

REPÚBLICA DE CUBA  
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
DE CIEGO DE AVILA

**TÍTULO:** Intervención educativa sobre VIH/SIDA en los adolescentes la comunidad El Purial.

**AUTORA:** Dra. Greter Fernández Benítez.  
Residente de II año MGI.



CIEGO DE ÁVILA, 2013

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
DE CIEGO DE AVILA

**TÍTULO:** Intervención educativa sobre VIH/SIDA en los adolescentes la comunidad El Purial.

**AUTORA:** Dra. Greter Fernández Benítez.  
Residente de II año MGI.

**INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA:** Policlínico docente Ceballos

**TUTORA:** Dra. Magdeline Francisco Castillo.  
Especialista de 1er Grado en MGI.  
Máster en Atención de la mujer y Planificación infantil.

Trabajo para optar por el título de “Especialista de 1er Grado de Medicina General Integral”.

CIEGO DE ÁVILA, 2013

# **AGRADECIMIENTOS**

**A todas aquellas personas que con su entrega, amor y dedicación ayudaron a realizar esta investigación.**

# DEDICATORIA

A mis padres: Que sembraron en mí sus existencias y aún arrancan sudor de sus entrañas porque yo siga ascendiendo a pesar de la lluvia. A ellos, les debo todo.

# Resumen

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio de Intervención Educativa pre-experimental (antes – después) en adolescentes entre 12 y 16 años de la comunidad El Purial, perteneciente al área de salud de Ceballos, Ciego de Ávila. Con el objetivo de evaluar la eficacia de una Intervención Educativa sobre conocimientos ante el VIH-SIDA. El universo de trabajo estuvo constituido por 111 adolescentes de 12 y 16 años, de los cuales se escogieron a 62 mediante un muestreo aleatorio simple, se dividieron en 2 subgrupos de trabajo de 31 integrantes para facilitar el trabajo a los que se les aplicó una encuesta para evaluar los conocimientos antes y después de la Intervención, luego se realizó un Programa Educativo y se les aplicó nuevamente la encuesta inicial, obteniéndose que el programa elevó el nivel de conocimientos sobre VIH-SIDA. El resultado del estudio se presentó en tablas con números absolutos y porcentajes concluyéndose que los adolescentes habían elevados su nivel de conocimientos en cuanto a factores de riesgo un 93.5% acerca de las ventajas del uso del condón un 100 % , en los riesgos del cambio frecuente de pareja un 91.9 % y acerca de la transmisión y prevención del VIH-SIDA un 91.9 %, con respecto a la evaluación general del nivel de conocimiento se demostró que el 88.7 % de los capacitados obtuvo conocimientos adecuados y solo un 11.2 % de la muestra se mantuvieron con conocimientos inadecuados . El estudio demostró que existe significación estadística entre el antes y el después por lo que la Intervención Educativa fue efectiva.

**PALABRAS CLAVES:** Adolescentes, Programa de Intervención Educativa, VIH-SIDA.

# Indice

## Índice

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	4
MARCO TEÓRICO	5
MATERIAL Y MÉTODO	19
RESULTADOS	25
CONCLUSIONES	30
RECOMENDACIONES	31
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
ANEXOS	

# Introducción

## INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) comprendidas dentro del grupo de afecciones contagiosas que se propagan principalmente por contacto sexual, continúan siendo una epidemia en la mayor parte de los países del mundo y constituyen el principal exponente de la profunda influencia de la epidemiología y la morbilidad de las enfermedades (1,2). La prevalencia del VIH en el Caribe es solo superada por África Subsahariana al nivel mundial y los más afectados son los jóvenes. Se estima que 2,9 % de mujeres y 1,2 % de hombres entre 15 y 24 años de edad vivían con VIH en 2003, lo cual motivó que se constituyera la alianza caribeña Pan Caribbean Partnership Against HIV/AIDS (PANCAP), con el objetivo de frenar la propagación del VIH en la región (3,4).

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

Continuarán aprendiendo unos de otros, pero su comportamiento dependerá En gran parte de la información, los conocimientos y los servicios con los que la generación actual de adultos dote a sus hijos (4).

La adolescencia es un periodo de transición en el que los jóvenes ya no son niños pero no han llegado a la edad adulta, su desarrollo social, emocional y psicológico es incompleto y tienden a experimentar con formas peligrosas de comportamiento. La práctica de diferentes formas de relación sexual y el consumo de drogas los hace especialmente vulnerables a contraer ITS, pues aparte del riesgo asociado al uso compartido de agujas, se sabe que el alcohol y las drogas psicoactivas pueden influir también en el comportamiento sexual y aumentar el riesgo de que una persona contraiga la infección por el VIH. El consumo excesivo de alcohol reduce las inhibiciones, aumenta la agresión, reduce la capacidad de uso de la información importante aprendida acerca de la prevención del SIDA y deteriora la capacidad de tomar decisiones respecto a la protección (4-5).

Debido a que las ITS, y el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) - el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), afectan fundamentalmente a la población joven, la cual es la peor informada, debemos dirigir nuestros esfuerzos hacia ella, de manera que modifiquen hábitos y conductas sexuales para evitar la transmisión de estas enfermedades.

No es un tema superfluo, pues esta falta de respuestas, abarca desde sus orígenes hasta el papel que desempeña el virus de inmunodeficiencia humana, como teóricamente único agente causal en el desarrollo del síndrome, este ataca algunas subpoblaciones de linfocitos responsables de la inmunidad celular (linfocitos T) y produce una respuesta clínica deficiente y progresiva en los enfermos.

A los científicos les resulta difícil aceptar sus propias limitaciones y en gran medida han sorteado el reto del VIH / SIDA convirtiéndose muchas de sus propias dudas en creencias generalizadas.

La transmisión sexual y concretamente la homosexualidad, bisexualidad y la heterosexualidad siguen siendo y teniendo protagonismo en esta problemática.

Aproximadamente del 70 al 75 % de los afectados a nivel mundial contraen la infección del VIH como consecuencia de prácticas sexuales de riesgo (5).

El panorama de América Latina y África es inquietante, los gobiernos apenas realizan campañas para controlar la epidemia del VIH, agobiados en muchos casos por graves problemas económicos y políticos. No se han podido desarrollar planes de control de VIH / SIDA, hay carencias de mensajes educativos y medios masivos de comunicación y es difícil el acceso a la terapéutica. Son muchas y poderosas las razones que indican la necesidad urgente de revisar el camino comprendido, de no asumir lo hipotético como real y de reiniciar la labor investigadora realizando un trabajo arduo para el que existen más obstáculos que facilidades.

Existen estimaciones mundiales de que cada día el virus causante del SIDA entra en contacto con 7 mil individuos sanos y los convierte en nuevos portadores del VIH. Para el año 2015 se espera que 25 millones de personas hayan desarrollado el padecimiento y más de 17 millones de personas fallezcan por esta causa ;esto constituye un problema de salud y actualmente como enfermedad infectocontagiosa y de transmisión sexual se agrupa en una de las cuatro líneas priorizadas de atención por el Ministerio de Salud Pública en nuestro país.

En Cuba, la epidemia presenta un ritmo de crecimiento lento, pero sostenido. El sexo más afectado es el masculino, 80 % de la epidemia, con un crecimiento importante de los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), los que representan 67,0 % de todas las personas diagnosticadas y 86,1 % de los del sexo masculino. Por grupo de edades, las mayores tasas las aportan los grupos de 20 a 24 años; los grupos de mayor edad no están exentos de adquirir la infección, ya sus tasas se han elevado, aunque no llegan a ser como en los más jóvenes, 54,0 % de la tasa lo acumula Ciudad de La Habana.

Hasta Diciembre del 2008 se notificaron 10655 casos con un acumulado desde el inicio de la epidemia de 8581 masculinos para un 80,5% y femeninos 2074 para un 19,4%, de ellos fallecidos 1909, por SIDA 1778 y por otras causas 131, el índice de masculinidad y femineidad es de 4 por 1. 46) En la provincia Ciego de Ávila existe una incidencia de 262 casos, de ellos entre 15 y 19 años 37(5).

En el municipio de Ciego de Ávila contamos con 9 casos notificados con la enfermedad de ellos 2 mujeres y el resto son hombres jóvenes , de ellos notificados en las edades entre 15 y 19 años un total de 4 casos, lo que representa el 44,4 % del total (6). Debido a que las ITS, y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), afectan fundamentalmente a la población joven, debemos dirigir nuestros esfuerzos hacia ella, de manera que modifiquen hábitos y conductas sexuales para evitar la transmisión de estas enfermedades.

Atendiendo a lo anterior consideramos necesario realizar un estudio para determinar el nivel de conocimientos que sobre el VIH/SIDA poseen un grupo de adolescentes en comunidad del Purial y aplicar un Programa de Intervención Educativo en base a las necesidades identificadas, con el objetivo de modificar los mismos (7). Por tales motivos nos trazamos los siguientes objetivos: como objetivo general Implementar un programa de intervención comunitaria para elevar los conocimientos sobre VIH/SIDA en los adolescentes de la comunidad El Purial y como objetivos específicos: Identificar las necesidades de conocimientos en relación con las siguientes variables de estudio: factores de riesgo de la enfermedad, ventajas del uso del condón, riesgos de las personas que cambian frecuentemente de pareja sexual, conocimiento sobre prevención y transmisión del VIH-SIDA, Elaborar, aplicar y validar el Programa de Intervención Educativo dirigido a los adolescentes y Evaluar la eficacia del Programa de Intervención Educativo en los adolescentes.

**Problema Científico:** ¿Cómo elevar el nivel de conocimientos sobre VIH-SIDA en adolescentes de la comunidad El Purial?

**Hipótesis de investigación:**

La aplicación de un programa de intervención comunitaria sobre VIH/SIDA en la comunidad El Purial dirigido a los adolescentes, permitirá la elevación del nivel de información de estos sobre la enfermedad incidiendo sobre los principales factores de riesgo en el contexto de estudio.

# Marco Teórico

## **MARCO TEÓRICO**

Los primeros casos del SIDA fueron descubiertos en la ciudad de Los Ángeles (EEUU) en junio de 1981. Allí, el Dr. Michael Gottlieb y colaboradores describen la inusual aparición de enfermedades características de pacientes inmunodeprimidos en pacientes jóvenes previamente sanos. En otros términos, lo que llamó la atención de estos profesionales fue la presencia de enfermedades oportunistas (pulmonía, sarcoma de Kaposi, entre otras) en cinco pacientes sin antecedentes médicos que pudieran explicar esta situación.

Estas enfermedades oportunistas son las que eventualmente causan la muerte de las personas enfermas. Este cuadro fue inicialmente interpretado de la siguiente forma: Todos presentan enfermedades oportunistas a un sistema inmunológico deprimido, por lo tanto debía existir un trastorno de las defensas, lo que rápidamente se comprobó con pruebas de medición de la misma.

