

**REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA**



TÍTULO: Propuesta de Programa de Comunicación Educativa en Salud para La Negociación del Uso del Preservativo en Adolescentes.

AUTOR: Dr. Jorge Luis Solorio Aguilera.

2015.

**REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA**



TÍTULO: Propuesta de Programa de Comunicación Educativa en Salud para La Negociación del Uso del Preservativo en Adolescentes.

AUTOR: Dr. Jorge Luis Solorio Aguilera.

TUTOR: MSc. Carlos Vladimir Morales Más.
Profesor Principal Auxiliar.

CIEGO DE ÁVILA, 2015.

**REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA**

TÍTULO: Propuesta de Programa de Comunicación Educativa en Salud para La Negociación del Uso del Preservativo en Adolescentes.

TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE: Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

AUTOR: Dr. Jorge Luis Solorio Aguilera.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Policlínico Universitario Docente Diego del Rosario.

TUTOR: MSc. Carlos Vladimir Morales Más.
Profesor Principal Auxiliar.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Centro municipal de Higiene, Epidemiología y microbiología Morón.

CIEGO DE ÁVILA, 2015

RESUMEN

Se realizó una investigación del tipo observacional, analítico, prospectivo y longitudinal con el propósito de elaborar un programa de comunicación educativo en salud que desarrolle las habilidades para el uso del preservativo en adolescentes que declaran el no inicio de sus relaciones sexuales en el Consultorio Médico de Familia # 17 del área norte de Morón, se partió de un diagnóstico de estudio CAP (conocimientos, actitudes y prácticas) relacionado con los conocimientos actitudes y prácticas que sobre el preservativo y las its-vih/SIDA tenían los adolescentes entre 13- 16 años que declaran el no inicio de sus relaciones sexuales, los resultados determinaron que los indicadores propuestos para el estudio se evaluaron de regular a mal por debajo todos del 90%, a partir de estos se elaboró un programa de comunicación educativa en salud el que se evaluó por expertos en Comunicación social en salud (previa selección) y por los sujetos de la muestra, se utilizó para ello la Prueba Previa para Programas Educativos de Salud de la OPS, como resultado el programa quedó acto para su aplicación al recibir por el 100% de los evaluadores la categoría de Muy Apropiado para su utilización.

ÍNDICE

1. Introducción.....	1-9
2. Metodología.....	10
3. Marco teórico.....	11-28
4. Materiales y métodos.....	29-30
5. Análisis de los resultados.....	31-46
6. Conclusiones.....	47
7. Recomendaciones.....	48
8. Referencias bibliográficas.....	49-52
9. Anexos.....	

1. INTRODUCCIÓN

A través de los siglos, el hombre no ha cesado de preguntarse sobre el sentido, la dimensión y el destino de la sexualidad. Las respuestas son innumerables, complementarias unas, contradictorias otras, pues siempre tienen que ver con las concepciones ideológicas y filosóficas de cada persona. En la actualidad no se concibe a la persona de la misma manera que en los siglos pasados, porque se esgrimen nuevas ideas o concepciones diferentes sobre la relación del hombre con el mundo, con la sociedad y la familia. (1)

La sexualidad es un bien tan importante, que se precisa protegerlo, no debe estar al servicio de fines egoístas (sólo obtención de placer), sino se orienta hacia el amor verdadero. Y le corresponde precisamente a la familia el papel fundamental en la educación de la sexualidad, si se considera, que la sexualidad está presente en todas las etapas de la vida y constituye el eje integrador de la familia, por lo que la familia es patrimonio de la humanidad, porque a través de ella, se debe prolongar la presencia del hombre sobre la tierra. Otros escenarios determinantes en la formación de la sexualidad son el medio escolar, laboral y el socio-grupo al que se insertan los individuos, de ahí la importancia de establecer programas de educación sexual abarcadores, capaces de satisfacer las inquietudes cognoscitivas acerca de la sexualidad en los diferentes escenarios en que ésta se desenvuelve, teniendo en consideración que cada uno de estos sistemas: la familia, la escuela, el trabajo, el grupo social forman parte de un gran todo que es la comunidad.(2)

Hoy en día, el mundo se enfrenta a la necesidad de resolver problemas urgentes de las poblaciones, entre ellos: el de la salud en general y el de la salud sexual y reproductiva en particular. El panorama es sombrío, crecen las poblaciones y aparejado a ello aumentan las enfermedades; los presupuestos para recuperar la salud disminuyen, y su distribución en muchas sociedades no es equitativa. Los

determinantes de este fenómeno son variados y los mecanismos que garanticen estados de salud satisfactorios no siempre son efectivos. Se crea así un gran círculo en cuyo centro está la persona, bajo la influencia de diversas fuerzas vectoriales - determinantes- que de mantenerse en equilibrio favorecen la salud; pero esta relación no siempre se logra. (1,2)

La educación de la sexualidad es una responsabilidad de la sociedad en su conjunto, se inicia desde el nacimiento dentro del grupo familiar y transcurre durante toda la vida en los sucesivos vínculos que establecen las personas al interactuar con diferentes grupos. Hoy se aprecian importantes cambios de conductas, actitudes y valores en lo referente a la sexualidad de los jóvenes y adolescentes de distintos sexos. El grado de vulnerabilidad del adolescente y joven está en función de su historia anterior, sumada a la susceptibilidad o fortalezas inducidas por los cambios de algunos factores sociales, demográficos, el microambiente familiar, las políticas socioeconómicas, así como el grado de conocimiento que poseen sobre Salud Sexual y Reproductiva (SSR). (3)

La adolescencia y la juventud son momentos de la vida en el que las conductas de riesgo son la mayor parte de las causas que originan lesiones, trastornos de salud, secuelas y en oportunidades hasta la muerte en ambos sexos, por otra parte, es en esta etapa donde se van definiendo la mayor parte de las prácticas que determinan las opciones y estilos de vida en los que se sustentan el autoconstrucción de la salud. En las últimas décadas, las ciencias de la salud han redimensionado el proceso salud enfermedad, con énfasis en los conceptos de salud integral de las personas y el de promoción de la salud, los que han adquirido un carácter protagónico. De este modo, la salud emerge como un proceso dinámico de construcción personal, colectiva y social, donde los aspectos macro del contexto económico, político se conjugan con los aspectos micros referidos a los individuos y su entorno. (4)

Un enfoque especialmente efectivo es el trabajo en grupo de iguales. Sus principales ventajas son: mayor adecuación de los contenidos y estrategias, más motivación y

crédito de la información. En este sentido, los adolescentes y jóvenes conceden mayor valor a la información obtenida en el grupo, que a la suministrada de forma autoritaria y por emisores con pocos puntos de contacto con ellos. (4,5)

La adolescencia y la juventud son edades aún tempranas, que resultan favorables para modificar enseñanzas rígidas, mitos, tabúes, creencias y formas de conductas que hayan influido en su formación, y así contribuir a que en su etapa de adultos manifiesten autorresponsabilidad en el cuidado de su salud. Los jóvenes en ocasiones carecen de los medios y la preparación para lograrlo, esto se comprueba en la poca percepción de riesgo, en la no protección en sus relaciones sexuales, en el cambio frecuente de parejas y en los embarazos no deseados. (6, 7)

A pesar de los datos recientes que indican que la actividad sexual ha disminuido entre los adolescentes, las tasas actuales de actividad sexual y de las consecuencias sanitarias de las ITS y el embarazo siguen siendo un importante problema de salud pública. La Encuesta de Conducta de Riesgo Adolescente (ECRA), reporta conductas sexuales de riesgo en una muestra representativa a nivel nacional en los Estados Unidos de estudiantes de secundaria encuestados bianualmente. En la ECRA más reciente disponible (2011), el 47,4% de los estudiantes reportó haber tenido alguna vez relaciones sexuales, el 33,7% informó ser sexualmente activo, y el 15,3% reportó haber tenido relaciones sexuales con cuatro o más parejas en su vida. Entre los estudiantes sexualmente activos, el 60,2% reportó el uso de preservativo durante su última relación sexual. Una preocupación adicional, antes del 12° grado, es que casi dos tercios (63,1%) de los estudiantes reportaron alguna vez ser sexualmente activos, pero informaron un menor uso de preservativos que en el 9° y 10° grado. En el 2011, aproximadamente 330.000 adolescentes dieron a luz, y en 2008, las estimaciones disponibles más recientes indican que 750.000 adolescentes quedaron embarazadas. A pesar del hecho de que las tasas de natalidad entre adolescentes de EE.UU. están en el nivel más bajo de los últimos 70 años, la tasa de natalidad para las adolescentes estadounidenses sigue siendo más alta que en otras

naciones desarrolladas, y persisten marcadas disparidades por raza/origen étnico y área geográfica. (6,7)

Las tasas de ITS siguen siendo más altas entre adolescentes y adultos jóvenes, con estimaciones que sugieren que los jóvenes de 15 a 24 años de edad, que representan el 25% de la población con experiencia sexual, adquieren casi la mitad de todas las ITS nuevas. Las tasas de clamidia, gonorrea y sífilis todas han seguido aumentando en los adolescentes y adultos jóvenes. Un estudio que examinó la prevalencia de ITS entre mujeres adolescentes de 14 a 19 años de edad en los Estados Unidos a partir del NHANES 2003-2004 reportó una prevalencia del 24,1% para cualquiera de las 5 ITS (infecciones por *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, virus herpes simple tipo 2, y virus del papiloma humano [VPH]) entre todas las mujeres adolescentes y una prevalencia del 37,7% entre las mujeres sexualmente experimentadas. Es importante destacar que, incluso entre aquellos cuya pareja sexual era de la misma edad o 1 año mayor, la prevalencia fue alta (25,6%), y entre aquellos con sólo un compañero en la vida, la prevalencia fue del 19,7%. (8,9)

Para infecciones específicas, en el 2011 las mayores tasas de *Chlamydia* se observaron en las mujeres de 15 a 19 años de edad (3,4%) y de 20 a 24 años de edad (3,7%). De preocupación, durante el periodo 2010-2011, las tasas aumentaron un 4% para los sujetos de 15 a 19 años y un 11% para aquellos de 20 a 24 años. Las tasas reportadas de *Chlamydia* son menores entre los hombres jóvenes, probablemente debido a la disminución de los esfuerzos de detección, pero han aumentado un 6% en los sujetos de 15 a 19 años de edad y un 12% en los de 20 a 24 años de edad entre el 2010 y el 2011. En estudios de poblaciones de mayor riesgo (por ejemplo, el Programa Nacional de Capacitación Laboral, un programa educativo para jóvenes con menores recursos), al ingreso, las tasas de *Chlamydia* para mujeres y hombres de 16 a 24 años de edad fueron del 10,3% y 8%, respectivamente. Del mismo modo, en los correccionales de menores, el 13,5% de las mujeres y el 6,5% de los hombres tuvieron una prueba de *Chlamydia* positiva. (9)

Las mujeres adolescentes y adultas jóvenes también tienen las tasas más altas de gonorrea en comparación con cualquier otro grupo de edad y de género, con un aumento del 1,4% en las mujeres de 15 a 19 años de edad durante el periodo 2009-2010 (sin cambios en el 2011), y del 5,4% en las mujeres de 20 a 24 años de edad durante 2010-2011. Los hombres adolescentes y adultos jóvenes también han tenido un aumento de las tasas de gonorrea, aumentando un 6% en los de 20 a 24 años durante 2010-2011. (8)

Las tasas de sífilis tanto en hombres como en mujeres son más altas en el grupo de 15 a 24 años de edad y aumentaron más dramáticamente durante 2010-2011 en los hombres de 20 a 24 años de edad (5,2 a 21,9 casos/100.000), sobre todo en los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Se estima que unos 10.065 jóvenes de 13 a 24 años de edad recibieron un diagnóstico de infección por VIH en 2011, lo que representa el 20% de todas las nuevas infecciones en los Estados Unidos. Entre los hombres adolescentes/adultos jóvenes viviendo con y diagnosticados con el VIH, el 77% adquirió la infección a través de relaciones homosexuales, el 4% por transmisión heterosexual, y el 13% por vía perinatal. Entre las mujeres, el 56% adquirió la infección por transmisión heterosexual, y el 34% durante el período perinatal. (8)

Se revisaron ochenta y tres estudios basados en el currículum de programas de educación sexual y VIH entre personas menores de 25 años de todos los países, hallando que dos tercios de los programas mejoraron significativamente uno o más comportamientos sexuales. De los 54 estudios que evaluaron los efectos del uso del condón, casi la mitad (48%) demostraron un aumento en el uso del preservativo, y ningún estudio descubrió una disminución en el uso del mismo. La preocupación de que estos programas podrían acelerar la iniciación de las relaciones sexuales parece infundada. En los 52 estudios que midieron el tiempo de inicio de las relaciones sexuales, el 42% halló que la iniciación sexual se retrasó significativamente durante al menos 6 meses, y 55% no encontró efecto. (9).

Aun cuando las estrategias cubanas para el control del VIH/sida han sido exitosas, el incremento de la sobrevida de los casos infectados se convierte en un factor de amenaza al elevar el número de personas potencialmente infectantes, a lo anterior se unen los fenómenos de resistencia a los medicamentos retrovirales que hoy comienzan a reportarse internacionalmente.

