

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZAN”

ESCUELA DE POST GRADO



**PROGRAMA TUTORIAL PARA MEJORAR CONOCIMIENTOS
Y CAPACIDADES SOBRE PREVENCIÓN DEL VIH y SIDA DE
LOS JÓVENES UNIVERSITARIOS DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNDAC – TARMA, 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD**

TESISTA: Giovanna Bethzabé ENRIQUEZ GONZALES

ASESOR: Mary Luisa MAQUE PONCE

**HUÁNUCO – PERÚ
2017**

DEDICATORIA

A mis queridos padres Paquita y Juan, quienes con su ejemplo me enseñaron que la perseverancia y la constancia son garantía de triunfo.

A mis hijos Matías y Luana por su comprensión y motivo infinito de inspiración y superación.

A mi esposo Rubén, por su amor y comprensión.

A mis hermanas Merly y Liz, por su apoyo y fortaleza.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradecer a Dios y a la Virgen, por haberme brindado la suficiente fortaleza para llegar a esta etapa que significa concretar una de mis metas.

A mi asesora, la Dra. Mary Maque Ponce, por su orientación para el desarrollo de la investigación.

Al Dr. Isaac Cordova Baldeón por sus aportes y orientaciones para el desarrollo del trabajo principalmente en la parte estadística.

A mis colegas quienes me brindaron aportes importantes en mis instrumentos de recolección de datos.

A mis estudiantes, quienes con su participación permanente en el programa, contribuyeron con esta experiencia exitosa.

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue conocer en qué medida la aplicación del programa tutorial mejora los conocimientos y capacidades para la prevención del VIH y SIDA de los jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNDAC – Tarma, 2016. Se realizó un estudio experimental, cuya muestra fue asignada al azar para los grupo experimental y control, se aplicó un pretest y un postest entre la aplicación del programa educativo como parte de la tutoría universitaria, los instrumentos usados fueron el cuestionario de conocimientos sobre el tema y la escala de evaluación de capacidades para la prevención del VIH y SIDA. Los principales resultados indican que el nivel de conocimientos y capacidades en el grupo experimental después de la aplicación del programa educativo se incrementó en la puntuación media, 32,9 puntos respecto al pretest y los coeficientes de conocimientos y capacidades son más homogéneos en 5,4% en comparación a lo obtenido en el pretest, hecho que nos permite entender un efecto favorable de la variable experimental, en el grupo control, se ha incrementado apenas en 7,9 puntos respecto al pre test producto de la aplicación de la estrategia tutorial convencional. Finalmente, se concluye que para un nivel de confianza del 95%, la aplicación del programa tutorial mejora significativamente los conocimientos y capacidades para la prevención del VIH SIDA, de los jóvenes universitarios.

Palabra clave: VIH/SIDA, universitarios, conocimientos, capacidades.

SUMMARY

The objective of the research was to know to what extent the application of the tutorial program improves the knowledge and capacities for the prevention of the HIV and AIDS of the young university students of the Faculty of Sciences of the health of the UNDAC-Tarma, 2016. An experimental study was carried out, the sample of which was randomly assigned to the experimental and control group, a pretest and a posttest were applied between the application of the educational program as part of the university tutoring, the instruments used were the Knowledge Questionnaire on the topic and scale of assessment of capacities for the prevention of HIV and AIDS. The main results indicate that the level of knowledge and capacities in the experimental group after the application of the educational program increased in the average score, 32.9 points on the pretest and the coefficients of knowledge and Capacities are more homogeneous in 5.4% compared to what was obtained in the pretest, which allows us to understand a favorable effect of the experimental variable, in the control group, has increased just 7.9 points with respect to the pretest product of the application of the Conventional tutorial strategy. Finally, it is concluded that for a level of confidence of 95%, the application of the tutorial program significantly improves the knowledge and capacities for the prevention of HIV AIDS, of young university students.

Key word: HIV/AIDS, university, knowledge, capacities.

RESUMO

O objetivo da investigação foi conhecido em que medida a aplicação do programa tutorial aprimorou os conhecimentos e as capacidades para a prevenção do HIV e SIDA dos jovens universitários da Faculdade de Ciências da Saúde da UNDAC - Tarma, 2016. Se realizou un O estudo experimental, a amostra foi designado para o grupo experimental e controle, se aplicou um pré-teste e um post na aplicação do programa educativo como parte da didática universitária, os instrumentos foram submetidos ao questionário de conhecimentos sobre o tema e a escala de avaliação de capacidades para a prevenção do HIV e SIDA. Os principais resultados indicam o nível de conhecimento e as capacidades no grupo experimental depois da aplicação do programa educativo se incrementado na pontuação media, 32,9 pontos quanto ao pré-teste e os coeficientes de conhecimento e as capacidades são mais homogêneos em 5,4 % en comparación a obtenido em pré testar, realizou-se para permitir um efeito favorável da variável experimental, no controle de grupo, se ha incrementado apenas em 7,9 pontos quanto ao teste produto da aplicação da estratégia tutorial convencional . Finalmente, conclua que para o nível de confiança do 95%, a aplicação do programa tutorial para melhorar os conhecimentos e as capacidades para a prevenção do HIV, dos jovens universitários.

Palabra clave: VIH / SIDA, universitarios, conocimientos, capacidades.

INTRODUCCIÓN

El VIH es considerado a nivel mundial un problema de salud pública de mayor importancia y uno de los desafíos más grandes para la vida y la dignidad de los seres humanos¹. Se ha tenido un avance importante relacionado con el SIDA y los Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 6; en la actualidad, como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) el mundo se ha comprometido en poner fin a la epidemia de SIDA para el 2030. En América Latina, el número de nuevas infecciones por el VIH en el 2014 fue un 17%, menor que en 2000². En el Perú, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA reporta entre los años 1983 a marzo del 2017 35 847 casos de SIDA y de 68 201 casos de VIH, el mayor número de casos se presenta entre los 25 a 29 años, cuya principal vía de transmisión es sexual en un 97%³, como resultado de los comportamientos sexuales de riesgo, por sus estilos de vida desfavorables, la exposición a una gigantesca publicidad que invita a la evasión, a la seducción y a la exposición al riesgo⁴; si consideramos la historia natural de la infección, es posible que estos casos provengan de infecciones por VIH durante la adolescencia⁵.

El Ministerio de Salud, frente al aumento de los casos de VIH/SIDA ha derivado en que se desarrollen nuevas estrategias de prevención enfocadas en el cambio conductual principalmente de la población adolescente y joven, tal como se muestra en el Plan Estratégico Multisectorial de Prevención y Control de ITS, VIH Y SIDA 2015 – 2019 ¹, así mismo desde el año 2010 se viene promoviendo universidades saludables, en el marco de las políticas de promoción de la salud, con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de vida de la población universitaria⁶. La tutoría universitaria moderna involucra dos factores fundamentales: el compromiso de la persona en la construcción del propio proyecto de vida a través de una reflexión regular y sistemática y el necesario acompañamiento por profesionales en diferentes modalidades y contextos⁷.

En este caso, implica desarrollar intervenciones que ayuden a las personas a poner en práctica conductas saludables y modificar conductas de riesgo en este caso para la prevención del VIH/SIDA, preparándolos para un ejercicio responsable y seguro de su sexualidad principalmente en los jóvenes. Según Ramiro⁸, varones y mujeres emiten conductas sexuales de riesgo, aunque de diversas características y además los factores psicológicos estudiados influyen sobre la conducta sexual de forma diferencial en función al género.

Bandura citado por Villegas R, Ferrer L, Cianelli A, Miner, S, Lara C ⁹, en la teoría social cognitiva, señala que los programas efectivos para la prevención del VIH/SIDA deben incluir elementos teóricos, los cuales están fundamentados en la necesidad de que las personas ejerzan influencia sobre

su propia motivación y comportamiento para lograr un cambio autodirigido. En el Perú, según Tello D y Campos S ⁴, afirman con un margen de error al 1%, el programa educativo sobre VIH /SIDA incremento significativamente el nivel de conocimientos en los universitarios participantes. Así mismo, Alvarado ¹⁰ en su investigación aplica un programa educativo basado en competencias, resultando eficaz el aprendizaje en alumnos adolescentes universitarios ¹⁰.

Una de las medidas más eficaces para la reducción de la transmisión del VIH en personas sexualmente activas es el uso del condón, considerando que la principal vía es la sexual. A nivel nacional, el uso del condón entre las mujeres unidas en edad fértil, creció al pasar de 2,8% en el periodo 1991-92 a 12,5% para el año 2014 ¹¹. En una investigación realizada en Cuba por González V, Bolaños G, Pupo Á ¹², se comprueba que a pesar de su buen nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA, estos jóvenes no son sistemáticos en el uso del condón. Se propone que en las capacitaciones y actividades educativas se refuercen las técnicas de reflexión y análisis.

García N, Asensio I, Carballo R, Garcia M, y Guardia S, citado por Tafur P. ¹³, definen la tutoría como “una actividad formativa realizada por el profesor tutor encaminada al desarrollo integral (intelectual, profesional, y humano) de los estudiantes universitarios”. Esta actividad se operativiza a través de la acción tutorial.

La tutoría en la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, se desarrolla en forma individual y grupal a través de acciones de acompañamiento a los estudiantes conformado principalmente por mujeres

adolescentes y jóvenes, con una diversidad de comportamientos, hábitos, costumbres y necesidades de salud. Su finalidad es promover y fortalecer la formación del estudiante a fin de que se desarrolle integralmente y emplee sus potencialidades y habilidades en su desarrollo académico, profesional y personal¹⁴.

Por lo anteriormente planteado resulta de gran interés investigar en qué medida se pueden mejorar los conocimientos y capacidades para la prevención del VIH/ SIDA de los jóvenes universitarios que cursan una carrera de salud, a través de un programa educativo en el marco de la tutoría universitaria.

Los resultados principales de esta investigación, indican que el nivel de conocimientos y capacidades en el grupo experimental después de la aplicación del programa tutorial se incrementó en la puntuación media, 32,9 puntos respecto al pretest, en comparación a lo obtenido en el pretest, hecho que nos permite entender un efecto favorable de la variable experimental, en el grupo control, se ha incrementado apenas en 7,9 puntos respecto al pre test producto de la aplicación de la estrategia tutorial convencional. Así mismo, se busca generar conciencia a nivel de las autoridades del sector educación y salud para que se fortalezca la educación sexual en los diferentes niveles desde la familia, con la participación de profesionales especialistas en el tema con un enfoque de la atención primaria en salud.

INDICE

Dedicatoria	II
Agradecimiento	III
Resumen	IV
Abstrac	V
Resumo	VI
Introducción	VII

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema.....	1
1.2 Formulación del problema.	6
1.3 Objetivo General y objetivos específicos.....	6
1.4 Hipótesis y/o sistema de hipótesis.	7
1.5 Variables	7
1.6 Justificación e importancia.	9
1.7 Viabilidad.	10
1.8 Limitaciones	10

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes	11
2.2 Bases teóricas.....	18

2.2.1	Tutoría universitaria.....	18
2.2.1.1	Proceso de la consejería orientada a los jóvenes	
2.2.1.2	Dimensiones y niveles de intervención en el desarrollo del estudiante	
2.2.1.3	Competencias del docente tutor universitario	
2.2.2	El Proceso enseñanza aprendizaje.....	22
2.2.2.1	Formación basada en competencias	
2.2.2.2	Elementos principales del proceso enseñanza aprendizaje	
2.2.3	Capacidades.....	26
2.2.4	Teorías del cambio de comportamiento en salud.....	28
2.2.4.1	Teorías para el cambio individual	
2.2.4.2	Teorías para el cambio grupal	
2.2.5	La autoeficacia percibida.....	34
2.2.5.1	Dimensiones de la autoeficacia percibida	
2.2.5.2	Características de la autoeficacia	
2.2.5.3	Teoría social cognitiva y la autoeficacia	
2.2.5.4	Importancia de la autoeficacia percibida en la salud sexual y reproductiva	
2.2.6	El virus de inmunodeficiencia humana (VIH).....	44
2.2.6.1	Historia del VIH/SIDA	
2.2.6.2	Origen del VIH/SIDA	
2.2.6.3	Características del VIH/SIDA	
2.2.6.4	Transmisión del VIH	
2.2.6.5	Evolución clínica del SIDA	
2.2.6.6	Prevención del VIH/SIDA	

2.3 Bases o fundamentos filosóficos del tema de investigación.....	57
2.3.1 Promoción del autocuidado	
2.3.2 El abordaje holístico de la salud pública	
2.4 Definiciones conceptuales.....	59
2.5 Bases epistémicos.	60

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación.	62
3.2 Diseño y esquema de la investigación.	62
3.3 Población y muestra.	63
3.4 Instrumentos de recolección de datos.....	66
3.5 Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos.....	70

CAPITULO IV: RESULTADOS.....	74
-------------------------------------	-----------

CAPITULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	91
---	-----------

CONCLUSIONES.....	99
--------------------------	-----------

SUGERENCIAS.....	100
-------------------------	------------

BIBLIOGRAFÍA.....	101
--------------------------	------------

ANEXOS.....	106
--------------------	------------

Anexo 1: Consentimiento informado

Anexo 2: Cuestionario datos generales

Anexo 3: Cuestionario de conocimientos sobre el VIH y SIDA

Anexo 4: Escala de Autoeficacia para prevenir el VIH y SIDA

Anexo 5: Registro de atención individual del docente tutor

Anexo 6: Matriz de consistencia

Anexo 7: Programa tutorial para mejorar las capacidades

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Prueba de normalidad para los datos de la variable y dimensiones por grupos a nivel posttest, considerados en estudio.

Tabla N° 2: Jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNDAC – Tarma, agrupados por niveles de conocimientos y capacidades para la prevención del VIH SIDA y grupos de observación antes y después de la aplicación del Programa Tutorial.

Tabla N° 3: Prueba de muestras independientes para las dimensiones conocimientos y capacidades para prevenir el VIH y SIDA

Tabla N° 4: Jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNDAC – Tarma, agrupados por niveles de conocimientos para la prevención del VIH SIDA y grupos de observación antes y después de la aplicación del Programa Tutorial.

Tabla N° 5: Prueba de muestras independientes para la dimensión conocimientos para prevenir el VIH y SIDA

Tabla N° 6: Jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNDAC – Tarma, agrupados por niveles de capacidades para la prevención del VIH SIDA y grupos de observación antes y después de la aplicación del Programa Tutorial

Tabla N° 7: Prueba de muestras independientes para la dimensión capacidades para prevenir el VIH y SIDA

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNDAC – Tarma, agrupados por niveles de conocimientos y capacidades para la prevención del VIH SIDA y grupos de observación antes y después de la aplicación del Programa Tutorial.

Gráfico N.º 2: Jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNDAC – Tarma, agrupados por niveles de conocimientos para la prevención del VIH SIDA y grupos de observación antes y después de la aplicación del Programa Tutorial

Gráfico N.º 3: Jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNDAC – Tarma, agrupados por niveles de capacidades para la prevención del VIH SIDA y grupos de observación antes y después de la aplicación del Programa Tutorial

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Existe el prejuicio que supone que la población juvenil tiene pocos problemas de salud, no obstante, como apunta la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la salud es el estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”, por tanto a lo largo del todo el ciclo de vida hay condiciones, factores y conductas, que podrían poner en riesgo nuestro estado de salud presente o futuro. Además, este giro ha originado que se preste gran atención al concepto de estilo de vida y, específicamente, a los hábitos relacionados con la salud, como principales determinantes de la calidad del bienestar psicológico y físico ¹⁵. Desde esta mirada integral del ciclo de vida, la OMS señala que casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en adultos se asocian a enfermedades o comportamientos que comenzaron en su juventud ¹⁶, entre ellas el

consumo de tabaco, la falta de actividad física, la exposición a la violencia y a las relaciones sexuales sin protección que conllevaron a un embarazo no deseado o a la infección del VIH/SIDA.

Una de las grandes necesidades en la población juvenil está asociada a la carencia de las condiciones adecuadas para ejercer sus derechos sexuales y derechos reproductivos, en el marco de un estado pleno de bienestar, que asegure sus condiciones de vida, actuales y futuras.

El VIH es considerado a nivel mundial un problema de salud pública de mayor importancia y uno de los desafíos más grandes para la vida y la dignidad de los seres humanos. Afecta a todas las personas sin distinción de su condición económica, edad, raza, sexo, condición ocupacional, orientación sexual o identidad de género; observándose que los habitantes de los países en desarrollo como el nuestro son los más afectados ¹.

El VIH es un daño asociado principalmente a los comportamientos sexuales de riesgo y se extiende en gran medida entre los varones y personas más jóvenes de zonas urbanas de las grandes ciudades del país, principalmente en la costa y selva. Esta enfermedad representa grandes riesgos para la población, y de no ser controlada puede impactar de manera importante en la vida económica y social de todo el país.

Según ENDES del año 2014, el 67% de las jóvenes no utiliza un preservativo en sus relaciones sexuales ocasionales, lo cual las expone de manera grave, tanto a embarazos no deseados como a ITS y/o al contagio del VIH-SIDA. Hay ligeras diferencias por grupos de edad, son las más jóvenes quienes lo usan en mayor proporción y extraña que, siendo las de 25 a 29 años mujeres de más experiencia y, supuestamente, con mayor información, sean las que menos lo usen, para el año 2009 el 36% de jóvenes de 20 a 24 años usaba el condón con quien no era su pareja; para el 2014 disminuyó al 34.6%^{17,18}.

El nivel educativo es un elemento diferenciador en el conocimiento o no de una ITS. Muchas veces no necesariamente porque sea parte de los contenidos educativos, sino por las competencias adquiridas de manera progresiva que permite el procesamiento de la información que llega desde distintas fuentes, entre los que se destacan los medios masivos de comunicación. Son relativamente pocas las mujeres con educación superior que no están informadas sobre las ITS, frente al escaso conocimiento de quienes están sin nivel o cuentan con apenas estudios de primaria. Se da un salto importante en el conocimiento de la ITS en el paso de la primaria a la secundaria y luego otro en similar magnitud entre quienes alcanzaron la secundaria y las que cuentan con estudios superiores. En el comparativo del 2009 y 2014, encontramos que hay un descenso en el porcentaje de mujeres que no conocen de ITS, pero solamente en aquellas que no tienen educación o que tienen educación primaria, que son segmento que mantienen porcentajes muy altos de desconocimiento. Mientras que en los niveles secundario y

superior la tendencia es inversa, paradójicamente registrándose en las mujeres con instrucción superior, el mayor nivel de incremento del desconocimiento sobre ITS, pasando del 9.4 % para el año 2009 al 13.2% para el 2014 ¹¹.

En el acumulado de casos reportados Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA , desde el año 1983 a marzo del 2017, reporta 35847 casos de SIDA y de 68 201 casos de VIH, encontramos en mayor número de 25 a 29 años, con un total de 6,271 casos, considerando la historia natural de la infección, es posible que estos casos provengan de infecciones por VIH durante la adolescencia ⁵.

Una de las medidas más eficaces para la reducción de la transmisión del VIH en personas sexualmente activas es el uso del condón. Por ello, la importancia del condón como método de planificación familiar que a la vez puede evitar la transmisión del virus de la madre a la niña y/o niño. A nivel nacional, el uso del condón entre las mujeres unidas en edad fértil, creció al pasar de 2,8% en el periodo 1991-92 a 12,5% para el año 2014 ¹¹.

Por ello, la una universidad saludable o *universidad promotora de salud* es aquella que incorpora la promoción de la salud a su proyecto educativo y laboral, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan y, a la vez, formarlos para que actúen como modelos o promotores de conductas saludables a

nivel de sus familias, en sus futuros entornos laborales y en la sociedad en general ¹⁹.

En el Perú, las políticas de promoción de la salud y de universidades saludables las establece el Ministerio de Salud–MINSA con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de vida de la población ⁶. Es así que en 2010 el MINSA aprobó el documento técnico “Promoviendo Universidades Saludables” por medio de la resolución ministerial N° 968-2010 dirigido a universidades e institutos de educación superior ²⁰. Actualmente el MINSA está estableciendo alianzas con las universidades para orientar los esfuerzos de las universidades en la implementación de la promoción de la salud y la disminución de enfermedades transmisibles ⁶.

En esta línea, la propuesta de universidad saludable, tiene como base un concepto de salud integral, está incluido dentro de las políticas de salud pública de todo país, e implica desarrollar intervenciones que ayuden a las personas a poner en práctica conductas saludables y modificar conductas de riesgo para la prevención del VIH/SIDA, preparándoles para un ejercicio responsable y seguro de su sexualidad. Es por ello que las universidades tienen una fuerza potencial para influir positivamente en la vida y la salud de sus miembros; además los universitarios lideran innovaciones y tienen un rol modélico en la sociedad ¹⁹.

Frente a esta problemática que vulnera principalmente la salud sexual de los jóvenes, con esta investigación se pretende que en el marco de la tutoría universitaria se intervenga con el programa educativo a nivel

grupales e individuales, cuyo objetivo es mejorar los conocimientos y capacidades para la prevención del VIH y SIDA.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿En qué medida la aplicación del programa tutorial mejora los conocimientos y capacidades para la prevención del VIH SIDA, de los jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNDAC – Tarma, 2016?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- a. ¿En qué medida el programa tutorial mejora los conocimientos para la prevención del VIH y SIDA de los jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNDAC – Tarma, 2016?
- b. ¿En qué medida el programa tutorial mejora las capacidades para la prevención del VIH y SIDA de los jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNDAC – Tarma, 2016?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer en qué medida la aplicación del programa tutorial mejora los conocimientos y capacidades para la prevención del VIH y SIDA, de los jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNDAC – Tarma, 2016.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Demostrar que con la aplicación del programa tutorial se mejoran los conocimientos para la prevención del VIH y SIDA.
- b. Demostrar que con la aplicación del programa tutorial se mejoran las capacidades para la prevención del VIH y SIDA.

1.4 HIPÓTESIS Y/O SISTEMA DE HIPÓTESIS

1.4.1 HIPÓTESIS GENERAL

La aplicación del programa tutorial mejora significativamente los conocimientos y capacidades para la prevención del VIH y SIDA de los jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNDAC - Tarma, 2016.

1.4.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- a. La aplicación del programa tutorial mejora significativamente los conocimientos para la prevención del VIH y SIDA.
- b. La aplicación del programa tutorial mejora significativamente las capacidades para la prevención del VIH y SIDA.

1.5 VARIABLES

1.5.1 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente:

Programa tutorial

Variable dependiente:

Conocimientos y capacidades para la prevención del VIH y SIDA.

1.5.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable		Definición de la variable	Tipo	Escala	Dimensión	Indicadores	Categoría o valor final	Fuente o Instrumento
Variable independiente	Programa tutorial.	Programa de seis sesiones, bajo el enfoque participativo, plantea desarrollar actividades educativas para mejorar la autoeficacia y los conocimientos respecto a el VIH y SIDA	Cuantitativa discontinua	Razón	<i>Días de asistencia</i>	Número de días		Registro de asistencia
					<i>Entrega de casos</i>	Número de casos resueltos		Material de apoyo para el estudiante Manual
					<i>Respuestas a las preguntas</i>	Número de respuestas a las preguntas por sesión		
					<i>Participación en los talleres</i>	Número de preguntas resueltas		Guía para el facilitador
Variable Dependiente 1	<i>Conocimientos y capacidades para la prevención del VIH SIDA</i>	Percepción de su competencia para desarrollar una conducta sexual eficaz para prevenir el SIDA y los saberes previos y adquiridos durante el programa tutorial	Cualitativa politómica	Ordinal	<i>Conocimientos para la prevención del VIH SIDA</i>	Malo =11 – 13 Regular =14 - 16 Bueno = 17 - 19 Muy bueno = 20 - 22	Malo = 38 - 67 Regular = 68 - 97 Bueno = 98 - 127 Muy bueno =128 – 157	Cuestionario estructurado
					<i>Capacidad para prevenir el VIH SIDA</i>	Malo = 27 - 53 Regular = 54 - 80 Bueno = 81 - 107 Muy bueno = 108 - 135		Escala LICKERT para la autoeficacia para prevenir el VIH y SIDA

1.6 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

En el departamento de Junín, según ENDES; para el año 2014 el 67% de las jóvenes no utiliza un preservativo en sus relaciones sexuales ocasionales, lo cual las expone de manera grave, tanto a embarazos no deseados como a ITS y/o al contagio del VIH-SIDA ¹⁸.

Los casos reportados de SIDA desde el año 1983 a marzo del 2017 son 35 847 casos de SIDA y de 68 201 casos de VIH, el mayor número de casos se presenta entre los 25 a 29 años con un total de 4 832³, considerando la historia natural de la infección, es posible que estos casos provengan de infecciones por VIH durante la adolescencia⁵ (*Magnitud*).

La salud integral de los jóvenes debe ser considerada como un elemento básico para el desarrollo social y económico del país. De seguir con esta situación se advierte mayor riesgo de contraer VIH/SIDA. El impacto negativo es mayor en este grupo de edad porque trunca proyectos de vida y dificulta la continuidad de sus estudios universitarios y el acceso a oportunidades de crecimiento educativo (*Trascendencia*).

Una de las medidas más eficaces para la reducción de la transmisión del VIH, es desarrollar y fortalecer las capacidades y habilidades de negociación necesarias para la prevención del VIH/SIDA a través de la acción tutorial dirigida a los estudiantes universitarios (*Vulnerabilidad*).

Existe interés de la universidad para realizar este tipo de investigación, como parte del proceso de implementación de la tutoría universitaria, considerando que el desarrollo integral del universitario se fundamenta no sólo en las capacidades intelectuales, sino que las actitudes se convierten en un elemento clave para el éxito en el logro personal ²¹. Su implantación es factible, los antecedentes de otras investigaciones han demostrado buenos resultados con el trabajo en adolescentes y jóvenes; así mismo, forma parte del eje transversal del diseño curricular en la formación profesional ²² (*Factibilidad*).

1.7 VIABILIDAD

La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Daniel A. Carrión – Filial Tarma brinda la acción tutorial universitaria, entendida como una actividad inherente a la función del profesor que se realiza individual y colectivamente con los alumnos de un grupo de clase con el fin de facilitar la integración personal de los procesos de aprendizaje. Como docente de esta institución y tutor cuento con los recursos necesarios para abordar el presente estudio que conduce a fomentar un pensamiento reflexivo sobre salud sexual y reproductiva y la toma de decisiones responsables en los jóvenes. (*Viabilidad*).

1.8 LIMITACIONES

La población estudiantil de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión – Filial Tarma, está conformada principalmente por el género femenino, el cual limitaría la obtención de información para el género masculino.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

NACIONALES

Alvarado R.¹⁰, en su investigación titulada “***Eficacia del programa educativo sobre VIH/SIDA en aprendizaje por competencias en alumnos adolescentes de la escuela académico profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos***”, cuyo objetivo fue evaluar la eficacia de la aplicación del programa educativo sobre VIH/SIDA en el aprendizaje por competencias en alumnos adolescentes de obstetricia, la metodología empleada fue un estudio cuasi-experimental, longitudinal, prospectivo en 50 alumnos adolescentes de obstetricia a los cuales se les aplicó cuestionarios que medían conocimientos, procedimientos y actitudes, antes de la aplicación del programa educativo (Pretest) y tres mediciones posteriores al programa; uno al finalizar las sesiones (Postest 1), otro a la semana (Postest 2) y un

tercero de los 28 días (Postest 3). Posteriormente se aplicó estadísticas descriptivas e inferenciales con un nivel de significación estadístico $p < 0,05$. Los resultados fueron: El nivel de conocimientos antes de la aplicación del programa educativo fue de 6,64 puntos y al finalizar las evaluaciones posteriores llegó a 8,22 puntos con una diferencia significativa ($p < 0,001$). Al iniciar el programa el 10% presentó un conocimiento bueno, incrementándose al 32% al finalizar el programa. Las actitudes medias, no variaron de forma significativa antes y después de la aplicación del programa educativo, siendo de 19,24 puntos en el pre test y de 19,00 puntos al finalizar el programa. Los procedimientos en promedio no se modificaron significativamente, siendo la diferencia significativa en el diagnóstico del VIH/SIDA que en el pre test llegó a tener un 46% que no resolvió el mismo, llegando a 8% posterior al programa. En el Pre test este procedimiento ofreció 24% que presentó una prueba diagnóstica, llegando a un 78% en el Pos test. En conclusión, el programa educativo resultó eficaz en el aprendizaje por competencias en relación a los conocimientos sobre VIH/SIDA en alumnos adolescentes.

Tello D y Campos SC ⁴, en su investigación titulada ***“Efectividad de un programa educativo sobre VIH /Sida aplicado a universitarios dentro del enfoque promocional”***, cuyo objetivo fue determinar la efectividad del programa educativo sobre VIH/SIDA en universitarios tomando como referencia el modelo de promoción de la salud de Nola Pender y la teoría de autocuidado de Dorothea Orem, fue un estudio cuantitativo, pre experimental, con medidas de pre y pos test, realizado en una universidad privada, con una muestra de 60 estudiantes

seleccionados por conveniencia según criterios pedagógicos e inclusión. El instrumento fue un cuestionario de 20 preguntas validado por juicio de expertos y prueba piloto, valor máximo 50 puntos, nota aprobatoria 14 en escala vigesimal. Los niveles de conocimiento alto, medio, bajo y muy bajo determinados por escala de estaninos; en el análisis se usó estadística descriptiva: media, desviación estándar. La efectividad se determinó con estadístico χ^2 con el método de McNemar nivel significación 1% ($\alpha = 0,01$). En sus resultados señala que antes de la intervención educativa el nivel de conocimiento fue muy bajo; después de la intervención se logró niveles de medio a alto, con promedio ponderado de 16,6. Como conclusión se acepta la H_1 $p = 0,005$, con un margen de error de 1%, existen evidencias suficientes para afirmar que la aplicación del programa educativo sobre VIH/Sida incrementó significativamente el nivel de conocimiento en los universitarios participantes.

Internacionales

Ramiro S.⁸, en su investigación titulada "***Evaluación de la autoeficacia para el uso del preservativo, el conocimiento y la preocupación por ITS/SIDA en adolescentes españoles y su relación con la conducta sexual de riesgo, en función del género***", cuyo objetivo fue determinar las diferencias del género en el conocimiento sobre ITS/VIH, la preocupación por ITS/VIH y la autoeficacia en el uso del preservativo y su relación con el comportamiento sexual de riesgo en una muestra de adolescentes, entre los 14 y 18 años. Los resultados ponen de manifiesto que un tercio de

los participantes informan tener relaciones sexuales coitales, los varones tienen más parejas sexuales y las mujeres hacer menor uso del preservativo en sus relaciones vaginales y orales. Las mujeres presentan más conocimiento sobre aspectos relacionados con las ITS o el VIH, cuanto mayor es su exposición al riesgo vaginal, anal y oral. Sin embargo, los varones se preocupan más únicamente cuando se exponen al riesgo vaginal, pero no cuando se exponen al riesgo anal u oral. Por lo tanto, se concluye que varones y mujeres emiten conductas sexuales de riesgo, aunque de diversas características y además los factores psicológicos estudiados influyen sobre la conducta sexual de forma diferencial en función al género.

