y creatividad, pero también un alto grado de vulnerabilidad”.<sup>(8)</sup> Surge en esta etapa un proceso de reescritura de la identidad y como parte de ello, un momento de esbozo de lo que podríamos imaginar que serían los primeros borradores de un proyecto de vida, un quién quiero ser en sentido amplio.

En el elevado riesgo de contraer VIH/sida y otras ETS de forma general que presentan los adolescentes, intervienen factores socio-culturales como los avances tecnológicos e intercambio cultural, factores de conducta donde podemos mencionar la falta de control de impulsos, la ambivalencia emocional, el no uso de protección, el frecuente cambio de pareja, el consumo de alcohol, tabaco y drogas, así como el abuso sexual, por último, dentro de los factores biológicos se invocan un sistema inmune inmaduro, las Infecciones previas que alteran la mucosa y permiten nuevos contagios, la ectopia cervical en mujeres adolescentes y baja producción de moco y el uso de anticoncepción oral que ha desplazado los métodos de barrera. Estas infecciones pueden tener múltiples consecuencias para ambos sexos: mayor probabilidad de desarrollar infertilidad, dolor pelviano crónico, cáncer cervicouterino, aborto espontáneo,

embarazo ectópico, posibilidad de transmisión materno fetal de la infección en las mujeres e infertilidad, epididimitis, estrechez uretral, compromiso prostático y cáncer de anorectal en los hombres.<sup>(9)</sup> Ambas epidemias tienen un impacto profundo en la salud y la vida de niños, adolescentes y adultos de todo el mundo, por lo que su control constituye uno de los grandes desafíos de la salud pública contemporánea.

## Justificación del estudio

La adolescencia en sí misma entraña disímiles retos. Ser un adolescente viviendo con VIH/sida, es un desafío al presente y al futuro que requiere necesariamente del acompañamiento de familiares, amigos e instituciones, donde la salud pública juega un rol primordial. El hecho de vivir con esta enfermedad crónica transmisible, exige alto grado de compromiso y responsabilidad, dos características a veces difíciles de encontrar en la adolescencia, por las particularidades propias de esta etapa. La aparición de nuevos y potentes antirretrovirales ha incrementado la esperanza de vida de las personas viviendo con VIH/sida y aparejado a lo anterior el personal médico se enfrenta a la aparición de un mayor número de complicaciones propias de la enfermedad, con desenlace en ocasiones fatal, sin dejar de mencionar los no menos importantes traumas psicológicos a causa de la estigmatización y discriminación que sufren por la sociedad. Profundizar en los conocimientos acerca de las características de los adolescentes viviendo con VIH y sobre la percepción de sí mismos y de la enfermedad, contribuirá a diseñar intervenciones que incrementen su calidad de vida, mejoren la proyección hacia la enfermedad, brindarles una mejor ayuda al momento del diagnóstico y en el proceso de aprender a vivir con la enfermedad, en sentido amplio prepararlos para el mañana.

## Problema de investigación

¿Cómo se caracterizan y perciben a sí mismos y a la enfermedad los adolescentes viviendo con VIH/sida de La Habana?

## Objetivo General:

Examinar características y percepción de sí mismos y de la enfermedad de los adolescentes viviendo con VIH/sida en La Habana.

## Objetivos Específicos:

1. Caracterizar a los adolescentes viviendo con VIH/sida de La Habana en cuanto a variables sociodemográficas, clínicas e inmunológicas.
2. Explorar la percepción de los adolescentes viviendo con VIH/sida hacia sí mismos y de la enfermedad.

El presente trabajo nos permitió profundizar en las características, la percepción de sí mismos y de la enfermedad de los adolescentes viviendo con VIH/sida en La Habana, a través del acercamiento a los mismos en visitas realizadas a las diferentes áreas de salud de la ciudad. Los resultados encontrados nos permitirán enfocar la atención médica a las principales problemáticas de los adolescentes con un enfoque de integralidad, en aras de ofrecer un servicio de mayor excelencia.

## MARCO TEÓRICO

### Reseña histórica del VIH

El 5 de junio 1981, la organización estadounidense de vigilancia y prevención de enfermedades, informó sobre una forma rara de neumonía entre jóvenes homosexuales, una nueva enfermedad que causaba severa inmunodepresión.<sup>(10)</sup> Dicho centro también reportó posteriormente las mismas “infecciones oportunistas” entre consumidores de drogas inyectables, así como en hemofílicos que recibían transfusiones de sangre y haitianos residentes en los Estados Unidos.<sup>(11)</sup> A mediados de 1982 surgió el término AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), en español adoptó el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida).

Fue el 20 de mayo de 1983, cuando se publicó un artículo del Instituto Pasteur de París dirigido por Françoise Barré- Sinoussi, Jean- Claude Chermann y Luc Montagnier que anunciaba el descubrimiento del virus vinculado a los casos de inmunodeficiencia reportados desde 1981.<sup>(12)</sup> Un año más tarde el 23 de abril de 1984, Estados Unidos anunció que el especialista Robert Gallo había hallado la causa probable del sida, un retrovirus bautizado como virus de la leucemia humana de células T-III (HTLV-III).<sup>(13,14)</sup>

### Hitos en la historia del VIH/sida

Los principales hitos en la evolución histórica del VIH/sida son:

- El 20 de marzo 1987, se presentó el AZT (zidovudina), primera droga antirretroviral, muy costosa y con muchos efectos indeseables.
- En el año 1994, se logra reducir la transmisión vertical, el ensayo clínico conocido como ACTG “076” indicó que el AZT, reducía las tasas de transmisión de madre a hijo en dos terceras partes.
- Los años 1995 y 1996, aparecen en escena nuevos antirretrovirales: abacavir, nelfinavir, delavirdina y efavirenz. Fue el inicio de las combinaciones de diferentes fármacos, las triterapias se mostraban muy eficaces. La Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (Targa), en 1996,

cambió el curso de la epidemia y convirtió el VIH en una enfermedad crónica transmisible.

- En los años 90 ocurre una propagación implacable del VIH/sida, creando una emergencia que requería un esfuerzo mucho más amplio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), surgiendo así en 1996, ONUSIDA, para abordar todos los desafíos que imponía la enfermedad.
- En 2002, la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos aprobó el uso de test rápidos que ofrecen resultados con el 99,6% de exactitud en tan solo 20 minutos.<sup>(15)</sup>
- Hacia el 2007, se llevaron a cabo los primeros ensayos de profilaxis Pre exposición para reducir el riesgo de adquisición del VIH entre personas que estuvieron expuestas al virus.
- En el 2012, se autorizó en los Estados Unidos el primer tratamiento preventivo antirretroviral.
- En 2014, ONUSIDA estableció nuevas metas para el 2020: 90-90-90 (90% de las personas con VIH diagnosticadas, 90% en tratamiento, 90% de las que están en tratamiento con carga viral indetectable).
- En 2017, por primera vez, la mitad de los pacientes en todo el mundo son tratados.<sup>(16)</sup>

## Origen del VIH

Se ha informado evidencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia simia (VIS) en 26 especies diferentes de primates africanos. Dos de estos virus, SIVcpz de chimpancés y SIVsm de mangabeys negros, son la causa del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en humanos. Datos actuales señalan que los equivalentes de VIH-1 y VIH-2 de primates fueron transmitidos a personas en múltiples ocasiones (siete como mínimo).<sup>(17,18)</sup> La hipótesis más plausible indica que la infección por VIH se originó en los años 30 del siglo pasado y el primer caso documentado de infección data de 1959, detectado en una muestra de suero conservada de un paciente procedente de la República Democrática del Congo.<sup>(19)</sup> Es probable que a mediados del siglo anterior los cambios sociales, económicos y conductuales particularmente, generaron las

circunstancias que permitieron la expansión, el establecimiento y el ataque del virus en seres humanos en proporciones pandémicas.<sup>(20)</sup>

## Estructura del VIH

El VIH tiene ARN como material genético y se caracteriza por poseer la enzima transcriptasa inversa, capaz de sintetizar ADN a partir del ARN viral. Presenta una estructura esférica, de aproximadamente 110nm de diámetro, dentro de la cual se pueden diferenciar tres capas:<sup>(21)</sup>

- Capa externa o envoltura: formada por una membrana lipídica, en la que se insertan las glucoproteínas gp120 (glucoproteína de superficie) y gp41 (glucoproteína transmembranal) y proteínas derivadas de la célula huésped (entre ellas receptores celulares y antígenos de histocompatibilidad de clase I y II). Por debajo de la membrana lipídica, se encuentra la proteína matriz p17 que se une a la gp41.
- Cápside icosaédrica formada por la proteína p24.
- Capa interna o nucleoide: contiene ARN viral, la nucleoproteína p7 y algunas enzimas (proteasa, integrasa, transcriptasa interna).

Taxonómica y filogenéticamente el VIH pertenece a la familia de los *Retrovirus*, al género de los Lentivirus, Se subdivide en dos tipos, VIH 1 y VIH 2, son similares, pero tienen diferentes potenciales patogénicos y distribuciones geográficas. El VIH 1 es más virulento, infeccioso y está más extendido geográficamente, mientras que el VIH 2 no es tan virulento y está localizado de forma exclusiva en África occidental.<sup>(22)</sup>

## Mecanismos de transmisión

La transmisión del VIH se produce por contacto sexual, exposición parenteral a la sangre o transmisión vertical, descrita esta última como la principal vía de transmisión en la edad pediátrica. La transmisión vertical del VIH puede ocurrir antes del parto (intraútero), intraparto o después del mismo a través de la lactancia materna. Se acepta que aproximadamente el 20 o 30% de los recién nacidos con la infección la adquirió por esta vía. El porcentaje más alto de niños infectados por VIH adquiere el virus durante el parto, lo demuestra que el 70 u



80% de los lactantes infectados no tienen virus detectable antes de la semana de edad.<sup>(23,24)</sup> El Plan Global para la eliminación de las nuevas infecciones por el VIH en niños ha causado un impacto positivo en 21 países, en los cuales se ha reducido la transmisión vertical de madre a hijo desde un 22,4% a 8,9% y cinco de estos países se encuentran por debajo del 5% (Sudáfrica 2%, Botswana 2,6%, Uganda 2,9%, Swaziland 3,3% y Namibia 4,1%).<sup>(25)</sup>

Las transfusiones de sangre o hemoderivados infectados, han sido responsables del 3 al 6% de todos los casos pediátricos de sida, el período de mayor riesgo estuvo comprendido entre 1978 y 1985, cuando no se sometía los hemoderivados a detección de anti cuerpos anti- VIH, por lo que la prevalencia de VIH/sida en personas hemofílicas llegó a ser de un 70%.<sup>(23)</sup>

La transmisión sexual es la vía fundamental de adquisición de la enfermedad en la población de adolescentes, el carecer de información básica sobre el virus y la forma de auto propagarse son factores que dificultan la prevención entre los mismos. La baja tasa de uso de condones durante las relaciones sexuales, las altas tasas de ETS entre los adolescentes que aumenta el riesgo de contraer o propagar el VIH y el consumo de bebidas alcohólicas, favoreciendo estas últimas la participación en comportamientos arriesgados, como la práctica de relaciones sexuales sin protección, son los factores a los que mayormente se exponen.<sup>(26)</sup>

## Cuadro Clínico

Las manifestaciones clínicas de la infección por VIH varían mucho entre los lactantes, niños y adolescentes. El Surveillance Case Definition (CDC) para la infección por el VIH/sida se revisó en 2014 y en su sistema de estadificación establece que los menores de 15 años utilizarán los criterios de los niños y adolescentes mayores de esta edad los criterios de los adultos. (Anexo 1) Las enfermedades oportunistas como el cáncer de cuello uterino invasivo, Mycobacterium tuberculosis en cualquier foco y neumonía recurrente solo se describen en adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años.<sup>(23)</sup>

Estudios realizados en Stanford Children's Health, coinciden en que los síntomas del VIH/sida en adolescentes, pueden ser similares al cuadro clínico tanto del niño como del adulto. En algunos casos pueden desarrollar una enfermedad similar a la gripe dentro del mes o dos meses posteriores a la exposición al VIH/sida, aunque algunos no desarrollan sintomatología. En general los síntomas desaparecen dentro de una semana o un mes y suelen confundirse con otras infecciones víricas.<sup>(27)</sup>

Se identifican como principales síntomas y complicaciones predominantes:

- Fiebre o transpiración frecuente.
- Dolor de cabeza.
- Malestar (no sentirse bien).
- Ganglios linfáticos: Aumento de tamaño de nódulos linfáticos persistentes durante más de tres meses.
- Pérdida de la memoria a corto plazo.
- Infecciones graves o inusuales (infecciones oportunistas).
- Erupción o descamación persistente de la piel.
- Enfermedad inflamatoria pélvica que no responde a tratamiento.
- Falta de energía.
- Pérdida de peso.
- Infecciones por hongos frecuentes o persistentes (orales o vaginales).

### Situación del VIH/sida en adolescentes en el mundo y en Cuba

Según reporte de UNICEF del 29 de noviembre 2021, a pesar de que se han logrado algunos avances en la lucha contra el VIH/sida, las niñas, niños y adolescentes han seguido quedándose atrás en todas las regiones del mundo a lo largo de los últimos 10 años. La cobertura de tratamiento antirretroviral en niños es del 54%, sigue siendo muy inferior al de las mujeres embarazadas (85%) y al de la población de adultos en general (74%).<sup>(4)</sup> Por ello, aunque solo el 5% de todas las personas que viven con el VIH son niños, representan el 15% de las muertes relacionadas con la enfermedad.

En 2020 se registró una cifra de 2,78 millones de niños entre 0-19 años que viven con la enfermedad, de ellos 1750.000 adolescentes entre 10 a 19 años y se registraron 150 000 nuevos casos, con disminución lenta del número de nuevas infecciones en este grupo de tan solo el 38%. Fallecieron 120 000 niños, niñas y adolescentes, de ellos 32 000 entre 10 y 19 años.<sup>(4)</sup> Continúan siendo las niñas adolescentes las más afectadas, 120 000 en comparación con los varones adolescentes 35 000.

En África Oriental y Meridional las infecciones anuales entre adolescentes disminuyeron un 41% desde 2010, mientras que en Oriente Medio y Norte de África aumentaron un 4% en igual período de tiempo. Resaltamos que 15.4 millones de niñas y niños perdieron a uno o ambos progenitores por causas relacionadas con el sida. Tres cuartas partes de estos niños (11,5 millones), viven en África Subsahariana. Los niños que han quedado huérfanos víctimas del sida representan el 10% de todos los huérfanos del mundo.<sup>(4)</sup>

Según reporte actualizado de la OMS sobre el panorama del VIH en América Latina, las infecciones no han descendido entre 2010 y 2020, tampoco en el Caribe la reducción ha sido significativa. Según ONUSIDA 2.4 millones de personas viven con VIH en América Latina y el Caribe. El 81% de las personas estaban diagnosticadas, el 65% recibían tratamiento y el 60% estaban con carga viral suprimida. No obstante, las muertes por sida se redujeron en un 27% desde 2010 y el número de personas a las que se realizó diagnóstico tardío disminuyó de un 33% en 2016 a un 25% en el 2020.<sup>(28)</sup>

Las infecciones anuales disminuyeron un 6% con respecto a 2010, mientras que el número de muertes disminuyó en un 30% con respecto a la misma fecha. El porcentaje de niños que recibe tratamiento antirretroviral 51%, desagregado en el 54% América Latina y 43% la región del Caribe. Se evitaron 5200 nuevas infecciones y de ellas 3500 en niños de 0-14 años debido a la estrategia de ETMI. La meta trazada es de poner fin al VIH/sida para el 2030 con una disminución del 90% y una tasa de incidencia de 0,2 por cada 1000 habitantes.<sup>(29)</sup>

Cuba el 30 de junio de 2015, se convirtió en el primer país del mundo en recibir la validación por parte de la OMS, al haber eliminado la transmisión vertical del VIH/ sida y la sífilis congénita.<sup>(30)</sup> Desde el inicio de la epidemia en Cuba en el año 1986 hasta noviembre 2019 en Cuba se han reportado 26 952 casos de VIH/sida y 5159 han fallecido a causa de enfermedades relacionadas con el sida.<sup>(31)</sup>

## Percepción: definición y factores que la afectan

La percepción es la manera en que nuestro cerebro hace una interpretación de aquellas sensaciones que percibimos a través de nuestros sentidos, con el fin de formar una impresión del entorno físico que hay a nuestro alrededor, pudiendo ser esta consciente o inconsciente. Por lo tanto, este proceso nos posibilita organizar, interpretar y también identificar toda esa información sensorial percibida con el fin de comprender los datos acerca del entorno que nos rodea.<sup>(32)</sup>

### Los factores que afectan la percepción son los siguientes:

- Aprendizaje perceptual: Basándonos en experiencias pasadas o en cualquier capacitación especial que recibamos, cada uno de nosotros aprende a enfatizar algunas aportaciones sensoriales e ignorar otras.
- Conjunto mental: Es la preparación o disposición para recibir alguna información sensorial, la expectativa mantiene al individuo con buena atención y concentración.
- Motivos y necesidades: Estos influyen la percepción.
- Estilos cognitivos: Se dice que las personas difieren en la forma en que procesan la información de forma característica, cada individuo tendrá su propia forma de entender la situación.<sup>(32)</sup>

## Estigmatización y discriminación en pacientes que viven con VIH/sida

La estigmatización asociada a VIH/sida: Tiene su anclaje en numerosas fuentes y comprenderlas resulta esencial para poder desarrollar respuestas efectivas. La epidemia ha puesto en juego temores y ansiedades de profundo

arraigo, tales como temor a gérmenes, a las enfermedades, a la muerte y ansiedades relacionadas con la sexualidad. A un nivel superficial, escasa comprensión y mitos sobre la transmisión, la asociación inicial de la infección con grupos socialmente marginados (trabajadoras sexuales y homosexuales), falta de disponibilidad de tratamientos, imagen de incurabilidad transmitida por medios de difusión, temor de contagio, son de los elementos asociados al estigma por VIH/sida.