Un agente infeccioso, sexualmente transmisible, debía ser el responsable de esta nueva enfermedad. La creencia inicial acerca de que esta enfermedad se restringía a los homosexuales llevó a algunos autores a denominarla “Síndrome de Inmunodeficiencia relacionada con los homosexuales”. En agosto del mismo año, 111 casos similares habían sido reportados al CDC (Centro de Control de Enfermedades) de los EE.UU., lo que llevó a organizar un registro nacional de casos en ese país. Subsecuentemente, nuevos casos de SIDA fueron descritos en otros grupos: hemofílicos, comunidades haitianas, drogadictos, pacientes transfundidos, hijos de madres en grupos de riesgo, las parejas heterosexuales de personas infectadas, trabajadores de la salud, etc. En poco tiempo, la comunidad médica, y con ella la sociedad entera, fueron tomando conciencia de la existencia de una nueva epidemia sin precedentes en la historia de la medicina (8).

El aislamiento y descubrimiento de un agente viral (el VIH) en material proveniente de un paciente en París, por el equipo dirigido por el Dr. Luc Montagnier en 1983 fue corroborado meses más tarde por Robert Gallo en los Estados Unidos, e identificado como el causante del SIDA.

A partir del año 1984 se desarrollaron las pruebas para el examen de sangre serológico, es decir, la detección de anticuerpos contra el VIH circulantes en el cuerpo humano, lo que abrió un nuevo campo para los estudios epidemiológicos y clínicos, así como para la prevención de la transmisión a través de los bancos de sangre.

Los primeros avances medicinales se hicieron con los ensayos de Zidovudina (AZT) iniciados en 1986, abriendo las primeras evidencias acerca de la posibilidad de obtener un tratamiento para esta patología. Estas evidencias se vieron confirmadas con el surgimiento de otros compuestos antivirales. Paralelamente, el uso de otras sustancias ya conocidas como el interferón, antibióticos de diversa estirpe y una variedad de quimioterápicos fueron incrementando notablemente el armamento disponible, el cual, si bien insuficiente para curar el virus, resultaba apto para mejorar la calidad de vida y para prolongar la vida de los pacientes afectados.(9)

A partir de 1991, el AZT se vio acompañado por otras drogas nuevas, como el DDI, DDC, 3TC, D4T, etc., desarrolladas para luchar contra el VIH, que difieren de la primera por su menor toxicidad. Estas alternativas abrieron el camino para tratamientos combinados o secuenciales. Desde 1995 se generalizó la utilización de la terapia con dos de las mencionadas drogas en forma combinada. La superioridad terapéutica de los “cócteles” o combinación de hasta tres drogas fue demostrada por primera vez en la XIª Conferencia Internacional sobre SIDA que se llevó a cabo en la ciudad de Vancouver en 1996. Más recientemente, la introducción de un nuevo grupo de medicamentos llamados “inhibidores de proteasa” e “inhibidores no-nucleósidos” han permitido lograr una significativa mejoría en la lucha contra la infección y las expectativas de vida de las personas viviendo con VIH. (10)

En el ámbito mundial se han descubierto hasta la fecha tratamientos muy avanzados. En 1987 una persona con VIH debía ingerir más de 20 pastillas al día para vivir 3 o 4 años más. Para 1999 la ciencia había avanzado mucho y un paciente podía ingerir 3 pastillas diarias y tener un promedio de vida de 20 años más.

En estos momentos en los Estados Unidos ya hay tratamientos de 1 pastilla por día y una persona con VIH puede vivir casi como con una enfermedad crónica (Ej. Diabetes), es decir, los medicamentos aíslan y suprimen el virus de tal manera que se puede llevar una vida prácticamente normal, siempre y cuando la persona no descuide su tratamiento. (11)

Sin embargo, aun superados los obstáculos para sintetizar una vacuna segura y efectiva, quedará por resolver el acceso masivo e igualitario a la misma. Obtenida una vacuna contra el VIH/SIDA, la humanidad se verá enfrentada al desafío de ponerla al alcance de la población de todas las regiones del mundo, sin que razones de desarrollo económico o capacidad de compra interfieran con ese objetivo.

El VIH/SIDA registra eventos únicos en la historia de la medicina, tales como que una sesión especial de la Asamblea General de la ONU se reuniera en 1988 declarando por unanimidad, “de interés universal”, la lucha coordinada contra la enfermedad. (12)

El 1° de diciembre de 1994, en ocasión del Día Mundial de la Lucha contra el SIDA, los jefes de estado o representantes de 42 países reunidos en Francia, firmaron la Declaración de la Cumbre sobre SIDA en París que declara la humanidad amenazada por la pandemia del SIDA y compromete a los países firmantes a implementar las estrategias adecuadas para enfrentar la emergencia sanitaria.

La historia del VIH/SIDA no comienza obviamente en Los Ángeles en 1981. Dicha referencia nos remite a la primera comunicación en la literatura médica, aunque ulteriores estudios retrospectivos permiten detectar casos en pacientes fallecidos en las décadas del 60 y 70 en África desde donde aparentemente se propaga la enfermedad con el contagio de monos infectados hacia humanos.

Y así como la historia del VIH/SIDA no tiene una fecha precisa de comienzo, carecemos al presente de información que nos pueda permitir pronosticar su extensión.

Aun en el caso que una vacuna estuviera masivamente disponible para todo el planeta en los próximos años, las generaciones actuales tendrán que seguir lidiando con las consecuencias de la actual epidemia por el resto de sus vidas. (13)

El conocimiento de la historia de esta epidemia resulta una base útil para repensar nuestros enfoques de la salud pública, los sistemas que están supuestamente a su servicio y las actitudes sociales frente a los fenómenos epidémicos. Tal vez de esta manera, la próxima epidemia, cualquiera que ella fuera, nos encontrará mejor preparados para enfrentarla y vencerla.

En el año 1983 investigadores franceses aíslan el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), descubrimiento que más tarde es realizado en los Estados Unidos, quedando expuesto al mundo el agente causante del sida (14).

El sida es un síndrome de deficiencia autoinmune causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH); se transmite a través de la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna; la infección por el virus no distingue edad, sexo, raza, ocupación, país, condición social, etnia, nivel socioeconómico o religión y constituye sin dudas uno de los principales problemas de la salud en la actualidad, con una importante morbilidad y mortalidad en los sectores más jóvenes de la población, provocando cuantiosos costos sociales y pérdidas de vidas humanas. Ningún país está libre de VIH-SIDA y sólo unos pocos privilegiados y ricos, han logrado reducir la mortalidad con medicamentos de alto e irracional precio. Otros desafortunados y pobres, asisten a una pavorosa reducción de la expectativa de vida de sus pueblos y a un decrecimiento demográfico que lo puede llevar a la extinción.

El VIH-SIDA se ha convertido en una pandemia pues afecta de una manera u otra, a todas las regiones del Orbe. En los años transcurridos desde que se detectaron los primeros casos de la enfermedad, las características y patrones de la misma han sufrido cambios, los primeros casos se reportaron en EUA, África Central y Europa Occidental, pero luego esta se ha extendido hasta constituir una pandemia (15).

El VIH-SIDA se ha vuelto una de las enfermedades más terribles del presente siglo. Esta tragedia ha sido conocida en su dimensión real por su frecuencia de aparición, su ataque predominantemente a personas jóvenes o de edad media, su forma de diseminación por contacto sexual o por la sangre, el riesgo de infección de personas aparentemente sanas portadoras de la infección y la evolución implacable a SIDA en muchos pacientes que concluye con la muerte.

Alrededor de 105 naciones han establecido metas y objetivos encaminados a alcanzar el acceso universal a la prevención, tratamiento y apoyo relacionado con el VIH para el 2010. No obstante las tasas de nuevas infecciones van en aumento en China, Indonesia, Kenya, Mozambique, Papua, Nueva Guinea, Rusia, Ucrania, Viet Nam , así como Alemania, Australia y Reino Unido (16).

En las últimas décadas el VIH ha infectado a millones de personas. A finales del 2008, ONUSIDA señaló que más de 33 millones de personas padecían VIH/sida en todo el mundo, con cerca de siete mil 500 nuevas infecciones cada día. En total, 2,0 millones de personas fallecieron a causa del sida en este año.

Este mismo informe plantea que a escala mundial la epidemia de VIH se ha estabilizado, pero los niveles de nuevas infecciones motivado por los tratamientos que prolongan la vida y a que las nuevas infecciones, todavía superan en número a las muertes provocadas por la enfermedad, aunque, el número de fallecimientos por sida, son aun inaceptablemente altos (17).

El sida continúa siendo la principal causa de mortalidad en África, donde existe el 67 por ciento de las personas VIH positivas del planeta. En ese continente, viven con el virus 10 millones de jóvenes entre 15-24 años y casi 3 millones de niños menores de 15 años, hoy día cada 12 adultos africanos hay un paciente seropositivo. En esta región el 57% de los infectados por el VIH/sida son mujeres y niñas (18).

En las Américas, se calcula que una de cada 200 personas entre 15 y 49 años de edad está infectada por el VIH, mientras en el Caribe, una de cada 50 tiene la infección, y constituye la segunda región del mundo con mayor prevalencia del VIH/sida (19).

Al principio muchos pensaron que el sida era una enfermedad que afectaba principalmente a los hombres, pues en la década de 1980 las mujeres eran sólo un pequeño grupo afectado por esta epidemia. En el año 2000 más de 14 millones de mujeres fueron infectadas y cuatro millones murieron. Pero un patrón aterrador ha surgido desde entonces y en el mundo las mujeres están llevando crecientemente el peso principal de la epidemia (20).

En términos globales las mujeres representan el 47% de las personas mayores de 15 años que viven con el VIH o padecen de sida, 10,3 millones de jóvenes de 15-24 años están viviendo con el VIH/sida y constituyen el 45% estimado de las nuevas infecciones, mientras el número de niños menores de 15 años que viven con el virus fue de 2,0 millones en 2007 y casi el 90% vive en África subsahariana (21).

Esta enfermedad tiene una especial repercusión en los jóvenes de ambos sexos y lacera por tanto a los sectores más productivos de la población, disminuyendo el crecimiento económico y reduciendo la esperanza de vida hasta cerca del 50% (22). Mientras la humanidad se adentra en la tercera década de la epidemia del sida la evidencia de su impacto es irrefutable, con implicaciones en el desarrollo humano; retos en términos de prevención, además en el ámbito de reducción del estigma asociado con la enfermedad, la educación para las adherencias a los tratamientos antirretrovirales, la movilización social y política para garantizar el compromiso de los gobiernos y la sociedad civil, para controlar el avance de la epidemia.

Resulta trágico que a pesar de disponer de métodos eficaces de prevención y tratamiento, aun existen personas en peligro de contraer la infección por el VIH y de tener una muerte prematura resultado de las enfermedades relacionadas con el sida.

Debido al desmejoramiento de las infraestructuras sanitarias y las carencias de recursos para invertir en la epidemia que se presenta en muchos países.

Por otro lado, el nivel de conocimientos sobre la prevención del sida y los esfuerzos por llevarla a cabo, aún resultan insuficientes. La práctica de un sexo seguro con la utilización del preservativo continúa siendo muy limitada y varía según el nivel de instrucción. (23)

La tendencia evidente del VIH/sida como problema de salud a escala mundial, ha repercutido también de manera importante y consistente en el perfil de morbilidad y mortalidad en Cuba.