En la investigación de Ballester R, Gil- Llario M, Ruíz P y Giménez G.²³, titulada **“Autoeficacia en la prevención sexual del SIDA: La influencia del género”**. La literatura científica apunta a que la escasa autoeficacia para el uso del preservativo explicaría muchas conductas de riesgo de transmisión del VIH en jóvenes. Se analiza la autoeficacia de los jóvenes españoles en el uso del preservativo, la existencia de diferencias de género y la relación con variables relevantes en la prevención. Se aplicó la "Subescala de Autoeficacia en el Uso del Preservativo", incluida en el Cuestionario de Prevención del Sida (Ballester, Gil y Giménez, 2007), a 3540 universitarios (50.9% mujeres, 49.1% hombres). Los resultados indican que los jóvenes obtienen puntuaciones medias-altas en autoeficacia, mostrándose la menor puntuación en el autocontrol en el momento de excitación. Se obtienen diferencias estadísticamente significativas en distintas situaciones según el género, siendo las mujeres

las que se perciben más autoeficaces que los hombres, sobre todo en situaciones relacionadas con una posible evaluación negativa por parte de la pareja al sugerir su uso; y menos que ellos en aquellas referidas al ámbito público (comprar preservativos). Además, la autoeficacia correlacionó significativamente con la intención de conducta preventiva, la mayor frecuencia autoinformada de uso del preservativo y la percepción de eficacia del preservativo en la prevención del VIH. Las futuras intervenciones preventivas deberían incluir un componente de autoeficacia y una perspectiva de género.

En la investigación de Oliveira B, Patriota Ch, Duarte P y Ribeiro G.²⁴, titulada “**Análise da vulnerabilidade sexual de estudantes universitários ao HIV**”, cuyo objetivo fue analizar las vulnerabilidades relacionadas con la transmisión sexual del VIH entre estudiantes universitarios. Estudio cuantitativo, llevado a cabo en institución pública de educación superior en Fortaleza-CE, Brasil, participaron 161 estudiantes, para recolección de datos, se utilizaron dos cuestionarios auto administrados en situación colectiva. La mayoría de los participantes era mujer (67,1%); había iniciado la vida sexual (63,4%); nunca hizo la prueba del VIH (80%). La edad media en la primera relación sexual fue 17,2 años. La escuela fue la principal fuente de información acerca de la prevención del VIH. Fueron observados conocimientos limitados acerca de la prevención del VIH, actitudes favorables al uso del condón, baja percepción de riesgo en sus prácticas, además desconocimiento del estatus serológico, lo que señala la necesidad de invertir en acciones de

educación sobre sexualidad y Enfermedades de Transmisión Sexual/SIDA en la universidad.

En la investigación de García A, Méndez R, Gutiérrez M, Joaquín P y Aranda R ²⁵ titulada “**Actitudes hacia el uso del condón masculino para la prevención del VIH/SIDA en estudiantes de medicina**” El síndrome de inmunodeficiencia adquirida se ha convertido en un fenómeno complejo, que afecta un número importante de adolescentes y jóvenes, reducir su transmisión requiere acciones de promoción de salud y prevención, dirigidas al establecimiento de hábitos y conductas sexuales seguras, así como instrumentar acciones para modificar las actitudes y prácticas de riesgo de infección. Se realizó un estudio con un diseño descriptivo de corte trasversal, con el objetivo de describir las actitudes hacia el uso del condón masculino para la prevención del VIH/SIDA en los estudiantes de medicina de la Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. El universo estuvo constituido por 300 estudiantes de primer año. La información se obtuvo a partir de una encuesta. Las variables cualitativas nominales fueron resumidas mediante frecuencias absolutas y relativas. El componente cognitivo de las actitudes en los estudiantes se caracterizó por las dificultades en los saberes relacionados con la conservación del condón masculino y su eficacia para la prevención del VIH/sida. Estos conocían diferentes marcas de condón y las vías de obtención de la información más mencionadas fueron los medios de difusión masiva, la carrera de medicina y los materiales escritos. El componente afectivo-conductual en relación VIH/SIDA de los estudiantes se caracterizó por un comienzo de su vida sexual activa a edades

tempranas, el no uso del condón masculino para su protección, a pesar de que la mayoría emitió criterios de aceptación hacia su uso.

En la investigación de Villegas R, Ferrer L, Cianelli A, Miner S y Lara C.⁹ titulada **“Conocimientos y autoeficacia asociados a la prevención del VIH y SIDA en mujeres chilenas”**, cuyo objetivo fue evaluar la relación existente entre conocimientos y autoeficacia asociados al VIH/ SIDA en mujeres chilenas en desventaja social, concluyeron que existe una débil correlación positiva entre el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA y la autoeficacia en mujeres chilenas en desventaja social.

En la investigación de Del Castillo A, Mayorga R, Guzman S, Escorza H, Gutiérrez G, Hernández H, et al²⁶, titulada, **“Actitud hacia el condón y autoeficacia en la prevención del VIH/SIDA en estudiantes de psicología de la UAEH”**, indica que a nivel mundial los adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos, independientemente de su preferencia u orientación sexual, siguen practicando conductas de riesgo que incrementan la probabilidad de infección por VIH, como tener relaciones sexuales con múltiples parejas ya sea estables u ocasionales y no usar de manera efectiva y consistentemente condón en todas y cada una de sus relaciones sexuales con penetración. Investigaciones previas en México han encontrado que una actitud favorable hacia el uso del condón, eleva la probabilidad de que se use de forma consistente, en cambio una actitud negativa, eleva el riesgo de llevar a la práctica conductas sexuales no protegidas. El uso o la intención de uso del condón está relacionada también con una alta percepción de autoeficacia hacia el uso del mismo.

Sin embargo, son pocos los estudios que hayan relacionado estas dos variables. De ahí que el objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre la actitud hacia el uso del condón y el nivel de autoeficacia en la prevención del VIH/SIDA en estudiantes universitarios. Participaron 144 estudiantes de la licenciatura en psicología de la UAEH. Para medir las variables de estudio se utilizaron las versiones adaptadas en población mexicana de la Escala de Actitud hacia el uso del condón y el Cuestionario de Autoeficacia para prevenir ITS/SIDA. Los resultados de la prueba de correlación de Pearson indican relaciones estadísticamente significativas entre las variables de estudio. Entre más de acuerdo se encuentren los jóvenes en el uso del preservativo mayor es la autoeficacia para llevar a cabo conductas preventivas para el VIH/SIDA. Los datos permitirán el desarrollo de intervenciones psicológicas efectivas para modificar el uso del preservativo en jóvenes universitarios y así prevenir enfermedades de transmisión sexual en esta población.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 TUTORÍA UNIVERSITARIA

La educación superior en la actualidad debe asumir el gran reto de incorporar en su propuesta formativa el enfoque centrado en el estudiante quien con el acompañamiento de sus profesores logrará las competencias enunciadas en el perfil académico profesional, pero además la universidad debe dar prioridad a la salud de sus estudiantes, buscando su bienestar físico, mental y social. Esto porque si bien la adolescencia y juventud es una etapa de vida donde son menos susceptibles a enfermedades de

origen biológico, es un periodo de gran vulnerabilidad psicosocial, por lo que es necesario generar las condiciones más adecuadas para su pleno desarrollo. Es por ello que las estrategias de promoción deben orientarse no sólo a disminuir los factores de riesgo sino a fortalecer los elementos identificados como protectores ²⁷.

2.2.1.1 PROCESO DE LA CONSEJERÍA ORIENTADA A LOS JÓVENES

La consejería orientada a los jóvenes se conceptualiza como un proceso centrado en un modelo de seis pasos ²⁸:

- a. Encuentro inicial y participación
- b. Evaluación o exploración de la situación o problema
- c. Toma de decisiones y fijación de metas apropiadas para la edad con el fin de cambiar o mantener conductas
- d. Elaboración de planes para la acción
- e. Ejecución de los planes
- f. Monitoreo del progreso y evaluación

Estos seis pasos están apoyados por varias teorías, perspectivas y modelos de consejería. Una integración de las principales hipótesis, postulados, habilidades y estrategias de estos marcos teóricos puede ayudar al

proveedor a realizar una consejería que responda a las necesidades y deseos de la juventud, sea sensible a la etapa de cambio en la que se encuentra el joven y ofrezca una atmósfera segura y sin prejuicios para discutir temas de salud sexual y reproductiva delicados. Además, la integración ayuda al consejero a observar al joven desde la perspectiva de sus fortalezas en lugar de utilizar un paradigma de carencias a desarrollar metas junto con el joven cliente y a maximizar la sesión de consejería para motivar el cambio del comportamiento.

2.2.1.2 DIMENSIONES Y NIVELES DE INTERVENCIÓN EN EL DESARROLLO DEL ESTUDIANTE

Dentro de un modelo de formación holística, las dimensiones de la intervención incluyen aquellas áreas relacionadas con el desarrollo personal del estudiante universitario ²⁹:

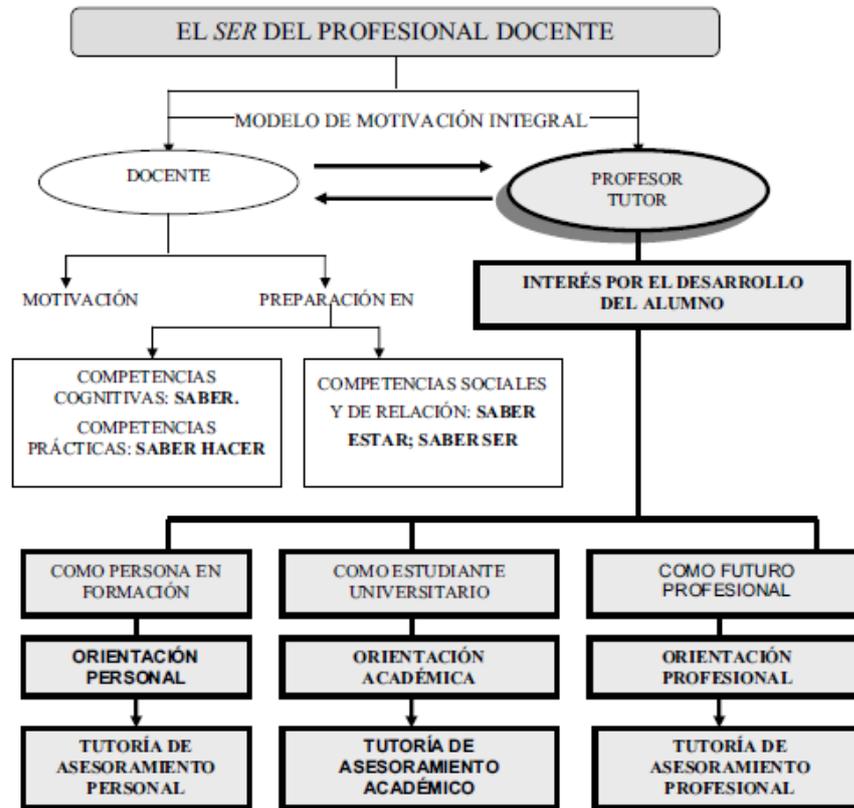
- Dimensión intelectual cognitiva: incluye desarrollar aspectos que potencien la capacidad de enfrentarse a situaciones problemáticas y a su resolución, a la adecuada toma de decisiones, la rentabilización de los aprendizajes, el aprender a aprender.
- Dimensión afectivo-emotiva: potenciar el dominio de las habilidades sociales, el autoconocimiento, la elaboración de un autoconcepto positivo.

- Dimensión social: esta dimensión abarca conseguir la integración en un grupo y la participación activa en el mismo en un contexto de cooperación.
- Dimensión profesional: contribuir a tomar conciencia de su propio itinerario curricular, a la elección de un proyecto profesional y el acceso a la profesión.

2.2.1.3 COMPETENCIAS DEL DOCENTE - TUTOR UNIVERSITARIO

El profesor universitario vocacional que, además de ser un buen docente, viva motivado con y por su trabajo y, finalmente, posea una cualificación científica avalada por el dominio de un conjunto amplio de competencias, que se podría concretar en las siguientes ³⁰:

- Cognitivas (SABER).
- Didáctico–metodológicas (SABER HACER).
- Participativas. (SABER ESTAR).
- Personales. (SABER SER).



Fuente: Cano Gonzales, R.

2.2.2 EL PROCESO ENSEÑANZA APRENDIZAJE

2.2.2.1 FORMACIÓN BASADA EN COMPETENCIAS

Entendemos por competencia el buen desempeño en contextos diversos y auténticos basado en la integración y activación de conocimientos, normas, técnicas, procedimientos, habilidades y destrezas, actitudes y valores.

Las competencias se clasifican en tres categorías:⁽²¹⁾

- a. **Competencias instrumentales:** son aquellas que tienen una función de medio. Suponen una combinación de habilidades manuales y capacidades cognitivas que posibilitan la competencia profesional.

- b. **Competencias interpersonales:** suponen habilidades personales y de relación. Se refieren a la capacidad, habilidad o destreza en expresar los propios sentimientos y emociones del modo más adecuado y aceptando los sentimientos de los demás, posibilitando la colaboración en objetivos comunes. Estas destrezas implican capacidades de objetivación, identificación e información de sentimientos y emociones propias y ajenas, que favorecen procesos de cooperación e interacción social.
- c. **Competencias sistémicas:** suponen destrezas y habilidades relacionadas con la totalidad de un sistema. Requieren una combinación de imaginación, sensibilidad y habilidad que permite ver cómo se relacionan y conjugan las partes en un todo. Estas competencias incluyen habilidad para planificar cambios que introduzcan mejoras en los sistemas entendidos globalmente y para diseñar nuevos sistemas. Requieren haber adquirido previamente las competencias instrumentales e interpersonales.

2.2.2.2 ELEMENTOS PRINCIPALES DEL PROCESO

ENSEÑANZA APRENDIZAJE

Los cuatro elementos fundamentales del proceso enseñanza aprendizaje para lograr competencias son ²¹:

a. **Estrategias y metodologías.** Se entiende por estrategia el diseño de un proceso regulable compuesto por una serie de procedimientos y normas que aseguran una decisión óptima en cada situación, en función de los objetivos perseguidos, incorporando los métodos y técnicas adecuados y ajustándolos a los tiempos previstos.

Por lo tanto debemos considerar los siguientes términos:

- Estrategia de enseñanza aprendizaje, debe asegurar la adquisición de las competencias genéricas y específicas.
- Métodos y técnicas, podrán ser: exposición, estudio de documentos, estudio de casos, proyectos, dinámicas rurales, etc.
- Recursos, pueden ser espaciales, materiales, audiovisuales, informáticos u otros del entorno, que se usan como apoyo para el desarrollo del proceso.
- Tiempo, refleja la asignación de tiempos previstas para las diferentes actividades.

- b. **Modalidad.** Se entiende por éstas las formas globales de organizar el proceso de enseñanza-aprendizaje. Fundamentalmente, se toman en consideración tres grandes modalidades: presencial, semi presencial y on line.
- c. **.Seguimiento:** Cualquier procedimiento que permita ofrecer feedback al estudiante de su progreso o que le lleve a efectuar su propia autoevaluación o reflexión sobre cómo va desarrollando su estudio y trabajo académico.
- d. **Evaluación.** Mide el grado de logro del aprendizaje, será expresada por una puntuación numérica. Para ello se deberá precisar:
- En primer lugar, qué se va a evaluar: se deberán evaluar las Competencias Específicas y Genéricas trabajadas.
 - En segundo lugar, **cómo** se van a evaluar dichas competencias: es decir, las Técnicas e instrumentos que se van a emplear a lo largo del proceso (evaluación continua) y al final del mismo (evaluación final). Las técnicas deberán ser variadas para adecuarse a la naturaleza de las competencias trabajadas (por ejemplo: el examen, el análisis de las tareas realizadas, una presentación oral, una prueba de ejecución, la observación de la conducta, etc)

- En tercer lugar, se deben comunicar a los estudiantes los criterios para la evaluación de su aprendizaje y su ponderación en la Calificación final. El sistema de calificación deberá reflejar una distribución equilibrada entre las distintas competencias trabajadas y las distintas técnicas empleadas al emitir la calificación final.

2.2.3 CAPACIDADES

El mundo moderno exige ciudadanos capaces de afrontar problemas, tomar decisiones bajo un proceso razonado, reflexivo y creativo. Los criterios de las capacidades fundamentales son los siguientes ³¹:

a. Pensamiento Crítico

- Identifica y examina: propósitos, situaciones problemáticas, la información, suposiciones, conceptos, conocimientos empíricos, puntos de vista alternativo, esquemas de referencia, conclusiones y los valora utilizando criterios como: claridad, exactitud, precisión, consistencia, relevancia, evidencia razonable, buenas razones, profundidad, amplitud, lógica y justicia.
- Conceptualiza, aplica, analiza, sintetiza y evalúa información tomada o generada por observación, experiencia, reflexión razonamiento o comunicación,

demuestra habilidades para procesar y generar información y opiniones con argumento y de actuar con justicia.

b. Pensamiento creativo

- Demuestra habilidades para intuir e inventar ante una situación, presenta diferentes categorías de respuesta y diversidad de caminos novedosos para llegar a una meta.
- Demuestra aptitud para la libre elaboración de una síntesis productiva inédita y rica en detalles en periodos relativamente cortos de tiempo.

c. Toma de decisiones

- Delimita y define la situación y efectúa el análisis de los datos más importantes, definiendo un listado de problemas y los jerarquiza, para identificar el problema principal o problema madre.
- Plantea dos o más posibles soluciones del problema principal, compara sus ventajas y desventajas, efectúa un análisis crítico de las mismas y decide por aquella que evalúa como la que es pertinente.

d. Solución de problemas

- Observa hechos o situaciones problemáticas, delimita y precisa cuáles son los aspectos por solucionar, plantea y define el problema mediante una pregunta, elaborando posibles respuestas (planteamiento de hipótesis) y esquematiza en un plan de acción los pasos que puedan requerirse para verificar las hipótesis y lo llevan a la práctica.

- Evalúa la viabilidad y pertinencia de los resultados y se formula nuevas interrogantes.

2.2.4 TEORÍAS DEL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO EN SALUD

No hay una sola teoría que domine la educación sanitaria y la promoción de la salud. Ni debería haberla, ya que los problemas de salud, los comportamientos, las poblaciones, las culturas y los contextos de salud pública son amplios y variados. Para una adecuada ejecución y dirección de las acciones de comunicación y educación en salud, se sistematiza a continuación las teorías con mayor acercamiento al campo de la salud tanto a nivel individual y grupal ³².

2.2.4.1 TEORÍAS PARA EL CAMBIO INDIVIDUAL

Las teorías del cambio individual parten del punto de vista de que el individuo es la referencia más importante e inmediata para propiciar los cambios de comportamiento en la población.

En este caso se señala que el nivel individual es el nivel básico para empezar a desarrollar la práctica ya que en el otro nivel, los grupos, organizaciones y comunidades se componen de individuos.

- a. **Teoría de etapas o estados del cambio.-** Esta teoría (Di Clemente, Prochaska) tiene que ver con

la disposición de los individuos al cambio o al intento de cambiar hacia comportamientos saludables. Su premisa básica es que el cambio de comportamiento es un proceso y no un acto. Como parte de este proceso se identifican cinco etapas diferentes: precontemplación, contemplación, decisión/determinación, acción y mantenimiento. También se señala que este proceso no es lineal, sino más bien circular; es decir, las personas no pasan por estas etapas y las superan, sino que pueden entrar y salir en cualquier momento del proceso, y con frecuencia reanudarlo.

- b. **Teoría de creencias en salud.**- Este modelo de creencias en salud (Hochbaum, Rosenstock) aborda las percepciones que tiene una persona de la amenaza de un problema de salud y de la evaluación de un comportamiento recomendado para prevenir o manejar un problema. Este modelo resulta útil para analizar la falta de acción o de incumplimiento de las personas, identificando las razones para ello. El modelo de creencias en salud tiene un buen ajuste cuando el comportamiento o la afección que constituye un problema suscita una motivación de salud, ya que

precisamente es su punto central o de partida de todo proceso.

2.2.4.2 TEORÍAS PARA EL CAMBIO GRUPAL

Según estas teorías, el diseño de iniciativas de promoción de la salud para prestar servicios en grupos o comunidades es importante (y no solamente las que se dirigen a los individuos). Por eso, estas teorías están ubicadas en el campo de la salud pública. Desde este punto de partida se afirma que el bienestar colectivo de los grupos se puede estimular mediante la creación de estructuras y políticas que apoyen estilos de vida saludables (como soporte) y mediante la reducción o eliminación de los peligros en los entornos sociales y físicos.

Las teorías para promover el cambio de comportamiento a nivel grupal sirven para comprender cómo funcionan y cambian los sistemas sociales, y cómo pueden activarse las comunidades y organizaciones. Estos modelos son esenciales para las actividades integrales de promoción de la salud, complementando los otros modelos individuales. Los modelos para promover cambios de comportamiento a nivel grupal sugieren estrategias e

iniciativas que son planeadas y dirigidas por organizaciones e instituciones cuya misión es proteger y mejorar la salud: escuelas, centros de trabajo, establecimientos de atención de salud, grupos comunitarios y entidades gubernamentales.

a. Teoría de aprendizaje social o cognoscitiva.-

Supone que las personas existen en entornos donde los pensamientos, consejos, ejemplos, ayuda y apoyo emocional de otras personas influyen en sus propios sentimientos, comportamiento y salud. Es decir, las personas se ven influidas por sus entornos sociales y al mismo tiempo ejercen influencias en éstos. Esta teoría supone además, que las personas y sus entornos interactúan continuamente, aborda y explica claramente los factores psicosociales que determinan el comportamiento de salud y sirve para diseñar las estrategias para promover el cambio de comportamiento. En esta teoría el comportamiento humano se explica en términos de una teoría dinámica, recíproca y de tres vías, en la cual los factores personales, las influencias ambientales y el comportamiento interactúan continuamente.

La experiencia demuestra también que el aprendizaje se da en un contexto dado, puesto que los padres influyen en el comportamiento de la persona y no solo ellos sino los pares, los amigos, los compañeros de clase, los medios de comunicación, etc.

- b. Teoría de difusión de innovaciones.-** Aborda cómo las ideas, los productos y las prácticas sociales nuevas se difunden en una sociedad o de una sociedad a otra. Esta teoría sirve para comprender las inquietudes de los usuarios en relación a la aplicación de nuevos productos o tecnologías, y también para la difusión de nuevas estrategias y herramientas de promoción. El desafío de la difusión requiere métodos que difieran de los que se concentran únicamente en individuos o grupos pequeños. Comprende prestar atención en la innovación, sea ésta una idea, producto, práctica o tecnología nueva, así como los canales de comunicación y los sistemas sociales (redes con miembros, normas y estructuras sociales). En esta teoría hay conceptos claves: ventaja relativa de la innovación, compatibilidad,

complejidad, posibilidad de ponerla a prueba y posibilidad de observar.

c. Teoría del mercadeo social.- Es un proceso para desarrollar, realizar, evaluar y controlar programas de cambio de comportamiento mediante la creación y el mantenimiento de intercambios. También se le define como la adopción de tecnologías de mercadotecnia comercial para el análisis, planificación, ejecución y evaluación de programas destinados a influir en el comportamiento de audiencias destinatarias con el fin de mejorar su bienestar físico y mental o el de la sociedad de la cual forman parte. Con el fin de cambiar el comportamiento del consumidor es preciso entender lo que impulsa y mantiene el comportamiento actual, así como las “palancas” que podrían impulsar y mantener el nuevo comportamiento. Pero, también se debe comprender lo que impulsa, facilita y mantiene el comportamiento de los potenciales intermediarios, los canales de distribución y comunicación, los competidores reales.

2.2.5 LA AUTOEFICACIA PERCIBIDA

Entre los tipos de pensamiento autorreferente que afectan la acción y el funcionamiento humano ninguno ocupa un lugar tan central como la autoeficacia. La autoeficacia se define como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento” ³³. Estas creencias de eficacia ocupan un rol mediacional en el funcionamiento humano actuando a modo de filtro entre las habilidades y logros anteriores del ser humano y su conducta subsiguiente.

Para Bandura (1987) estas creencias de eficacia son mejores predictores de la conducta futura que las habilidades, los logros anteriores, o el conocimiento que el sujeto posea de la actividad a realizar, ya que la autoeficacia va a determinar que hace el sujeto con el conocimiento o las habilidades que posee. Sin embargo, un funcionamiento competente requiere tanto precisión en las autopercepciones de eficacia como la posesión de habilidades reales y el conocimiento de la actividad a realizar, así como de los juicios del sujeto acerca de los resultados más probables que una conducta determinada producirá (expectativas de resultados). Todos estos componentes mantienen entre sí relaciones complejas que deben ser consideradas toda vez que se pretenda estudiar la utilidad predictiva de las creencias de autoeficacia.

Albert Bandura, citado por Meneses ³⁴, identificó un aspecto importante de la conducta humana, "...las personas crean y desarrollan sus autopercepciones acerca de su capacidad, las mismas que se convierten en los medios por los cuales siguen sus metas y controlan lo que ellos son capaces de hacer para controlar, a su vez, su propio ambiente".

Fabián O. ³⁵ considera que "la autoeficacia percibida hace referencia a las creencias de las personas acerca de sus propias capacidades para el logro de determinados resultados".

Nola Pender, enfermera que nació en Lansing, Michigan, construyó un Modelo de Promoción de la Salud, en el que utiliza el término de autoeficacia percibida, considerándola como "el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de la salud" "...el hecho de que una persona esté firmemente convencida de que una conducta es asumible, puede influir en que se alcance dicha conducta" ³⁶.

Posteriormente, Wolff y Lear, citados por Freddy Pérez ³⁷, en su libro titulado "Sexualidad y mujeres jóvenes: Negociación, protección y placer, incorporan la autoeficacia en el plano sexual del ser humano, mencionando los principales componentes para una negociación sexual "en primer lugar, la habilidad para comunicarse con su pareja acerca de la sexualidad en general y de las vivencias de ambos en este terreno. El segundo

componente es la autoeficacia, entendida como la percepción que tiene el individuo sobre su propia capacidad de influir en el curso de una situación relacionada con su vida sexual”.

Es decir, la autoeficacia percibida es la respuesta expresada por el adolescente sobre la impresión que tiene la persona en cuanto a su capacidad para enfrentar situaciones relacionadas al curso de su diario quehacer, cotidianidad y vida sexual.

2.2.5.1 DIMENSIONES DE LA AUTOEFICACIA PERCIBIDA

Según Canto y Rodríguez, citado por Meneses ³⁴, las creencias que las personas sostienen acerca de su autoeficacia es el producto de la interacción de cuatro fuentes principales: (a) las experiencias anteriores; (b) las experiencias vicarias; (c) la persuasión verbal o social y (d) los estados fisiológicos.

Las **experiencias personales o anteriores**, particularmente el éxito o el fracaso, son la fuente principal de la autoeficacia y ejerce la mayor influencia sobre la conducta del individuo, es decir, se refieren a que el individuo mide los efectos de sus acciones, y sus interpretaciones de estos efectos que le ayudan a crear su autoeficacia con respecto a la acción realizada; **las experiencias vicarias** (aprendizaje por observación)

influyen en las expectativas de autoeficacia cuando éste observa la conducta de otros; **la persuasión verbal o social**, es cuando la autoeficacia se desarrolla como resultado de lo que le dicen otras personas; por último, **las reacciones fisiológicas** está dado por lo que experimentan cuando se ven enfrentados a la ejecución de una determinada conducta”.

Albert Bandura sugiere integrar cuatro componentes medulares de la autoeficacia a los modelos de prevención: (a) el componente cognitivo; (b) el componente conductual; (c) el fortalecimiento de la autoeficacia y (d) el apoyo social. “El **componente cognitivo** está vinculado con proveer información tanto sobre el riesgo asociado a un comportamiento en específico, como en el desarrollo de conocimientos sobre las aéreas que se van a potenciar a través de la intervención. El segundo componente, el **conductual**, está vinculado con el desarrollo de destrezas sociales y autorreguladoras necesarias para una acción preventiva efectiva. Las **experiencias personales o anteriores** ejercitando el control de una situación social, facilitan el desarrollo de la autoeficacia. Esto es importante ya que las personas necesitan estar convencidas de su eficacia para realizar esfuerzos que reten sus capacidades. Finalmente, el componente de **apoyo social**, va dirigido

a reforzar y mantener el comportamiento. De manera similar lo establece Nola Pender, pues menciona que el conocimiento personal acerca de la autoeficacia se basa en cuatro tipos de información:

Primero: Logros anteriores de desempeño de la realización de la conducta o evaluación del desempeño en relación a un auto-estándar o retroalimentación externa dada por otros.

Segundo: Las experiencias sustitutas por observar el desempeño de los otros y su autoevaluación y retroalimentación relacionadas.

Tercero: La persuasión verbal por parte de otros acerca de los que uno posee la capacidad para llevar a cabo un curso en particular; y

Cuarto: Los estados fisiológicos (por ejemplo ansiedad, temor, calma, tranquilidad) a partir de los cuales la gente juzga sus competencias”.

“La autoeficacia más alta da como resultado menor percepción de barreras y la realización de la conducta objetivo. La autoeficacia motiva la conducta promotora de la salud directamente por medio de las expectativas de eficacia e indirectamente afectando las barreras percibidas y el compromiso en perseguir un plan de acción”³⁸.

2.2.5.2 CARACTERÍSTICAS DE LA AUTOEFICACIA PERCIBIDA

La autoeficacia percibida se caracteriza por: (a) magnitud, (b) fuerza, y (c) generalidad.

“La magnitud de la autoeficacia se refiere al número de pasos de creciente dificultad que la persona cree es capaz de superar. La fuerza se refiere a que tan convencida y resuelta está una persona con respecto a que puede realizar alguna conducta determinada. Por último, la generalidad de la autoeficacia es la medida en la que las experiencias de éxito o fracaso al realizar alguna actividad pueden extenderse a otras conductas o contextos similares”.

La totalidad de estas características facilitan la determinación de la escala de medición de los indicadores que se deriven de esta variable, la misma que puede ser aplicada en varios campos del ser humano ³⁹.

2.2.5.3 Teoría Social Cognitiva y la autoeficacia

El modelo de la autoeficacia es planteado por la teoría social cognitiva y postula que la motivación y el comportamiento humano está ampliamente regulado por la anticipación. Este mecanismo involucra tres tipos de expectativas: (a) las expectativas de resultados en cuanto

a la situación, en las cuales las consecuencias son establecidas por los eventos sin participación personal, (b) las expectativas de resultados basándose en la acción, en donde las consecuencias son establecidas por la propia acción y (c) la autoeficacia percibida que se relaciona con las creencias de las personas sobre sus capacidades para realizar una acción determinada que les produzca un resultado deseado⁴⁰.

La forma en que se crea y utiliza un pensamiento de autoeficacia involucra un proceso donde el individuo al estar realizando una conducta interpreta los resultados de sus acciones y utiliza esas interpretaciones para crear y desarrollar creencias sobre su capacidad para realizar conductas parecidas en contextos similares y comportarse de acuerdo a las creencias desarrolladas. En situaciones de riesgo sexual por ejemplo, las creencias que un adolescente o joven desarrolla sobre su competencia para rechazar ofrecimientos sexuales o usar protección sexual, permite determinar lo que puede hacer con su conocimiento y habilidades aprendidas. De esta forma su comportamiento final es el resultado de la interacción de lo que ha hecho y de sus creencias sobre su capacidad para hacerlo.

