

**MODELO PILOTO DE INTERVENCIÓN PARA PREVENIR EL CONTAGIO
DE VIH/SIDA EN POBLACIÓN JUVENIL CARCELARIA**

MARÍA SONIA ZAMBRANO RODRÍGUEZ

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE EDUCACIÓN
BUCARAMANGA**

2004

**MODELO PILOTO DE INTERVENCIÓN PARA PREVENIR EL CONTAGIO
DE VIH/SIDA EN POBLACIÓN JUVENIL CARCELARIA**

MARÍA SONIA ZAMBRANO RODRÍGUEZ

**Trabajo de grado presentado para optar al título de
Especialista en Juventud**

Directora:

Dra. MARÍA CLAUDIA CABALLERO

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE EDUCACIÓN
BUCARAMANGA**

2004

DEDICATORIA

A mis hijos, IVAN FERNANDO, LIZETH JULIANA y GIANNINA ANDREA por su comprensión; en especial a LIZETH por sus periodos de desasosiego y desesperanza durante el tiempo de dedicación a mi proyecto.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

A DIOS, que me dio esta nueva oportunidad en mi vida para crecer y proyectarme profesionalmente.

Los Honorables Miembros del Consejo Académico de la Universidad, quienes me aportaron incondicionalmente su comprensión y apoyo para la cristalización de este ideal.

Al Doctor Cesar Roa, su voz de aliento me fortaleció en difíciles momentos en que creí desfallecer.

A mi Compañera Silvia Inés, me transmitió toda su energía y entusiasmo para finalmente culminar este proyecto.

A mi asesora de proyecto Dra. María Claudia Caballero, a quien agradezco su profesionalismo y perseverancia en el cumplimiento de su misión.

A Doris, desde la Secretaría de la Escuela de Educación por su calidad humana y espíritu de servicio.

A mis monitores del Instituto San Juan Bosco en especial a Víctor Manuel Gutiérrez Pinzón, Teddy Michael Dau, Hugo Andrés Araya, Libardo A Cely, Edwin Suárez, Mauricio Ramírez por su colaboración y apoyo durante la elaboración de este proyecto.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	12
1. JUSTIFICACIÓN	19
2. MARCO REFERENCIAL	24
2.1 RESEÑA HISTÓRICA SIDA EN POBLACIÓN CARCELARIA	24
2.2 RESEÑA HISTÓRICA ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO Y CARCELARIO DE BUCARAMANGA	25
2.3 MARCO LEGAL PENITENCIARIO	26
2.4. MARCO TEORICO	28
2.4.1 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Sida	28
2.4.2 Etiología	29
2.4.3 Transmisión	31
2.4.4 Patogénesis e historia natural	33
2.4.5 Definición de SIDA	35
2.4.6 Diagnóstico	36
2.4.7.1 Por Qué de la Asesoría en la Infección Por Vih / Sida	38
2.4.7.2 Tendencia hacia la fatalidad	38
2.4.7.3 Ausencia de cura	39
2.4.7.4 Proceso infeccioso	39
2.4.7.5 Edad de la población más afectada	39
2.4.7.6 Temores Personales y Sociales	40
2.4.7.7 Información Errada, Incompleta o Conflictiva	40
2.4.7.8 Atomización del Paciente	40
2.4.7.9 La Persona del Asesor y sus Características Principales	41
2.4.7.10 Principales Momentos en la Asesoría y sus Objetivos	43

2.4.7.11 Asesoría Pre-test	44
2.4.7.12 Asesoría Post-test	48
2.4.7.13 Consejería Pre y Post	51
2.4.7.14 Asesoría Vs. Consejería	51
2.4.7.15 Consejería	52
2.4.7 Tratamientos antivirales	53
2.4.8 Prevención.	56
2.4.8.1 Educativa	56
2.4.8.2 En población juvenil	59
2.4.8.3 La comunicación: desafiando las normas adversas	68
2.4.8.4 La comunicación: impartiendo conocimientos teóricos y prácticos	73
2.4.8.5 Comunicarse para relacionarse	75
2.4.8.6 La comunicación rompe las barreras	77
2.4.8.7 El Condón	78
2.4.8.7.1 El Uso del Condón y La Transmisión del VIH	81
2.4.8.7.2. Uso consistente y correcto del condón	83
2.4.8.7.3 Eficacia del condón	88
2.4.8.7.4 Fallas en el Uso del Condón	88
2.4.8.7.5 Calidad y Efectividad de los Condones	91
2.4.9. Prevalencias	93
2.4.10. Vulnerabilidad	98
2.4.10.1 Adolescentes	100
2.4.10.2. Población carcelaria	110
2.4.11. Intervención	114
2.4.11.1 Diagnóstico de Salud y Diagnóstico educativo	114
2.4.11.1.1 La Identificación de Necesidades de Aprendizaje	115
2.4.11.3 Modelos de intervención Educativa	121
2.4.11.3.1. Modelos de Expectativas Sociales	121
2.4.11.3.2. Modelos Estructurales a Nivel del Individuo	122
2.4.11.3.3. Modelos Cognitivos	123

2.4.11.3.4. Modelos de Tendencia o Calidad	124
2.4.11.3.5 Modelo de las Creencias Sobre la Salud.	124
3. PROYECTO DE INTERVENCIÓN	126
3.1 OBJETIVOS	126
3.1.1 General	126
3.1.2 Específicos	126
3.2 POBLACIÓN	127
3.3 METODOLOGÍA	127
3.3.1 Intervención Médica	127
3.4 INTERVENCIÓN EDUCATIVA	128
3.4.1 Sesiones Educativas	129
3.4.2 Aspectos estructurales de la Institución	148
BIBLIOGRAFÍA	149

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Diagnóstico Educativo	153
Anexo B. Autoestima	157
Anexo C. Heridas a la autoestima	167
Anexo D. Autoestima - sentimientos negativos y	168
Anexo E. Autoestima - sentimientos positivos -	169
Anexo F. SI YO PUDIESE SER	170
Anexo G. SOBRE EL AMOR PROPIO	171
Anexo H. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS	179
Anexo I. Uso del Condón	184
Anexo J. Diagnóstico Educativo de SIDA	186
Anexo K. Todo lo que usted debería saber acerca del SIDA	188
Anexo L. Técnicas para desarrollo de talleres	196

RESUMEN

TITULO: MODELO PILOTO DE INTERVENCIÓN PARA PREVENIR EL CONTAGIO DE VIH/SIDA EN POBLACIÓN JUVENIL CARCELARIA

AUTOR: MARIA SONIA ZAMBRANO RODRÍGUEZ

PALABRAS CLAVES: ITS, VIH/SIDA, Población juvenil carcelaria, intervención medico – educativa, uso consistente y correcto del condón, auto estima, auto conocimiento, mitos, creencias erróneas, ley 65/93.

DESCRIPCIÓN: El proyecto consta de dos partes a saber una intervención médica y otra educativa dirigida un grupo de jóvenes del Establecimiento Penitenciario y Carcelario de Bucaramanga, seleccionados (máximo 25 internos) teniendo en cuenta que sean altamente vulnerables a contraer ITS / VIH SIDA para lo cual se contará con la colaboración del equipo psicosocial y médico de la Institución; además del personal de internos que ejercen liderazgo al interior de las comunidades.

La primera fase o intervención médica constará de un examen médico general a cada interno vinculado al proyecto con práctica de examen de laboratorio para descartar o confirmar ITS, previa asesoría para VIH/SIDA, se hará el respectivo diagnóstico y seguimiento. La segunda fase o intervención educativa se desarrollará con el grupo a través de metodologías participativas, talleres, mesas redondas, etc, donde se abordarán temas de vital importancia para los jóvenes como son su autoconocimiento, autoestima, autoconcepto, manejo de sentimientos, ITS / VIH-SIDA, con énfasis en la prevención a través del uso consistente y correcto del condón, y los demás temas que resulten del test de conocimiento que se aplicará a la población objeto; para la cual se propone a los directivos del EPC facilitar el acceso de los condones, con el suministro de los mismos a través del expendio oficial, donde le son suministrados los artículos de primeras necesidades a la población reclusa dotación de los condones como parte del proyecto al personal de internos que sea seleccionado para la ejecución, como también el control en el ingreso de las trabajadoras sexuales, para efecto de las visitas conyugales al personal de internos. A la vez el proyecto estará acompañado de una campaña de información masiva a través de los medios de comunicación existentes al interior del EPC, emisora local, periódicos, murales o carteleros por comunidades y gaceta estudiantil sobre ITS VIH/SIDA y prevención a través del uso consistente del condón.

ABSTRACT

TITLE: TEST MODEL OF INTERVENTION FOR PREVENTING HIV/AIDS IN PRISON YOUNG POPULATION

AUTHOR: MARIA SONIA ZAMBRANO RODRIGUEZ

KEY WORDS: STI, HIV/AIDS, prison young population, medical-educative intervention, consistent and proper use of condom, self-esteem, self-knowledge, myths, wrong beliefs, Law 65/93.

DESCRIPTION: The project consists of two parts: The first one is Medical Intervention and the second one is Educative Intervention. It is addressed to a group of young people (25) from the Penitentiary and Prison Establishment of Bucaramanga. They have been chosen taking into account their high vulnerability of contracting STI, HIV/AIDS. For that reason we will count with the support of the Psychological and Medical Institution teams. Also, we will count with the inmates leaders.

The first phase or Medical Intervention, will consist of a general medical examination to each inmate. Also, a laboratory examination will be made to confirm or dismiss the STI, HIV/AIDS presence. After that, with previous consultancy, a diagnostic will be made.

The second phase of Educative Intervention, will consist of a general medical examination to each inmate. Also, a laboratory examination will be made to confirm or dismiss the STI, HIV/AIDS presence. After that, with previous consultancy, a diagnostic will be made.

The second phase or Educative Intervention, will be developed with this group through participative methodologies, workshops, round tables, etc. there will be discussed some important topics such as self-esteem, self-knowledge, self-concept, feelings management, the rest of the topics will be result of a test according to young priorities, and STI, HIV/AIDS, making emphasis in prevention through the consistent and proper use of condom. For such reason we will propose to the Penitentiary and Prison Establishment managers to facilitate the access to condoms through the official delivery where essential items are given.

Then, condoms will be delivered, as part of the project, the inmates who are chosen for the application. Also we will control the sexual workers incoming in the proper schedule. The project will be accompanied with a mass information campaign (about STI, HIV/AIDS, prevention through the consistent use of condom) through all the mass media inside the establishment such as radio stations, news papers, posters and students news papers.

INTRODUCCIÓN

Dada la naturaleza de la epidemia del SIDA, su impacto en la salud, en lo económico, en lo social y en lo político, así como por sus características epidemiológicas, se ha convertido en uno de los retos más grandes para la salud pública.

Doce años después de que se ha detectado el primer caso de lo que hoy se conoce como Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA, la enfermedad es ya una pandemia, su expansión junto con las demás ITS (Infecciones de transmisión sexual), continua y se les considera como el principal problema de salud al que se enfrenta la humanidad en los albores del siglo XXI.

“No se puede hablar del VIH/SIDA, como exclusivo de un sector poblacional, todas las personas estamos expuestas al virus, dependiendo de las conductas de riesgo que asumamos frente a la sexualidad. En Colombia el 97.5% ¹ de las personas que tienen el virus, lo han adquirido por vía sexual, y de las personas que lo adquirieron por esta vía, el 41.8% reportaron conductas homosexuales y el 24% bisexuales². Por eso, al hacer programas

¹ www.minprotecciónsocial.gov.co . Situación de la Epidemia por VIH/SIDA en Colombia.

² LANDER, R. Controlling Sexually transmitted Diseases”. Population Reports, Series L, N° 9. Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health. Population Information Program. (1993)

de prevención es importante abordar temas como la homosexualidad para establecer el tipo de riesgo de adquirir la infección de acuerdo con el tipo de prácticas que tenga una persona.

La población joven conforma un grupo especialmente vulnerable a adquirir ITS, VIH/SIDA, debido a que están iniciando su vida sexual activa a una edad más temprana, a su tendencia a buscar nuevas experiencias y a su desinformación en materia sexual. La mayoría de las personas que se encuentran infectadas con el VIH/sida se encuentran en el grupo etéreo comprendido entre los 20 y los 40 años; a esta edad se detectan los casos, pero la infección se adquirió en la adolescencia o en la juventud temprana.

La población carcelaria está considerada por ONUSIDA, como vulnerable y con alto riesgo de contraer ITS-VIH/SIDA, debido a la falta de información sobre el tema, al hacinamiento, a las condiciones poco higiénicas en las que se ven obligados a vivir los internos. Situaciones estas que hacen ver los medios de prevención, como insuficientes o nulos.

No hay en Colombia memorias que nos permitan determinar la prevalencia de las ITS- VIH/SIDA, en las cárceles colombianas y la referencia más cercana con respecto a esta problemática se ubica en los reclusorios de Brasil y de España; pero un hecho aparentemente aislado había de darnos

una voz de alerta frente a la evidencia de la gran operatividad de este flagelo en la población juvenil de la Cárcel Distrito Judicial de Bucaramanga.

Es así como en el mes de mayo de 2003, la oficina de Coordinación Médica del establecimiento, efectuó un tamizaje para prueba de VIH, en el cual arrojó un alto porcentaje de seropositivos en relación con el total de pruebas practicadas, especialmente con población joven. De esta realidad y del conjunto de factores identificados dentro del penal, los cuales contribuyen a hacer de esta población un grupo de riesgo con alto grado de vulnerabilidad ante las ITS-VIH/SIDA, se desprende la urgente necesidad de hacer un programa de intervención médico-educativa, para concientizar al personal de internos que se encuentran dentro de la población de alto riesgo y vulnerabilidad, que están expuestos al contagio, por los tipo y las prácticas de relaciones Sexuales sin ningún tipo de protección.

Se asume el reto de elaborar un modelo piloto de intervención para prevenir el contagio de VIH/SIDA, en la población juvenil carcelaria, mas aún cuando se reconoce el alto grado de vulnerabilidad. a que está expuesta por factores asociados al altísimo grado de hacinamiento y superpoblación, el encierro y aislamiento. Sumado a esto, las escasas condiciones higiénicas y de salubridad que promueven comportamiento muy complejos al interior de los establecimientos carcelarios, el contacto sexual entre los internos, resultan ser practicas sexuales riesgosas y desprotegidas, que hasta cierto punto, son

efectos del encarcelamiento y el escaso uso del condón, en espacios donde la reproducción de una subcultura machista no ha permitido mayores cambios de actitud.