Sin embargo, existen otros factores que contribuyen a la devaluación de estas personas, descansando en estructuras genéricas, económicas, raciales y sexuales, por ejemplo:<sup>(33)</sup>

- Género: Solo las malas mujeres se infectan con la enfermedad.
- Raciales y étnicas: El sida constituye una enfermedad africana u occidental.
- Status económico: Solo las personas pobres o ricas se contagian.
- Relaciones y divisiones sexuales: Solo las trabajadoras sexuales, personas promiscuas y homosexuales se infectan.

El estigma por VIH/sida no solo se encuentra en la mente de las personas, sino que constituye un producto social con raíces profundas. Resulta perjudicial en sí mismo, puesto que lleva a sentimientos de vergüenza, culpa y aislamiento y también porque la expresión de ideas prejuiciadas puede conducir a las personas a hacer cosas u omitir otras, que terminan dañando, rechazando o negando los derechos de los otros.

La discriminación se expresa cuando se realiza una distinción con otra persona y ello traduce un trato injusto sobre la base de su pertenencia (o la creencia de que pertenece) a un grupo en particular, la cual puede expresarse a diferentes niveles, individuo, comunidad o sociedad como un todo. Personas que viven con el virus han sido segregadas o marginadas en escuelas y hospitales, así como rechazadas en empleos, se le ha negado su acceso a tratamiento, atacados o incluso asesinados por ser seropositivos.

A nivel individual aumentan la ansiedad y el estrés que contribuyen a empeorar el estado de salud. A nivel comunitario familias y grupos enteros se

avergüenzan, encubren su asociación con la enfermedad y retiran su participación de respuestas sociales positivas. A nivel de la sociedad como un todo, la discriminación contra estas personas y el abuso de sus derechos humanos, refuerzan la creencia equivocada de que resulta aceptable que estas personas sean culpadas y condenadas al aislamiento y al silencio.<sup>(33)</sup>

Algunos autores han planteado que la estigmatización y discriminación son la segunda pandemia que está cobrando las vidas de las personas VIH positivas, pues es un diagnóstico que cambia estilos de vida, dejándolos solos y haciéndolos más vulnerables. Independientemente del nivel socioeconómico, estatus social, nivel académico y estado religioso, la idea que se tiene sobre el VIH/sida es degradante, inapropiada y mortal. El personal de salud es el que más estigmatización y discriminación hace de los pacientes viviendo con VIH/sida, influyendo negativamente en la adherencia al tratamiento. Se señalan problemas mentales asociados tales como, depresión, ansiedad, temor y aislamiento, los cuales si no son tratados a tiempo pueden complicar aún más el estado del paciente.<sup>(33)</sup>

### Tratamiento antirretroviral en adolescentes viviendo con VIH/sida

Las directrices para el uso de antirretrovirales en los adolescentes y adultos jóvenes (AYA) que viven con VIH, según el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, recomienda que todos los AYA deben iniciar TAR tan pronto como sea posible y permanecer con el tratamiento indefinidamente para maximizar la supresión viral, reducir la morbi-mortalidad y prevenir la transmisión secundaria.<sup>(34)</sup>

Es de suma importancia que los médicos adopten regímenes de TAR simples, combinaciones a dosis fijas, administradas una vez al día, con barreras altas de resistencia y efectos secundarios mínimos (gastrointestinales).<sup>(35)</sup> Motivar en los beneficios del tratamiento, sobre todo los beneficios personales, como la supresión de la carga viral y mejoramiento de su salud, estado indetectable intransmisible (U = U, por sus siglas del inglés: *undetectable = untransmittable*) a parejas sexuales sin VIH.<sup>(34)</sup>

La posología de los medicamentos antirretrovirales en los adolescentes se debe basar en los estadios de la pubertad de Tanner, en vez de la edad cronológica. En la pubertad temprana (estadios I, II, III) se debe de emplear el rango de posología pediátrica, mientras que en los estadios (IV y V) se han de utilizar las pautas posológicas de los adultos.<sup>(36)</sup> Luego del inicio del nuevo tratamiento el paciente debe ser visto en consulta a las dos semanas para reforzar y aconsejar sobre la adherencia y detectar posibles efectos secundarios.

Existen en la adolescencia barreras para la adherencia de los AYA con tratamiento antirretroviral tales como:<sup>(34)</sup>

- Priorización de metas a corto plazo y socialización con pares sobre la adherencia diaria al tratamiento.
- Preocupaciones sociales relacionadas con la pérdida de confidencialidad.
- Efectos secundarios y miedo a los mismos.
- Negación o rechazo al diagnóstico de VIH.
- Falta de alfabetización en salud con respecto a los beneficios del tratamiento.
- Falta de apoyo familiar y social.
- Falta de servicios amigables e integrales que aborden los factores estresantes psicosociales comunes.

*Regímenes de terapia antirretroviral para AYA con VIH sin farmacorresistencia:*

El inhibidor de proteasa potenciado, darunavir y los inhibidores de transferencia de cadenas de integrasa dolutegravir y bictegravir (BIC) ofrecen una dosificación diaria, cuando se coformulan con una base dual de nucleótidos, también brindan regímenes de una sola tableta con altas barreras genéticas a la resistencia. Los ensayos clínicos han demostrado superioridad de dolutegravir sobre los regímenes basados en IP potenciados, BIC coformulado con tenofovir y emtricitabina, también parece tener un bajo riesgo de resistencia emergente del tratamiento y está disponible en régimen de una sola tableta, tamaño de píldora pequeña y sin requisitos de alimentos. BIC está autorizado en niños y adolescentes mayores de 25 kg. Se están realizando

estudios en adolescentes con una combinación fija de BIC/FTC/TAF a partir de los 12 de los años de edad y más de 35 kg con un análisis intermedio favorable en un estudio de cambio estable en adolescentes.<sup>(37)</sup>

Se recomienda régimen de dos fármacos una vez al día de una sola tableta dolutegravir/lamivudina como TAR inicial excepto para personas con carga viral mayor de 500000 copias/ml, coinfección con virus de hepatitis B o en quienes se va a iniciar el TAR ante de que estén disponibles los resultados de la prueba de resistencia genotípica del VIH para la transcriptasa inversa o la prueba del VHB.<sup>(34)</sup>

Los regímenes de formulación de acción prolongada cabotegravir / rilpivirina fue aprobada recientemente por FDA en los Estados Unidos, se considera opción viable en pacientes que están recibiendo atención, suprimidos virológicamente con la terapia oral y de acuerdo al programa de administración.<sup>(38)</sup> Estos agentes se están estudiando para AYA con VIH de 12 a 17 años de edad sin resistencia relevante a los antirretrovirales. Los informes de casos de supresión viral con el uso de rilpivirina y cabotegravir de acción prolongada en AYA con VIH con antecedentes de mala adherencia son alentadores y se están desarrollando además estudios para evaluar estas modalidades en AYA no adherentes.<sup>(39,40)</sup>

#### *Regímenes de terapia antirretroviral para (AYA) con VIH con farmacorresistencia:*

Los AYA con VIH son en su mayoría personas que adquirieron la enfermedad en la primera década de la vida, principalmente a través de forma vertical y más rara vez por transfusiones de sangre o abuso sexual, con frecuencia enfrentan desafíos de tratamiento asociados al uso a largo plazo de TAR, como resistencia, regímenes complejos y efectos adversos a los medicamentos.<sup>(33)</sup> En adolescentes que habían recibido tratamiento antirretroviral, el dolutegravir fue seguro y bien tolerado y logró tasas de supresión viral del 44-66% cuando se combinó con un régimen de fondo optimizado. Puede ocurrir resistencia adquirida a INSTI emergente del tratamiento.<sup>(41)</sup> Para adolescentes con resistencia de clase dual, la introducción de darunavir/cobicistat/FTC/TAF en



combinación con dolutegravir ofrece un potente régimen de clase triple con una alta barrera genética a la resistencia con solo dos píldoras una vez al día.<sup>(42)</sup>

En el protocolo propuesto por ONUSIDA en 2020, se establecieron pautas para el tratamiento de inicio, migración o reinicio en pacientes pediátricos que suspendieron tratamiento de primera línea mayores de 6 años. (Anexo 2) En dicho protocolo se plantea que el DTG de 50 mg, puede ser utilizado en niños a partir de los 6 años y 20 kg (en combinación con ABC/3TC). Mientras que el TDL del adulto (300mg/300mg/50mg) puede administrarse a partir de los 6 años y 30 kg de peso corporal. El 3TC puede utilizarse en lugar de FTC y viceversa.<sup>(43)</sup>

En Cuba, el Plan Estratégico Nacional para la prevención de las ETS, VIH y las Hepatitis 2019-2023, propone el siguiente esquema en los adolescentes<sup>(44)</sup> (Anexo 3).

## MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo investigativo fue realizado en el Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí, con la colaboración del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología, así como diferentes áreas de salud de la ciudad, donde residen y reciben atención médica ambulatoria los adolescentes viviendo con VIH/sida.

### Diseño general del estudio

Se utilizó un estudio con diseño de métodos mixtos secuencial explicativo, el cual incluyó una primera fase cuantitativa que brindó información para la selección de los participantes y énfasis en la fase cualitativa posterior.<sup>(45)</sup>

### Fase cuantitativa

#### *Diseño y marco temporal del estudio*

Para dar cumplimiento a esta fase se utilizó un estudio corte transversal. Esta fase se llevó a cabo desde septiembre 2021 hasta abril 2022.

#### *Universo*

El universo estuvo constituido por los 64 adolescentes residentes en La Habana que constaban en base de datos del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología al cierre del 2021.

#### *Criterios de inclusión*

Se incluyeron pacientes a partir 10 años y hasta los 19 años de edad con diagnóstico VIH/sida de ambos sexos, residentes de La Habana independientemente de la edad de diagnóstico.

#### *Criterios de exclusión*

Fueron excluidos los adolescentes con VIH/sida que en la base de datos analizada carecían de datos de interés para el estudio.

### *Técnica recolección de la información y análisis de los datos*

Se realizó el análisis de la base de datos del Registro Provincial de Pacientes con VIH/sida, en trabajo conjunto con el Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. En este registro se recogen datos obtenidos de las historias clínicas ambulatorias de los adolescentes con diagnóstico de VIH/sida, residentes en la capital, atendidos de forma ambulatoria en las diferentes áreas de salud. El almacenamiento de la información se realizó en Microsoft Excel. El análisis estadístico se realizó a través del Programa Estadístico SPSS versión 21. Se realizó el cálculo frecuencias porcentos, de media, mediana, desviación estándar. Los resultados obtenidos se muestran a través de tablas y gráficos.

### **Fase Cualitativa**

#### *Diseño y marco temporal del estudio*

Para la ejecución de la fase cualitativa se utilizó un estudio descriptivo analítico. La misma se llevó a cabo de mayo a junio 2022.

#### *Estrategia de Muestreo, tamaño de muestra y selección de los participantes.*

Para la selección de los pacientes se utilizó una estrategia de muestreo intencional de variabilidad máxima o heterogéneo, teniendo en cuenta el grupo pesquisa a partir del cual se realizó el diagnóstico al adolescente identificado en la base de datos previamente analizada. Aunque se definen varios grupos de pesquisa para la fase cualitativa del presente trabajo solo se tendrán en cuenta dos de ellos (gestantes, enfermedades de transmisión sexual) y en el caso de la transmisión vertical, aunque no obedece a un grupo pesquisa por haberse erradicado esta forma de transmisión de la enfermedad en Cuba, fue utilizado como tal para facilitar el reconocimiento de los pacientes que contrajeron la enfermedad por esta vía). El tamaño de muestra fue estimado en 20 pacientes máximo teniendo en cuenta criterios de saturación.

Para localizar y contactar con los adolescentes en los diferentes municipios de la ciudad, se requirió de previa coordinación con los jefes de programas municipales y posterior coordinación de los mismos con las enfermeras

encuestadoras, según el área de salud correspondiente para citación del paciente. Una vez convenido el día, el lugar y la hora para la entrevista la entrevistadora se trasladó al municipio seleccionado. En ocasiones nos vimos imposibilitados a acceder a los adolescentes por la no respuesta de los jefes de programas o por la no asistencia de los mismos a las entrevistas. Finalmente se entrevistaron 9 pacientes teniendo en cuenta criterios de saturación, (se considera criterio de saturación, se refiere al punto en el cual se ha escuchado y obtenido una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen nuevos elementos).<sup>(46)</sup>

#### *Técnica de recolección de la información*

Como técnica de recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada, la cual permite la colección de los datos de manera que el entrevistado pueda expresar libremente su subjetividad, pero que al mismo tiempo estructura y homogeniza los contenidos a explorar al momento del análisis. La entrevista inicialmente procedió a verificar los datos sociodemográficos previamente conocidos en la fase cuantitativa del estudio, para luego dar inicio a la exploración de aspectos tales como, el conocimiento de los adolescentes sobre el VIH antes de enfermar, la percepción de sí mismos y de la enfermedad, la estigmatización y discriminación, así como la importancia que le atribuyen al apoyo a los adolescentes viviendo con VIH/sida al momento del diagnóstico y en el proceso de aprender a vivir con la enfermedad (Anexo 4).

Las entrevistas fueron realizadas por la autora del presente trabajo, con entrenamiento previo; las mismas se realizaron en la casa del entrevistado o en un centro de salud cercano de acuerdo a la preferencia del entrevistado y las condiciones de privacidad necesarias para que este pudiera expresarse libremente. Por las características del tipo de entrevista seleccionada, las mismas contaron con un encuentro de aproximadamente 25-45 minutos. Estas fueron grabadas y descritas íntegramente para su posterior análisis.

### *Criterios de inclusión*

- Adolescentes mayores de 15 años o más que dieron su asentimiento y sus padres el consentimiento para ser entrevistados, capacitados mentalmente.
- Según grupo pesquisa (ETS, gestantes), pacientes que adquirieron la enfermedad por transmisión vertical.

### *Criterios de exclusión*

- Pacientes que no fueron localizados o se negaron a ser entrevistados.

### *Procesamiento y análisis de los datos*

El análisis de datos se realizó con la ayuda del programa QRS Nvivo 10 (QRS Internacional Pty, Melbourne, Australia, 2010). En la primera fase de análisis se utilizó la herramienta de autocodificación para la clasificación de los datos en categorías deductivas derivadas de las preguntas del cuestionario. Posteriormente, la información se reclasificó en categorías inductivas creadas a partir de la lectura reiterada de los datos. Se identificaron similitudes y diferencias en el discurso de los entrevistados teniendo en cuenta el grupo de pesquisa al que pertenecen, sus características individuales y el contexto en el que se realizó la entrevista.

### Operacionalización de las variables

<b>Variables</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Escala</b>	<b>Descripción</b>
<b>Variables Sociodemográficas</b>			
Edad	Cuantitativa discreta (escala nominal)	10-14 años 15 – 19 años	Edad en años cumplidos hasta el 31 de diciembre de 2021.
Sexo	Cualitativa nominal Dicotómica	Femenino Masculino	Sexo biológico del adolescente según base de datos.