Existen cuatro fuentes de las cuales se derivan los pensamientos de autoeficacia ⁴¹:

1. Experiencias de éxito, son el resultado de las tareas realizadas y son la fuente de mayor influencia. Cuando se le solicita a los sujetos que midan los efectos de sus acciones, las interpretaciones que hacen sobre estos efectos, ayudan a crear sus creencias de autoeficacia. Los éxitos incrementan la autoeficacia; los fracasos la decrementan.
2. Experiencias vicarias, son los efectos producidos al observar las acciones de los demás. Esta fuente es menos efectiva que la anterior pero cuando la gente no tiene experiencia o no posee conocimiento sobre su propia habilidad, se vuelve más sensitiva a este tipo de influencia.
3. La persuasión social, involucra la exposición a los juicios verbales de los demás y es una fuente débil de información sobre la autoeficacia, pero puede jugar una parte importante en el desarrollo de las creencias del individuo.
4. Los estados emocionales y fisiológicos como la ansiedad, el estrés, la excitación y la fatiga también proporcionan información sobre la creencia de la propia eficacia.

En el campo de la salud, la autoeficacia percibida representa la creencia de que uno puede cambiar las conductas de riesgo a través de la acción personal, por ejemplo al emplear las habilidades propias para evitar situaciones que pueden producir enfermedad. La eficacia para enfrentarse con situaciones de alto riesgo depende parcialmente de la creencia de un individuo en que puede ser agente activo de sus propias acciones y de que posee las habilidades necesarias para hacerlo.

En la publicación de López R ⁴¹ menciona, para iniciar y mantener una conducta que proteja la propia salud no es suficiente la percepción del resultado, el individuo debe percibirse como capaz de realizar la conducta requerida, Bandura, (1992); Maddux, (1993); O'Leary, (1992) y Schwarzer, (1992), han realizado investigaciones sobre el papel de la autoeficacia como predictor del cambio conductual en el dominio de la salud.

La baja autoeficacia ha sido asociada con depresión, ansiedad y desamparo. Las personas con baja autoeficacia poseen una autoestima baja y desarrollan pensamientos pesimistas sobre su desempeño. Los niveles de autoeficacia pueden mejorar o dificultar la motivación para realizar

comportamientos; los niveles altos son característicos de individuos que realizan tareas y metas con mayor nivel de complejidad. Las personas tienden a percibir situaciones pesimistas u optimistas en función de su nivel de autoeficacia. Cuando ocurren fracasos las personas con mayor autoeficacia se recuperan más rápido y se mantienen trabajando en sus metas.

Esta línea de pensamiento puede ser entrelazada con los estudios que vienen a mostrar que las mujeres son más autoeficaces que los hombres en la prevención del SIDA, percibiéndose más capaces para rechazar la participación en conductas de riesgo. No obstante, en el uso adecuado de preservativo se valoran como más autoeficaces los hombres ⁴².

En el ámbito clínico se ha observado que las creencias de autoeficacia están relacionadas con problemas tales como fobias, adicciones, depresión, habilidades sociales, asertividad, estrés y control del dolor. En ámbitos no clínicos, se ha comprobado la utilidad de la Autoeficacia para la predicción y explicación de diversas clases de conducta tales como: la activación fisiológica, la conducta de afrontamiento, los logros atléticos, la autorregulación del

comportamiento, la conducta asertiva y el comportamiento vocacional³³.

2.2.5.4 IMPORTANCIA DE LA AUTOEFICACIA PERCIBIDA EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La autoeficacia percibida es una cualidad inherente que debe tener el joven al hablar de su vida sexual, de tal forma que influya positivamente en el ejercicio de su sexualidad. Por ello, se deduce que si la autoeficacia percibida es alta en los jóvenes, éstos pueden tener un mayor control sobre su comportamiento sexual, y así poder prevenir un embarazo no deseado y/o la infección del VIH/SIDA.

Conociendo estos aspectos, a través de las actividades preventivo-promocionales se puede reforzar la conducta sexual del joven y por ende, contribuir con la salud sexual del mismo.

2.2.6 EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

2.2.6.1 HISTORIA DEL VIH/SIDA

Andrade H.,⁴³ menciona que el virus de inmunodeficiencia humana, mejor conocido como VIH, es el agente causal del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA), esta enfermedad causó miedo en la

sociedad norteamericana a finales de la década de los setenta y principios de los ochenta.

En el Perú, el VIH se comporta como una epidemia concentrada desde hace muchos años. Se ha propagado con rapidez por la vía sexual en las poblaciones llamadas clave; de acuerdo a los últimos reportes de vigilancia epidemiológica del 2011, aún se encuentra una alta incidencia (nuevos casos) en el segmento más joven de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y transgéneros femeninas. Actualmente, hay evidencia de su expansión en población heterosexual, especialmente a través de las parejas sexuales de las poblaciones clave ¹.

En el año de 1981, se publica por la Agencia Epidemiológica Federal llamada *Center for Disease Control (CDC)* de Atlanta Georgia, en su boletín semanal la descripción de cinco casos graves de neumonía, observados entre octubre de 1980 y mayo de 1981, en tres hospitales de Los Ángeles, dos hechos insólitos justificaban esa alerta, todos los enfermos eran homosexuales jóvenes, en todos los pacientes sus defensas habían caído considerablemente, incluso en tres de ellos no había defensas, la gravedad era

impresionante y a pesar de las terapias recibidas no había mejora alguna ⁴⁴.

Mientras tanto, en otras ciudades de Estados Unidos, Nueva York y San Francisco se difundían casos de una enfermedad cancerosa rara, el Sarcoma de Kaposi, que es una grave enfermedad de la piel. Para estos días, se habían presentado cuadros clínicos con sarcoma en 26 hombres, de los cuales ocho ya habían muerto, todos eran homosexuales y ninguno pasaba de los 51 años de edad. Para noviembre de 1981, ya existían 159 casos, los científicos no daban cabida a lo que estaba pasando y como la enfermedad no tenía nombre científico se hablaba de la neumonía gay o el cáncer gay.

El término de Síndrome de inmunodeficiencia Humana (SIDA) lo utiliza por primera vez el Center of Disease Control en el año de 1982, cuando se relacionó el contagio de la enfermedad con transfusiones de sangre. Luego, de varios casos de contagio de pacientes hemofílicos reportados en el año relacionados con productos de la sangre. Bruce Voeller, ex director de la National Gay Task Force propuso llamar a la nueva enfermedad Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) ⁴⁴.

2.2.6.2 ORIGEN DEL VIH/SIDA

El principio del VIH, es incierto, hay distintas teorías con respecto a su aparición. Aguilera P ⁴⁵ menciona que:

- a) se elaboró en un laboratorio como parte de un experimento virológico;
- b) el virus se escapó de un laboratorio donde se realizaban estudios para un tratamiento contra el paludismo y
- c) por ser un virus muy semejante al que posee el mono verde del África, se cree que paso al hombre hace aproximadamente 40 a 100 años, adaptándose al organismo hasta poder afectarlo.

Existen otras teorías que dicen que el virus se encontraba aislado en algún lugar de África desde 1930 ⁴⁶, según el informe presentado por la doctora Bette Korber y sus colegas en la Conferencia Anual sobre Retrovirus, y que éste, permaneció inactivo durante años y se hizo posible su transmisión durante las vacunaciones contra la poliomielitis, estas vacunas fueron hechas con tejido de riñón de simio. Otras opiniones dicen, que el virus fue trasmutándose hasta que se adaptó totalmente al cuerpo humano, y en la actualidad solo afecta al humano, no afecta a ningún otro animal.

De todas la teorías antes mencionadas la que más se acerca a una posible realidad es la del mono verde por tres razones: (a) la semejanza estructural entre el virus del mono verde y el que afecta al hombre, (b) las cepas más antiguas del virus se encuentran en la misma zona geográfica en que ha habitado el mono verde y (c) los casos más antiguos de la enfermedad se encontraron en la misma zona geográfica⁴⁵.

Según Teva citado por Alvarado R ¹⁰, el SIDA, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es el estado de la infección por el VIH caracterizado por bajos niveles de defensas y la aparición de infecciones oportunistas. La historia natural de la enfermedad se divide en tres fases: una infección primaria, que ocurre tras la infección por el VIH con una viremia importante, y una respuesta inmune intensa, la cual puede ser sintomática o asintomática; la segunda fase o fase crónica se trata de un estado prolongado de latencia clínica, caracterizada por una replicación viral continua y una depleción progresiva de los linfocitos TCD4+, donde los pacientes suelen mantenerse asintomáticos, y una fase final o SIDA, en la que se alcanza un grado de inmunodepresión severa que puede dar lugar a un deterioro clínico significativo y a la muerte.

2.2.6.3 CARACTERÍSTICAS DEL VIH/SIDA

Por su tamaño diminuto, para observarlo es necesario un microscopio electrónico, por lo cual puede atravesar los filtros del cuerpo, de tal forma que, cuando penetra en un organismo no es sospechable ⁴³.

Su estructura es extremadamente simple, una partícula vírica o viron está constituida por ácido nucleico recubierto por una partícula de proteína, una vez introducido en el organismo el virus es arrastrado por el torrente sanguíneo, a partir de aquí, el virus compuesto por sustancias que también forman parte de la célula, se adhiere a ella de tal forma que es imposible recuperarlo, incluso se vuelve insensible a la acción de algún anticuerpo específico.

A este proceso, se le denomina fase de absorción, a continuación se forman enlaces químicos estables facilitados por la complementariedad de las estructuras superficiales del virus y por la célula huésped. Acto seguido, se produce la penetración, una vez alcanzado el núcleo de la célula, donde se encuentra el material genético se inicia el llamado periodo de latencia o eclipse, en esta fase el virus controla las células, su ácido nucleico asume la dirección de los procesos metabólicos de su huésped,

obligándole a producir sustancias para que se reproduzca, entonces la célula abandona las funciones para la que fue creada, pues su información genética ha sido alterada por el virus y desviada para la sintetización de nuevas proteínas, se trata de nuevas proteínas precoces, casi todas de naturaleza enzimática, entre las cuales se encuentra las enzimas específicas que le permitirán la formación de un nuevo ácido nucleico del mismo tipo del virus, éstas son las ácido nucleicopolimerasas. Posteriormente, la célula huésped debe de ser reprogramada para producir todo tipo de proteínas, conocidas como proteínas tardías, destinadas a constituir la cápsula o envoltura de los nuevos viriones, una vez formados los viriones destruyen la célula para liberarse, es cuando el sistema inmunológico ya ha sido avisado del virus, y verdaderas legiones de anticuerpos específicos emprenden una batalla contra los virus invasores ⁴⁷.

Generalmente, los anticuerpos suelen ganar la batalla, pues su producción es mayor que la de los virus, en caso contrario sobrevendrá el desarrollo de alguna enfermedad a causa del debilitamiento del sistema inmunológico. En caso de que este sistema haya vencido a la enfermedad, ésta no solo desaparecerá de forma momentánea, sino que el

organismo queda prácticamente inmunizado contra ella, y los anticuerpos formados después pueden sobrevivir durante años.

2.2.6.4 TRANSMISIÓN DEL VIH

Ocurre en situaciones que facilitan el intercambio de sangre o líquidos orgánicos que contienen el virus o células infectadas por este. Las principales vías de transmisión son: el contacto sexual, la inoculación parenteral y el pasaje vertical madre-hijo. Se definen grupos de alto riesgo de adquirir la infección: varones homosexuales o bisexuales, usuarios de drogas intravenosas, usuarios de drogas no intravenosas (inhalatorias), hemofílicos, receptores de sangre y hemoderivados no hemofílicos y contactos heterosexuales de los miembros de otros grupos de riesgo (constituyendo el 10% de los enfermos). La transmisión sexual es la principal forma de infección en el mundo, responsable de aproximadamente el 75% de todos los casos. Según Teva citado por Alvarado ¹⁰ en el Perú, para el año 2010 el 97% de los casos la vía de transmisión fue la sexual, de ellas el 41% fue heterosexual y el 56% homosexual, el 1% fue por transferencia de sangre contaminada.

2.2.6.5 Evolución clínica del SIDA

La sigla **SIDA**, se refiere a:

Síndrome : Conjunto de signos y síntomas que caracterizan una enfermedad.

Inmunodeficiencia: quiere decir que la enfermedad se caracteriza por causar un debilitamiento del sistema inmune o de defensa (en este caso causados por el VIH).

Adquirida: Es decir que la enfermedad no es hereditaria pero que se contrae después del nacimiento, mediante el contacto con un agente que la causa (en este caso, el VIH).

Es una enfermedad crónica tratable causada por el VIH, que aún no tiene cura. Es la última etapa de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, la cual evoluciona en las siguientes etapas ⁴⁸:

- **Primera etapa o primoinfección:** Tras la entrada del virus al organismo, con elevada viremia y capacidad replicativa, se produce una gran diseminación con especial afectación del sistema linfático y sistema nervioso central. La persona puede permanecer asintomática, aunque con mayor frecuencia (30-50%) presenta un "síndrome mononucleósico" que tiene una gran trascendencia por la posibilidad de detectar precozmente la infección. Suelen aparecer entre la 2-4 semanas

del contacto con el VIH y pueden durar de unos días hasta varias semanas, a menudo es imposible distinguirlos de un cuadro gripal. También pueden aparecer erupción cutánea, dolor de garganta, aparición de ganglios, febrícula, malestar general, etc.

En un 20 % de los casos se puede producir la infección y no tener síntomas.

- **Segunda etapa, estadio precoz o fase de latencia:** Llamada también asintomática. No se presentan molestias y puede durar varios años. Mientras tanto existe gran replicación del virus en los tejidos del organismo de la persona y los Linfocitos CD4 (glóbulos blancos a los que afecta el VIH). Esta etapa puede durar entre 6 meses (en algunos casos) hasta 12 a 15 años, siendo el promedio de 7 a 8 años.
- **Tercera etapa o estadio intermedio:** Es aquella en la que aparecen las primeras infecciones oportunistas (IO), La mayoría de las cuales pueden ser tratadas y controladas con los fármacos actualmente disponibles.

- **Cuarta etapa o etapa avanzada:** Es la que se define como **SIDA**. Es una etapa avanzada de la infección, donde las infecciones oportunistas son más frecuentes; pudiendo aparecer diferentes tipos de cáncer, como Sarcoma de Kaposi, linfomas, entre otros. En esta etapa, se incrementa la frecuencia de todas las infecciones oportunistas, y aparecen otras como enfermedad diseminada, frecuentemente, coinciden en el tiempo o se suceden varias de ellas antes del fallecimiento de la persona.

Desde 1996, la adopción de terapias antirretrovirales ha cambiado considerablemente el tiempo de evolución entre el momento que se da la infección por el VIH y la aparición del SIDA. Los tratamientos específicos contra el virus del Sida se denominan.

2.2.6.6 PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA

Promover comportamientos saludables es parte de la acción formativa presente en todo proceso educativo de calidad, esto fortalece las prácticas cotidianas para la conservación integral de la salud en las y los estudiantes, propiciando su ejercicio pleno y responsable, contribuyendo al desarrollo de factores

que preparen a los estudiantes para prevenir situaciones y comportamientos de riesgo, entre los que se incluye la prevención de las ITS, el VIH y el SIDA. La prevención de ITS, VIH y SIDA se orienta al desarrollo de capacidades relacionadas con el juicio crítico, la resolución de problemas y la toma de decisiones con asertividad, para que las y los estudiantes adopten comportamientos responsables y de autocuidado con respecto al ejercicio de su sexualidad para evitar la adquisición de ITS, VIH y SIDA.

En marco de la formación integral, las y los docentes cumplen un rol muy importante en relación a la promoción de estilos de vida saludable y la prevención de comportamientos de riesgo. Por lo tanto, se requiere que desarrollen acciones pedagógicas que permitan a los y las estudiantes empoderarse para la autonomía y el autocuidado, así como el respeto y cuidado del otro, evitando situaciones y comportamientos de riesgo que los lleven a adquirir una infección de transmisión sexual o VIH⁴⁸.

Según los niveles de prevención, el VIH/SIDA podría prevenirse:

- a. **Prevención primara**, se debe trabajar diseñando intervenciones que protejan a las

personas de adquirir el VIH. En el caso de las mujeres el principal factor de riesgo es el hombre y es a través del contacto heterosexual. Existen otros factores como el uso de drogas intravenosas (compartir jeringuillas y equipo), pero definitivamente las relaciones sexuales entre hombres y mujeres, y las condiciones en que se llevan a cabo, son en la actualidad el principal factor de riesgo para las mujeres.

- b. **Prevención secundaria**, el Obstetra u otro profesional de la salud capacitado puede trabajar con las personas para que éstas se hagan la prueba de detección, si han tenido conductas de riesgo, y puedan recibir atención temprana. Es importante ofrecer preconsejería y posconsejería a la prueba y trabajar con la ansiedad que puede ocasionar la espera del resultado o los sentimientos que se generan una vez se tiene el resultado. En el caso de un resultado negativo, es importante señalarle que esto no implica necesariamente que no tengan el virus y además recomendarle medidas de prevención para evitar adquirirlo.
- c. **Prevención terciaria**, en esta etapa la persona tiene SIDA y se agudiza su preocupación por futuras pérdidas y abandono. Muchas personas

con VIH que conocen han desarrollado SIDA y han muerto. Existe una gran preocupación por la pérdida y control del cuerpo, su imagen cambia, el peso disminuye, las lesiones tardan en sanar. las relaciones significativas se afectan especialmente con los hijos, la aparición de signos de la enfermedad y síntomas.

2.3 BASES O FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

2.3.1 PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO

Para que las personas asuman el autocuidado como una práctica cotidiana de vida y salud, es necesario incluir en su promoción las siguientes estrategias ⁴⁹:

- a. Desarrollar en las personas autoestima y generar niveles de fortalecimiento o empoderamiento (empowerment), como estrategias que reviertan la internalización de la impotencia, favorezcan el sentido de control personal y desarrollen habilidades de movilización personal y colectiva para cambiar las condiciones personales y sociales en pro de la salud. Por otro lado, al potenciar la autoestima se impulsan prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, autorreconocimiento y autoexpresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral.

- b. Involucrar el diálogo de saberes, el cual permite identificar, interpretar y comprender la lógica y la dinámica del mundo de la vida de las personas mediante el descubrimiento y entendimiento de su racionalidad, sentido y significado para poder articularlo con la lógica científica y recomponer una visión esclarecida de la enfermedad y de la salud que se traduzca en comportamientos saludables.
- c. Explorar y comprender las rupturas que existen entre conocimiento, actitudes y prácticas, y configurar propuestas de acción y capacitación que hagan viable la armonía entre cognición y comportamientos.
- d. Los agentes de salud deben asumir el autocuidado como una vivencia cotidiana, pues al vivir saludablemente, la promoción del autocuidado sería el compartir de sus propias vivencias. En la medida que el personal de salud viva.

2.3.2 EL ABORDAJE HOLÍSTICO DE LA SALUD PÚBLICA

El abordaje holístico de lo real se realiza mediante la aplicación de un conjunto de métodos que le permiten al ser humano comprender su mundo interior y el entorno. La visión holística contempla:

- a. La hología o conocimiento holístico a través de los caminos intelectuales de la investigación holística; la cual contempla la investigación intelectual o heurística,

la meditación psicoespiritual y el método científico, es decir las tendencias científicas del abordaje holístico.

- b. La holopraxis, conformada por la persistente aplicación del conocimiento para adquirir una sabia experiencia holística, mediante una vivencia directa de lo real.

Este abordaje holístico implica una simbiótica integración entre la hología y la holopraxis de manera complementaria e inseparable, como el cuerpo y las dos alas del pájaro para poder volar o como los cuatro componentes funcionales del cerebro para poder conocer y crear. Este texto hace énfasis en el estudio sistemático del conocimiento holístico contenido en la hología. Se está sometiendo a prueba este conocimiento para cultivar, desarrollar y crear la experiencia vivencial de lo real que permita en una próxima edición aportar los procesos o metodologías para la eficiente previsión de la salud holística.

2.4 DEFINICIONES CONCEPTUALES.

Programa tutorial: Programa de seis sesiones, bajo el enfoque participativo, plantea desarrollar actividades educativas para mejorar las capacidades y los conocimientos respecto a la prevención del VIH/SIDA.

Tutoría universitaria: Proceso de acompañamiento y orientación sistemática a los estudiantes en todos los aspectos de su formación

universitaria, con el propósito de potenciarlos en favor de su desarrollo integral.

Autoeficacia: Capacidad de desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados para la prevención del VIH y SIDA, la cual ha sido relacionada con el rechazo de las relaciones sexuales de riesgo, hablar con la pareja sobre experiencias sexuales previas y utilizar correctamente el preservativo masculino.

Conocimiento: Corresponderá a los saberes que forma parte a la competencia en el dominio conceptual, se tomará el criterio de Bloom el nivel de aplicación del conocimiento sobre formas de contagio, diagnóstico, signos y síntomas y prevención del VIH/SIDA

2.5 BASES EPISTÉMICOS

Al hablar de epistemología Piaget citado por Tamayo y T⁵⁰, nos dice que es el estudio del paso de los estados del mínimo conocimiento a los estados de conocimiento más riguroso. El enfoque actual de la epistemología la sitúa como la teoría del conocimiento científico, y se caracteriza por su método, el cual nos lleva a plantearnos problemas científicos y de investigación, a formular hipótesis y mecanismos para su verificación, razón por la cual podemos decir que la epistemología de la ciencia es el método científico.

La epistemología presenta el conocimiento como el producto de la interacción del hombre con su medio, conocimiento que implica un proceso crítico mediante el cual el hombre va organizando el saber

hasta llegar a sistematizarlo, como en el caso del conocimiento científico. Si tenemos en cuenta que el conocimiento es la expresión de la actividad social de los hombres y que está sometido a multiplicidad factores, no cabe otra posibilidad que considerarlo como “proceso” más que como estado, y su objetivo es la realidad, la cual se aborda por la investigación científica.

Esta investigación, fue trabajada con el paradigma cuantitativo a través del diseño cuasi experimental, con intervención en el grupo experimental, en ambos grupos la aplicación de un pretest y un posttest, se caracterizan porque cada uno de los sujetos de estudio han sido asignados aleatoriamente al grupo experimental (GE) y al grupo control (GC). En ambos grupos se realizan dos observaciones o medidas: antes que el GE reciba la intervención (O1 y O3) y después de la intervención (O2 y O4) ⁵¹.

Desde el punto de vista de la evidencia, los diseños experimentales, aleatorizados con grupos de comparación, son la mejor forma de obtención de evidencias, pero a su vez, estos son los más costosos de realizar. Como principal aporte de la investigación, se ha mejorado significativamente los conocimientos y capacidades para la prevención del VIH/SIDA en los estudiantes universitarios. Este tipo de investigación por su diseño, no explicará si el programa es eficiente en otras condiciones, tampoco si el mismo será similar con estudiantes universitarios con otros aspectos socio demográfico.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Latorre citado por Alarcón M, Albornos S y Prado J⁵¹, lo clasifica según su profundidad como experimental, son estudios en los que se quiere evaluar el efecto de una intervención⁵². Se presentan mediante la manipulación de una variable experimental, en condiciones rigurosamente de qué modo o porqué causa se produce una situación o acontecimiento particular. Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información es prospectivo y según el periodo y secuencia del estudio es longitudinal.

3.2 DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN

Latorre, considera que el diseño describe con detalle qué se debe hacer y cómo realizarlo, plasma las actividades, incluye los grupos de sujetos, las variables implicadas⁵².

Para esta investigación, se consideró un grupo control y otro experimental con la aplicación de un pretest y un posttest, los sujetos fueron asignados aleatoriamente al grupo experimental (GE) y al grupo control (GC). En ambos grupos se realizaron dos observaciones o medidas: antes que el GE reciba la intervención (O1 y O3) y después de la intervención (O2 y O4).

Si la intervención ha producido algún cambio, se observarán diferencias entre las mediciones realizadas en O1 y O2 si al observar O3 y O4 se detectan diferencias, deberán atribuirse a cambios producidos por otras circunstancias o intervenciones diferentes a la realizada en el grupo experimental⁵¹.

Grupo	.Observación	Intervención	Observación
GE	O ₁	X	O ₂
GC.....	O ₃	--	. O ₄

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.3.1 POBLACIÓN:

Es el conjunto de individuos u objetos que tienen ciertas características o propiedades que son las que se desea estudiar. Cuando se conoce el número de individuos que la componen, se habla de población finita y cuando no se conoce su número, se habla de población infinita. Esta diferenciación es importante cuando se estudia una parte y no toda la población, pues la fórmula para calcular el número de individuos de la muestra con la que se trabajó varía en función de estos dos tipos de población⁵¹.

Se contó con la población que está conformada por todos los estudiantes de las Escuelas de Formación Profesional de Obstetricia y Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión – Filial Tarma, los cuales ascienden a un total de 380 estudiantes matriculados para el periodo 2016 - B.

Criterios de inclusión

- ✓ Edad entre 17 y 25 años.
- ✓ Que acepta participar en la investigación.
- ✓ Matriculado en el periodo académico 2016 –B.

Criterios de exclusión

- ✓ Edad inferior a 17 años y superior a 25 años.
- ✓ Padecer un trastorno visual severo que dificulte la lectura o escritura, dislexia.
- ✓ Problema psicológicos evidentes.

Criterios de eliminación

- ✓ Inasistencia a dos sesiones del programa
- ✓ No presentarse al post test

3.3.2 Muestra:

La muestra es una parte de la población, obtenida mediante una técnica muestreo previamente determinada para estudiar alguna propiedad de la población ⁵¹.

En concordancia al referido concepto, la técnica a aplicar es el muestreo probabilístico aleatorio simple, que consiste en seleccionar (n) elementos de una población (N), para que cada elemento tenga la misma oportunidad de ser elegido ⁵³.

Se contó con el listado de todos los estudiantes matriculados en periodo académico 2016 –B, de la Facultad de Ciencias de la Salud – Filial Tarma, se extrajo al azar a los integrantes y se procedió en asignar quienes conforman los grupos de estudio (control y experimental) en forma aleatoria con la finalidad que el experimento tenga más solidez.

En este caso, en que se desea probar que existe diferencia significativa entre las proporciones de las dos submuestras (grupo experimental y grupo control), suponiendo un número igual de observaciones en cada submuestra, se utilizan las siguientes fórmulas:

$$n_0 = \frac{Z^2 pq}{E^2}$$

$$n = \frac{n_0 \cdot N}{1 + n_0}$$

Dónde:

n_0 : tamaño de muestra preliminar

n : tamaño de muestra efectiva

Z : punto crítico asociado a un nivel de confianza

p : probabilidad a favor

q : probabilidad en contra ($q = 1-p$)

E : Error admisible

N : Población total

$$n_0 = \frac{(1,96)^2 (0,5) (0,5)}{(0,05)^2} = \frac{0,9604}{0,0025} = 384,16$$

$$n = \frac{384}{1 + \frac{384}{380}} = \frac{384}{2,0105} = 190$$

Por lo tanto, la muestra estuvo conformado por 95 casos para cada grupo, al aplicar los criterios de inclusión y exclusión la muestra se redujo considerablemente principalmente debido al consentimiento de la participación en la investigación. Se inició la etapa de ejecución de la investigación con 45 integrantes para cada grupo; en el transcurso, en el grupo experimental se retiraron algunos estudiantes por el factor tiempo, concluyendo el trabajo de investigación con 30 estudiantes, número que se homogenizo para el grupo control.

3.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Un instrumento es válido cuando mide realmente la variable que pretende medir ⁵³ y es confiable cuando tiene la capacidad de hacer mediciones reales de una variable en diferentes momentos relativamente cercanos ⁵², se utilizó dos instrumentos:

1. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS:

Elaborado por Alvarado R. ¹⁰, se trata de un cuestionario estructurado de 11 ítems con preguntas cerradas de opción múltiple, la confiabilidad del instrumento a través del Coeficiente KR – 20 arrojó un resultado de 0,643. Para la investigación, cada respuesta correcta

se consideró 2 puntos e incorrecta 1 punto; por lo tanto la escala de 11 a 13 corresponde a un conocimiento malo, de 14 a 16 regular, de 17 a 19 bueno y de 20 a 22 muy bueno.

Para el nivel de confiabilidad de este instrumento la autora tomó en cuenta la clasificación descrita por Ruiz.

0.01 – 0.20 Muy baja

0.21 – 0.40 Baja

0.41 – 0.60 Moderada

0.61 – 0.80 Alta

0.81 – 1 Muy alta

2. ESCALA DE EVALUACIÓN DE CAPACIDADES PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA:

Este instrumento es adaptado para la presente investigación del Self-Efficacy for AIDS de Kasen, Vaughan y Walter (1992), tomando su formato del estudio de López R.⁴² (SEA-27) en su versión en español, mide la autoeficacia para prevenir el VIH SIDA. Dicho instrumento de medida consta de 27 reactivos tipo Likert con una variación de 5 puntos.

Análisis de fiabilidad del instrumento:

- Se ha utilizado el Coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach por tratarse de un instrumento con reactivos no dicotómicos.
- La muestra piloto estuvo integrada por 10 estudiantes.

- Los resultados obtenidos luego de aplicar el cuestionario a la muestra piloto se muestran a continuación:

		REACTIVOS																											
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15	R16	R17	R18	R19	R20	R21	R22	R23	R24	R25	R26	R27	
ESTUDIANTES	1	5	5	5	4	4	3	5	5	4	5	4	5	4	5	5	2	3	3	4	4	5	3	4	5	5	2	5	
	2	4	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	4	4	3	3	4	3	2	2	4	3	3	2	1	1	1	3	
	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	
	4	4	3	3	2	1	4	5	4	3	5	5	5	5	5	3	4	3	3	5	5	1	4	1	3	5	5	5	
	5	5	5	5	4	4	2	4	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5	4	5	5	4	4	4	1	5	5	5	
	6	5	5	5	2	2	2	2	4	4	5	1	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	3	1	1	1	3	
	7	5	5	5	5	5	3	3	5	5	5	4	5	3	5	5	3	3	4	4	4	4	4	5	4	1	4	5	2
	8	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	2	5	2	2	
	9	5	4	5	3	4	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	3	5	5	5	5	3	5	5	4	5	4	3	
	10	3	2	1	3	3	4	4	3	2	1	3	3	3	3	3	2	4	3	1	2	3	3	3	2	2	1	1	

- Luego de haber gestionado el coeficiente de confiabilidad a través del programa estadístico SPSS, se obtuvo el siguiente resultado:

RELIABILITY

```

/VARIABLES=R1 R2 R3 R4 R5 R6 R7 R8 R9 R10 R11 R12 R13 R14 R15 R16 R17 R18 R19 R20 R21 R22 R23 R24 R25 R26 R27
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.

```

Análisis de fiabilidad

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.948	27

- Coeficiente de confiabilidad: 0,948.
- Para interpretar el coeficiente de confiabilidad se ha utilizado la siguiente tabla de categorización:

ESCALA	CATEGORÍA
$r = 1$	Confiabilidad perfecta
$0,90 \leq r \leq 0,99$	Confiabilidad muy alta
$0,70 \leq r \leq 0,89$	Confiabilidad alta
$0,60 \leq r \leq 0,69$	Confiabilidad aceptable
$0,40 \leq r \leq 0,59$	Confiabilidad moderada
$0,30 \leq r \leq 0,39$	Confiabilidad baja
$0,10 \leq r \leq 0,29$	Confiabilidad muy baja
$0,01 \leq r \leq 0,09$	Confiabilidad despreciable
$r = 0$	Confiabilidad nula

Fuente: Córdova (2013). El Proyecto de investigación cuantitativa

- De acuerdo a la tabla de categorías, podemos decir que, el cuestionario sobre capacidades para prevenir el VIH SIDA tiene una confiabilidad muy alta ($C = 0,948$).