Por lo anterior, uno de los ejes centrales del modelo de intervención para prevenir el VIH/SIDA es la educación, ya que en ausencia de una vacuna, la única forma de prevenir hoy en día el SIDA es la educación. Se puede afirmar que, incluso cuando se cuente ya con dicha vacuna, será indispensable seguir con programas permanentes de educación sobre ITS-VIH/SIDA, esta será una estrategia de prevención. Hoy en día la educación es una excelente vacuna contra el VIH/SIDA, pues si conocemos los mecanismos de transmisión del virus y tenemos la información necesaria, podremos hacer que se modifiquen ciertos comportamientos sexuales o adquirir las habilidades necesarias para influir sobre el comportamiento sexual de la pareja, la transmisión del VIH se detendrá y la epidemia SIDA llegaría a su fin, pero siempre acompañada de programas de educación, acceso y disponibilidad de condones.

A pesar que el único recurso preventivo a nuestro alcance es la educación y que ésta ha demostrado ser eficaz, existe aún gran resistencia de diversos grupos de la sociedad para que la educación sexual sea algo real dentro de los programas de prevención.

El Doctor Michael Merson, director ejecutivo del Programa Mundial sobre SIDA en su discurso pronunciado en el IX Congreso Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual y III conferencia Panamericana del SIDA, llevadas a cabo en Cartagena de Indias, en noviembre de 1993, expresó “...Es posible que tabúes o tradiciones religiosas o culturales impidan llevar a cabo campañas francas en medios de comunicación o en las escuelas sobre como evitar la transmisión de VIH, pero seamos realistas: lo que está en juego son vidas humanas; las de nuestro hijos entre ellas. Sencillamente tenemos que vencer nuestra negación y nuestras inhibiciones. Debemos reconocer la existencia de relaciones sexuales riesgosas y, en consecuencia, facilitar la información, las aptitudes y los medios para reducir los riesgos...”

Pero nunca es tarde para empezar a trabajar en prevención del SIDA, ni demasiado tarde para redoblar los esfuerzos en ese sentido. Tampoco es demasiado temprano para empezar a actuar. Las estrategias de prevención dirigidas a la población en general, contemplan la utilización de los medios masivos de comunicación, así como el acceso a la información de manera directa, ya sea a través de una línea de información telefónica o bien, mediante módulos donde esté disponible la información básica. Uno de los objetivos de la información en la población cuando las prevalencias son altas, como ocurre en la Cárcel Distrito Judicial de Bucaramanga, es la de alertar y sensibilizar a la población sobre la percepción del riesgo de adquirir el VIH y

sobre la importancia de respetar los derechos humanos de las persona que viven con el VIH/SIDA.

Para el caso de la población reclusa “población con prácticas de riesgo” es necesario considerarla de manera individual, a fin de implementar estrategias de comunicación que sean específicas y culturalmente apropiadas; es en este grupo donde la tarea es más ardua, ya que existe la necesidad urgente de trabajar en esta área, por el riesgo potencial de infectarse.

Con base en los antecedentes enunciados se procede a diseñar un modelo piloto de intervención para prevenir VIH/SIDA en la población juvenil de la cárcel del distrito Judicial de Bucaramanga, cuyos ejes de acción son dos: Una intervención médica y una intervención educativa.

Se plantea el diseño y ejecución del modelo piloto de intervención medico educativo para prevenir el contagio de ITS/VIH/SIDA en la población juvenil de la cárcel de Bucaramanga.

Así mismo,^o se pretende sensibilizar y alertar a la población sobre la percepción de riesgo de adquirir ITS. Seguido a esto, hacer valoración médica posterior a la intervención educativa y de salud para evaluar la

efectividad del programa de intervención a través del uso consistente del condón.

Además diseñar y ejecutar una campaña comunicativa educativa de medios que cubra a toda la población en general con el objeto de mejorar conocimientos, actitudes y prácticas en lo relacionado con ITS.

Finalmente proponer a la dirección del establecimiento la implementación de las medidas necesarias para garantizar la accesibilidad de condones dentro de la institución, ejercer control sobre el uso del mismo y control del ingreso de las trabajadoras sexuales.

1. JUSTIFICACIÓN

Como muchas otras instituciones en Colombia, el sistema carcelario se encuentra sumido en medio de una grave crisis, situación que es resultado de la conjunción de múltiples factores políticos, culturales y económicos.

El Establecimiento Penitenciario y Carcelario de Bucaramanga cuenta con una capacidad real para alojar a 650 internos y a la fecha, Abril del 2004, se encuentran reclusas un total de 1800 personas. Cifra que demuestra que existe un porcentaje de hacinamiento de un 276%, del cual más del 50% corresponde a la población joven.

Teniendo en cuenta la vulnerabilidad a que está expuesta la población carcelaria para el contagio de ITS/VIH en especial los jóvenes por factores como el hacinamiento, la prestación de los servicios básicos de salud e higiene son deficientes y por lo tanto la calidad de vida de los reclusos también. Así la insalubridad se convierte en un mayor riesgo para el contagio de ITS-VIH/SIDA; genera estrés, dificultades de adaptación y problemas psicológicos, pudiendo ocasionar la asunción de conductas de riesgo para la salud en los internos.

Las características de la población interna de la cárcel Distrito Judicial de Bucaramanga, además de que el 57% de los internos tienen edad entre los 18 y 39 años, el 10% no tiene ningún grado de escolaridad, el 57% tiene educación primaria incompleta, el 32% secundaria y el 1.6% estudios universitarios y/o profesionales. De acuerdo con lo anterior se hace evidente que el sistema concentra un grupo social vulnerable, que equivale a los más desfavorecidos socialmente con bajos niveles de educación y de estrato bajo.³

El Marco Legal en el sistema penitenciario, tanto en la Constitución, como el Código de Procedimiento Penal, garantizan los derechos de las personas reclusas en los diferentes centros carcelarios y penitenciarios, como lo consagra el Artículo 5 del Código Penitenciario y Carcelario (ley 65 de 1993) “El estado reconoce sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona...” de igual forma, le garantiza la integridad, el debido proceso y protección.

En términos de salud, el mismo código expone en su artículo 104, “El servicio de salubridad adelantará campañas de prevención e higiene, supervisará la alimentación suministrada y las condiciones de higiene laboral ambiental...”. Los servicios de sanidad y salud podrán prestarse directamente a través del

³ Estadísticas Oficina de Tratamiento y Desarrollo. Establecimiento Penitenciario y Carcelario de Bucaramanga. Marzo de 2004.

personal de planta o mediante contratos que se celebran con entidades públicas o privadas.

Entre los factores más relevantes para contagio de ITS, VIH/SIDA se puede destacar:

- Las relaciones sexuales homosexuales dentro de la institución, como producto del encarcelamiento⁴, las condiciones de encierro que generan de cierta forma pérdida de intimidad, el no poder satisfacer las necesidades sexuales y la pérdida de la relación con la pareja y amigos, pueden formar procesos de adaptación, lo cual se ha comprobado en este tipo de conductas.

- Debido a que la conducta sexual de los internos se ve modificada por la pérdida de las condiciones, para cada individuo en la ejecución sexual, se potencializan las conductas de riesgo y la posibilidad de infección por ITS-VIH, más aún cuando no se cuenta con elementos para la práctica del sexo más seguros como condones, que les permita a los internos sostener relaciones sexuales seguras dentro del penal.

⁴ Las cárceles y el Sida. ONUSIDA. Actualización Técnica del ONUSIDA. Abril de 1997.

- Adicionalmente el acceso recurrente de las trabajadoras sexuales en el interior del penal, contribuye a ampliar la cadena de infecciones de transmisión sexual.

- El ejercicio de la sexualidad dentro del establecimiento, se convierte entonces en una de las prácticas de mayor riesgo para la transmisión de las ITS/VIH, no solo en el interior del penal, sino en la población general con sus parejas durante la visita conyugal o íntima o una vez el detenido recupera la libertad.

- Otro de los factores que hace a esta población altamente vulnerable es que el 58% de población carcelaria es joven por lo tanto se espera que tengan comportamientos sexuales asociados a la búsqueda de nuevas experiencias y con poca o ninguna educación en materia sexual. La mayoría de las personas infectadas con VIH/SIDA se encuentran en el grupo comprendido entre los 20 y los 40 años; a esta edad se detectan los casos pero la infección se adquirió en la adolescencia o en la juventud temprana.

Por lo anterior es necesario elaborar un programa de intervención que ayude a contrarrestar los principales factores de riesgo para reducir el contagio de ITS/VIH/SIDA, dirigido especialmente a los grupos de mayor vulnerabilidad como lo es la población joven.

Se propone entonces el diseño de un Modelo Piloto de Intervención medico-educativo enmarcado por dos ejes principales la atención en salud y la educación. La atención en salud contemplará la atención médica individual para realizar un perfil salud de la población joven carcelaria, con énfasis en las Infecciones de Transmisión Sexual, posteriormente el tratamiento y el seguimiento de la condición de salud de la población intervenida.

En el eje educativo se abordarán los temas de afectividad, autoestima, salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, infecciones de transmisión sexual, especialmente el VIH/SIDA y finalmente desarrollar la habilidad para el uso correcto y consistente del condón en la población joven carcelaria.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 RESEÑA HISTÓRICA SIDA EN POBLACIÓN CARCELARIA

“La crisis carcelaria es un reflejo de cómo el estado ha sido incapaz de estructurar una política criminal coherente y con visión de largo plazo para prevenir el delito, castigar las violaciones a la ley penal y resocializar al delincuente”⁵. La desarticulación de las instituciones del estado Colombiano a las que corresponde la elaboración de las políticas en contra de la criminalidad, la publicación de códigos que no tienen impacto en la población carcelaria, porque no se ajustan, con base en estudios empíricos, a la tendencia y las características de la criminalidad, son también causa de esta crisis.

Otros analistas coinciden sobre los problemas del sector carcelario y en los errores que aún se cometen cuando se pretende corregir un problema multicausal mediante intervenciones en una sola de las causas; como por ejemplo, la construcción de infraestructura para ampliar la existente. Además, en esas soluciones se ha detectado por parte de los entes de vigilancia y control, Procuraduría y Contraloría Generales de la Nación, serios indicios de supuesta corrupción en el otorgamiento de contratos para la construcción de las obras y graves fallas en la calidad de los mismos.

Se considera que no se toman en cuenta otros factores como la violencia generalizada, al desempleo mayor al 20%, la recesión económica, los altos niveles de población con necesidades básicas insatisfechas, situaciones bajo

⁵ Cárceles: falta Estado. Fuentes Hernández, Alfredo. Director Ejecutivo Corporación Excelencia en la Justicia. Ámbito Jurídico, Academia, Foro, Justicia año 2. Septiembre de 2000, Número 11.

las cuales actualmente se halla nuestro país, como factores sociales o circunstancias que aumentan la criminalidad y por ende la demanda de sitios de reclusión.

La incapacidad para procesar a los criminales y el alto y vergonzoso índice de impunidad son indicadores de la urgente necesidad de reestructurar el sistema judicial y carcelario. Además estos son evidentes indicadores de la pérdida de poder del estado frente a la delincuencia, la violencia y el narcotráfico en nuestro país.

2.2 RESEÑA HISTÓRICA ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO Y CARCELARIO DE BUCARAMANGA

El establecimiento penitenciario y carcelario de Bucaramanga, conocida comúnmente con el nombre de Cárcel Modelo, comenzó a funcionar desde 1908 en una antigua casona ubicada en el barrio la Concordia en un lugar donde hoy son los talleres de reparación mecánica del departamento de Santander.

Con el crecimiento de la ciudad y de la población carcelaria, se hace inminente, la necesidad de poseer un lugar arquitectónicamente acorde para la convivencia humana de los reclusos. Entonces comienza en la década del 50 la construcción de un nuevo centro penitenciario, en un predio de la calle 45 entre carreras 4 y 6 del Barrio Alfonso López.

Allí fueron construidos los primeros pabellones: el uno y el dos con total de 120 celdas, donde fueron albergados 250 internos, los que se alimentaban con la comida enviada por el rancho de la Concordia, ya que allí no funcionaba, aún el rancho, situación que continuó hasta 1961.

El 10 de marzo del citado año se inicia la remisión de los 550 reclusos restantes de la concordia para entrenar los patios, 3, 4, 5, 6 y 7 construidos con una capacidad para albergar a 650 privados de la libertad.

El traslado y la remisión se prolongan hasta el mes de mayo cuando se organizó el rancho penitenciario, siendo el director Belisario Cobos Duarte.

El régimen disciplinario incluía el trabajo obligatorio razón por la cual los mismos reclusos contribuyeron en gran parte a la construcción de la cárcel.⁶

Actualmente la cárcel Distrito Judicial de Bucaramanga ubicada en la calle 45 No.6 -75, barrio Alfonso López. Tiene una capacidad instala para albergar 650 pero tiene 1800 internos con un hacinamiento 277%.⁷

2.3 MARCO LEGAL PENITENCIARIO

Tanto la Constitución, como el Código de procedimiento penal garantizan los derechos de las personas reclusas, que en ningún momento pierden sus derechos humanos, como se consagra en el artículo 5 "El Estado reconoce sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona...". De igual forma, se garantiza la integridad de las personas, (artículo 12 "Nadie será sometido a desaparición forzada, a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes."), el debido proceso y la protección de los derechos del sindicado o condenado.

⁶ VILLAMIZAR, Carmenza. Reestructuración de la sección de asistencia social en la cárcel del Distrito Judicial de Bucaramanga. Proyecto de grado 1988.

⁷ Op Cit.

El Código de Procedimiento Penal, por otro lado, establece que todo sindicado privado de su libertad "tendrá derecho a recibir en el lugar de la reclusión un tratamiento acorde con el respeto a los derechos humanos, como los de no ser víctima de tratos crueles, degradantes o inhumanos" (artículo 408 código de procedimiento penal).

Por otro lado, la Ley 65 de 1993 (Código penitenciario y carcelario), se encarga de reglamentar el tratamiento integral a los reclusos como también la estructura penitenciaria y carcelaria de Colombia, en su artículo 3 cita que en los centros de reclusión no existirá ningún tipo de discriminación atendiendo a las características personales del recluso; el artículo 5 dispone el respeto a la dignidad humana, afirmando "en los establecimientos de reclusión prevalecerá el respeto a la dignidad humana, a las garantías constitucionales y a los derechos humanos universalmente reconocidos. Se prohíbe toda forma de violencia física, psíquica o moral. A pesar de esto, en la mayoría de centros de reclusión se observan tratos indignos y discriminatorios y las autoridades son incapaces de proteger la integridad física o moral de los reclusos.

En términos de salud, la Ley expone en su artículo 104 "el servicio de sanidad adelantará campañas de prevención e higiene, supervisará la alimentación suministrada y las condiciones de higiene laboral y ambiental (...). Los servicios de sanidad y salud podrán prestarse directamente a través del personal de planta o mediante contratos que se celebren con entidades públicas o privadas".