Todo ello traerá el paulatino incremento de la prevalencia de la enfermedad, lo cual influirá en la dinámica de los servicios de salud, tanto en aquellos especializados para el tratamiento específico, como los encargados de atención de otras afecciones comunes que padecen las personas que viven con VIH. (9)

Son múltiples las actividades y programas desarrolladas en Ciego de Ávila por especialistas de la salud y miembros de las organizaciones políticas y de masas para mantener a la provincia entre la de más baja tasa en Cuba con personas infestadas con VIH -SIDA... (10)

Entre las estrategias educativas para obtener este resultado se encuentran capacitar y aumentar el número de promotores que contribuyan a sensibilizar las personas que el mejor escudo para no infestarse es la prevención. y aunque se trabaja con gran efectividad con las dinámicas grupales sobre las Infecciones de Transmisión Sexual dirigidas a jóvenes, adolescentes y a hombres que hacen sexo con hombres, los cuales se realizan también en los centros recreativos, escuelas de los diferentes niveles de enseñanza, en los Consultorios Médicos de la Familia, entre otros. no se ha realizado programas abarcadores de comunicación educativa en salud que pueda aumentar el empoderamiento de la población hacia el autocuidado de su salud. (10)

En la provincia se cuenta con una prevalencia de 8,6 por lo que no solo se requieren estrategia a los pueblos, sino también a las zonas rurales y reforzando a las comunidades de mayor riesgo con la premisa de la prevención adelantándose a supuestos problemas de salud. (10).

En la comunidad en la que está enclavado el consultorio médico # 17 del área norte de Morón los adolescentes declaran continuamente en consultas y en labores del

terreno que se realiza el no uso del preservativo en sus relaciones, existen quejas de padres y preocupaciones al respecto, no solicitan el preservativo con que cuenta el consultorio y se cuenta con la declaración que en las edades entre 18 y 20 años el 74% manifiesta haber tenido al menos una relación sexual, por lo que nos proponemos ante estas causas generadoras de posibles infecciones de transmisión sexual incluida el SIDA y los embarazos en la adolescencia que se presentan el siguiente problema a investigar:

¿Cómo desarrollar en las y los adolescentes de 13 a 16 años de edad del CMF # 17 del área norte de Morón las habilidades para la negociación del uso del preservativo?

Objeto de la investigación: El proceso de comunicación comunitaria.

Campo: la prevención de las its-vih/SIDA.

Novedad de la propuesta: Se trabajó desde la promoción de salud y adelantándonos a supuestos problemas desde la perspectiva del autocuidado y el empoderamiento de la población diana implicada, se elaboró un programa integrado de comunicación educativa en salud de la que no se tienen referencias de otros realizados con estas características e intereses, según bibliografía consultada.

Viabilidad de la investigación. La investigación es viable porque se contó con los recursos humanos capacitados para el desarrollo de la investigación y con recursos materiales, además se desarrolló con adolescentes que forman parte de la comunidad atendida por el CMF.

Objetivo General: Elaborar un programa de comunicación educativa en salud dirigido a adolescentes de 13 a 16 años de edad que declaran el no inicio de sus relaciones sexuales, pertenecientes al CMF # 17 del área norte de Morón para desarrollar las habilidades en la negociación del uso del preservativo.

Objetivos Específicos:

1. Sistematizar las teorías relacionadas con la comunicación comunitaria en salud y la prevención de las its-vih/SIDA a ese nivel.
2. Realizar estudios CAP (conocimientos actitudes y prácticas) como diagnóstico educativo para la elaboración de un programa de comunicación educativa en salud dirigido a adolescentes de 13 a 16 años de edad del CMF # 17 del área norte de Morón que permita las habilidades en la negociación del uso del preservativo.
3. Evaluar a pequeña escala (a través de pruebas previas) la aplicación del programa de comunicación educativa en salud dirigido a adolescentes de 13 a 16 años de edad del CMF # 17 del área norte de Morón para el desarrollo de las habilidades en la negociación del uso del preservativo.

Hipótesis:

Con la elaboración de un programa de comunicación educativa en salud, centrado en el sujeto, utilizando métodos educativos que impliquen afectivamente a este y con una comunicación horizontal se contribuirá a lograr un comportamiento responsable para la negociación del uso del preservativo en adolescentes de 13 a 16 años de edad.

Variable dependiente: Comportamiento

Comportamiento humano: grado de comprensión y motivación que sobre un fenómeno tiene el ser humano en el que están estrechamente ligado lo cognitivo y lo afectivo que hacen que el hombre asuma determinadas decisiones expresadas en su actuación. (11)

Responsabilidad: El nivel de compromiso que el ser humano asume ante

determinadas circunstancias.

Comportamiento responsable ante las its-vih/SIDA: Está dado por el comportamiento responsable que asumen los individuos ante la práctica de sus relaciones sexuales.

(11)

Operacionalización de Variables.

Dimensión:

Dimensión 1.- Conocimientos:			
Indicadores			
Beneficio individual.	B + 90%	R 75-90%	M -75%
Beneficios para la pareja.			
Beneficio para la familia.			
Conocimiento de las its-vih/SIDA.			
Conocimiento del preservativo o condón.			
Dimensión 2.- Actitudes			
Indicadores			
Compromiso de protegerse.	B + 90%	R 75-90%	M -75%
Disposición al uso del condón.			
Disposición a la negociación del condón.			
Disposición para aumentar su conocimiento sobre las ETS.			
Dimensión 3.- Prácticas:			
Indicadores			
❖ Dominio en las habilidades para la preservación de la calidad del condón.	B + 90%	R 75-90%	M -75%
❖ Dominio en la utilización del condón.			

❖ Dominio en la negociación del condón.			
---	--	--	--

2. METODOLOGÍA

Tipo de investigación: observacional analítico, prospectivo y longitudinal.

Se realizó una investigación observacional analítico, prospectivo y longitudinal orientada a la elaboración un programa de comunicación educativa en salud para la negociación del uso del preservativo en adolescentes de 13 a 16 años de edad que declaran el no inicio de sus relaciones sexuales. Se partió de la utilización de los métodos de estudio documental con la utilización de publicaciones seriadas, informes científicos y análisis de programas nacionales y otros programas de referencia internacional que permitió la sistematización de las teorías sobre el comportamiento humano y en específico el autocuidado de la salud. Se aplicó el diagnóstico educativo de salud con respecto de los conocimientos, actitudes y practicas (CAP) sobre la problemática de salud en la muestra a estudiar, lo que determinó la elaboración de un programa de comunicación educativa el que se aplicó a pequeña escala y se valoró su efectividad para su posterior aplicación extensiva, y corroborar la veracidad de la hipótesis.

Universo de estudio: La población está constituida por 30 adolescentes de 13 a 16 años de edad del CMF#17 del Municipio de Morón, los cuales declaran el no inicio de sus relaciones sexuales, la muestra se seleccionó por el método no probabilístico estratificada según criterios de inclusión antes expuestos y con la participación de padres y adolescentes en visitas al hogar, los que ofrecieron su consentimiento.

3. MARCO TEÓRICO

Comunicación comunitaria en salud.

La comunidad ocupa un papel relevante como escenario de la participación de los ciudadanos. Es por ello que se debe identificar este espacio de convivencia humana como el lugar por excelencia para que el trabajador social pueda lograr el activismo social que se requiere en aras de solucionar los problemas que enfrenta la población. De ahí que su acción en la comunidad es condición indispensable para la conducción del complejo proceso del desarrollo social. (12)

Al realizar una lectura de la literatura existente en la multimedia del módulo, sobre esta temática, se percata que existen disímiles definiciones de Comunidad.

La comunidad es:

- “un área que contiene todos o muchos de los elementos de un sistema social completo: políticos, económicos, religiosos, culturales, ideológicos, jerárquicos entre otras áreas”
- “una unidad social cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento o función común, con conciencia de pertenencia, situados en una determinada área geográfica en la cual la pluralidad de personas interacciona más intensamente entre sí que en otro contexto”. (12)

Después de analizar estos conceptos, seguramente se percata que en uno u otro se declaran elementos que caracterizan a la comunidad, los cuales se deben resaltar:

- Se constituye como un grupo humano.
- Comparte un determinado espacio físico-ambiental o territorio específico.

- Tiene una permanencia en el tiempo apoyada en una, o en un conjunto de actividades económicas, sobre todo, en su proyección vinculada a la vida cotidiana.
- Desarrolla un amplio conjunto de relaciones interpersonales.
- Sostiene su identidad e integración sobre la base de la comunidad de necesidades, intereses, sentido de pertenencia, tradiciones culturales y memoria histórica, entre otros aspectos.
- Se integra un sistema de interacciones de índole sociopolítica.
- Es parte de sistemas sociales mayores.

Es necesario resaltar que la comunidad cubana se distingue y caracteriza por estar conformada por diversas organizaciones e instituciones que constituyen los agentes socializadores comunitarios como: los Comités de Defensa de la Revolución (CDR), la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), los Consejos Populares, la Asociación de Combatientes de la Revolución Cubana (ACRC) entre otras, las que resultan armas de apoyo y juegan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de nuestro proyecto social.(12,13)

Las posiciones acerca de la inclusión de la participación comunitaria en los programas de salud son diversas e, inclusive, contradictorias. Simplificando, podemos distinguir dos posiciones extremas la que apoya la inclusión de la participación en los programas y la que la rechaza y dos criterios o dimensiones principales para justificar esas posiciones: el que enfatiza las consecuencias políticas y sociales y el que pone el eje en las consecuencias para la salud de la participación comunitaria. El peso que cada criterio recibe en la argumentación y la forma en que ambos se articulan en la misma permiten organizar al interior de las categorías de aceptación y rechazo diversas concepciones sobre la participación comunitaria identificadas en la literatura. (10,12)

Dentro de la posición favorable a la inclusión de la participación comunitaria encontramos tres concepciones básicas:

- 1) La que privilegia en su argumentación los aspectos políticos y sociales de la participación, concibiéndola como una actividad necesaria por sus efectos democratizadores sobre la sociedad.
- 2) La que privilegia en su argumentación las consecuencias para la salud de población, concibiendo a la participación como una estrategia que brinda mayores posibilidades de éxito a los programas.
- 3) La que bajo una argumentación de apoyo a la participación por sus efectos en el nivel de la salud esconde una intención de manipulación en el nivel de lo social y lo político.

El primer enfoque concibe a la participación comunitaria como una forma de resolución de los problemas de salud que, al ser autogestiva, brinda a la comunidad autosuficiencia e independencia, aumentando su nivel de autonomía. Resolver de esta manera los problemas de salud tiene un "efecto de demostración" y significa un aprendizaje para la resolución de otros problemas que aquejan a la comunidad. De Rouxet al. (1990) señalan que "la participación social así definida, tiene implicaciones políticas que rebasan el marco de la atención a la salud, por cuanto significa el ejercicio de poder y como tal, el fortalecimiento de la sociedad civil y de la democracia de base, lo que constituye una finalidad en sí misma si se la considera como una condición inherente a la democracia real y equivale al proceso de reapropiación por la población, del conjunto de instrumentos que regulan la vida social y los servicios que presta". Según esta posición, el involucramiento de la comunidad en actividades de salud tiene su objetivo último no sólo en la solución del problema de salud específico, sino en el desarrollo de la comunidad como un todo, con énfasis en la autosuficiencia y asumiendo las respuestas a las necesidades tal como las articula la misma comunidad (Winch et al., 1991). En este modelo, la participación comunitaria se plantea como un fin en sí mismo y es siempre deseable, independientemente de su impacto en la salud, siempre y cuando se eleven los niveles de organización y conciencia de la comunidad. (12,13)

El segundo enfoque enfatiza en su argumentación las consecuencias de la participación en la salud de la población. Desde esta perspectiva la participación es concebida como un medio técnico, una modalidad que permite el mejor funcionamiento y aceptación de los programas de salud. Su inclusión, en este caso, respondería a diversas necesidades pragmáticas. (12)

Siguiendo este enfoque, encontramos una amplia variedad de situaciones en donde la participación comunitaria resultaría aconsejable. El argumento más utilizado señala que ante el fracaso de los programas diseñados e implementados sin tomar en cuenta a la comunidad, la participación comunitaria es una opción que garantiza mayor efectividad ya que el éxito de los programas depende de que la comunidad los sienta como algo propio, responsabilizándose por el problema y participando en su solución. También se indica como alternativa cuando las acciones exclusivamente biológicas no resuelven un problema p. ej. inexistencia de prevención por inmunización para una enfermedad determinada o cuando los recursos económicos no son suficientes para implementar otro tipo de medidas. (12)

En este último caso la participación comunitaria es concebida como una herramienta para reducir costos, permitiendo ampliar la cobertura de los servicios gracias al financiamiento, directo o indirecto, de los mismos beneficiarios. (12)

Esta concepción de la participación comunitaria como herramienta se piensa a sí misma como social y políticamente "neutra". La participación es sólo un medio para llegar a un fin: el mejoramiento de la calidad de salud de la población a la que se dirige el programa. Al dar todo el peso a la dimensión sanitaria, no toma en cuenta los efectos del programa sobre las dimensiones políticas y sociales relevantes para la comunidad. Pero la participación nunca es absolutamente neutra, ni puede ser abstraída del contexto en el que tiene lugar; siempre tiene algún efecto sobre la estructura social de la comunidad, su organización y su capacidad de acción. Aun cuando el objetivo último del programa se dirija exclusivamente a incidir sobre problemas de salud específicos y los beneficios que se obtengan sean claros y

evidentes, al concebir a la participación como una estrategia sin consecuencias sociales, se corre el peligro de que el programa tenga efectos negativos sobre otros aspectos de la vida comunitaria. Puede conducir a consecuencias no esperadas ni deseadas por los diseñadores del programa; puede estimular la apatía y la desmovilización o incrementar la dependencia de la asistencia externa, resultando, en última instancia, contra-productiva para la calidad de vida de la población. (12,13)

La relación entre la participación comunitaria, sus consecuencias sociales y políticas y sus efectos sobre la salud dependen de las formas que la participación adquiera en la práctica. Es necesario, por tanto, tener claro, cuando se propone incluir a la participación en programas de salud, cuáles son los efectos que se espera tenga la participación y cómo se va a implementar para que, efectivamente, tenga los efectos esperados y exista correspondencia entre la concepción y la práctica de la participación. (13)