Categorización de los instrumentos

La variable conocimientos y capacidades para prevenir el VIH/SIDA fue medida en la escala de 38 a 157 y para facilitar la interpretación de los resultados se ha categorizado del modo siguiente:

CONOCIMIENTOS Y CAPACIDADES	ESCALA
A: Muy bueno	128 157
B: Bueno	098 127
C: Regular	068 097
C: Malo	038 067

La dimensión conocimientos para prevenir el VIH SIDA fue medida en la escala de 11 a 22 y para facilitar la interpretación de los resultados se ha categorizado del modo siguiente:

CONOCIMIENTOS	ESCALA
A: Muy bueno	20 22
B: Bueno	17 19
C: Regular	14 16
C: Malo	11 13

La dimensión capacidades para prevenir el VIH/SIDA fue medida en la escala de 27 a 135 y para facilitar la interpretación de los resultados se ha categorizado del modo siguiente:

CAPACIDADES	ESCALA
A: Muy bueno	108 135
B: Bueno	081 107
C: Regular	054 080
C: Malo	027 053

3.5 TÉCNICAS DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

3.5.1 Técnicas de recojo de la información

La técnica utilizada fue la encuesta, el tiempo en promedio para el llenado de los instrumentos fue aproximadamente 45 minutos.

El procedimiento para el recojo de la información fue el siguiente:

1. Autorización

Para la etapa de ejecución del proyecto, se solicitó por escrito la autorización de las Directoras de las Escuelas Profesionales de Enfermería y Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud – Filial Tarma. Así mismo, se solicitó un ambiente para el desarrollo de la intervención educativa grupal y la tutoría individual.

2. Consentimiento de los participantes

Se les reunió a todos los estudiantes quienes fueron seleccionados aleatoriamente, se informó sobre la investigación y su participación en ella; los estudiantes que no estuvieron de acuerdo se retiraron, circunstancia que disminuyó el número de participantes para cada grupo. Conformado los grupos control y experimental, se procedió en solicitar a cada uno de los participantes la autorización por escrito a través del consentimiento informado.

3. Aplicación del Pretest

Al grupo control y experimental se les aplicó los siguientes cuestionarios: a. Datos generales. b. Cuestionario de conocimientos. c. Escala de capacidades para la prevención del VIH/SIDA.

4. Aplicación del Programa Educativo

Durante la tutoría grupal, para el grupo experimental se utilizó el paquete educativo, se desarrolló 6 sesiones, una vez por semana, con una duración de una hora y media; para el desarrollo de los talleres se empleó ayudas didácticas visuales con presentaciones en Microsoft Power Point y videos sobre los diferentes temas. Así mismo; se aplicó la técnica del aprendizaje basado en problemas con el análisis de casos de la vida cotidiana elaborado por Alvarado R.¹⁰, relacionado con el tema planificado para cada una de las sesiones.

La investigadora actuó como facilitadora durante todas las sesiones, promoviendo la participación reflexiva para el cambio de actitudes y comportamiento.

Para la tutoría individual, se destinó durante la semana 2 horas, durante 6 semanas, se convocó a cada una de las estudiantes según sus horarios disponibles con la finalidad de mejorar sus habilidades en la toma de decisiones respecto a su salud sexual relacionado con la prevención del VIH/ SIDA.

5. Aplicación del Postest.

A la semana de concluida la intervención del programa educativo, a ambos grupos (control y experimental) se aplicó los mismos instrumentos del pretest a excepción del cuestionario de datos generales.

3.5.2 Técnicas de procesamiento

Para el presente estudio se trabajó con una base de datos en Microsoft Excel. Se procesó la información SPSS Statistics 20. Los datos obtenidos fueron procesados a través de la técnica estadística, la misma que comprende dos niveles:

1. Nivel Descriptivo:

- ✓ Organización de datos: a través de tablas estadísticas.
- ✓ Representación de datos a través de diagramas estadísticos.
- ✓ Interpretación de las medidas de resumen.

2. Nivel Inferencial:

- ✓ Se realizó la prueba de hipótesis a través del test t de Student, con un nivel de significancia estadística de 0,05.
- ✓ Para efectos de representación gráfica la variable dependiente ha sido observada en forma cualitativa y para el análisis y prueba de hipótesis se ha observado de forma cuantitativa.

3.5.3 Presentación de datos

Se elaboraron tablas de doble entrada con sus gráficos respectivos. Estas tablas han sido diseñadas para cada variable con sus respectivas dimensiones. Los resultados se redactaron siguiendo el mismo orden que los objetivos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1.1. PRUEBA DE NORMALIDAD

Tabla N° 1

Prueba de normalidad para los datos de la variable y dimensiones por grupos a nivel posttest, considerados en estudio

Variable/ Dimensiones	Grupo	Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.
Conocimientos para prevenir el VIH SIDA	Experimental	,907	30	,013
	Control	,947	30	,140
Capacidades para prevenir el VIH SIDA	Experimental	,944	30	,113
	Control	,963	30	,379
Conocimientos y capacidades para prevenir el VIH SIDA	Experimental	,934	30	,062
	Control	,960	30	,312

- En este caso corresponde a la prueba de normalidad de Shapiro Wilk porque los tamaños muestrales de los grupos experimental y control son menores de 30 ($n_1 \leq 50$ y $n_2 < 50$)

- Se maneja el siguiente modelo de hipótesis estadísticas:

H ₀	La variable sigue una distribución normal
H ₁	La variable no sigue una distribución normal

- Valores en la siguiente regla de decisión
 Sí $P(\text{Sig}) < 0,05$ entonces se rechaza la hipótesis nula (H₀)
 Sí $P(\text{Sig}) > 0,05$ entonces se acepta la hipótesis nula (H₀)
- Los valores de probabilidad (Sig) en todos los grupos de datos son mayores del valor de significancia 0,05; excepto el que corresponde a los datos de la dimensión conocimientos para prevenir el VIH SIDA del grupo experimental.
- Dado a que los valores de probabilidad son mayores del valor de significancia, se acepta la hipótesis nula y se concluye que los datos que corresponden a las variables y dimensiones siguen una distribución normal.
- De acuerdo a los argumentos referidos en líneas anteriores, se usó la prueba paramétrica T de Student para dos muestras independientes.

4.1.2. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO GENERAL

Tabla N° 2

Jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNDAC – Tarma, agrupados por niveles de conocimientos y capacidades para la prevención del VIH SIDA y grupos de observación antes y después de la aplicación del Programa Tutorial

CONOCIMIENTOS Y CAPACIDADES	GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO CONTROL			
	PRETEST		POSTEST		PRETEST		POSTEST	
	F	%	f	%	f	%	f	%
A: Muy Bueno	02	6,7	21	70,0	01	3,3	01	3,3
B: Bueno	15	50,0	08	26,7	17	56,7	23	76,7
C: Regular	13	43,3	01	3,3	11	36,7	06	20,0
D: Malo	00	0,0	00	0,0	01	3,3	00	0,0
Total	30	100,0	30	100,0	30	100,0	30	100,0

Fuente: Información obtenida del Registro N° 1

Medidas de resumen

MEDIDAS	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST
Media	100,8	133,7	100,0	107,9
Desviación estándar	14,3	11,8	17,9	13,7
Coeficiente de variación	14,2%	8,8%	17,9%	12,7%

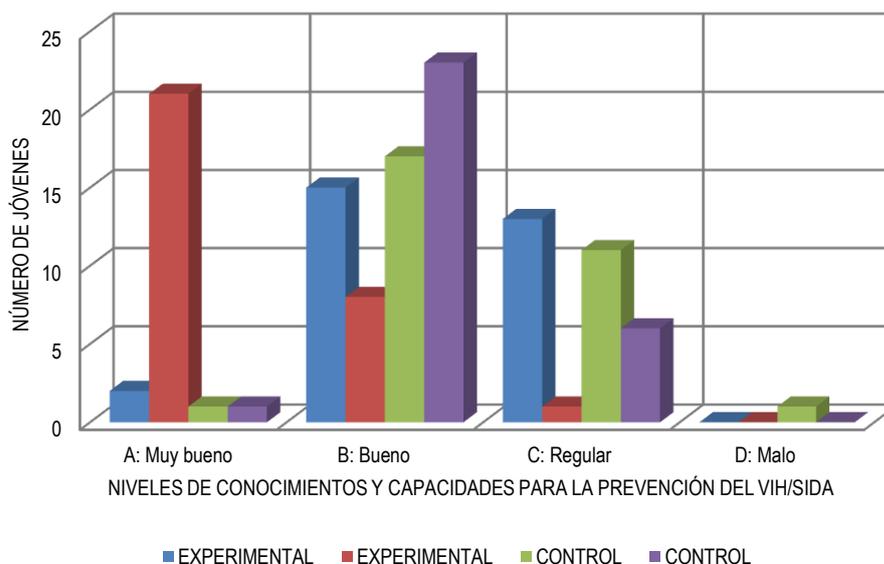


Gráfico N° 1

Jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNDAC – Tarma, agrupados por niveles de conocimientos y capacidades para la prevención del VIH SIDA y grupos de observación antes y después de la aplicación del Programa Tutorial

En el grupo experimental:

Los resultados que se muestran en las tablas que corresponden al grupo experimental evidencian claramente que, el nivel medio de conocimientos y capacidades para la prevención del VIH SIDA en la observación posttest se ha incrementado en 32,9 puntos respecto a la observación pretest como producto de la aplicación del programa tutorial.

Asimismo, se puede notar los coeficientes de conocimientos y capacidades para la prevención del VIH SIDA logrados en la observación posttest son más homogéneos en 5,4% que los coeficientes obtenidos en la observación pretest; hecho que nos permite entender el efecto favorable de la variable experimental.

Finalmente, al menos 19 jóvenes lograron mejorar sus niveles de conocimientos y capacidades para la prevención del VIH SIDA ya que migraron de los niveles inferiores hacia los niveles superiores en la variable después de la aplicación de la propuesta educativa.

En el grupo control:

Los resultados que se muestran en las tablas que corresponden al grupo control se observa que el nivel medio de conocimientos y capacidades para la prevención del VIH SIDA en la observación posttest se ha incrementado apenas en 7,9 puntos respecto a la observación pretest como producto de la aplicación de la estrategia convencional.

Asimismo, se puede notar los coeficientes de conocimientos y capacidades para la prevención del VIH SIDA logrados en la observación posttest son un poco más homogéneos en 5,2% que los coeficientes obtenidos en la observación pretest; hecho que nos permite entender el efecto poco favorable de la estrategia convencional.

Finalmente, al menos seis estudiantes mejoraron sus niveles de conocimientos y capacidades para la prevención del VIH SIDA ya que hubo pocas migraciones en los niveles de la variable después de la aplicación de la propuesta convencional.

Prueba de hipótesis general

Formulación de hipótesis:

$H_0: M_e = M_c$ La aplicación del programa tutorial no mejora significativamente las capacidades y conocimientos para la prevención del VIH SIDA, de los jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNDAC - Tarma, 2016.

$H_1: M_e \neq M_c$ La aplicación del programa tutorial mejora significativamente las capacidades y conocimientos para la prevención del VIH SIDA, de los jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNDAC - Tarma, 2016.

Test de prueba

Considerando que los datos de la variable conocimientos y capacidades para la prevención del VIH/SIDA siguen una distribución normal, se usó el test de prueba paramétrica T de Student para muestras independiente.

Nivel de significancia:

$\alpha = 0,05$

Tabla N° 3

Prueba de muestras independientes para las dimensiones conocimientos y capacidades para prevenir el VIH y SIDA

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Conocimientos y capacidades para prevenir el VIH SIDA	Se han asumido varianzas iguales	,405	,527	7,809	58	,000	25,767	3,299	19,162	32,371
	No se han asumido varianzas iguales			7,809	56,756	,000	25,767	3,299	19,159	32,374

P = 0,000 (Sig. bilateral)

Decisión y conclusión

Como el valor de probabilidad $P = 0,000$, es menor que el valor de significancia, rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la alterna. Esto me permite concluir que, para un nivel de confianza del 95%, la aplicación del programa tutorial mejora significativamente los conocimientos y capacidades para la prevención del VIH SIDA, de los jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de Tarma, 2016.

4.1.3. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO ESPECÍFICO 1

Tabla N° 4

Jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNDAC – Tarma, agrupados por niveles de conocimientos para la prevención del VIH SIDA y grupos de observación antes y después de la aplicación del Programa Tutorial

CONOCIMIENTOS	GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO CONTROL			
	PRETEST		POSTEST		PRETEST		POSTEST	
	F	%	F	%	f	%	f	%
A: Muy Bueno	00	0,0	18	60,0	00	0,0	00	0,0
B: Bueno	08	26,7	12	40,0	09	30,0	12	40,0
C: Regular	20	66,7	00	0,0	20	66,7	17	56,7
D: Malo	02	6,7	00	0,0	01	3,3	01	3,3
Total	30	100,0	30	100,0	30	100,0	30	100,0
Fuente: Información obtenida del Registro N° 1								

Medidas de resumen

MEDIDAS	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST
Media	15,8	20,0	15,9	16,3
Desviación estándar	1,3	1,5	1,2	1,4
Coficiente de variación	8,5%	7,7%	7,5%	8,9%

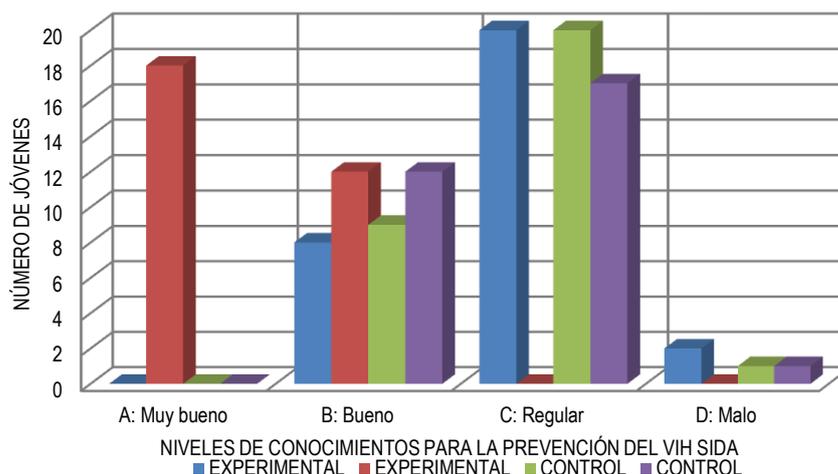


Gráfico N.º 2

Jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNDAC – Tarma, agrupados por niveles de conocimientos para la prevención del VIH SIDA y grupos de observación antes y después de la aplicación del Programa Tutorial

En el grupo experimental:

Los resultados que se muestran en las tablas que corresponden al grupo experimental evidencian claramente que, el nivel medio de conocimientos para la prevención del VIH SIDA en la observación posttest se ha incrementado en 4,2 puntos respecto a la observación pretest como producto de la aplicación del Programa Tutorial.

Asimismo, se puede notar los coeficientes de conocimientos para la prevención del VIH/SIDA logrados en la observación posttest son más homogéneos en 0,8% que los coeficientes obtenidos en la observación pretest; hecho que me permite entender el efecto favorable de la variable experimental.

Finalmente, puedo afirmar que al menos 20 jóvenes lograron mejorar sus niveles de conocimientos para la prevención del VIH SIDA ya que migraron de los niveles inferiores hacia los niveles superiores en la variable después de la aplicación de la propuesta educativa.

En el grupo control:

Los resultados que se muestran en las tablas que corresponden al grupo control se observa claramente que, el nivel medio de conocimientos para la prevención del VIH SIDA en la observación posttest se ha incrementado apenas en 0,4 puntos respecto a la observación pretest como producto de la aplicación de la estrategia convencional.

Asimismo, se puede notar los coeficientes de conocimientos para la prevención del VIH SIDA logrados en la observación posttest son un poco más heterogéneos en 1,4% que los coeficientes obtenidos en la observación pretest; hecho que nos permite entender el efecto un tanto adverso de la estrategia convencional.

Finalmente, al menos tres estudiantes mejoraron sus niveles de conocimientos para la prevención del VIH SIDA ya que hubo pocas migraciones en los niveles de la variable después de la aplicación de la propuesta convencional.

Prueba de hipótesis específico 1

Formulación de hipótesis

$H_0: M_e = M_c$ La aplicación del programa tutorial no mejora significativamente los conocimientos para la prevención del VIH/SIDA

$H_1: M_e \neq M_c$ La aplicación del programa tutorial mejora significativamente los conocimientos para la prevención del VIH/SIDA

Test de prueba

Considerando los datos de la dimensión conocimientos para la prevención del VIH/SIDA siguen una distribución normal, se usó el test de prueba paramétrica T de Student para muestras independiente.

Nivel de significancia

$\alpha = 0,05$

Tabla N° 5

Prueba de muestras independientes para la dimensión conocimientos para prevenir el VIH y SIDA

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Conocimientos para prevenir el VIH SIDA	Se han asumido varianzas iguales	,655	,421	9,413	58	,000	3,633	,386	2,861	4,406
	No se han asumido varianzas iguales			9,413	57,763	,000	3,633	,386	2,861	4,406

P = 0,000 (Sig. bilateral)

Decisión y conclusión

Como el valor de probabilidad P = 0,000, es menor que el valor de significancia, rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la alterna.

Esto nos permite concluir que, para un nivel de confianza del 95%, la aplicación del programa tutorial mejora significativamente los conocimientos para la prevención del VIH/SIDA.

4.1.4. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO ESPECÍFICO 2

Tabla N° 6

Jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNDAC – Tarma, agrupados por niveles de capacidades para la prevención del VIH SIDA y grupos de observación antes y después de la aplicación del Programa Tutorial

CAPACIDADES	GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO CONTROL			
	PRETEST		POSTEST		PRETEST		POSTEST	
	F	%	F	%	f	%	f	%
A: Muy Bueno	02	6,7	19	63,3	02	6,7	04	13,3
B: Bueno	15	50,0	10	33,3	16	53,3	20	66,7
C: Regular	12	40,0	01	3,3	10	33,3	06	20,0
D: Malo	01	3,3	00	0,0	02	6,6	00	0,0
Total	30	100,0	30	100,0	30	100,0	30	100,0

Fuente: Información obtenida del Registro N° 1

Medidas de resumen

MEDIDAS	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST
Media	84,9	113,7	85,1	91,6
Desviación estándar	13,7	12,3	18,9	13,7
Coefficiente de variación	16,2	10,8%	22,2%	14,9%

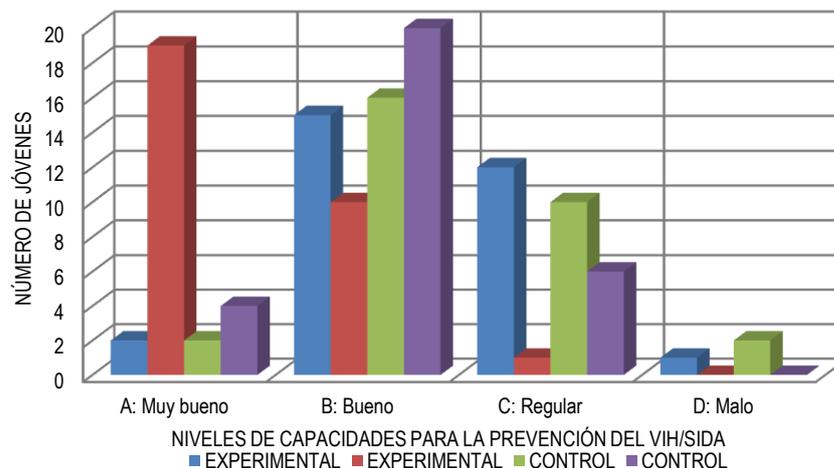


Gráfico N.º 3

Jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNDAC – Tarma, agrupados por niveles de capacidades para la prevención del VIH SIDA y grupos de observación antes y después de la aplicación del Programa Tutorial

En el grupo experimental:

Los resultados que se muestran en las tablas que corresponden al grupo experimental se observa claramente que, el nivel medio de capacidades para la prevención del VIH SIDA en la observación posttest se ha incrementado en 28,8 puntos respecto a la observación pretest como producto de la aplicación del Programa Tutorial.

Asimismo, se puede notar los coeficientes de capacidades para la prevención del VIH/SIDA logrados en la observación posttest son más homogéneos en 5,4% que los coeficientes obtenidos en la observación pretest; hecho que me permite entender el efecto favorable de la variable experimental.

Finalmente, puedo afirmar que al menos 17 jóvenes lograron mejorar sus niveles de capacidades para la prevención del VIH SIDA ya que migraron de los niveles inferiores hacia los niveles superiores en la variable después de la aplicación de la propuesta educativa.

En el grupo control:

Los resultados que se muestran en las tablas que corresponden al grupo control se observa claramente que, el nivel medio de capacidades para la prevención del VIH SIDA en la observación posttest se ha incrementado apenas en 6,5 puntos respecto a la observación pretest como producto de la aplicación de la estrategia convencional.

Asimismo, se puede notar los coeficientes de capacidades para la prevención del VIH y SIDA, logrados en la observación posttest son un poco más homogéneos en 7,3% que los coeficientes obtenidos en la observación pretest; hecho que nos permite entender el efecto poco favorable de la estrategia convencional.

Finalmente, puedo afirmar que al menos cuatro estudiantes mejoraron sus niveles de capacidades para la prevención del VIH SIDA ya que hubo pocas migraciones en los niveles de la variable después de la aplicación de la propuesta convencional.

Prueba de hipótesis específico 2

Formulación de hipótesis

$H_0: M_e = M_c$ La aplicación del programa tutorial no mejora significativamente las capacidades para la prevención del VIH/SIDA

$H_1: M_e \neq M_c$ La aplicación del programa tutorial mejora significativamente las capacidades para la prevención del VIH/SIDA

Test de prueba

Considerando que los datos de la dimensión capacidades para la prevención del VIH/SIDA siguen una distribución normal, utilizaremos el test de prueba paramétrica T de Student para muestras independiente.

Nivel de significancia

$\alpha = 0,05$

Tabla N° 7

Prueba de muestras independientes para la dimensión capacidades para prevenir el VIH y SIDA

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Capacidades para prevenir el VIH SIDA	Se han asumido varianzas iguales	,147	,703	6,599	58	,000	22,133	3,354	15,419	28,847
	No se han asumido varianzas iguales			6,599	57,378	,000	22,133	3,354	15,418	28,849

P = 0,000 (Sig. bilateral)

Decisión y conclusión

Como el valor de probabilidad $P = 0,000$, es menor que el valor de significancia, rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la alterna.

Esto nos permite concluir que, para un nivel de confianza del 95%, la aplicación del programa tutorial mejora significativamente las capacidades para la prevención del VIH/SIDA.

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El mundo ha superado las metas relacionadas con el SIDA respecto a los Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 6, al detener y revertir la propagación del VIH, y cada vez más países adopta la respuesta rápida para poner fin a la epidemia de SIDA para el 2030 como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Con los ODS, el mundo se ha comprometido a poner fin a la epidemia de SIDA para el 2030.

En América Latina, el número de nuevas infecciones por el VIH en el 2014 fue un 17% menor que en 2000 ². En el Perú, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA reporta entre los años 1983 a marzo del 2017, 35 847 casos de SIDA y de 68 201 casos de VIH, el mayor número de casos se presenta entre los 25 a 29 años, cuya principal vía de transmisión es sexual en un 97% ³, como resultado de los comportamientos sexuales de riesgo, por sus estilos de vida desfavorables, la

exposición a una gigantesca publicidad que invita a la evasión, a la seducción y a la exposición al riesgo⁴, constituyendo un alerta para las autoridades sanitarias, la familia y las instituciones educativas tanto en la formación básica como universitaria.

En ese sentido, la educación sexual representa una estrategia importante para la prevención del VIH/SIDA, que implica un abordaje integral de la sexualidad donde juega un papel determinante la promoción de comportamientos responsables del desde edades tempranas, encaminados a controlar las situaciones sociales propias de la edad que puedan generar riesgos para la salud sexual. Precisamente, con este enfoque se ha conducido este trabajo de investigación, cuyos resultados se muestran con el siguiente análisis:

Con respecto al objetivo general:

A partir de los hallazgos encontrados, se acepta la hipótesis alterna general que establece que la aplicación del programa tutorial mejora significativamente las capacidades y conocimientos para la prevención del VIH SIDA, de los jóvenes universitarios. La puntuación media, en el grupo experimental en el posttest se ha incrementado en 32,9 puntos respecto al pretest como producto de la aplicación del programa tutorial, a diferencia del grupo control que solo se incrementó en 7,9 puntos producto de la aplicación de la estrategia convencional de tutoría.

Estos resultados guardan relación con la investigación realizada en el Perú, por Tello D y Campos S⁴, afirman un margen de error al 1%, el

programa educativo sobre VIH /SIDA incremento significativamente el nivel de conocimientos en los universitarios participantes. Así mismo, Alvarado R.¹⁰ en su investigación aplica un programa educativo basado en competencias, resultando eficaz el aprendizaje en alumnos adolescentes de la carrera profesional de Obstetricia de la UNMSM.

En Cuba, se han logrado resultados en materia de prevención de las ITS en estas similares y existe una estrategia nacional al respecto. Desde los primeros años de vida a través de diferentes programas institucionales y de comunidad se inicia la educación en la sexualidad, que tiene continuidad en los programas curriculares en el nivel medio y medio superior⁵⁴. En nuestro país, se viene trabajando con el Plan Estratégico Multisectorial de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA 2015 – 2019, con la finalidad de mejorar la promoción y difusión de medidas de prevención contra las ITS VIH/SIDA dirigida a las diferentes poblaciones, articulando el trabajo multisectorial y fortaleciendo una educación sexual integral¹.

Por otro lado, la población universitaria está constituida por un alto porcentaje de jóvenes incluyendo los adolescentes, en un estudio en el Perú, el 90% de universitarios tenía entre 16-25 años de edad, con un promedio $19,2 \pm 1,9$ de desviación estándar (DE); con una mayor proporción del sexo femenino⁴, realidad que se contrasta con esta investigación, más aun en el sexo, pues prevalece el femenino generando limitaciones para obtener mayor información para esta investigación de los jóvenes varones.

Con respecto al objetivo específico 1:

Un factor para el incremento de los casos de VIH y Sida en los jóvenes es el desconocimiento que tienen sobre la enfermedad ⁴. Un estudio en la amazonía peruana conducido por Vasquez D S, Rojas G, Torres S, Salazar B, Díaz DC, Alvarado C, et al ⁵⁵ identificaron que el 61.8% del grupo constituido por mujeres refieren tener conducta sexual de bajo riesgo y, del grupo de varones, 76% también refieren conducta sexual de bajo riesgo, pero 11.8% y 15.3% tanto en mujeres como en varones respectivamente refieren tener una conducta sexual de alto riesgo, de ellos el 69.2% evidencian inadecuado conocimiento sobre VIH/SIDA y conducta sexual de alto riesgo, el 64.1% evidencian adecuado conocimiento sobre VIH/SIDA y, conducta sexual de bajo riesgo y, el 81.6% evidencian adecuado conocimiento sobre VIH y SIDA y conducta sexual sin riesgo.

De acuerdo a los hallazgos de la investigación, se acepta la hipótesis alterna para este objetivo, que establece que la aplicación del programa tutorial mejora los conocimientos para la prevención del VIH y SIDA. Los resultados demuestran que existen diferencias significativas entre los conocimientos antes y después de la aplicación del programa educativo, en el grupo experimental, según la puntuación media se incrementó en 4,2 puntos respecto al pretest . Así mismo, se puede notar los coeficientes de conocimientos para la prevención del VIH y SIDA logrados en la observación postest son más homogéneos en 0,8% que los coeficientes obtenidos en la observación pretest; hecho que nos permite entender el efecto favorable de la variable experimental.

Estos resultados tienen concordancia con los resultados de Tello D. y Campos SC ⁴ concluyen que antes de la intervención educativa el nivel de conocimiento fue muy bajo; después de la intervención se logró niveles de medio a alto, con promedio ponderado de 16,6 ⁴. En Chile, en la investigación de Villegas R, Ferrer L, Cianelli A, Miner S.; Lara C ⁹ la puntuación media de los conocimientos de la infección por el VIH fue de 8.9 ± 2.5 . Los conocimientos tuvieron una correlación positiva débil con la “intención de reducir conductas de riesgo” ($r=0.19$; $p<0.0001$) y con la escala “Self Efficacy Form” ($r=0.34$; $p<0.0001$), pero no se relacionaron con las “normas de los pares en cuanto a relaciones sexuales seguras” ($r=0.13$; $p=0.78$)., concluyendo que existe una débil correlación positiva entre el nivel de conocimientos sobre el VIH/ SIDA y la autoeficacia en mujeres chilenas en desventaja social.

Las personas jóvenes no pueden protegerse a sí mismas si no conocen nada o conocen poco sobre VIH y SIDA. Para reducir la vulnerabilidad, el mundo moderno exige ciudadanos capaces de afrontar problemas, tomar decisiones bajo un proceso razonado, reflexivo y creativo ³¹. Por ello es necesario que desarrollen capacidades para hacer frente a estas exigencias, para aumentar las probabilidades de elaborar elecciones y decisiones sobre su salud ⁵⁶, la información y orientación brindada a través de la tutoría ha permitido a los jóvenes clarificar sus sentimientos y valores relacionados con todos los aspectos de su sexualidad como parte del proceso de toma de decisiones para la prevención del VIH y SIDA.

Con respecto al objetivo específico 2:

Bandura citado por Villegas R, Ferrer L, Cianelli A, Miner S.; Lara C ⁹ describe que los conocimientos por sí solos no son suficientes para el cambio conductual hacia la prevención de la infección, sino que se requiere además de otros componentes para lograr este objetivo, entre ellos el de la autoeficacia, definida por López de Rosales y Moral de la Rubia como la capacidad de desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados, la cual ha sido relacionada con el rechazo de las relaciones sexuales de riesgo, hablar con la pareja sobre experiencias sexuales previas y utilizar correctamente el preservativo masculino.

Según los hallazgos de la investigación, se acepta la hipótesis alterna para este objetivo que establece que la aplicación del programa tutorial mejora significativamente las capacidades para la prevención del VIH/SIDA. Se muestran en el grupo experimental que la puntuación media de las capacidades para la prevención del VIH SIDA, en el postest se ha incrementado en 28,8 puntos respecto al pretest como producto de la aplicación del Programa Tutorial. Así mismo, se puede notar los coeficientes de capacidades para la prevención del VIH SIDA logrados en la observación postest son más homogéneos en 5,4% que los coeficientes obtenidos en la observación pretest; hecho que nos permite entender el efecto favorable de la variable experimental.