Color de la piel	Cualitativa nominal politómica	Negro Blanco Mestizo	Color de la piel según consta base de datos.
Orientación Sexual	Cualitativa nominal dicotómica	Heterosexual Homosexual	Según consta base de datos.
Grupo pesquisa	Cualitativa nominal politómica	Captado Instrucción Contacto Recluso Ingresos Gestantes ETS Espontáneo	Según consta en base de datos. Captado: Persona que se diagnostica con VIH mediante: pruebas que se indican a dispensarizados por conducta sexual de riesgo. Indica el médico en cualquier unidad de salud si considera que el paciente ha estado en conducta de riesgo. pruebas indicadas como parte del examen por otras enfermedades. Los que solicitan chequeo general e incluye VIH. Instrucción: Pruebas de VIH realizadas a detenidos en unidades de la PNR en proceso de instrucción.

			<p>Contacto: Pruebas realizadas a las parejas sexuales de las personas que viven con VIH.</p> <p>Recluso: Pruebas realizadas a personas privadas de libertad.</p> <p>Ingresos: Pruebas realizadas a pacientes ingresados en hospitales.</p> <p>Gestantes: Pruebas realizadas a embarazadas como parte del protocolo de prevención de la transmisión materno-infantil.</p> <p>ETS: Pruebas realizadas a personas con otras ETS, sus contactos y asociados.</p> <p>Espontáneo: Pruebas realizadas a personas que solicitan al médico o consejero que les indique el examen.</p>
Municipio de Residencia	Cualitativa nominal Politómica	Los 15 municipios de La Habana	Según consta en base de datos.
Tasa de Prevalencia	Cuantitativa continua	Se medirá dentro de un rango continuo	Estimación de la población de

		infinito de valores numéricos y se registrará con números reales. Puede presentar cualquier valor dentro del intervalo.	adolescentes según municipios y edades entre 10 y 19 años de La Habana, hasta 30 de junio, 2021. (Fuente: ONEI) Tasa por 10 000 habitantes.
<b>Variables Clínicas</b>			
Etapa de diagnóstico.	Cualitativa Nominal Politómica	Infancia: 0-9 años Adolescencia Temprana: 10-13 años Adolescencia Media: 14-16 años Adolescencia Tardía: 17-19 años	Etapa de la vida en la cual se realizó diagnóstico de VIH/sida. Clasificación según UNICEF.
Tratamiento antirretroviral actual	Cualitativo nominal	Esquema actual	Denominación común internacional de los fármacos que componen el esquema de tratamiento al cierre del 31 de diciembre 2021.
Tipo de tratamiento	Cualitativa Nominal Dicotómica	Inicio Cambio	Según constancia en base de datos si el adolescente solo ha tomado un esquema de tratamiento antirretroviral se considera "inicio" si ha tomado más de un esquema



			“ cambio”
CD4	Cuantitativa continua (escala Ordinal)	Inmunodeficiencia no significativa: CD4 $\geq$ 500 Inmunodeficiencia leve: 499 $\geq$ CD4 $\geq$ 350 Inmunodeficiencia avanzada: 349 $\geq$ CD4 $\geq$ 200 Inmunodeficiencia grave: >200	Según último resultado de CD4 registrado en base de datos. Atendiendo a clasificación inmunológica de la infección por VIH. Expresado cel/mm <sup>3</sup> . Se planteará el valor absoluto.
Carga Viral	Cuantitativa Continua (escala ordinal)	No detectable < 1000 1000-10000 > 10000	Número de copias del VIH en sangre. Cantidad del virus que existe en el organismo por unidad de volumen de sangre. (copias/ml)
<b>Variables Cualitativas</b>			
Conocimiento	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.
Percepción	Cualitativa nominal dicotómica	Positiva Negativa	Conjunto de procesos y actividades relacionadas con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro

			hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros estados internos.
Autopercepción	Cualitativa nominal dicotómica	Positiva Negativa	Capacidad del ser humano de percibirse a sí mismo. A través de ella el individuo comprende sus emociones, estado de ánimo y situación sentimental.
Estigma	Cualitativa nominal dicotómica	Si he sufrido estigmatización No he sufrido estigmatización	Ocurrencia simultánea en el marco de las relaciones sociales de poder, de etiquetamiento, estereotipación y separación grupal, acompañados de emocionalidad negativa dirigida a un grupo de personas.
Discriminación	Cualitativa nominal dicotómica	Si he sufrido estigmatización No he sufrido estigmatización	Se expresa cuando se realiza una distinción con otra persona, traduce un trato injusto sobre la base de su pertenencia a un grupo en particular, se expresa a diferentes niveles, individuo,

			comunidad o sociedad como un todo.
--	--	--	------------------------------------

## Consideraciones Éticas

Para la realización de esta tesis hubo total apego a las normas de Helsinki. La base de datos solo se utilizó para fines investigativos, se mantuvo bajo rigurosa protección, en un entorno físicamente seguro, solo las personas relacionadas con el estudio tuvieron acceso a la información, no se le realizó copias al documento original. Se garantizó la confidencialidad de las personas. Los datos identitarios fueron codificados y reemplazados por pseudónimos. Los adolescentes que fueron entrevistados dieron su asentimiento para participar en la investigación, previo consentimiento de sus padres y/o tutores (Anexo 5). Ante la necesidad de esclarecimiento de alguna duda o corroborar algún dato respecto a los adolescentes, se contactó de forma exclusiva y confidencial al Jefe de Programa Municipal responsable de ITS/VIH. El proyecto de investigación fue aprobado por Comité Científico y el comité de ética de la institución registrado CEI-IPK 05-2.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

### Resultados fase cuantitativa

En La Habana residen 64 adolescentes entre 10 y 19 años de edad viviendo con VIH, el mayor número de ellos se encuentran entre los 17 y 19 años. Siendo el promedio de edad para esta población en general de 18 años, (media  $\pm$  desviación estándar (DE): 17,8  $\pm$ 1,7). La edad mínima y máxima fueron 11 y 19 años, respectivamente. En cuanto a la edad media de diagnóstico de HIV se registró a los 14,8 (DE)  $\pm$  4,7 de edad, con la edad mínima en 0 y la máxima en 19 años (Tabla 1).

**Tabla 1.** Edad de los adolescentes viviendo con VIH/sida, según etapa de diagnóstico. La Habana, 31-12-2021.

Etapas de diagnóstico	Grupos de edades n(%)		Total (n%)
	10-14 años	15-19 años	
Infancia (0-9 años)	3 (4,7)	4 (6,2)	7 (10,9)
Adolescencia Temprana (10-13 años)	1 (1,6)	4 (6,2)	5 (7,8)
Adolescencia Media (14 -16 años)	0	21 (32,8)	31 (32,8)
Adolescencia Tardía (17-19 años)	0	31 (48,4)	31 (48,4)
Total	4 (6,2)	60 (93,8)	64 (100)

*Fuente: Base de datos digitalizada del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología.*

En la actualidad millones de adolescentes se diagnostican cada año como VIH positivos alrededor del mundo. Los hallazgos en cuanto al comportamiento de las variables sociodemográficas difieren según el país o región en cuestión. Se encuentran aspectos coincidentes con la presente investigación en algunos de ellos, como en el estudio realizado por Govender y colaboradores<sup>(47)</sup> con el objetivo de evaluar las tendencias mundiales del VIH, a través de datos extraídos de la actualización Global Burden of disease 2019 y ONUAIDS Data 2019, se encuentra aumento en la prevalencia de casos de VIH/sida al comparar los años 2010 y 2019 respectivamente. La población de 10 - 14 años,

en la cual se reportaba un comportamiento discreto en cuanto al diagnóstico de casos, incrementan la prevalencia a 100/100,000 habitantes, mientras que el grupo de 15 - 19 años de menos de 100/100,000 casos reportados incrementan a 200/100,000 habitantes. Yoo M et al, <sup>(48)</sup> en Corea del Sur, informa doble incremento del VIH, donde los adolescentes y adultos jóvenes representan el 50% de casos anuales a nivel nacional y en particular el grupo de edad de 10 a 19 años constituye el 96% del número total de personas infectadas por el VIH. El estudio nacional realizado en Cuba por Cortés Alfaro y colaboradores,<sup>(49)</sup> encuentra igualmente aumento entre los adolescentes de 15 - 19 años, los cuales representan 97,2% de la población estudiada.

Las demás variables sociodemográficas, se comportaron de la siguiente manera, el sexo masculino representó el 51,6 % de los adolescentes. En cuanto al color de la piel, prevalecen adolescentes mestizos 43,8%. Se identifican como heterosexuales el 65,6% de esta población. Predominan los adolescentes con noveno grado de escolaridad 51,6%. Encontrándose en el grupo de edad de 15 a 19 años, 1 iletrado y 12 adolescentes en los que no hubo continuidad de estudios luego de alcanzar el nivel de enseñanza media (Tabla 2).

**Tabla 2.** Comportamiento del diagnóstico de VIH/sida según, sexo, color de piel, orientación sexual y nivel de escolaridad.

Características		n (%)
Sexo biológico	Femenino	31 (48,4)
	Masculino	33 (51,6)
Color de la piel	Blancos	23 (36,0)
	Negros	13 (20,3)
	Mestizos	28 (43,8)
Orientación Sexual	Heterosexual	42(65,6)
	Homosexual	22 (34,4)
Nivel de Escolaridad	Iletrado	1(1,6)
	Primaria	12 (18,7)
	Secundaria	38 (59,4)
	Preuniversitario	13 (20,3)

*Fuente: Base de datos digitalizada del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología.*

Los resultados del presente estudio coinciden en cuanto al predominio del sexo masculino con los reportes de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos,<sup>(50)</sup> a pesar de utilizar un rango de edad diferente en sus reportes, o sea, de 13 a 24 años al clasificar su población de adolescentes y adultos jóvenes, informan al cierre del 2018, la incidencia del 22,1% en el sexo masculino, con una prevalencia del 93,1. También Yoo et al.<sup>(48)</sup> destacan el sexo masculino como género predominante, pues la prevalencia aumentó de 1,19/10000 en 2010, a 2,33/ 10000. Específicamente en el grupo de edad 10-19 años se informa una prevalencia de 0,23/10000. Al igual Cortés Alfaro et al,<sup>(49)</sup> informan del predominio de la infección en el sexo masculino 62,1%.

Sin embargo, existen países o poblaciones que no presentan un comportamiento de acuerdo a lo anteriormente planteado como es el caso del estudio realizado por Nanyonjo y Asiki<sup>(51)</sup> al analizar la prevalencia y correlaciones de la infección por el VIH entre adolescentes y jóvenes que viven en poblaciones pesqueras en el lago Victoria en Uganda en jóvenes entre 13 y 19 años, las adolescentes representan el 14,3% contra el 4,8% los adolescentes. Enlbarani y colaboradores,<sup>(52)</sup> al analizar el estado pasado y actual de los adolescentes que viven con el VIH en Sudáfrica hallan que las adolescentes soportan una carga desproporcionada de VIH con una prevalencia del 5,6 %.

En cuanto al color de la piel, los reportes son diversos según las regiones y las razas predominantes en cada país. Mientras que Mabaso M et al<sup>(53)</sup> en Sudáfrica, todos los grupos de población mostraron un aumento en la prevalencia del VIH a lo largo de los años. Sin embargo, esto solo fue estadísticamente significativo para la población blanca 0,4. En Estados Unidos el mayor número de casos se identifican en los adolescentes afroamericanos, el 27%.<sup>(50)</sup> Cortés Alfaro et al.<sup>(49)</sup> encuentra mayor número de casos diagnosticados en adolescentes blancos 42,7%.

Al igual que en otros trabajos investigativos el mayor número de adolescentes fueron identificados como heterosexuales. Si bien el VIH/sida durante décadas se ha asociado con hombres homosexuales, en la actualidad la

heterosexualidad se considera un factor de riesgo para el diagnóstico tardío de la enfermedad tanto en el sexo masculino como el femenino. Es interesante el estudio efectuado por Gargallo y colaboradores,<sup>(54)</sup> sobre oportunidades diagnósticas perdidas de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana en la comunidad de Aragón, donde se incluyeron pacientes entre 13 y 24 años, de forma general la heterosexualidad 61.1%, destacó como un factor de riesgo para el diagnóstico tardío de VIH/sida. Por su parte los CDC,<sup>(50)</sup> señalan el contacto heterosexual, como factor de riesgo predominantemente en las adolescentes 85%. Mientras que el ya citado estudio realizado en Cuba destaca también el predominio de la infección en adolescentes heterosexuales 52,78%.<sup>(49)</sup>

En los estudios enfocados en como influencia o determina el nivel de escolaridad en el conocimiento sobre el VIH/sida en los adolescentes se plantean diversos criterios: Delgado Osuna y colaboradores<sup>(55)</sup> al estudiar la población de adolescentes entre 13 y 21 años de edad en su análisis sobre los conocimientos acerca del virus de inmunodeficiencia humana y otras ETS, refleja que existe una tendencia a que el porcentaje de conocimientos aumente por curso académico, siendo en algunos casos superior al 90%.

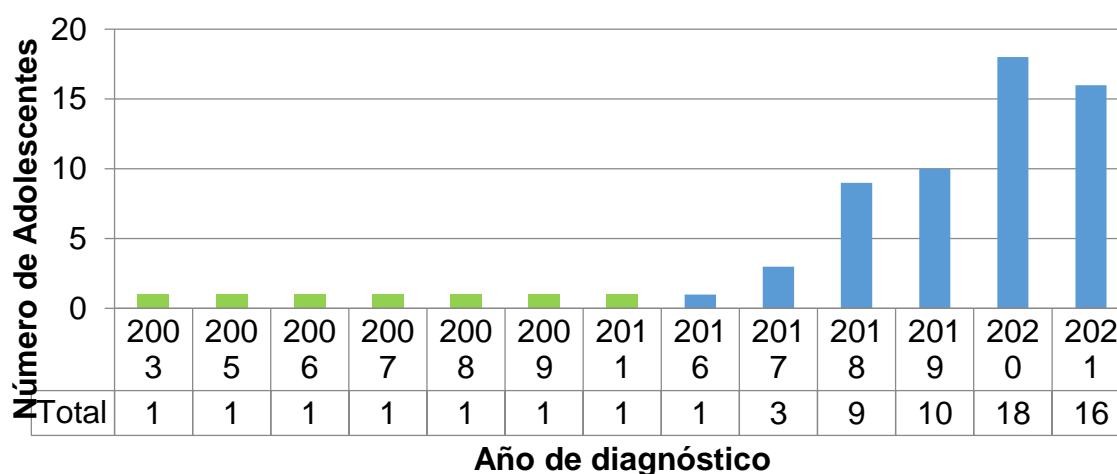
Por otro lado, Amado- Cornejo et al.<sup>(56)</sup> en el caso particular de Perú, manifiesta que a pesar de estar incluida la educación sexual en el diseño curricular de los colegios del país, esto no ha ayudado a reducir la infección por VIH/sida. Al establecer la asociación entre nivel educativo y conocimiento de VIH en las adolescentes entre 15 y 19 años, el mayor número de ellas tiene como nivel de enseñanza educativo la secundaria y el 69,4% con conocimiento no adecuado sobre la enfermedad. No encontrándose asociación entre el nivel educativo y la transmisión de la enfermedad para este grupo.

Santisteban Cedeño et al.<sup>(57)</sup> en trabajo realizado en el municipio Bartolomé Masó, en adolescentes de octavo grado, para determinar la percepción de riesgo ante el VIH/ sida, señala baja percepción de riesgo ante la enfermedad, favorecido por un bajo nivel de conocimientos en varones y medio en las hembras. La severidad percibida se encuentra en un nivel medio para ambos

sexos y en cuanto a la vulnerabilidad percibida está ausente igualmente en ambos sexos.

Se observaron siete adolescentes que adquirieron la enfermedad por transmisión vertical, todos antes del 2011. Con posterior prevalencia de los adolescentes infectados vía sexual. Entre los años 2020 y 2021 34 casos fueron de diagnóstico reciente (Gráfico 1).

**Gráfico 1.** Adolescentes viviendo con VIH/sida según el año de diagnóstico y vía de transmisión.



*Fuente: Base de datos digitalizada del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología.*

Se plantea la transmisión vertical como la principal vía de adquisición de la enfermedad en la edad pediátrica.<sup>(36)</sup> En consonancia con lo anterior Beltrán-Pavez et al<sup>(58)</sup> en su análisis de la población de adolescentes con VIH transferidos a la atención de adultos, al comparar entre los adolescentes transferidos y no transferidos al servicio de adultos encontraron que el 94% y 87,7% respectivamente se infectaron por vía vertical.