Por otro lado el decreto 2376 del 17 de junio de 1997 avala en el parágrafo del artículo 2 que las intervenciones terapéuticas individuales y/o grupales serán consideradas como educación informal siempre que sean avaladas por la Subdirección de Tratamiento y Desarrollo del Instituto Nacional

Penitenciario (INPEC). Por lo tanto, compete al INPEC la prestación de servicios de salud, incluyendo tratamientos, exámenes clínicos e intervenciones. Estos servicios los presta directamente o a través de convenios con otras entidades.

En su informe de 1999 para Colombia, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos OEA, aludió a su artículo 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos el cual es aplicable a las personas privadas de la libertad, y establece el derecho de todas las personas “a que se respete su integridad física, psíquica y moral”, el cual constituye el fundamento válido para establecer un tratamiento digno y acorde a las necesidades culturales, sociales, educativas y de salud pertinentes a un ser humano. Por lo tanto, se prohíbe la tortura y el castigo o trato cruel, inhumano o degradante. Este mismo artículo establece garantías adicionales para las personas privadas de su libertad, sobre la base del principio fundamental de que “toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano”.

2.4. MARCO TEORICO

2.4.1 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Sida. El SIDA es considerado como el principal problema de salud al que se enfrenta la humanidad actualmente⁸. En 1981 se diagnosticó el primer caso, en este año se calculó que existían en el mundo aproximadamente 100.000 personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)⁹. Para mediados de 1993 la Organización Mundial de al Salud calculó que el número de

⁸ Consejo Nacional de Población CONAPO – FNUAP. Antología de la Sexualidad. Tomo III. México: 1994,. p. 451 - 491.

⁹ MASUR, H., Michelis. M.A., Greene J.B., et al. “An outbreak of community acquired Pneumocystis carinii pneumonia”. 1981 N. Engl J. Med. Vol. 305, p. 1431 – 1438.

personas infectadas en el mundo superaba los 14 millones. Para la primera década del siglo XXI el impacto será aún mayor, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) estima que una persona adquiere la infección cada 15 segundos, dando como resultado poco más de 5.000 personas infectadas por día, y que habrá cerca de 40 millones de personas infectadas por el VIH a nivel mundial.

Durante los primeros años de la presencia de la infección, el conocimiento científico sobre el SIDA avanzó a pasos acelerados; se describieron las vías de contagio, el agente causal, las pruebas de laboratorio para diagnosticarlo, el espectro clínico del padecimiento y los primeros agentes antivirales con actividad contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Hoy se conoce más acerca del agente etiológico del SIDA, el VIH, que de ningún otro virus, y además se cuenta con métodos eficaces para prevenir su transmisión. Sin embargo, la epidemia continúa avanzando con mayor fuerza que nunca. La razón fundamental que explica esta paradoja es el hecho de que el SIDA, siendo esencialmente una enfermedad de transmisión sexual, requiere de cambios en la conducta sexual de las personas para impedir su contagio.

2.4.2 Etiología “El agente causal del SIDA es un retrovirus humano actualmente llamado Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Pertenece a la subfamilia de los lentivirus citopáticos no transformadores; estos virus se caracterizan por producir padecimientos lentamente progresivos e invariablemente fatales en los que ocurren alteraciones neurodegenerativas, inmunodeficiencia progresiva o ambas. Existen dos tipos de VIH, el VIH-1 y el VIH-2. El virus prototipo es el VIH-1, responsable de la mayoría de los casos de SIDA en el mundo. El VIH-2, ha sido aislado principalmente de pacientes con SIDA al oeste de África y en casos aislados de SIDA en los Estados Unidos y Europa. Existen diferencias clínicas entre la infección causada por el VIH-1 y aquella causada por el VIH-2; de ellas, las más

relevantes son la menor eficiencia de transmisión del VIH-2 y su mayor período de latencia antes del desarrollo del cuadro clínico de SIDA.”¹⁰

Estructuralmente el VIH es similar a otros retrovirus y se caracteriza por la presencia de un nucleóide cilíndrico denso, un genoma de ARN y la presencia de la enzima transcriptasa reversa. El genoma del VIH-1 contiene poco más de 9 kb que codifican, cuando menos a nueve genes. Estos incluyen los productos retrovirales característicos, *gag*, *pol* y *env*, así como seis genes adicionales llamados *vif*, *vpr*, *vpu*, *tat*, *rev*, y *nef*. El gen *gag* codifica a las proteínas centrales del virus, el gen *pol* codifica a tres enzimas, una polimerasa o transcriptasa reversa, una proteinasa y una integrasa y el gen *env* codifica a la glucoproteína viral gp120 que es la que se une a la molécula CD4 en la célula blanco. Los otros genes son de tipo regulatorio e incluyen: *tat* que codifica a un fuerte activador positivo de la transcripción, *nef* que codifica a un débil modulador negativo de la transcripción y cuya presencia parece ser necesaria para la patogénesis “in vivo”, *rev* que codifica a una proteína que regula el procesamiento del ARN viral, *vif* que codifica a un facilitador de la infectividad viral, *vpu* codifica a una proteína que facilita el ensamblaje viral y *vpr* cuya función se desconoce. Si bien este genoma parece simple, en realidad posee gran complejidad así como la capacidad de expresión variable y variabilidad lo que sin duda son atributos importantes que juegan un papel importante en el establecimiento de infección persistente y gran latencia clínica característica de la infección por el VIH.¹¹

Los efectos inmunopatogénicos de la infección por el VIH se deben al efecto de este virus sobre células que tienen la molécula CD4 en su superficie. Esta molécula funciona como un receptor de membrana de alta afinidad para

¹⁰ Ibid

el virus. Los linfocitos T- cooperadores (células T CD4 +) son células que tienen la mayor expresión de la molécula CD4 en su superficie, pero no son las únicas ya que este receptor se ha encontrado también en algunos monocitos y macrófagos y algunas células nerviosas y de la glia¹².

Una región de la glucoproteína viral de superficie (gp120) de particular interés para los investigadores es la tercera región hipervariable (V3). Esta región, compuesta de 35 aminoácidos, tiene forma de asa debido a la presencia de uniones disulfuro. La región V3 parece ser importante en la inmunopatogénesis (fusión del virus con la célula blanco, tropismo celular, etcétera) así como en la respuesta inmune contra el virus por lo que una de las regiones del virus de mayor interés en el diseño de vacunas.

2.4.3 Transmisión El VIH ha sido aislado en diversos tejidos y líquidos corporales, sin embargo, se puede afirmar que son solo tres las posibles vías de transmisión del VIH: mediante contacto sexual o con las secreciones genitales de una persona infectada; por medio de sangre, componentes sanguíneos o trasplantes de tejidos infectados; o por vía perinatal de una madre infectada a su hijo¹³. Recientemente se ha demostrado que la leche materna infectada es capaz de transmitir la infección al lactante.

Existe evidencia contundente de que no ocurre transmisión del VIH por contacto casual. Por ello se afirma que el VIH no se transmite por saliva o lágrimas, ni por el contacto derivado de la convivencia cotidiana no sexual que ocurre al compartir utensilios de comida, baños, rasuradoras y máquinas de afeitar o a través de besos y caricias mutuas¹⁴.

¹¹ Ibid.

¹² Ibid.

¹³ QUINN, T.C. (1992). "Epidemiologic trends in HIV infection » Current Opinion in Infect Dis Vol 5. p. 189 – 200.

¹⁴ ROGERS, D.E. Gellin, B.G. (1990) "The bright spot about AIDS: it is very tough to catch". AIDS. Vol. 4, p. 695 – 696.

Por otro lado todo tipo de relación sexual sin la utilización de una barrera protectora como un condón de látex conlleva cierto riesgo de infección. Sin embargo, existe una gran variabilidad en la eficacia de la transmisión, dependiendo de si se trata de coito anal, vaginal u oral. De todos los tipos de coito el anal receptivo es el que resulta de mayor riesgo. Tanto el anal insertivo como el coito vaginal tienen un menor riesgo; pero sólo se trata de probabilidades de contagio. Existe la posibilidad de que éste ocurra en el primer contacto sexual aunque sea de “relativo bajo riesgo”. Al igual que en otras infecciones de transmisión sexual la eficiencia de transmisión es mayor del hombre a la mujer y la presencia de otras infecciones de transmisión sexual, en particular úlceras genitales, aumenta significativamente el riesgo de contagio.

Ha existido algo de discusión sobre si el sexo oral es capaz de transmitir el VIH; sin embargo, hoy en día se acepta que esta es una posible, si bien es poco frecuente esta forma de contagio.¹⁵

La manera más eficiente de transmisión del VIH es mediante la transfusión de sangre y de órganos infectados trasplantados. Más del 95% de las personas que se han expuesto al VIH por alguno de estos mecanismos han adquirido la infección. Tras medidas de salud pública instituidas en varios países del mundo han disminuido considerablemente el riesgo de adquirir hoy en día la infección por VIH mediante transfusión de sanguínea, estas son: realizar la prueba de detección de VIH a toda unidad de sangre o posible donador de un órgano a transplantar; la autoexclusión de potenciales donadores en base a prácticas de riesgo y el tratamiento mediante calor de concentrados de factores de la coagulación.

¹⁵ ROZENBAUM, W., Gharakhanian, S., Cardon, B., Duval, E., Coulaud, J.P. (1988). “HIV Transmission by oral sex”. Lancet. Vol 8599, N° 1, p. 1395.

Otra forma de contagio de gran eficiencia es mediante la reutilización de jeringas o guías de inyección que se encuentran contaminadas. Este tipo de contagio se observa en usuarios de drogas intravenosas y en situaciones de reutilización de agujas entre pacientes de un hospital o clínica.

El riesgo de contagio para el hijo de una madre infectada por transmisión perinatal se calcula que es de 25 a un 30% y una vez que el niño ha nacido, es posible que ocurra contagio mediante la lactancia a través del seno materno.

2.4.4 Patogénesis e historia natural La historia natural de la infección por el VIH se puede dividir en tres etapas clínicas: una etapa aguda que representa la infección primaria, una etapa crónica en la que existe una aparente latencia clínica con mínimas alteraciones clínicas e inmunológicas detectables y una etapa de crisis o final que se caracteriza por una inmunodeficiencia grave.

La primera etapa o de infección aguda ocurre hasta en un 30% de los pacientes poco después de la infección viral y se caracteriza por un cuadro clínico tipo de mononucleosis infecciosa. Durante esta etapa hay importante viremia y se calcula que cerca del 1% de los linfocitos T CD4+ circulantes pueden llegar a infectarse observándose una disminución de la cuenta de linfocitos T CD4+. ¹⁶ No se sabe si esta disminución es debida a pérdida o redistribución de linfocitos. Conforme cede el cuadro clínico de la infección aguda ocurre la aparición de una respuesta inmune contra el virus. Es posible entonces detectar la presencia de anticuerpos contra el VIH. La cantidad de virus presente en la circulación disminuye a niveles casi no detectables y el paciente entra en una etapa asintomática o de “latencia”.

¹⁶ ANDROS, J.K. Fleming. D.W. Hargar, D.R., Y Cols (1990). 2Partner notiviation: Operational conside rations”: International Journal. of STD & AIDS. Vol 2 N° 6. p. 411-415

Este periodo asintomático puede durar varios años (mediana de 10 años) antes de que el paciente entre a la tercera etapa o de inmunodeficiencia.

Los estudios más recientes sobre la etapa de latencia han demostrado que si bien se trata de una latencia clínica y que la viremia es mínima (se calcula que uno de cada 104 a 105 linfocitos T CD4+ circulantes se encuentran infectados en esta etapa), en realidad no hay latencia desde el punto de vista microbiológico ya que persiste replicación y expresión viral, particularmente en los centro germinales de los ganglios linfáticos.¹⁷

Durante la tercer etapa o de inmunodeficiencia la viremia aumenta de manera importante y el número de linfocitos T CD4+ circulantes infectados aumenta a más del 1 por ciento.

A lo largo de la infección por el VIH ocurre una disminución progresiva de los linfocitos T CD4+. Esta pérdida de linfocitos cooperadores se calcula que es, en promedio, de 40 a 80 células por año.

El tiempo que transcurre desde la infección por el VIH hasta el desarrollo de SIDA varía, dependiendo de la edad a la que se adquirió la infección. En hombres homosexuales y hemofílicos la mediana es de 9 a 10 años;¹⁸ en contraste, la mayoría de los niños que adquieren la infección por vía perinatal desarrollan SIDA en los primeros dos años de vida. En pacientes que adquieren la infección por transfusión de sangre o componentes, el periodo de incubación parece ser un poco menor que el que se observó en hombres

¹⁷ POTTERART, J.J., Meheus, A. GALLAWAY, J. (1991). "Partner notification: can it Control epidemic Syphilis?" Ann Intern med. Vol 112. p. 539 – 543.

¹⁸ MOOS, G. B., Kreiss. J.K. "The Interrelations ship between human immunodeficiency virus and other sexually trasmitted diseases". Med. Clin. North Am. Vol 77: 1990. p. 16-17, 1660.

homosexuales pero también se observa la misma variabilidad dependiendo de la edad en que ocurrió la transfusión.¹⁹

2.4.5 Definición de SIDA La primera definición de SIDA fue establecida por el CDC (Centres for Disease Control and Prevention; Atlanta, Ga EUA) en 1982 haciéndose revisiones de la misma en 1985, 1987 y 1993. Esta última revisión tuvo por objeto ampliar lo más posible la definición operacional de caso de SIDA, al incluir una cuenta de linfocitos T CD4+ con el fin de conocer mejor el impacto real de la infección por el VIH toda vez que la historia del padecimiento se ha modificado mediante el uso de antivirales así como la profilaxis primaria de infecciones oportunistas²⁰. Así mismo se incluyeron tres padecimientos no considerados antes, el carcinoma cervicouterino invasor, la neumonía recurrente y la tuberculosis pulmonar ya que su prevalencia es mayor en personas con infección por VIH.

A nivel mundial la Organización Mundial de la Salud “OMS”, ha buscado establecer una definición más práctica que la propuesta por el CDC ya que la disponibilidad de recursos en gran número de países afectados por la epidemia, en particular en el continente Africano, no permite realizar los diagnósticos necesarios para tener un diagnóstico de certeza de “caso SIDA” de acuerdo con la definición de CDC.

Como ya se ha comentado el tiempo que transcurre entre la infección por el VIH y el desarrollo del SIDA es muy largo. Los estudios disponibles sugieren que al cabo de 10 años de adquirida la infección, el 54% de los infectados

¹⁹ DEMUYLDER, X y Cols. “The role of Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis in pelvic inflammatory disease and its sequelae in Zimbabwe”. J. Infect. Dis. Vol 162. N° 2. p. 501 – 505.