Estos resultados se contrastan con la investigación realizada en España por Ramiro S ⁸ cuyos resultados ponen de manifiesto que los participantes del programa hacen mayor uso del preservativo en un 39.41% más de las veces

que las participantes del grupo control. Además, refiere haber mejorado la comunicación sobre sexualidad, más autoeficacia en comunicación con una pareja ocasional, más conocimiento sobre aspectos relacionados con el VIH y las ITS, más actitudes positivas hacia el uso del preservativo y una mayor autoeficacia en el uso del mismo.

Durante los talleres, se discutió y analizó el correcto uso del condón, con la finalidad de enfatizar la importancia de su uso no solo para prevenir el embarazo, sino también para prevenir el contagio de alguna enfermedad de transmisión sexual o el VIH, resultado que se evidencia en el postest. Sin embargo; según García Mora & col, citado por Tello D y Campos SC ⁴, esta respuesta no garantiza en sí misma un cambio comportamental; estudios demuestran que las intervenciones para disminuir conductas de riesgo son efectivas a corto plazo, pero el reto es lograr que sean por periodos largos, sin embargo los jóvenes a pesar de contar con buen conocimiento sobre VIH/Sida no son sistemáticos en el uso del condón ⁵⁷, es decir, en muchos casos el conocimiento no se traduce en acción.

En el Perú, el Plan Multisectorial de Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA, 2015 – 2019, hacen referencia la investigación de Maguiña et al 2013), en cuanto a los factores de riesgo para mayor prevalencia de las ITS se han reportado las relaciones sexuales sin protección y el uso de alcohol previo a las relaciones sexuales. En el caso de las mujeres, las no unidas pero sexualmente activas, son quienes los usan en mayor proporción. También, el porcentaje de uso actual de preservativos en las mujeres unidas se ha incrementado entre los años 1992 y 2013, aunque los niveles siguen siendo

muy bajos en ambos casos. A la baja proporción de mujeres que utiliza preservativo, se añade que más de la mitad de mujeres que inician el uso del preservativo lo descontinúan antes del año. Una razón importante para ello es que el preservativo es comúnmente utilizado como método anticonceptivo, pero no en la prevención de ITS o VIH, y con el tiempo buscan un método más efectivo y de largo plazo para evitar el embarazo, lo que las deja desprotegidas en la prevención de ITS o VIH¹.

CONCLUSIONES

1. La aplicación del programa tutorial mejora significativamente los conocimientos y capacidades para la prevención del VIH SIDA de los jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNDAC - Tarma, 2016, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna.
2. Los conocimientos para la prevención del VIH/SIDA, se mejoran significativamente con la aplicación del programa tutorial, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna.
3. Las capacidades para la prevención del VIH/SIDA, se mejoran significativamente con la aplicación del programa tutorial, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna.

SUGERENCIAS

Incluir al plan de tutoría universitaria, la educación para la salud sexual de los/las adolescentes y jóvenes, que debe orientarse a la auto identificación de la vulnerabilidad de adquirir ITS o el VIH y SIDA, proporcionándoles suficiente información para que tomen decisiones responsables y oportunas.

Realizar investigaciones en otras realidades de adolescentes y jóvenes universitarios con grupos diferenciados de sexo, considerando que la carrera de Enfermería y Obstetricia en su mayoría es regida por mujeres, no teniendo una muestra representativa de varones.

Generar conciencia a nivel de las autoridades del sector educación y salud para que se fortalezca la educación sexual temprana desde la familia, participando además profesionales especialistas en el tema con un enfoque preventivo promocional, contribuyendo en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles para el 2030.

El desarrollo integral del adolescente o joven universitario, se fundamenta no sólo en las capacidades intelectuales, sino que las actitudes hacia la sexualidad entre otras, se convierten en un elemento clave para el éxito en el logro personal, por lo que se debe impulsar un plan de evaluación y seguimiento de la sostenibilidad de lo aprendido para prevenir el VIH y SIDA, considerando su real impacto se mide a mediano y largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. Plan estratégico multisectorial de prevención y control de ITS, VIH y SIDA 2015 - 2019. Lima, Perú: MINSA; 2014. [Sitio en internet]. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2015/ANEXO_DEL_DECRETO_SU_PREMO_035-2015-SA.pdf
2. Organización de las Naciones Unidas. El SIDA en cifras 2015. ONUSIDA; 2015. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf.
3. Ministerio de Salud. Boletín epidemiológico marzo 2017. Lima, Perú: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; 2017. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2017/marzo.pdf.
4. Tello D y Campos SC. Efectividad de un programa educativo sobre VIH/Sida aplicado a universitarios dentro del enfoque promocional. Cuidado y Salud/KAWSAYNINCHIS. 2015 Junio; 3(1): p. 125-136.
5. Ministerio de Salud. Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Lima, Perú: MINSA; 2013.
6. Alayo M, Bambarén E, Gueiler M., Magill F, Sueiro R, Valdiviezo M, *et al.* Guía universidades Saludables. Lima, Perú: Comisión de Comunidades Saludables del Consorcio de Universidades; 2013.
7. Lobato F y Ilvento M. La Orientación y tutoría universitaria: una aproximación actual. Revista de Docencia Universitaria. Mayo- Agosto 2013, Vol.11 (2), 17-25. [Sitio en internet]. Disponible en: http://red-u.net/redu/documentos/vol11_n2_completo.pdf
8. Ramiro S. Aplicación y evaluación de la eficacia de un programa para la prevención de las ETS/VIH en mujeres adolescentes [tesis doctoral]. [Granada]: Universidad de Granada, Centro de Investigación mente, cerebro y comportamiento; 2014.
9. Villegas R, Ferrer L, Cianelli A, Miner S y Lara C. Conocimientos y autoeficacia asociados a la prevención del VIH y SIDA en mujeres chilenas. Invest Educ Enfermería. 2011; 29(2): 222-229.
10. Alvarado R. Eficacia del programa educativo sobre VIH/SIDA en aprendizaje por competencias en alumnos adolescentes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos [trabajo final de máster]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Unidad de Posgrado; 2015.
11. Secretaria Nacional de la Juventud del Perú. Informe Nacional de las Juventudes en el Perú - 2015. Fondo de Poblacion de las Naciones Unidas en el Perú, editores. Lima; 2015.
12. Gonzales V, Bolaños G y Pupo A. Estrategias educativas para la

- prevención de infecciones de transmisión sexual en jóvenes. Revista Cubana de Salud Pública. 2010; 36(4): 295 - 300.
13. Tafur P. Los sistemas de acceso, normativas de permanencia, y estrategias de tutoría y retención de estudiantes de educación superior: Informe Nacional Perú. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://acclera.uab.cat/ACCEDES/docs/informes/peru.pdf>.
 14. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. Directiva para el desarrollo de la tutoría universitaria. 2017..
 15. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Reducir los riesgos y promover una vida sana. [Sitio en internet].; 2002 Disponible en: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf.
 16. Organización Mundial de la Salud. Riesgos para la salud de los jóvenes. [Sitio en internet].; 2011. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>.
 17. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2009. Lima; Perú: INEI; 2010.
 18. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014. Lima; Perú: INEI; 2015.
 19. Becerra H. Universidades saludables: una apuesta a una formación integral del estudiante. Revista de Psicología. 2013; 31(2).
 20. Ministerio de Salud. Documento técnico: Promoviendo universidades saludables. [Sitio en internet]. Lima; 2010 Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/promovUniverSaludables>.
 21. Villa A, Poblete M. Aprendizaje basado en competencias. Una propuesta para la evaluación de las competencias genéricas. Vicerrectorado de Innovación y Calidad con la colaboración del ICE de la Universidad de Deusto, editor. Bilbao: Ediciones Mensajero; 2007.
 22. Rodríguez C, Sanabria R, Contreras P y Perdomo C. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes. Revista Cubana de Salud Pública. 2013 enero - marzo; 39(1): p. 161-174.
 23. Ballester R, Gil- Llario MD, Ruíz Palomino E, Giménez García C. Autoeficacia en la prevención sexual del SIDA: La influencia del género. [Sitio en internet].; 2013;29(1): 76 - 82. Disponible en: <https://doaj.org/article/372619095d434b79835276716611c626>.
 24. Oliveira B, Patriota Ch, Duarte P y Ribeiro G. Análise da vulnerabilidade sexual de estudantes universitários ao HIV. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. 2012; 13(5): p. 1121-1131.
 25. García A, Méndez R, Gutiérrez M, Joaquín P y Aranda R. Actitudes hacia el uso del condón masculino para la prevención del VIH/sida en estudiantes de medicina. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río.

- 2011; 15(3). versión On-line ISSN 1561-3194. [Sitio en internet]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000300005
26. Del Castillo A, Mayorga R, Guzman S, Escorza H, Gutiérrez G, Hernández H, *et al.* Actitud hacia el uso del condón y autoeficacia en la prevención del VIH/SIDA en estudiantes de Psicología de la UAEH. Revista Científica Electrónica de Psicología. ;(13 ISSN 1870-5812). [Sitio en internet]. Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/5267/delcastillo_articulo-1.pdf
 27. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Modificación aprobada en sesión de Consejo Universitario del 18 de diciembre del 2013. Lima; Perú: Vicerrectorado Académico. Sistema de Tutoría Académica y de Consejería Psicológica, 2013.
 28. Vega A, Maddaleno M, Mazin R. Consejería orientada en los jóvenes para prevenir VIH/ITS y para promover la salud sexual y reproductiva: Una guía para proveedores de primera línea Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
 29. Rodriguez E. Manual de Tutoría Universitaria. Recursos para la acción Barcelona IdCdiEdiUd, editor. Barcelona: Ediciones Octaedro, S.L.; 2012.
 30. Cano G. Tutoría universitaria y aprendizaje por competencias ¿Cómo lograrlo? ISSN 1575-0965. Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 12 (1), 181-204. 2009; 12(1): p. 181-204. Disponible en: https://estudis.uib.cat/digitalAssets/214/214139_tutoria-universitaria-y-aprendizaje-por-competencias.pdf
 31. Bustamante Ch, Salazar O, Perea V, Calero R, Mendoza Z, Zapata U, *et al.* Conversando con los y las adolescentes de estilos de vida saludables sexualidad y prevención de ITS/VIH y SIDA. Módulo de soporte educativo para adolescentes de primero a quinto grado de secundaria Heredia, Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca" de la Universidad Peruana Cayetano, editor. Lima - Perú; 2005.
 32. Organización Panamericana de la Salud. Modelos y teorías de comunicación en salud Washington D.C: OPS; 1996.
 33. Bandura A. Teoría del aprendizaje social Madrid: Espasa Calpe; 1982.
 34. Meneses B. Autoeficacia percibida en adolescentes para retrasar el inicio de relaciones sexuales en la Institución Educativa "El Pacífico", Lima - 2010 [trabajo final de Licenciatura]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
 35. Olaz F. Traducción de la Guía para la construcción de autoeficacia Argentina; 2001.
 36. Marriner TA. Modelos y Teorías en Enfermería. 4th ed. Madrid; 1999.
 37. Perez Fyc. Sexualidad y mujeres jóvenes: Negociación protección y placer

- Lima; 2003.
38. Pender N. Promoción de la salud en la práctica de enfermería. 3rd ed. Estanford; 1996.
 39. Rodriguez J. Autoeficacia y educación Argentina; 2004.
 40. Bandura A. Auto-eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual Psicología Bd, editor. España: Desclée De Bower; 1999.
 41. López R. Género, autoeficacia y actitud hacia conductas sexuales de riesgo en población adolescente. [Sitio en internet].; 2001. Disponible en: <http://lasa.international.pitt.edu/Lasa2001/LopezRosalesFuensanta.pdf>.
 42. López R y Moral de la R. Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA. Salud Pública de México. 2001 septiembre-octubre; 43(5): p. 421 - 432.
 43. Andrade H. Estilos de Vida, Autoeficacia y Prevención del VIH/SIDA en estudiantes universitarios. Tesis para la obtención del título de Psicólogo. Xalapa, Veracruz: Universidad Veracruzana; 2004.
 44. Gr Mek M. Historia del SIDA. 1st ed. México; 1992.
 45. Aguilera PA. Manual de información para estudiantes universitarios sobre la prevención del VIH. 1st ed. México: Universidad Veracruzana; 2000.
 46. Ramirez P. SIDA un enfoque psicológico. 1st ed. México: Impresión Arte; 1993.
 47. Bravo C. SIDA: Lo que todos debemos saber México: Trillas; 1994.
 48. Ministerio de Educación. Lineamientos Educativos y orientaciones pedagógicas para la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual VIH y SIDA. Lima, Perú: MINEDU - Educación primaria y secundaria.; 2008. [Sitio en internet]. Disponible en: [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/lineamientos_ditoe_ets_vih_sida%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/lineamientos_ditoe_ets_vih_sida%20(1).pdf).
 49. Uribe T. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. [Sitio en internet]. Antioquia; 1999 Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf>.
 50. Tamayo y T. El proceso de la investigación científica. Cuarta ed. México D.F: Limusa; 2003.
 51. Alarcón Montoya G, Albornos Solís Y, Prado Juscamaita J. Metodología de la Investigación Científica en Salud Huánuco: Universidad Hermilio Valdizan; 2009.
 52. Córdova Baldeón I. El proyecto de investigación cuantitativa Lima: San Marcos; 2013.
 53. Tamayo Calderón J. Estrategias para diseñar y desarrollar proyectos de investigación en ciencias de la salud Lima: Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2002.
 54. Ortiz Sanchez N, Rodriguez González D, Vázquez Lugo M, Alvarez Aragón

- M, Sanchez Urra L. Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Rev Méd Electrónica. 2015 Sep-Oct; 37(5).
55. Vasquez da Silva PM, Rojas Garcia M, Torres Silva R, Salazar Becerril N, Díaz de Córdova C, Alvarado Cora H, et al. Conocimiento en VIH/SIDA y comportamiento sexual en estudiantes de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2009. Conocimiento Iquitos. 2010; 9(1): p. 80 - 88.
56. UNESCO. Manual para jóvenes VIH y SIDA, derechos humanos y género México: UNESCO; 2007.
57. González Valcárcel B, Bolaños Gutierrez M, Pupo Ávila N. Estrategias educativas para la prevención de las infecciones de transmisión sexual en jóvenes. Revista Cubana de Salud Pública. 2010; 36(4): p. 295 - 300.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado

Anexo 2: Cuestionario datos generales

Anexo 3: Cuestionario de conocimientos sobre el VIH y SIDA

Anexo 4: Escala de Autoeficacia para prevenir el VIH y SIDA

Anexo 5: Registro de atención individual del docente tutor

Anexo 6: Matriz de consistencia

Anexo 7: Programa tutorial para mejorar las capacidades



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
ESCUELA DE POST GRADO



ANEXO N° 1

Consentimiento informado

Descripción. Usted ha sido invitada a participar en una investigación cuyo objetivo es mejorar las conocimientos y capacidades para la prevención del VIH SIDA con la aplicación del programa tutorial en los jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNDAC - Tarma. Esta investigación es realizada por la Magister Giovanna B. Enrique Gonzales, docente de la Escuela de Formación Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión – Filial Tarma. Usted fue seleccionado para participar en esta investigación porque tiene los criterios de inclusión para esta investigación. Inicialmente se reunirán a todos los participantes, se desarrollará las siguientes etapas:

1. Se les aplicará cuestionarios de: a) Datos sociodemográficos. b) Cuestionario de conocimientos sobre el VIH y SIDA. (Pres test) c) Escala de capacidades para la prevención del VIH/SIDA. (Pres test)
2. Se aplicarán las sesiones en número de 6 por un espacio de 6 días diferentes.
3. Al término del programa se aplicarán los cuestionarios: a) Cuestionario de conocimientos sobre el VIH y SIDA. (Pos test) b) Escala de capacidades para la prevención del VIH/SIDA. (Pos test); estos mismos cuestionarios luego serán aplicados a los 7 días de terminado el programa.
4. Así mismo, se ofrecerá espacios para la tutoría individual para un mejor entendimiento del tema en relación a su sexualidad.
5. **Riesgos y beneficios.** Por ser considerado una intervención educativa experimental, el estudio no ofrece riesgos a las participantes al mismo, si encontramos muchos beneficios para los que participen, consideramos que el mejor de ellos es la mejora de sus capacidades (competencias) en el tema, elemento que aunado al manual de apoyo y las enseñanzas vertidas forman parte de la investigación.

Confidencialidad. La presente investigación se trabajará confidencialmente, solamente en este consentimiento informado se mantendrá los nombres y apellidos de las participantes, posteriormente en los formatos se trabajará anónimamente. Toda la información estará bajo la custodia de la investigadora principal, solamente la investigadora o aquella persona designada por la misma podrán tener acceso a la información del estudio. Se pretende indicar que los datos de la investigación quedará bajo custodia en un lugar seguro, solamente los datos de la investigación serán utilizados para la tesis de Doctor de la investigadora. Los datos quedarán bajo custodia por un periodo de 2 años, luego del mismo la investigadora procederá a destruirlos.

Incentivos. Por participar en esta investigación usted no recibirá ningún incentivo económico, los gastos académicos correspondientes a su participación en el programa educativo serán cubiertos por la investigación.

Derechos. Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con Mg. Obsta. Giovanna B. Enriquez Gonzales, al teléfono 987368395 o al correo electrónico giovannaeg.undac@gmail.com.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Tarma, _____ de Setiembre del 2016.

Firma

Nombre del participante _____



ANEXO N° 2

INTRODUCCIÓN

Estimado estudiante, los cuestionarios que se te presentan a continuación tienen como finalidad recoger información sobre tu capacidad de acción frente a la prevención del embarazo no deseado y el VIH SIDA. La información recogida es sumamente relevante para aportar un mayor conocimiento sobre los y las jóvenes de tu edad, es anónima, y su procesamiento será reservado, por lo que le solicito responder con mucha sinceridad cada una de las siguientes preguntas. ¡Muchas gracias por tu colaboración!

DATOS GENERALES

Edad _____

Sexo: Masculino () Femenino ()

Carrera profesional: Obstetricia () Enfermería ()

Semestre que cursa: _____

Estado civil: Soltera() Conviviente () Casada()

Otro: especifique _____

Lugar de procedencia: Costa () Sierra () Selva ()



ANEXO N° 3

Cuestionario de Conocimientos sobre el VIH/SIDA

Fecha ____ / ____ / ____

Era nuevo en mi centro de salud y la doctora quiso saber cómo estaba, pidiéndome un recuento analítico de sangre. Me dieron un enorme susto, me informaron de que mis plaquetas estaban muy bajas, demasiado. Me sentía bien, sólo un poco de dolor de cabeza, pero no siempre. A través de unos amigos, al día siguiente me atendieron en la consulta de infecciosos. Acompañado de mi pareja, mi mejor amigo, no paré de llorar en la consulta. El médico fue frío, pero esa frialdad... me hizo reaccionar. "...Tienes VIH. ¿Y qué? Se trata de una enfermedad como otra cualquiera...", me dijo que no finalizaba. Todavía ni me lo creo, estoy deseando llegar a la próxima consulta y saber de mis CD4, de mi carga viral, que me indicarán cuán bien estoy. Mis defensas, estarán bien, trato de comer sano, no sé cómo irá todo. Mi pareja me apoya, como si nada hubiera ocurrido, quitándole importancia.

1. Según lo descrito en qué momento de la enfermedad se encuentra
 - a. Infección primaria
 - b. fase crónica
 - c. Fase SIDA
 - d. Fase final
2. Que pruebas expresan más bienestar en el caso:
 - a. Plaquetas bajas, sentirse bien
 - b. Sentirse bien, carga viral
 - c. Carga viral, CD4
 - d. CD4, plaquetas bajas
- 3.Cuál sería el síntoma que se ha descrito en el caso
 - a. Sentirse bien
 - b. Dolor de cabeza
 - c. Enorme Susto
 - d. Recuento de sangre
4. ¿Qué debe hacer para prevenir el contagio con su pareja?
 - a. No besándola
 - b. Relaciones con preservativo
 - c. Ir juntos a las citas médicas
 - d. Recuento de CD4
5. Qué debe hacer su pareja si quiere saber si tiene o no VIH
 - a. Acudir al médico
 - b. Tener una prueba de Elisa
 - c. Esperar resultados de pareja
 - d. Acompañar a su pareja
6. Si por azar del destino esta persona se curara, qué prueba tendría que hacerse para decir que no tiene VIH
 - a. ELISA y carga viral
 - b. Carga viral igual a cero
 - c. ELISA y Wester Blot
 - d. Wester Blot y carga viral
7. Para el personal que le toma la muestra de sangre, que procedimientos hay que tener en cuenta para prevenir su contagio
 - a. Uso de lentes
 - b. Uso de guantes
 - c. Uso de bata
 - d. Todos

Fabián, es mexicano y vive en California (EE UU). En octubre de 2011, se le diagnosticó de VIH. Cuando lo llamaron de la clínica, no se sorprendió. Ya sabía que algo andaba mal, porque lo citaron en días y no en semanas, como suponía. Mi cita fue al mediodía y, para mi mala o buena suerte, el doctor estaba en su hora de comida. Esperé una hora más. Cuando entré con el médico, me leyó cada una de las infecciones hasta llegar al VIH: entonces me dijo que era positivo. Salí de la consulta sin hablar con nadie, puesto que ya sabía lo que pasaría después de que hablara con mi pareja y mi familia. Primero, fue mi hermano el que me abrazó y me dio ánimos, luego mi pareja, quien afortunadamente dio negativo al VIH. No me dejó nunca solo. Gracias a él, ahora tomo mi medicación para

controlar el VIH. Para ello, me llevé a San Francisco (EE UU), puesto que en México la ayuda es muy escasa. Ahora acudo a mis citas de seguimiento con carga viral y chequeos médicos, me alimento lo más sano posible, hago ejercicio y no fumo, ni bebo alcohol, también tengo relaciones con preservativo.

8. Cuáles son las explicaciones por la que la pareja no resultó positivo para VIH?

- a. Está en periodo de ventana
- b. Falló la prueba de sangre
- c. a y b
- d. Carga viral alta

9. Si no hubiera sabido de su condición, y hubiera tenido relaciones sexuales con una persona extraña, en qué fluido del cuerpo tendría más probabilidad de contagio.

- a. En el fluido seminal
- b. En la saliva
- c. En las lágrimas
- d. En la orina

10. Qué pruebas hay que hacerle a la pareja para está suficientemente seguro que no tiene VIH

- a. Repetirle el ELISA
- b. Wester Blot mas ELISA
- c. Wester Blot y carga viral
- d. ELISA y CD4

11. La consulta con el médico de forma periódica, tiene por finalidad

- a. Saber si hubo errores en el diagnóstico
- b. Medir el progreso de la infección
- c. Corregir problemas posteriores al diagnóstico
- d. Enseñarle a prevenir contagios con otros

Muchas gracias por su colaboración

CLAVES DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

Pregunta	Respuesta	DIMENSION	Nivel de dificultad
1	A	Forma de contagio	Difícil
2	C	Signos y síntomas	Mediana
3	B	Signos y síntomas	Mediana
4	B	Medidas de prevención	Mediana
5	B	Diagnostico	Fácil
6	D	Diagnostico	Difícil
7	D	Medidas de prevención	Fácil
8	C	Formas de contagio	Mediana
9	A	Formas de contagio	Fácil
10	C	Diagnostico	Mediana
11	C	Medidas de prevención	Mediana



**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POST GRADO**



ANEXO N° 4

ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA PREVENIR EL VIH ySIDA

A continuación se presentan una serie de preguntas en las cuales vas a indicar el grado de seguridad que creas tener frente a estas circunstancias marcando con un aspa (X). Por favor responde todas las preguntas.

	NADA SEGURO	ALGO SEGURO	MEDIO SEGURO	MUY SEGURO	TOTAL SEGURO
A) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir No, cuando te propone tener relaciones sexuales ...?					
1. Alguien conocido hace 30 días o menos					
2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti					
3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti?					
4. Alguien a quien has tratado con anterioridad?					
5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo?					
6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales					
7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti					
8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales					
9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol					
10. Alguien con quien has estado utilizando drogas					
11. Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto					
B) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de					
1. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?					
2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a					
3. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?					
4. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?					
C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de....					
1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?					
2. Usar correctamente el condón					
3. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?					
4. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga? (marihuana, tinner, etc)					
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?					
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?					
7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?					
8. Acudir a la tienda a comprar condones?					
9. No tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio?					
10. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?					
11. Platicar con tu papá sobre temas sexuales					
12. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales					

PREGUNTAS ADICIONALES

¡CONTESTA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOLO SI HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES!

¿Utilizaste el condón en tu primera relación sexual? No _____ Si _____

¿A qué edad fue tu primera relación sexual? _____ años

Tu primera relación sexual fue: Algo que planeaste _____ Algo no planeado _____

¿Utilizas condones en tus relaciones actuales? No _____ Si _____

Gracias por tu colaboración!!!!

ANEXO N° 5**REGISTRO DE ATENCIÓN INDIVIDUAL DEL DOCENTE TUTOR**

Docente tutor: Giovanna Enriquez Gonzales

N.º	Fecha de atención	Nombres y apellidos del estudiante	Motivo de atención	Resumen de lo actuado	Firma del tutorado
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Firma del tutor

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Programa tutorial para mejorar los conocimientos y capacidades sobre prevención del VIH SIDA de los jóvenes universitarias de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNDAC – Tarma, 2016

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA												
<p>General ¿En qué medida el programa tutorial mejora las capacidades y conocimientos para la prevención del VIH SIDA, de los jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNDAC – Tarma, 2016?</p> <p>Específicos 1. ¿En qué medida el programa tutorial mejora los conocimientos para la prevención del VIH/SIDA de los jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNDAC – Tarma, 2016 ? 2. ¿En qué medida el programa tutorial mejora las capacidades para la prevención del VIH/SIDA de los jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNDAC – Tarma, 2016?</p>	<p>General Mejorar las capacidades y conocimientos para la prevención del VIH SIDA con la aplicación del programa tutorial de los jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNDAC - Tarma, 2016</p> <p>Específicos 1. Demostrar que con la aplicación del programa tutorial se mejora los conocimientos para la prevención del VIH /SIDA. 2. Demostrar que con la aplicación del programa tutorial se mejora las capacidades para la prevención del VIH/SIDA.</p>	<p>General La aplicación del programa tutorial mejora significativamente las capacidades y conocimientos para la prevención del VIH SIDA, de los jóvenes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNDAC - Tarma, 2016</p> <p>Específicos 1. La aplicación del programa tutorial mejora significativamente los conocimientos para la prevención del VIH /SIDA. 2. La aplicación del programa tutorial mejora significativamente las capacidades para la prevención del VIH/SIDA.</p>	<p>V. Independiente Programa tutorial</p> <p>V. Dependientes Conocimientos y capacidades y para la prevención del VIH SIDA</p>	<p>Tipo de investigación: Experimental</p> <p>Diseño y esquema de la investigación</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Grupo</th> <th>Observación</th> <th>Intervención</th> <th>Observación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GE</td> <td>... O₁</td> <td>X</td> <td>..... O₂</td> </tr> <tr> <td>GC</td> <td>..... O₂.....</td> <td>-</td> <td>O₄</td> </tr> </tbody> </table> <p>Población y muestra Población: Total de 380 estudiantes matriculados para el periodo 2016 - B. Muestra: Considerando el muestreo por proporciones la muestra estuvo conformado por 95 estudiantes para cada grupo. Se inició la etapa de ejecución con 45 integrantes para cada grupo, en el transcurso en el grupo experimental se redujo concluyendo el trabajo con 30 estudiantes, número que se homogenizo para el grupo control.</p> <p>Recojo de la información</p> <ol style="list-style-type: none"> Aplicación del Pretest. Se aplicó los siguientes cuestionarios: <ol style="list-style-type: none"> Datos generales Escala de autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA Cuestionario de conocimientos sobre el VIH/SIDA Aplicación del Programa Educativo sobre VIH/SIDA. Se realizó 6 talleres, que incluye presentación de videos y diapositivas sobre el tema, además, se utilizó la técnica del ensayo con un caso de la vida cotidiana sobre VIH/SIDA, en la que el 100% de alumnos leerán el estudio de caso (momento de experiencia vivencial) y cada uno responderá las preguntas en su material de apoyo (momento de reflexión). Aplicación del Postest. Los mismos cuestionarios del pre test a excepción de datos generales. 	Grupo	Observación	Intervención	Observación	GE	... O ₁	X O ₂	GC O ₂	-	O ₄
Grupo	Observación	Intervención	Observación													
GE	... O ₁	X O ₂													
GC O ₂	-	O ₄													

**MATERIAL DE TRABAJO
PARA EL ESTUDIANTE
UNIVERSITARIO
EL VIH y SIDA**

**PROGRAMA EDUCATIVO DE APOYO
DURANTE LA TUTORIA UNIVERSITARIA**

GIOVANNA BETHZABÉ ENRIQUEZ GONZALES

PRESENTACIÓN

Preparar a los/ las adolescentes y jóvenes para una exitosa transición a la adultez siempre ha sido uno de los mayores retos que la humanidad ha debido enfrentar, donde la sexualidad y las relaciones afectivas constituyen temas centrales¹.

La Promoción de la Salud se lleva a cabo en muchos espacios diferentes y se parte de la base que “la salud es construida y vivida por las personas en su ambiente cotidiano donde ellas/ellos trabajan, aprenden juegan y aman”², la universidad cumple un rol como agente promotor de salud y bienestar.

Los(as) docentes fomentan en sus estudiantes el desarrollo de capacidades tales como: pensamiento crítico, la toma de decisiones y la solución de problemas³. Estas capacidades son fundamentales para que los jóvenes universitarios adopten comportamientos de autocuidado en el marco de la promoción de la salud y muestren responsabilidad con respecto a la prevención del VIH/SIDA

Los jóvenes son particularmente vulnerables a embarazos no deseados y a la infección por el VIH/SIDA e ITS, por comportamientos sexual de riesgos, uso de sustancias ilícitas, carencia de las condiciones adecuadas para ejercer sus derechos sexuales y derechos reproductivos, en el marco de un estado pleno de bienestar, que asegure sus condiciones de vida, actuales y futuras.

Según ENDES del año 2014, el 67% de las jóvenes no utilizan preservativo en sus relaciones sexuales ocasionales, lo cual las expone de manera grave, tanto a embarazos no deseados como a ITS y/o al contagio del VIH-SIDA. Hay ligeras diferencias por grupos de edad, son las más jóvenes quienes lo usan en mayor proporción y extraña que, siendo las de 25 a 29 años mujeres de más experiencia y, supuestamente, con mayor información, sean

las que menos lo usen, para el año 2009 el 36% de jóvenes de 20 a 24 años usaba el condón con quien no es su pareja, para el 2014 disminuyó al 34.6%^{4,5}.

Este manual, ha sido elaborado como parte de una investigación doctoral titulado **“PROGRAMA TUTORIAL PARA MEJORAR CONOCIMIENTOS Y CAPACIDADES SOBRE PREVENCIÓN DEL VIH y SIDA DE LOS JÓVENES UNIVERSITARIOS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNDAC – TARMA, 2016”**, es una propuesta de trabajo en las horas de la tutoría universitaria, consta de dos secciones: en la primera se presentan 6 talleres para que pueda ser trabajado por el docente tutor y la segunda consta de 5 sesiones en donde se presentan videos, ensayos y estudios de casos respecto a origen , formas de contagio, formas de diagnóstico, signos y síntomas y medias de prevención del VIH y SIDA.