Sin embargo, en contradicción con los planteamientos anteriores y al igual que en el estudio realizado encuentran los hallazgos de los siguientes estudios donde existe un claro predominio de la transmisión por vía sexual de la enfermedad, la cual ha cobrado mayor importancia en los adolescentes. Los reportes de Norteamérica informan predominio de la infección por transmisión



sexual. La incidencia de casos está estable al comparar los años 2014 y 2018, los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), representan entre un 67% hasta 82%, en cuanto a la prevalencia se estima en un 75%.<sup>(50)</sup> También, Cortés Alfaro<sup>(49)</sup> reporta que el mayor número de casos contraen la infección por transmisión sexual 99.75%.

Según la información estratégica sobre adolescentes y el VIH, en América Latina y el Caribe no existe disponibilidad de datos en cuanto a los adolescentes que forman parte de las poblaciones claves, para el monitoreo de la epidemia y diseño de intervenciones efectivas. Teniendo en cuenta que los más afectados son adolescentes varones y jóvenes, se hace necesario disponer de las estadísticas sobre tamaño de población gay, adolescentes que tienen sexo con hombres, incluyendo la población de 10 a 19 años.<sup>(59)</sup>

Se encontró que siete de los municipios estudiados tenían tasa por encima de la tasa de la ciudad 2,97/10000 adolescentes entre 10 y 19 años de edad, para este período de tiempo. Destaca el municipio Cerro como el de mayor tasa de prevalencia 6,70 seguido de los municipios Cotorro y Arroyo Naranjo con tasas de 4,49 y 4,11 respectivamente (Tabla 3).

**Tabla 3.** Adolescentes viviendo con VIH/sida, número y tasa de prevalencia, según municipios de residencia. La Habana, 2021.

Municipio Residencia	Población <sup>1</sup>	Adolescentes viviendo con VIH	
		N	Tasa de prevalencia
Cerro	11946	8	6,70
Cotorro	8899	4	4,49
Arroyo Naranjo	21906	9	4,11
Marianao	14070	5	3,55
San Miguel del Padrón	17995	6	3,33
Centro Habana	12808	4	3,12
Guanabacoa	13612	4	2,94
Diez de Octubre	20021	5	2,50
La Habana Vieja	8041	2	2,49

Municipio Residencia	Población <sup>1</sup>	Adolescentes viviendo con VIH	
		N	Tasa de prevalencia
Playa	17301	4	2,31
Boyeros	21747	5	2,30
Regla	4760	1	2,10
La Lisa	16281	3	1,84
Plaza de La Revolución	12106	2	1,65
La Habana del Este	17635	2	1,13
Provincia La Habana	219128	64	2,92

<sup>1</sup>Estimación de la población de adolescentes según municipios y edades entre 10 y 19 años de La Habana, hasta el 30 de junio, 2021. (Fuente: Oficina Nacional de Estadística e Información).

N: número de adolescentes

Tasa por 10 000 habitantes

Contrariamente a lo que se observa en Cuba y en ciudad de La Habana, las tasas de contagio de la enfermedad tienden a ser elevadas en países como Sudáfrica donde la tasa de prevalencia de VIH en la población de adolescentes y adultos jóvenes (15-24 años), al cierre del 2020 se reporta en 19,10.<sup>(60)</sup> Cuba reporta al cierre de 2021 una tasa de prevalencia de VIH de 0,4, en los pacientes entre 15 y 49 años. En los menores de 14 años al haberse eliminado la transmisión vertical en el país de 0,002, mientras que en adolescentes hasta 18 años 0,06.<sup>(61)</sup> A pesar de ser la población de adolescentes la más afectada por el VIH y las ETS de forma general, destaca el estudio realizado por Ramírez y colaboradores<sup>(62)</sup> en el área de salud Guatemala, municipio Mayarí, donde la prevalencia en adolescentes entre 15 y 19 años es de 0% y el comportamiento de la prevalencia en los años estudiados fue de 0,2/100 habitantes.

El conocimiento de la tasa de prevalencia es de trascendental importancia, pues permite identificar zonas de mayor grado de afectación estando en mayor riesgo de transmisión de la enfermedad entre sus adolescentes y en segundo lugar poder trazar estrategias de intervención adecuadas a las características de cada lugar para lograr revertir la situación existente y así lograr un impacto positivo en la población de jóvenes.

Según los diferentes grupos de pesquisa, el mayor número de adolescentes<sup>(22)</sup> se diagnosticó a través de la captación de casos y todos mayores de 13 años. El diagnóstico de adolescentes con VIH, a partir de infecciones de transmisión sexual afectó a 16 casos, tres de ellos en la adolescencia temprana. El embarazo en la adolescencia fue motivo para el diagnóstico de seis adolescentes, cuatro de ellas en la adolescencia tardía (tabla 4).

**Tabla 4.** Comportamiento de los grupos de pesquisa según etapa de diagnóstico.

Grupos de Pesquisa	Etapa de Diagnóstico				Total
	Infancia	Adolescencia Temprana	Adolescencia Media	Adolescencia Tardía	
Captados	0	0	11	11	22
ETS	0	3	6	7	16
Ingresos	1	1	3	3	8
Gestantes	0	1	1	4	6
Transmisión Vertical	6	0	0	0	6
Contactos VIH	0	0	0	3	3
Instrucción	0	0	0	1	1
Reclusos	0	0	0	1	1
Espontáneo Confidencial	0	0	0	1	1
Total	7	5	21	31	64

*Fuente: Base de datos digitalizada del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología.*

Al analizar la incidencia de casos según grupos de pesquisa, destaca el número de casos diagnosticados como VIH a través de pruebas realizadas a adolescentes con otras ETS, sus contactos y asociados. La OMS reporta que más de un millón de personas en todo el mundo contrae cada día una enfermedad de transmisión sexual, aunque no de forma exclusiva, la población juvenil es la más afectada, se estima que en 2020 unos 374 millones de

personas contrajeron una de estas cuatro infecciones: clamidiosis, gonorrea, sífilis o tricomoniasis, la mayoría de los casos asintomáticos o teniendo una sintomatología leve que dificulta el diagnóstico.<sup>(63)</sup>

En Cuba se reporta que, al cierre del 2018, hubo cambio en el comportamiento de las ITS, el reporte de sífilis disminuyó en un 8% luego de varios años de incremento mantenido. El resto de las infecciones de transmisión sexual de reporte obligatorio incrementan su diagnóstico, la blenorragia en un 1.9%, 15,6% los condilomas, 16% el herpes genital con respecto al 2017. Se considera que el VIH no es un problema de salud en los jóvenes y los adolescentes cubanos. Tanto en la población de 10 - 14 años como de 15 - 19 años, aumenta la blenorragia en un 103%, con incremento más notable en el último grupo de edad, al igual que el condiloma acuminado.<sup>(64)</sup>

Por su parte López Castro y colaboradores,<sup>(65)</sup> en su estudio al analizar un período de 5 años en el municipio Campechuela, reporta que el grupo de 15 a 19 años es el segundo grupo de edad más afectado por las ETS, 11 casos en 2016, 7 en 2017 y 10 en 2018.

Otros de los aspectos llamativos en este acápite es el número de adolescentes en las cuales el embarazo fue motivo para diagnóstico de VIH. La Organización Mundial de la Salud (OMS), plantea como alarmante la situación con respecto al embarazo en la adolescencia. La tasa mundial de embarazo en la adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1000. Aproximadamente 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año. Las complicaciones durante el embarazo y el parto, son la segunda causa de muerte entre las adolescentes entre 15 a 19 años de todo el mundo. Los hijos de las mismas enfrentan un riesgo superior de morir con respecto a los recién nacidos de las madres de 20 a 24 años. A pesar que en las últimas 3 décadas se ha registrado un descenso considerable pero irregular, en la tasa de natalidad entre adolescentes, aproximadamente el 11% de todos los nacimientos del mundo ocurre entre los 15 y 19 años y la gran mayoría de los mismos 95% ocurren en países de medianos y bajos ingresos.<sup>(66)</sup>

La región de América Latina y el Caribe ocupa la segunda tasa más elevada de embarazos en la adolescencia, el 18% en adolescentes de menos de 20 años de edad. Siendo la mortalidad materna una de las tres primeras causas de muerte en adolescentes entre 15 y 19 años, el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo es tres veces superior que en mujeres mayores de 20 años.<sup>(67)</sup>

Hevia Bernal y colaboradores<sup>(68)</sup> muestra la preocupación existente por el índice de embarazos en la adolescencia que presenta actualmente en Cuba puesto que mientras la tasa global de fecundidad se ubica en 1,65 hijos por mujer, la de embarazo adolescente alcanza los 54,5 hijos por cada mil mujeres, mostrando en este sentido tendencia al incremento. De acuerdo con las estadísticas 15,5% de los nacimientos durante el 2020, lo aportaron madres menores de 20 años, para una tasa de fecundidad adolescente de 51,5% nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años. Al igual que en el presente estudio el embarazo temprano predomina en la adolescencia tardía, donde provincias como Camagüey, Las Tunas, Holguín y Granma se encuentran por encima de la media nacional. Influyen en esta situación la ruralidad y el bajo nivel socio económico.

Destacó el uso de los inhibidores de la reverso transcriptasa asociados a un inhibidor de la integrasa 92,3% de los adolescentes viviendo con VIH. (Tabla 5).

**Tabla 5.** Características del tratamiento de los adolescentes viviendo con VIH/sida.

		n (%)
<b>Tipo Tratamiento</b>	Inicio Tratamiento	41 (64,1)
	Cambio Tratamiento	23 (35,9)
<b>Esquema Actual</b>	ITIAN + ITIAN + INI	59 (92,3)
	ITIAN + ITIAN + IP	2 (3,2)
	Se Desconoce	3 (4,7)

*Fuente: Base de datos digitalizada del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología.*

*ITIAN: Inhibidor nucleosídico de la transcriptasa inversa.*

*INI: Inhibidor de la integrasa.*

*IP: Inhibidor de la proteasa.*

Las diferentes clases de medicamentos antirretrovíricos actúan contra el VIH/sida de diversas maneras, mejorando su eficacia y reduciendo las posibilidades de desarrollar resistencias. El tratamiento con al menos tres medicamentos diferentes es el Gold Standart para las personas que viven con VIH, existiendo cada vez más combinaciones disponibles, seguras, efectivas y asequibles a países de rentas bajas y medias. Los hallazgos del presente estudio se encuentran en consonancia con los protocolos establecidos por organizaciones internacionales. La OMS protocoliza para adultos y adolescentes como tratamiento de primera línea dos inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa inversa más un inhibidor no nucleosídico de la transcriptasa inversa con un inhibidor de la integrasa.<sup>(69)</sup>

En las directrices del Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos para el uso de antirretrovirales en los adolescentes y adultos jóvenes AYA que viven con VIH sin farmacorresistencia, preconiza el uso de un inhibidor de proteasa potenciado y los inhibidores de transferencia de cadenas de integrasa que ofrecen una dosificación diaria, cuando se coformulan con una base dual de nucleótidos, también brindan regímenes de una sola tableta con altas barreras genéticas a la resistencia. Los ensayos clínicos han demostrado superioridad de dolutegravir sobre los regímenes basados en IP potenciados.<sup>(34)</sup>

Coincide con las anteriores afirmaciones el documento de consenso sobre tratamiento antirretroviral en niños y adolescentes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana, elaborado por el panel de expertos de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica, sugieren uso de dos inhibidores de la transcriptasa inversa asociados a un inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleosídico, un inhibidor de la proteasa potenciado o un inhibidor de la integrasa. En el momento actual, en general se considera de elección el tratamiento con dos ITIAN asociados a un INI, estos últimos se han convertido

en el TAR de elección de inicio debido a su eficacia virológica y perfil de toxicidad favorable. Los resultados del ensayo clínico ODYSSEY ha demostrado una eficacia superior del dolutegravir frente al tratamiento estándar, aunque el 90% de este último era con ITINN (EFV O NVP).<sup>(70)</sup>

En el estudio realizado solo 29 (45%) adolescentes presentó conteo de linfocitos T- CD4 realizado en el período estudiado. El valor promedio fue CD4 de 458 ( $458 \pm 287$  cél/mm<sup>3</sup>). Con valor mínimo en 0 y máximo en 1330. Destacó que el mayor número de adolescentes viviendo con VIH de los cuales consta en base de datos el conteo de CD4, el 41,4% presenta inmunodeficiencia no significativa y el 24% inmunodeficiencia leve (Tabla 6).

**Tabla 6.** Resultados de CD4 de los adolescentes viviendo con VIH/sida con pruebas realizadas en el 2021 (N=29)

Grado de Inmunodeficiencia	Valores de CD4 (cél/mm <sup>3</sup> )	n (%)
Inmunodeficiencia Grave	<200	4 (13,8)
Inmunodeficiencia Avanzada	>200 ≤ 349	6 (20,7)
Inmunodeficiencia Leve	>350 ≤ 499	7 (24,1)
Inmunodeficiencia no Significativa	≥500	12(41,4)

*Fuente: Base de datos digitalizada del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología.*

Todos los autores coinciden en que el recuento de las cifras de CD4 es el factor más importante para la evaluación del estado inmunológico del paciente, además de ser el marcador predictivo por excelencia de la progresión de la enfermedad y de la supervivencia del paciente, es un factor determinante para la necesidad de uso de la profilaxis contra las infecciones oportunistas.<sup>(44)</sup> En la base de datos analizada, un gran número de adolescentes viviendo con VIH carecen de valor absoluto de CD4 actualizado.

Lo anteriormente planteado en relación con la pandemia de la COVID-19 que causó serias afectaciones en el mundo, pues a principios de 2020 ocurrieron

interrupciones importantes en los servicios de VIH. Por ejemplo, las pruebas de detección en niños menores de 14 años en países muy afectados, disminuyeron entre 50% y un 70%, mientras que los nuevos tratamientos se redujeron entre un 25% y un 50%.<sup>(4)</sup> Cuba no fue la excepción viéndose afectados todos los programas de salud. Sin embargo, la realidad del país antes de la COVID-19 era bien diferente, esto podemos comprobarlo a través de la encuesta a pacientes con VIH realizada en el año 2018, la cual muestra que al tomar como referencia los últimos doce meses se les realizaron conteo de CD4 al 93,5% de los pacientes y en el seguimiento clínico de los dos últimos años se aprecia que cerca de la mitad de ellos se les realizaron al menos dos o más veces al año.<sup>(71)</sup>

Al referirnos al comportamiento de los CD4 en diferentes poblaciones de adolescentes y diferentes períodos de tiempo se comportan de la siguiente manera: Wu Hupat<sup>(72)</sup> en estudio realizado en Chile al realizar un segundo cohorte de la población de niños y adolescentes viviendo con VIH/ sida a 30 años de iniciada la epidemia en el país, al momento del diagnóstico predominaban los pacientes con inmunosupresión severa (categoría C), pues representaban el 38%, ascendiendo este porcentaje pues al iniciar el tratamiento con TAR, el 67% de la población se encontraba en el estadio antes mencionado. Favorablemente se encuentra en la reevaluación de los pacientes que el 70% presentaba inmunosupresión ligera (categoría A). (la clasificación utilizada para la realización de este estudio fue la de CDC 1994). Sainz et al.<sup>(73)</sup> en estudio comparativo entre pacientes con diagnóstico precoz (ED) y tardío (LD) se encuentra que el 23,7% se diagnostica de forma tardía y de ellos el 39,3% presenta CD4 < 200 cel/UI. Al momento de diagnóstico el 31,1% de los LD vs 11,2% ED, presentaban una enfermedad oportunista. Principalmente neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (36,8% vs 22,3%). La incidencia de infecciones oportunistas durante el seguimiento fue del 50,8% vs 22,4% respectivamente. El estadio C fue el más común en los pacientes LD 39,3%, ED 9,7%. Mientras que los adolescentes estudiados en la población cubana 95,45% se encontraban en la categoría A, con repercusión favorable sobre el estado de salud de los adolescentes no reportándose infecciones oportunistas en estas poblaciones.<sup>(55)</sup>



Se encontró realizada la carga viral de 58 adolescentes. El promedio establecido en  $10906 \pm 30611$  copias/ml. Con valor mínimo en 0 y máximo en 134000. Manteniéndose indetectables el 35,9%. (Tabla 7)

**Tabla 7.** Resultados de la carga viral en los adolescentes viviendo con VIH/sida realizados en 2021 (N=64)

Valor de Carga Viral (copias/mL)	n (%)
No realizado	6 (9,4)
No detectable	23(35,9)
<1000	22(34,4)
1000-10000	5 (7,8)
>10000	8(12,5)
Total	64 (100)

*Fuente: Base de datos digitalizada del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología.*