Desde nuestra perspectiva, es importante considerar que la participación comunitaria tiene tantos efectos sobre los programas en términos de sus resultados en el área de la salud de la comunidad como sobre la vida social y política de la misma, y ambos aspectos deben ser considerados al evaluar su inclusión en los programas. En ninguno de los dos niveles la participación es neutra, y en ambos puede tener efectos positivos o negativos. De ahí la participación comunitaria debe incluirse en los programas cuando cumpla simultáneamente con dos objetivos explícitos: debe ser efectiva desde el punto de vista de la salud y positiva desde el punto de vista de la vida social de la comunidad. Esto implica, para la primera dimensión, que la participación comunitaria debe formar parte de los programas cuando la población reciba como resultado claros beneficios de salud y, para la segunda, que debe resultar una experiencia enriquecedora en términos del aprendizaje para resolver de forma autogestiva otras necesidades de la comunidad. (13)

Las características sociales, culturales, económicas y políticas de la comunidad

también definen las posibilidades y formas de la participación. Por ejemplo, en Cuba, la situación posrevolucionaria implicó una mayor participación de la comunidad en el sistema de salud en general. Pero, sobre todo, las características de la comunidad afectan los resultados que tenga en la práctica el modelo de participación comunitaria propuesto por un programa de salud determinado. (14)

Así como la relación entre la concepción sobre la participación comunitaria y la propuesta concreta de la misma no es biunívoca, tampoco hay una correlación clara entre distintos modelos y sus resultados. La historia de éxitos en conseguir metas a través de la acción comunitaria, la existencia de estructuras sociales a través de las cuales la participación puede ocurrir, el nivel de educación, la concentración espacial y el transporte, la presencia de líderes, son algunas de las características comunitarias que parecen favorecer la práctica de la participación. Por el contrario, la falta de homogeneidad social, profundas divisiones económicas y políticas y la creencia de que la salud es sólo terreno de expertos o que la responsabilidad recae exclusivamente en el Estado, son algunas de las características que parecen obstaculizar las posibilidades de la participación comunitaria. (13,14)

La promoción de salud irrumpió con fuerza en el campo de la salud pública y está considerada como el eje de las acciones de la construcción social de la salud en el presente siglo. La educación para la salud por su parte hay que verla en su continuo acto de renovación, como mismo se ha venido enriqueciendo la comunicación con los avances teóricos y tecnológicos actuales en ese campo, ¿y se puede pensar en educación para la salud sin comunicación? (13,14)

Igual ocurre con la promoción de salud la que asume la comunicación como una herramienta indispensable tanto para impulsar el apoderamiento de las poblaciones como para promover los cambios de los estilos de vida. ¿Se puede imaginar entonces la promoción de salud sin el cuerpo teórico instrumental de la educación para la salud? No se puede esperar que la población se incorpore a la toma de

decisiones en su localidad y a la formulación de políticas, lo que implica a la promoción de salud, si no se tiene capacidades para ello y educar es también construir capacidades. La Educación para la salud procura que las personas no sean autómatas, los apodera para que tomen sus propias decisiones y ¿cómo podría desarrollarse una nueva salud pública o la promoción de salud sin uno de sus pilares fundamentales? (13,14,15)

La comunicación constituye una necesidad en cualquier ámbito de la vida socialmente organizada; entendiéndose entonces que la comunicación es un proceso por medio del cual emisores y receptores de mensajes interactúan en un contexto social dado (Villareal, 1996), citado por Alonso (2004), el contexto social del que se habla en la comunicación, incluye el status de los hablantes, el lugar en donde se desarrolla el diálogo y el marco social general en que se ubican los interlocutores; se debe de entender también que a lo que se enfrenta diariamente en el proceso comunicativo, no sólo es el contexto donde se comunica, sino también a la experiencia del receptor y del emisor y las experiencias de unos con respecto a los otros.(14,15)

Las formas comunicativas que el hombre conserva más primitivas como el señalamiento con las extremidades, el gesto de llamado y el de rechazo, son formas que el hombre a pesar de su evolución sigue conservando y no las ha podido sustituir por otras.

La comunicación, es otra palabra también amplia, por su significado y su campo de acción. Poco a poco, el término comunicación va tomando forma en otras áreas como las científicas, el comercio, la construcción de caminos. (15)

En el siglo XVII la comunicación se interpreta como transmisión y medios de comunicación, perdiendo el sentido original de la palabra (participar- compartir). Desde este momento el estudio de la comunicación se asigna, principalmente, al estudio de la transmisión de información, a través de los medios de comunicación

(Cf. Ilvay, 2000) citado por Alfaro, (1993). Existen diferentes exponentes sobre el tema de la comunicación en general y cada quien define el concepto de acuerdo al momento y corriente en que se sitúa, teniendo todo un punto de coincidencia en común, como se puede verificar en las exposiciones que siguen a continuación. (13,15)

En su retórica Aristóteles dijo: Tenemos que considerar los componentes de la comunicación que son, el orador y el discurso. El orador es la persona que habla, el discurso es el mensaje y el auditorio son las personas que escuchan. En las definiciones que se presentan a continuación se hace referencia a la comunicación en el sentido amplio, incluye cualquier situación en la que se establezca una comunidad, en que se haga común alguna propiedad entre un número mayor o menor de cosas. (15)

La comunicación es: un acto de relación entre dos o más sujetos, mediante el cual se evoca en común un significado. Paoli (1983). De acuerdo a esto, se puede decir que, si no existe un mínimo de sentido comprensible para los sujetos, no puede existir la comunicación en sí. La comunicación requiere condiciones tales como que el emisor se exprese con claridad, que sea comprensible lo que dice y que el receptor escuche sin dificultad. La comunicación humana se basa en dos momentos, que son: hablar y escuchar, dependiendo más de la comunicación oral, que tiene su base en la expresión verbal, por lo tanto, se considera como la actividad fundamental de todo ser humano. Existiendo otras formas de comunicación, como la corporal, la escrita, esto depende por lo regular del canal que se use (Rangel, 1990) citado por Medina (2010). (17)

Para (Álvarez, 1997) citado por Medina (2010) el intercambio de información que se materializa en la comunicación es la esencia de los procesos conscientes, también enriquecen la teoría de los procesos. La comunicación es un proceso mediante el cual los sujetos se relacionan entre sí. Las relaciones del hombre con el mundo

circulante se establecen, durante el proceso a través de una permanente comunicación, mediante el lenguaje. (15,17)

El hombre, al comunicarse con otros, es expresión no solo de su personalidad, de su conciencia individual, sino también es expresión del lugar que ocupa en la sociedad, es portador de valores y elementos de la conciencia social González, (1995). La comunicación está presente en la acción popular, pues los hombres de hoy no constituyen receptores pasivos, sino que exigen su participación en los procesos comunicativos. Los sectores populares no quieren continuar siendo meros oyentes, ellos también quieren ser escuchados, a partir de esto se ha comenzado a abrirse paso a una comunicación de base, popular, comunitaria y democrática. La comunidad es el espacio en que se desenvuelven las relaciones comunicativas entre los seres humanos. (15,18)

El sistema de comunicación se reconoce como fuerza central de enlace entre los diferentes subsistemas de la comunidad. De esta manera, es necesario incorporar una concepción coherente integrada y planificada de la comunicación que condicione el aumento de los niveles de conocimiento motivación y participación de los miembros de la comunidad y acreciente adecuadamente el sistema de comunicación comunitaria. En la comunicación comunitaria confluyen dos componentes: por un lado, el educativo, que posibilita procesos de aprendizaje en las personas y, por otro el político, que toma en cuenta su aspecto ideológico y su posibilidad transformadora. Para lograr esto, se fortalece la idea de generar políticas colectivas que recuperen la historia de una comunidad, su memoria, sus huellas. (15,16)

La comunicación comunitaria, tiene como objetivo la transformación social a partir de la participación que genera la organización popular. Según Alfaro (1993) la comunicación comunitaria se define como un proceso que implica un esfuerzo para darle sentido a los códigos de comunicación que circulan en un barrio y que cobran significación a través de los sentimientos que transmiten las personas que en él habitan, logrando a través de este proceso conocerse entre vecinos/a, intercambiar

inquietudes para finalmente organizarse y llevar a cabo lo que es beneficioso para el barrio. (16)

La comunicación comunitaria puede ser entendida como una herramienta poderosa de la organización popular. Teniendo como objetivos concretos: movilizar, organizar a la comunidad, apoyar la acción popular, estimular la participación del barrio. Se sabe que en la actualidad los medios masivos tienen gran influencia, por la extensión de la televisión, los multimedios interactivos y las redes satelitales. Por todo esto, se puede pensar en las experiencias de comunicación comunitaria como una gran herramienta para poder anteponer otra palabra a estas estigmatizaciones. (18)

Comunicación para la salud.

Es una estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública. El uso de los medios informativos y los multimedia, además de otras innovaciones tecnológicas para difundir información sobre salud entre la población, aumenta la concientización sobre los aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo. (19)

La comunicación para la salud está dirigida a mejorar el estado de salud de los individuos y las poblaciones. Buena parte de la cultura moderna se transmite a través de los medios informativos y los multimedia, lo cual tiene implicaciones tanto positivas como negativas para la salud. Las investigaciones han demostrado que programas de promoción para la salud, basados en la teoría pueden poner la salud en la agenda pública, reforzar los mensajes sanitarios, estimular a las personas para que busquen más información, y en algunos casos, dar lugar a estilos de vida saludables. (19)

La comunicación para la salud abarca varias áreas que incluyen la educación, el periodismo sanitario, la comunicación interpersonal, la abogacía, por la salud en los medios de comunicación, la comunicación dentro de las organizaciones, la

comunicación sobre riesgos, la comunicación social y el marketing social. Puede adoptar muchas formas que van desde la comunicación de masas y las multimedia a las tradicionales y específicas a una cultura, tales como la narración de historias, guiñoles y canciones; también puede adoptar la forma de mensajes de salud subyacentes, o ser incorporados dentro de los medios de comunicación existentes tal como los seriales de radio y televisión. (19)

La comunicación para la salud está dirigida a mejorar el estado de salud de los individuos y las poblaciones. Buena parte de la cultura moderna se transmite a través de los medios informativos y los multimedia, lo cual tiene implicaciones tanto positivas como negativas para la salud. Las investigaciones han demostrado que programas de promoción para la salud, basados en la teoría pueden poner la salud en la agenda pública, reforzar los mensajes sanitarios, estimular a las personas para que busquen más información, y en algunos casos, dar lugar a estilos de vida saludables. (19)

La comunicación comunitaria en salud se hace imprescindible para realizar la prevención de enfermedades a nivel comunitario entre estas enfermedades están las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH-SIDA. (20)

Prevención de las its-vih-SIDA.

Los problemas relativos a la transmisión sexual tienen una importancia capital en la comunicación comunitaria de salud, lo primero es estar claro de cuáles son éstos y cómo se previenen.

Las infecciones de transmisión sexual se transmiten de una persona infectada a otra que está sana, por contacto sexual (vaginal, oral o anal) especialmente si no se utiliza preservativo o condón. Estas infecciones pueden ser ocasionadas por diversos microorganismos como virus, parásitos, hongos o bacterias. Se transmite a través de las relaciones sexuales con alguien que tiene una ITS. Algunas ITS también pueden ser transmitidas de la madre al hijo (durante la gestación, el parto o la lactancia) y por transfusiones de sangre. (22)

Las principales ITS son la Gonorrea, Tricomoniasis, Sífilis, Herpes, Hepatitis B, Verrugas Genitales, Ladillas, entre las más comunes.

Daños biológicos

- Infertilidad, es decir que no podrá tener hijos sin tratamiento.
- Cáncer de cuello uterino.
- Neurosífilis.
- Dolor crónico en la parte baja de la barriga.
- Ceguera o neumonía.
- Recién nacidos de bajo peso o con deformidades.
- Daño en los órganos genitales.
- Problemas para orinar.
- Problemas con la próstata.
- Abortos.
- Embarazos fuera del útero, parto antes de tiempo e infecciones después del parto.
- Aumento del riesgo de transmisión del VIH que ocasiona el SIDA.

Daños Sociales.

- Violencia familiar.

Daños psicológicos.

- Temor al reinicio en la vida sexual.

Los factores que favorecen contraer una ITS son.

- Tener relaciones sexuales sin condón.
- Cambiar y/o tener varias parejas sexuales.
- Practicar conductas de riesgo (alcohol y drogas) que no permitan la negociación del uso del condón.
- Tener parejas sexuales que practican conductas de riesgo (no usan condón, consumen alcohol y drogas) o que tienen otras parejas sexuales ocasionales.

Cuando se detectan a tiempo, algunas pueden curarse, siempre y cuando se siga todo el tratamiento prescrito por el profesional de salud. Sin embargo, existen otras que no tienen cura como por ejemplo el herpes y el VIH/SIDA.

Las ITS aumentan el riesgo de transmisión del VIH que ocasiona el SIDA porque:

- El VIH se encuentra en el semen, las secreciones vaginales, la sangre y la leche materna.
- El VIH, al igual que otras ITS, pasa fácilmente a través de las llagas como las úlceras genitales.

El VIH se transmite a través de las mismas conductas sexuales que incrementan el riesgo de otras ITS.

Para prevenir la transmisión del VIH por vía sexual se debe considerar las siguientes recomendaciones:

- La abstinencia, es decir no tener relaciones sexuales, es la forma más segura de no contraer una ITS o el VIH.
- La monogamia Y fidelidad mutua, mantener una sola pareja sexual en una relación estable.
- Uso adecuado del condón o preservativo durante las relaciones sexuales.

Eficacia del uso del preservativo.