Al cierre del 2008, el país registró la tasa de prevalencia más baja del Caribe. Una de cada mil personas está infectada por el virus de inmunodeficiencia humana y en los últimos cuatro años la tasa ha crecido de 0,05 a 0,1 por ciento. Unos 10 454 individuos han sido diagnosticados como seropositivos al VIH, 3 910 han enfermado de sida, 1,847 han fallecido, de ellos, 1,721 a causa del sida y 126 por otras causas, más de 3,700 reciben tratamiento antirretroviral: los 2,157 enfermos de sida vivos y otros que viven con VIH según recomendaciones internacionales (24).

Este mismo informe indica que el 80,6% de los casos diagnosticados en el país son del sexo masculino y el 85,1% de ellos son hombres que tienen sexo con hombres (HSH), grupo que continúa siendo el más vulnerable a la infección y que aporta el mayor número de casos a la epidemia, el 19,4% es del sexo femenino siendo el índice masculino/femenino de 4:1 (25).

En Cuba la transmisión vertical ha sido prácticamente nula al igual que a través de la sangre y hemoderivados; se evidencia franco predominio de la transmisión sexual (10).

Las líneas básicas de acción en el país han estado en intervenir en los factores que inciden en una disminución de la vulnerabilidad personal y social de diferentes grupos de población. En este sentido, a pesar de las acciones dirigidas a incrementar conocimientos, elevar la percepción de riesgo, desarrollo

de actitudes de auto cuidado y acceso a los condones, existen todavía un grupo de barreras que entorpecen el trabajo educativo de la comunidad respecto al VIH. (26)

La rápida adopción de medidas y el establecimiento de diferentes mecanismos para la prevención de la enfermedad que incluyen el fortalecimiento de los conocimientos y la adopción de prácticas sexuales seguras, ha propiciado como característica particular, que la epidemia en la Isla haya tenido un crecimiento lento, localizada en grupos específicos, aunque con una aceleración del ritmo en los últimos cinco años, que han hecho del trabajo de prevención la base de la respuesta institucional contra la enfermedad (27).

Sin dudas el país muestra una situación favorable para la realización de acciones en el control de la epidemia, en relación con la mayoría de los países del mundo, a lo que han contribuido la voluntad política del gobierno de apoyar e implementar estrategias de intervención en concordancia con la realidad nacional, la fortaleza del sistema de salud y la elevada participación de la población, de forma activa en las diferentes acciones educativas ha logrado la disminución al máximo de la propagación del VIH en la población cubana, garantizar mejores condiciones de diagnóstico, adecuados tratamientos y evolución de los seropositivos y enfermos de sida así como fortalecer el trabajo en relación a la familia y la sociedad (28).

A los aspectos anteriores se le incorpora la mejoría en el componente educativo dirigido a promover comportamientos, actitudes y prácticas sexuales saludables, con una autoevaluación más adecuada del riesgo de infección por el VIH, propiciar una convivencia social sin consecuencias con seropositivos y enfermos de sida, así como dar a estos pacientes herramientas para convivir en armonía y seguridad para él y para los demás.

Pese al esfuerzo y la entrega de gran cantidad de personas y organizaciones, la pandemia de VIH/sida se ha convertido en un desastre humano, social y económico de consecuencias incalculables para los individuos y comunidades y aunque el VIH/sida no es curable, si es prevenible y cada vez más tratable (29).

No obstante, la expansión creciente de esta pandemia en el nuevo siglo demanda el uso más eficiente de intervenciones de salud, encaminadas fundamentalmente a programas de promoción y prevención, en los que radica la clave del éxito.

Es indiscutible el insuficiente nivel de conocimientos que tiene la población (sobre todo con riesgo de contraer la enfermedad) sobre la transmisión del VIH-sida y su repercusión en la calidad y expectativa de vida del hombre (30).

Pese a más de un decenio de progreso en la comprensión de la biología molecular del virus y los detalles patológicos de la enfermedad, aún no se vislumbra una cura, ni vacuna, es por ello que la promoción y la prevención para el fomento de la salud en VIH-sida es un eslabón fundamental en la lucha por la vida, contribuyendo a crear valores y modelos conductuales que puedan facilitar un comportamiento sexual más saludable y responsable (31).

Los estudios epidemiológicos demuestran una correlación entre la infección por VIH y el subsecuente desarrollo del SIDA, sin embargo, la epidemiología del SIDA también demuestra que existe un largo periodo de latencia que ha sido estimado entre 8 y 15 años, entre la infección primaria por VIH y el desarrollo del SIDA debido a que el VIH es capaz de replicarse y permanecer estable incluso en células inactivas que no han pasado por una división celular.

A pesar de ser un virus con envoltura, el VIH es bastante resistente a la acción de solventes orgánicos como el alcohol, éter y cloroformo, así como a la inactivación por agentes antisépticos y desinfectantes como el benzal. Solamente algunos detergentes no iónicos como el TntonXI 00, el cloro activado y las temperaturas mayores a 60°C por varios minutos, son eficaces para inactivar al VIH. La inusual resistencia del VIH a la inactivación por agentes fisicoquímicos es compensada por su baja infectividad, ya que el VIH infecta a sus células blancas con dificultad. (31-32)

La evidencia disponible indica que el VIH sólo puede infectar en forma productiva y persistente al hombre y al chimpancé, y solamente se replica en cultivos de células humanas o de chimpancé, en particular de linfocitos.

Sin embargo, chimpancés que han sido infectados con grandes dosis de VIH desde 1983, no han desarrollado ninguna enfermedad que sugiera inmunodeficiencia adquirida.

Las principales vías de contagio por este virus son la sangre y sus derivados, así como el contacto sexual. La eficacia del contagio por vía sanguínea depende de varios factores como son el número de partículas virales presentes en la sangre contaminada, el volumen de sangre aplicado y el estado inmunológico del individuo receptor. (32)

Hoy en día, la transmisión por vía sexual es la principal forma de contagio por VIH. Desafortunadamente, es frecuente la transmisión del VIH de la madre al producto, durante el embarazo o durante el periodo inmediato al nacimiento (perinatal) También se puede presentar esta enfermedad como consecuencia del trasplante de timo o de hígado fetal y en los trasplantes de médula ósea.

La evidencia de contagio por VIH se establece por medio de una prueba de ELISA específica (ELISA significa en inglés: enzyme linked immunosorbent assay) Un resultado positivo (seropositivo) se interpreta como evidencia de que la persona ha estado en contacto con el HIV, tomando en cuenta las graves repercusiones que puede tener el diagnóstico de seropositividad anti-VII I, toda prueba de ELISA positiva para HIV debe ser confirmada por medio de una prueba mucho más sensible y exacta que se conoce como *Wastem Blot*. Ya que el ELISA puede dar falsas reacciones positivas. La prueba del *Waslain U* permite demostrar la existencia de anticuerpos específicos contra todas y cada una de las proteínas estructurales del VIH, el *Wastem Blot* positivo confirma la infección por VIH. (33)

La infección primaria por VIH puede ser asintomática o manifestarse como un síndrome gripal de resolución rápida. Posteriormente hay un largo periodo de latencia que dura varios años y que es asintomático, hasta que aparecen las primeras manifestaciones clínicas del SIDA que se presenta como una inflamación de varios grupos de ganglios linfáticos (linfadenopatía), acompañada de la pérdida de peso, diarrea persistente y posteriormente,

se presentan una o varias infecciones oportunistas (causadas por microorganismos que tienen un bajo potencial patogénico) o la reactivación de antiguas infecciones latentes como la tuberculosis o el herpes.

En algunos casos se desarrollan tumores malignos como el sarcoma de Kaposi o ciertos linfomas, y manifestaciones neurodegenerativas que terminan en la demencia (33,34).

Cualquiera de los procesos anteriores puede ser la causa del fallecimiento, sin embargo, desde que se describieron los primeros casos de SIDA, se encontró una importante similitud entre las manifestaciones clínicas del SIDA y aquellas propias de ciertas enfermedades conocidas como enfermedades autoinmunes, las cuales se caracterizan porque el sistema inmune reconoce como extrañas a células y moléculas del propio organismo, por lo cual las ataca y produce enfermedad.

Hasta el momento, los tratamientos con antivirales han dado pobres resultados en el tratamiento del SIDA y sólo se han logrado progresos en el manejo de las complicaciones clínicas del SIDA, utilizando medicamentos que disminuyen los síntomas y molestias asociadas con esas complicaciones. Existe una amplia variedad de agentes antivirales que están siendo evaluados respecto a su acción contra el VIH. Desafortunadamente, la mayoría de los antivirales probados hasta la fecha, inducen con rapidez la aparición de mutantes de VIH resistentes a dichos antivirales. (34)

Actualmente, las mejores medidas para reducir el riesgo de infección por VIH son. verificar que la sangre y derivados de sangre utilizados con fines médicos (para transfusiones, etc.) se encuentren libres de contaminación por VIH; evitar el uso de drogas intravenosas y otros procedimientos que impliquen el intercambio de materiales e instrumentos potencialmente contaminados con sangre o células infectadas, evitar la promiscuidad sexual y utilizar condones durante el acto sexual. (35)

Caballero Hoyos (2001) en un estudio transversal, descriptivo, a cerca de las fuentes de información y su relación con el grado de conocimientos sobre el VIH en adolescentes en edades comprendidas de 15 a 19 años, en varones y mujeres, encontraron un nivel regular de conocimientos, en el que a mayor estrato socioeconómico mayor es el acceso a información y el nivel de conocimiento (36).

Con respecto a la información y sus fuentes, casi todos los adolescentes refirieron haber escuchado algo sobre el SIDA (94.9 %) a través de los medios masivos como la televisión (79%), la radio (39.1 %). Revistas (26.3 %) y los periódicos (16.3%), con una frecuencia de 2 a 3 veces por semana (42.3%), una vez por semana (38.4%) y todos los días (19.4%). los medios interpersonales a los que más accedían los adolescentes son; profesores (39.1%), familiares (37.7%), y amigos (32%) Sin embargo, en la información que dijeron tener mayor confianza fue la de los médicos (51.9%), familiares (42.1%) y profesores (40.2%) (37).

Caballero. H y Villaseñor, S (2001) en un estudio transversal, muestral descriptivo y correlacional aplicado a un grupo de 758 adolescentes en edades comprendidas entre los 15 y 19 años, mediante un análisis de consenso cultural sobre conocimientos de VIH-SIDA. Mostraron conocimientos relativamente homogéneos en todos los estratos socioeconómicos y en ambos géneros, sin embargo, los niveles de consenso fueron más altos en los estratos superiores. (38)

Flores. P y Leyva, F (2003) en un estudio no probabilístico transversal, exploratorio de campo sobre la representación social del SIDA, en un grupo de jóvenes estudiantes de bachillerato entre 16 y 23 años, abordaron la dimensión cognitiva, aplicando técnicas de asociación libre, campo representacional, a través de entrevistas semiestructuradas y actitud de contexto por medio de dos grupos de discusión en los que se utilizó la información recolectada anteriormente como base para la discusión. El núcleo cognitivo sobre el SIDA incluye la asociación ente sexo, enfermedad y muerte, el campo representacional del SIDA se construye sobre la unidad transmisión prevención, donde aparecen vinculados conceptos como virus, contagio, sexo, protección y condón (39). Identificaron una actitud ambivalente para la prevención y la transmisión de VIH:

"mitad depende de nosotros y mitad no"; los grupos de discusión resaltaron situaciones como, "violaciones, transfusiones, jeringas infectadas" en las que consideran nula su capacidad para prevenir la transmisión.