²⁰ GAIL, M.II., Roseberg, P.S., Goedert, J.J. (1990). “Therapy may explain recent deficits in AIDS incidence”. J. AIDS, Vol 3. p. 296-306.

habrán desarrollado SIDA.²¹ Por ello, conocer el número de casos de SIDA no es un reflejo de lo que está actualmente ocurriendo en la dinámica de la transmisión del VIH sino que es una fotografía de lo ocurrido hace aproximadamente 10 años. Esto siempre deberá tomarse en cuenta cuando se hagan recomendaciones y se realicen acciones tendentes a controlar la epidemia.

2.4.6 Diagnóstico El diagnóstico de la infección por el VIH se realiza mediante la detección de anticuerpos contra el virus en sangre²². Recientemente se está valorando la detección de anticuerpos contra el VIH en otros líquidos corporales tales como saliva, líquido crevicular²³ u orina; sin embargo en la actualidad sólo se aceptan para el diagnóstico las pruebas realizada en sangre (suero o plasma). Los estudios serológicos para la detección de anticuerpos contra el VIH en la muestra estudiada mientras que las pruebas suplementarias sirven para determinar si los anticuerpos encontrados inicialmente son efectivamente específicos para el VIH.

Las pruebas del escrutinio más utilizadas son las de aglutinación de partículas y las de ensayo inmunoenzimático (ELISA). Su sensibilidad y especificidad es variable, sin embargo, las más recientes que utilizan antígenos recombinantes o péptidos sintéticos tienen una muy elevada sensibilidad (superior al 99.7%) y especificidad (superior al 98.5%). Sin embargo, la utilidad diagnóstica de cada una de estas pruebas en una población particular depende de la prevalencia de la infección por VIH en

²¹ GRSHMAN, K.A. Rolfs "Diversing gonorrhea and syphilis trends in the 1980: Are they real? Am. J. Publ. Health. Vol. 81 N°. 10 p. 1263 – 1267.

²² SLOAND, E.M., Pitt, E., Chiarello, R.J., Nemo, G.J. (1991). "HIV testing.. State of the art". JAMA, Vol. 226, N° 20: p. 2861 – 2866.

²³ SOTO-RAMÍREZ. LE., HERNÁNDEZ-GÓMEZ, L., Sifuentes-Osornio, J., et al (1992). Detection of specific antibodies in gingival crevicular transudate by enzyme-linked immunosorbent assay for diagnosis of human immunodeficiency virus type 1. J. Clin Microbiol. Vol. 30. 2780-2783

cada población²⁴. De esta manera, cuando se utiliza una sola prueba de escrutinio en una población con muy baja prevalencia de infección por VIH la probabilidad de que una persona esté en realidad infectada al obtener un resultado positivo (valor predictivo positivo de la prueba) es muy baja ya que la mayoría de los que resulten positivos no estarán en segunda prueba de escrutinio para volver a probar todos aquellos que resultaron positivos en la primera prueba en esa submuestra la prevalencia se ha aumentado de forma importante.

La prueba suplementaria más comúnmente utilizada es la inmuno-electrotransferencia (o prueba de Western Blot). Esta prueba es de una alta sensibilidad y especificidad (cercanas al 100%); sin embargo, es un estudio caro y técnicamente difícil. Aunque existen diversos criterios para definir cuándo un Western Blot es positivo, los más utilizados son los del CDC que considera como positivo a todo suero que tiene reactividad en dos de las siguientes bandas: gp24, gp41 o gp 120/160.²⁵ Un suero reactivo en otras bandas o sólo es reactivo en una de las bandas antes mencionadas se considera como “indeterminado”. Existen otras pruebas suplementarias, como son la inmunofluorescencia y la radioinminoprecipitación; estas también ofrecen una muy alta sensibilidad y especificidad.

En la actualidad, la estrategia recomendada para el diagnóstico de infección por VIH es realizar una prueba de escrutinio, y en caso de ser positiva, repetirla y posteriormente realizar una prueba confirmatoria. En la actualidad se están llevando a cabo estudios, para ver si es posible el prescindir de pruebas confirmatorias para el diagnóstico de infección de VIH.

²⁴ Center for Disease Control (1990). “MMWR update: serologic testing for HIV – I”. MMWR Vol. 39, p. 380 – 383.

²⁵ Center for Disease Control (1989) interpretation and use of the Western Blot assay for serodiagnosis of human immunodeficiency virus type I infections”. MMWR Vol. 38, p. 1 – 7.

Un concepto importante de mencionar es el de “ventana serológica”. Este periodo ocurre antes de la seroconversión y corresponde al tiempo entre la infección viral y el desarrollo de anticuerpos específicos identificables mediante las pruebas mencionadas. Una persona que se encuentra en esta etapa de ventana serológica es ya infectante; por ello se ha hecho un gran esfuerzo tecnológico para poder identificar a personas en esta etapa mediante pruebas de laboratorio. Hoy en día es posible detectar anticuerpos mediante pruebas de ELISA de segunda o tercera generación a partir de 12 semanas de ocurrida la exposición al VIH.

2.4.7.1 Por qué de la Asesoría en la Infección Por VIH/SIDA La asesoría se ha convertido con el transcurso del tiempo²⁶, en una herramienta de trabajo sumamente útil en múltiples campos del área de salud, de modo que se puede y debe efectuar con personas aquejadas por diversas dolencias, como: diabetes, hipertensión, colostomías, cirugía reconstructiva, etc.. Existen entonces, algunas consideraciones por las cuales se debe emplear en personas con infección por VIH o con SIDA como son:

2.4.7.2 Tendencia hacia la fatalidad Tanto la infección por VIH como el SIDA son situaciones generadoras de conflictos o agresiones en todos los campos del quehacer humano, ya que confrontan al individuo con su finitud, lo que desencadena una serie de amenazas de naturaleza interna al sujeto, como: sentido de la vida, sentido del dolor y sufrimiento, existencia de un ser superior, culpa, castigo, etc. Esto constituye un *duelo* que debe ser elaborado de una manera constructiva, de forma que le permita al ser, continuar su proceso de crecimiento y desarrollo.

²⁶ www.onusida.org.co/vulnerabilidad.thtn

Por otro lado, el paciente, su pareja y su familia, deben llegar a lograr niveles de ajuste en todos los campos, encontrando nuevas formas de expresión y de vida, cambios que deben propender por ser adecuados y significativos.

2.4.7.3 Ausencia de cura”²⁷ En los albores del siglo XXI, la ciencia médica se encuentra abocada al mismo paradigma de nuestros antecesores: se está en capacidad de curar muy pocas enfermedades. Es por eso que cobra vigencia el aforismo de los viejos maestros de la medicina: el médico cura muy pocas veces, alivia algunas, pero acompaña siempre. Con esto se quiere puntualizar que el hecho de ausencia de cura en la infección por VIH, constituye en un factor de *desesperanza* que podría contribuir negativamente en el estado de salud posterior del infectado y aún de su grupo social.

2.4.7.4 Proceso infeccioso. Uno de los problemas que viven el paciente, la familia y/o pareja y equipos de salud, se relaciona con la naturaleza transmisible de la enfermedad. Ello implica conflictos de la persona consigo misma y potencialmente desarrollo de actitud derrotista y estigmatizadora expresada potencialmente bajo la siguiente postura: todo lo que tocaba el rey Midas, se volvía oro; yo soy Sadim, todo lo que toco, lo infecto o lo daño.

En la base de este tipo de idea se encuentra el hecho que el acto de amor se transforma muchas veces para el infectado, en acto de destrucción.

2.4.7.5 Edad de la población más afectada Los grupos etáreos mas afectados son los que se encuentran entre los 15 a los 49 años, evidentemente uno de los momentos de mayor productividad económica en nuestro medio.

²⁷ Ibid

2.4.7.6 Temores Personales y Sociales²⁸ Los temores, la ansiedad y la depresión se han visto claramente relacionados con la disminución de la respuesta inmune²⁹. En referencia a los temores sociales, existe una doble vía:

La primera de ellas es por parte del paciente hacia el colectivo, relacionada con la presencia de discriminación, rechazo y aislamiento.

En segundo lugar se tienen los temores del colectivo hacia el paciente. Esta circunstancia se expresa, entre otras cosas, como rechazo de la comunidad a la presencia de sitios de tratamiento, intentos de destrucción de viviendas de personas infectadas, entre otras.

2.4.7.7 Información Errada, Incompleta o Conflictiva La desinformación en el campo de la infección por VIH y el SIDA parece ser más la regla que la excepción. Las fuentes de información con que cuenta la población general son básicamente los chismes cotidianos, chistes verdes y las publicaciones amarillistas.

Existen múltiples eventos relacionados con la enfermedad que pueden ser prevenibles. En el curso de una asesoría el miembro del equipo de salud puede detectar o identificar situaciones que a corto plazo, vayan a generar daño en el consultante o en su entorno.

2.4.7.8 Atomización del Paciente El desarrollo de la tecnología, sumado al conocimiento minucioso de aspectos científicos, ha conducido a la aparición de especialidades y subespecialidades; la consecuencia inmediata

²⁸ Ibid

²⁹ BAYÉS, R. SIDA y Psicología. Barcelona: Editorial Martínez Roca.: 1995.

es que el consultante comienza a ser visto como un agregado de órganos, funciones y patologías. No resulta extraño que un especialista formule un medicamento y otro especialista que atiende al mismo paciente, lo considere como contraindicado.³⁰

2.4.7.9 La Persona del Asesor y sus Características Principales³¹. La asesoría está inextricablemente unida al cuidado de salud; es en ese sentido en el que todo profesional de la salud que tiene pacientes a su cuidado es en realidad un "asesor". Sin embargo, al tocar el tema de la asesoría, una de las preguntas fundamentales que surge es: ¿Quién es la persona que la efectúa?³²

De manera tradicional, las intervenciones sobre un paciente o consultante por parte del personal de salud que puedan tener un efecto en la esfera mental o actitudinal, se dejan *del todo* para que la hagan las personas con entrenamiento en psicoterapia o los especialistas en psicología o psiquiatría.

Dado que la *asesoría* no es, estrictamente hablando, una forma de *psicoterapia*, los conocimientos necesarios de salud mental son los que se imparten en cualquier programa de formación universitaria en ciencias de la salud; las calificaciones para enfrentar una asesoría se relacionan *básicamente* con los siguientes campos:

Conocimientos generales amplios y suficientes sobre la infección y tener la capacidad de traducir todo ese conocimiento a un lenguaje cotidiano,

³⁰ MANN, J.M. "AIDS – The Second decade: a global perspectiva". J. Infect Dis. 1992. Vol 165. p. 245 – 250

³¹ Ibid

³² Ibid.

comprensible y coloquial, elemento de gran importancia para el establecimiento de un contacto empático.

Conocimientos sobre asesoría en infección por VIH y el SIDA, específicamente hablando que no es un acto empírico sino que se relaciona con técnicas específicas de intervención, que pueden ser desarrolladas en el marco de una actividad académica de aprendizaje y entrenamiento, a cargo de personas con conocimiento y experiencia.

Características individuales específicas en estructura psíquica y relaciones interpersonales, habiendo el asesor *trabajado* en sí mismo, conceptos relacionados con sexualidad, elección de pareja, muerte, dolor, sufrimiento, sentido de la vida y de la muerte, de manera que frente a estos temas su *conflicto interno* sea el menor posible para no cargar al consultante con los conflictos propios de él y con los del asesor.

Es esencial el contar con capacidad empática, entendida esta como la capacidad de darse cuenta de los sentimientos de otros. Necesita calidez y calidad humanas para enfrentar una relación que exige involucrarse mas no comprometerse; abierto al diálogo y con habilidades de comunicación; consistente consigo mismo en conocimientos y estilo de vida; alto nivel ético pero con posibilidad de excluir los juicios morales y de valor dentro de la relación con el paciente. Es importante que en una situación de asesoría, se parta de los valores y estructura ética del consultante, no las del asesor.

Disposición voluntaria y deseo personal de trabajar en éste campo. De lo contrario, esto no conduce sino a malestar fuerte y daño serio en el trabajador de la salud y en la persona asesorada, contribuyendo aún más al

desarrollo del Síndrome de Desgaste³³ y a la agresión potencial hacia el consultante.

Posibilidades de trabajar en equipo y de dejar de lado la autosuficiencia personal para recurrir a la acción multidisciplinaria en el momento en que lo requiera.

Competencia cultural: quiere decir que el asesor se encuentra en capacidad de comprender diversos marcos *culturales y subculturales*, y que conoce, aunque sea de forma superficial, los ritos, creencias, tradiciones, hábitos, valores, etc., de determinada cultura. Para lograr ser *competente culturalmente* hay que transitar un camino interior que le permita a la persona pasar desde los extremos de la *intolerancia* característicos del genocidio, racismo, fanatismo, ghettos de aislamiento, prejuicios, hacia la búsqueda del desarrollo personal de tolerancia étnica y conciencia cultural que desemboquen en una adecuada competencia cultural.

2.4.7.10 Principales Momentos en la Asesoría y sus Objetivos”³⁴ Se ha dicho que la **asesoría** en la infección por VIH y el SIDA es una intervención *longitudinal* y no necesariamente *transversal*; sin embargo, por lo que a la legislación colombiana respecta, (Decreto 1543 de junio de 1.997) se puntualizan dos momentos de asesoría: ***pre-prueba y post-prueba***.

Este concepto pretende asegurar que la decisión de realizarse una prueba presuntiva o diagnóstica sea autónoma, voluntaria, consciente y generadora

³³ BURGUESS, A.W. Baldwin. Crisis intervention theory and practice. Englewoods Cliffs: Prentice Hall, 1981.

³⁴ Ibid

de cambios comportamentales del posible infectado o del no infectado que necesita mantenerse en ese estado.

Comprendiendo el interés del legislador, se considera que existe un tercer momento que no puede ser descartado durante el proceso: ***asesoría de seguimiento***.

2.4.7.11 Asesoría Pre-test Cuando se habla de una asesoría pre-test, en realidad no se pretende decir ***una*** sino que podría ocurrir que se trate de *varias sesiones* para lograr el cumplimiento de los objetivos propuestos.

La asesoría pre-test responde a tres objetivos básicos:

Asegurarse que la decisión de la prueba de laboratorio se basa en el *conocimiento* de las implicaciones personales, médicas, laborales y sociales que pueden derivarse de la misma.

Brindar preparación para un posible resultado positivo.