Los materiales utilizados para los preservativos masculinos son de 3 tipos: la mayoría (> 80%) se componen de látex (caucho natural), y una pequeña proporción (< 5%) son membranas naturales (ciego de cordero) o sintéticas (por ejemplo, poliuretano; aproximadamente el 15%). (21)

Sólo los preservativos de látex y los sintéticos son recomendados para la prevención de las ITS y el VIH porque los condones de membranas naturales contienen pequeños poros que pueden permitir el paso de los virus, incluyendo el VIH, el virus

de la hepatitis B, y el virus herpes simple. Los condones sintéticos, en comparación con los de látex, son generalmente más resistentes al deterioro y son compatibles con los lubricantes tanto a base de agua como de aceite. Los condones sintéticos tienen tasas de fracaso similares a los condones de látex en la prevención del embarazo. Aunque no se ha estudiado extensivamente, los condones sintéticos se cree que proporcionan una protección contra las ITS similar a los condones masculinos de látex; sin embargo, la etiqueta de la Administración de Alimentos y Drogas (Food and Drug Administration, FDA) de EE.UU. actualmente restringe la recomendación de su uso a personas sensibles o alérgicas al látex. Los preservativos lubricados con el espermicida nonoxinol- 9 ya no se recomiendan, porque tienen una vida útil más corta, un costo aumentado y la falta de beneficio adicional en comparación con otros condones lubricados y pueden aumentar la probabilidad de transmisión del VIH como resultado del aumento de la irritación de la mucosa genital. En los Estados Unidos, los preservativos son regulados como productos médicos por la FDA, y existen normas de fabricación estrictas de tal manera que se comprueba en cada condón si hay agujeros o puntos débiles antes de su comercialización. (21,22,23)

Los condones pueden ser altamente eficaces contra el embarazo no deseado cuando se usan sistemática y correctamente. La falla del método del preservativo masculino para embarazos no deseados se estima que es del 2% en 12 meses de uso (es decir, 2 embarazos por cada 100 mujeres-año con uso perfecto), aunque, con el uso típico, la tasa de fracaso (que representa el uso inconsistente e incorrecto) es del 18%. El beneficio no anticonceptivo más importante del uso del condón es la protección adicional contra la adquisición y transmisión de las ITS, incluyendo el VIH. La evidencia que apoya la protección ofrecida por los preservativos contra la adquisición de la mayoría de las ITS, incluyendo el VIH, se ha incrementado notablemente en la última década. Si se colocan en el pene antes del contacto genital y se utilizan durante todo el acto sexual, los condones deben evitar el contacto con el semen, las lesiones genitales y los fluidos infecciosos, tanto en hombres como en mujeres. Los condones reducen en gran medida el riesgo de ITS

que se transmiten a o de la uretra peneana, incluyendo gonorrea, chlamydia, tricomoniasis, virus de la hepatitis B y VIH. El preservativo también ofrece protección contra las ITS transmitidas a través del contacto piel a piel o el contacto con las superficies mucosas, incluyendo el virus de herpes simple genital, el VPH, la sífilis y el chancroide en aquellas áreas afectadas cubiertas por el condón. El pasaje del patógeno de transmisión sexual más pequeño, el virus de la hepatitis B, está bloqueado efectivamente por los condones de látex, según estudios in vitro. La mayoría de los estudios sobre la eficacia del condón evalúan la actividad sexual vagina-pene. Los preservativos de látex y sintéticos también pueden ser utilizados durante el coito anogenital y el coito orogenital para reducir el riesgo de ITS. (21,22)

Estudios epidemiológicos bien diseñados y aquellos de parejas discordantes han mostrado que los condones son altamente efectivos contra la transmisión heterosexual de la infección por VIH. La revisión Cochrane más reciente estimó la efectividad del uso del preservativo en un 80%. La inconsistencia de las estimaciones de la eficacia de los condones contra otras ITS puede atribuirse a las limitaciones en el diseño del estudio, debido a que la calidad de los estudios históricamente tendió a ser más débil que para los estudios de VIH. Estudios recientes han documentado empíricamente que la eficacia del uso del preservativo contra muchas enfermedades de transmisión sexual se subestima debido a las limitaciones de diseño de los estudios. Aún con estas limitaciones, este y estudios más recientes con metodologías mejoradas han encontrado que los preservativos ofrecen protección contra una variedad de ITS, incluyendo gonorrea, chlamydia, tricomoniasis, herpes genital, y HPV. (22)

Dada la naturaleza coito-dependiente del preservativo, la eficacia tanto contra el embarazo no deseado como contra las ITS está ligada cercanamente con el grado de consistencia o corrección de su uso. Los factores asociados con la disminución de la eficacia del condón incluyen: la no utilización del preservativo con cada acto sexual; la falta de uso del preservativo durante todo el acto, como puede ser la colocación del preservativo después de iniciar las relaciones sexuales o su remoción

antes de la eyaculación; la rotura y deslizamiento del preservativo; y el uso de lubricante inadecuado con los condones de látex (lubricantes a base de aceite, como vaselina, aceite de bebé, lociones para las manos, y algunos medicamentos vaginales), que puede reducir la integridad del preservativo y llevar a rotura.(21,22,23)

Cinco instrucciones clave para el uso del preservativo alcanzadas por consenso en una Reunión de Expertos de la Organización Mundial de la Salud son las siguientes:

1. Use un condón nuevo para cada acto sexual.
2. Antes de cualquier contacto genital, coloque el condón en la punta del pene erecto para poder desplegarlo.
3. Desenrolle el condón hasta el final de la base del pene erecto.
4. Inmediatamente después de la eyaculación, sostenga el borde del condón y retírelo del pene cuando todavía está erecto.
5. Deseche el condón usado de manera segura.

Preservativo femenino.

El condón femenino 1 (CF1; Reality, Femy, Preservativo de Cuidado Anticonceptivo, Femidom), una vaina holgada de poliuretano con 2 anillos flexibles de poliuretano, introducido en 1994, fue el primer preservativo comercializado para mujeres, pero ya no es producido en los Estados Unidos. El CF2 (diseñado de manera similar al CF1, pero hecho de nitrilo y sin junta) fue aprobado para su uso en 2009 por la FDA de EE.UU., y es el único método de barrera femenino para la prevención de las ITS actualmente disponible en los Estados Unidos. Los datos relativos a la eficacia anticonceptiva de los condones femeninos sugieren que las tasas estimadas de embarazo durante los primeros 12 meses de uso perfecto y de uso típico para el CF1 fueron del 5% y 21%; estas tasas de embarazo son ligeramente superiores a las asociadas con el uso del preservativo masculino. (21,22)

Aunque los estudios de laboratorio y clínicos sugieren que el condón femenino podría

ser tan eficaz como el preservativo masculino en la prevención de las ITS, los datos son mucho más limitados. Es necesaria la investigación continua para evaluar la eficacia y la aceptabilidad de los condones femeninos, que en la actualidad representan menos del 1% del uso general del condón en los EE.UU. (22)

Doble protección.

Los anticonceptivos hormonales y los dispositivos intrauterinos ofrecen protección contra el embarazo, pero no protegen contra las ITS. El uso de "métodos duales" (uso combinado de preservativos y anticonceptivos hormonales o dispositivos intrauterinos) puede ser el enfoque óptimo para la protección contra el embarazo y las ITS en los adolescentes. Aunque el uso del método dual se ha incrementado en el tiempo, los estudios hallaron que menos del 25% de los adolescentes lo utilizan. Según datos de la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar, el uso del condón es menor en las mujeres que utilizan "métodos de anticoncepción altamente eficaces independientemente del usuario", definidos como inyectables, dispositivos intrauterinos e implantes, e incluso más bajo para las que utilizan anticonceptivos orales. (21,23)

Los adolescentes con pareja única y habitual tienden a interrumpir el uso del preservativo rápidamente, especialmente si se utilizan otros métodos de prevención del embarazo. Los estudios que han examinado el uso del método dual entre los adolescentes han hallado que el aumento del uso se asocia con los riesgos percibidos de embarazo e ITS, la comunicación con los padres sobre el riesgo sexual, la aprobación de los padres del control del nacimiento, las actitudes positivas hacia el uso del preservativo, el mayor uso con parejas ocasionales vs. habituales, el apoyo de la pareja para el uso del condón, y la autoeficacia en la negociación del uso del condón. (22)

En un estudio de base clínica de adolescentes mujeres afroamericanas e hispanas que recibieron asesoramiento y vieron un video que incorpora temas sobre el uso y el

no uso del condón, los investigadores hallaron que, a los 3 meses de seguimiento, las que participaron en la intervención tenían más del doble de probabilidades de haber usado un preservativo en la última relación que en el grupo de atención habitual. Sin embargo, las diferencias no persistieron a los 12 meses de seguimiento. (21)

Esfuerzos encaminados a aumentar el uso del preservativo.

Los programas de distribución de condones han sido evaluados en una variedad de entornos. En un estudio de los programas en escuelas secundarias de Massachusetts, los adolescentes de las escuelas donde estaban disponibles los condones fueron más tendientes a recibir instrucción sobre el uso del condón y menos propensos a reportar relaciones sexuales recientes o durante el curso de la vida, y los adolescentes que eran sexualmente activos fueron dos veces más propensos a usar preservativos en su relación sexual más reciente. Asimismo, intervenciones con base clínica han demostrado ser eficaces en el aumento del uso del condón y en la disminución de las ITS. 22,23)

Un reciente meta-análisis de estudios de alta calidad de EE.UU. e internacionales sobre intervenciones de distribución de condones de base estructural halló efectos significativos en el aumento del uso del condón, la adquisición de condones, la portación de los mismos, la iniciación sexual retardada en la juventud, y la reducción de la incidencia de las ITS. Las intervenciones que aumentan la disponibilidad o la accesibilidad a los preservativos son más eficaces cuando se combinan con una actividad adicional individual, en grupos pequeños, o a nivel comunitario. Los efectos de la intervención fueron significativos a lo largo de las características objetivo de los participantes (jóvenes, adultos, trabajadores sexuales, poblaciones de clínicas de ITS, u hombres). (22,23)

4. MATERIALES Y MÉTODOS

Métodos del nivel teórico:

Histórico Lógico: Se sigue una secuencia lógica en la que se implica la problemática objeto de estudio y se hace un recorrido desde diferentes momentos en que se trabaja la prevención de las its-vih/SIDA desde la comunicación comunitaria hasta lo individual y familiar.

Análisis- síntesis: Se trabaja en la descomposición del todo en sus partes y la integración de esta al analizar los diferentes datos que aportan la recogida de información.

Inducción –deducción: Durante el proceso investigativo se buscó la interpretación y llegar a conclusiones desde elementos simples a complejos y viceversa.

Métodos del nivel empírico para la obtención de la información: Encuesta (anexo 1), grupos focales(anexo 2) que responden al estudio de tipo CAP y la Revisión Documental, el criterio de experto posibilitó determinar los especialistas en comunicación social en salud que evaluaron la propuesta de programa y las Pautas de Evaluación Previa de materiales educativos de la serie PALTEX de la OPS(24-31) constituyó el instrumento de evaluación del Programa de Comunicación Social en Salud(anexo 3), para determinar su pertinencia y factibilidad de uso, así como corroborar la veracidad de la hipótesis.

Para el trabajo con la muestra se pidió el consentimiento de los sujetos seleccionados para su participación en la investigación a través de una reunión previa con los posibles a ser sujetos de la muestra sin objeciones a la solicitud, además del trabajo de visitas a hogares en las actividades de terreno.

Métodos estadísticos para el proceso de la información de los métodos del nivel empírico utilizadas.

Estadística descriptiva e inferencial, se utilizó el por ciento, la media y la moda, los resultados se reflejan en tablas y gráficos para la interpretación y procesamiento de la información, las técnicas cualitativas se procesaron a través del informe de grupo focal.

Los instrumentos de la serie PALTEX se procesaron según puntajes con rangos de:

- Si el puntaje está entre 35 y 28, la actividad resultó MUY APROPIADA.
- Si el puntaje está entre 27 y 20, la actividad resultó MEDIANAMENTE APROPIADA.
- Si el puntaje está entre 19 y 12, la actividad fue POCO APROPIADA.
- Si el puntaje está por debajo de 11, la actividad NO FUE APROPIADA, se debe tratar de mejorar la próxima vez. (27,28,29)

La selección de experto se realizó a partir de la información brindada por el Departamento de Promoción de Salud y Prevención de las Enfermedades en el municipio de Morón, se concilió con estos y recibimos su consentimiento, primero para ser valorados como experto después para la evaluación previa del Programa de Comunicación que propone la investigación se procedió a seleccionar los expertos a partir de: Criterio de experto: fórmula utilizada

$K = 0.5 (K_c + K_a)$ Dónde:

K: Coeficiente de Competencia.

K_c: Coeficiente de Conocimientos.

K_a: Coeficiente de Argumentación.

Posteriormente obtenidos los resultados se valoran de la manera siguiente:

$0.8 < K < 1.0$ Coeficiente de Competencia Alto.

$0.5 < K < 0.8$ Coeficiente de Competencia Medio.