La utilidad del condón esta relacionada con la prevención de embarazos, más que con la prevención de infecciones de transmisión sexual, en su estudio transversal, descriptivo sobre con quien hablan los adolescentes mexicanos sobre el SIDA en edades comprendidas entre 15 y 19 años, identifico que los hombres jóvenes hablan del SIDA con su padre más que las mujeres, y las mujeres más con su madre (40).

Los adolescentes y jóvenes están expuestos a factores y conductas de riesgo que son respectivamente los elementos que aumentan la probabilidad de aparición de la enfermedad, que constituyen un verdadero problema de salud en estas edades.

Además, muchos adolescentes desconocen qué se entiende por comportamiento sexual arriesgado y aún conociendo el riesgo, muchos creen que son invulnerables, al cual se añaden diferentes riesgos a la salud como otras infecciones de transmisión sexual, el embarazo precoz si se trata del sexo femenino, y la frustración social que trae para la adolescente o la joven que generalmente se ve impedida de concluir su proyecto de vida (41).

La falta de información para protegerse del VIH/sida y la actividad sexual indiscriminada y sin protección, son factores y conductas de riesgo más relevantes para la adquisición de esta enfermedad y difícil de comprender por tener un largo período de incubación y no ver en un comportamiento arriesgado inmediatas consecuencias manifiestas (42).

La educación es el arma fundamental en la lucha contra la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y esto solo se logra a través de una información adecuada y el comportamiento responsable de las personas (43).

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

Continuarán aprendiendo unos de otros, pero su conducta dependerá en gran parte de la información, los conocimientos y los servicios con los que la generación actual de adultos dote a sus hijos (44).

Los adolescentes y jóvenes son especialmente vulnerables a la infección por el VIH, pero también son la mayor esperanza para cambiar el desarrollo de la epidemia de VIH-SIDA. La vulnerabilidad de los adolescentes y jóvenes a contraer esta enfermedad ha quedado demostrada en el transcurso de los años de evolución de la misma, no obstante es bien sabido que para lograr un freno en su propagación se necesita de una educación sexual sostenida hacia este sector de la población (45).

El municipio Ciego de Ávila, en la provincia del mismo nombre, en la región central de Cuba, tiene antecedentes de trabajo por proyectos que le ha permitido alcanzar nuevos estadios de desarrollo e ir mejorando la Calidad de Vida de la población, pero el territorio no escapa a la problemática que representa el VIH/sida. La prevalencia actual es de 66.7 por 100 000 habitantes (46). Evaluaciones realizadas por el Proyecto de Creación de un Centro de Prevención de las ITS/VIH/sida en el territorio, indican, que a pesar de las acciones realizadas, existen comportamientos sexuales de riesgo en los jóvenes y adolescentes, que los hacen más vulnerables al virus de la inmunodeficiencia humana y al sida, la revisión de la literatura científica señala un aumento creciente y general del VIH/sida en edades jóvenes y la principal vía de contagio es la transmisión sexual. El fenómeno constituye una importante preocupación por su gran repercusión económica y social en cualquier país. Profundizar en aspectos relacionados con el comportamiento sexual en los adolescentes y cómo afectan estos su salud, puede ser una vía para el diseño de estrategias dirigidas al incremento de la percepción de riesgo ante el VIH/sida, al cambio de estilos de vida, y el aumento del nivel de salud de la población (47).

# Material y Metodo

### **Materiales y Métodos**

Se realizó un estudio de Intervención Educativo pre-experimental (antes-después) que incluyó el uso de técnicas participativas (presentación, animación y análisis) en adolescentes del Centro Mixto Indalecio Montejo Gómez, en la comunidad El Purial, Ceballos de Octubre del 2012 Junio 2013 con el objetivo de evaluar la eficacia del Programa de Intervención Educativo para elevar los conocimientos sobre VIH-SIDA en adolescentes.

**Universo y muestra:** El universo de trabajo estuvo constituido por 111 adolescentes de 12 y 16 años, del centro mixto Indalecio Montejo Gómez de la comunidad el Purial, de los cuales se escogieron a 62 adolescentes mediante un muestreo aleatorio simple. Para dar respuesta a las necesidades de aprendizaje identificadas se desarrolló un Programa de Intervención Educativo que implicó dividirlos en 2 subgrupos de 31 integrantes.

#### **Criterios de Inclusión:**

- ❖ Adolescentes entre 12y 16 años del centro mixto Indalecio Montejo Gómez, que dieron su consentimiento de participar en la investigación.
- ❖ Vivir en el área del Purial perteneciente al área de salud de Ceballos.
- ❖ Presentar un adecuado nivel cognitivo.

#### **Criterios de exclusión:**

- ❖ Estudiantes que los padres no autoricen su participación.
- ❖ Salida temporal de la comunidad.
- ❖ Estudiantes que se nieguen a participar en el proyecto.

#### **Criterios de salida:**

- ❖ Estudiantes que abandonan voluntariamente la investigación.
- ❖ Por traslado definitivo del estudiante a otro centro estudiantil.

**Criterio ético:** La encuesta se aplicó de forma anónima, en presencia del autor, la hoja se entregó doblada, con lo que se logró privacidad y sinceridad al responder las preguntas. Se hicieron aclaraciones sobre algunas palabras de la encuesta y cada cual respondió lo que conocía.

**Metódica:** La investigación fue subdividida en 3 etapas: Diagnóstico, Intervención y Evaluación Final.

Etapa de Diagnóstico: Se estableció la comunicación con todos los adolescentes involucrado en el estudio para solicitar la participación consciente, lo que quedo validado a través de un documento que fue firmado como constancia de su disposición a participar en el estudio.

Se aplicó la encuesta (Anexo # 2) en el primer encuentro lo que caracterizó el grupo e identificó el nivel de conocimientos que poseían sobre VIH-SIDA, esto permitió definir los temas que se impartieron teniendo en cuenta las necesidades de aprendizaje detectadas.

La encuesta fue aplicada por la autora lo que permitió la aclaración de las dudas surgidas en relación a los términos o definiciones empleados.

Etapa de Intervención: Se procedió a aplicar el Programa de Intervención Educativo elaborado al efecto con 6 actividades escogidas.

- 1-Presentación del programa (Introducción).
- 2-Generalidades sobre la adolescencia.
- 3-VIH-SIDA.
- 4-Uso correcto y ventajas del condón.
- 5- Factores de riesgo, prevención y transmisión del VIH-SIDA.
- 6-Consolidación y evaluación sobre los temas impartidos.

De Las sesiones en números de 6, tuvieron una frecuencia de una hora de duración fueron impartidas en áreas del mismo centro.

Etapa Evaluativo (Evaluación Final): Al concluir el Programa de Intervención Educativo se aplicó la misma encuesta con las mismas características de la evaluación inicial 6 meses después de haber culminado el Programa de Intervención Educativo

Determinando el nivel de conocimientos alcanzado por los participantes. Su evaluación por temas permitió recopilar la información sobre los conocimientos acerca del VIH-SIDA antes y después de aplicar el Programa de Intervención Educativo.

**Métodos del nivel teórico:**

Análisis síntesis: Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.

Análisis histórico lógico: Se selecciona con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el de cursar de su historia.

Inducción deducción: Porque en la investigación se establecieron generalizaciones que confirmaran empíricamente la hipótesis.

Hipotético deductivo: Por deducir la hipótesis como respuesta al problema de la investigación trazado en la investigación.

**Métodos empíricos:**

La observación: Mediante la misma se conoció la realidad del proceso, lo cual nos permitió aplicar un Programa de Intervención Educativa que nos lleve a alcanzar el logro del objetivo general de la investigación.

La encuesta o instrumento evaluativo: Fuente primaria de recolección de la información que se aplicó a los adolescentes de la muestra escogida, antes y 6 meses después de desarrollar el programa educativo, este instrumento de evaluación ya estaba desarrollado y validado, mediante el pilotaje, en la Habana. El modelo de prevención del VIH/SIDA en adolescentes consideró los siguientes factores: conocimientos sobre la sexualidad e ITS/SIDA; actitudes, valores y creencias; necesidades e intereses de los adolescentes sobre la sexualidad; conductas preventivas; percepción de la gravedad del VIH/SIDA; vulnerabilidad y riesgo, percepción de la relación personal entre los comportamientos de riesgo y sus posibles consecuencias; niveles y fuentes de acceso a la información sobre la sexualidad y VIH/SIDA; medio ambiente (entorno) en el que vive el adolescente. Como metodología general aplicada en el proceso educativo están las conferencias y video debates se emplearon técnicas como lluvia de ideas,

la tela de araña, análisis de casos, descripción y relatos de experiencias, dramatizaciones, concurso de afiches y solución de problemas.

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas efectivas para lograr cambios de comportamientos específicos y sostenidos en sectores de la población, debe estar centrado en el objeto, implicándolo afectivamente, con una comunicación horizontal.

Métodos educativos: Son las vías y los modos de la actividad conjunta entre los objetos para lograr los objetivos propuestos.

Centrado en el objeto: Los adolescentes.

Implicado afectivamente: Cuando no se limita al objeto a conocer sobre el problema, sino que éste está relacionado con sus necesidades y motivos.

Comunicación horizontal: Cuando los elementos del conocimiento necesario se transmiten sin diferencia de nivel entre objetos de diferentes estratos.

Nivel de conocimiento general de los adolescentes sobre sexualidad: Los conocimientos adquiridos acerca de los factores de riesgo de la infección, conocimientos sobre como evitar el VIH, las ventajas del uso del condón, el uso correcto del condón, las creencias y mitos sobre el uso del condón.

## Operacionalización de las variables.

Operacionalización de las variables. Unidad de Análisis	Categoría	Clasificación	Subcategorías	Evaluación ítem
Adolescentes en estudio.	Conocimientos en cuanto a los factores de riesgo para infectarse con VIH-SIDA.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado: Si identifica tres incisos correctos  Inadecuado: Si identifica dos incisos correctos o menos	Item1: (25 pts)  Incisos correctos: 1.2, 1.3, 1.4, 1.6, 1.7  (5 pts cada uno)
Adolescentes en estudio	Conocimientos en cuanto a las ventajas del uso del condón.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Si identifica tres incisos correctos Inadecuado: Si identifica dos incisos correctos o menos	Item2: (25 pts)  Incisos correctos: 2.1, 2.3, 2.4, 2.5 y 2.7  (5 pts cada uno)
Adolescentes en estudio	Conocimientos sobre los riesgos de las personas que cambian frecuente de pareja.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado: si identifica tres incisos correctos.- Inadecuado: Si identifica dos incisos correctos o menos	Item3: (25 pts)  Incisos correctos: 3.2, 3.4, 3.5, 3.6 y 3.7  (5 pts cada uno)
Adolescentes en estudio	Conocimientos sobre prevención y transmisión del VIH-SIDA	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado: si identifica tres incisos correctos.- Inadecuado: Si identifica dos incisos correctos o menos	Item4: (25 pts)  Incisos correctos: 4.1,4.3, 4.4, 4.5 y 4.7  (5 pts cada uno)
Adolescentes en estudio	Conocimientos generales	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado: Si obtiene de 75 a 100 puntos. Inadecuado: Si obtiene menos de 75 puntos.	Aprobado: Incluye la categoría adecuado Desaprobado: Incluye la categoría inadecuado

Para la recogida de la información se creó una base de datos utilizando una computadora Pentium IV. La información se muestra en valores numéricos y porcentuales. Los resultados se muestran en tablas las cuales fueron analizadas para emitir conclusiones.