Suministrar información para disminuir el riesgo de infección, en el caso de un resultado consistentemente negativo, lo cual implica una búsqueda de cambio de actitud en el consultante.

Conocer lo mas ampliamente posible al paciente en cuanto a su información respecto a la infección por VIH y el SIDA y sus respuestas frente a los conflictos y crisis previas.

Los puntos a tratar en una asesoría pre-test son independientes de si la solicitud de la prueba de anticuerpos para VIH ha sido *prescriptiva o voluntaria*, es decir, si ha sido por indicación médica o por solicitud personal. A pesar de las diferencias entre cada uno de los pacientes y entre cada

sesión de asesoría, en términos generales, en la sesión inicial deben considerarse los siguientes puntos:

Dentro de las limitaciones de tiempo asociadas con "rendimientos de consulta" de cada institución, se deberá tomar el tiempo necesario para entablar una comunicación humana con el paciente.

Discutir los elementos de confidencialidad y su significado.

Investigar las motivaciones del paciente para la consulta y/o la prueba (si es voluntaria), o informar las razones que tiene el equipo de salud para haber solicitado una prueba (si es prescriptiva).³⁵

Brindar información sobre lo que *es* la prueba y sobre lo que *no es* la prueba.

Explorar los conocimientos que tiene el paciente acerca de la enfermedad. Aclarar o suministrar la información básica y necesaria en ese momento, sobre la infección o el síndrome. Utilizar lenguaje claro, cotidiano, comprensible, y llano para el paciente. Emplear ejemplos de la vida diaria o de otras enfermedades conocidas por el paciente.

Explicar el período de "ventana inmunológica" u "horizonte inmunológico" y su significado.

Explorar las consecuencias que para el paciente tendría el estar infectado por el VIH no solamente desde su visión como asesor sino también desde la óptica del paciente, al igual que las implicaciones de un resultado (+) en la vida de pareja, relación sexual, vida laboral, social y seguimiento médico.

³⁵ MILLER, R., BOR, R. AIDS. A guide to clinical Consulting.

Explicar los beneficios de la prueba bajo las circunstancias propias del paciente.

Establecer y reforzar el conocimiento que tiene el paciente sobre transmisión y prevención y estimular los comportamientos de sexualidad segura del consultante.

No dar nada por sobreentendido. Asegurarse que el paciente entiende el significado de cada una de sus expresiones y que está comprendiendo lo que se le expresa.

Explorar las posibles reacciones psicológicas adversas por parte del paciente en caso de un resultado (+) y plantear estrategias para poderles hacer frente, si se llegara a dar la situación.

Identificar las conductas de riesgo del paciente. Buscar opciones de cambio frente a las mismas (que no es lo mismo que pretender modificar su orientación sexual, lo cual, en ningún momento, constituye una meta para la asesoría). Recuerde que en prevención ya es valioso el hecho de disminuir el riesgo, sin pretender bajarlo a "0", probablemente eso es utópico.

Identificar la red de apoyo social (familiar, laboral, afectiva) con que cuenta el paciente y a la que se pudiera recurrir en caso de respuestas adversas.

Hacer arreglos para la cita de entrega de resultados, explicar al paciente el lugar, la hora y quien lo atenderá, en cuyo caso, debe suministrarse nombre y función del trabajador dentro del equipo. Informar que sea cual sea el resultado de prueba, se tendrá otra entrevista de asesoría.

No olvidar que durante una sesión de asesoría pueden distinguirse dos momentos diferentes: uno de exploración y uno de información.

Estos momentos no son consecutivos sino que se dan de manera alterna, de acuerdo al objetivo; cuando se tengan momentos de exploración, el paciente habla. Se debe *escuchar activamente*; la única intervención del asesor en ese momento, será para pedir aclaración de lo manifestado por el paciente, abriendo el espacio de comunicación.

Por el contrario en los momentos de información, es el asesor quien habla, permitiendo, eso si, la interrupción por parte del paciente.

No deberá pretenderse que todos los pacientes luego de una sesión de asesoría lleguen a una prueba de anticuerpos para VIH; si se considera que el consultante no esta en condiciones psicológicas para recibir un resultado (+) ya que este pudiera conducir a unas severas reacciones de crisis, deberá diferirse la solicitud de prueba mientras se remite al paciente a un trabajador de salud mental que efectúe la psicoterapia conducente a minimizar el riesgo de crisis.

Deben realizarse las asesorías pre-test que requiera el paciente, hasta que se considere que el riesgo de daño psicológico serio, es mínimo. Así por ejemplo si el paciente comenta: "me suicidaría si la prueba fuera (+)", no deberá solicitarse hasta haber trabajado ese aspecto. Si el asesor considera que no tiene las herramientas para intervenir sobre este u otros puntos difíciles ("mato a quien me lo prendió"), será importante solicitar interconsulta con el personal del equipo multidisciplinario capacitado para su intervención.

2.4.7.12 Asesoría Post-test”³⁶ En esta se deben considerar dos posibilidades: cuando el resultado de la prueba es negativo y cuando es positivo.

Cuando el resultado de la prueba de anticuerpos para VIH **es negativo**, se hace indispensable hacer de todas formas una asesoría. Esto se basa en que posiblemente el paciente, en el curso de la asesoría pre-test podía estar muy tenso, con lo cual, parte de la información que se suministró no se fijó en la memoria. En éste momento la asesoría cumple con los siguientes objetivos: Dar el resultado, discutir el significado del resultado y buscar un cambio de en las conductas de riesgo preexistentes.

Algunas de las acciones que son posibles de emprender en este momento se relacionan con:

Verificar lo que el paciente entiende por este resultado.

- Trabajar la falsa sensación de seguridad que se tiene cuando se recibe un resultado (-).
- Reforzar nueva y completamente la información sobre sexualidad segura.

Si es conducente, hablar y trabajar la importancia de pruebas alternas o sucesivas.

Dar un **resultado (+)** es difícil; es posible que el asesor trate de presentarlo con rodeos para hacerlo aceptable. Sin embargo, suele ser inaceptable para el paciente, de manera que no existe la forma de convertirlo en "aceptable"; si se trata de presentarlo así, el paciente puede concluir que si ni siquiera el

³⁶ Ibid

terapeuta puede enfrentarlo ¿cómo hará él?. Por lo tanto el resultado se debe dar claramente, sin rodeos, pero sin brusquedad.

Antes de iniciar la asesoría post-test con resultado (+) se deben tener presentes los objetivos de trabajo: Dar el resultado, hacer frente a la posible crisis, evaluar la necesidad de pruebas subsiguientes y dejar establecido el vínculo entre el equipo de trabajo y el paciente.

Para lograr los objetivos propuestos es importante tener en cuenta los siguientes puntos:

El asesor debe estar disponible para suministrar el resultado, es decir que no se puede, sin lesionar al paciente, dar un resultado "de afán" y citarlo para otro día. Hay que tener en cuenta que no es fácil estandarizar un tiempo para esta intervención. En realidad se parte de la base que se conoce la hora de inicio de una asesoría para resultado (+), pero se desconoce el tiempo de duración de la misma.

Las dificultades que se le plantean al paciente ante su resultado, no pueden ser resueltas todas en el curso de una *única* consulta. Ayuda jerarquizar las dificultades de forma que se puedan enfrentar y colaborar en la búsqueda de soluciones de las más apremiantes. De acuerdo a la matriz de urgente e importante, califique lo que se observa en el paciente así:

- Urgente
- Urgente e importante
- Importante
- No importante

En ese mismo orden se trabajará y al final de cada sesión se volverá a calificar los nuevos y viejos aspectos planteados por el paciente, lo que le permitirá al asesor definir cual será su siguiente punto y los objetivos que se propondrá alcanzar en la próxima asesoría.

Es importante recordar que bajo el estado inicial de shock, parte de la información suministrada no se asimila, por lo que se deberá volver sobre ella en sesiones futuras.

Los puntos que pueden ser tratados en la asesoría post-test a paciente (+) son:

Entregar el resultado. Revisar lo que el paciente entiende por éste. Discutir el significado que para el paciente tiene lo relativo a: Ausencia de cura y posible fatalidad del proceso, transmisibilidad y Pronóstico.

Es fundamental recordar que se trata de preparar al paciente *PARA LA VIDA* y no para la muerte, ya que aunque potencialmente fatal, es una enfermedad crónica. Parafraseando a Hervé Guibert, persona con SIDA:

" Se trata de una enfermedad que da tiempo para morir y que da tiempo a la muerte para vivir, tiempo para descubrir el tiempo, y para descubrir por fin... la Vida."

Identificar la preocupación inmediata del paciente, atendiendo cuidadosamente a lo que dice a continuación de conocer el resultado. Discutir a quién podría el paciente decirle, qué, cómo y cuando. Indagar lo que el paciente va a hacer en las próximas horas o días a fin de asegurar los recursos para la descarga de la tensión psicológica, de manera constructiva y adaptativa. Investigar qué dificultades prevé el paciente y las

maneras de hacerles frente. Preguntar directamente sobre la posibilidad suicida. Vigilar la respuesta afectiva del paciente ante la información que se le dio para prever consecuencias. Aclarar a quién va a buscar el paciente para compañía o ayuda inmediata. Asegurar que el paciente despeja dudas. Alentarlo a que le haga preguntas sobre su condición de infectado por VIH. Fomentar el autocuidado hacia el futuro.

Asegurar que no se le dejará solo en el futuro, que cuenta con un equipo empeñado en mantener su calidad de vida. Esta afirmación y otras aparentemente baladíes, configuran gran parte de la alianza terapéutica futura y disminuyen ciertas respuestas psicológicas o comportamentales dañinas para el paciente, la familia o la sociedad. Enfatizar la importancia de su seguimiento. Informar sobre las personas de su institución a las que el paciente puede acudir, si lo requiere. Dar una nueva cita en un tiempo relativamente corto.

2.4.7.13 Consejería Pre y Post³⁷ La consejería pre significa que se dará asesoría antes de la prueba del VIH y post se suministra después de haber aplicado la prueba, sin tener en cuenta el resultados que arroje, ya sea positivo o negativo. Se realizará con la colaboración de personal profesional en el área de psicología con el fin de aplicar la prueba para determinar comportamientos de riesgo para el contagio de VIH.

2.4.7.14 Asesoría Vs. Consejería El empleo de determinada palabra, elicitaba en la persona que la escucha, no solamente aspectos simbólicos relacionados con la misma sino además conceptos, sentimientos, actitudes y eventualmente, prejuicios. Tal cosa ocurre, obviamente, con las palabras

³⁷ Ibid

asesoría / consejería; podrían ser comprendidas como sinónimos, pero en realidad son totalmente diferentes.

2.4.7.15 Consejería Transmite la idea, que la persona que la efectúa es *un consejero*, un individuo que evalúa una situación problema y como consecuencia, propone una meta de comportamiento que el *aconsejado* deberá seguir, si desea lograr sus objetivos. Así, la consejería se convierte en una acción jerárquicamente determinada, con sesgo impositivo, generadora de dependencias, ya que el *aconsejado* trata de plegarse a los lineamientos propuestos por el *consejero*, delegando la responsabilidad personal que el *aconsejado* tiene frente a determinadas circunstancias-problema, comprometiéndose seriamente la autonomía y el control personales de la persona que recibe la *consejería*.

Contrariamente, el término **asesoría** se relaciona con la idea de una relación con una persona experta en determinado tema, que siendo ajena a una circunstancia, puede comprenderla de manera más objetiva y proponer alternativas de solución en forma mancomunada con el *asesorado*, de acuerdo con los recursos reales y actuales con los que este cuenta, con sus características propias y con las expectativas que tiene. De esta manera, por ejemplo, un asesor de seguros no le determina a su cliente las acciones que este debe seguir, sino que, contando con su experiencia y conocimiento, le informa sobre las diversas posibilidades que el cliente tiene y *entre los dos*, eligen la que mejor se adapte a la meta buscada, siempre bajo las condiciones individuales y específicas de su asesorado. Es por eso que se desaconseja, en cuanto a la infección por VIH y el SIDA, el empleo de la palabra **consejería** y se propone el término de **asesoría**, empleado ya en publicaciones de carácter universal.

Para los autores, la *asesoría en la infección por VIH* es cualquier tipo de conversación entre un consultante y alguno de los miembros del equipo de salud, en relación con una dificultad o problema asociado con su condición y/o enfermedad, cuya solución repercutirá en beneficio del consultante, de su familia y/o del entorno.

Para el Ministerio de Salud, de acuerdo con el Decreto 1543 de junio de 1.997, *consejería* es: "Conjunto de actividades realizadas para preparar y confrontar a la persona con relación a sus conocimientos, sus prácticas y conductas, antes y después de la realización de las pruebas diagnósticas"

La diferencia de criterio entre lo consignado por la Ley y los aspectos técnicos mantenidos por los autores, estriba en que para la primera, la *consejería* es una actividad *puntual* relacionada única y específicamente con el evento diagnóstico y las pruebas de laboratorio necesarias para el mismo, mientras que para los segundos se trata de una actividad vinculada *del todo* a un tratamiento integral para el paciente, realizable en cualquier etapa a partir de los contactos iniciales con el consultante (aún antes de haber llegado a su diagnóstico) de modo que se efectúa en momentos muy distintos de su proceso y directamente en relación con sus necesidades específicas, como pueden ser, por ejemplo, la búsqueda de soluciones para, adherencia al tratamiento, autocuidado, sexualidad segura, información a contactos o a familia, etc..

2.4.7.16 Tratamientos antivirales Durante los primeros seis años de la epidemia no existían medicamentos con actividad antiviral para el tratamiento de pacientes con infección por VIH. El primer gran avance terapéutico ocurrió en 1983 cuando se descubrió que el SIDA era causado por un retrovirus que hoy conocemos como VIH. Posteriormente, en el año 1985 se descubrió que la azidotimidina-AZT (zidovudina) tenía una actividad contra

este retrovirus al inhibir la enzima transcriptasa reversa viral, por lo que se inició un estudio clínico con este antiviral. En menos de dos años un estudio multicéntrico doble ciego utilizando placebo demostró la eficacia de la zidovudina para prolongar la vida de pacientes con SIDA o complejo relacionado al SIDA³⁸. La zidovudina fue entonces rápidamente aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) En 1987 convirtiéndose en el primer medicamento antirretroviral aprobado para su uso clínico. Posteriormente se han encontrado otros fármacos con actividad antirretroviral y de éstos, el ddl (didanosina) y el ddC (zalcitabina) han sido ya aprobados en los Estados Unidos para su uso clínico. Otros medicamentos se encuentran en diversas etapas de investigación y seguramente se verá su aparición comercial en los próximos años.