$K < 0.5$ Coeficiente de Competencia bajo.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

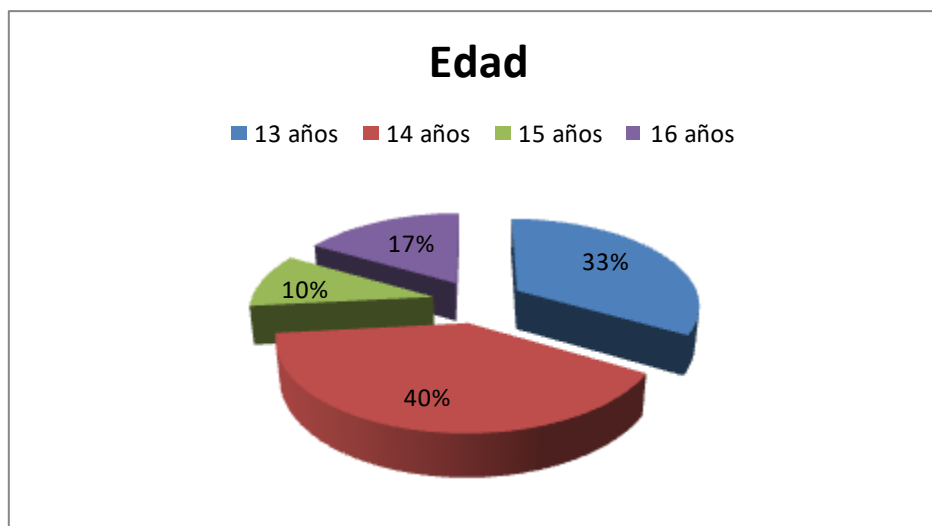
Análisis de los resultados del diagnóstico educativo de salud que se practicó a la muestra objeto de estudio, integrada por adolescentes entre 13 a 16 años de edad que declaran el no inicio de sus relaciones sexuales, se obtuvo a partir de una encuesta de tipo de estudio CAP (conocimientos, actitudes y prácticas) y la aplicación de la técnica de Grupo Focal.

A continuación, se presenta el análisis desglosado en tablas y gráficos de los resultados del diagnóstico educativo a partir de la correlación de la información obtenida de la encuesta y el grupo focal a partir de la muestra de los 30 adolescentes seleccionados para el estudio.

Características generales.

Con respecto al cuestionamiento de los datos generales, se tomó como punto de partida la edad.

Gráfico 1. Edad



En el presente gráfico se observa que las y los adolescentes de 14 años aparecen con una mayor frecuencia los cuales representan el 40 % de la muestra, seguido por los de 13 años los que representan el 33 % por lo tanto se corresponden con la media de edad que manejan algunos estudios para el inicio de las relaciones sexuales, en el caso específico del municipio de Morón (Morales, 2012), estas tienen como fecha de inicio de las relaciones sexuales a los 14 años y 9 meses en los varones y 13 años y 8 meses en las del sexo femenino según fuente de la Comisión Municipal de Educación sexual (datos estadísticos de la comisión). Aunque resulta de interés que se incorporen a al estudio otros de menor edad (13-14 años).

Con respecto al sexo el resultado se expresa en la tabla # 1 que se muestra a continuación.

Tabla 1. Sexo.

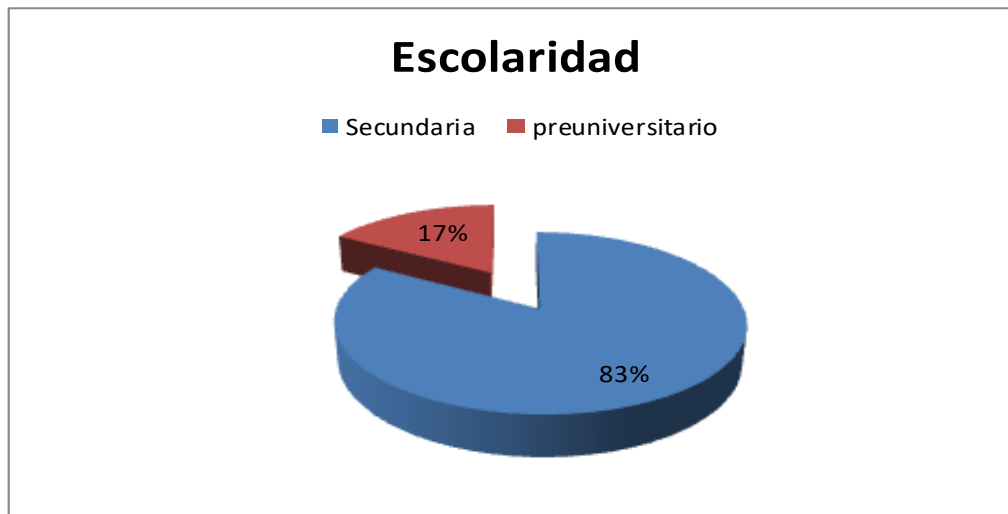
Sexo	Frecuencia	porcentaje
Masculino	17	57%
Femenino	13	43%
Total	30	100 %

En cuanto al sexo, la muestra se compone por 17 varones los cuales son ligeramente mayoría con un 57% y por 13 mujeres las que constituyen el 43 % de la muestra. Esto favorece al estudio ya que como se conoce del análisis anterior los varones comienzan la relación con más edad que las del sexo femenino lo que permite que exista un mayor número de adolescentes con probabilidades de no haber iniciado las relaciones sexuales. Además, en el grupo focal estos manifestaron la mayoría no haber iniciado las relaciones sexuales, aunque dos refirieron que sí, aspecto este que se expone con más profundidad en otros ítems de la encuesta aplicada.

Al desglosar la muestra por enseñanzas se obtuvo lo reflejado en el gráfico 2.

Gráfico 2.

. Escolaridad.



Sobre la escolaridad teniendo en cuenta que en Cuba la educación es universal y obligatoria hasta los 18 años, todos nuestros encuestados cuentan con primaria cursada y solo se diferencian entre secundaria y preuniversitario por la edad correspondiente para su grado, por lo cual el mayor porcentaje lo representan los que se encuentran cursando el nivel secundario y un menor porcentaje los que cursan el nivel preuniversitario.

Con respecto a los conocimientos sobre la problemática los resultados aparecen en la tabla 2.

Tabla 2. ¿Conoces la importancia que tiene el uso del preservativo en las relaciones sexuales?

	Frecuencia					
	M	%	F	%	Total	%
Si	14	82%	13	100%	27	90%
No	3	17%	0	0%	3	10%
Total	17	100%	13	100%	30	100%

Sobre la pregunta de que sí conocen la importancia del preservativo, la gran mayoría respondió afirmativamente con un 90% , pero cuando se clasifica según sexo se observa que respecto al femenino el 100% de ellas refieren conocer su importancia y solo el 82% de los masculinos refieren conocerlo, sin embargo en nuestro grupo focal se detectó que la mayoría atribuye su importancia el evitar el embarazo ya sea como la primera opción o como la única referida por ellos, esto se corrobora también en el estudio de (Luis calero) donde un 93.8% refiere conocer su importancia pero cuando se profundiza solo el 56,2% lo tenía claro. En el grupo focal también se expresaron con respecto a cuestiones relacionadas con la dificultad para usarlo y la pérdida de sensaciones lo que se puede interpretar que, aunque una minoría (solo 2) declaró que ya tenía relaciones sexuales, hay más de dos que han tenido relaciones sexuales.

Tabla 3. Marque con una X lo que usted conoce que se evita con el uso del condón.

Evita	Frecuencia			
	M	%	F	%
Embarazo	14	82,3	7	53,8
Cáncer	1	5,8	1	7,6
Infecciones de transmisión sexual.	10	58,8	7	53,8
EI SIDA	5	29,4	4	30,7

En la pregunta en la que se le pide al encuestado marcar lo que creen que se evita con el uso del preservativo, muestran el desconocimiento de la protección que hace el uso de este, incluso, para confundir se puso el cáncer y hubo uno de cada sexo que lo marcó, en el grupo focal se expresaron ideas que son ejemplos de deficiencias en el conocimiento como fueron, “yo no estoy claro de para qué es la protección”, “yo no sabía que el SIDA y las ITS eran lo mismo”, “yo sé que es bueno para protegerse pero no estoy claro contra qué cosas”, los profesores en la escuela nos han hablado pero una o dos veces y a mí se me olvida”.

A continuación, se explora la información que sobre el tema reciben y en la tabla 4 se expone el resultado.

Tabla 4. ¿Quién te ha hablado del preservativo o condón?

Fuente a través de la cual recibe la información	Frecuencia			Porcentaje %
	M	F	Total	
Medios de comunicación	7	5	12	40%
Familiares	11	6	17	57%
Medico o enfermera	5	2	10	33%
Amistades	9	4	13	43%
Se lo explicaron en la escuela	10	5	15	50%
Nadie le ha informado	1	0	5	17%

Cuando se les pregunta sobre quien les ha hablado acerca del condón se observa que a la gran mayoría representada por un 83% por lo menos en alguna ocasión se les ha hablado del uso del condón y que el mayor porcentaje ha recibido información en su propia casa es decir que de 30 adolescentes el 57% sus familiares en alguna ocasión les ha hablado sobre el condón lo que demuestra que sobre el tema reciben información, esta información coincide con lo obtenido en un estudio realizado por (Valdés Gómez) en la Facultad de Cultura Física de Villa Clara y mencionan que desean profundizar en los contenidos sobre sexualidad y prefieren para ello las asignaturas optativas y las actividades informales. Esto se corrobora ya que en el

grupo focal demostraron los elementos en que falla esta y es con respecto a que según los adolescentes se les habla con poca frecuencia, refieren que “siempre los padres se quedan cortos”, “en la escuela se cogen furias con eso y después no se habla más” en nuestro grupo focal nuestros participantes manifiestan que aunque han recibido información sobre el condón principalmente en sus hogares esta solo se limita muchas de las veces a sugerir su uso pero no se toman el tiempo necesario para explicar cómo usarlo y estos a su vez no se sienten con la confianza de preguntárselos, son lógicas en sus respuestas que el mayor porcentaje reciba información de las amistades y de los medios, está determinado según (Martínez, 2008), que los medios presentan un importante número de mensajes al igual que en la adolescencia las relaciones entre coetáneos.

Con respecto a las prácticas y actitudes en los cuestionamientos los resultados obtenidos se muestran a continuación:

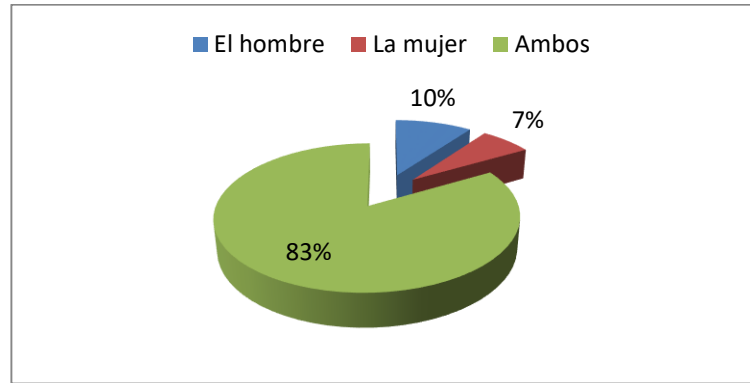
Tabla 5. ¿Quién te ha explicado cómo usar el preservativo o condón?

	Frecuencia		Total	Porcentaje %
	M	F		
Familiares	4	5	9	30%
Medico o enfermera	5	5	10	33%
Amistades	8	5	13	43%
Se lo explicaron en la escuela	1	2	3	10%
Nadie le ha explicado	7	3	11	37%

Cuando se les pregunta quién les ha explicado cómo usar el preservativo la mayoría refiere que ha sido por medio de algún amigo los que representan el 43% de la muestra, seguido de los que refieren que nadie les ha explicado cómo usarlo representado por un 37% seguido por un 33% que refieren ser el médico o la enfermera a través de materiales educativos de salud, a diferencia de la respuesta anterior los detalles del uso del preservativo se ha explicado más por amistades que

por otra vía lo que se comprobó en el grupo focal donde la mayoría dice que a través de amistades reciben la explicación del uso del preservativo.

Gráfico 3. ¿Quién debe tener la iniciativa en la negociación del uso del condón?



A pesar de reconocer que son ambos miembros de la pareja los que deben preocuparse por el uso del preservativo en el grupo focal se evidenció a través de la discusión establecida que predominan intereses machistas y sexistas con respecto a que el varón lleve la mayor responsabilidad en esta negociación. Esto coincide con lo expuesto por los participantes de un estudio de intervención comunitaria realizado por (Suárez Padilla), en Puerto Padre, Cuba 2008-2009.

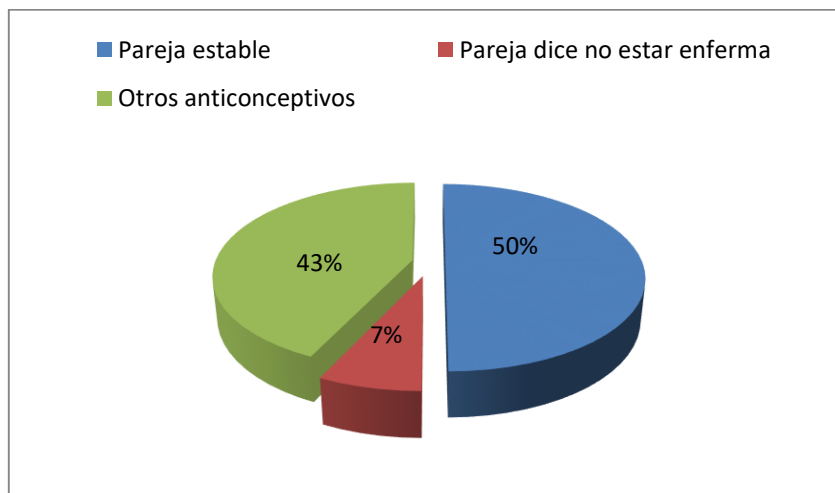
Con respecto al momento del uso del preservativo los resultados obtenidos se, muestran a continuación.

Tabla 6. ¿En qué relaciones sexuales utilizarías el preservativo?

Tipo de Relación	Frecuencia		%
	M	F	
Todas las relaciones	4	3	23,3%
No conoce a la persona	9	5	46,6%
No confía en la pareja	4	5	30%
No sabe	0	0	0%

Se aprecia que la mayoría no tiene definido en qué tipo de relación usar el preservativo, en el grupo focal expresaron la mayoría errores para definir e incluso no había claridad con respecto a las relaciones ocasionales las que se exploraron al no haber estado en el cuestionamiento de la encuesta. Esto coincide con el estudio de (Omaida Safora) En el grupo de muchachos mayores se evidencia, según lo referido una actitud desfavorable en relación, al uso del condón con parejas ocasionales.