# Discusion y Resultados

## Resultados

TABLA 1: Conocimientos en cuanto a los factores de riesgo para infectarse con VIH-SIDA.

	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Adecuado	13	20.9	58	93.5
Inadecuado	49	79.0	4	6.4
Total	62	100	62	100

**Fuente: Encuesta.**

En la tabla 1 se observa que antes de la intervención un 79,0% de los adolescentes tenían conocimientos inadecuados sobre los principales factores de riesgo de la infección por VIH –SIDA lo cual varió después con un 93.5% de conocimientos adecuados, llama la atención que muchos adolescentes iniciados en una vida sexual activa desconocen el riesgo de contraer enfermedades venéreas por esa vía y no consideran necesario utilizar medios de protección lo cual demuestra que la educación sexual recibida resulta insuficiente.

En estudios realizados en España por FORTUNY C con adolescentes sobre grupos y factores de riesgo percibimos que un 90% tenían conocimiento inadecuado sobre estos aspectos. Nuestros resultados coinciden con el estudio antes mencionado.

Tabla 2 Conocimientos en cuanto a las ventajas del uso del condón.

Antes			Después	
	Nº	%	Nº	%
Adecuado	23	37.0	62	100
Inadecuado	39	62.9	0	0
Total	62	100	62	100

**Fuente: Encuesta.**

En la tabla 2 se observa que un 62.9 % de los adolescentes poseían conocimientos inadecuados sobre las ventajas del uso del condón antes de informarles acerca de ello, sin embargo, esa situación vario favorablemente después de las sesiones educativas, pues 100 % obtuvieron nociones adecuadas sobre las ventajas del mismo, Existen reportes en Cuba de estudios realizados acerca de este tema una tesis de grado de comunicación social realizada en el 2001 con adolescentes de uno u otro sexo entre 15 y 19 año de cinco municipios de Ciudad de la Habana reporta algunas preocupaciones en los conocimientos que muchachos y muchachas tienen sobre las ventajas del uso del condón, se demuestran que cerca de dos tercios de lo adolescentes sabe que no existe peligro de contraer el virus por picaduras o compartir tasas y alrededor del 85% declara que tener relaciones sexuales sin protección así como compartir agujas son vías para infestarse estas cifras son similares a las encontradas en nuestro estudio.

Tabla 3 Conocimientos sobre los riesgos de las personas que cambian frecuente de pareja.

	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Adecuado	14	22.5	57	91.9
Inadecuado	48	77.4	5	8.0
Total	62	100	62	100

**Fuente: Encuesta.**

En la tabla 3 observamos que en cuanto a los conocimientos sobre riesgos de personas que cambian frecuentemente de pareja sexual, mas de las tres cuartas partes de los adolescentes 77.4 %tenían conocimientos inadecuados sobre el tema antes de la intervención, pero luego de realizada un 91.9 % pasaron a la categoría de poseedores de información adecuada sobre riesgos por el cambio frecuente de pareja sexual. En una investigación del inicio de esta década realizada en la capital por el centro de estudios de población, el centro de prevención de ITS y SIDA y otros especialistas del Ministerio de Salud Pública muestra en encuesta realizada a mas de 3500 capitalinos entre 13 y 19 años que casi el 90 % no se veían con ninguna probabilidad de algún riesgo de contraer el SIDA o tenían posibilidad mínima de enfermarse.

Tabla 4 Conocimientos sobre prevención y transmisión del VIH-SIDA

Antes			Después	
	Nº	%	Nº	%
Adecuado	12	19.3	57	91.9
Inadecuado	50	80.6	5	8.0
Total	62	100	62	100

**Fuente: Encuesta.**

En la tabla 4 se muestran los resultados sobre conocimientos sobre la prevención y transmisión del VIH-SIDA antes de la acción educativa, si bien 80.6% de los participantes poseían nociones inadecuadas sobre la transmisión y la prevención, después de efectuada se elevo a 91.9 % el porcentaje de los que modificaron positivamente sus conocimientos sobre este tema. Es importante la capacitación de los niños y adolescentes de ambos sexos, a fin de que más tarde preparen a sus propios hijos para el encuentro con otro sexo, mediante el ejemplo y una buena educación general y específica.

Tabla 5 Conocimientos generales

Antes			Después	
	Nº	%	Nº	%
Adecuado	19	30.6	55	88.7
Inadecuado	43	69.3	7	11.2
Total	62	100	62	100

**Fuente: Encuesta.**

En la tabla 5 se observa que un 69.3 % de ellos tenían conocimientos generales inadecuados sobre el asunto pero después un 88.7 % los variaron satisfactoriamente durante las reuniones participativas. Nuestro estudio se corresponde con los realizados por otros autores según las bibliografías revisadas para el enriquecimiento de este trabajo (10). Después de la intervención fue modificado 92,0 % de los que tenían conocimientos inadecuados antes de la intervención, por lo que se hace necesario incrementar las fuentes de información científica y educativa hacia una actitud positiva sobre la adopción del uso del preservativo, resultados que coinciden con los encontrados por otros autores también se logró elevar los conocimientos sobre el VIH que poseían los adolescentes objeto de estudio, lo cual concuerda con algunos autores (11). El Programa de Intervención Educativo realizado mostró ser eficaz al modificar los conocimientos que poseían los adolescentes participantes en la investigación sobre VIH-SIDA.

# CONCLUSIONES

## **CONCLUSIONES**

Como podemos apreciar a través de la investigación realizada, los niveles de conocimiento de los estudiantes con respecto a la enfermedad, previo a la realización de la intervención educativa era muy pobre, lográndose un incremento considerable en los mismos posterior a realizada dicha actividad educativa. Las principales necesidades de conocimientos en los adolescentes estuvieron relacionadas con: Factores de riesgo de la infección por VIH-SIDA, prevención, vías de transmisión de la enfermedad y las ventajas del uso correcto del condón. Antes de aplicar el Programa de Intervención Educativo los adolescentes tenían desconocimientos sobre el VIH-SIDA. Una vez aplicado el Programa de Intervención Educativa se incrementó significativamente los conocimientos en los adolescentes del centro mixto Indalecio Montejo Gómez de la comunidad el Purial, resultando eficaz pues se logró enriquecer de forma general, el nivel de conocimientos de los adolescentes acerca del VIH-SIDA.

# RECOMENDACIONES

**Recomendaciones**

Recomendamos Implementar un Programa de Prevención y Promoción sobre VIH/SIDA en Escuelas Secundarias Básicas para fomentar el conocimiento y mejorar la percepción ante el riesgo, además de rescatar el funcionamiento de los Círculos de Adolescentes en los Consultorios Médicos de la Familia en el área de salud del Policlínico de Ceballos.

# Referencias Bibliográficas

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Alcamí J.** Una breve historia del sida. *Enfer Infecc Microbiol Clín* [serie en Internet]. 2008[citado 12 oct 2010];26, Sup(11): [aprox. 9 p.]. Disponible en: [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B94S7-4Y7KNHJ-1&user=10&coverDate=10%2F31%2F2008&rdoc=1&fmt=high&orig=search&origin=search&sort=d&docanchor=&view=c&searchStrId=1642839117&runOrigin=scholar.google&acct=C000050221&version=1&urlVersion=0&userid=10&md5=5da9599773c4fd501b684659d61d5a93&searchtype=a](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B94S7-4Y7KNHJ-1&user=10&coverDate=10%2F31%2F2008&rdoc=1&fmt=high&orig=search&origin=search&sort=d&docanchor=&view=c&searchStrId=1642839117&runOrigin=scholar.google&acct=C000050221&version=1&urlVersion=0&userid=10&md5=5da9599773c4fd501b684659d61d5a93&searchtype=a).
2. Castro ZE. A 27 anos del descubrimiento del VIH: breve historia de una nueva enfermedad del siglo XX. *Rev Medica Electron*[serie en Internet]. 2008[citado 12 oct 2010]; 30(4);[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol4%2008/tema17.htm>.
3. Rodriguez LA, Moreno LE, Bautista JD, Ardila AE, Numa EC, Caicedo P, et al. Prevalencia de infección por VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con hombres. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2009;41(2):135-141.
4. Msamanga GI, Fawzi WW. The double burden of HIV infection and tuberculosis in Sub-saharan Africa. *N Eng J Med*. 2007; 337(12):849-51.
5. Page MJ, Harrison KM, Wei X, Hall HI. "Federal funding for reporting cases of HIV infection in the United States, 2006". 2010;407(2):368 – 73.
6. Gottlieb MS, Campbell MG, Hawes SE, Nickle DC, Wong KG. HIV-1 Superinfection in the Antiretroviral Therapy Era: Are Seroconcordant Sexual Partners at Risk?[página en Internet]. [plosone.org](http://www.plosone.org); 2009[citado 12 oct 2010]:[aprox. 9 pantallas]. Disponible en: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0005690>.

7. Group Says uniform measure define should define HIV/AIDS care. (No authors listed) Hosp Med. 2010 Jul – Sep; 20 (3): 104 – 7.
8. Pinching A. “Neumonía causada por *Pneumocystis carinii*” (NDC). Acción en SIDA. 2009;(5): 6 – 7.
9. Oksenhedler E, Cazals-Hatem D, Schulz TF. Transient angiolymphoid hyperplasia and Kaposi’s Sarcoma after primary infection with human herpes virus 8 in patient with human immunodeficiency virus infection. N Eng J Med. 2006; 338(22):1585-9.
10. Iwamasa T. “Epidemic and non-epidemic Kaposi Sarcoma. Diagnosis, Staging and Treatment”. Critical reviews in Oncologic and Hematology. 2007; 24: 153 – 63.
11. Havlir DV, Barnes PF. Tuberculosis in patients with human immunodeficiency virus infection. N Eng J Med. 2009; 340(5):367-73.
12. Torres R, Fiol J, Cameros L, Pérez J. “La infección por el VIH y la Tuberculosis en Cuba”. Bol. Oficina Panamericana”. 2006; 119(1): 66-7.
13. Druce N, Long S, Anderson K, Bianco M, Carrasco E. “Abordando la TB y el VIH”. Acción en SIDA. 2006; 16: 1 – 2.
14. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Alto a la Tuberculosis. Componentes de la estrategia y medidas de aplicación. Washington, DC: WHO, 2006.
15. Miranda Gómez O, Fariñas Reinoso AT, Coutín Marie G, Nápoles Pérez M, Lara Fernández H, Bueno Marrero LE. Panorámica de la infección por el VIH en Cuba, 1986-2007. Rev Cubana Hig Epidemiol [serie en Internet]. 2009;47(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032009000200004&lng=en&nrm=iso&ignore=.html](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032009000200004&lng=en&nrm=iso&ignore=.html).