La autora

**MATERIAL DE TRABAJO PARA EL
ESTUDIANTE UNIVERSITARIO**

**FORTALECIENDO NUESTROS
CONOCIMIENTOS Y
CAPACIDADES PARA
PREVENIR EL VIH y SIDA**

Giovanna Bethzabé ENRIQUEZ GONZALES

**TALLERES PARA MEJORAR LAS CAPACIDADES PARA PREVENIR EL
VIH SIDA DE LOS/LAS JÓVENES UNIVERSITARIOS**

SESION	TEMA	OBJETIVO	TIEMPO
1ra sesión	CÓNOCETE, VA POR TU CUENTA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Analizar la noción que tienen de si mismo. ✓ Identificar los aspectos que afectan la autoestima. ✓ Reconocer la relación que tienen estos conceptos con la salud sexual. 	55 minutos
2da sesión	EL PLACER DE VIVIR	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Debatir con los jóvenes sobre sus nociones de placer y cuidado. ✓ Reflexionar sobre las diversas maneras de vivir la sexualidad de forma placentera y sin riesgos de infección de ITS o del VIH/SIDA, y de embarazos no deseados. 	50 minutos
3ra sesión	VULNERABLE, YO?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayudar a los jóvenes a identificar situaciones de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA, y promover una reflexión y evaluación de estas situaciones a nivel personal. 	50 minutos
4ta sesión	QUIERO...NO QUIERO USAR EL CONDÓN	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Analizar reflexivamente y de forma participativa los argumentos en favor y en contra del uso del condón, y reforzar herramientas personales argumentativas para la negociación del uso del mismo 	50 minutos
5ta sesión	APRENDIENDO A CUIDARNOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reflexionar sobre las diferentes maneras de vivir la sexualidad de forma placentera, sin riesgos de contraer una ITS o el VIH, y evitando embarazos no deseados. 	50 minutos
6ta sesión	FIRMAS Y CONFIRMAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mostrar cómo el VIH y las demás ITS se pueden propagar rápidamente; reflexionando sobre cómo las presiones de los amigos pueden influenciar nuestro comportamiento 	40 minutos

Objetivos:

- ✓ Analizar la noción que tienen de si mismo.
- ✓ Identificar los aspectos que afectan la autoestima.
- ✓ Reconocer la relación que tienen estos conceptos con la salud sexual.

Materiales:

- ✓ Hoja de trabajo (El iceberg).
- ✓ Muchas ganas de participar!!

A tener en cuenta:

- ✓ No se debe inducir las respuestas y por ello es bueno seguir las instrucciones de manera cuidadosa.
- ✓ Es una técnica muy sensible en la medida que los participantes deben ser sinceros de su propia descripción.

AUTOIMAGEN**Procedimiento: (15 minutos)**

1. Se reparte la hoja de trabajo con el Iceberg. Explicar que las personas son como los icebergs, una parte que se ve (color de ojos, cabello, altura, etc.) y la base en donde se encuentra todo lo que no se ve a simple vista: cosas que nos gustan, lo que pensamos, nuestros gustos por la lectura, nuestras creencias religiosas, tradiciones, etc.
2. De forma individual hacer una descripción de ellos mismos utilizando la figura del iceberg.
3. Pedir que en la parte de atrás de la hoja haga un dibujo de ellos. Resaltar la idea de que no es necesario dibujar "bien", lo importante es reflejar como nos vemos a nosotros mismos.
4. En pares compartir el trabajo del iceberg (dar 5 minutos a cada participante) En un segundo momento pedir que compartan el dibujo y que expresen a la otra persona qué les gusta de su cuerpo y qué no les gusta y por qué.

Preguntas para el diálogo: (10 minutos)

- ✓ En plenaria preguntar: ¿Cómo nos sentimos al realizar el iceberg y el dibujo y compartirlo? Comentar algo que hayamos conocido de la otra persona, que no supiéramos. Compartir las partes del cuerpo que no nos gustan y por qué las queremos cambiar ¿Podemos cambiarlas? ¿qué influencia tienen los medios de comunicación?

¹ Esta técnica fue adaptada de: Conócete, va por tu cuenta! Programa de Educación Sexual para Jóvenes. OMS, OPS, WAS.

AUTOESTIMA

Procedimiento: (15 minutos)

1. Pedir a los jóvenes que escuchen con atención las frases que se leerán y que corten una parte de la hoja, dependiendo la medida en que afecta cada frase la autoestima. (Anexo). Dar un ejemplo.
2. Al terminar las frases preguntar cómo quedó la hoja y cómo se sintieron al ir la rompiendo.
3. Identificar las hojas que estén menos rotas y se preguntará que es lo que reaccionan así.
4. Leer las frases que para recuperar la autoestima con la instrucción de ir uniendo los pedazos. Y preguntar cómo se sintieron en este segundo momento.
5. Hacer un cierre dando una breve explicación de que es la autoestima.

Preguntas para el diálogo: (10 minutos)

- ✓ Se pedirá al grupo que reflexione sobre la auto imagen, la autoestima y la salud sexual. ¿Qué relación tiene esto con la sexualidad? ¿Si mi autoestima es baja me protegeré de una situación de riesgo? ¿Si no me gusta mi cuerpo lo cuidaré?
- ✓ ¿Si pienso que no luzco como los y las artistas de la tele , cómo me relacionaré con mi pareja?

Cierre. Ideas fuerza: (5 minutos)

- ✓ Es muy importante aprender a conocerse a sí mismo desde su interior.
- ✓ Esto nos relaciona de una manera profunda, integral y personal con uno mismo, de manera que podamos tener actitudes positivas frente a la sexualidad para prevenir el riesgo de infecciones o embarazos no deseados.
- ✓ Dar una breve explicación de que es la autoestima y autoimagen.

AUTOESTIMA

La autoestima es la unión de dos sentimientos: el sentimiento de capacidad “yo puedo” y el de valía personal “yo valgo”; es la valoración que cada persona hace de sí misma, se pueden valorar aspectos concretos (como la apariencia física) o generales (sentirse que uno vale poco) como nos vemos, sentimos y valoramos a nosotros mismos e influye en nuestro comportamiento y en cómo nos relacionamos con los demás. Esta capacidad de auto valorarnos se desarrolla a lo largo de la vida, no surge de un momento a otro. Se forma a partir de nuestras propias experiencias, logros y de la influencias del medio en que vivimos. Quienes tienen una visión realista y positiva de sí mismos se estiman, se sienten a gusto consigo mismos, seguros de sí mismos sin temor al rechazo o al fracaso, conocen sus límites, tienen menos dificultades para relacionarse con los demás social, laboral y sexualmente. En cuanto a la sexualidad tener una alta autoestima reduce los riesgos de establecer relaciones no saludables, de frustraciones por no tener relaciones más satisfactorias así como de involucrarse en actividades de riesgo como tener actividad sexual sin protección.

Según la psicología una persona con autoestima positiva:

Asume responsabilidades con facilidad.

Está orgullosa de sus logros.

Afronta nuevos retos con entusiasmo.

Utiliza sus medios, oportunidades y capacidades para modificar su vida de manera positiva.

Se quiere y se respeta a sí misma y consigue el aprecio y respeto de quienes le rodean.

Rechaza toda actitud negativa para la persona misma.

Expresa sinceridad en toda manifestación de afecto que realiza.

Se acepta a sí misma

Cuando una persona tiene su autoestima baja:

Desprecia sus dones naturales.

Otras personas influyen en ella con facilidad.

Se frustra fácilmente.

Se siente impotente.

Actúa a la defensiva

Culpa a los demás por sus debilidades o problemas.

AUTOIMAGEN

La palabra auto imagen se refiere al conjunto estructurado de valoraciones acerca de uno mismo es decir a la imagen que cada uno de los humanos tenemos de nosotros mismos no nada mas se refiere a la imagen externa, es decir, cuerpo, cara, estatura, complexión, sino a la imagen que tenemos de nuestro mundo interno, esto es capacidades, modo de ser, habilidades, etc.

La autoimagen hace que nos desempeñemos en la vida real tal como creemos que somos, en la autoimagen. De tal modo que acabamos experimentando eso mismo que creemos de nosotros, hasta sentir que eso, es la verdad indiscutible de nosotros.

Hay varios factores que influyen en la formación de la autoimagen:

El cuidado y aprecio corporal recibido en la infancia/adolescencia.

La censura, la crítica, las comparaciones, la falta de protección, la ausencia de caricias tanto físicas como verbales, han hecho y hacen mucho daño en las personas.

El papel de la cultura y los medios de comunicación. La cultura prescribe o determina lo que es bello o feo, por contrapartida. Esto es mediatizado o transmitido por los mensajes de los medios masivos de comunicación. Las personas son bombardeadas constantemente con ello.

Objetivos desmedidos. Las personas se trazan metas desproporcionadas para sí mismas con base a exigencias que aprendieron de otros o que creen que deben lograr. "Tengo que estar bien delgada", "Esta nariz debiera ser así".

Parte importante de nuestra autoestima es la imagen corporal. En la medida en que estemos satisfechos con nuestro propio cuerpo y sepamos cuidar de él, vamos a lograr despertar sentimientos de agrado y de aprecio en los demás y en nosotros mismos.

Objetivos:

- ✓ Debatir con los jóvenes sobre sus nociones de placer y cuidado.
- ✓ Reflexionar sobre las diversas maneras de vivir la sexualidad de forma placentera y sin riesgos de infección de ITS o del VIH/SIDA, y de embarazos no deseados.

Materiales:

- ✓ Pedazos grandes de papel.
- ✓ Etiquetas autoadhesivas.
- ✓ Cinta adhesiva.
- ✓ Condones masculinos y femeninos.
- ✓ Dedales.
- ✓ Rollo de papel celofán.
- ✓ Guantes.
- ✓ Bolsas de plástico.

A tener en cuenta:

- ✓ No se debe inducir las respuestas y por ello es bueno seguir las instrucciones de manera cuidadosa.
- ✓ Es una técnica muy sensible, posible de replicar en cualquier contexto sociocultural y para cualquier grupo de personas.
- ✓ Esta técnica no puede ser usada de forma aislada y sin haber formado un ambiente grupal de confianza y respeto entre sus integrantes.

Procedimiento: (20 minutos)

1. Se colocan en el centro del grupo todos los accesorios de protección (preservativos masculinos y femeninos, guantes, etc.) que son accesibles en la zona y se pide voluntarios para que hagan la demostración del uso correcto de cada uno de ellos.
2. A continuación, complemente las explicaciones dadas sobre el uso correcto del condón masculino y femenino.
3. Al terminar se abre un breve conversación con las siguientes preguntas:
 - ✓ ¿Conocían todos estos métodos de protección? ¿Cuáles les resultaron más novedosos?
 - ✓ ¿Quiénes deben conocer estos métodos? ¿las chicas o los chicos? ¿Por qué?
 - ✓ ¿Por qué los medios de comunicación no presentan prácticas de protección seguras?

² Esta técnica fue reproducida y adaptada de: Reconociéndonos/Reconociéndolos: Manual educativo para trabajar temas de salud sexual, salud reproductiva y equidad de género con varones adolescentes y jóvenes. Lima: UNFPA, 2011 p. 78 - 80.

4. Continúe el diálogo con las preguntas que se presentan a continuación.

Preguntas para el diálogo: (20 minutos)

- ✓ ¿Qué podemos hacer para erotizar el uso de los diferentes accesorios?
- ✓ ¿Qué cuidados sobre la sexualidad son los más recomendados a los jóvenes en su comunidad?
- ✓ ¿Cuáles son las prácticas de autocuidado más difundidas, recomendadas y frecuentes en su comunidad?
- ✓ ¿Qué situaciones podrían hacer que los métodos no ofrezcan la protección esperada?
- ✓ ¿Cómo cuidan ustedes de sí mismos y de las otras personas en el ejercicio de su sexualidad?
- ✓ ¿Cuáles son los principales problemas de salud que los varones pueden enfrentar al ejercer su sexualidad?
- ✓ ¿Qué riesgos enfrentan? • ¿Qué podemos hacer para vivir una sexualidad libre, que dé placer, responsable, sin riesgos, sin violencia y sin coerción?

Cierre. Ideas fuerza: (10 minutos)

- ✓ Es muy importante aprender a conocerse a sí mismo e identificar las zonas del cuerpo que nos dan placer. El ejercicio de la sexualidad es una experiencia que tiene que ver con algo más que el pene, la vagina y la penetración.
- ✓ Esto nos relaciona de una manera profunda, integral y personal y es necesario indagar en nuevas formas que involucren todos nuestros sentidos y abrirnos al conocimiento de nuevas posibilidades para prevenir el riesgo de infecciones o embarazos no deseados.
- ✓ Las formas en que muchos jóvenes hasta hoy en día ejercen su sexualidad, sin cuidados ni protección, los colocan en situaciones de riesgo para su salud y la de otros.
- ✓ Resaltar la influencia de la socialización masculina (temor, competencia, fuerza, omnipotencia, etc.) como factor de riesgo para el sexo no protegido.
- ✓ Recordar que tener relaciones sexuales cuando se consume alcohol u otro tipo de drogas puede ser muy peligroso, pues así nos exponemos a más riesgos de lo que haríamos sin haber usado drogas lícitas o ilícitas.
- ✓ “Teniendo sexo protegido disfruto más... porque me siento más seguro”.

Objetivo:

Ayudar a los jóvenes a identificar situaciones de vulnerabilidad frente al VIH y sida, y promover una reflexión y evaluación de estas situaciones a nivel personal.

Materiales:

- ✓ Tiras de papel con las situaciones escritas o impresas (ver los anexos de esta actividad).
- ✓ Lápices.
- ✓ Cinta adhesiva.
- ✓ Papelógrafo.

A tener en cuenta:

- ✓ Cuando explique el término “vulnerabilidad” (ver los anexos de esta actividad) debe mencionar que existen actitudes individuales frente a determinadas situaciones que hacen que algunos jóvenes (especialmente los varones) pongan en riesgo su propia salud y la de otros. Sin embargo, destaque que una mayor o menor vulnerabilidad no se define solo por cuestiones personales.
- ✓ En el caso del VIH y sida, la vulnerabilidad tiene que ver con la forma en que nuestro país y región invierten o no en informar sobre la epidemia; si existen programas específicos de prevención de las ITS y del VIH que estén siendo implementados en las escuelas, si los adolescentes y jóvenes tienen acceso a servicios de salud diferenciados y a condones; si existen recursos disponibles para estos programas; o si las mujeres tienen los mismos derechos y oportunidades que los varones, etcétera.

Procedimiento: (25 minutos)

1. Asegúrese de tener listas las tiras de papel escritas o impresas con las situaciones de vulnerabilidad para ser entregadas. (Ver anexo)
2. Comience definiendo el significado del término “vulnerabilidad”.
3. Divida a los participantes en 2 grupos y pídale que cada grupo haga una lista sobre las situaciones en las que creen que son más vulnerables frente al VIH.
4. Solicite que guarden sus listas por un momento y que todos los grupos se reúnan en un único círculo grande.
5. Distribuya las tiras de papel con las situaciones de vulnerabilidad previamente elaboradas. Entregue una tira a cada integrante del círculo.

³ Esta técnica fue reproducida y adaptada de: Reconociéndonos/Reconociéndonos: Manual educativo para trabajar temas de salud sexual, salud reproductiva y equidad de género con varones adolescentes y jóvenes. Lima: UNFPA, 2011 p. 122 - 126.

6. En el centro del círculo, coloque un papelógrafo y divídalo en columnas. En la primera columna escriba “Vulnerable”, en la segunda “No vulnerable”, y en la tercera “No sé”.
7. Solicite que cada participante lea su tira y que la pegue con la cinta adhesiva en la columna que piensa que corresponde, diciendo por qué cree que esa situación debe ir ahí; si un participante no sabe la respuesta, el grupo puede ayudarlo. Cuando terminen todos, pregúnteles si están de acuerdo o no con la columna asignada a cada una de las situaciones.
8. Posteriormente, un representante de cada grupo leerá la lista de situaciones de vulnerabilidad elaborada en el trabajo inicial prestando atención a nuevas situaciones que son mencionadas en la lista del anexo de esta actividad.
9. Por último, haga un repaso junto al grupo de cada una de las situaciones de vulnerabilidad usando la clave de respuestas correctas incluida en los anexos de esta actividad.

Preguntas para el diálogo: (20 minutos)

- ✓ ¿Por qué creen que los jóvenes son considerados un grupo de alta vulnerabilidad con relación al VIH y sida?
- ✓ ¿En qué situaciones ven ustedes esta vulnerabilidad?
- ✓ Además del VIH y sida, ¿a qué otras condiciones son vulnerables los jóvenes?
- ✓ En una relación de pareja, ¿qué hace a las personas vulnerables?
- ✓ ¿Cuándo es más vulnerable un varón? ¿Y una mujer?

Cierre. Ideas fuerza: (5 minutos)

- ✓ Aclare que las concepciones predominantes sobre lo que significa ser varón en las sociedades latinas favorecen la exposición de los jóvenes varones a situaciones de vulnerabilidad (ver cuadro). Un ejemplo de estas concepciones es la idea de que la reproducción, por suceder en el cuerpo de la mujer, no es un asunto de varones; y, por tanto, ellos no necesitan saber sobre los procesos reproductivos ni necesitan pensar en la prevención del embarazo no deseado, las ITS o el VIH.
- ✓ Converse sobre cuáles son los factores culturales que dificultan el uso del preservativo en los varones. Por ejemplo, la idea de que solo se debe usar condón en las relaciones con mujeres que no son la pareja estable o la esposa. Esa falsa concepción lleva a muchos varones a exponer su salud y la de sus parejas estables al no usar condón cuando tienen relaciones sexuales con ellas.

ANEXOS

Lista de conductas o situaciones de vulnerabilidad frente al VIH y sida

- Tener relaciones sexuales con diferentes compañeros o compañeras sexuales.
- Tener relaciones sexuales en diferentes posiciones usando condón.
- Usar drogas inyectables compartiendo agujas o jeringas.
- Ayudar a una persona accidentada (ensangrentada) sin usar guantes.
- Tener relaciones sexuales habiendo tomado anticonceptivos orales.
- Tener una cita con una persona con VIH.
- Bailar en una discoteca con un desconocido.
- Tener relaciones sexuales sin usar condón.
- Masajes en la espalda.
- Masturbarse mutuamente sin introducir los dedos en la vagina o el ano.
- Tener relaciones sexuales usando condón.
- Tener sexo oral usando condón.
- Tener sexo anal sin usar condón.
- Nadar en una piscina pública.
- Ir a un dentista que esteriliza su equipo.
- Hacerse agujeros en la oreja o colocarse aretes sin esterilizar la aguja.
- Besarse apasionadamente.
- Acariciar a alguien que tiene VIH.
- Tatuarse sin esterilizar la aguja.

Clave de respuestas correctas (V: Vulnerable; NV: No vulnerable)

- Tener relaciones sexuales con diferentes compañeros o compañeras sexuales. (V)
- Tener relaciones sexuales en diferentes posiciones usando condón. (NV)
- Usar drogas inyectables compartiendo agujas o jeringas. (V)
- Ayudar a una persona accidentada (ensangrentada) sin usar guantes. (V)
- Tener relaciones sexuales habiendo tomado anticonceptivos orales. (V)
- Tener una cita con una persona con VIH. (NV)
- Bailar en una discoteca con un desconocido. (NV)
- Tener relaciones sexuales sin usar condón. (V)
- Masajes en la espalda. (NV)
- Masturbarse mutuamente sin introducir los dedos en la vagina o el ano. (NV)
- Tener relaciones sexuales usando condón. (NV)
- Tener sexo oral usando condón. (NV)
- Tener sexo anal sin usar condón. (V)
- Nadar en una piscina pública. (NV)
- Ir a un dentista que esteriliza su equipo. (NV)
- Hacerse agujeros en la oreja o colocarse aretes sin esterilizar la aguja. (V)
- Besarse apasionadamente. (NV)
- Acariciar a alguien que tiene VIH. (NV)
- Tatuarse sin esterilizar la aguja. (V)

Definición de vulnerabilidad

Según José Ricardo Ayres, vulnerabilidad es un término tomado de la Abogacía Internacional por los Derechos Humanos “que designa grupos o individuos fragilizados, jurídica o políticamente, en la promoción, protección o garantía de sus derechos ciudadanos”.⁴

Este concepto nos permite analizar la mayor o menor vulnerabilidad de personas o grupos, a partir de tres planos:

- Individual: Habla respecto a las características específicas de un determinado grupo, género o rango de edad. En relación con los adolescentes y jóvenes, podemos percibir esta vulnerabilidad a partir, primeramente, de las propias características de la edad. Por ejemplo: la sensación de omnipotencia, la necesidad de buscar lo nuevo y de transgredir, la dificultad de lidiar con las posibilidades y los conflictos entre la razón y el sentimiento, la urgencia en resolver los problemas y los deseos, la gran dificultad para esperar, la susceptibilidad a presiones del grupo y de la moda, la dependencia económica de los padres, el miedo a exponerse, etc.

- Social: Trata sobre el compromiso político de cada país con la salud y es posible medirla a través del Índice de Desarrollo Humano (IDH). Podemos percibir, por ejemplo, los aspectos en nuestra sociedad que pueden funcionar como una barrera para la prevención y el autocuidado: no todos los varones jóvenes tienen acceso a la información y a servicios de salud específicos, las mujeres todavía tienen mucha dificultad para negociar el uso del preservativo con sus parejas, la distribución de preservativos y de otros métodos anticonceptivos es insuficiente, el número de programas de prevención y de atención a adolescentes víctimas de violencia aún es muy pequeño, etc.

- Programática: Detecta la mayor o menor vulnerabilidad y habla respecto de la existencia o no de programas y acciones dirigidas a las necesidades de estos jóvenes. Cuanto mayor es el grado y la calidad del compromiso del Estado, de los recursos disponibles para programas en el área de la sexualidad y de la salud reproductiva, mayores serán las posibilidades de fortalecer a los jóvenes en la búsqueda por una vida afectiva y sexual más saludable y responsable.

Este término está siendo considerado más correcto que el de riesgo, ya que de alguna forma, todos estamos expuestos a situaciones que involucran pérdidas o ganancias. La realidad es que podemos estar, en ciertos casos, más expuestos o vulnerables a situaciones que generan pérdidas significativas.

La noción de vulnerabilidad debe ser extendida para todas las personas y relaciones.

⁴ AYRES, J. e allii. “Vulnerabilidades do Adolescente ao HIV/Aids”. En: Seminário Gravidez na Adolescência. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família, 1998.

Tema: QUIERO...NO QUIERO USAR EL CONDÓN⁵**50 minutos****Objetivo:**

Analizar reflexivamente y de forma participativa los argumentos que dan varones y mujeres en favor y en contra del uso del condón, y reforzar herramientas personales argumentativas para la negociación del uso del mismo.

Materiales:

- ✓ Papelógrafos.
- ✓ Plumones gruesos.
- ✓ Cinta adhesiva.

A tener en cuenta:

- ✓ Durante el ejercicio de argumentos para la negociación, preste atención a los argumentos expuestos para no usar el condón y piense cómo podrían ser transformados en argumentos para sí usarlo. Es bueno que el grupo no piense solo en argumentos racionales, sino sobre todo en cuestiones de género (relaciones de poder), formas de comunicación, emociones, la atracción sexual, la autoestima y las experiencias pasadas de cada persona. Para las mujeres, el temor de perder la pareja o una baja autoestima, pueden llevarla a tener una relación sin protección. Para los varones la decisión o no de usar condón, depende muchas veces de con quién van a tener sexo: si es con una pareja estable, una chica que acaban de conocer, una trabajadora sexual o una amiga.
- ✓ Puede consultar el anexo de esta actividad: Creencias sobre diferentes aspectos del uso del condón.

Procedimiento: (25 minutos)

1. Divida a los participantes en cuatro grupos al azar, agrupándolos por medio de colores.
2. Entregue a cada grupo un tema diferente para discutir con un tiempo de 15 minutos.

Grupo	Tema
1	Las razones del por qué los varones sí quieren usar condón
2	Las razones del por qué los varones no quieren usar condón.
3	Las razones por las cuales las mujeres sí quieren usar condón.
4	Las razones por las cuales las mujeres no quieren usar condón.

Esta técnica fue reproducida y adaptada de otra llamada " Quiero...no quiero" incluida en Reconociéndonos/Reconociéndolos: Manual educativo para trabajar temas de salud sexual, salud reproductiva y equidad de género con varones adolescentes y jóvenes. Lima: UNFPA, 2011 p. 130 - 132.

3. Cada grupo anota los resultados de sus discusiones a manera de una lista en un papelógrafo.
4. Sin informar con quién van a negociar, indique a cada grupo que deben utilizar los argumentos que elaboraron en grupo para iniciar una negociación simulada con otro grupo.
5. Cada grupo deberá personificar sus respectivos argumentos o razones asumiendo el rol que les haya tocado.
6. Pida que se coloquen frente a frente dos grupos para negociar, suponiendo que ambos quieren tener relaciones sexuales.
7. Comenzar pidiendo que se presente la primera negociación: el grupo 1 (varones que sí quieren usar condón) con el grupo 4 (mujeres que no quieren usar condón).
8. Pida luego que se presente la segunda negociación: el grupo 2 (varones que no quieren usar condón) con el grupo 3 (mujeres que sí quieren usar condón).
9. Después de la negociación, pregunte cómo se sintieron y de qué se dieron cuenta. Luego pida comentarios de quienes estuvieron observando.
10. En ambas negociaciones quien facilita debe escribir (en el papelógrafo) los argumentos más importantes, tanto para el uso, como para el no uso del condón.

Preguntas para el diálogo: (20 minutos)

- ✓ ¿De qué manera esta forma de negociación ocurre en la vida real?
- ✓ ¿Cuáles son las consecuencias de una negociación que no sale bien?
- ✓ ¿Qué otros aspectos de las personas están presentes en una negociación como esta?
- ✓ ¿Cuál es el mejor momento en la pareja para negociar el uso del condón?
- ✓ ¿Qué suele ocurrir finalmente cuando el chico quiere tener sexo sin condón y la chica sí quiere usarlo? ¿Por qué?

Cierre. Ideas fuerza: (5 minutos)

- ✓ Negociar no quiere decir ganar a toda costa, sino buscar la mejor opción para ambas partes; es decir, donde ambas partes ganen. En el terreno de la sexualidad las cosas pueden ser muy complejas por todos los aspectos humanos que aparecen y se involucran. Entre una persona que no está segura de desear sexo seguro y otra que no acepta, puede llegar el momento en que una de las partes (o las dos) decidan no tener relaciones sexuales.
- ✓ Como varones es importante que aprendamos a respetar cuando nuestra pareja nos pide que usemos condón; pero también que aceptemos cuando ella no quiere tener sexo sin tratar de presionarla para que acepte.

Tema: APRENDIENDO A CUIDARNOS⁶**50 minutos****Objetivo:**

Reflexionar sobre las diferentes maneras de vivir la sexualidad de forma placentera, sin riesgos de contraer una ITS o el VIH, y evitando embarazos no deseados.

Materiales:

- ✓ Pedazos grandes de papel.
- ✓ Cinta adhesiva.
- ✓ Condones masculinos y femeninos.
- ✓ Un dildo o pene de goma anatómicamente correcto (si no cuenta con uno puede realizar la demostración de uso del condón con un plátano).
- ✓ Dedales.
- ✓ Rollo de papel celofán.
- ✓ Guantes.
- ✓ Bolsas de plástico.

A tener en cuenta:

- ✓ Realice las preguntas de manera cuidadosa para no inducir las respuestas de los participantes. Es una técnica posible de adaptarse y replicar en cualquier contexto sociocultural y para cualquier grupo de personas. Recomendamos no usar esta técnica de forma aislada o sin haber formado previamente un ambiente grupal de confianza y respeto entre sus integrantes.
- ✓ Tenga a mano las estadísticas nacionales y locales incluidas en los anexos de esta actividad.
- ✓ Recuerde que no todos los jóvenes son iguales y que es necesario reconocer, más aún tratándose de un grupo de jóvenes, las diferencias de edad. No es igual un joven de 14 años que uno de 19. Hay jóvenes más inhibidos que otros, otros son más abiertos, otros manejan más información, etc.
- ✓ Si en el grupo participan jóvenes de edades variadas, recomendamos trabajar en grupos pequeños, con edades similares.

Procedimiento: (20 minutos)

- ✓ Coloque en el centro del grupo todos los accesorios de protección (preservativos masculinos femeninos, guantes, etc.) que son accesibles en la zona y haga la demostración sobre el uso correcto de cada uno de ellos,

⁶ Esta técnica fue reproducida y adaptada de: Reconociéndonos/Reconociéndolos: Manual educativo para trabajar temas de salud sexual, salud reproductiva y equidad de género con varones adolescentes y jóvenes. Lima: UNFPA, 2011 p. 133 - 135.

dejando espacio para las preguntas que vayan surgiendo de los participantes.

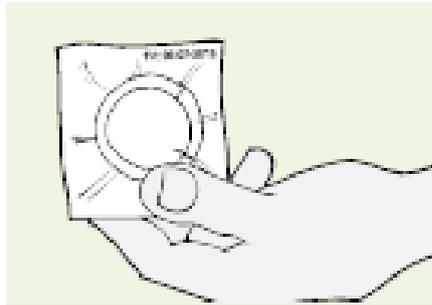
Preguntas para el diálogo: (20 minutos)

- ✓ ¿Qué podemos hacer para que sea erótico y placentero el uso de estos accesorios?
- ✓ ¿Por qué los medios de comunicación no presentan prácticas de protección, seguras?
- ✓ ¿Una sexualidad responsable y cuidadosa disminuye nuestras posibilidades de placer? ¿Por ejemplo, usar condón resta placer?
- ✓ ¿Cómo cuidan ustedes de sí mismos y de las otras personas en el ejercicio de su sexualidad?
- ✓ ¿Cuáles son los principales problemas de salud que los varones pueden enfrentar al ejercer su sexualidad? ¿Qué riesgos enfrentan?
- ✓ ¿Qué podemos hacer para vivir una sexualidad libre, placentera, responsable, sin riesgos, sin violencia y sin presión?

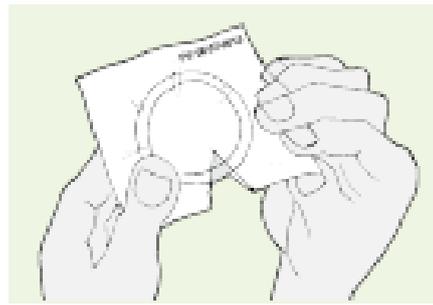
Cierre. Ideas fuerza: (10 minutos)

- ✓ Resalte la influencia de la socialización masculina (temor, competencia, fuerza, etc.) como factor de riesgo para prácticas o situaciones de vulnerabilidad frente a las ITS, el VIH o los embarazos no deseados. Esto hace que muchos varones pongan en riesgo su salud sexual y reproductiva y la de sus parejas.
- ✓ Insistir en que lo mejor es no tener relaciones sexuales cuando se consume alcohol u otro tipo de drogas.
- ✓ La sexualidad es un medio para relacionarnos de una manera profunda, integral y personal. Es muy importante aprender a conocerse a sí mismo e identificar las zonas del cuerpo que nos dan placer. El ejercicio de la sexualidad es una experiencia que tiene que ver no solo con el pene, la vagina y la penetración.
- ✓ “Usando condón disfruto más... porque estoy seguro y relajado”.