Gráfico 4. ¿Cuándo no utilizarías el preservativo?



Con respecto a cuándo no es necesario su uso, es notorio que el 43% identifica a los métodos anticonceptivos con el preservativo, cuando este es un anticonceptivo, pero los otros anticonceptivos no protegen ante las ITS. En un estudio realizado por (Suárez Padilla) en Puerto Padre, también se observa un representativo 39% que tiene dificultades con respecto a los diferentes tipos de anticonceptivos.

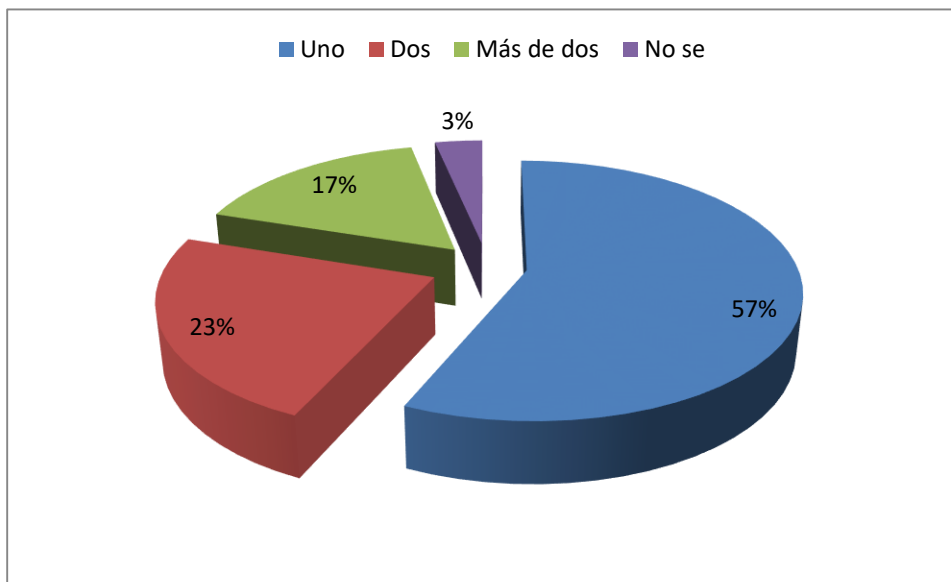
Al cuestionárseles los pasos a seguir para el uso del preservativo los resultados obtenidos se exponen a continuación.

Tabla 7. Describe 4 pasos para el uso del condón

	M	%	F	%
0 pasos	1	5,8%	4	30,7 %
1 paso	5	29,4%	0	0%
2 pasos	5	29,4%	3	23%
3pasos	2	11,7%	2	15,3%
4pasos	4	23,5%	4	30,7%

En la encuesta como en el grupo focal quedó evidenciado que la mayoría desconoce el proceder para el uso de éste. lo que también se corrobora en el estudio realizado por (Suárez Padilla), en Puerto Padre que, aunque no se explora este aspecto con el mismo enfoque se evidencia las dificultades representadas por un 62% para el momento idóneo en la utilización del condón.

Gráfico 5. ¿Cuántos condones es más recomendado utilizar para estar más protegido?



En este aspecto la mayoría reconoce que solo uno es suficiente, aunque la falsa creencia de usar dos tiene un 23% que es bastante significativo, en el grupo focal se expresaron la mayoría por el uso de uno, aunque se enfrentaron criterios con respecto al nivel de protección y seguridad

Con el presente capítulo se pudo determinar que:

- La Comunicación comunitaria en salud es necesaria para el tratamiento de los temas de salud en ese ámbito y constituye la principal herramienta de trabajo de la atención primaria para la promoción y la prevención de la salud.
- La prevención de las its-vih-SIDA constituyen una de las actividades prioritarias en las comunidades por el EBT en unidad con la intersectorialidad y los agentes socializadores los que de conjunto contribuirán a evitar su propagación.
- En el diagnóstico educativo de salud comunitario realizado a la muestra de la investigación se comprobó:
 - ✓ La deficiente información y conocimientos que tienen los adolescentes sobre el uso del preservativo.
 - ✓ Con respecto a las prácticas y actitudes existen dificultades en cuanto al; momento de usarlo, la forma de hacerlo y la protección que brinda.
 - ✓ Se manifiesta confusión entre las diferencias de otros anticonceptivos con el preservativo.

Todos estos elementos constituyen el aporte necesario para la confección del programa de comunicación para el uso del preservativo por adolescentes de nuestra comunidad que se propone en el siguiente capítulo del informe de investigación.

A continuación, se exponen los resultados de la evaluación de pertinencia y posible efectividad del programa de comunicación en salud, teniendo en cuenta los criterios de expertos y de la prueba previa realizada a la muestra objeto de estudio.

El programa se validó con 13 expertos en comunicación social en salud entre los que se encuentran especialistas en promoción de salud en activo en el municipio y provincia (y especialistas de la salud con experiencia en el área de promoción de salud) a lo que se le aplicó el criterio de experto utilizándose la fórmula:

$$K = 0.5 (K_c + K_a)$$

Dónde:

K: Coeficiente de Competencia.

Kc: Coeficiente de Conocimientos.

Ka: Coeficiente de Argumentación.

Posteriormente obtenidos los resultados se valoran de la manera siguiente:

$0.8 < K < 1.0$ Coeficiente de Competencia Alto.

$0.5 < K < 0.8$ Coeficiente de Competencia Medio.

$K < 0.5$ Coeficiente de Competencia bajo. (24,25)

Tabla # 2 Análisis de expertos en comunicación social en salud.

Encuestado	Kc	Ka	K
1	0.4	0.9	0.7
2	0.8	0.6	0.7
3	0.7	0.9	0.8
4	0.4	0.6	0.5*
5	0.7	0.6	0.7
6	0.7	0.9	0.8
7	0.4	0.9	0.7
8	0.5	0.6	0.6
9	0.6	0.7	0.7
10	0.5	0.6	0.6
11	0.6	0.5	0.6
12	0.4	0.6	0.5*
13	0.6	0.9	0.7
14	0.9	0.8	0.9
15	0.8	0.9	0.9

De este modo se seleccionaron 13 expertos de los 15 comunicadores sociales en salud que se procesaron, los eliminados están marcados con asterisco al no tener el coeficiente que demanda la investigación.

A los expertos en comunicación se les presentó para su análisis y estudio el programa y se les pidió que reflejaran los resultados en el documento criterio de evaluación de la serie PALTEX al igual que a los miembros de la muestra después que recibieron el programa obteniéndose los siguientes resultados, es necesario aclarar que en cada caso se expone el resultado en tablas y gráficos por la necesidad de que se entienda con más nitidez el presente informe de resultado de investigación.

CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO DE SALUD.
Serie PALTEX.

En escala del 1a 5 califique de acuerdo con el grado de cumplimiento.

5 corresponde a un cumplimiento total y 1 indica incumplimiento.

CRITERIOS	1	2	3	4	5
1.- Aceptación: La actividad gustó a los participantes.					
2.- Participación: Los participantes se involucraron con entusiasmo.					
3.-Comprensión Comprendieron el propósito y manejo del propósito: de la actividad.					
4.- Comprensión Demostraron que se comprendió el mensaje. del mensaje:					
5.- Utilización de Los participantes manifiestan poder utilizar lo aprendido: lo aprendido.					
6.- Seguimiento y Los participantes al final las sesiones solicitaron continuación: información complementaria u otra actividad similar.					
7.- Impacto en la Después de aplicado se han recibido pedidos e Comunidad: interés por otros miembros de la comunidad para actividades afines.					
- Si el puntaje está entre 35 y 28, la actividad resultó MUY APROPIADA.					
- Si el puntaje está entre 27 y 20, la actividad resultó MEDIANAMENTE APROPIADA.					
- Si el puntaje está entre 19 y 12, la actividad fue POCO APROPIADA.					
- Si el puntaje está por debajo de 11, la actividad NO FUE APROPIADA, se debe tratar de mejorar la próxima vez.					

COMENTARIOS: (Anote aquí lo que crea que va ayudarle en el futuro).

Fecha_____ Evaluador:_____

Esta técnica se puede aplicar entregándola a cada participante como evaluador o se puede realizar como entrevista a cada uno por separado, esta última forma fue la utilizada en la investigación. (24-31)

Resultados de la evaluación del programa por los sujetos de la muestra.

ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Aceptación	4	4	5	4	4	5	5	4	4	4	5	4	4	5	4	5	5	4	4	5	5
Participación	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5
Comprensión del propósito	4	4	5	4	4	4	5	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	5	5	4
Comprensión del mensaje	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	4	5	3	4	5	5	5
Utilización de lo aprendido	4	5	5	4	5	5	3	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Seguimiento y continuación	5	5	5	5	4	4	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Impacto en la comunidad	4	4	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	5
Puntaje por Sujetos.	31	32	35	30	31	33	32	33	32	33	32	32	33	33	33	34	33	32	33	33	34

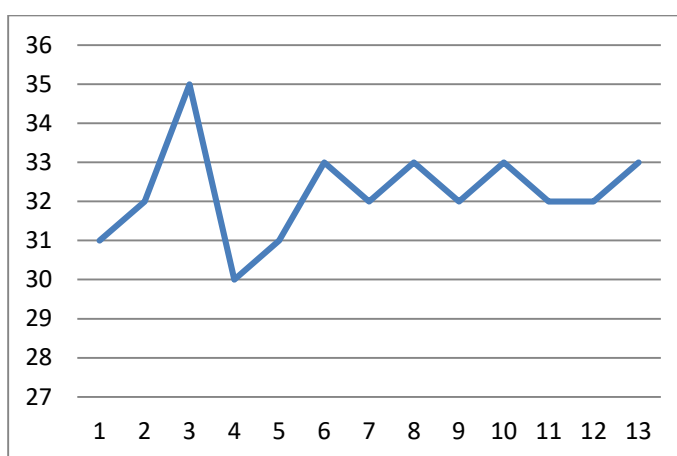
Observaciones realizadas por los sujetos de la muestra:

- Con respecto al mensaje la mayoría reconoce comprenderlo, pero les preocupa el trabajo del aprendizaje, por lo que se decidió introducir 4 técnicas propias para los contenidos y se balancearon las técnicas en cuanto al propósito y de incluir videos.
- Reconocieron la importancia del programa y la utilidad de este, además de la posibilidad de ser usado en otro contexto.
- Reconocieron la comprensión del mensaje en cada propuesta.
- Como miembros de la comunidad recomendaron hacer extensivo el programa a otros miembros de esta.

Resultados de la evaluación del programa por los expertos.

ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Aceptación	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5
Participación	5	4	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5

Comprensión del propósito	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5
Comprensión Delmensaje	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5
Utilización de lo aprendido	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	5	4
Seguimiento y Continuación	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5
Impacto en la Comunidad	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4
Puntaje por Sujetos.	35	33	35	35	34	33	35	31	34	33	33	33	33



Según criterio de los expertos refieren que el programa se observa acorde para el tema tratado y manifiestan su entusiasmo por las diferentes técnicas utilizadas, también se manifiestan a favor de la dinámica y tiempos utilizados en cada sesión y en forma general la califican de muy apropiada para este grupo de edad, considerándolo acto para su ejecución lo que permite determinar la veracidad de la hipótesis de la investigación.

El 100 % de los sujetos arrojaron una puntuación que se encuentra entre 28 y 35 puntos, de ahí lo apropiado del programa para ser aplicado.

6. CONCLUSIONES

1. El estudio documental permitió evolucionar los elementos teóricos que fundamentan la investigación desde el objeto o proceso de la comunicación comunitaria en salud y la prevención de las its-vih/SIDA en este ámbito.
2. El estudio CAP como diagnóstico educativo determinó que la mayoría de la muestra tenía evaluado los indicadores por debajo del 90 % entre R y M menos del 50% desconocían en qué tipo de relación usar el preservativo el 43 % identifica los métodos anticonceptivos con los de prevención de las ITS y el 33% no sabe si es necesario usar uno o dos preservativos, estos elementos constituyen la base del programa elaborado al efecto.
3. La evaluación de la propuesta de Programa de Comunicación Educativa en Salud determinó que con relación a los expertos éstos lo evaluaron en un 100% como muy apropiado, pertinente y en condiciones de ser puesto en práctica lo que coincidió con los resultados de los sujetos de la muestra que lo evaluaron en un 100% de muy apropiados, lo que demuestra la veracidad de la hipótesis.

7. RECOMENDACIONES

1.- El Programa de Comunicación Educativa en Salud para la negociación del uso del preservativo en adolescentes que declaran el no inicio de sus relaciones sexuales está en condiciones de ser aplicado por lo que se le debe dar continuidad en trabajos de investigación para la culminación de estudios de Especialistas en Medicina General Integral del municipio de Morón.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leyva Marín Y, Artiles de León I, Florez Madan L, Cano López AM, Bravo Fernández O, Castro Espín M, et al. Salud Sexual, sexualidad y trastornos Sexuales. En: Álvarez Sintés. Medicina General Integral. La Habana. Ciencias Médicas. 2008. 100-103.
2. Sánchez Santos L, Amaro Cano M C, Cruz Álvarez N M, Barriuso Andino A. Introducción a la Medicina General Integral. La Habana, Ciencias Médicas, 2001. 62-71.
3. Calero JL. Adolescencia y Salud Reproductiva. Sexología Sociedad. La Habana 2011;2(8):6-8.
4. Larrauri R Ch. Comunicación y Educación para la salud. 2008 [citado 28 mar 2013];7(4). Disponible en:
<http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>
5. Alegré de la Rosa. Diversidad Humana y Educación en Tendencias curriculares y atención a la diversidad. Selección de Lecturas. Villa Clara: Instituto Central de Ciencias Pedagógicas; 2010. 104- 116.
6. Torres M. Novios violentos en un grupo de adolescentes [tesis]. CENESEX: La Habana; 2005.
7. Adolescencia. Una reflexión necesaria. La Habana: Editorial Molino Trade; 2011.
8. Aranda Anzaldo A. Virus de la inmunodeficiencia humana. Uso del preservativo en la adolescencia En: En la frontera de los virus [Internet]. México DF: Fondo de Cultura Económica; 1995 [citado 14 Abr 2011]. Disponible en:
http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen2/ciencia3/071/htm/sec_15.htm.