Hoy en día se cuenta con tres antivirales: AZT, ddl y ddC. El saber de la mejor manera de utilizarlos en la práctica clínica no es fácil; muchas veces se carece de los datos necesarios, o bien, los estudios han dado resultados aparentemente contradictorios.³⁹. Se han llevado a cabo gran número de estudios clínicos para conocer más acerca de la utilidad de los antirretrovirales. Los estudios multicéntricos que se lleva a cabo en Norteamérica los coordina un grupo llamado ACTG (AIDS Clinical Trial Group). A partir de estos estudios, hoy en día se puede afirmar que:⁴⁰

³⁸ FISCHL, M. A., Richman, D.D., Grieco, M.H., et al. (1987). "The efficacy of 3' - azido-3" deoxythymidine (azidothymidine) in the treatment of patients with AIDS and AIDS - related complex: a double - blind, placebo - controlled trial". N Engl J. Med 317. p. 185 - 191.

³⁹ State -of -the- Art (1990) "Conference on Azidothymidine Therapy in Earl HIV Infection" Am J. Med 89:335

⁴⁰ Switching and Combinig Antiretroviral Therapies. (1993) En: AIDS Clinical Care 5(5); editors: D.J. Cotton y G.H.Fridland.

a) El AZT es mejor que placebo en pacientes sintomáticos (varios estudios llegan a esta conclusión).

b) El AZT es mejor que el ddC como monoterapia (resultados del estudio ACTG 114).

c) El AZT es mejor que el ddl como terapia inicial (resultado del estudio ACTG 116A).

d) El cambiar a ddl es mejor que continuar AZT en pacientes que ya han sido tratados con AZT (resultados de los estudios ACTG 116A; 116B y 117).

e) el ddC es equivalente a ddl y posiblemente mejor tolerado en pacientes que no toleran el AZT (resultados del estudio CPRA 002).⁴¹

En cuanto al uso del AZT en pacientes asintomáticos aún persiste mucha controversia ya que, si bien el estudio ACTG 019 mostró cierta eficacia; el estudio llevado a cabo por los Hospitales de Veteranos y el reciente estudio “Concorde” realizado en Europa sugieren que la eficacia es limitada y tiene poco impacto en la supervivencia de los pacientes.⁴²

Sin embargo, podemos afirmar, que el estado actual del tratamiento con antirretrovirales nos demuestra que su eficacia es limitada y que debemos de encontrar mejores agentes antivirales o bien, utilizar combinaciones de una manera similar a como se tratan el cáncer o la tuberculosis.

⁴¹ Switching and Combining Antiretroviral Therapies. (1993) En: AIDS Clinical Care 5 (5); editors: D.J. Cotton y G.H. Fridland.

⁴² ABOLKER, J.P. y Swart, A.M. (1993) “Preliminary analysis of the Concorde trial”. Lancet. Vol. 341. No. 8849: 889-90.

Entre los antivirales aún no aprobados para utilización en la clínica, pero presentes en distintas fases de investigación, están: la stavudina (d4T), Los inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (L697, 661 y BI-BG-587), la nevirapina y los inhibidores de proteasas.

2.4.8 Prevención.

2.4.8.1 Educativa. En ausencia de una vacuna, la única forma de prevenir hoy el SIDA es la educación.⁴³ Incluso cuando se cuente con una vacuna será indispensable seguir con programas permanentes de educación sobre el SIDA, y ésta será una estrategia de prevención. Hoy en día la educación es una excelente “vacuna” contra el VIH/SIDA, pues se conoce los mecanismos de transmisión del virus. Si todos los individuos que conforman una sociedad tienen la información necesaria modifican su comportamiento sexual o adquieren las habilidades necesarias para influir sobre el comportamiento sexual de su pareja, la transmisión del VIH se detendrá y la epidemia del SIDA llegará a su fin mucho antes que aparezca una vacuna. Más que una vacuna hoy en día se necesitan programas de educación, acceso y disponibilidad de condones y un viricida vaginal que permita a las mujeres protegerse de la infección sin tener que depender de su pareja.

A pesar de que el único recurso preventivo a nuestro alcance es la educación, y que ésta es eficaz existe aun gran resistencia de diversos grupos de la sociedad para que la educación sexual sea algo real dentro de la educación básica. El doctor Michael Merson, director ejecutivo del Programa Mundial sobre SIDA en su discurso pronunciado en el IX Congreso Latinoamericano de Infecciones de transmisión sexual y III Conferencia

⁴³ SEPULVEDA, J., Fineberg, H., Mann, J. (1992). IDS Prevention through Education: a world view. Oxford University Press, New York & Oxford.

Panamericana del SIDA, llevadas a cabo en Cartagena de Indias, en noviembre de 1993, expreso:

“Es posible que tabúes o tradiciones religiosas o culturales impidan llevar a cabo campañas francas en los medios de comunicación o en las escuelas sobre cómo evitar la transmisión del VIH. Pero seamos realistas: lo que está en juego son vidas humanas; las de nuestros hijos entre ellas. Sencillamente, tenemos que vencer nuestra negación y nuestras inhibiciones. Debemos reconocer la existencia de relaciones sexuales riesgosas y, en consecuencia, facilitar la información, las aptitudes y los medios para reducir los riegos”⁴⁴.

Este concepto ha creado, de tanto repetirse, la ilusión de que la sola información bastará para lograr que la gente modifique sus conductas. La experiencia, en ciertos sentidos alentadora, no parece apoyarla de manera contundente.⁴⁵

Solamente algunas comunidades de homosexuales han demostrado cambios sostenidos en sus prácticas sexuales, y una estabilización – o incluso disminución- en la curva de crecimiento de sus casos. A pesar de ello, inevitablemente surge la duda de si en realidad estas comunidades modificaron sus prácticas como resultado de la educación, o por el impacto que sobre ellas tuvo el número de muertes, que en algunos núcleos gay de

⁴⁴ WINKELSTEIN, w. Samuel, m.Padian N.S, et al (1987) “The San Francisco Men’s Health study: III Reduction in human immunodeficiency virus. Transmission among homosexual/bisexual men, 1982-86” Am J. Pub. Health 76 (9): 685-689.

⁴⁵ HERNANDEZ, M, Uribe, P. Gortmaker, S., Avila., C., et al. (1992) “Sexual Behavior and Status for Human Immunodeficiency Virus Type I among Homosexual and Bisexual Males in México city”. Am J. Epidemia Vol. 135, No. 8.

San Francisco ha llegado a ser de tal magnitud que cada individuo conoce hasta setenta amigos que están infectados, tiene SIDA o ya han fallecido.

Pero nunca es tarde para empezar a trabajar en la prevención del SIDA, ni demasiado tarde para redoblar los esfuerzos en ese sentido. Pero tampoco nunca es demasiado temprano para empezar a actuar. Las estrategias de prevención dirigidas a la “población general” contemplan la utilización de medios masivos de comunicación, así como el acceso a la información de manera directa, ya sea a través de una línea de información básica. Uno de los principales objetivos de la información en la población general, cuando las prevalencias son bajas, es alertar y sensibilizar a la población sobre la percepción de riesgo de adquirir el VIH y sobre la importancia de respetar los derechos humanos de las personas que viven con el VIH/SIDA. Se deben de establecer estrategias paralelas o previas a los mensajes a través de los medios masivos que generen o fortalezcan un clima propicio para que la población reciba el mensaje⁴⁶.

En las encuestas realizadas en diversos grupos poblacionales se ha encontrado un marcado contraste entre el alto nivel de conocimientos sobre la enfermedad y sus formas de transmisión y de prevención, por una parte, y la falta de aplicación de esos conocimientos en las prácticas sexuales por otra. Es significativo que las personas entrevistadas no se perciben a sí mismas en riesgo de adquirir la infección por el VIH, a pesar de incurrir en prácticas que, como ellos mismos saben, traen consigo un alto riesgo de transmisión.

⁴⁶ Ibid. Consejo Nacional de Población CONAPO- FNUAP, 1994. Antología de la sexualidad Tomo III p. 451-482.

Una campaña de educación sanitaria sobre el SIDA, tiene altos grados de complejidad, por una parte, existe la necesidad desde la perspectiva de la salud pública, de hacer llegar el mensaje contundente sobre el uso del condón a una parte importante de la población sexualmente activa, y por otra parte, es necesario respetar la sensibilidad de amplios grupos de población que se sienten molestos ante la crudeza de los mensajes.

“⁴⁷ Difundir información sobre el SIDA es necesario pero no suficiente, ya que se deben combatir los mitos, el miedo y la discriminación. Se requiere de una presencia constante y repetida de mensajes educativos claros y explícitos, por todos los medios de comunicación, con el objeto de que no se olvide la existencia del padecimiento y no se baje la guardia. Pero también se requiere de otras estrategias más específicas y delimitadas a grupos y sectores, ya que son éstas las que han demostrado un mayor grado de eficiencia para que se pase del conocimiento a cambios concretos en la conducta.

2.4.8.2 En población juvenil. Un grupo de particular importancia en la población general son los jóvenes. Es imprescindible reforzar la autoestima y las aptitudes de negociación de los jóvenes y de las mujeres, y hacer ver a muchachos y muchachas por igual que deben compartir la responsabilidad de las relaciones sexuales y sus consecuencias. Muchas personas piensan que la educación sexual fomenta la experimentación sexual precoz o la promiscuidad. En realidad, 19 investigaciones examinadas por el Programa Mundial sobre SIDA han demostrado categóricamente que el hablar seriamente con los jóvenes sobre sexualidad y los riesgos de transmisión del VIH no fomenta el inicio de las relaciones sexuales a edades más tempranas;

⁴⁷ Ibid.

más bien, conduce a posponer el inicio de la actividad sexual, a tener relaciones sexuales menos peligrosas o a ambas.⁴⁸

Además, en la promoción de relaciones sexuales más seguras no sólo se debe informar a las personas que los condones pueden prevenir la transmisión del VIH; deben poder adquirirlos si los necesitan; deben saber cómo usarlos; y no deben sentirse avergonzados por ello.

Los programas de mercadeo pueden poner los condones al alcance de todos. Excelentes campañas de promoción en varios países han logrado la amplia aceptación de los condones quitándoles la connotación negativa, confiriéndoles una imagen de hombría, asociándolos con el interés por los demás y la responsabilidad, en vez de lo contrario.

Más de la mitad de todas las personas que se infectan por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en el mundo contraen el virus antes de alcanzar los 25 años de edad.

Es trágico observar como el VIH se cierne sobre un grupo de población joven que cada día va en aumento. Pero no se trata de una coincidencia más, si tenemos en cuenta las circunstancias de la vida cotidiana de muchos jóvenes. Como hemos aprendido tras dos decenios de experiencia con esta epidemia, el curso que sigue el VIH se ve facilitado por la pobreza, la falta de conocimientos prácticos, la violencia y las normas sociales perjudiciales como el machismo y el inicio sexual precoz.

La situación de los jóvenes de América Latina y el Caribe en la era del SIDA. ¿Cuán expuestos están a contraer el VIH? En el contexto de su vida

⁴⁸ WHO.(1993) "World Health Organization urges sex education in schools to prevent AIDS". Press Release WHO/94.

cotidiana, ¿qué factores tienden a hacerlos más vulnerables al virus? Por último, ¿cómo puede contribuir la comunicación a aprovechar los factores protectores que hay en su entorno y a desbaratar los que son perjudiciales?

En 1997, la Campaña Mundial contra el SIDA destacó los problemas con que se enfrentaban los niños en un mundo con el VIH/SIDA. La Campaña de 1998 se centró en los jóvenes como fuerza para el cambio.

La Campaña Mundial contra el SIDA de 1999 trata de consolidar las actividades y la sensibilización creadas en los años precedentes dirigiendo la atención del mundo de forma más general hacia la comunicación:

- *Escuchar* a los niños y los jóvenes, oír lo que sienten que es importante para su vida, entablar un diálogo con ellos para hablar de cuestiones que les afectan, como el sexo, la sexualidad y el VIH/SIDA
- *Aprender* el uno del otro - los niños, de otros niños; los niños, de los adultos; los adultos, de los niños; los adultos, de otros adultos; los VIH-negativos, de los VIH-positivos- en cuestiones como el respeto, la participación, el apoyo y la protección contra la infección por el VIH y contra el estigma del SIDA
- *Vivir* en un mundo donde se infecten por el VIH menos personas, y donde los niños y los jóvenes con el VIH o con SIDA puedan crecer sin discriminación.

⁴⁹Se estima que a finales de 1998 en América Latina y el Caribe había 1,3 millones de adultos (de 15 a 49 años de edad) y niños (de 0 a 14 años de

⁴⁹ Ibid.

edad) viviendo con el VIH. En muchos países de la región, los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y los que se inyectan drogas por vía intravenosa - por lo general también varones - están desproporcionadamente afectados por la epidemia. No obstante, las tasas crecientes de infección en las mujeres ponen de manifiesto que la transmisión heterosexual está adquiriendo importancia. A pesar de que la vigilancia sistemática está limitada, en las mujeres embarazadas que acudieron a dispensarios prenatales en Honduras y Porto Alegre (Brasil) se registró una prevalencia del VIH del 1% y de más del 3%, respectivamente. Las tasas del VIH en las mujeres embarazadas son notablemente más elevadas en el Caribe: en 1993, se observó una tasa del 8% en Haití, mientras que en 1996 se notificó una tasa similar en un centro de vigilancia de la República Dominicana.

Basándose en los limitados datos disponibles, el ONUSIDA estima que, en conjunto, solamente en 1998 se infectaron más de 65 000 jóvenes de 15 a 24 años de edad en la región. Además, el mismo año se infectaron aproximadamente 8000 niños de menos de 14 años. La mayor parte de esas infecciones ocurrieron en niños que contrajeron el virus a través de su madre seropositiva durante el embarazo o el parto o a través de la lactancia materna.

Como los sistemas de vigilancia del VIH suelen tomar la edad de 14 años como valor límite para las infecciones en niños, y teniendo en cuenta que la gran mayoría de esas infecciones se transmiten a través de la madre, se sabe relativamente poco acerca de la magnitud de la transmisión por vía sexual entre los jóvenes de 10 a 14 años de edad.

Los datos del Brasil dan a entender que se produce un cierto número de tales casos de transmisión sexual precoz. Por ejemplo, en 1998 casi el 10% de los

casos de SIDA en los niños de 12 años o más jóvenes no se produjeron como consecuencia de la transmisión maternoinfantil. Además, el 13% del total de casos acumulativos de SIDA en el Brasil desde el comienzo de la epidemia ocurrieron en jóvenes de 15 a 24 años, y el 82% se produjeron en personas de menos de 44 años. Es importante tener en cuenta que el SIDA es la fase final grave de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. En los países en desarrollo, las personas normalmente desarrollan el SIDA en un promedio de 8 a 10 años después de contraer la infección inicial por el VIH. Eso significa que una persona de 30 años de edad con SIDA debió de infectarse cuando tenía aproximadamente 20 años.