El monitoreo de la carga viral plasmática en pacientes con tratamiento antirretroviral es el factor esencial para evaluar la eficacia o el fracaso del mismo. Con adecuada adherencia, a los 6 meses de iniciado el tratamiento, la carga viral debe descender rápidamente hasta alcanzar la supresión virológica (valores inferiores a mil copias/ml). Aunque desde el punto de vista técnico la totalidad de los pacientes deberán alcanzar valores de carga viral inferiores a 50 copias/ml.<sup>(44)</sup>

La ONUSIDA estableció dentro de sus objetivos para en 2020 que el 90% de los pacientes con tratamiento antirretroviral se mantuvieran con carga viral indetectable. Diversos son los reportes correspondientes a este tema dado que está estrechamente ligado a la cobertura de tratamiento, el cual es a veces limitado en países de bajos y medianos ingresos<sup>(74)</sup> CHILDREN ONUSIDA informa que al cierre del 2020 solo el 40% de los niños y adolescentes logra suprimir su carga viral, resultado similar al encontrado en el presente estudio.<sup>(75)</sup> Beltrán Pavez<sup>(58)</sup> en su estudio de cohorte encuentra que el 70,7%

de los adolescentes no transferidos y el 65,4% de los transferidos se encuentran con carga viral suprimida (< 50 ARN cp/ml). En Cuba solo encuentra reporte de la población en general 84% de pacientes con carga viral suprimida en 2020, no encontrándose reportes de la población adolescente.<sup>(49)</sup>

La importancia de mantenerse Indetectable=intransmisible (I=I), radica en que constituye una poderosa herramienta para la prevención del VIH, es un mensaje que intenta desterrar la idea de la persona VIH como fuente de contagio. El estudio HPTN 052, realizado en 2011 en parejas estables serodiscordantes, se encuentra una eficacia del tratamiento como prevención de 96%, demostrando que las personas VIH positivas que toman tratamiento tienen 20 veces menos probabilidad de infectar a sus parejas, en el seguimiento a largo plazo, la eficacia fue de 93%.<sup>(76)</sup> Estudio PARTNER 1 evaluó parejas serodiscordantes en las cuales el paciente infectado tenía carga viral menor de 200 copias/mm<sup>3</sup> y que reconocían haber tenido relaciones sexuales con penetración vaginal o anal sin preservativo en el mes previo, no se produjo transmisión de VIH dentro de las parejas. El resultado final del estudio muestra que el riesgo de transmisión más elevado marcado por IC 95% fue de 0.45 anual en general, 0,84% para las relaciones sexuales entre HSH y 4% en caso de sexo anal receptivo con eyaculación.<sup>(77,78)</sup>

Mientras PARTNER 2 realizado en parejas serodiscordantes HSH, con las mismas características y metodología que la PARTNER 1, no se detecta ninguna infección por VIH filogenéticamente ligada, el riesgo de transmisión 0,23/100 y de 0,57% en el caso de sexo anal receptivo con eyaculación. Este estudio permite afirmar que indetectable es igual a intransmisible para los HSH, con igual nivel de certeza que para las parejas heterosexuales. El estudio Opposites Attract también en parejas HSH serodiscordantes y pacientes infectados que tuvieran carga viral menor de 200copias/ml, no se produjo infección ligada, siendo el límite superior del IC 95% de la tasa de transmisión 1,59 por cada 100 años de seguimiento.<sup>(79,80)</sup>

## Resultados fase cualitativa

Se convocaron veinte adolescentes viviendo con VIH/sida entre 15 y 19 años para ser entrevistados, de los cuales solo nueve asistieron a la cita, previo consentimiento de los padres y asentimiento de dichos adolescentes. La tasa de no respuesta tuvo diferentes causas tales como:

- Se niegan a recibir asistencia médica y a ser entrevistados: 2
- Madre no otorga consentimiento: 1
- No asistieron a la entrevista: 6
- Reclusos: 2

No obstante, a pesar de haber tenido un tamaño de muestra pequeño, se tuvo representación de los 3 grupos de interés para la entrevista en la fase cualitativa, (gestantes, enfermedades de transmisión sexual, transmisión vertical). Del total cinco hembras, cuatro de ellas diagnosticadas durante el embarazo y una adquirió la enfermedad por transmisión vertical, los cuatro varones infectados por transmisión sexual. En cuanto al color de la piel cinco mestizos, dos negros y dos blancos. Solo uno de ellos tiene título de nivel preuniversitario, cuatro con nivel primario y cuatro con nivel secundario. En estos momentos tres no están vinculados laboralmente, cuatro estudian y dos estudian y trabajan.

**Tabla 8.** Datos sociodemográficos de adolescentes de La Habana viviendo con VIH entrevistados (n=9).

Pseudónimo	Edad	Sexo	Color de la piel	Nivel de escolaridad	Estudia/ Trabaja	Grupo Pesquisa
Lisa	17	F	Mestiza	Primaria	No	Gestante
Yeni	15	F	Negra	Primaria	Si	T/ Vertical
Giso	19	F	Mestiza	Primaria	No	Gestante
Gene	15	M	Mestiza	Secundaria	Si	T/Sexual
Lesy	19	M	Blanca	Secundaria	Si/Trabaja	T/Sexual
Yune	19	M	Mestizo	Secundaria	Si/Trabaja	T/ Sexual

Agos	19	M	Negra	Preuniversitario	Si	T/Sexual
Lore	16	F	Mestiza	Primaria	No	T/Sexual
Ire	18	F	Blanca	Secundaria	Si	Gestante

*Fuente: Base de datos digitalizada del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología.*

Para entender la proyección de los entrevistados y su discurso es importante tener en cuenta su entorno social y familiar, dado que la familia es el núcleo socializador más importante para el niño y el adolescente, siendo vital la influencia de la misma para su adecuado desarrollo. Si la influencia es positiva, tendrá mucho camino ganado en su integración dentro de la sociedad en el futuro, facilitando la toma de decisiones y consiguiendo asumir nuevas responsabilidades. Sin embargo, cuando el adolescente forma parte de lo que puede denominarse una familia disfuncional, se refuerzan pautas y normas insanas las cuales causan estragos en la personalidad y en su vida adulta.

Al observarse el entorno familiar y social de los adolescentes viviendo con VIH/sida de La Habana al momento de la entrevista, pudimos percatarnos que el ambiente en el cual viven y se desarrollan es desfavorable en el mayor número de casos.

**Tabla 9.** Contexto familiar y social de algunos de los adolescentes viviendo con VIH entrevistados.

<b>Pseudónimo</b>	<b>Contexto familiar y social de los adolescentes viviendo con VIH.</b>
Lisa	Madre obligaba a la menor de edad a mantener relaciones sexuales con su padrastro. Ahora tiene dos niños, de padres diferentes, no estudia, ni trabaja. Tampoco tiene pensión.
Yeni	Vive con mucho miedo y así lo expresa, pues está agregada en casa de la pareja de su mamá, "si un día mi mamá se separa de él que vamos hacer, no vamos a tener donde vivir,

	¿mi casa tiene el techo de nylon” usted me puede ayudar? Pregunta constantemente
Gene	Violado a los 12 años, en este caso él lo declara por expresa voluntad, vive en hogar totalmente disfuncional, en ocasiones involucrado en hechos violentos con la pareja de su madre (mujer).
Yune	La madre se niega a que acceda a su dieta y medicamentos en su municipio para que nadie sepa su diagnóstico, en el momento de la entrevista llevaba 2 años tomando los medicamentos que le facilitaban sus amigos.
Agos	Vive con su madre la cual es sumamente preocupada. Brindándole a su hijo apoyo total e incondicional.
Lore	Su madre la alquilaba sexualmente a hombres mayores de edad desde los 11 años para pagar la renta. A los 13 años edad en que sale embarazada, se la llevaba del hogar materno los fines de semana a pesar de su condición por igual motivo.
Ire	Vive en condiciones deplorables, tiene un hijo de 2 años, ahora 4 meses de gestación. La madre no accedió a que la entrevista se realizara en privado manteniéndose a la defensiva durante la misma, induciendo las respuestas de la adolescente.

*Fuente: Entrevista*

Sin el conocimiento adecuado sobre el VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual los adolescentes estarán siendo víctimas de sí mismos, puesto que las propias características fisiológicas y psicológicas de su edad serán factores coadyuvantes que influirán de forma errónea respecto a cómo y cuándo expresar y desarrollar su sexualidad, siendo vulnerables a contraer enfermedades de transmisión sexual. Cuando se exploran los conocimientos que tenían los entrevistados previo al diagnóstico estos refirieron ninguna o escasa información sobre el VIH/sida. Los que refieren tener alguna

información, plantean haberla obtenido por la familia y la escuela y no hacen ninguna mención a los medios de comunicación.

*“... No conocía nada, no conocía nada de eso [VIH/sida] hasta que le salió a mi marido y eso, él tampoco sabía nada de eso de la enfermedad...”* Giso 19 años (Embarazada)

*“... No tenía mucha información sobre el [VIH/sida], tengo que admitir que en la escuela se habló, pero no tanto como ahora, si sabía mucho de las otras enfermedades, pero de esta no tanto y bueno...”* Yune 19 años (ETS)

*“... No dicen nada de eso [VIH/sida], lo sé porque he visto personas con eso [viviendo con VIH/sida] y conozco, pero no porque lo dicen en la escuela...”* Ire 18 años (Embarazada)

Contrariamente a lo encontrado en el presente trabajo, en informe emitido por el Ministerio de Salud Pública de Cuba, se refiere el 94,5% de jóvenes y adolescentes tienen alguna información sobre el VIH, proporcionada principalmente por los medios de comunicación y materiales promocionales. Informa además que el 68,9% identifica correctamente las formas de transmisión sexual, pero solo el 31,1% tiene conocimiento perfecto sobre la infección por VIH.<sup>(64)</sup> Capote Rodríguez y colaboradores,<sup>(81)</sup> encuentra identificación adecuada 95,5% y 91,8% (grupo de estudio y control respectivamente) del VIH como enfermedad de transmisión sexual, mientras que el mayor número de respuestas certeras relacionadas con los factores que pudieran favorecer el contagio de las ETS, estuvo las relaciones sexuales sin protección 84,5% y 82,7% seguido de cambio frecuente de pareja 74,5% y 68,2%. El uso de preservativo solo se identifica como medida efectiva 95,5% y 94,5% (grupo de estudio y control). Sin embargo, el estudio concluye que los conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual y su prevención resultaron insuficientes, la frecuencia en que se presentaron actitudes protectoras fue baja, los sentimientos y valores tuvieron poco que ver con la práctica de la sexualidad, con edad promedio de inicio de las relaciones sexuales fue a los 12 años para ambos sexos. Se constata baja percepción de

riesgo. Dentro de las conclusiones del estudio se identificó necesidades educativas sobre infecciones de transmisión sexual y su prevención.

Monet- Álvarez et al.<sup>(82)</sup> al evaluar la modificación de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual y uso de preservativos en adolescentes varones manifiesta que el 52,9% inició las relaciones sexuales entre 14 y 16 años. El 39% expresó no usar preservativos y el 47,1% ya había presentado al menos una infección de transmisión sexual. Los resultados iniciales demostraron desconocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual en 82,4% (tipos, población de riesgo, transmisión y prevención), una vez realizada la intervención hubo una modificación significativa de los conocimientos sobre estos aspectos 91,2%.

Mucho puede cambiar la vida de un adolescente una vez se le comunica es positivo a VIH. Aún, cuando los conocimientos acerca de la enfermedad sean escasos o no, en nuestros días la sociedad en general se ha encargado de hacer llegar hasta el más desconocedor sobre el tema, la vergüenza que causa el padecer esta enfermedad crónica transmisible. Lo cual lleva a que las personas que la padecen adopten percepciones incorrectas acerca de sí mismos y hacia la enfermedad. Los adolescentes entrevistados tienen criterios divergentes acerca de la forma (normal o no), en que se perciben a sí mismos. Destaca la recurrencia del término “normal” en el discurso de estos adolescentes. Se siente la necesidad que tienen los entrevistados a referirse a sí mismos y a las personas viviendo con VIH/sida como personas que no tienen diferencias del resto, ni del tipo de vida que llevan las personas seronegativas o al tipo de vida que desean vivir.

*“...Normal, que son humanos igual que nosotros, todos somos humanos y ninguno tiene que juzgarse por una enfermedad que cualquiera puede coger... yo llevaba mala vida, andaba en malos pasos, no era yo, era otra persona, no entendía, que no sabía en significado de tener esta enfermedad en ese entonces y ahora tengo que cuidarme y protegerme y ser alguien normal...”*  
Lesy 19 años (ETS)

*“... Me dio deseos de llorar, de morirme, el primer día me dio por llorar, me quise suicidar, lo intenté varias veces, por mis pensamientos pasaron, me quito la vida y no hago a mi mamá sufrir con esto [vivir con VIH], lo mejor es quitarme la vida y era lo primero que pensaba. Sí, hay una diferencia yo era más feliz, porque yo tenía la ilusión de poder tener hijos sin riesgo, poder andar por la calle con mi pareja de la mano sin que me miraran, sin que criticaran, sin que dijeran ella tiene VIH...”* Lore 16 años (ETS)

*“... Para mí son personas normales, no le veo la diferencia entre una persona con VIH a otra que no vive con la enfermedad, para mí debe ser el mismo trato, podemos tener los mismos derechos y hacer las mismas cosas, yo me veo normal, tengo en mi mente que mientras me cuide y yo siga las normas y me tome mis medicamentos puedo durar años y vivir bien...”* Agus 19 años (ETS)

En estudio que realizaron Sandoval y colaboradores<sup>(83)</sup> identifican que los pacientes tienen los conocimientos y acceso a la información, pero existe una percepción negativa debido al estigma social en la que está involucrada la sociedad. Esto provoca un malestar emocional que influye directamente sobre sus relaciones afectivas y repercute en su comportamiento, como la ocultación de su estado serológico. La intervención psicológica inmediata es fundamental y debe contemplar los aspectos relacionados directa e indirectamente con la enfermedad. Reyes Ruiz y colaboradores<sup>(84)</sup> al realizar estudio en cuanto a percepción de la enfermedad, características personales y dinámica familiar en niños y adolescentes afectados por el VIH, identifica que una vez conocido el diagnóstico, los adolescentes poseen una autoimagen perturbada, con tendencia a la baja autoestima y auto concepto pobre. En las conversaciones sugieren sensación y tendencia a la soledad, inseguridad, deterioro en el nivel de las relaciones familiares e interpersonales, evidenciando la existencia de una percepción negativa hacia su enfermedad, que puede incidir en su desarrollo personal y social.

También González Sábado et al.<sup>(85)</sup> sobre el riesgo de tentativa de suicidios en adolescentes viviendo con VIH, refleja que los adolescentes masculinos, los adolescentes en la etapa final de la adolescencia, orientación heterosexual,



tienen mayor tendencia al suicidio. Además, el estado emocional vivido por los adolescentes al momento del diagnóstico en los primeros días fue negativo, destacándose el miedo en 71,87%, la tristeza 56,25%, en iguales porcentajes la ansiedad y el aislamiento 50%. Se observa que la mayoría fueron identificados con riesgo medio y alto para la tentativa de suicidio 43,75% y 34,37%.

La ONUSIDA, reconoce el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH/sida como la principal barrera que limita el acceso a los servicios de salud y apoyo social a estas personas. Por lo que enfrentar el rechazo de personas cercanas y familiares provoca pensamientos negativos, que perjudican los vínculos sociales y generan sentimientos de desesperanza, aislamiento y baja autoestima, crisis de identidad y falta de interés hacia la prevención. Lo anteriormente planteado puede resumirse: El VIH/sida puede extraer lo mejor de las personas cuando, los que le rodean se unen de forma solidaria para combatir la marginación, ofrecer apoyo y cuidados a los afectados. Lo peor, cuando son estigmatizados, condenados al ostracismo y maltratados por las personas que aman.<sup>(86)</sup> Varios de los adolescentes entrevistados dieron muestras de sus vivencias al ser estigmatizados y discriminados por familiares y personas cercanas, reflejando el dolor de sus vivencias algunos con llanto, dolor otros con resignación.