PASOS PARA USAR ADECUADAMENTE EL CONDÓN MASCULINO



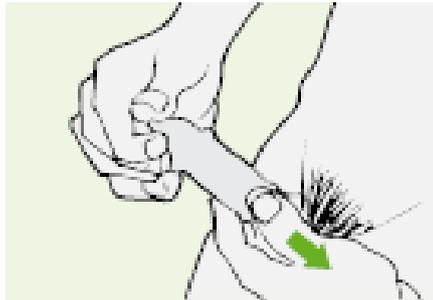
1. Revisa el empaque del condón, prestando mucha atención a la fecha de vencimiento.



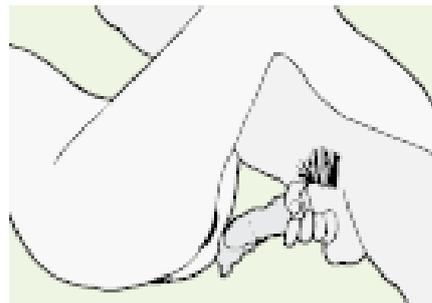
2. Abre la envoltura con los dedos sin usar los dientes o uñas.



3. Presiona la punta del condón con las yemas de los dedos y retira el aire.



4. Coloca el condón cuando el pene esté bien parado o erecto desenrollándolo con cuidado hasta la base del pene.



5. Después de haber eyeculado, cuando el pene aún está parado, retira el condón con cuidado evitando que se derrame el semen.



6. Anuda el condón y tíralo al techo de basura. Si vas a tener otra relación sexual usa un nuevo condón.

Objetivo:

Mostrar cómo el VIH y las demás ITS se pueden propagar rápidamente; reflexionando sobre cómo las presiones de los amigos pueden influenciar nuestro comportamiento.

Materiales:

- ✓ Hojas pequeñas.
- ✓ Lapiceros para todos los participantes.

A tener en cuenta:

Antes de que sean distribuidas las hojas es necesario que las marque de la siguiente manera:

- ✓ Tres de ellas con una “C”
- ✓ Una con una “H”.
- ✓ Tres con el mensaje “No participe de la actividad y no siga mis instrucciones desde que les pida que tomen asiento”
- ✓ En las fichas restantes escriba el mensaje “Siga todas mis instrucciones”.

Procedimiento: (20 minutos)

1. Pida que todo el grupo se ponga de pie.
2. Entregue una hoja a cada participante. Díales que lean y que mantengan secretas las instrucciones de la hoja recibida. Díales que es importante que obedezcan al contenido de cada una de ellas.
3. Pida que cada uno escoja tres personas para que firmen sus propias hojas.
4. Cuando tengan sus tres firmas pueden sentarse. Espera a que todos estén sentados.
5. Dígale a la persona que tenga la hoja marcada con una “H”, que se quede de pie.
6. Pida que quienes tienen su ficha firmada por la persona con la hoja marcada con la “H”, o que firmaron la hoja de esta persona, que se pongan de pie.
7. Luego pida que se pongan de pie todos los que tienen la firma de las personas que ya estaban levantadas. Continúe hasta que todos queden de pie, excepto los 3 cuyas fichas decían que no obedecieran las indicaciones.

⁷ Esta técnica fue reproducida y adaptada de: Reconociéndonos/Reconociéndolos: Manual educativo para trabajar temas de salud sexual, salud reproductiva y equidad de género con varones adolescentes y jóvenes. Lima: UNFPA, 2011 p. 140 – 142. Esta actividad originalmente fue publicada de otra llamada “Buscando Firmas” incluida en el manual “Adolescencia: Administrando el futuro” producido por Advocates for Youth y SEBRAE en 1992.

8. Dígale al grupo que haga de cuenta que la persona marcada con una “H” es una persona con VIH o tiene alguna ITS; y que esta persona tuvo sexo sin condón con las tres personas que firmaron su ficha.
9. Dígale al grupo que imaginen que las personas que no participaron en la actividad y permanecieron sentadas, o sea, las que recibieron la ficha “no participe”, son personas que no mantienen relaciones sexuales.
10. Explique a los participantes que tienen las fichas marcadas con una “C” que usaron condón en todas sus relaciones sexuales y por eso corrían menos riesgos. Esos jóvenes también pueden sentarse.
11. Inicie el debate.

Preguntas para el diálogo: (10 minutos)

1. ¿Cómo se sintió la persona con la tarjeta marcada con la letra “H”?
¿Cuál fue su reacción cuando supo que tenía VIH?
2. ¿Cuáles fueron los sentimientos de los jóvenes con relación a la persona con la tarjeta marcada con la letra “H”?
3. ¿Cómo se sintieron aquellos que no participaron de la actividad desde el principio?
4. ¿Ese sentimiento cambió durante el transcurso de la actividad? ¿Qué sintió el resto del grupo con relación a los que no participaron?
5. ¿Es fácil o difícil no intervenir en una actividad en la que todos participan? ¿Por qué?
6. ¿Cómo se sintieron los que “habían usado condón”?
7. ¿Cuál es la sensación de aquellos que descubrieron que podrían tener VIH?
8. ¿Cómo se sintieron por haber firmado la ficha de alguien con VIH?
9. ¿La persona con la tarjeta marcada con la letra “H” no sabía que tenía VIH? ¿Cómo podríamos haberlo sabido los demás?

Cierre. Ideas fuerza: (10 minutos)

- ✓ Verifique y despeje cualquier estereotipo surgido durante la actividad con relación a las personas con VIH y aclare que esta condición no es exclusiva de un determinado grupo (por ejemplo hombres que tienen sexo con otros hombres, mujeres o varones que realizan trabajo sexual, homosexuales, etc.).
- ✓ Resalte la importancia de hacerse la prueba del VIH pues es fundamental para evitar transmisiones.
- ✓ Finalmente, señale que el uso correcto de preservativos en cada contacto sexual es vital para nuestro cuidado y el de nuestros compañeros sexuales; pues es la forma más segura de prevenir el VIH y otras ITS.

**MATERIAL DE TRABAJO PARA EL
ESTUDIANTE UNIVERSITARIO**

**FORTALECIENDO NUESTROS
CONOCIMIENTOS Y
CAPACIDADES PARA
PREVENIR EL VIH y SIDA**

Giovanna Bethzabé ENRIQUEZ GONZALES

SESIÓN 2⁸

Lea el siguiente ensayo y responda las preguntas

Ensayo 1: Formas de contagio

Carmen, era una estudiante de contabilidad de una universidad de la ciudad de Lima, ella tenía 21 años y tuvo solo un enamorado, esta persona la había contagiado de VIH. Cuando la conocí, fue impactante, estaba yo en el consultorio y vi a una chica muy simpática pero muy delgada, su expresión era de terror, tenía menos de una semana que se había enterado que tenía VIH. De su pareja no sabe nada, ya hacía un par de años que no estaba con él. Cuando le pregunté qué pasó, ella no supo que decirme, me dijo que había sido su única pareja, primero usaron preservativo, pero luego con el tiempo ya no. Probablemente su pareja tuvo contacto sexual con alguien que tenía VIH, ahora sin saberlo él también lo tiene. Me contó que no dormía bien, le toqué la mano, y estaba muy fría, la impotencia se veía en los ojos.

Preguntas

¿Cómo se contagió Carmen?

¿Si le hubiera preguntado a su pareja si se había infectado, qué posibles respuestas hubiera tenido?

Formas de contagio

Ocurre en situaciones que facilitan el intercambio de sangre o líquidos orgánicos que contienen el virus o células infectadas por este. Las principales vías de transmisión son:

- ✓ **El contacto sexual (97%): Heterosexual (41%); homosexual (56%).** El virus viaja en el semen, libre y dentro de los linfocitos; además se encuentra en las secreciones vaginales y en las células de la mucosa cervical de las mujeres infectadas. Es bien demostrada la transmisión de varón a varón y de varón a mujer, pero la infección desde la mujer al varón depende más que nada del tipo de virus y de su virulencia.

8 Desde la sesión 2 hasta el 5 fue tomado de: Alvarado R. Eficacia del programa educativo sobre VIH/SIDA en aprendizaje por competencias en alumnos adolescentes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos [trabajo final de máster]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Unidad de Posgrado; 2015.

- ✓ **La inoculación parenteral (inyectables) (1%).** Existe un riesgo muy pequeño de infección a través de sangre negativa para los anticuerpos anti-VIH, porque la persona se infectó muy recientemente y todavía no ha desarrollado los anticuerpos (período ventana).
- ✓ **El pasaje vertical madre-hijo. (2%).** La transmisión madre-hijo es la causa más importante de SIDA pediátrico. Son tres las vías de transmisión: 1) dentro del útero, mediante propagación transplacentaria, 2) durante el parto, a través del canal del parto infectado y 3) después del nacimiento, por ingestión de leche materna.

Dinámica

- ✓ Reúnanse en grupos de 5 a 10 participantes, lean el caso y resuelvan las preguntas. Exponga sus respuestas en una plenaria

Caso 1

Lorenzo es un joven padre de familia, está casado hace cuatro años, tiene un hijo, pero las constantes discusiones y el trabajo extenuante han hecho que su relación entre en constantes peleas y conflictos, él ha perdido el trabajo y ahora con un hijo, sale a buscar y se distrae yendo al gimnasio, allí conoció a Raquel, una guapa chica, pronto entablaron una relación y ahora él tiene una relación extramatrimonial, en las primeras veces utilizaban condón, pero luego con el tiempo, se fueron conociendo mejor y ya no utilizan. La relación fue bien por un año, hasta que la esposa empezó a sospechar y luego de seis meses de más peleas y discusiones Lorenzo admitió tener una relación extramatrimonial, producto de ello, se produjo la separación, la esposa al realizarse el chequeo, fue diagnosticada con VIH.

¿Cómo se contagió Lorenzo?

¿Cómo Lorenzo podría contagiar a otras personas?

Ejercicio para casa

En casa revise el caso 2 y responda la pregunta descrita. Presente sus resultados en la siguiente reunión

Caso 2

El sábado 13 de julio 2013 murió el amor de mi vida. Tenía SIDA. Hoy estoy aquí para contarles mi historia. Soy una mujer de 53 años. Conocí a Gerardo hace cinco años. Él tenía 46 años y yo 48. Nos conocimos por el chat y nos fuimos enamorando. A los ocho días de chatear decidimos conocernos y fue un encuentro que marcó nuestras vidas. Nos abrazamos y nos besamos como si ya nos conociéramos de hacía tiempo. Ese día hicimos el amor, nos entregamos como solo dos seres que se aman pueden hacerlo; sin protección. A partir de entonces, surgió un sentimiento entre los dos muy grande. Yo estaba casada y él también. Siempre que nos reuníamos hacíamos el amor, sin tomar precauciones. Por mi situación, no podía verlo muy a menudo, pero siempre nos encontrábamos en el msn. Pasábamos largas horas platicando como si estuviéramos frente a frente. Nos contábamos nuestras cosas, lo que nos atormentaba, nuestros deseos de estar juntos, de compartir una vida, de ser una pareja normal. Empezamos entonces a enviarnos mensajes por el celular.

¿Cuáles son las formas de contagio de esta pareja?

SESIÓN 3

Lea el siguiente ensayo y responda las preguntas

Ensayo 2: Formas de diagnóstico

Estaba yo en Huánuco, cuando en un trabajo de investigación me pidieron algo poco usual, el estudio que tenía que ver con el VIH, habían encontrado un caso positivo, pero que esta persona se le había perdido el rastro, me dijeron que había estado en Pucallpa, pero que luego volvió a Huánuco, pero nadie sabía del él. Cuando llegué a Huánuco, me entrevisté con sus amigos de la peluquería, él era un homosexual que trabajaba allí, me dijeron que hace meses no sabía de él. Como regla del estudio los casos positivos de VIH, tenían que ser comunicados en el hospital, pero como no se le había podido ubicar para notificarlo, no le podíamos decir a nadie que la persona que buscábamos era positiva para VIH. Luego encontré a las personas con las que viajó a Pucallpa, me dijeron que si estuvo allí, ejerciendo la prostitución, pero que ya hace un buen tiempo no sabían del él, uno me dijo que él sospechaba que tenía una enfermedad y se internó en el monte, para curarse. Pero no fue así, se puso muy mal volvió a Huánuco y fue visto en la emergencia del hospital, falleciendo días después.

Preguntas

¿Cuál crees que fue la forma en qué se diagnosticó el VIH?

Diagnóstico

Prueba de ELISA. La mayoría de los ensayos aprobados emplean antígenos de VIH inmovilizados capaces de fijar anticuerpos IgG a partir del suero de un paciente. La sensibilidad del ELISA oscila entre un 93 a un 100%, pudiendo presentarse resultados falsos negativos durante la infección primaria, en pacientes inmunosuprimidos, o por errores de procesamiento (rotulado y manipulación). Por otro lado, la especificidad de esta técnica es del 99%; los resultados falsos positivos se presentan por error humano o enfermedades autoinmunes, entre otras. Los ensayos de primera generación utilizan lisado viral obtenido a partir de líneas celulares de linfocitos T humanos. Poseen, sin embargo, una gran capacidad de captación de cualquier tipo de anticuerpos anti-VIH presente en la muestra. Las pruebas de segunda y tercera generación utilizan como Ag proteínas recombinantes (PR) o péptidos sintéticos (PS). Son muy sensibles y los resultados son más reproducibles, al utilizar un antígeno

más normalizado y purificado. Actualmente, las pruebas de cuarta generación reconocen no solo los anticuerpos señalados anteriormente sino también antígeno p24 viral, permitiendo acortar el período ventana.

Western Blot: Técnica de inmunoelectrotransferencia, permite una discriminación puntual de anticuerpos frente a las distintas proteínas del virus. La técnica consiste en la incubación de una de esas tiras con el suero problema durante un tiempo que oscila entre 2 a 4 horas y hasta 18 horas, tras lo cual se revela la presencia de anticuerpos frente a las diferentes proteínas del virus mediante reacciones inmunoenzimáticas distintas, dependiendo del fabricante. Un suero es considerado positivo cuando presenta reactividad al menos frente a dos de los siguientes 3 antígenos virales:

Dinámica de grupo 2

Reúnanse en grupos de 5 a 10 participantes Lean el caso. Resuelvan las preguntas Exponga sus respuestas en una plenaria.

Caso 3:

Un día decidí salir de mi país buscando un futuro que, al principio, comenzó muy bien. Conseguí trabajo y empecé a estudiar Odontología, o sea, que tenía una vida perfecta. En el amor no disfruté de suerte, aunque tuve novios. Uno de ellos me dejó por otro y, al pasar el tiempo, me di cuenta de que él tenía VIH. Mi mayor sorpresa fue que no le di importancia ya que me sentía fuerte, sano, nunca enfermaba ni presentaba ningún síntoma. Pero con el tiempo, comencé a sentirme mal. Empecé un calvario. Fui a un médico tras otro y con ninguno llegaba a un diagnóstico. Decidí hacerme la prueba [del VIH]. Me tomé tiempo para ir a por el resultado. Una mañana fui al médico y, al confirmarme el médico que tenía VIH, mi mundo, mis sueños y mis ilusiones se fueron al garete. Dejé la universidad cuando me faltaban meses para licenciarme como odontólogo. Me alejé de mi gente, de mis amigos, de mi familia y mis conocidos. Ya no salgo, dado que no tengo sueños por los que luchar. A veces pienso que he construido una vida y que ésta se ha derrumbado. He dedicado una vida a estudiar algo que me apasionaba, ¿y hoy qué hago? Hay días en que lloro y no entiendo por qué me ha tocado esto. Sé que fui descuidado o que confié demasiado en las personas que decía amarme. ¿Para qué amar y sufrir a la vez? Mira mi vida por el suelo; ¿mi sueño dónde queda? Hace un mes me enteré de mi resultado [seropositivo] y aún lloro en mi soledad y silencio. Verdaderamente, esto me ha golpeado demasiado

¿Cómo se podría diagnosticar este caso?

Si resultara negativa la prueba, ¿qué otras cosas se pueden hacer?

Ejercicio para casa: Revise el caso, responda la pregunta descrita. Presente sus resultados en la siguiente reunión.

Caso 5:

Conocía a Gerardo como si fuera mi pareja y sabía que estaba enfermo. Padecía mucho de los riñones y tenía infecciones urinarias. Una infección urinaria se le complicó con una gripe. Fue al hospital, donde le dijeron que tenía neumonía y allí mismo le comunicaron que lo había atacado un virus hospitalario y que no sabían qué era. Gracias a Dios, se recuperó y salió del hospital. Estuvo recuperándose en casa con un respirador y todo volvió a la normalidad. Pero le mandaron hacerse los exámenes del VIH y dio positivo. La noticia fue devastadora, inmediatamente, pensó en nosotros, en la vida íntima que llevábamos y me aconsejó hacerme la prueba del VIH y di negativo, trató entonces de alejarme de su vida, pero yo no podía dejarlo solo, lo amaba con toda mi alma, no me importó su enfermedad. Después, decidió dejar a su familia por temor a transmitirles el VIH y se fue a vivir solo. Fue la peor decisión que pudo tomar, pues eso le llevó a vivir con mucha soledad y depresión. Se alimentaba mal, a veces no tenía ni para comer.

¿Cómo se podría diagnosticar este caso?

Si resultara negativa la prueba, ¿qué otras cosas se pueden hacer?

SESIÓN 4

Lea el siguiente ensayo y responda las preguntas

Ensayo 3: Signos y síntomas

Esteban era un muchacho apuesto de ojos claros, pero no tan inteligente, en su vida de adolescente le había sonreído, tuvo muy bonitas parejas, logró terminar la secundaria y tuvo un trabajo administrativo en un grifo, lo malo de él, era que las chicas se le pegaban, él un poco débil había tenido muchas parejas, al parecer no se cuidada con ninguna de ellas. Se casó con una chica morena y tuvo un hijo, al cabo de unos dos años ella murió de VIH/SIDA, cuando se enteró se realizó las pruebas y era positivo, allí confesó que tenía otra familia y que su otra mujer también tenía VIH, al morir su esposa, fue cuidado por su madre, vi cómo iba bajando de peso regularmente, cada vez se ponía más débil, hasta que una noche me enteré que una infección generalizada lo había matado. Creo que sobrevivió unos cuatro o cinco años después que lo diagnosticaron. No solo murió él, sino también una niña y dos mujeres más.

Preguntas

¿Cuáles signos y síntomas identificas??

Signos y síntomas del VIH/SIDA

La historia natural de la enfermedad se divide en tres fases: una infección primaria, que ocurre tras la infección por el VIH con una viremia importante, y una respuesta inmune intensa, la cual puede ser sintomática o asintomática; la segunda etapa o fase crónica se trata de un estado prolongado de latencia clínica, caracterizada por una replicación viral continua y una depleción progresiva de los linfocitos TCD4+, donde los pacientes suelen mantenerse asintomáticos, y una fase final o SIDA, en la que se alcanza un grado de inmunodepresión severa que puede dar lugar a un deterioro clínico significativo y a la muerte.

- ✓ *Tuberculosis*. La probabilidad de desarrollar la enfermedad en personas infectadas con VIH excede el 10%

- ✓ *Manifestaciones bucales.* El 57,9% presentará enfermedad periodontal y el 22,8% estomatitis aftosa recurrente
- ✓ *Patología ano-rectal.* El 13% de los pacientes con VIH/SIDA presentan esta patología, siendo la condilomatosis anal (92%) y la enfermedad hemorroidal las más frecuentes (8%).
- ✓ *Manifestaciones neurológicas.* La liberación de sustancias neurotóxicas o factores quimiotácticos por los monocitos y las células microgliales favorecen el desarrollo de respuestas inflamatorias en el cerebro.

Dinámica de grupo

Reúnanse en grupos de 5 a 10 participantes, lean el caso y resuelvan las preguntas

Exponga sus respuestas en una plenaria

Caso 5

Conocía a Gerardo como si fuera mi pareja y sabía que estaba enfermo. Padecía mucho de los riñones y tenía infecciones urinarias. Una infección urinaria se le complicó con una gripe. Fue al hospital, donde le dijeron que tenía neumonía y allí mismo le comunicaron que lo había atacado un virus hospitalario y que no sabían qué era. Gracias a Dios, se recuperó y salió del hospital. Estuvo recuperándose en casa con un respirador y todo volvió a la normalidad. Pero le mandaron hacerse los exámenes del VIH y dio positivo. La noticia fue devastadora. Inmediatamente, pensó en nosotros, en la vida íntima que llevábamos y me aconsejó hacerme la prueba del VIH. Y di negativo. Trató entonces de alejarme de su vida, pero yo no podía dejarlo solo, lo amaba con toda mi alma, no me importó su enfermedad. Después, decidió dejar a su familia por temor a transmitirles el VIH y se fue a vivir solo. Fue la peor decisión que pudo tomar, pues eso le llevó a vivir con mucha soledad y depresión. Se alimentaba mal, a veces no tenía ni para comer.

¿Qué signos pueden encontrar en este caso?

¿Qué síntomas puedes encontrar en este caso?

Ejercicio

Responda la pregunta descrita

Presente sus resultados en la siguiente reunión

Indique cuál sería el signo más importante de un paciente de VIH como para saber controlar sus síntomas, explique su respuesta.

SESIÓN 5

Lea el siguiente ensayo y responda las preguntas

Ensayo 5: Medidas de prevención

En Brasil han ideado una manera de poder detener un poco el contagio del VIH, han creado un dispensador de condones para colocarse en los baños de los colegios y los jóvenes solo colocando su número de DNI pueden obtenerlo, así evitan la barrera de poder conseguirlos. La medida ha sido duramente criticada, pero no queda duda que los casos de VIH que se tienen actualmente fueron adquiridos cuando las personas eran adolescentes, suman también el inicio precoz de las relaciones sexuales y la poca prevención realizada por las autoridades, hacen que estas cifras no bajen.

Preguntas

¿Qué formas de prevención del VIH conoces?

Prevención del VIH

Precauciones universales. Se aplica a todos los pacientes, cuando se manipula sangre o determinados productos biológicos considerados peligrosos (líquido pericárdico, pleural, peritoneal, articular y cefalorraquídeo, además del semen y las secreciones vaginales) y al efectuar cualquier maniobra invasiva. Por tanto, el personal sanitario deberá utilizar métodos de barrera (guantes y, si es necesario, mascarilla, protectores oculares y batas) y adoptar precauciones para evitar la producción de heridas por agujas, bisturíes u otros instrumentos punzantes en el transcurso de su empleo o limpieza. El descarte de tales elementos debe realizarse en recipientes de paredes rígidas a fin de evitar cortes y pinchaduras.

- ✓ **Vacuna.** Anualmente se destinan unos 500 millones de dólares a la investigación de vacunas eficaces contra el VIH, habiéndose evaluado desde 1987 hasta el presente unas 30 vacunas candidatas. Varios han sido los enfoques para las posibles vacunas, habiéndose abarcado una amplia gama de estrategias para el desarrollo de las mismas (vacunas a virus entero inactivado, a virus vivo atenuado, vacunas compuestas por péptidos de envoltura recombinantes, péptidos sintéticos, proteínas internas, ácidos nucleicos, entre otras). Estas han demostrado ser seguras y bien toleradas, y casi todas han producido una respuesta inmune específica contra el VIH con diversos grados de éxitos y fracasos. Hoy en día existen dos de estas vacunas en ensayos de eficacia de fase III, una de ellas en Estados Unidos, basada en el subtipo (B) circulante en esa región; la otra, en evaluación en Tailandia, se basa en los subtipos que circulan en dicho país (B y E). Ambas vacunas estarían dirigidas contra la glicoproteína de envoltura gp120. De momento no existe vacuna disponible para la inmunización activa y al alcance de la población con riesgo de contagio por el VIH-1; probablemente requerirá aún varios años de estudios y en la actualidad la posibilidad real de obtener una vacuna efectiva parece todavía bastante alejada.

- ✓ **Prevención de la transmisión vertical: embarazo.** Debe aconsejarse a aquellas mujeres infectadas por el VIH-1 que eviten el embarazo, ya que es posible la transmisión de la infección al feto en al menos el 10-30% de los casos. La administración de zidovudina a partir de las semanas 14-34 del embarazo y en el período del parto, y en el recién nacido durante las seis primeras semanas de vida, reduce la tasa de transmisión maternofetal a menos del 8% y se tolera muy bien. La combinación del tratamiento con AZT y cesárea ha disminuido la transmisión vertical del VIH-1 a menos del 2%. En los países desarrollados las madres deberían evitar la lactancia ya que la enfermedad se contagia también por esta vía. La recomendación de tratamiento de alta eficacia (TAE) con tres anti retrovirales para lograr cargas virales (CV) indetectables con lo que la transmisión llegó a cifras de 1 a 2%. En pacientes VIH positivas se ha demostrado que el 13,9% se infectan pos-cesárea electiva.

- ✓ **Profilaxis postexposición.** Para el caso concreto del personal sanitario, el riesgo de infección es del 0,2-0,5% en caso de pinchazo o herida accidental con una aguja u otro objeto contaminado con sangre, y prácticamente nulo si sólo ha existido un contacto accidental de sangre u otras secreciones contaminadas con la piel y las mucosas intactas. No obstante, y dado que las consecuencias físicas, morales, sociales y económicas de adquirir una infección por VIH-1 a través de un accidente laboral pueden ser irreparables, debe recomendarse el tratamiento triple con AZT o d4T, 3TC e indinavir o nelfinavir (siempre que no se hayan administrado al paciente fuente) tras la exposición percutánea (pinchazo) o mucosa con sangre contaminada. El tratamiento debe instaurarse lo antes posible (menos de cuatro horas) y debe administrarse durante al menos cuatro semanas.

El único camino eficiente para la prevención es:

- ✓ El uso sistemático de análisis de la sangre en los bancos de sangre
- ✓ *La educación acerca de las vías de transmisión.* En nuestro país, un estudio realizado en adolescentes entre los 10 y 19 años determinó que el 75% de varones desconoce las dimensiones básicas sobre las ITS y el VIH/SIDA, entre los puntos a tener en cuenta de la educación en VIH/SIDA se tiene fuentes de información sobre las ITS y el VIH/SIDA, la actividad sexual y el uso de servicios de salud; el nivel de conocimientos que tienen sobre el tema, como principales ITS, concepto de VIH/SIDA, vías de transmisión, formas de prevención y síntomas de las ITS; y por último las actitudes frente al VIH/SIDA expresadas en la responsabilidad y prevención del riesgo sexual, a la infección con ITS y/o el VIH/SIDA, las personas afectadas por una ITS o que viven con VIH/SIDA, y al uso del preservativo estos temas también se han encontrado en intervenciones educativas en Cuba y Colombia y en Lima Perú aplicado a adolescentes.
- ✓ *El uso de preservativo en las relaciones sexuales.* La correcta utilización de preservativos y espermicidas puede evitar la infección por el VIH-1 y otras enfermedades de transmisión sexual. Debe aconsejarse a drogadictos que no compartan las agujas y jeringuillas. Sëller publicó en 1993, sobre la eficacia del preservativo como medida de prevención de SIDA por contacto heterosexual. La conclusión de este trabajo es que el uso del preservativo reduce el riesgo de contagio del VIH en un 69%. Se han realizado estudios directos en parejas discordantes: aquellas en las que uno de sus miembros es portador del virus del sida y el otro no. Usando habitualmente el preservativo, observaron que en un 33% existió el paso del VIH a través de los poros del látex de poliestireno de 110 nm de tamaño. Existen otras fuentes de información para conocer la seguridad que proporcionan los preservativos en los contactos genitales, estos proceden de los métodos de control de calidad que realizan diversas instituciones sanitarias en Estados Unidos: el estudio de 38000 preservativos de 165 lotes diferentes puso de manifiesto escapes superiores a los permitidos, que oscilaban, según los lotes, entre el 12% y 21%.

Dinámica de grupo 4

Reúnanse en grupos de 5 a 10 participantes, lean el caso. Resuelvan las preguntas

Exponga sus respuestas en una plenaria

Caso 6

Hola, soy de Cancún (México) y tengo VIH. Me enteré en mayo del año pasado. Lo peor para mí es que había estado con dos personas una semana antes de hacerme la prueba y no me protegí. El alcohol y las drogas me llevaron a olvidarlo. Una de estas personas es un chico de 18 años y el otro, uno de 23, como yo. Por desgracia, me enteré muy tarde, no podía creerlo. No sé ni tengo idea de con quién me habré infectado. Pero creo que estaba listo para enfrentarlo. No lloré, es más, solo reí y me dije: estoy listo. Por miedo al chico de 18 años, no le he dicho todavía lo que me pasa. Me da vergüenza, no sé, me invade la tristeza solo de pensar en su reacción, cuando se entere. El chico de mi edad y yo habíamos empezado una relación sentimental y le conté lo que pasaba [que tenía VIH]. Me dijo que no me preocupara, que todo iría bien y que él también estaba preparado para esto. Afortunadamente y, desde hace casi un año, estamos juntos. Empezamos el tratamiento y nos encontramos muy bien de salud. Lo mejor es que seguimos el uno con el otro. Fue muy difícil contarle a toda mi familia que tenía VIH, pero me había preparado para todo tipo de reacciones.

Llegó el momento de explicarles mi situación y ver cómo se soltaban a llorar mi madre, mi abuela, mis tías. Fue realmente deprimente, pero gracias a Dios todas me apoyan y vivo feliz. Aunque mi vida ha cambiado demasiado, trato de no pensar en ello y llevar mi vida de la manera más común.

¿Cómo se hubieran prevenido las personas incluidas en el caso?

Ejercicio para casa: Revise el caso, responda la pregunta descrita. Presente sus resultados en la siguiente sesión.

Caso 7

La verdad es que no sé si tengo VIH o no, pero creo que sí. Estoy muy asustado. Han pasado trece días desde que mantuve la relación y faltan meses para poderme hacer la prueba. No temo lo que piensen de mí, pero mis padres me preocupan. Tengo 21 años y soy hijo único. Mi padre y mi madre siempre están conmigo y los amo más que a nada en el mundo. Salgo de fiesta en ocasiones, sí. Solo he tenido una pareja, pero me encontré en una situación de alto riesgo... Siempre pienso que si tengo VIH, voy a luchar contra ello y que lo haré por mis padres. Me hago el fuerte... pero después me entra terror solo de pensarlo. Estoy a punto de acabar mi carrera y tengo muchos planes de futuro. Me gusta ayudar a la gente y siempre pensé que, algún día, iba a ayudar a muchas personas, pero ahora ya no sé qué hacer. He cometido errores, como todos, y no he sido el mejor hijo. Me arrepiento de eso y pido perdón. Estaba enderezando mi situación y planeaba echarle ganas a las cosas. Ahora, solo pienso que estoy enfermo. Trato de hacer ejercicio y comer sano por si tengo VIH, para al menos soportar los tratamientos. Para que mis papás no me vean mal, trato de dejar de fumar, pues me está haciendo mucho daño. Me da miedo tener otras enfermedades y sufrir complicaciones, por eso, lucho por mejorar mi salud. Solamente pido tener fuerzas para luchar y seguir. Si tengo el VIH, sé que no me voy a suicidar. Sé que si tengo que sufrir, lo resistiré, y aunque ya no pueda más, no sé cómo lo voy a hacer pero no me voy a dar por vencido.