Sería un error juzgar la gravedad potencial de la amenaza del VIH para los jóvenes en América Latina y el Caribe basándose en las cifras actuales de infecciones y casos de SIDA. Para saber dónde está el verdadero peligro y comprender cómo puede crecer la epidemia, hay que examinar la importancia del comportamiento de riesgo existente, tanto sexual como relacionado con las drogas, y los factores de riesgo que afrontan las vidas de los niños y los jóvenes.

Las relaciones sexuales pueden iniciarse muy temprano. En la Encuesta sobre la salud del adolescente caribeño efectuada en 1998 por la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) en 100 escuelas de Antigua, Dominica, Grenada y Jamaica, y entre niños que no iban a la escuela, se puso de manifiesto que más del 40% de los que declararon ser sexualmente activos habían tenido su primera relación sexual antes de los 10 años de edad, mientras que otro 20% dijo haber iniciado su actividad sexual a los 11 o 12 años. En algunos lugares, los jóvenes de las zonas rurales adquieren experiencia sexual antes que sus homólogos urbanos: en la República Dominicana, el 67,7% frente al 47,1%, respectivamente, y en Guatemala, el 71,4% frente al 48,8%.

Las relaciones sexuales precoces se tienen generalmente sin protección, como lo demuestran las consecuencias: el embarazo no deseado, la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). En la encuesta del Caribe se halló que la mitad de todos los adolescentes sexualmente activos manifestaron no haber usado ningún método anticonceptivo en su última relación sexual. De acuerdo con un estudio de adolescentes y adultos jóvenes (de 19 a 30 años) realizado en Lima (Perú), tan sólo el 11% de los que eran heterosexualmente activos utilizaban un preservativo de forma sistemática, y el 22% declararon un embarazo no planificado. Dos de cada cinco varones jóvenes en Perú que se autoidentificaron como homosexuales declararon haber tenido relaciones sexuales anales sin protección en los últimos cuatro meses.

En un informe del Instituto Alan Guttmacher se destaca que, en la región en conjunto, entre una cuarta parte y la mitad de todas las madres jóvenes afirmaron que su embarazo no fue planificado. Y en un estudio comunitario realizado en Nicaragua se descubrió que más de la mitad de las adolescentes embarazadas habían empezado a tener relaciones sexuales entre los 12 y los 14 años; alrededor de la mitad de esas jóvenes embarazadas tenían 16 años o menos. Muchas muchachas de la región que quedan embarazadas involuntariamente no llevan a término su embarazo: la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 23% de los 20 millones de abortos riesgosos anuales en el mundo se realizan en América Latina donde vive el 8.5% de la población mundial. En el Perú y Nicaragua, el 15% de todas las defunciones relacionadas con el embarazo se producen en adolescentes, y la mayor parte de esa mortalidad se debe al aborto ilegal.

A menudo las relaciones sexuales precoces son forzadas, y peligrosas. En Santiago de Chile, cerca del 3% de las mujeres jóvenes declaran que su

primera experiencia sexual fue consecuencia de una violación. La mayor parte de las veces, el autor del abuso y la violación sexual no es una persona desconocida de la víctima, sino alguien relativamente cercano: un amigo, un pariente o la pareja, incluido el novio o el esposo (a pesar de que la violación dentro del matrimonio está raramente castigada por la ley). Las relaciones sexuales forzadas pueden lesionar las vías genitales y facilitar la entrada en el organismo del VIH o de los microbios que causan otras infecciones de transmisión sexual, y provocar una infección. De acuerdo con un informe de Panos, los estudios realizados en los Estados Unidos revelan que entre el 4% y el 30% de las mujeres que han sido víctimas de violación contraen una Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) como consecuencia de ello.

El abuso y la explotación sexual de los niños, que a menudo se asocian con la pobreza y las familias disfuncionales, abren la puerta a un grave riesgo de propagación del VIH en América Latina y el Caribe. Las muchachas que han sido víctimas de abuso sexual durante la infancia suelen carecer de amor propio y de la sensación de controlar su vida, con lo que aumentan luego los riesgos de consumir drogas y de ingresar en el comercio sexual. En un país, el 80% de los niños que trabajaban como profesionales del sexo habían sido víctimas de abuso sexual, con frecuencia por un familiar. Las presiones económicas en la región han provocado que haya un número creciente de personas que viven en la pobreza absoluta. Incluso en Costa Rica, a menudo denominada la Suiza de América Central, el 10% de los habitantes viven en la pobreza absoluta, el 40% de las mujeres adolescentes no van a la escuela y más del 25% de las jóvenes de 12 a 19 años trabajan en el servicio doméstico por unos salarios inferiores al mínimo de subsistencia. Las trabajadoras domésticas corren el riesgo de explotación y agresión sexual por parte de los miembros masculinos de la familia empleadora. El turismo sexual, que suele considerarse un fenómeno que afecta a Asia, es otro problema creciente relacionado con el SIDA en la región. Los destinos

preferidos para el turismo sexual con menores son Costa Rica y la República Dominicana, pero cada vez más se citan países como el Brasil, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y otros.

⁵⁰**Población con prácticas de riesgo.** En el caso de la “población con prácticas de riesgo” es necesario considerar a cada una de las poblaciones de manera individual a fin de implementar estrategias de comunicación que sean específicas y culturalmente apropiadas. Es en este grupo donde la tarea es más ardua, pero la necesidad más urgente por el riesgo potencial de infectarse. A estos grupos se le conoce como “grupos nucleares”. Es de particular importancia incorporar a personas relacionadas a cada uno de los grupos en la planeación, ejecución y evaluación de intervenciones, ya que la información que existe sobre estos grupos es a este nivel deberá contemplar un serie de pasos para evitar duplicar esfuerzos o proponer estrategias que ya han demostrado su ineficacia. El primer paso es entender comportamiento sexual y de alto riesgo de cada una de las poblaciones. En segundo lugar debemos revisar los estudios ya existentes o proponer investigaciones que nos proporcionen la información necesaria. Posteriormente, se diseñarán las intervenciones adecuadas, de acuerdo con las necesidades detectadas y con los recursos existentes, aplicar las intervenciones y, finalmente, hacer una evaluación de la intervención efectuada.

Es necesario implementar estrategias de prevención dirigidas a las “personas ya infectadas” ya que debemos de recordar que son ellas los que pueden transmitir la infección pero también como bien declara la Red Mundial de Personas con Infección por VIH o con SIDA, las personas con SIDA “no son el problema, sino parte de la solución”. Para tal efecto se debe contar con

⁵⁰Ibid.

programas de asesoría psicológica y acceso a la prueba de detección manera anónima y confidencial con plena garantía de los derechos humanos, como la principal estrategia.

El consumo de drogas aumenta el riesgo del VIH. El consumo de drogas es un fenómeno que ocurre en muchos países de la región, y puede empezar a una edad muy temprana: por ejemplo, la inhalación de vapores de cola por los más jóvenes que viven o trabajan en la calle. El peligro de infectarse por el VIH compartiendo agujas para inyectarse drogas es muy conocido, y real. Por ejemplo, en un estudio efectuado en Río de Janeiro entre personas que se inyectaban cocaína (alrededor de una tercera parte de las cuales tenían menos de 25 años) se halló que el 15% eran VIH-positivas. Sin embargo, incluso entre los consumidores de cocaína que no se inyectaban la droga, la prevalencia del VIH era del 7%: una cifra elevada que se explica por la frecuencia de las relaciones sexuales sin protección entre los usuarios de drogas. En un estudio de personas toxicómanas en un centro de salud ambulatorio de Sao Paulo se encontró que aproximadamente el 60% realizaban prácticas sexuales peligrosas sistemáticamente, como las relaciones sexuales no protegidas, tener múltiples compañeros sexuales e intercambiar relaciones sexuales por drogas.

El consumo de drogas es tan sólo uno de un conjunto de factores -el desempleo, el hacinamiento, la fragilidad de la familia, el abuso físico y sexual - que crean un "entorno de riesgo" de violencia para muchos niños y jóvenes en la región. La OPS estima que en el 30-35% de las familias de América Latina se vive un clima de violencia. De acuerdo con una publicación reciente de la UNESCO, siete de los 10 países del mundo con la tasa de homicidios más alta entre los jóvenes se encuentran en la región. En muchos lugares, la violencia va estrechamente unida al riesgo del VIH. Por ejemplo, en un reciente estudio de jóvenes de 13 a 19 años en el Brasil, los que

solicitaban asistencia en los servicios de urgencia (generalmente como resultado de la violencia) presentaban una prevalencia del VIH similar a las tasas que tenían los jóvenes que acudían a buscar tratamiento para una ITS, los cuales por definición se expusieron a una situación de riesgo teniendo relaciones sexuales sin protección.

No existe una respuesta única o sencilla a estos problemas interconectados y a sus vínculos con el VIH/SIDA. Afortunadamente, se sabe mucho acerca de cómo crear una respuesta integral, eso es una respuesta que ayude a reducir la vulnerabilidad al VIH (una persona vulnerable es la que tiene poco o ningún control sobre el riesgo de contraer el virus), a disuadir el comportamiento de riesgo y a fomentar la comprensión entre los que son VIH-positivos y los que no están por el momento infectados.

2.4.8.3 ⁵¹La comunicación: desafiando las normas adversas El riesgo del VIH no se produce en un contexto vacío. En América Latina y el Caribe, como en cualquier otra parte del mundo, la vida de los jóvenes está colmada de circunstancias y expectativas que favorecen el comportamiento de riesgo, aumentan la vulnerabilidad, o ambas cosas.

La comunicación puede dar valor a las personas para que superen tradiciones y actitudes perjudiciales. La comunicación puede contribuir a crear sensibilización respecto al VIH/SIDA, a comprender los hechos, a forjar aptitudes para la supervivencia. Por último, la comunicación puede crear lazos entre distintas generaciones, unos lazos que han demostrado ayudar a los niños y jóvenes a sobrevivir y a prosperar en un mundo con SIDA.

⁵¹ Ibid.

Es importante reconocer que el riesgo del VIH proviene en gran parte del machismo, un término castellano cuyo uso se ha extendido también a otras lenguas porque resume con toda claridad el conjunto de comportamientos de riesgo y a menudo abusivos con los que, en muchas partes del mundo, se espera que los varones jóvenes demuestren su masculinidad.

Desde el aspecto sociocultural. El machismo pone en peligro las vidas: cuando menos, la vida de los propios varones jóvenes, tal como revela un informe reciente de Panos. Los varones jóvenes están presionados a demostrar su virilidad con relaciones sexuales precoces y frecuentes, y con múltiples parejas. Así, en Ciudad de México, el 15% de los muchachos frente al 4,5% de las muchachas tienen su primera relación sexual antes de los 15 años de edad; en Ciudad de Guatemala esas mismas cifras son del 31,6% frente al 13,9%. De los varones jóvenes se espera que tengan experiencia sexual. Sin embargo, muchos de ellos probablemente no saben mucho de la sexualidad. Entre los solteros de 15 a 24 años, las relaciones sexuales premaritales son más comunes en los varones, tal como se desprende de una serie de encuestas de salud reproductiva de los adultos jóvenes efectuadas en diversas ciudades y países de América Latina. Esas encuestas ponen de manifiesto que entre el 24% y el 73% de los hombres jóvenes de este grupo de edad habían tenido relaciones sexuales, en comparación con el 12-59% de las mujeres. Los que no están bien informados sobre el sexo no pueden permitirse decirlo, y acaban corriendo los riesgos consiguientes. Por último, la tensión entre el machismo y la homosexualidad dificulta la tarea de informar sobre la prevención del VIH a los hombres que tienen relaciones sexuales entre ellos. Como resultado de todos esos factores, en América Latina y el Caribe en conjunto las infecciones por el VIH entre los hombres son más numerosas que entre las mujeres.

La Fundación SIDA, en San Juan de Puerto Rico, llega a los varones homosexuales de 17 a 23 años de edad con un programa de prevención del VIH. Esos jóvenes participan en un taller de tres horas de duración durante 10 semanas y organizan un grupo de apoyo con la asistencia de un especialista en la prevención de casos que les proporciona asesoramiento y apoyo psicológico.

En un proyecto en gran escala llevado a cabo en 1997-1998 por la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA, se distribuyó información sobre las relaciones sexuales y el coito bucal más seguros y se celebraron talleres con jóvenes varones homosexuales que luego difundieron esa información y los conocimientos aprendidos entre su círculo social.

No obstante, los riesgos no se circunscriben solamente a los hombres. La otra cara de la moneda del machismo es la vulnerabilidad de las mujeres jóvenes, que se supone que deben ignorar todo lo que se refiere a su cuerpo y a las cuestiones sexuales y es previsible que consientan a las exigencias sexuales y a las decisiones masculinas incluso sabiendo que su compañero sexual puede haberse infectado en sus relaciones con otras mujeres, y que con frecuencia dependen psicológica y económicamente de él. Mientras que para los varones jóvenes los principales peligros del VIH provienen del consumo de drogas y de las relaciones sexuales entre ellos, la amenaza para las mujeres jóvenes surge principalmente de la transmisión heterosexual. Entre los brasileños de 15 a 17 años de edad, por ejemplo, las relaciones heterosexuales fueron el modo de transmisión del 7% de los casos de SIDA en los hombres pero de cerca del 48% en las mujeres. Y las infecciones entre las mujeres jóvenes están aumentando. En 1982, entre los jóvenes de 15 a 24 años, los varones superaban a las mujeres en el número de casos en una proporción de 12:1, mientras que en 1996-1998 esa proporción pasó a ser de 1:1.

El proyecto Gente Joven, en México, se propone luchar contra la imagen machista del hombre como abusador sexual. A través de una serie de películas y material diverso y con la ayuda de educadores pares, se estimula a los varones jóvenes a comportarse con responsabilidad en sus relaciones sexuales.

En Honduras, el proyecto Deporte para la vida, inicialmente patrocinado por el UNICEF en 1990, colaboró con estrellas del fútbol -personajes populares que encarnan el modelo masculino- que hablaron ante el público para aumentar la sensibilización con respecto al VIH, fomentar el respeto a las muchachas y las mujeres, y cambiar el guión sexual de los varones jóvenes.

La iniciativa del ONUSIDA/UNICEF "Juega sin riesgo" aprovecha igualmente el poder que tiene el fútbol para comunicar importantes mensajes sobre el SIDA, juntamente con actividades previamente organizadas en Ghana, Sudáfrica y Zambia. Al frente de la iniciativa se destaca Ronaldo, el joven brasileño dos veces ganador del premio anual de la FIFA al mejor futbolista del mundo, que actúa como Representante Especial de la Campaña Mundial contra el SIDA.