9. Merino Muñoz D, Creagh Cerquera R, Martín Suárez I. Infección aguda por el VIH. En: Pachón J, Rivero A. La Infección por el VIH: guía práctica [Internet]. 2003 [citado 10 Nov 2011, [Pediatrics 2013; 132; 973](#)]. Disponible en: <http://books.google.com.cu/books?isbn=8460782212>.

10. Picart Trujillo C . Etiquetas: Ciego de Àvila, actualidad VIH/sida[Internet] .2012 [citado julio de 2012] Disponible en: <http://nauyu.blogspot.com/2012/07/ciego-de-avila-entre-las-mas-baja-tasa.html>.

11. Morales Más C V. Programa de comunicación social en salud para comportamiento responsable ante las ITS y VIH SIDA [tesis]. Ciego de Àvila. Universidad de Ciego de Àvila. 2005-2006.

12. CASTELLANOS, P., Reflexiones sobre la Medicina Comunitaria y la Participación de la Comunidad. Caracas: Escuela de Medicina "José M. Vargas", Universidad Central de Venezuela. 2006 (Mimeo.).

13. GONZÁLEZ DE LA TORRE, E. 1984. ¿Promotor de salud o comité de salud? II Conferencia Inter-americana de Educación Para la Salud, México: Unión Internacional de Educación para la Salud, Secretaría de Salubridad y Asistencia (México) 2011 y OPS.

14. Colectivo de autores. Metodología de la investigación cualitativa. Editorial Félix Varela. La Habana, 2008.

15. Colectivos de autores. Comunicología temas actuales. Editorial Félix Varela. La Habana, 2006.

16. Colectivo de autores. Metodología de la investigación cualitativa. Editorial Félix Varela. La Habana, 2008.

17. Hernández Sampier, R. Metodología de la investigación I. Editorial Félix Varela. La Habana, 2008.

18. Moreno Aragón, J. Gestión de proyectos sociales y culturales. Editorial Félix Varela. La Habana, 2006.
19. Arismendy Díaz, G. (2006). *La crisis del modelo penitenciario en Latinoamérica*. Disponible en Word Wide Web:
<http://www.dlh.lahora.com.ec/paginas/judicial/paginas/D.penal.3.htm>.
 (Consultado 12/01/2008).
20. Corona Torres, Rubén Darío. *La reintegración social, una medida preventiva especial de política criminal*. Puebla, junio de 2012. 235-246.
21. Aragonés López C, Sánchez Valdés L, Squires Valdés E, Piñón Ramos A, González Ochoa E. Línea Ayuda: servicio cubano de consejería telefónica en ITS/VIH/SIDA -características de los usuarios, 1998-2000. Rev Cubana Med Trop [revista en la Internet]. 2008 Ago [citado 2011 Ene 31] ; 60(2): . Disponible en: www.scielo.sld.cu.
22. Guerra Prada H, Trujillo Blanco N, Navarro Vega N, Martínez Fernández A. Intervención educativa para elevar conocimientos sobre las ITS/VIH/SIDA en jóvenes. AMC [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2011 Ene 31]; 13(6): Disponible en: www.scielo.sld.cu.
23. Vasallo Mantilla C. SEXUALIDAD: SALUD SEXUAL. PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA. Rev haban cienc méd [revista en la Internet]. [citado 2011 Ene 31]. Disponible en: www.scielo.sld.cu
24. OPS/OMS. Prácticas y tendencias de la lactancia materna y aplicación del código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna en las Américas., División de Promoción y Protección de la Salud. OPS/OMS, Washington, D.C., 2010.
25. Organización Panamericana de la Salud. Lecturas de Comunicación Social en Salud: Introducción a Métodos Cualitativos de Investigación. División de Promoción y Protección de la Salud. Washington DC: OPS, 1995. Serie No. 11.

26. Organización Panamericana de la Salud. Lecturas de Comunicación en Salud. División de Promoción y Protección de la Salud. Washington DC: OPS, 1999. Serie No. 20.
27. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Comunicación Social para Programas de la Promoción de Salud de los Adolescentes. Washington DC: OPS, 2008.
28. Organización Panamericana de la Salud. Modelos y Teorías de Comunicación en Salud, Promoción de Salud. División de Promoción y Protección de la Salud. Washington DC: OPS, 1998. Serie No. 19.
29. Organización Panamericana de la Salud. Programa Experimental para la Salud en Escuela. División de Promoción y Protección de la Salud. Washington DC: OPS, 1995. Serie No. 2.
30. Organización Panamericana de la Salud. Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares. Guía para el Diseño, Utilización y Evaluación de Materiales Educativos de Salud, Washington DC: OPS, 1984. No. 10.
31. -Organización Panamericana de la Salud. Taller Internacional de Comunicación Social en Salud. División de Promoción y Protección de la Salud. Washington DC: OPS, 1996. Serie No. 18.

Anexo 1.

Encuesta individual

Demanda de cooperación.

De un estudio sobre el uso del preservativo-condón en los adolescentes, necesitamos la mayor sinceridad y de antemano le estamos agradeciendo su cooperación.

1. Datos generales

1.1 Edad ____ años

1.2 Sexo ____M ____F

1.3 Nivel de escolaridad

____Primaria.

____Secundaria.

____Preuniversitario.

2. Conocimientos

2.1 ¿Conoces la importancia que tiene el uso del preservativo en las relaciones sexuales?

____sí ____no ____no se

2.2 Marque con una x lo que usted conoce que se evita con el uso del condón.

____El embarazo.

____El cáncer.

____Las infecciones de transmisión sexual.

____La infección por VIH/SIDA.

2.3 ¿Quién te ha hablado del preservativo-condón?

____Medios de comunicación

____Familiares.

____Médico o enfermera.

____Amistades.

____Me lo explicaron en la escuela.

____Nadie.

2.4 ¿Quién te ha explicado cómo usar el condón?

____Familiares.

____Médico o enfermera.

____Amistades.

____Me lo explicaron en la escuela.

____Nadie.

2.5 ¿Quién debe tener la iniciativa en la negociación del uso del condón?

____El hombre.

____La mujer.

____Ambos.

3 Actitudes y prácticas.

3.1 ¿En qué relaciones sexuales utilizarías el preservativo?

____En todas mis relaciones.

____En relaciones ocasionales.

____Cuando no conozco a la persona con la que voy a tener relaciones.

____Cuando no confío en la pareja.

3.4 ¿Cuándo no utilizarías el preservativo?

___ Cuando tengo una pareja estable.

___ Cuando me dice la pareja no estar enferma.

___ Cuando se utilizan otros anticonceptivos.

3.5 Describe 4 pasos para el uso del condón.

3.6 ¿Cuántos condones es recomendado utilizar para estar más protegido?

___ uno.

___ Dos.

___ Más de dos.

Anexo 2.

Grupo focal.

Técnica de grupo focal

Objetivo: Explorar aspectos de mayor intimidad con respecto a los conocimientos, mitos, tabúes relacionados con las prácticas sexuales y la transmisión de las its-vih/SIDA.

Se posibilitará trabajar con un grupo de 8 a 11 miembros de la muestra conocidos, pero de los de menos relación entre ellas con el propósito de extraer la información lo más veraz posible y corroborar elementos y aspectos ya obtenidos de la encuesta individual.

Se utiliza un equipo de grabación para recoger las opiniones, en este caso se utilizó un móvil.

Se establece una conversación franca sobre las prácticas sexuales y las its-vih/SIDA y se van a introducir cuantos cuestionamientos sean necesarios en el transcurso de la actividad de grupo.

Anexo 3.

Programa general de comunicación educativa en salud para la negociación del uso del condón en adolescentes que declaran el no inicio de sus relaciones sexuales:

"Adolescencia protegida y segura"

Etapas 1: planificación (diagnóstico inicial que se expone en esta tesis)

problemática seleccionada: La preparación de los adolescentes para la negociación del uso del preservativo.

Población diana: Adolescentes entre 13-16 años de edad que declaran el no inicio de sus relaciones sexuales.

Objetivos:

General:

1. Promover en los adolescentes las habilidades para la negociación del uso del preservativo o condón en las relaciones sexuales.

Específicos

1. Incrementar los conocimientos sobre las diferentes infecciones de transmisión sexual y sobre el VIH/SIDA.

2. Desarrollar en las y los jóvenes la iniciativa por el autocuidado de su salud.

3. Concientizar a los jóvenes sobre la alta vulnerabilidad que representan.

Audiencia seleccionada primaria: Los adolescentes del CMF número 17 del área norte de Morón.

Audiencia secundaria: Las familias

Audiencia Terciaria. Agentes comunitarios

Límite. 3 años

Beneficios: Mantener los índices actuales de morbilidad de estas infecciones en la comunidad.

Beneficio Percibido: comportamiento responsable ante la práctica de relaciones sexuales.

Etapas 2: Selección de canales y materiales.

☐ Canales a utilizar:

1. contexto hogar.

2. Actividades de la comunidad.

3. recursos informáticos.

4. locales para la consejería.

5. Comunicación cara-cara.

6. Instituciones y áreas colectivas de la comunidad

7. CMF.

☐ Materiales.

1. programa con dinámicas grupales elaborado para la negociación del uso del condón.

2. Creación de puestos de ayuda para el uso del preservativo/condón.

3. Plegables.

4. Carteles.

5. Videocasetes.

Etapa No 3. Presentación de materiales elaborados y pruebas preliminares (corroboración).

La corroboración del programa propuesto está en el cuerpo de la tesis.

Curso

Introducción al programa con dinámicas grupales.

La promoción de la salud constituye un proceso que abarca las acciones dirigidas principalmente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y grupos, así como las encaminadas a modificar las condiciones sociales y ambientales, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. El fin último de dichas acciones es propiciar espacios saludables donde los diferentes actores involucrados participen responsablemente en el mantenimiento y mejoramiento de su bienestar. Un enfoque especialmente efectivo es el trabajo en grupo de iguales. Sus principales ventajas son: mayor adecuación de los contenidos y estrategias, más motivación y crédito de la información. En este sentido, los adolescentes y jóvenes conceden mayor valor a la información obtenida en el grupo, que a la suministrada de forma autoritaria y por emisores con pocos puntos de contacto con ellos. En el caso específico de las its-vih/SIDA se hace necesario el uso de un programa dirigido a incrementar los conocimientos sobre este tipo de infecciones y fortalecer las actitudes y prácticas en el uso del preservativo o condón encaminado al fortalecimiento del autocuidado de su salud sobre todo en aquellos grupos de adolescentes o jóvenes que declaran el no inicio de sus relaciones sexuales.

Objetivos generales del programa

- 1.- Analizar a través de la reflexión grupal conflictos y contradicciones fundamentales de los adolescentes previo al inicio de sus relaciones sexuales.
- 2.- Analizar el papel personal social de los adolescentes en sus responsabilidades con respecto a la prevención de la its y vih/ SIDA.
- 3.- Dominar las principales its y el vih /SIDA con respecto a sus características y prevención y construir un sistema de valores que les permita asumir con responsabilidad su vida sexual activa.
- 4.- Fomentar un sistema de valores que permita asumir con responsabilidad el uso del preservativo/condón en las relaciones de los adolescentes.

Sesión 1: Presentación

Objetivo:

Crear un ambiente positivo para el trabajo grupal
 Valorar las expectativas del grupo en relación con el taller.
 Presentar el programa y la metodología a seguir.
 Reflexionar en torno a la problemática actual de las ITS-VIH/SIDA.

Contenidos

- 1 Técnica de animación: el rey ha muerto.
- 2 Presentación del Programa.
- 3 Presentación y expectativas del grupo.
- 4 Sexo y sexualidad. "La sexualidad humana. Recurso: Encuesta en la calle".

Se iniciará la sesión con la presentación del coordinador y la aplicación de la técnica de motivación "El rey ha muerto".

Procedimiento:

El primer participante se da vuelta hacia su vecino y le dice "El rey ha muerto" el vecino le pregunta ¿cómo murió? y el otro responde: "Murió haciendo esto" y hace un gesto o movimiento simple. Todos los participantes repiten este gesto continuamente. El segundo participante repite la afirmación y el tercer participante pregunta ¿cómo murió? el segundo participante añade otro movimiento o gesto entonces el grupo completo imita estos dos movimientos. El proceso continuo a través del círculo hasta que haya muchos movimientos que recordar.

A continuación, el coordinador presentará el programa de forma amena explicando los objetivos del mismo y estableciendo las normas de trabajo del grupo.

Luego cada participante se presenta, durante la presentación se alistarán las expectativas de cada integrante en papelógrafo que permitan evaluar al concluir el programa en qué medida han quedado satisfechas. El papelógrafo con las expectativas siempre que sea posible, se mantendrá en un lugar visible del salón, para que durante las sesiones se pueda escribir la evaluación acerca de los temas abordados.