16. Steinbrook R. Providing antiretroviral therapy for HIV infection. *N Eng J Med.* 2007; 344(11):844-6.
17. Mugenyi PN. AIDS: the use of antiretroviral drug. *Afric Health.* 2008; 21(1):23-7.
18. Bozzette SA, Joyce G, McCaffrey DF. Expenditures for the care of HIV-infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy. *N Eng J Med.* 2007; 344(11):817-23.
19. Pérez AJ, Villaverde A B. Pautas para la atención clínica a personas infectadas con VIH o enfermos de SIDA. Cuba; 2006.
20. Mylonakis E, Paliou M, Lally M, Flanigan TP, Rich JD. Laboratory Testing for infection with the human immunodeficiency virus: established and novel approaches. *Am J Med.* 2000; 109: 568-76.
21. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2008. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Junio, 24, 2009.
22. Elisalde B. "Pruebas serológicas de detección de anticuerpos Frente al VIH". *SIDAPRES.* 2008; (2): 11 – 13.
23. Hirschel B, Francioli P. Progress and problems in the fight against AIDS. *N Eng J Med.* 2006; 338(13):906-8.
24. Leppard B, Naburi AE. Herpes zoster: an early manifestation of HIV infection. *Afric Health.* 2008; 21(1):5-6.
25. Gallardo Pérez MA, Herrera Ceballos E. "Piel e Infección por VIH". En: Bosch García RJ, Herrera Ceballos E. *Trastornos mucocutáneos en el SIDA. Claves Diagnósticas y terapéuticas, España; 2008. p.11 – 21.*

26. Wulff AE. Neuropatías Periféricas en la infección por VIH/SIDA; 2009. p. 18-20.
27. Shiels MS, Pfeiffer RM, Engels EA. "Age at cancer diagnosis among persons with AIDS in the U. States". 2010 Oct ;153 (7): 477 - 9.
28. Marra CM. Neurological complication of HIV infection. University of Washington Seattle, WA. 2006.
29. Tirelli V, Errante D, Carbone A, Gloghin A, Vaccher E. "Malignant tumors in patients with HIV infection". Critical reviews in Oncologic and Hematology. 2007; 24: 165 – 84.
30. Martínez Gallegos P. Infección del virus de inmunodeficiencia (VIH) y síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida (SIDA). Vigía (Santiago). 2006;8(22):26-29, 2005.
31. (33)Palella FJ, Delaney KM, Moorman AC. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. N Eng J Med. 2009; 338(10): 553-60.
32. (46)Kahn JO, Walker BD. Current concepts: Acute human immunodeficiency virus type 1 infection. N Eng J Med. 2008; 339(1):33-9.
33. González NI, Díaz Jmanuel, Verdasquera CD, Pérez AJ. Programa de prevención y control de la transmisión vertical del VIH en Cuba: Enero de 1986 - diciembre de 2007. Rev Chil Infectol[serie en Internet]. 2010[citado 12 oct 2010]; 27(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182010000500006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182010000500006).
34. Temesgen Z, Selected Infections and Conditions Associated With HIV Infection. Chapter 12 HIV infection. Mayo Clinical internal Medicine Concise TextBook (2008).

35. Owili DM. Cutaneous manifestation of HIV infection in Africa. *Afric Health*. 2009; 21(2):19-22.
36. Sutcliffe B. "Las bases de una política racional contra el VIH/SIDA: un análisis comparativo internacional". *SIDAPRESS*. 2007; 6: 38 – 41.
37. (26) Schmidt C. "The cancer – HIV/AIDS". 2010 summer; 60 (2): 2 – 4.
38. Larrondo JR, Hernández JM, González AR, Larrondo RP. "Lesiones en los genitales externos, Enfoque diagnóstico y conducta". *Rev Cubana Medic Gen Integr*. 2008; 14(1):5 – 14.
39. Sastre Espada J. "VIH/SIDA derrotar prejuicios y reivindicar la solidaridad". *Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA*. Esp. 2006: 5.
40. Silvarino R, Cabrera S, Méndez E, Savio E. Infección por VIH y desarrollo de fenómenos autoinmunes. *Rev Med Urug*. 2010; 26(3):161-167.
41. Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA. *MINSAP*. 2007: 1 – 3.
42. Karcesky S. "HIV/AIDS and neurologic diseases". 2010 sep.– oct; 125 (5): 718 – 27.
43. Revelo R, Peña A, Peña C. "Complicaciones Neurológicas y Psiquiátricas de las infecciones por VIH". *Medico Intercambio*. 2007;16: 452 – 57.
44. Constantine NT, Saville RD, Dax EM. *Retroviral Testing and Quality Assurance: Essentials for Laboratory Diagnosis*. Ann Arbor, MI: Malloy Printers; 2005.

45. Martínez Machin G. "Aislamiento, identificación e identificación de levaduras en pacientes con VIH con Candidiasis Oral". Rev Cubana Med Trop IPK. 2010; 49:174 – 180.

46. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus del Humano, Sida y ETS; 2006.

47. Bozzette SA, Berry SH, Duan N. The care of HIV-infected adults in the United States. N Eng J Med. 2008; 339(26):1897-904.

# Anexos

**ANEXO 1.**

**MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

**Título del estudio:** Programa de intervención comunitaria sobre VIH/SIDA en la comunidad El Purial.

Yo, \_\_\_\_\_ He analizado la información que se me ha explicado sobre el estudio y doy mi consentimiento para que mi hijo(a) \_\_\_\_\_ participe en el estudio.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre.

## **ANEXO 2.**

1. ENCUESTA Adolescente: Esta encuesta es personal y anónima, no tienes que poner tu nombre, solo queremos saber algunas cuestiones sobre la sexualidad de los adolescentes del Centro Mixto Indalecio Montejo Gómez. Te pedimos que leas y respondas con cuidado. Muchas gracias.

Fecha: \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_ sexo \_\_\_\_\_

1-Identifique los principales factores de riesgo para infestarse con el VIH-SIDA.

1.1 \_\_\_ por el uso de cubiertos, vasos, y otros objetos.

1.2 \_\_\_ teniendo contacto con sangre contaminada.

1.3 \_\_\_ tener relaciones sexuales desprotegidas.

1.4 \_\_\_ de la madre infectada al hijo durante el embarazo, el parto, la lactancia.

1.5 \_\_\_ teniendo relaciones sexuales protegidas.

1.6 \_\_\_ teniendo relaciones sexuales desprotegidas con diferentes parejas.

1.7 \_\_\_ por compartir agujas en el caso de uso de drogas.

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

2.1 \_\_\_ Evitar el embarazo.

2.2 \_\_\_ Estar a la moda.

2.3 \_\_\_ Práctica del sexo protegido.

2.4 \_\_\_ Evitar el VIH/SIDA.

2.5 \_\_\_ Protegerse de las Infecciones de Transmisión Sexual.

2.6 \_\_\_ Complacer a la pareja.

2.7 \_\_\_ Garantiza seguridad y confianza durante el acto sexual.

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

3.1 \_\_\_ Tener disfunciones sexuales.

3.2 \_\_\_ Infectarse con VIH.

3.3 \_\_\_ Contraer infecciones respiratorias.

3.4 \_\_\_ Enfermar de Blenorragia.

3.5 \_\_\_ Enfermar de Hepatitis B

3.6 \_\_\_ Enfermar de Sífilis.

3.7 \_\_\_ Presentar condiloma.

4-Conocimientos sobre la transmisión y prevención de VIH/SIDA.

Responda SI o No a las siguientes preguntas

4.1---- ¿Se puede contraer el VIH por compartir agujas?

4.2--- ¿Las píldoras anticonceptivas protegen contra el VIH?

4.3\_\_\_ ¿Si una persona usa el condón se protege de VIH/SIDA?

4.4\_\_\_ ¿Consideras como riesgo de contraer el SIDA la homosexualidad?

4.5---- ¿Una de las causas de contagio de VIH/SIDA son las relaciones Sexuales desprotegidas?

4.6---- ¿Se puede contraer el SIDA al tener relaciones sexuales con una persona no contagiada?

4.7\_\_\_ ¿Conocer las características de la enfermedad nos ayuda a protegernos?

**GRACIAS**

### **Anexo 3**

#### **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

Intervención comunitaria sobre VIH/SIDA en la comunidad El Purial.

#### **CIEGO DE AVILA**

**OBJETIVO:** Capacitar un grupo de jóvenes de secundaria básica Indalecio Montejo Gómez del Purial, con la finalidad de elevar su nivel de conocimiento y prepararlos como promotores de salud para el trabajo de prevención de las ITS/VIH/sida entre sus iguales.

**DIRIGIDO A:** Jóvenes estudiantes del Centro Mixto Indalecio Montejo Gómez.

**DURACIÓN:** 35 horas

**Bibliografía:** Manual de capacitación par facilitadores juveniles en educación sobre las ITS/VIH/sida.

**Dra. Greter Fernández Benítez.**

## PROGRAMA ANÁLITICO

### PRIMER DIA.

#### ACTIVIDAD 1. BIENVENIDA Y PRESENTACIÓN DEL GRUPO (DINÁMICA DE PRESENTACIÓN- INTEGRACIÓN)

##### Objetivos:

- ✓ Brindar a los participantes de los propósitos que perseguimos con este taller, su funcionamiento y evaluación.
- ✓ Conocer a otros participantes compartiendo aspectos de su vida personal y profesional

##### Desarrollo

Se presentará de forma amena por el facilitador, dándoles a los participantes la bienvenida, explicándoles los objetivos que se persiguen con el taller, funcionamiento y metodología que se empleará, así como las futuras evaluaciones.

Se presenta a los facilitadores que trabajaran en el taller.

Técnica: La Tela de araña.

Desarrollo: Comienza un participante con una bola de hilo en su mano, diciendo su nombre y lo que espera del taller, luego se la arroja a otro miembro del grupo que seguirá las mismas instrucciones, se irá formando una tela de araña, hasta que el ultimo participante se presente.

Metodología: Participativa.

Tiempo: 15 minutos.

Recursos: Bola de hilo, papelógrafos y plumones.

## ACTIVIDAD 2. APLICACIÓN DEL PRE-TEST.

Objetivo:

Determinar el nivel de conocimientos de los participantes relacionados con las ITS/VIH/sida, así como los prejuicios asociados a estas infecciones.

Desarrollo:

Se le aplicará la encuesta elaborada de forma individual, haciendo las aclaraciones pertinentes en caso necesario.

Tiempo: 30 minutos.

Recursos: Hojas de papel y bolígrafos.

## ACTIVIDAD 3. INTRODUCCIÓN A LA PREVENCIÓN

Objetivo:

Elaborar con el grupo los conceptos promoción y prevención, y su papel contra las ITS/VIH/sida.