*“... Muchas personas me dijeron que con esa enfermedad no podía trabajar ahí, porque deseo trabajar en una cocina o algo y con ese problema no se puede trabajar, miles de personas me lo han dicho, aunque no me he asegurado de eso. Hay mucha gente que siente desprecio de eso [VIH/sida], piensan que se lo vas a pegar por cualquier cosa, a través de un vaso, una cuchara o el baño y no es así. Lisa 17 años (Embarazada)*

*“... Hay personas que tú se lo dices y te tratan normal, te siguen tratando igual. Por ejemplo, yo quiero tener una pareja seronegativa y decido decirle que tengo VIH, a lo mejor me deja o a lo mejor no, depende si me quiere o no, puede tener miedo a contagiarse. Hay mucha gente que debería instruirse más sobre la enfermedad y no hacernos a un lado porque nosotros somos personas, somos seres humanos, nosotros sentimos, pensamos, amamos y también tenemos derecho a ser amados...” Agus 19 años (ETS)*

El estigma y la discriminación en cuanto al VIH están descritos como la pandemia detrás de la pandemia, asegurando que ambas causan más muertes que la propia enfermedad. Dolorosos y agobiantes son las experiencias sufridas por los adolescentes de las poblaciones estudiadas. Callen y colaboradores<sup>(87)</sup> en el estudio cualitativo de estigma percibido los adolescentes, reportan temores continuos de estigmatización relacionados con amigos y personas que no viven con VIH. Describen observaciones previas y de primera mano que ocurren con mayor frecuencia en la pre adolescencia por compañeros de la misma edad o de la escuela. En el mencionado trabajo los adolescentes relatan experiencias como:

- Petición de mantener su estado serológico oculto. (Madres cuidadoras)
- Rechazo de las personas: Cuando te ven venir ellos se van, rechazan lo que le ofreces, te miran mal, no quieren usar el mismo baño
- Reciben tratos inadecuados: No los cuidan, no les dan comida, tienen que dormir fuera del hogar, no pueden ir a la escuela o abandono de la misma.
- Tendencias e ideas suicidas.

Ashaba<sup>(88)</sup> identifica en su estudio que el 16% de los adolescentes viviendo con VIH tiene trastorno depresivo mayor, el 13% tendencias suicidas y 4% tienen tendencias suicidas de alto riesgo. Además, el 41% presenta altos niveles de estigma internalizado y el 43% informan dos o tres eventos de intimidación en el último año. El trastorno depresivo mayor tuvo asociación estadísticamente significativa con el bullying, mientras que las tendencias suicidas están asociadas estadísticamente significativa tanto con el bullying como con el estigma.

En la encuesta realizada en Cuba por la ONEI en el año 2018, a 11412 pacientes viviendo con VIH a partir de los 12 años, lo cual representaba aproximadamente el 50% de las personas diagnosticadas hasta ese momento, se encuentra que el 37.8% se han sentido rechazadas alguna vez por ser seropositivas, siendo más común este sentimiento entre las mujeres 39.0%. Sin embargo, se observa que tomando como referencia el año 2017 se había reducido el porcentaje de PVV que se percibían víctimas de rechazo, disminuye de (37.8% alguna vez a 10.9% en los últimos doce meses). Entre

las personas que más frecuentemente rechazan se encuentran las personas del barrio 37.1%, seguido de la familia, los vecinos y por último los amigos. Se encuentra además que dentro del personal de la salud, los estomatólogos 17.9%, los médicos de la familia, el personal de algunos Policlínicos y hospitales (hospitales no IPK), así como los enfermeros.<sup>(74)</sup>

El apoyo a los adolescentes que se les realiza diagnóstico de VIH/sida, así como a sus familiares es esencial para que juntos puedan afrontar la enfermedad. Muchos son los retos del presente y el futuro. Aceptar y aprender a vivir con una enfermedad crónica transmisible, adaptarse a un régimen de medicación diaria de por vida, hacerle frente al aislamiento que en ocasiones les imponen sus seres queridos, así como estigma y discriminación por parte de la sociedad, traen como consecuencia alteraciones psicológicas importantes. El abandono de un adolescente en esta condición de vulnerabilidad es un hecho totalmente inadmisibles. Sin embargo, la realidad suele ser diferente en el diario vivir de muchos de los adolescentes viviendo con VIH/sida. Al explorar este aspecto en el presente trabajo todos los entrevistados coincidieron en la importancia de recibir apoyo por parte de sus familiares una vez conocido el diagnóstico y la importancia de ser aceptados por los mismos

*“... Bueno te voy a decir que en ese proceso [diagnóstico y seguimiento del VIH/sida] solamente estaba yo y los médicos, porque nadie me acompañó nunca, mi mamá me acompañó una dos o dos veces nada más, siempre fui yo solo, ninguna de mis hermanas estuvo ahí, nadie estuvo ahí, porque es bueno el apoyo, yo mismo tuve que ser fuerte y como siempre digo fue por un error mío, pero bueno no puedo reclamarle a nadie, pero uno necesita apoyo...”*  
Yune 19 años (ETS)

*“... Es muy importante porque el adolescente llega a pensar en su cabeza, que tengo esto y se enfrasca en que tiene VIH y no quiere salir del atasco, si sales del atasco y miras la vida de otra manera, dices tengo familia, tengo a mis amigos que apoyan y tengo a mi médico de familia que siempre me ha dicho que es una cosa normal...”* Lore 16 (ETS)

*“...La familia debe aceptar lo que tienes [VIH/sida] y debería apoyarte principalmente es muy importante el apoyo de la familia sin eso muchas personas se deprimen y le da hasta por quitarse la vida, primeramente, tu familia debería apoyarte e ir contigo para adelante y ayudarte en todo...”* Agus 19 años (ETS)

Estudios han demostrado que el deterioro de la salud mental inicia desde el momento en que se conoce el diagnóstico de VIH/sida, por lo que se recomienda contar con apoyo psicológico desde ese crucial momento. El especialista debe desmitificar las creencias negativas frente al VIH, eliminar estigmas y prejuicios, comprendiendo que el vivir con esta enfermedad no es impedimento para cumplir sueños, metas, propósitos; principalmente comprender que no es una sentencia de muerte. Siendo de vital importancia el seguimiento individualizado de cada paciente para promover el afrontamiento y aceptación de la situación, ayudando a controlar los altibajos de los estados anímicos que pueden desencadenar episodios de depresión o confusión. Se fomenta el autocuidado donde se incentiva la adherencia al tratamiento antirretroviral.<sup>(89)</sup> Pilar Alvarado y colaboradores<sup>(90,91)</sup> plantean en su trabajo la identificación los diferentes retos existentes entre adolescentes viviendo con VIH adquirido por vía vertical o transfusional y los infectados por vía sexual.

Los primeros presentan:

- Desconocimiento del diagnóstico
- Pérdida del sentido de pertenencia, sentimientos de abandono y duelo.
- Obstáculos en su desarrollo que afectan la capacidad para obtener y mantener empleos (retraso del desarrollo cognitivo, ausencias excesivas a clase, estigma físico)
- VIH en estadios más avanzados.

Mientras los segundos:

- La no revelación de su diagnóstico a su cuidador primario.
- Tasas elevadas de vivir en la calle o privación de libertad.
- Falta de redes de apoyo.

Los adolescentes evaluados por la escala de MOS (Medical Outcomes Study) (MOS), un instrumento para evaluar el apoyo social manifiesta tener:

- Apoyo emocional: 100%
- Ayuda material: 76,92%
- Relaciones sociales de ocio y distracción 84,62%
- Apoyo afectivo, expresiones de amor y cariño: 15,38%
- Índice global de apoyo social: 84,62%

De forma general también se plantean los desórdenes de ansiedad en los niños, niñas y adolescentes viviendo con VIH/sida, con mayor frecuencia que los que sufren otros pacientes de igual edad con otras enfermedades crónicas. Trastornos de conducta que se interpreta como la forma en que enfrentan su condición y una expresión de angustia asociada a la separación. Se encuentra también tasa elevada de déficit de atención e hiperactividad, algunos autores concluyen que no hay relación entre las anomalías de SNC propias del VIH y la hiperactividad, lo cual sugiere que factores asociados a este pueden jugar un papel importante en estos trastornos.<sup>(92)</sup>

## CONCLUSIONES

- El comportamiento sociodemográfico, clínico e inmunológico del VIH/sida en la población de adolescentes residentes en La Habana es similar a los reportes del país y algunas regiones del mundo.
- Los adolescentes viviendo con VIH/ sida en La Habana, presentan percepción negativa de sí mismos y de la enfermedad por lo que se necesita reforzar el enfoque psicosocial en la atención que brinda a los mismos.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda proponer al Centro Provincial de Higiene y Epidemiología reevaluar el programa de VIH/sida en La Habana enfocándose en tres aspectos fundamentales:

1. Actualizar estado inmunológico y virológico de la totalidad de los adolescentes viviendo con VIH en La Habana.
2. Incrementar el número de estudios en la población de adolescentes viviendo con VIH en La Habana, enfocados en aspectos psicosociales que deriven en acciones posteriores que contribuyan a una mejor integración a la sociedad.
3. Creación de un espacio donde se brinde seguimiento y asesoramiento de forma integral a pacientes, padres y/o tutores legales al momento del diagnóstico y en el proceso de aprender a vivir con la enfermedad, así como para la transición a las consultas de adultos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wu E, Galaz M I, Larrañaga C, Chavez A, González M, Álvarez A M. Infección por VIH/SIDA en niños y adolescentes chilenos: cohorte chilena 1987-2014. Rev. chil. Infectol [Internet]. 2016; 33 (Supl 1). Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182016000700002>
2. Pérez J. Sida: confesiones a un médico. La Habana: Casa editora Abril; 2008.
3. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [Internet]. Estrategia mundial contra el sida 2021-2026: Acabar con las desigualdades, acabar con el sida. ONUSIDA; 2021; [actualizado 2022; citado 16 jul 2022]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/Global-AIDS-Strategy-2021-2026>
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Internet]. En 2020, un niño se infectó con el VIH cada dos minutos. Nueva York: UNICEF; 2021 [actualizado 2022; citado 6 jun 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/en-2020-un-nino-se-infecto-con-vih-cada-dos-minutos>
5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Internet]. VIH y Sida. Nueva York: UNICEF; 2021 [actualizado 2022; citado 6 jun 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/vih>
6. Borrás Santisteban T. Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. CCM [Internet]. 2014 [citado 6 jun 2022]; 18 (1). Disponible en: <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1703>
7. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Internet]. Que es la adolescencia. Nueva York: UNICEF; 2020 [actualizado 2022; citado 6 jun 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,los%2010%20>
8. Naciones Unidas Derechos Humanos [Internet]. Observación general núm 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia. New York: ONU; 2016 [actualizado 2022; citado 16 jul 2022]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/documents/general-comments->



[and-recommendations/general-comment-no-20-2016-implementation-rights](#)

9. Clavo Escribano P. Infecciones de transmisión sexual en adolescentes ¿Cuándo está indicado hacer un cribado?. *Adolescere*[Internet]. 2022[citado 7 jun 2022]; 10(1). Disponible en: <https://www.adolescere.es/infecciones-de-transmision-sexual-en-adolescentes-cuando-esta-indicado-hacer-un-cribado/>
10. Centers for Disease Control and Prevention. Pneumocystis pneumonia - Los Angeles. *Morb Mortal Wkly Rep* 1981; 30:250–2.
11. Joncas JH, Delage G, Chad I, Lapointe N. Acquired (or congenital) immunodeficiency syndrome in infants born of Haitian mothers. *N Engl J Med*. 1983, 308(14):842.
12. Barré-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, C Dauguet, et al. Isolation of a T-Lymphotropic Retrovirus from a Patient at Risk for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). *Science*. 1983;220(4599):868-71.
13. Gallo R, Salahuddin S, Popovic M, Shearer G, Kaplan M, Haynes B, et al. Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and at risk for AIDS. *Science*. 1984;224(4648):500-3.
14. Popovic M, Sarngadharan MG, Read E, Gallo RC. Detection, isolation, and continuous production of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and pre-AIDS. *Science*. 1984;224(4648):497-500.
15. Sidalava. Comisión ciudadana anti-sida de Álava. La historia de VIH, en una línea de tiempo: hitos que marcaron la evolución de la enfermedad[Internet]. España:Sidalava.2021[citado 7 jun 2022]. Disponible en: <https://www.sidalava.org/la-historia-del-vih-en-una-linea-de-tiempo-hitos-que-marcaron-la-evolucion-de-la-enfermedad/>
16. Boza Cordero R. Orígenes del VIH/SIDA *Rev CI EMed UCR* [Internet]. 2016[citado 15 ag 2022];6(4):48-60. Disponible en: <https://www.revistaclinicahsjd.ucr.ac.cr/index.php/clinica/issue/view/2272>
17. Hahn BH, Shaw GM, de Cock KM, Sharp PM. AIDS as a zoonosis: scientific and public health implications. *Science* Disponible en 2000[citado 7 jun 2022]; 287(5453):607–14. Disponible en: <https://www.science.org/doi/abs/10.1126/science.287.5453.607>

18. Sharp PM, Bailes E, Chaudhuri RR, Rodenburg CM, Santiago MO, Hahn BH. The origins of acquired immune deficiency syndrome viruses: where and when? *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* [Internet].2001[citado 5 jun 2022];356(1410):867-76.Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1088480/>
19. Korber B, Muldoon M, Theiler J, Gao F, Gupta R, Lapedes A, et al. Timing the ancestor of the HIV-1 pandemic strains. *Science*[Internet]. 2000[citado 5 jun 2022]; 288(5472):1789-96. Disponible en:  
<https://www.science.org/doi/abs/10.1126/science.288.5472.1789>
20. Carroll KC, Hobden JA, Miller S, Morse SA, Mietzner TA, Detrick B, et.al. Jawetz, Melnick y Adelberg. *Microbiología Médica*. 27<sup>th</sup> ed. New York: Mc Graw Hill;2016
21. Junco Rodríguez JM. Caracterización clínica, sociodemográfica y del polimorfismo genético en los co-receptores CCR5 y CCRL2 en pacientes con VIH ingresados en el Instituto “Pedro Kouri”, septiembre-octubre 2016. [tesis de maestría; impreso]. [La Habana]: IPK;2016. 91p.
22. Nau Cornelissen C, Metzgar Hobbs M. *Microbiología*.4<sup>th</sup> ed. Filadelfia: Wolters Kluwer; 2020.Cap.28; Retrovirus; p.617-32.
23. Yogev R, Gould Chadwick E. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (virus de la inmunodeficiencia humana). In: M. KR, editor. *Nelson. Textbook of Pediatrics*. 20 th ed. España: Elsevier; 2016. p. 1725-48.
24. O. O. Javier. Situación actual de la infección vertical por VIH. *Rev Latin Infect Pediatr*[Internet]. 2020;33(2):63-65. Disponible en:  
<https://dx.doi.org/10.35366/94415>
25. Haroz D,von Zinkernagel D,Kiragu. Development and Impact of the Global Plan. *J Acquir Immune Defic Syndr*[Internet].2017May[citado 5 jun 2022]; 1;75 Suppl1(1):S2-S6.
26. Jon C, Artimez Puente CJ, Soler Rodríguez R. Educación en prevención de VIH/Sida para adolescentes con intervención comunitaria en el área de salud Maestro y sociedad [Internet].2021[citado 5 sept 2022];18(1):64-77. Disponible en:  
<https://maestroysociedad.uo.edu.cu/index.php/MyS/article/view/5315>
27. Stanford Children’s Health [Internet]. San Francisco: Lucile Packard Children’s Hospital Stanford. VIH/SIDA en niños[citado 5 jun 2022].

- Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=sidavih.90.P05619>
28. Organización Panamericana de la Salud[Internet]. Washington DC: OPS. La OPS/ OMS y ONUSIDA instan a poner fin a las desigualdades para eliminar el sida. 2021[actualizado 2022; citado 5 jun 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/30-11-2021-opsoms-onusida-istan-poner-fin-desigualdades-para-eliminar-sida>
  29. Organización Panamericana de la Salud[Internet]. Washington DC: OPS. Epidemia del VIH y respuesta en América Latina y el Caribe. 2021[actualizado 2022; citado 5 jun 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/epidemia-vih-respuesta-america-latina-caribe>
  30. Organización Mundial de la Salud[Internet]. Ginebra: OMS. La OMS valida la eliminación de Cuba de la transmisión de madre a hijo del VIH y de la sífilis. 2015. [actualizado 2022; citado 5 jun 2022]. [6 pantallas]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news/item/30-06-2015-who-validates-elimination-of-mother-to-child-transmission-of-hiv-and-syphilis-in-cuba#:~:text=de%20la%20s%C3%ADfilis-,La%20OMS%20valida%20la%20eliminaci%](https://www.who.int/es/news/item/30-06-2015-who-validates-elimination-of-mother-to-child-transmission-of-hiv-and-syphilis-in-cuba#:~:text=de%20la%20s%C3%ADfilis-,La%20OMS%20valida%20la%20eliminaci%20)
  31. Morales-Pérez M. Adverse Reactions to Antiretrovirals in Cuban Patients Living.[Internet] 2021[citado 2 oct 2022],23(2),21. Disponible en: <https://doi.org/10.37757//MR2021.V23.N2.7>
  32. Psicología y Mente[Internet].España: Psicología y mente. Los 8 tipos de percepción del ser humano (y cómo funcionan): Un resumen de los tipos de percepción que existen, explicando sus características y funciones 2022. [actualizado 2022; citado 5 jun 2022]. [15 pantallas]. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/neurociencias/tipos-percepcion>
  33. Campillay Campillay M, Monárdez Monárdez M. Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. Rev Bioética y Derecho[Internet].2019[citado 2 oct 2022](47):93-107. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872019000300008&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872019000300008&nrm=iso)

34. Propuesta Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH. Recomendaciones para un enfoque de salud pública[Internet]. 2<sup>nd</sup> ed. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49784>
35. Griffith, D, Farmer, C., Gebo, K., Berry, S., Aberg, J., Moore, R., Gaur A., Mathews, W, Beil, R., Korthuis, P., Nijhawan, A., Rutstein, R., Agwu, A. Uptake and virological outcomes of single- versus multi-tablet antiretroviral regimens among treatment-naïve youth in the HIV Research Network. HIV Med[Internet]. 2019 20(2): 169-74. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/hiv.12695>
36. Moniez S, Pienkowski C, Cartault A. Pubertad normal y patológica. EMC - Pediatría[Internet].2022;57(1):1-10. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1245-1789\(22\)46106-3](https://doi.org/10.1016/S1245-1789(22)46106-3)
37. Gaur AH, Cotton MF, Rodriguez CA, McGrath EJ, Helström E, Liberty A, et al. Fixed-dose combination bictegravir, emtricitabine, and tenofovir alafenamide in adolescents and children with HIV: week 48 results of a single-arm, open-label, multicentre, phase 2/3 trial. The Lancet Child & Adolescent Health[Internet].2021;5(9):642-51. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00165-6](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00165-6)
38. Clinical Info HIV gov[Internet]. Washington DC: Office of Infectious Disease and HIV/AIDS Policy (OIDP). Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV.2021[citado 5 jun 2022]; [23 pantallas]. Disponible en: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-arv/adolescents-and-young-adults-hiv>
39. Sutton KC, De Vente J, Leblanc R, Dejesus E, Smith G, Mills A, et al. Long-Term Efficacy, Safety, and Durability of Cabotegravir and Rilpivirine as 2-Drug Oral Maintenance Therapy After 6 Years of Study. Open Forum Infect Dis[Internet].2022;9(4). Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ofid/ofac067>
40. Mayo Clinic[Internet]. Drugs and Supplements: Cabotegravir And Rilpivirine (Intramuscular Route). Scottsdale: MFMER; 2022; [actualizado 2022; citado 6 jun 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/drugs->

supplements/cabotegravir-and-rilpivirine-intramuscular-route/before-using/drg-20509556.

41. Viani RM, Ruel T, Alvero C, Fenton T, Acosta EP, Hazra R, et al. Long-Term Safety and Efficacy of Dolutegravir in Treatment-Experienced Adolescents With Human Immunodeficiency Virus Infection: Results of the IMPAACT P1093 Study. *J Pediatric Infect Dis Soc* [Internet]. 2020[citado 5 jun 2022]; 9(2):159-65. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7192395/>
42. *Pediatría AEd* [Internet]. Dolutegravir. España: AEP; 2022; [actualizado 2022; citado 6 jun 2022]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/dolutegravir>
43. Organización Panamericana de la salud [Internet]. Venezuela: Guía práctica. Tratamiento antirretroviral para personas con VIH Venezuela: ONUSIDA; 2020; [actualizado 2022; citado 8 sept 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/venezuela-guia-practica-tratamiento-antirretroviral-para-personas-con-vih>
44. Plan Estratégico Nacional para la prevención y control de las ITS, el VIH y las hepatitis 2019-2023. La Habana: MINSAP; 2019
45. Creswell JW. A concise introduction to mixed methods research [Internet]. India: SAGE Publications; 2015[citado 5 jun 2022]. Disponible en : [https://books.google.com.cu/books?hl=es&lr=&id=51UXBAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=A+concise+introduction+to+mixed+methods+research:+Sage+Publications&ots=6aJoL0XrKv&sig=P-hX2yUXNE2WZWoH5lmcMS11ByE&redir\\_esc=y#v=onepage&q=A%20concise%20introduction%20to%20mixed%20methods%20research%3A%20Sage%20Publications&f=false](https://books.google.com.cu/books?hl=es&lr=&id=51UXBAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=A+concise+introduction+to+mixed+methods+research:+Sage+Publications&ots=6aJoL0XrKv&sig=P-hX2yUXNE2WZWoH5lmcMS11ByE&redir_esc=y#v=onepage&q=A%20concise%20introduction%20to%20mixed%20methods%20research%3A%20Sage%20Publications&f=false)
46. Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. 3<sup>rd</sup>. London: Sage Publications; 2002.
47. Govender RD, et al. *Epidemiol Glob Salud* 2021. Govender RD, Hashim MJ, Khan MA, Mustafa H, Khan G. Global Epidemiology of HIV/AIDS: A Resurgence in North America and Europe. *J Epidemiol Glob Health* [Internet]. 2021[citado 5 jun 2022]; 11(3):296-301. Disponible en: <https://doi.org/10.2991/jegh.k.210621.001>

48. Yoo M, Seong J, Yoon J-G, Cha J-o, Chung Y-S, Kim K, et al. Characteristics of Adolescents and Young adults with HIV in the Republic of Korea from 2010 through 2015. Scientific Reports [Internet]. 2020;10(1):9384. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-66314-0>
49. Cortés Alfaro A, Ochoa Soto R, Suárez Medina R, Maldonado Cantillo G, Joanes Fiol JJ. HIV infection in adolescence, Cuba, 2014-2016: an epidemiological approach. MOJ biology and medicine [Internet]. 2018 [citado 5 jun 2022];3(5):144-9. Disponible en: <https://www.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb365bf3faa0165d19b6718005b>
50. Dailey A, Johnson AS, Hu X, Gant Z, Lyons SJ, Adih W. Trends in HIV Care Outcomes Among Adults and Adolescents-33 Jurisdictions, United States, 2014-2018. J Acquir Immune Defic Syndr [Internet]. 2021 [citado 5 jun 2022];88(4):333-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8621807/>
51. Nanyonjo G, Asiki G, Ssetaala A, Nakaweesa T, Wambuzi M, Nanvubya A, et al. Prevalence and correlates of HIV infection among adolescents and young people living in fishing populations along Lake Victoria Fishing Communities in Uganda. Pan Afr Med J [Internet]. 2020 [citado 9 oct 2022];37:208. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7813648/>
52. Inbarani N, Sinovuyo T, Ronel S, Sean J, Zhou S, Goitseone M, et al. Past and current status of adolescents living with HIV in South Africa, 2005–2017. BMC Research Notes [Internet]. 2022;15(1):132. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13104-022-06006-2>
53. Mabaso M, Maseko G, Sewpaul R, Naidoo I, Jooste S, Takatshana S, et al. Trends and correlates of HIV prevalence among adolescents in South Africa: evidence from the 2008, 2012 and 2017 South African National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour surveys. AIDS Res Ther [Internet]. 2021;18(1):97. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12981-021-00422-3>
54. Gargallo Bernad C. Diagnóstico tardío en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la comunidad de Aragón. Oportunidades diagnósticas perdidas [Doctorado; internet]. España: Universidad de

- Zaragoza 2017[citado 9 sept 2022].258 p. Available from:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=202263>
55. Delgado Osuna A,Fayos MoletC. Conocimientos sobre virus de inmunodeficiencia humana y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente de un centro educativo del AGS Montequinto. Med fan Andal[Internet]. 2020[citado 5 jun 2022]; 21(3):166-74. Disponible en:  
<https://www.samfyc.es/publicaciones/med-fam-andal-vol-21-numero-3/>
  56. Amado- Cornejo N,Luna- Muñoz C. Asociación entre nivel educativo y conocimiento sobre transmisión sexual de VIH/ sida en mujeres adolescentes de Perú- Endes 2019. Rev. Fac.Med. Hum[Internet]. 2021; 21(4):826-83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i4.4266>
  57. Santisteban Cedeño L Y,Posada Pereda M,Mariño Pérez Y,Pérez Estrada L,Gonzalez Osorio Gustavo. Percepción de riesgo ante el VIH/ sida en adolescentes del municipio Bartolomé Masó. MULTIMED[Internet].2016[citado 2022 dic 26];20(1):132-47. Disponible en: <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/137/133>
  58. Beltrán-Pavez C,Gutiérrez-López M,Rubio-Garrido M,Valdés-Alcaraz A, Prieto L,Ramos JT,et al. Virological outcome among HIV infected patients transferred from pediatric care to adult units in Madrid, Spain (1997–2017). Scientific Reports [Internet].2020;10(1):16891. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-70861-x>
  59. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia[Internet]. Información estratégica sobre adolescentes y el VIH en América Latina y el Caribe. Nueva York: UNICEF; 2018[actualizado 2022; citado 6 jun 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/informes/informacion-estrategica-sobre-adolescentes-y-el-vih-en-ALC>
  60. Grupo Banco Mundial[Internet]. Prevalencia de VIH, total (% de la población entre 15 y 24 años de edad)- South África. Washington: GBM; 2021[actualizado 2022; citado 6 jun 2022]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.AIDS.ZS?locations=ZA>
  61. Cuba periodistas[Internet].Jorge Pérez: Diagnóstico y tratamiento, claves para poner fin al SIDA. La Habana: MINSAP; 2019; [actualizado 2019; citado 6 en 2019]. Disponible en:

- <https://www.cubaperiodistas.cu/index.php/2021/12/jorge-perez-diagnostico-y-tratamiento-claves-para-poner-fin-al-sida/>
62. Reyna RR, Fernández VR, Valcárcel HN, et al. Caracterización de pacientes con VIH/sida en un área de salud Guatemala, Mayarí, Cuba. Panorama. Cuba y Salud [Internet]. 2018 [citado 19 dic 2022]; 13(3):6-14. Disponible en: <https://revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/768>
  63. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Infecciones de transmisión sexual. Ginebra: OMS; 2021 [actualizado 2022; citado 6 jun 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
  64. Granma [Internet]. Adolescentes: la urgencia de aprender a escucharlos. La Habana: MINSAP; 2018; [actualizado 2022; citado 9 jun 2021]. Disponible en: <https://www.gramma.cu/todo-salud/2019-03-17/adolescentes-la-urgencia-de-aprender-a-escucharlos-17-03-2019-22-03-49>.
  65. López Castro D, Rodríguez Aldana A M, Peña Figueredo M. Conductas sexuales de riesgo para infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Rev Nov Pob [Internet]. 2020 [citado 19 dic 2022]; 16 (31):187-99. Disponible en: <http://www.novpob.uh.cu/index.php/NovPob/article/view/436>
  66. World Vision [Internet]. COVID-19. Aftershocks: Access denied. London: World Vision International; 2020 [actualizado 2022; citado 6 jun 2022]. Disponible en: <https://www.wvi.org/publications/report/coronavirus-health-crisis/covid-19-aftershocks-access-denied>
  67. Organización Panamericana de la salud [Internet]. América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo Washington D. C: OPS; 2018; [actualizado 2022; citado 19 jun 2022]. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14163:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14163:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0)
  68. Hevia Bernal D, Perea Hevia L. Embarazo y adolescencia. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2020 [citado 15 sept 2022]; 92(4):e1290. Disponible en:



[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312020000400002&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312020000400002&nrm=iso)

69. Centros para el control y la prevención de enfermedades[Internet]. Tratamiento del VIH. Estados Unidos: CDC; 2022[actualizado 2022; citado 6 jun 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/livingwithhiv/treatment.html>
70. Almeida FJ,Kochi C,Sáfadi MAP. Influence of the antiretroviral therapy on the growth pattern of children and adolescents living with HIV/AIDS. Jornal de Pediatria [Internet].2019[citado 2022 dic 26];95:95-101. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002175571831132X>
71. Oficina Nacional de Estadísticas e Información[Internet]. Encuesta a personas con VIH/sida-2018. La Habana : ONEI; 2020[actualizado 2022; citado 6 jun 2022]. Disponible en: <http://www.onei.gob.cu/node/15055>
72. Wu Hupat E. Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana en Niños y Adolescentes, 30 Años en Chile. Rev chil pediatr [Internet].2018[citado 9 ag 2022];89(5):660-8. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062018000500660&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062018000500660&nrm=iso)
73. CoRISpe. Sainz T,Fernández McPhee C,Jiménez de Ory S,Guillén S, Ramos JT,González- Tomé ¿Una realidad? 2017
74. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida[Internet].90-90-90: Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. Estados Unidos: ONUSIDA; 2019; [actualizado 2022; citado 11 ag 2022]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/909090>
75. Temas de Salud[Internet]. Co- creación de una nueva iniciativa mundial para poner fin a la epidemia de sida entre los niños, los adolescentes y sus madres. La Habana: INFOMED ; 2021[actualizado 2022; citado 6 jun 2022]. Disponible en: <https://temas.sld.cu/vihsida/2021/12/22/co-creacion-de-una-nueva-iniciativa-mundial-para-poner-fin-a-la-epidemia-de-sida-entre-los-ninos-los-adolescentes-y-sus-madres/>
76. Cohen MS,Chen YQ,McCauley M,Gamble T,Hosseini pour MC, Kumarasamy N, et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1

- Transmission. N. Engl. J. Med. [Internet].2016 [citado 19 dic 2022]; 375(9): 830-9. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1600693>
77. Lopardo G. Control de carga viral como estrategia de prevención. Indetectable= intransmisibles (I=I). ASEI [Internet]. 2018[citado 19 dic 2022]; 27(1): 61-63. Disponible en: <https://www.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb378a8e080017aadf4b4bbb0905>
78. Rodger AJ,Cambiano V,Bruun T,Vernazza P,Collins S, Van Lunzen J, et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. JAMA [Internet].2016[citado 2022 dic 26];316(2):171-81. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.5148>
79. Rodger AJ,Cambiano V,Bruun T,Vernazza P,Collins S,Degen O, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy(PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. The Lancet [Internet].2019;393(10189):2428-38. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673619304180>
80. Bavinton BR,Pinto AN,Phanuphak N,Grinsztejn B,Prestage GP, Zablotska-Manos IB, et al. Viral suppression and HIV transmission in serodiscordant male couples: an international, prospective, observational, cohort study. The Lancet HIV [Internet].2018[citado 2022 dic 26];5(8):e438-e47. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352301818301322>
81. Capote Rodríguez A,Martín Alexander C,García Milian AJ, Pérez Piñero JS. Necesidades educativas sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes de La Habana Vieja, Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2017[citado 2022 dic 26]; 43( 2 ): 166-179. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662017000200004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200004&lng=es)

82. Monet Alvarez D, Aguiar González A, Vazquez Ortiz E, Sánchez Zúñiga R, Gross Ochoa V, Alvarez Cortes J. Modificación de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual y uso de preservativos en adolescentes varones. Revista científica estudiantil 2 de Diciembre [Internet]. 2021 [citado 26 dic 2022]; 4 (4) Disponible en: <https://revdosdic.sld.cu/index.php/revdosdic/article/view/195>
83. Sandoval R, Estrada V. Conocimiento y percepción actual del VIH en pacientes de reciente diagnóstico. SIDASTUDI Centro de documentación y recursos pedagógicos vih/sida
84. Reyes Ruiz L, Rodríguez Palacio S, Sánchez Villegas M, Trejos Herrera AM. Percepción de enfermedad, características de personalidad y dinámica familiar en niños y adolescentes afectados por VIH asistentes a instituciones prestadoras de servicios de salud. Psicogente [Internet]. 2019 [citado 26 dic 2022]; 22(42):126-49. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497563255008>
85. González Sábado R, Martínez Cárdenas A. Riesgo de tentativa de suicidio en adolescentes con diagnóstico reciente de VIH-SIDA en el Hospital Esperanza. Luanda. Angola. MULTIMED [Internet]. 2016 [citado 26 dic 2022]; 20(1):172-82. Disponible en: <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/140>
86. Dahlui M, Azahar N, Bulgiba A, Zaki R, Oche OM, Adekunjo FO, et al. HIV/AIDS Related Stigma and Discrimination against PLWHA in Nigerian Population. PLOS ONE [Internet]. 2015; 10(12):e0143749. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143749>
87. Callen G, Chory A, Sang F, Munyoro D, Aluoch J, Scanlon M, et al. A Qualitative Examination of Perceived Stigma and its Sources Among Adolescents Living With HIV in Western Kenya. Glob Pediatr Health [Internet]. 2022 [citado 26 dic 2022]; 9:1-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8744199/>
88. Ashaba S, Cooper-Vince C, Maling S, Rukundo GZ, Akena D, Tsai AC. Internalized HIV stigma, bullying, major depressive disorder, and high-risk suicidality among HIV-positive adolescents in rural Uganda. Glob Ment Health (Camb) [Internet]. 2018 [citado 26 jun 2022]; 5:e22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6036650/>