Enseguida se presentará el tema:

"La sexualidad humana. Recurso: Encuesta en la calle"

1. Se dramatizará una encuesta en la calle, en la que participan distintos personajes (a elección de los participantes). Ejemplo: adolescente, maestra, enfermera, madre, niño, oficinista, obrero, joven, etcétera.
2. Un periodista va por la calle recogiendo la opinión popular y/o especializada de la población y realiza la pregunta siguiente: ¿Que entiende usted por sexualidad? Con anterioridad le pide al entrevistado que diga su edad, profesión, etcétera.
3. Una vez terminada la entrevista se piden comentarios a los participantes.
4. la coordinación, sobre la base de estos comentarios, hará las aclaraciones necesarias y establecerá la diferencia entre sexualidad y sexo.

Se cerrará la sesión con la técnica: "las esculturas"

Esculturas que expresen los aspectos más importantes de lo que sienten con relación al tema abordado.

Elaborar, entre todos los participantes, una o varias esculturas que representen el tema tratado a través de la actuación muda y sin movimiento.

Sesión 2 ¿Qué son las ITS?

Objetivos

Reflexionar sobre el grado de vulnerabilidad que presenta el grupo.

Demostrar las diferencias y semejanzas entre las ITS y el VIH.

Comprobar los conocimientos sobre las vías de contagio del VIH.

Contenidos

Aplicación de técnicas participativas.

1. Técnica de animación: "cinco islas"
2. Definición de vulnerabilidad con el Tema: ¿Vulnerable, yo?
3. Técnica de análisis "ITS e Infección por VIH: ¿Cuál es la diferencia?"
4. Técnica de cierre: "Qué provoca el tema?: Expresar un sentimiento".

Orientaciones Metodológicas:

Se comenzará con la técnica de animación "cinco islas"

Materiales que se requieren: tiza.

Descripción: el facilitador dibujará con una tiza en el suelo cinco círculos, suficientemente grandes para acomodar a todos los participantes, y designará a cada isla un nombre, luego pedirá a cada uno que escoja la isla en la que le gustaría vivir.

Posteriormente, se advertirá a los participantes que una de las islas se va a hundir en el mar muy pronto y los participantes de esa isla se verán forzados a moverse rápidamente a otra. El facilitador debe hacer crecer el suspenso y luego dirá el nombre de la isla que se está hundiendo; los participantes corren entonces a las cuatro islas disponibles. El juego continúa hasta que todos estén apretados en una sola isla.

A continuación, se reflexionará sobre la vulnerabilidad con el Tema ¿vulnerable yo?

Objetivo: Proporcionar a los Adolescentes los recursos para identificar las situaciones de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA y sensibilizarlos sobre cuanto están o no expuestos a la posibilidad de infección por el VIH.

Materiales de apoyo: Tiras de papel con las situaciones escritas, lápices, cinta adhesiva, hojas de papelógrafo y marcadores.

Procedimiento:

El facilitador debe comenzar la actividad explicando a los participantes qué es la vulnerabilidad y como se manifiesta en relación con las conductas individuales que colocan a las personas en riesgo para su salud y la de otras con quienes se relacionan. Debe explicarse, además, cómo influye en este sentido la política que asuma el país en los programas para la educación, prevención, control de la epidemia y atención a las personas que viven con el VIH, incluyendo el acceso a los servicios de salud y medicamentos, los derechos sociales y laborales, etcétera.

1. Inicialmente se definirá el término "vulnerabilidad".

2. Se organizará a los participantes en subgrupos y propóngales reflexionar sobre las diferentes formas en que los jóvenes se relacionan. Confeccionaran una lista sobre las situaciones en que creen que se sientan más vulnerables frente a la infección por VIH.

3. Sugiera formar un círculo con todos los participantes (no se utilizará la lista confeccionada por el momento).
4. Distribuya las tiras de papel con las situaciones de vulnerabilidad previamente elaboradas.
5. En el centro del círculo se colocará una hoja de papelógrafo que esté dividida en tres columnas con los enunciados: "vulnerable", "no vulnerable" y "no se". Indicará que lean su tira y les invitará a que las coloquen en la columna que consideren corresponda, diciendo por qué ellos creen que es una situación de riesgo o no; cuando cada uno termine preguntará a los otros si concuerdan o no y que lo argumenten. en caso que el participante no pueda o no sepa la respuesta el resto puede intervenir y contribuir a la ubicación donde corresponda.
6. Cuando todos los participantes tengan ubicada la lista en la columna correspondiente, un representante de cada subgrupo (previamente seleccionado) leerá la columna de vulnerabilidad y colocará las situaciones que considere no han sido contempladas.

Para promover el debate entre los participantes el facilitador podrá auxiliarse de las siguientes preguntas:

- ¿Por qué creen que los jóvenes están considerados como un grupo de alta vulnerabilidad en relación con la infección por VIH/SIDA?
 - ¿En qué situaciones ustedes ven esta vulnerabilidad?
 - Además del SIDA, qué otras situaciones consideran vulnerables.
- En una relación, qué hace a las personas vulnerables.
- ¿Cuando un hombre es más vulnerable?
 - ¿cuándo es más vulnerable una mujer?

Para terminar el trabajo grupal es conveniente esclarecer a los participantes las concepciones de masculinidad predominantes en nuestra sociedad y el área latinoamericana y cómo estas exponen a los jóvenes del sexo masculino a conductas de mayor vulnerabilidad ante el VIH/SIDA.

Se requiere debatir, además, sobre los factores culturales que dificultan en los hombres el uso del condón o preservativo, esclareciendo los mitos y tabúes que en relación a su uso existen en nuestra sociedad.

Continuaremos con la técnica de análisis "ITS e Infección por VIH: ¿Cuál es la diferencia?

Procedimiento:

1. Empezar la actividad comentando con los participantes acerca de las ITS conocidas y los puntos en común del VIH con algunas de estas como la gonorrea y la sífilis, pero en otros aspectos son fundamentalmente diferentes.
2. Divida al grupo en dos.
3. Pida a un subgrupo que piense y exprese por escrito las semejanzas entre el VIH/SIDA y los VIH.
4. Pida al otro que piense y haga una lista de las razones por las cuales la infección con VIH es diferente de las ITS.

5. Pida a los dos subgrupos que digan en voz alta sus respuestas mientras las escriben en el pizarrón. Verifique si la información es correcta. Comenten los puntos de discusión.

Se cerrará la sesión con la técnica: "Qué provoca el tema?: Expresar un sentimiento". Cada participante debe expresar con una palabra, o una frase, un gesto u otras formas de expresión, un sentimiento que le provoque el tema tratado.

Sesión 3

Prevención y control de las ITS.

Objetivos:

Que los participantes conozcan sobre el control y prevención de las diferentes infecciones de transmisión sexual.

Contenido:

Corto (mexicano) "Mi hermano".

Se iniciará la actividad con una técnica de animación.

El ¡¡Boom!!

Descripción de la técnica:

Se organiza el grupo formando un círculo, el facilitador propondrá realizar un conteo de uno en uno para ver si llegan a veinte, indicándoles, además, que la condición de ese conteo será que los números terminados en 3 o múltiplos de 3 no se digan, en su lugar se dirá la palabra ¡¡boom!!

EL facilitador, ubicado al centro del círculo dará la indicación de iniciar el conteo, el cual debe desarrollarse a un ritmo rápido y, cuando lo considere, alternará el orden de los participantes -de este modo no se sabrá de antemano el número que les toca y, por tanto, serán más frecuentes las equivocaciones. Cuando se repita varias veces, el facilitador interrumpirá la actividad.

Realización de video debate. (corto mexicano). Mi Hermano.

A continuación, se debatirá el corto con la siguiente guía.

¿Cómo es que se contagia Luis?

¿Cómo es que se contagia la familia de Luis?

¿Crees que la esposa de Luis se sintiera vulnerable ante las its-vih/SIDA?

¿Qué harías en la situación de Luis?

¿Qué harías en la situación de la esposa de Luis?

¿Qué harías en la situación del hermano de Luis?

¿Crees que la familia tiene un papel fundamental al enfrentar el problema?

¿Crees que se hubiera podido evitar el contagio hacia Luis?

¿Cómo?

Sesión 4

uso del condón y su negociación

Objetivos:

Proporcionar a los participantes las herramientas para la negociación del uso del condón.

Romper con las viejas prácticas sexistas y reflexionar sobre la posible pérdida de sensaciones.

Contenidos:

Rol de la mujer y del hombre, carga sociocultural asignada-asumida.

Repercusión que tienen los estereotipos sexistas en la vida de la pareja.

Uso del condón, ventajas y desventajas, diferencias entre el condón y otros anticonceptivos.

Orientación metodológica

Técnica participativa: juego de los espejos

Se separa el grupo en 2 filas, logrando parejas que deben situarse una frente a otra. Háganse la idea de que estamos frente al espejo y vamos a hacer lo que cotidianamente hacemos frente a él. La pareja reproduce lo que hace el otro ante una palmada del coordinador, invertir la acción: la fila que hace de espejo hará de situación real y viceversa.

Puntos de discusión.

¿Qué tan auténtico soy?

¿Qué oportunidad le doy a mi cerebro para pensar lo que hago y no actuar mecánicamente sin concientizar mis actos?

¿Qué tiempo dedico a mi intimidad y si mi intimidad es verdaderamente eso y qué tanto respetamos la intimidad de los demás?

Se deja reflexionando a los jóvenes nos cuesta más trabajo imitar que ser auténticos.

A continuación, se impartirá el Tema: Conociendo y aprendiendo a usar el condón y otros anticonceptivos. aquí se abordarán las características del preservativo, ventajas y desventajas y se dará una demostración de cómo utilizar el preservativo auxiliándose de una maqueta con forma de pene.

Técnica: Demostración del uso del condón.

Descripción de la técnica: Se les explica a los participantes las normas de calidad que se deben tener presentes para saber si los condones están en buen estado. Posteriormente y auxiliándonos de una maqueta o pene de madera, se demuestra cómo se saca el condón de la empaquetadura, cómo se coloca y retira, después de realizar la demostración se distribuyen condones a cada participante y en parejas deben realizar la operación tantas veces sea necesario, utilizando los dedos de las manos, el facilitados se moverá dentro del grupo comprobando si los participantes realizan correctamente los pasos para la colocación del condón. Repase los puntos más importantes y pida dos voluntarios que realicen la operación delante de todo el grupo.

Seguido de esto se cerrará la sesión con la técnica de reflexión "encestando".

donde el objetivo es propiciar la reflexión de los participantes sobre los temas desarrollados anteriormente.

materiales que se requieren: Una bola o pelota de cualquier material o tamaño y una caja de cartón o cesto.

Descripción de la técnica:

El facilitador organizará el grupo formando un círculo alrededor del cesto -o recipiente destinado para esa función- e indicará que con la bola que cada participante tiene es sus manos deberá tratar de encestarla desde su puesto. En caso de lograrlo, tendrán derecho a decir su opinión sobre el tema desarrollado. Se podrán permitir 2 o 3 rondas para el lanzamiento de la pelota al cesto a quienes no acertaron en la primera oportunidad de modo que se logre la mayor participación posible en la reflexión del día.

Sesión 5

Consejería cara a cara y telefónica.

Objetivos: Que los adolescentes conozcan las características y metodología de la consejería cara a cara y telefónica.

Se iniciará la sesión con la técnica de animación Hola-Hola

Los participantes formarán un círculo. Una persona seleccionada caminará alrededor de él por la parte exterior y tocará a alguien en el hombro, que, a su vez, caminará alrededor del círculo, pero en dirección contraria hasta que las dos se encuentren frente a frente. Se saludan tres veces por su nombre, seguidamente correrán en direcciones opuestas alrededor del círculo hasta tomar el lugar vacío. La persona que pierda continúa caminando y el juego se termina cuando todos hayan tenido su turno.

A continuación, se les impartirá a manera de conferencia las características y metodología de la consejería cara a cara y por vía telefónica enfatizando en sus ventajas y comodidad de cada usuario.

Para el cierre de esta sesión se utilizará la técnica: "Reflexión del día"

Para ayudar a que las personas reflexionen sobre las actividades del día, haga una bola de papel y pida al grupo que la tiren a cada participante por turno. Cuando tengan la bola los jugadores pueden decir una cosa que piensan sobre el día.

Sesión 6

Del cierre.

Objetivos

Reflexionar sobre los aprendizajes obtenidos a lo largo de las sesiones.

Explorar sobre el cumplimiento de las expectativas del grupo.

Conocer los criterios de los participantes mediante aplicación de un PNI.

Se iniciará la sesión con la técnica: "Creando entre todos"

La cual consistirá en extender sobre el suelo o la pared un papelógrafo para que los participantes con colores realicen un mural colectivo, una expresión gráfica creada entre todos.

A continuación, se analizarán si se cumplieron las expectativas creadas desde la primera sesión.

Posteriormente se realizará la técnica: "Libro mágico"

Todos los participantes sentados en círculo. En el centro imaginamos que se encuentra un libro mágico sobre los temas tratados a lo largo de las sesiones. Cada participante va hacia el libro y saca algo; en ese momento simula una actividad que clarifique (ayude a comprender) su selección.

Una vez que todos hayan ido al libro, propiciar un breve comentario sobre los elementos extraídos de este.

Para cerrar la sesión y el programa en general se les pedirá a todos los participantes que escriban un PNI (lo positivo, lo negativo y lo interesante) sobre el desarrollo de las actividades para conocer un poco más afondo el sentir de los jóvenes y poder enriquecer el programa a la postre.

Bibliografía consultada: herramientas para el trabajo grupal técnicas participativas 2
Aguilera Montero, Juana. 2012. Programa Mi Proyecto de Vida. Editorial Lazo calle no. 27 entre a y b vedado. La Habana, Cuba.

Etapas 4- Corroboración de materiales educativos por expertos y población diana.
Aparece en el cuerpo de la tesis.

Etapas 5- Ejecución y evaluación del programa general con indicadores que se definen en otro trabajo de investigación que le debe dar continuidad al que se expone en esta tesis.

Etapas 6- Retroalimentación y refinado del programa a partir de la evaluación que se propone para darle continuidad a esta investigación.