Desarrollo:

Colocar en un papelógrafo la palabra prevención, y en otro promoción. Hacer una "lluvia de ideas" a partir de las preguntas ¿qué entiende por prevención? Y ¿qué entiende por promoción?

Analizar los temas fundamentales con los que se asocian especificidades para la prevención de las ITS/VIH/sida, y para la promoción de salud.

Reforzar que la promoción de salud y prevención son procesos continuos donde los cambios se van logrando paso por paso y de manera sucesiva y que pueden desarrollarse en individuos sanos, vulnerables y enfermos.

Tiempo: 30 minutos.

Recursos: papelógrafos y plumones

#### ACTIVIDAD 4. PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN

Objetivo: Desarrollar habilidades para el trabajo de prevención de las ITS/VIH/sida

Desarrollo:

Se solicitará dos voluntarios al grupo, que deben dramatizar una situación de prevención dada por el facilitador. Se les solicita al grupo que esté atento, pues en algún momento en que la dramatización no avance se pedirá a otro miembro del grupo que continúe, y así sucesivamente hasta que estén agotadas todas las posibilidades de trabajo preventivo para esa situación específica

El tema que se va a dramatizar estará en relación con el uso y negociación del condón. Su complejidad dependerá del grupo

Tiempo: 30 minutos

#### ACTIVIDAD 5. INTRODUCCIÓN A LAS SEXUALIDAD

Objetivo: Profundizar en los conceptos sexo y sexualidad, así como los aspectos sociales que influyen en su expresión.

Desarrollo:

Se realizará una “lluvia de ideas” sobre lo que ellos piensan que es sexo y lo que es la sexualidad. Luego se reflexionará hasta llegar al concepto.

Tiempo: 30 minutos

Recursos: papelógrafos, plumones

## ACTIVIDAD 6 EL CARTERO

Objetivo:

Animar y lograr integración grupal

Desarrollo:

Los participantes se sentarán en círculos y el facilitador se quedarán en el centro del salón y dirá” El cartero trae para todas aquellas personas que tiene zapatos negros”. Todas las personas que tienen zapatos negros se mueven rápidamente y cambian de asiento. El facilitador se moverá y ocupará también un asiento. La persona que queda en el centro del salón debe repetir el ejercicio utilizando como mensaje otro objeto que movilice a la mayoría del grupo, y así sucesivamente hasta que se alcance el clima deseado por el facilitador dentro del grupo.

Tiempo: 15 minutos

## ACTIVIDAD 7 EVALUACIÓN DEL DÍA

Se aplicará una evaluación al final del día utilizando PNI, lo positivo, negativo e interesante de las actividades realizadas durante el día.

Tiempo: 10 minutos

Recursos: hojas de papel

SEGUNDO DIA.

## ACTIVIDAD 1 RETROALIMENTACIÓN DEL DIA ANTERIOR

Objetivo: Reforzar los conocimientos del día anterior.

Desarrollo:

A través del conversatorio se les pide a los participantes mencionar los elementos esenciales tratados el día anterior, reforzando los puntos básicos de cada tema.

Tiempo: 10 minutos

## ACTIVIDAD 2 SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA DEL VIH/sida EN CUBA Y EN LOS DEMÁS PAISES

Objetivo:

Informar la situación y magnitud de las ITS/VIH/sida en Cuba y en los demás países.

Desarrollo:

Se expondrá de manera clara la situación de las ITS/VIH/sida en Cuba y en los demás países (Haciendo énfasis en el Municipio y Provincia)

Tiempo: 15 minutos.

Recursos: computadora

### ACTIVIDAD 3 LA CADENA

#### Objetivo:

Analizar los elementos esenciales que conforman una cadena de transmisión de las ITS/VIH/sida.

#### Desarrollo

Se le entregará a cada participante una tarjeta con una leyenda. Se les pide que no comenten con nadie lo que dice la tarjeta. Se solicita que se imaginen que se encuentran en una fiesta y que comparten como tal, que se relacionen con tres personas a las que les pedirá su nombre y lo anotarán, pero no se puede dar su nombre a las mismas personas que se lo dieron.

Una vez que tengan los tres nombres deben regresar a sus asientos. En estos momentos se aclara que las relaciones establecidas durante la fiesta eran relaciones sexuales, por lo tanto, cada participante ha mantenido múltiples relaciones de este tipo.

Una de las tarjetas tenía una leyenda en color verde, lo que indica que el de la tarjeta es una PVs.

Se indica al grupo que uno de los presentes es una PVs. Se pregunta: ¿pueden identificar quién es? Se le pide a la persona que tiene la leyenda de color verde que se ponga de pie, y que se identifique quién tiene el nombre de esa persona anotado y a quién le dio su nombre.

Se le pide que cada una de esas personas lean los nombres de quienes tiene anotados en su tarjeta, los que irán poniéndose de pie, y así sucesivamente.

A la persona que le tocó la leyenda en verde (PVs.) ¿cómo se siente? ¿Qué piensa hacer? ¿Cómo reaccionaría su familia?

A las personas que tuvieron relaciones con las PVs. ¿cómo se sienten? ¿Qué harán a partir de este momento?

Pida a las personas que tengan las tarjetas con la leyenda “no siga las instrucciones” que se identifiquen.

A pesar de no tener que seguir las instrucciones, ¿por qué lo hicieron? , ¿Cómo se sienten ahora?

Pedir que se identifiquen las personas que sus tarjetas tiene la leyenda C. esto significa que utilizaron condón en su relación: ¿Cómo se sienten al saber que no están dentro de la cadena?

¿Por qué?

Y finalmente, ¿Cómo se sintieron con el ejercicio? ¿En qué se parece a la vida real?

El facilitador hará las síntesis comparando lo ocurrido en la dinámica con situaciones reales que se dan en la vida cotidiana y facilitan la transmisión del VIH/sida y otras ITS.

Tiempo: 15 minutos

Recursos: tarjetas con “Siga las instrucciones”, una verde, tres tarjetas con una C, tres tarjetas con “No siga las instrucciones”

#### ACTIVIDAD 4 INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE VIH/SIDA

Objetivo: Brindar información básica y actualizada sobre VIH/sida.

Desarrollo:

Se presentará una lámina o foto de un grupo de jóvenes donde estén representados diferentes jóvenes de nuestra sociedad, y se pregunta: ¿quién en esta lámina tiene VIH/sida?

Se analiza que no solo por la presencia se puede saber quién tiene o no VIH/sida, y se pregunta el porqué de cada selección (pueden salir estigmas y prejuicios).

Se comienza la exposición por el facilitador sobre la historia natural de la infección por VIH, así como los principales signos y síntomas de cada etapa.

A través de preguntas y respuestas abordar las vías de transmisión enfatizando que la fundamental en nuestro país es a través de las relaciones sexuales.

Se preparan dos papelógrafos con los títulos: ¿Cómo puedes contraer el VIH/sida? Y “El VIH/sida no se transmite por”.

Se divide el grupo en dos subgrupos y cada uno trabajará con un pápelografo. Luego se intercambiarán los papelógrafos de tal manera que todo el grupo participe en el proceso de análisis y reflexión.

Posteriormente realizarán la presentación en plenaria y el facilitador realizará la sistematización con énfasis en los aspectos más importantes.

Tiempo: 45 minutos

Recursos: papelógrafos, plumones, fotos o láminas de un grupo de jóvenes.

## ACTIVIDAD 5 LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Objetivo: Conocer las ITS más frecuentes, sus síntomas generales y medidas preventivas.

### Desarrollo

A través de una “lluvia de ideas” se recogerán las ITS que conocen los participantes. Esta lista será completada por el facilitador.

Posteriormente se reunirán en pequeños grupos y trabajarán en describir los principales síntomas de las ITS que conocen. Cada subgrupo presentará en plenaria colocando los papelógrafos en la pared.

El facilitador reforzará cada uno y explicará aquellas ITS que no hayan sido mencionadas.

Realice retroalimentación a través de preguntas.

Tiempo. 45 minutos

Recursos: computadora, papelógrafos, plumones, rotafolio de las ITS

## ACTIVIDAD 6 RELACIÓN ENTRE LAS ITS Y EL VIH/sida

Objetivo: Establecer la relación que existe entre las ITS y el VIH/sida.

Desarrollo

Dividir el grupo en tres subgrupos.

Tarea grupo 1: Una persona te cuenta que le sale una secreción amarilla del pene que parece pus. ¿Qué le dices?

Tarea grupo 2: Explique cuáles son las causas que en país con una prevalencia alta de ITS, también la incidencia de VIH/sida es muy alta.

Tarea grupo 3: Hay estudios que dicen que ciertos países la incidencia del VIH/sida disminuyó 40% después de iniciado un programa de identificación y tratamiento de ITS. ¿Por qué?

Presentación de cada grupo, colocando en un pápelografo los elementos clave que establecen la relación entre las ITS y el VIH/sida.

Luego en plenaria resumen.

- ✓ La transmisión es igual.
- ✓ Medidas de prevención sobre iguales.
- ✓ ITS facilitan la transmisión de VIH.
- ✓ Diagnóstico y tratamiento de ITS disminuye la incidencia de VIH/sida

Tiempo: 30 minutos

Recursos: papelógrafos, plumones, hojas de papel.

## ACTIVIDAD 7 EVALUACIÓN DEL DÍA

Se aplicará una evaluación al final del día utilizando PNI, lo positivo, negativo e interesante de las actividades realizadas durante el día.

Tiempo: 10 minutos

Recursos: hojas de papel

TERCER DIA.

ACTIVIDAD 1 RETROALIMENTACIÓN DEL DIA ANTERIOR.

TÉCNICA “LOS GLOBOS”

Objetivo: Reforzar los conocimientos del día anterior.

Desarrollo:

Se sitúa el grupo en círculo, alrededor de unos globos inflados que contienen dentro cada uno un papelito con una pregunta.

Al ritmo de la música se gira un objeto. Al cesar la música, la persona que tenga el objeto en la mano debe explotar un globo, sacar la pregunta y contestarla. Otros participantes pueden ayudar con la respuesta.

La música empleada debe ser rítmica y pegajosa. Se debe ajustar la música a las características, gustos y preferencias del grupo con el que estamos trabajando.

Este ejercicio debe ser muy dinámico para que el grupo no pierda el ritmo. Se solicita a los participantes que las respuestas sean concretas para que no se pierda la dinámica creada.

Las preguntas dentro de los globos deben responder a los contenidos ya analizados.

Tiempo: 15 minutos

Recursos: globos, equipo de música.

ACTIVIDAD 2 BARRERAS Y FACILIDADES PARA EL ENFRENTAMIENTO AL SIDA A NIVEL PERSONAL

Objetivo: Identificar las barreras y facilidades para el trabajo de prevención en el nivel comunitario.

## Desarrollo

En los resultados de la actividad anterior y de manera individual, cada participante analizará qué barreras y facilidades personales se pondrán de manifiesto en la labor de prevención de los ITS/VIH/sida. El moderador anotará en los papelógrafos. Una vez terminada la exposición de todos los participantes se realizará la sistematización.