89. LIGASIDA[Internet]. Araque J F. Acompañamiento psicológico en personas seropositivas, estrategias para adecuarse a vivir con VIH. Colombia: LigaSida; 2021[actualizado 2022; citado 6 jun 2022]. Disponible en: <https://www.ligasida.org.co/acompanamiento-psicologico-seropositivas-vivir-vih/>
90. Alvarado Pilar M A,García de la Cadena C, Lapola L, Juárez J. Protocolo de transición en adolescentes guatemaltecos viviendo con VIH. Revista de Psicólogos[Internet].2020[citado 26 jun 2022];11(26-27):40-52. Disponible en: <https://www.revista.colegiodepsicologos.org.gt/index.php/psicologos/issue/view/1>
91. Sacramento Zanini D,Morais Peixoto E,Cássia Nakano T. Escala de Apoyo Social (MOS-SSS): Propuesta de Normalización con Referencia a los Items. Trends Psychol [Internet].2018;26(1):387-99. Disponible en: <https://doi.org/10.9788/TP2018.1-15Pt>
92. Ministerio de Salud. Guía para la atención psicológica de niños, niñas y adolescentes con VIH[Internet]. Managua: Ministerio de Salud; 2009[citado 26 jun 2022]. 91p. Disponible en: <https://www.sidastudi.org/es/registro/ff80818137749d8d0137832365b80027>

## ANEXOS

**Anexo 1.** Estadificación clínica en adultos niños y adolescentes según Surveillance Case Definition (CDC),2014.

<b>Estadio Clínico</b>	<b>Adultos y adolescentes</b>	<b>Niños</b>
Estadio 1 Asintomático	Asintomático Linfadenopatía persistente generalizada	Asintomático Linfadenopatía persistente generalizada
Estadio 2 Leve	Pérdida moderada de peso (menos del 10% del peso corporal presumido o medido). Infecciones recurrentes de las vías respiratorias (Sinusitis, amigdalitis, faringitis, otitis media). Herpes Zóster. Queilitis angular. Úlceras orales recurrentes. Erupciones papulares pruriginosas. Dermatitis seborreica. Onicomycosis.	Hepatoesplenomegalia persistente idiopática. Erupciones papulares pruriginosas Infección extensa por papilomavirus. Infección extensa por molusco contagioso. Onicomycosis. Úlceras orales recurrentes. Hipertrofia parotídea persistente idiopática. Eritema gingival lineal. Herpes Zóster. Infecciones vías respiratorias recurrentes o crónicas (Sinusitis, amigdalitis, otitis media, otorrea).
Estadio 3 Avanzado	Pérdida moderada de peso (mayor del 10% del peso corporal presumido o medido). Diarrea crónica idiopática durante más de un mes.	Desnutrición moderada idiopática que no responde adecuadamente al tratamiento estándar. Diarrea idiopática persistente mayor de 14 días.

	<p>Fiebre persistente idiopática (mayor de 37.5<sup>0</sup> C intermitente o constante, durante más de un mes).</p> <p>Candidiasis oral persistente.</p> <p>Leucoplasia oral vellosa.</p> <p>Tuberculosis pulmonar.</p> <p>Infecciones bacterianas graves (neumonía, empiema, piomiositis, osteomielitis, artritis, meningitis, bacteriemia).</p> <p>Estomatitis, gingivitis, periodontitis ulcerativa necrotizante aguda.</p> <p>Anemia menor de (8g/dl) neutropenia menor (0,5 x 10<sup>9</sup>/l) y/o trombocitopenia crónica menor (50x 10<sup>9</sup>/l) idiopática.</p>	<p>Fiebre persistente idiopática (mayor de 37.5<sup>0</sup> C intermitente o constante, durante más de un mes).</p> <p>Candidiasis oral persistente (a partir de las 6 u 8 semanas de vida).</p> <p>Gingivitis, periodontitis ulcerativa necrotizante aguda.</p> <p>Tuberculosis ganglionar.</p> <p>Tuberculosis pulmonar.</p> <p>Neumonía bacteriana grave recurrente.</p> <p>Neumonitis intersticial linfoide sintomática.</p> <p>Enfermedad pulmonar crónica asociada al VIH (incluye bronquiectasias).</p> <p>Anemia menor de (8g/dl) neutropenia menor (0,5 x 10<sup>9</sup>/l) y/o trombocitopenia crónica menor (50x 10<sup>9</sup>/l) idiopática.</p>
<p>Estadio 4 Graves</p>	<p>Síndrome de consunción por VIH.</p> <p>Neumonía por Pneumocystis.</p> <p>Neumonía bacteriana grave recurrente.</p> <p>Infección crónica por herpes simple (oro- labial, genital o anorectal más de un mes de duración o visceral cualquier duración).</p>	<p>Síndrome de consunción grave idiopático, retraso del crecimiento o desnutrición grave que no responde a tratamiento estándar.</p> <p>Neumonía por Pneumocystis.</p> <p>Infecciones bacterianas graves recurrentes (empiema, piomiositis, osteomielitis, artritis, meningitis, bacteriemia, excluye neumonía).</p>

	<p>Candidiasis esofágica (candidiasis de la tráquea, bronquios o los pulmones). Tuberculosis extrapulmonar. Sarcoma de Kaposi. Infección por citomegalovirus (retinitis o infección de otros órganos). Toxoplasmosis del sistema nervioso central. Encefalopatía por VIH. Criptococosis extrapulmonar (incluyendo meningitis). Infección diseminada por micobacterias no tuberculosas. Leucoencefalopatía multifocal progresiva. Criptosporidiasis crónica. Isosporidiasis crónica. Micosis sistémica (histoplasmosis extrapulmonar, coccidioidomicosis). Septicemia recurrente (incluyendo por salmonella no tifoidea).</p>	<p>Infección crónica por herpes simple (oro- labial o cutánea más de un mes de duración o visceral cualquier duración). Tuberculosis extrapulmonar. Sarcoma de Kaposi. Candidiasis esofágica (candidiasis de la tráquea, bronquios o los pulmones). Toxoplasmosis del sistema nervioso central (después del período neonatal). Encefalopatía por VIH. Infección por citomegalovirus (retinitis o infección por citomegalovirus que afecte a otros órganos y que se inicie después del período neonatal). Toxoplasmosis del sistema nervioso central. Criptococosis extrapulmonar (incluyendo meningitis). Micosis sistémica (histoplasmosis</p>
--	--	---

*Fuente: Plan Estratégico Nacional para la prevención y control de las ITS, el VIH y las hepatitis.*

## Anexo 2. Protocolo tratamiento pediátrico.

Población	Esquema Preferente	Esquemas Alternativos
Mayores 6 años	abacavir/lamivudina/dolutegravir (20-30 kg)  tenofovir/lamivudina/dolutegravir  (más de 30 kg)	abacavir/lamivudina/lopinavir/r o atazanavir/r  tenofovir/lamivudina/ (o emtricitavina) más lopinavir/r  o atazanavir/r
Población	Exposición	Esquema Preferente
Mayores 6 años	Suspendió IP/r con exposición /falla previa a Inhibidores no Nucleosídicos de la Transcriptasa Inversa (INNTI)	abacavir/lamivudina/dolutegravir (20-30 kg)  tenofovir/lamivudina/dolutegravir  (más de 30 kg)  abacavir/lamivudina/lopinavir/r o atazanavir/r  tenofovir/lamivudina/ (o emtricitabina)  más lopinavir/r o atazanavir/r
	Suspendió efavirenz con exposición/falla a IP/r	abacavir/lamivudina/dolutegravir (20-30 kg)  tenofovir/lamivudina/dolutegravir  (más de 30 kg)  abacavir/lamivudina/darunavir/r  tenofovir/lamivudina/ darunavir/r
	Sin opciones de Inhibidores Nucleosídicos de la Reverso Transcriptasa. (INRT)	Referir a experto.  Optimización de esquema con prueba de resistencia.

Fuente: Guía práctica tratamiento antirretroviral para personas con VIH  
Venezuela. ONUSIDA 2020



**Anexo 3.** Esquemas de tratamiento de 1<sup>ra</sup>, 2<sup>da</sup> y 3<sup>ra</sup> línea para adolescentes.

Población	Esquemas de 1 <sup>ra</sup> línea.		Esquemas de 2 <sup>da</sup> línea	Esquemas de 3 <sup>ra</sup> línea
	Preferenciales	Alternativos		
Varones adolescentes mayores 10 años y las adolescentes con métodos anticonceptivos	Dolutegravir Tenofovir Lamivudina	Dolutegrabir Tenofovir Emtricitabina  Dolutegrabir Abacavir Lamivudina  Efavirenz Tenofovir Lamivudina  Efavirenz Tenofovir Emtricitabina  Efavirenz Lamivudina Abacavir	Si falla de primera el Efavirenz o Nevirapina pasar a Dolutegravir con dos INRT  Si falla dolutegravir en primera línea pasar un IP con dos INRT.	Darunavir/r Dolutegravir  Darunavir/r Dolutegravir Más 1 o 2 INTR. (previa prueba de resistencia)
Adolescentes femeninas sin anticonceptivos con riesgo potencial de embarazo.	Tenofovir Emtricitabina Efavirenz	Tenofovir Lamivudina Efavirenz (600mg)  Efavirenz (600mg)	Zidovudina Lamivudina Atazanavir/r o Lopiv/r  Tenofovir Lamivudina	Darunavir/r Dolutegravir Más 1 o 2 INTR. (previa prueba de resistencia)

		Lamivudina Abacavir	Atazanavir/r o Lopi/r	
Embarazadas	Dolutegravir Tenofovir Lamivudina (a partir de las 8 semanas de embarazo)	Tenofovir Emtricitabina Efavirenz  Tenofovir Lamivudina Efavirenz  Tenofovir Emtricitabina IP/r (Atazanavir/r o Lopinavir/r).	Si falla de primera el Efavirenz o Nevirapina pasar a Dolutegravir con dos INRT.  Si falla dolutegravir en primera línea pasar un IP con dos INRT.	Darunavir/r 2 INRT (previa prueba de resistencia)

*Fuente: Plan Estratégico Nacional para la prevención de las ETS, VIH y las hepatitis 2019-2023.*

## **Anexo 4.** Guía de entrevista semiestructurada

### **Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí.**

#### **Encuesta percepción de sí mismos y de la enfermedad en adolescentes viviendo con VIH/sida.**

ID:

#### *Datos Sociodemográficos.*

Edad:                      Sexo:                      Color de Piel:

Estudia:                      Trabaja:                      Vía contagio:

#### *Preguntas.*

1. ¿Antes de ser diagnosticado o se te diera a conocer que eras un adolescente viviendo con VIH/sida que sabías de la enfermedad?
2. ¿Qué opinión tenías de la enfermedad y/o las personas que viven con VIH antes de tu diagnóstico?
3. ¿Cómo te veías a ti mismo antes del diagnóstico de la enfermedad?
4. ¿Qué sentimientos experimentaste en el momento en que fuiste diagnosticado como paciente VIH?
5. ¿Cuánto consideras el VIH ha afectado o no tus proyectos de vida?
6. ¿Qué cambios has hecho en tu vida cotidiana al saber que vives con una enfermedad crónica transmisible?
7. ¿Cuán diferente puede llegar a ser la vida de un adolescente viviendo con VIH en comparación a un adolescente seronegativo?
8. ¿Por qué consideras importante el apoyo al momento del diagnóstico y en el proceso de aprender a vivir con la enfermedad?
9. ¿En tu opinión que elemento o elementos contribuyen a que la sociedad estigmatice y discrimine a los pacientes que viven con VIH?
10. ¿Cómo crees que las personas seronegativas deben de visualizar a las personas que viven con VIH?

11. ¿Cuánto crees el vivir con VIH/sida ha cambiado la percepción que tenías de ti mismo?

## **Anexo 5. Consentimiento Informado**

### **Consentimiento Informado.**

El Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí (IPK), en colaboración con el Centro Provincial de Higiene y Epidemiología de La Habana, están realizando un estudio que permita un acercamiento a los adolescentes viviendo con VIH/sida en La Habana.

Este documento de consentimiento informado, consta de dos partes:

- Hoja informativa (a través la cual usted podrá conocer detalles de dicho estudio).
- Certificado de consentimiento (donde usted firmará si accediera a participar en el estudio).

#### Parte Informativa I.

##### Introducción.

Estamos realizando un estudio sobre los adolescentes viviendo con VIH/sida, en ciudad de La Habana. Por cual no solo le estamos informando, sino también invitando a participar en el mismo. De no entender palabras contenidas en el documento, puede realizar las preguntas que desee o plantear cualquier otra inquietud relacionada con el tema de estudio.

##### Propósitos y descripción del estudio.

El propósito del estudio es profundizar en la características y percepciones de los adolescentes viviendo con VIH/ sida, lo cual nos ayudará a trazar nuevas directrices que ayudarán a perfeccionar las estrategias de trabajo que hasta hoy se ha venido realizando con los mismos. Para lograr dicho objetivo usted será entrevistado de forma individual si decidiera brindar su cooperación.

### Procedimiento.

Se realizó una selección al azar de los adolescentes que serán entrevistados para dar respuesta a las interrogantes planteadas en el cuestionario. La entrevista se llevará a cabo de forma individual a los adolescentes que hayan dado el consentimiento de participar en el estudio. La entrevista se realizará en un encuentro que tendrá una duración aproximada de entre 30 minutos a 1 hora, en la fecha previamente coordinada con el entrevistador. Solo se solicitará un nuevo encuentro de ser absolutamente necesario. Si no desea responder a alguna de las preguntas del cuestionario, puede hacerlo. La información que usted brinde será grabada y transcrita íntegramente.

### Voluntariedad.

Usted ha sido seleccionado para participar en este estudio, no obstante, su participación en la misma es voluntaria. Si decide retirarse del estudio, puede hacerlo cuando desee sin perjuicio alguno.

### Privacidad y confidencialidad de la información.

La información que usted brinde será totalmente confidencial. Solo los investigadores involucrados en el estudio tendrán acceso a ella. A usted se le asignará un número como participante y no se utilizará su nombre en ningún momento. La información que usted ofrezca no se reportará de manera individual, sino de conjunto con la que brinden los demás participantes seleccionados para el estudio.

### Beneficios.

Aunque usted no recibirá ningún tipo de remuneración financiera por participar en el estudio, ni habrá un beneficio directo para su persona; los resultados obtenidos contribuirán a trazar estrategias que mejoren el acompañamiento y atención médica que hoy se brinda a adolescentes que viven con VIH/sida en la ciudad.

### Posibles riesgos.

Los riesgos de participar en el estudio son mínimos. Algunas preguntas pueden parecerle difíciles de responder o muy personales. Usted tiene el derecho de no contestar las preguntas que le hagan sentirse incómodo.

#### Usos de los resultados de la investigación.

Los resultados que se obtengan del presente estudio serán utilizados para perfeccionar la atención médica que se brinda en la ciudad a los pacientes adolescentes que viven con VIH/sida.

¿Tiene duda o pregunta hasta aquí?

Contactos en caso de que surjan otras dudas o preguntas.

Si usted desea hacer alguna otra pregunta posteriormente, puede contactar a la encuestadora Dra. Yamisleydis Pérez Peña al teléfono 72501770.

#### Parte II: Certificado de Consentimiento.

He leído con detenimiento y comprendo el documento de consentimiento informado; y poseo una copia del mismo. Tengo conocimiento de los objetivos de la presente investigación, los procedimientos que se realizarán, así como de los beneficios y posibles riesgos de participaren la misma. Las preguntas o dudas que me surgieron al leer el documento, me han sido aclaradas satisfactoriamente. Como mi firma lo indica, estoy en la disposición a participar en el estudio y sé que puedo retirarme del mismo cuando así lo desee sin perjuicio para mí.

Nombre del participante.

Firma

Fecha

He sido testigo de la lectura del consentimiento informado al participante potencial. El mismo ha tenido la oportunidad de aclarar sus dudas con respecto al documento. Yo confirmo que el individuo ha brindado su consentimiento libremente.

Nombre del padre o tutor.

Fecha

Firma

He presenciado la lectura del consentimiento informado al potencial participante. El mismo ha tenido la oportunidad de aclarar sus dudas con respecto al documento. Yo confirmo que ha firmado el consentimiento libremente.

Nombre del investigador.

Firma

Fecha.