¿Cómo se hubieran prevenido las personas del caso?

Gracias por su colaboración!!!

BIBLIOGRAFÍA

Alvarado R. Eficacia del programa educativo sobre VIH/SIDA en aprendizaje por competencias en alumnos adolescentes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos [trabajo final de máster]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Unidad de Posgrado; 2015.

Bustamante I, Salazar Z, Perea E, Calero J, Mendoza R, Zapata U, et al. Conversando con los y las adolescentes de estilos de vida saludables, sexualidad y prevención de ITS/VIH y SIDA Lima, Perú; 2005.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014 Lima ; 2015.

Fondo de Poblacion de las Naciones Unidas, Ministerio de Salud, Dirección Regional de Educación de Ucayali. Reconociéndonos/Reconociéndolos: Manual educativo para trabajar temas de salud sexual, salud reproductiva y equidad de Lima: UNFPA; 2011.

Lange I, Vio F. Guía para Universidades Saludables y otras instituciones de Educación Superior Chile; 2006.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura. Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad.; Junio, 2010.

ANEXOS


[Revista Cubana de Medicina Militar](#)

versión On-line ISSN 1561-3046

Rev Cub Med Mil v.38 n.3-4 Ciudad de la Habana jul.-dic. 2009

TRABAJO DE REVISIÓN

Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana

History ant theories of appearance of human immunodeficiency virus

Cap. Osvaldo Miranda Gómez^I; 1er Tte. Maily Nájoles Pérez^{II}

^IEspecialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Hospital Militar Central «Dr. Luis Díaz Soto». La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Hospital Militar Central «Carlos J. Finlay». La Habana, Cuba.

RESUMEN

La pandemia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana constituye un problema de interés mundial. Desde su aparición a finales del siglo XX ha sido acompañada de varios conflictos sobre su origen y descubridores. Esta revisión pretende brindar información detallada sobre los orígenes del virus de la inmunodeficiencia humana y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, y para ello se realizó una recopilación de datos sobre los antecedentes y teorías de su surgimiento. A pesar que Cuba posee una de las tasas de prevalencia de la enfermedad más baja de Latinoamérica, la incidencia de casos en la población cubana cada año va en aumento. Se debe tener presente que las enfermedades comunitarias inciden sobre nuestras tropas ya que las Fuerzas Armadas no son más que el pueblo uniformado.

Palabras clave: Virus de la inmunodeficiencia humana, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, historia, teorías.

ABSTRACT

Pandemic of human immunodeficiency virus (HIV) is a worldwide problem. From its appearance at the end of XX century has been related to some conflicts on its origin and discovering. The aim of this review is to give detailed information on HIV origin and its syndrome, thus, we made a data gathering on backgrounds and emergence theories. Despite that Cuba shows one of the lowest rate of this disease in Latin America, case incidence in Cuban population is annually increasing. We must to be present that the community diseases has incidence on our troops since Army is the uniformed population.

Key words: Human immunodeficiency virus, HIV syndrome, history, theories.

INTRODUCCIÓN

La humanidad, desde sus inicios, se ha visto enfrentada a plagas que han diezmado pueblos enteros. A través de la historia, las enfermedades infecciosas han desempeñado un papel importante en el bienestar de las naciones. Algunas han desaparecido, en otras los agentes causales han mutado y nuevas han surgido. En la edad antigua fue la Lepra, en la edad media fue la Peste Negra y hoy, en el siglo XXI, el SIDA.^{1,2}

A finales de 1970 empezaron a detectarse casos esporádicos de una rara enfermedad, todos ellos con un denominador común: infección por *Cándida albicans* en la boca y el esófago, acompañada de erupciones cutáneas en distintas partes del cuerpo que correspondían a una forma agresiva de sarcoma de Kaposi, neumonía por *Pneumocystis carinii* y en algunos casos, daños neurológicos y una supresión del sistema inmunitario inexplicable. Estos casos aparecieron en lugares tan distantes como Portugal, Haití, Francia y Estados Unidos, pero no se tuvieron en cuenta.³

Fue el 5 de junio de 1981 la primera vez que se habló oficialmente de la enfermedad cuando *Gottlieb, Siegal y Masur*, de la Facultad de Medicina de la Universidad de California, publicaron en el reporte semanal de morbilidad y mortalidad del Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta, el informe de 5 casos de jóvenes homosexuales estudiados en 3 hospitales diferentes de Los Ángeles, que presentaban neumonía por *Pneumocystis carinii*. El sistema inmunológico de estos jóvenes estaba debilitado o casi desaparecido y no había ninguna razón que lo justificara. No se frecuentaban entre ellos, no tenían amigos comunes y no tenían conocimiento de enfermedades similares entre sus compañeros sexuales. Los autores del trabajo asociaron estas manifestaciones con una modificación celular adquirida no descrita hasta el momento y lo sustentaron al determinar una vital ausencia de la población de linfocitos T cooperadores/inductores (linfocitos T_{CD4}).⁴⁻⁷

Una recopilación de los casos diagnosticados desde 1978 a julio de 1981 por el doctor Spira, en varones homosexuales de California y Nueva York, reveló la cifra de 15 casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* y 26 casos de sarcoma de Kaposi. Algunos pacientes presentaban linfadenopatía generalizada precediendo el desarrollo de estas manifestaciones infecciosas. Otras enfermedades comenzaron a

aparecer de forma inexplicable: linfadenopatía crónica y linfoma no hodkiniano indiferenciado y difuso, todos los casos descritos presentaban una característica común: un importante deterioro del sistema inmunitario. Este hecho alarmó a los médicos e investigadores debido a que los afectados estaban aparentemente sanos y sin ninguna enfermedad de base. A partir de estas primeras referencias, en los Estados Unidos se comenzaron a reportar, con una frecuencia cada vez mayor, casos de similar naturaleza. A partir de ese momento se implanta un sistema de vigilancia en los Estados Unidos para la detección de nuevos casos y en septiembre de 1982 se establece por el Centro de Control de Enfermedades los criterios diagnósticos y la definición de la enfermedad, pues existía el convencimiento de que se trataba de una nueva enfermedad.⁸⁻¹¹

El hecho de que hubieran sido hombres homosexuales los primeros casos reportados de la enfermedad en los Estados Unidos, a pesar de que ya se habían identificado casos entre mujeres, niños y la población heterosexual, llevó a pensar que el estilo de vida homosexual se relacionaba directamente con la enfermedad. Es por eso que la primera denominación que se le da a esta es «Gay Cáncer», o «síndrome Gay»; también se le llamó «Peste Rosa», «Peste Gay», posteriormente la rebautizaron inmunodeficiencia relacionada a homosexuales (GRID «gay-related immune deficiency»).12

Esto fue desechado al observarse un aumento en el número de casos entre otros grupos poblacionales. Aparecieron enfermos que habían recibido transfusiones de sangre y hemoderivados, sin que ninguno de ellos fuera homosexual y en personas que compartían agujas hipodérmicas para inyectarse droga. Se diagnosticaron 51 casos entre ciudadanos de origen haitiano que no eran homosexuales, ni drogadictos y que tampoco recibieron transfusiones de sangre. Por tales motivos se le comenzó a llamar la enfermedad de las cuatro H: homosexuales, hemofílicos, heroinómanos y haitianos. Pronto se llegó a comprobar que se trataba de un contagio fortuito y que la enfermedad no entendía de razas ni nacionalidades; sin embargo, se observó que el síndrome era común a distintos grupos: drogadictos endovenosos del sexo masculino y femenino; hemofílicos y quienes habían recibido transfusiones y/o productos derivados de la sangre; mujeres cuyas parejas sexuales eran hombres bisexuales y niños nacidos de madres enfermas o con historia de drogadicción endovenosa.^{13,14}

El 24 de septiembre de 1982, durante un encuentro de la Food and Drug Administration (FDA) sobre productos de sangre, *Bruce Voeller*, ex director de la National Gay Task Force, propuso llamar a la nueva enfermedad: síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).¹⁵

El SIDA encontró en la promiscuidad sexual el ambiente favorable para propagarse. Coincidió con la revolución sexual que se vio en la sociedad norteamericana, quizás influida por el desmoronamiento de los valores familiares tradicionales, el desencanto de la guerra de Viet-Nam, la desdramatización de las enfermedades de transmisión sexual gracias al descubrimiento de la penicilina y a la utilización masiva de anticonceptivos. Pero probablemente fue el Movimiento de Liberación Gay el episodio que más facilitó la transmisión, no solo de esta enfermedad, sino de otras de transmisión sexual. Conjuntamente con esto, pueden haber sido causales de la expansión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) por el mundo, la accesibilidad a las transfusiones de sangre y la distribución de hemoderivados, la práctica de compartir agujas y jeringuillas en usuarios de drogas endovenosas y los movimientos poblacionales.¹⁶

Desde que apareció la enfermedad han surgido varias teorías de cuándo, cómo, dónde y por qué se originó. Algunas de ellas sin ningún tipo de basamento científico y otras que pueden llegar a considerarse seriamente. Se relacionó su origen con la exposición a numerosos antígenos humanos, con sustancias vasodilatadoras o con

una hipotética transmisión de un hongo o bacteria capaz de segregar una sustancia que deprimiera la inmunidad.³

La mayoría de las personas consideraron al SIDA como un castigo de Dios por el pecado de la homosexualidad. Nada logró explicar por qué las lesbianas no constituían un grupo de riesgo.

Adquirió fama pasajera como posible agente causal el nitrito de anilo, que posee acción inmunosupresora y se utilizaba con el fin de activar el proceso sexual. Al demostrarse que el SIDA se presentaba también en personas que no usaban esta sustancia, se eliminó a los nitritos como agentes causales.

Una de las teorías más discutidas plantea que el VIH proviene de monos cazados por los seres humanos y que se transmitió al hombre a principios del siglo pasado. La misma se basa en el emparentamiento de algunas cepas del virus de la inmunodeficiencia Simia (VIS) y el VIH. Las cepas del VIH-1 son muy parecidas a las del VIS_{cpz} del chimpancé, con una homología de secuencias de alrededor del 84 %; mientras que el VIH-2 está emparentado con el VIS_{sm} del Sooti mangabey y el VIS_{mac} del Macaco, con homologías del 82-89 % y 82-86 % respectivamente. Así, a través de la caza de monos como alimento y la inyección de su sangre al hombre en ciertas tribus, en busca de rejuvenecimiento, se pudo adquirir la enfermedad. Una vez infectado un hombre en alguna región del bosque africano, su paso al mundo urbano y su difusión se explicaría a través de los fenómenos demográficos y sociales que tuvieron lugar en ese continente.^{3,10}

Por otra parte, comenzaron las campañas masivas de vacunación, con el riesgo, en algunos casos, del uso de la misma jeringuilla con más que dudosas condiciones de esterilización. Una consideración muy especial requiere, como muy probable causa de transmisión al mundo occidental, la masiva extracción de sangre realizada en la década de los 60 para la producción de factores de coagulación, especialmente teniendo en cuenta que para obtener un lote de factor VII se necesitaba mezclar de 1 500 a 2 000 unidades de sangre de distintas personas. Una única unidad de sangre que estuviera contaminada, contaminaría todo el lote, que luego se distribuiría a diversas personas que se verían afectadas. Además de la posible introducción del virus a través de la vacuna contra la poliomielitis, desarrollada en cultivos de células renales de chimpancés que estuviesen infectados por el VIS y de la vacuna contra la hepatitis B desarrollada parcialmente en chimpancés, que fue utilizada de manera preventiva en hombres homosexuales de la ciudad de Nueva Cork y en nativos de África Central, en la primera mitad de la década de los 70.^{3,17}

Otra teoría enuncia que el VIH fue desarrollado como parte de un programa de armas biológicas. Según los estudios del profesor *Jacob Segal*, antiguo director del Instituto Biológico de Berlín, el genoma del VIH es casi idéntico al del virus Maedi-Visna, que provoca una afección cerebral del ganado ovino y no se transmite al ser humano. El 3 % que difiere, corresponde con total exactitud a un fragmento del código genético del HTLV-I, que provoca una forma de leucemia que ataca las células T y raramente resulta fatal.¹⁸⁻²⁰

El doctor *Segal* plantea que la única explicación posible a este fenómeno sería la hibridación de estos 2 virus mediante ingeniería genética. El potencial destructivo del VIH podría haber sido incluso previsto por sus creadores ya que su patología combina los efectos complementarios de ambas enfermedades. Los pacientes que no fallecen a causa de la deficiencia inmunológica, terminan presentando el mismo tipo de afección cerebral de las ovejas infectadas por el Visna.

Un documento fechado el 9 de julio de 1969 transcribe la comparecencia del doctor *Donald Mc Arthur*, Director Adjunto de Investigaciones y Tecnología del Departamento de Defensa, ante el Subcomité de Dotaciones del Congreso de los Estados Unidos, órgano encargado de la asignación de presupuestos militares. Durante su intervención, el doctor *Mc Arthur* solicitó a la Cámara una partida presupuestaria de 10 millones de dólares a fin de sufragar el desarrollo, en menos de 10 años, de una nueva arma biológica consistente en un microorganismo contagioso capaz de destruir el sistema inmunitario humano: «Un microorganismo infeccioso que diferirá en ciertos aspectos importantes de cualquier agente patógeno conocido. Lo más importante es que podrá ser refractario al sistema inmunológico y terapéutico del que dependemos para mantener una relativa inmunidad ante las enfermedades infecciosas...» «Un programa de investigación que explique la variabilidad de este planteamiento podría ser completado en aproximadamente 5 años, con un costo total de 10 millones de dólares...» «Existe poca duda de que el enemigo pueda desarrollar un elemento similar, enfrentándonos ante una importante área de inferioridad potencial en una tecnología militar sobre la que no contamos con un programa de investigación adecuado...»

Las investigaciones del doctor *Segal* describen que existen pruebas, cuando menos circunstanciales, como para completar la pesadilla ideada por el doctor *Mc Arthur*. En el año 1975, la Sección de Virus del Centro de Investigación sobre Armamento Biológico de Fort Detrik, Maryland (EE.UU.) pasó a denominarse Centro Frederick de Investigación sobre el Cáncer, dependiente del Instituto Nacional del Cáncer, organismo que, junto al Centro de Control y Prevención de Enfermedades, tuvo un notable protagonismo en el desarrollo del arsenal biológico estadounidense. Allí prestaba sus servicios por aquel entonces el doctor *Robert Gallo*, quien curiosamente descubrió en 1984 la existencia del VIH y anunció la teoría del origen africano de la enfermedad y su hipótesis de la semejanza entre el VIH y el STLV-III, un virus de los simios africanos que según él habría sido transmitido a los humanos a través de una mordedura; a partir de ahí, fundamentalmente por medio del sexo y las transfusiones de sangre, la enfermedad se habría ido extendiendo hasta alcanzar los niveles actuales.

Existen evidencias de que durante la primera mitad de la década de los 70, el doctor *Gallo* estuvo trabajando para la CIA en el marco de un proyecto secreto denominado MK-Naomi relativo al desarrollo de armas biológicas, muy similares a lo que hoy conocemos como el SIDA o el Ébola. Durante la etapa en que este programa estuvo en funcionamiento, arreció la incidencia de ciertos microorganismos infecciosos como la *Escherichia coli* 157, los Meningococos, así como de nuevos virus como el Ébola, el Hanta y la hepatitis C entre otros. También se verificaron aumentos en la mortalidad asociadas a cánceres de los tejidos blandos como el de próstata, el de mama o los linfomas; todos ellos comúnmente achacados a la exposición a contaminantes químicos y ambientales o a la acción de toxinas de origen artificial.

En relación con el proyecto MK-Naomi, el director de la CIA en aquel entonces, *William Colby*, admitió que el interés de la agencia en el armamento biológico estaba directamente vinculado a las operaciones encubiertas realizadas en Zaire, Angola y Sudán; los países más castigados por el SIDA y el Ébola. *Nathan Gordon*, jefe de la Sección Química de la Dirección de Servicios Técnicos de la CIA, declaró además que la ingente cantidad de material biológico almacenada por la agencia, era susceptible de ser empleada en proyectos de inmunización masiva, desarrollo de nuevas vacunas e investigación sobre el cáncer. Este habría sido el campo en que el doctor *Gallo* estuvo ocupado durante su pertenencia al servicio de inteligencia. En Fort Detrik, entre el otoño de 1977 y la primavera de 1978 habría nacido el VIH, concretamente en uno de los laboratorios P4 de máxima seguridad, en que habrían combinado los materiales genéticos del Visna y el HTLV-I.

La fase experimental se habría llevado a cabo empleando como conejillos de indias a convictos de diversas prisiones federales, a los que se habría ofrecido la conmutación de sus penas a cambio de su colaboración en un programa de investigación médica, una práctica habitual, aunque de sospechosa ética, en el sistema norteamericano. Todo habría sido un peldaño más en la sórdida historia de la experimentación con los seres humanos. Los padres del VIH no sospecharon que la enfermedad pudiera tener un período de incubación tan enormemente largo. Al no apreciar los científicos ningún tipo de síntomas en los sujetos, el experimento fue considerado como un fracaso y los «conejillos» puestos en libertad, tal y como se les había prometido. A partir de ese momento la epidemia se convirtió en incontrolable. El alto porcentaje de toxicomanía y homosexualidad entre los reclusos fue seguramente lo que provocó que estos colectivos hayan sido los más castigados por la enfermedad desde que aparecieran los primeros casos entre la comunidad homosexual de Nueva York.^{19,20}

El hecho de que pacientes enfermos del SIDA compartieran varias características (edad, raza, ciudad de residencia, tendencia sexual) hizo pensar que se tratara de un mismo agente infeccioso capaz de producir la enfermedad. Pronto se llegó a sospechar algo de una extraordinaria importancia: la posible existencia de un indeterminado período durante el cual la persona infectada por el supuesto agente causal careciera de síntomas antes de desarrollar la enfermedad, lo que a su vez supondría que el número de individuos capaces de transmitir el agente era mucho mayor que el número de casos descritos por el Centro de Control de Enfermedades.³

La evidencia epidemiológica apuntaba hacia un agente infeccioso que se transmitía a través de determinados fluidos corporales, incluidos la sangre y los hemoderivados. Del mismo modo se podía empezar a constatar que la transmisión homosexual, en comparación con la heterosexual, variaba de un país a otro. Varios expertos en Salud Pública llegaron a la conclusión de que dicho comportamiento solo podía explicarse si el SIDA era originado por un agente infeccioso transmisible a la manera del virus de la hepatitis B: por contacto sexual, por inoculación de sangre o de hemoderivados y de la madre infectada a su hijo. A finales de 1982 muchos investigadores estaban ya convencidos de que el SIDA era producido por un agente que se encontrase en la sangre y el semen, y cuya acción provocase la pérdida de células T₄.^{7,15}

Se pensó que el causante de la enfermedad podría ser un retrovirus por 2 razones: el único agente conocido hasta el momento capaz de infectar células T, era un retrovirus que se transmitía a través de contactos sexuales y sanguíneos y porque el retrovirus conocido como «Virus de la Leucemia Felina» podía ocasionar inmunodepresión.⁶

El 3 de enero de 1983, en el hospital parisino de La Pitié, el grupo del profesor *Rozenbaum* y el doctor *Françoise Brun-Vezinet*, le extirparon un ganglio cervical a *Brugière*, un paciente homosexual de 33 años de edad, del que se sospechaba estuviera enfermo del SIDA. El profesor *Luc Montagnier*, del Instituto Pasteur, examinó la biopsia del ganglio. Procedieron a separar los linfocitos T de este tejido y se preparó un cultivo con IL-2 y con anticuerpos contra interferón. Quince días después, el doctor *Barré-Sinoussi* detectó indicios de la enzima transcriptasa reversa en el sobrenadante de los cultivos, lo cual señalaba la presencia de un retrovirus. En febrero de ese mismo año, el profesor *Charles Dagué*, obtuvo la imagen de un nuevo virus sirviéndose de un microscopio electrónico, la fotografía es tomada de la misma muestra extirpada al joven francés. Al continuar con la serie de experimentos, los cultivos se expusieron a anticuerpos contra el retrovirus HTLV-I (Human T-cell Lymphotropic Virus, virus linfotrópico humano de células T), descubierto por el doctor *Robert Gallo*, de los Estados Unidos y se sometieron a microscopía electrónica. Los resultados revelaron

que se trataba de un virus diferente a los virus linfotrópicos de células T hasta ese tiempo descritos.

El 20 de mayo de 1983, la revista *Science* publica el descubrimiento del profesor Montagnier, quien informa que ha aislado el virus del SIDA y lo denomina LAV (Lymphadenopathy Associated Virus, virus asociado a linfadenopatías). En el artículo se señala que el paciente aún no poseía los signos característicos del SIDA. Sin embargo, la comunidad científica no dio excesivo crédito al hallazgo de este virólogo francés poco conocido por aquellos días.^{7,12}

En un intento por caracterizar con mayor precisión al virus, Montagnier y su equipo de investigadores intentaron cultivarlo a partir de la muestra BRV en diferentes líneas de células T, sin éxito al inicio. Sin embargo, a través de un intenso esfuerzo del equipo del doctor Gallo, en el que se destacó el doctor Mikulas Popovic, logran la purificación, aislamiento y cultivo, así como una prueba diagnóstica del virus.⁷

El 24 de abril de 1984, la entonces Secretaria de Salud de los Estados Unidos, Margaret Heckler, anuncia que el profesor Robert Gallo ha descubierto el virus del SIDA. Este virus, según el propio profesor, era de la misma familia del HTLV-I, denominándolo entonces HTLV-III. Estos resultados fueron publicados en cuatro artículos de la revista *Science* en mayo de ese mismo año.

A partir de ese momento se desata una polémica entre Francia y Estados Unidos a raíz de la «paternidad» del descubrimiento. Las implicaciones económicas del descubrimiento y los derechos que el hallazgo llevaba aparejado obligaron a una reunión del más alto nivel. El presidente norteamericano Ronald Reagan y el primer ministro francés Jacques Chirac definieron una doble paternidad a Gallo-Montagnier. Obligado por la diplomacia, Luc Montagnier, el padre histórico del virus, aceptó compartir el descubrimiento. Meses después, el inglés Robert Weissdemuestra que el LAV y el HTLV-III eran el mismo y único virus.^{7,12}

En agosto de 1984, el doctor Jay Levy y su grupo, de la Universidad de San Francisco, informaron, de forma independiente, el aislamiento de un retrovirus en pacientes con SIDA en la ciudad de San Francisco. Levy lo llamó ARV (AIDS Related Virus, virus relacionado con el SIDA). También en 1984 se identificó la molécula CD₄ como receptor para el virus, lo cual explicaba la vía de entrada a la célula, evento de primordial importancia para estudiar el ciclo biológico del virus.⁷

En 1985 se llevó a cabo la clonación y secuenciación del virus y una caracterización precisa de las proteínas de su envoltura. En 1986 existían diversos nombres para el virus en cuestión, entre estos se encontraban: LAV, HTLV-III, ARV e IDAV (Immunodeficiency Associated Virus, virus asociado a inmunodeficiencia), inclusive se le denominaba en términos compuestos como LAV/HTLV-III. Por lo anterior, en mayo de 1986, el Subcomité de Retrovirus del Comité Internacional de Taxonomía Viral, presidido por Harold Vornus, publicó en *Science* una carta donde se propuso el nombre de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el cual fue ampliamente aceptado por la comunidad internacional. Myron Essex y Robert Gallo, a pesar de ser miembros de dicho Subcomité, no firmaron la carta. Ese mismo año, el grupo del doctor Montagnier identificó en París a un nuevo retrovirus en un paciente originario de Cabo Verde, con síntomas similares a los del SIDA; se llegó a la conclusión de que se trataba de un nuevo tipo de virus, denominándosele VIH-2.^{7,12,17}

Hasta la fecha son dos los Virus de la Inmunodeficiencia Humana conocidos, cada uno con una distribución territorial *sui generis*, pero comparten gran similitud en cuanto a los aspectos clínicos y epidemiológicos. Mientras el VIH-1 se extiende por América, África Central y Europa, presentando una mayor virulencia; el VIH-2 es

endémico en África Occidental, con difusión relativamente rara en Europa y Brasil.^{12,21}

La infección por el VIH en la actualidad se considera incurable, aunque existen medicamentos antirretrovirales que son capaces de contener dicha infección. En los países desarrollados, los infectados pueden llevar una vida totalmente normal, como un enfermo crónico, sin desarrollar un cuadro de SIDA gracias al tratamiento. Sin embargo, en otras partes del mundo, donde no están disponibles estos medicamentos, los infectados desarrollan el SIDA y mueren pocos años después de haber sido diagnosticados.²²

Hoy en día se están realizando simultáneamente 25 ensayos con vacunas para enfrentar al VIH/SIDA. Una de las más esperadas ha sido la vacuna GP120, de la empresa VaxGen, que intenta modificar la acción del antígeno de ese nombre que se encuentra en la superficie de la célula y que, en condiciones normales, permite que el VIH invada el organismo.²⁰

Cuba ha estado trabajando en la obtención de un inmunógeno capaz de prevenir la infección por el VIH. El trabajo ha sido encaminado en 3 variantes fundamentales de vacunas: péptidos sintéticos, proteínas recombinantes y vacunas de ADN desnudo. Una primera vacuna producida con la tecnología de péptidos sintéticos fue probada en humanos en el año 1998, en estudios de fase I, constituyendo Cuba el cuarto país del mundo que realiza estudios de este tipo. La vacuna consistió en un polipéptido multiepitópico que contenía regiones V₃ de la gp120 de varios aislamientos diferentes del virus. Aunque algo reactogénico, el polipéptido fue capaz de inducir respuesta de anticuerpos y respuesta linfoproliferativa en el grupo de individuos vacunados.²³

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SIDA: La epidemia del siglo. Un mal sin cura. [Citada: 22 de diciembre de 2003]. Disponible en: <http://diagnostico.canal13.cl/diagnostico/html/Temas/Sida/>
2. Cunningham I, Rivera Viera S, Bothwel-del Toro FM, Dómech-Millar K. Sexualidad y VIH/SIDA: Módulos innovadores de enseñanza. Puerto Rico: Centro de Investigación y Educación de VIH/SIDA. Universidad de Puerto Rico; 1996.
3. Prieto Prieto J. Sida, crónica y protagonistas. Comisión Ciudadana anti-SIDA de Álava. 30 de octubre de 2003 [Citada: 22 de diciembre de 2003] [8 pantallas]. Disponible en: http://www.sidalava.org/2_mod1.htm
4. Vallejo O. ¡Qué 20 años no es nada! The Body: an AIDS and HIV Information Resource. Impacto. Revista Bimensual de AIDS Project Los Ángeles sobre VIH/SIDA Septiembre/Octubre 2001. septiembre/octubre de 2001 [Citada: 31 de octubre de 2003] [14 pantallas]. Disponible en: <http://www.thebody.com/apla/espanol/sep01/20anos.html>
5. Historia y comportamiento del SIDA. Tododrogas.net. [Citada: 3 de noviembre de 2003] [9 pantallas]. Disponible en: <http://www.tododrogas.net/otr/sida/index.html>
6. Parada M. Historia del SIDA. Terra.net [Citada: 3 de noviembre de 2003] [4 pantallas]. Disponible en: <http://www.terra.es/actualidad/articulo/html/act32695.htm>

7. Carrillo-Maravilla E, Villegas-Jiménez A. El descubrimiento del VIH en los albores de la epidemia del SIDA. *Rev Invest Clin.* 2004;56(2):130-3.
8. Lee Santos I. Entre la esperanza y la desesperación. El SIDA. 20 años después. GlobalPCNet. [Citada: 7 de noviembre de 2003] [7 pantallas]. Disponible en: <http://www.globalpc.net/comunidad/articulos/ignacio-lee/sida.asp>
9. SIDA: La plaga más mortífera de la historia. Portaldehistoria.com [Citada: 3 de noviembre de 2003] [4 pantallas]. Disponible en: <http://www.portaldehistoria.com/secciones/epidemias/SIDA.asp>
10. ¿Tres años para curar el SIDA? Estructura del virus del SIDA e historia. *Salud y Medicina.* El-mundo.es 8 de mayo de 1997 [Citada: 10 de noviembre de 2003] [6 pantallas]. Disponible en: <http://www.el-mundo.es/salud/Snumeros/97/S246/S246sida3.html>
11. Domínguez Carmona M, Domínguez de la Calle JC. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). En: Piédrola Gil G, Del Rey Calero J, Domínguez Carmona M, Cortina Graus P, Gálvez Vargas R, Sierra López A, et al. *Medicina preventiva y Salud Pública.* 9^{na} ed. Cap 44. Barcelona: Masson-Salvat Medicina. 1994. p. 604-71.
12. Historia del VIH/SIDA. VIHSIDAenVChile. Septiembre 2001 [Citada: 12 de noviembre de 2003] [9 pantallas]. Disponible en: <http://www.vihsida.cl/paginas/024.html>
13. Soto P, Michel Fariña JJ. El SIDA. Monografías.com. [Citada: 3 de noviembre de 2003] [38 pantallas]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos5/sida/sida.shtml>
14. ¿Qué es el SIDA? Fundación Huésped. [Citada: 14 de noviembre de 2003] [4 pantallas]. Disponible en: <http://www.huesped.org.ar/>
15. Ortega González LM. Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. En: Álvarez Sintés R. *Temas de Medicina General Integral.* Volumen II. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 417-21.
16. Consejo Guanajuatense para la prevención y control del VIH/SIDA. Historia del SIDA. [Citada: 3 de noviembre de 2003] [5 pantallas]. Disponible en: <http://www.guanajuato.gob.mx/ssg/cogusida/historia.htm>
17. Parada M. Origen del SIDA. Terra.es [Citada: 3 de noviembre de 2004] [12 pantallas]. Disponible en: <http://www.terra.es/actualidad/articulo/html/act32698.htm>
18. El origen del SIDA. La página de la vida. Proyectopv.org [Citada: 22 de enero de 2004] [59 pantallas]. Disponible en: <http://www.proyectopv.org/1-verdad/origensida.htm>
19. Casey B, Abdulllah AK. ¿Made in USA? Orígenes del SIDA y experimentación humana. A-Infos 31 de mayo de 1999 [Citada: 22 de enero de 2004] [20 pantallas]. Disponible en: <http://blogs.myspace.com/index.cfm?fuseaction=blog.viewcustom&friendId=120220029&blogId=472536321&swapped=true>

20. Andaló P. La nueva ola del SIDA. El difícil camino hacia una vacuna. Revista Perspectivas de Salud (Organización Panamericana de la Salud). 2003:8(1).

21. Roca Goderich R, Smith Smith VV, Paz Presilla E, Losada Gómez J, Pérez Paz HM, Serret Rodríguez B, et. al. Temas de Medicina Interna. 4^{ta} ed. Tomo III. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.

22. SIDA. Wikipedia. La enciclopedia libre. Wikipedia.org [Citada: 22 de octubre de 2006] [44 pantallas]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/SIDA>

23. Resik Aguirre S. Retrovirus. En: Llop Hernández A, Valdés-Dapena Vivanco MM, Zuazo Silva J. Microbiología y Parasitología Médicas. Tomo II. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 279-90.

Recibido: 20 de julio de 2009.
Aprobado: 28 de agosto de 2009.