Tiempo: 25 minutos

Recursos: hojas de papel, papelógrafos, plumones

## ACTIVIDAD 3 PRACTICAS DE PREVENCIÓN

Objetivo:

Desarrollar habilidades para el trabajo de prevención de las ITS/VIH/sida.

Desarrollo:

Se solicitarán dos voluntarios al grupo, que deben dramatizar una situación de prevención dada por el facilitador. Se les solicita al grupo que esté atento, pues en algún momento en que la dramatización no avance, se pedirá a otro miembro del grupo que continúe, y así sucesivamente hasta que estén agotadas todas las posibilidades de trabajo preventivo para esa situación específica.

El tema que se ha de dramatizar estará en relación con los temas tratados hasta el momento, y los facilitadores escogerán la situación por dramatizar y su complejidad en dependencia del avance del grupo.

Tiempo: 30 minutos.

## ACTIVIDAD 4: ¿QUÉ ES LA COMUNICACIÓN EFECTIVA? TÉCNICA “EL RUMOR”

Objetivo: Identificar los principios básicos para una comunicación efectiva.

Desarrollo:

Se seleccionan 10 miembros del grupo y son sacados del aula por unos minutos. Se selecciona a un participante y se le da la orden que debe transmitir el mensaje elaborado previamente por los facilitadores a uno de los participantes que está fuera del aula.

Posteriormente quien recibió el mensaje debe pasar a otro y transmitirlo, y así sucesivamente hasta que los 10 participantes hayan pasado dentro del aula. El grupo va participando como espectador en la distorsión del mensaje.

Al final se lee el mensaje original y se analizan las causas que intervinieron en el proceso de su distorsión. Las preguntas para iniciar el debate son:

- ✓ ¿Cómo se sintieron en el ejercicio?
- ✓ ¿Qué pasó durante la transmisión del mensaje?
- ✓ Por qué creen que el mensaje se distorsionó?

Los facilitadores pueden incorporar las preguntas que consideren necesarias para el debate. Los elementos esenciales que facilitan la comunicación deben ir colocándose en un papelógrafo.

Al finalizar se realizará la reflexión grupal y sistemática por el facilitador.

Tiempo: 15 minutos.

Recursos: Papelógrafo, plumones, computadora.



## ACTIVIDAD 6. PRACTICAS DE PREVENCIÓN

Objetivo: Desarrollar habilidades para la prevención de las ITS/VIH/sida

Desarrollo:

Se solicitarán dos voluntarios al grupo, que deben dramatizar una situación de prevención dada por el facilitador. Se les solicita al grupo que esté atento, pues en algún momento en que la dramatización no avance, se pedirá a otro miembro del grupo que continúe, y así sucesivamente hasta que estén agotadas las posibilidades de trabajo preventivo para esa situación específica.

El tema que se va a dramatizar estará en relación con los tratados hasta el momento, y los facilitadores escogerán la situación por dramatizar y su complejidad en dependencia del avance del grupo.

Tiempo: 30 minutos

## ACTIVIDAD 7. FACTORES DE VULNERABILIDAD

Objetivo: Determinar los factores que hacen vulnerables a los adolescentes y jóvenes a las ITS/VIH/sida

Desarrollo:

A partir de una "lluvia de ideas" sobre vulnerabilidad, el facilitador realizará la sistematización, y se llegará al concepto aclarando los diferentes tipos de vulnerabilidad (biológica, psicológica y social).

Dividirá al grupo en tres subgrupos, y cada pequeño subgrupo trabajará para identificar los factores.

Subgrupo 1..... Vulnerabilidad biológica

Subgrupo 2..... Vulnerabilidad psicológica

Subgrupo 3..... Vulnerabilidad social

En plenaria se discutirá cada una de las vulnerabilidades, y se colocarán en papelógrafos los factores de cada una de ellas.

Teniendo en cuenta estos factores, cada subgrupo trabajará en las estrategias de prevención para intervenir en los adolescentes y jóvenes. Serán colocados en papelógrafos y en plenaria deberán analizar y enriquecer las estrategias.

Tiempo: 25 minutos

Recursos: papel, papelógrafos, plumones

#### ACTIVIDAD 8 EVALUACIÓN DEL DÍA

Se aplicará una evaluación al final del día utilizando PNI, lo positivo, negativo e interesante de las actividades realizadas durante el día.

Tiempo: 10 minutos

Recursos: hojas de papel

#### CUARTO DIA.

#### ACTIVIDAD 1 RETROALIMENTACIÓN DEL DIA ANTERIOR.

Objetivo: Reforzar los conocimientos del día anterior.

Desarrollo:

A través del conversatorio se les pide a los participantes mencionar los elementos esenciales tratados en el día anterior, reforzando los puntos básicos de cada tema.

Tiempo: 15 minutos

#### ACTIVIDAD 2 REFORZAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LAS ITS.

Objetivo: Reforzar los conocimientos del día anterior.

Desarrollo

Utilizando las barajas de las ITS se profundizará en los contenidos estudiados y en las medidas de prevención.

Tiempo: 25 minutos

Recursos: Barajas

### ACTIVIDAD 3. ¿POR QUÉ USAR CONDÓN?

Objetivo: Al finalizar del ejercicio los alumnos serán capaces de describir las ventajas y desventajas del uso del condón así como demostrar correctamente su uso y técnica de colocación.

Desarrollo: Se divide al grupo en dos subgrupos, y en cada uno se discutirán las ventajas y desventajas del uso del condón. En plenaria cada grupo expondrá, y serán anotadas las ideas manejadas por cada subgrupo en el papelógrafo.

Explicación de algunas normas de calidad que deben tener presentes para saber si los condones se encuentran en buen estado.

Posteriormente y auxiliándose de un pene de madera se demostrara como se coloca y se retira, después se distribuyen condones a los participantes y en pareja deben realizar la operación cuantas veces sea necesario. Pida voluntarios que realicen la operación frente del grupo.

Para reforzar: Distribuir tarjetas en las que describan los pasos para colocar y retirar el condón.

¿Cómo usar un condón? Comenta dentro del grupo, y luego cada uno de los participantes debe colocarse en el orden que debe ir ocurriendo a cada paso.

Tiempo: 35 minutos.

Recursos: Hojas de papel, bolígrafo, papelógrafo, plumones, maqueta y condones.

### ACTIVIDAD 4. DEMOSTRACIÓN DEL USO DEL CONDÓN

Objetivo: Demostrar el uso correcto del condón

Desarrollo:

Explicación de las normas que se deben tener presentes para saber si los condones están en buen estado. Se realizará la demostración: cómo sacar el condón de la empaquetadura y cómo se coloca y se retira auxiliándonos de un

pene de madera. Posteriormente se distribuyen condones a cada participante y en parejas deben realizar la operación tantas veces como sea necesario, utilizando los dedos de las manos. El facilitador se moverá dentro del grupo comprobando las operaciones. Repase los puntos más importantes y pida dos voluntarios que realicen la operación delante de todo el grupo.

Tiempo: 25 minutos

Recursos: pene de madera, condones

#### ACTIVIDAD 5. ¿ES FÁCIL LOGRAR EL USO DEL CONDÓN?

Objetivo: Describir los argumentos que se utilizan a favor y en contra del uso del condón

Desarrollo:

Divida el grupo en dos. El primer subgrupo buscará argumentos a favor del condón y el segundo buscará argumentos en contra del condón.

Cada subgrupo expondrá en plenaria con un papelógrafo sus argumentos. Posteriormente se enlazarán los argumentos que tengan relación.

Sistematización por el facilitador

Tiempo: 30 minutos

Recursos: papelógrafo, plumones

Tiempo: 25 minutos

Recursos: grabadora, hoja de papel y bolígrafos.

#### ACTIVIDAD 6 EVALUACIÓN DEL DÍA

Se aplicará una evaluación al final del día utilizando PNI, lo positivo, negativo e interesante de las actividades realizadas durante el día.

Tiempo: 10 minutos

Recursos: hojas de papel

## QUINTO DÍA

### ACTIVIDAD 1. RETROALIMENTACIÓN DE LOS TEMAS TRATADOS

Objetivo: Reforzar los conocimientos tratados durante todo el taller.

#### Desarrollo

A través de la técnica "Mitos y realidades" se refuerzan los elementos esenciales tratados en cada tema.

Se establecerán dos grupos en el salón, uno "Mitos" y otro "Realidad"

Cada vez que se lee una frase cada participante se dirigirá al sector que considere que le corresponde. Se debe argumentar el porqué de cada posición.

Se puede solicitar al grupo que aclare. Una vez colocado en el lugar correcto, continúe con la próxima frase.

Moviéndose rápidamente ayudará a mantener la atención y energía del grupo durante esta actividad.

#### GUIA DE MITOS Y REALIDADES.

1. Los homosexuales son la causa del SIDA.....M
2. Ser seropositivo es lo mismo que tener SIDA....M
3. El periodo de incubación largo.....R
4. No existe tratamiento para el SIDA.....M
5. Las personas con VIH deben abstenerse de tener relaciones sexuales.....M
6. Compartir agujas aun con los mejores amigos es un riesgo porque el VIH se puede transmitir....R
7. La estimulación sexual se puede dar mediante los pensamientos, sentimientos, visión, tacto, sonido, olores....R
8. El sexo oral es equivalente a inclinación homosexual.....M
9. El beber alcohol puede incrementar el riesgo de adquirir el VIH...R
10. Las personas seropositivas se van quedando solas hasta esperar una horrible muerte.....M

11. Cualquier persona tiene derecho a rehusar conductas sexuales que le proponga su pareja....R
12. No es digno que la mujer exprese su deseo sexual.....R
13. Todos los métodos de prevención del embarazo ayudan a evitar la transmisión del VIH....M
14. Existe una relación entre el tamaño de los genitales y el goce sexual.....M
15. Las personas tiene orgasmos solamente durante el coito....M
16. Ambos, hombre y mujer, son responsables del goce de su pareja...R
17. Masturbarse da granitos en la cara....M
18. Ser heterosexual es una protección contra el VIH.....M
19. El uso del preservativo es una alternativa de prevención del VIH/sida....R
20. La mayoría de las personas se han masturbado en algún momento de sus vidas.....R

Tiempo: 25 minutos

Recursos: Guía impresa.

## ACTIVIDAD 2 EVALUACIÓN FINAL

Objetivo: Evaluar los conocimientos y destrezas de los participantes al final de taller.

### Desarrollo

Se aplicará un pos-test que responda a los objetivos que perseguíamos en el taller. Los resultados se compararán con los recogidos en el pre-test. Puede realizarse un análisis grupal de cada respuesta del pos-test, lo que servirá para reforzar algunos conocimientos.

Se aplicará la técnica del PNI correspondiente al último día de trabajo del grupo.

Recursos: Hoja de papel impresa

## ACTIVIDAD 3 CIERRE DEL TALLER:

Se realizara el cierre del taller, dándoles las gracias por su participación y dedicación durante la capacitación, e invitándolos a continuar con el mismo entusiasmo en la fase práctica y en su trabajo futuro.

Se le da la palabra al grupo para que ellos también realicen su cierre o despedida

Tiempo: 15 minutos.