Las actitudes machistas también pueden ayudar a sembrar las semillas de la violencia. Si bien las víctimas principales de la violencia masculina son otros hombres, esos actos raramente aumentan el riesgo de contraer el VIH (entre las excepciones figura la violación en contextos exclusivamente masculinos, como los centros de detención y las cárceles). Sin embargo, las mujeres que son objeto de la violencia masculina -a menudo por parte del propio esposo o compañero sentimental- corren el riesgo de contraer el VIH. Las relaciones sexuales forzadas entrañan un riesgo más elevado de contraer el VIH, tanto por las lesiones genitales que pueden provocar como porque en esas

circunstancias es raro el uso del preservativo. No obstante, incluso cuando la violencia no es sexual, la mera amenaza de serlo le impide a la mujer de reprochar a su compañero sus relaciones extramatrimoniales y que no se atreva a pedirle a éste que utilice un preservativo. Y cuando el abuso sexual se produce en una etapa temprana de la vida, las pruebas confirman que eso más tarde repercutirá en un comportamiento de riesgo sexual aún mayor.

El alcance del fenómeno de la violencia entre el hombre y la mujer es muy preocupante. En México, siete de cada 10 menores de edad víctimas de la violencia son niñas, y el 60% de las mujeres que fallecen por muerte violenta son menores de 13 años. De acuerdo con la Encuesta sobre salud del adolescente caribeño, uno de cada cinco jóvenes manifiesta que ha sido víctima de violencia física y uno de cada ocho informa haber sido abusado sexualmente antes de los 16-18 años de edad. Las muchachas tenían el doble de probabilidades de ser víctimas de abuso sexual que los muchachos.

En el Brasil, el Coletivo Mulher Vida (Colectivo Mujer Vida) ayuda a 850 muchachas adolescentes que viven en situaciones de elevado riesgo. Muchas de ellas han sufrido abusos sexuales por sus padrastros, por otros parientes o "amigos" de la familia. Por medio de la educación, el apoyo psicológico y la ayuda con fuentes de ingresos alternativas, este colectivo trata de modificar esos modelos de sumisión, fortalecer el amor propio y la auto-estima de las muchachas e impedir que ingresen en la prostitución, el turismo sexual o las bandas callejeras.

En México, una ONG llamada CORIAC está colaborando con grupos de muchachos que han sido violentos en sus relaciones íntimas - o que temen que pueden serlo - y desean evitar cualquier violencia futura.

Para la mujer es fundamental resistirse a la violencia y enfrentarse a ella por medios jurídicos y de otra índole, pero también es capital emprender iniciativas orientadas a los hombres jóvenes, no tratándolos como si fueran de antemano actores o colaboradores tácitos de actos violentos, sino por el contrario logrando su participación como aliados en la prevención de la violencia contra las mujeres.

2.4.8.4 La comunicación: impartiendo conocimientos teóricos y prácticos La comunicación es esencial para que los niños y los jóvenes puedan adoptar las medidas que necesitan para protegerse del VIH a sí mismos y a los demás. La prevención del VIH no puede hacerse para las personas, sino solamente por y con las personas, y únicamente cuando estas tienen los conocimientos, la motivación, la capacidad, los medios y la libertad para evitar las relaciones sexuales riesgosas y el consumo de drogas.

Las escuelas son un entorno importante para realizar esas discusiones: entre los maestros y los alumnos, y entre los propios alumnos. En los programas sobre la salud sexual se pueden impartir los conocimientos teóricos acerca de la sexualidad, la transmisión del VIH y de las ITS, el embarazo y el consumo de drogas, y pueden ayudar a los más jóvenes a aprender y practicar las aptitudes para la vida que se necesitan en el mundo de hoy. Entre esas aptitudes figuran saber comprender cuáles son las alternativas que tienen con respecto a las relaciones sexuales y el riesgo, cómo evitar las relaciones sexuales no deseadas o peligrosas y el consumo de drogas, cómo negociar un comportamiento más seguro, y cómo adoptar y defender sus propias decisiones frente a la presión de sus compañeros o de los adultos.

El diálogo con los niños acerca del VIH y la sexualidad debe iniciarse pronto, habida cuenta del comienzo temprano de las relaciones sexuales y del riesgo precoz de abuso sexual en la familia y la comunidad. A pesar de que en el

presente hay más niños que van a la escuela durante un periodo más largo, muchos de ellos -especialmente las niñas- tienen relativamente pocos años de escolarización, y hay que aprovechar esta oportunidad única pero breve para asegurarse de que cuando dejen la escuela lo hagan con los conocimientos prácticos y teóricos necesarios para sobrevivir.

El proyecto Educación para la Vida y la Salud Familiar, de CARICOM⁵² y otros organismos colaboradores, tiene el objetivo de ofrecer a los niños y jóvenes en las escuelas, desde antes de la escuela primaria hasta la graduación universitaria, un curso de salud integrada que abarca educación en materia de salud sexual, prevención de drogas y educación sobre el SIDA. El curso se centra en el razonamiento crítico, la toma de conciencia, la adopción de decisiones, las técnicas de comunicación y la superación del estrés. La comunicación en el proyecto del CARICOM no se limita a las discusiones entre los maestros y sus alumnos. Un objetivo importante es capacitar a los maestros que ejecutarán el proyecto, y eso se está llevando a cabo por medio de un plan de estudios elaborado en colaboración con los jóvenes.

Los agentes de salud también pueden desempeñar la función de adultos de confianza con los que los jóvenes se pueden comunicar. En un estudio realizado en los Estados Unidos se halló que los adolescentes se mostraban más dispuestos a revelar a los médicos información delicada sobre su sexualidad y sobre el consumo de drogas, por ejemplo, cuando esos últimos les daban confianza y confidencialidad.

⁵² CARICOM: Acuerdo sobre comercio y cooperación económica entre la República de Colombia y la comunidad del Caribe

En Colombia, Profamilia pone a la disposición de los jóvenes y los adultos su dispensario de atención exclusiva para hombres en que se tratan las ITS, se presta asistencia urológica y otra atención médica, se practica la vasectomía y se ofrecen consejería y pruebas voluntarias del VIH. Los clientes ensalzan la labor del personal del dispensario, que fueron capacitados para atender con sensibilidad las necesidades especiales de los hombres, incluidos los que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

2.4.8.5 Comunicarse para relacionarse La comunicación con los jóvenes no sólo debe realizarse en las escuelas, los clubs de deportes, los dispensarios, los lugares de trabajo y donde sea que se reúnan. También debe existir en el hogar. Los jóvenes quieren comunicarse y entenderse con adultos de confianza. En América Latina y el Caribe, como en otras partes del mundo, los jóvenes manifiestan el deseo de un mayor diálogo sobre el SIDA, las relaciones sexuales y la sexualidad, y quieren que esa información les sea facilitada por sus padres. Según los estudios llevados a cabo por el Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, los jóvenes necesitan y quieren comunicarse con sus padres, tíos, abuelos, padrinos y líderes de la comunidad.

En la encuesta del Caribe, la falta de adultos atentos y solícitos se relacionó con consecuencias devastadoras. En ausencia de una madre atenta, entre un 25% y un 29% de los jóvenes de 10 a 18 años declararon haber realizado un intento de suicidio, en comparación con el 8-11% de los que recibían la atención solícita de la madre. Cuando faltaba la atención del padre, el riesgo de suicidio se multiplicaba por dos.

Escuchar las preocupaciones de una persona joven y hablar con él o con ella, es lo que distingue una relación afectuosa y solícita. Esos son los procesos que forjan el entendimiento entre un adulto y un niño. El hecho de

contar con la atención solícita de un adulto ha demostrado tener efectos protectores. Por ejemplo, en la encuesta del Caribe, los jóvenes que recibían la atención solícita del padre eran menos propensos a un inicio sexual precoz, a una angustia extrema y a una salud precaria. En un estudio realizado en Alabama, Nueva York y Puerto Rico, se encontró que los jóvenes cuyas madres les habían hablado sobre el sexo antes de iniciar su vida sexual eran tres veces más propensos a utilizar un preservativo en su primera relación sexual. Y en un estudio de gran escala efectuado en Minnesota, el solo hecho de contar con la atención de un adulto solícito -no necesariamente uno de los padres- demostró nuevamente que era un importante factor protector para los jóvenes.

Cuando se midieron diversos parámetros de la salud de los jóvenes, entre los que figuraban el hábito de fumar, el inicio sexual y el embarazo, se halló que el hecho de recibir la atención de un adulto se asociaba con una salud mejor. Aunque parezca sorprendente, se encontró que otros factores citados con frecuencia -entre ellos, la raza, el nivel socioeconómico y de educación de los padres, y el hecho de vivir en una familia monoparental- no estaban asociados con el estado de salud.

Todos los padres jóvenes necesitan comprender la importancia que tienen la atención y el cuidado para sus hijos. Los hombres jóvenes necesitan una ayuda especial para superar la tradición centenaria que los relegan a desempeñar un papel menos importante en relación con sus hijos. Como ha señalado un padre: "Hablar con los hijos no es mi deber, es cosa de la madre. Ya conocen las reglas: si quieren algo de mí, se lo dicen a su madre y ella me lo comunica."

El proyecto PAPAI (papai significa "papá" en portugués), establecido en colaboración con el hospital universitario de la Universidad Federal de

Pernambuco (Recife, Brasil), presta asistencia a los padres jóvenes y ayuda a luchar contra la norma del "padre ausente". El proyecto realiza actividades extrainstitucionales y con los medios de comunicación orientadas a promover una imagen positiva del padre. Ofrece asimismo actividades educativas y asesoramiento para grupos e individuos, trabajando en entornos donde hay muchos varones adolescentes, como el ejército y las escuelas. Un logro del proyecto es que dispone de un programa para madres adolescentes que aconseja a su vez a la pareja de futuros padres adolescentes.

Análogamente, en Jamaica una ONG llamada Fathers Incorporated ofrece a los varones jóvenes talleres sobre la importancia de la implicación del padre en la familia.

2.4.8.6 La comunicación rompe las barreras La comunicación también es fundamental para romper las barreras que a veces separan a las personas que viven con el VIH o con SIDA de los demás miembros de su comunidad. Los niños y los jóvenes que son VIH-positivos tienen cosas importantes que enseñar a los que hasta ahora no se han infectado. Ellos también tienen necesidades importantes que merecen respeto y atención. Escuchar y aprender de ellos puede ayudarnos a todos no solamente a sobrevivir sino también a vivir positivamente.

América Latina y el Caribe han demostrado tener una notable capacidad de evolución, tal como lo confirma el cambio radical habido en la planificación familiar entre los adolescentes en menos de dos decenios. En México, por ejemplo, en 1976 solamente usaban un anticonceptivo moderno el 14% de los adolescentes, mientras que en 1995 esa cifra pasó a ser del 36%.

Para la región ahora el desafío es lograr un cambio de comportamiento de una magnitud similar, incluido el uso del preservativo, para evitar una epidemia progresiva del VIH entre los niños y los adolescentes.

2.4.8.7 “⁵³El Condón Los condones son efectivos contra las infecciones por virus, tales como VIH, hepatitis B, citomegalovirus, y el virus del herpes simplex 2, que se transmiten por el semen, los fluidos uretrales, y las llagas genitales (Judson et al., 1989; Cates & Stone, 1992).

El uso adecuado y constante del condón es una de las estrategias recomendadas para la prevención del VIH/SIDA por la Organización Mundial de la Salud. Recientemente se publicó un estudio titulado *"Effectiveness of condoms in preventing HIV transmission"* de los Doctores Steven D. Pinkerton y el Dr Ambrason donde analizan 89 estudios científicos sobre la efectividad del condón y concluyen que el uso correcto y constante del condón protege en un 90 a 95 % de la transmisión de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), siendo las principales fallas secundarios al uso incorrecto o inconsistente por parte del usuario. Esta conclusión ha sido también documentada y confirmada por más de 437 estudios científicos publicados al respecto.

El condón es el único método de planificación familiar que sirve para prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS) como el SIDA debido a que funciona como una barrera mecánica que impide el paso de bacterias como la *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *Mycoplasma hominis*; parásitos como la *Trichomonas vaginales* o virus como el herpes, hepatitis B o el VIH.

Existen tres tipos de condones: látex, tejido de animales y poliuretano. Los condones que son efectivos para la prevención de ITS son los elaborados de látex o de poliuretano. El condón más distribuido y utilizado en todo el mundo es el que está elaborado de látex. El látex es una sustancia que se extrae de

⁵³ Consejo Nacional de Población CONAPO – FNUAP. Antología de la Sexualidad. Tomo III. México: 1994., p. 451 - 491.

algunas plantas como el árbol del caucho (*Hevea brasiliensis*) o es obtenido sintéticamente por polimerización de derivados del petrolíferos como el estireno, caucho nitrilo, butadieno y mezclas de diferentes tipos. El látex de los condones se reporta como biodegradable a diferencia de otros elaborados con plásticos como poliuretano. Los condones de látex tienen una vida promedio de 5 años. Los condones de látex se pueden deteriorar si se exponen a ciertas condiciones como son: luz ultravioleta, el calor, la humedad, el ozono o aceites minerales y vegetales, por lo cual se recomienda el almacenarlos de manera adecuada y usar exclusivamente lubricantes de base acuosa.

Por otro lado, existen lineamientos internacionales y nacionales para el control de calidad y la seguridad de los condones. En México existe en nuestro país por la *Norma Oficial Mexicana NOM 016-SSA1 -I 1993*, que establece las especificaciones sanitarias de los condones de hule látex y que fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 8 de septiembre de 1994.

En esta Norma se establecen las propiedades que requieren los condones y los métodos de prueba que se deben de realizar para asegurar su calidad. Los condones de látex o de poliuretano no deben de presentar orificios visibles y los estudios de calidad de los mismos se realizan con pruebas de presión de agua o aire. Diversos estudios científicos, entre los que destaca el realizado por la Food and Drug Administration (FDA) que concluye que el condón reduce diez mil veces la transferencia de fluido, por lo cual disminuye significativamente el riesgo de la transmisión del VIH. Los condones de látex NO presentan poros naturalmente, pero por defectos en la manufactura se pueden producir pequeños orificios microscópicos que máximo pueden tener un diámetro de 30 nanómetros y que se pueden evitar con un adecuado control de calidad. El virus que provoca el SIDA, Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), es uno de los virus más pequeños

relacionados a infecciones de transmisión sexual, y mide 100 nanómetros. En los estudios de control de calidad de los condones se utilizan partículas de agua y de aire, las cuales son mucho más pequeñas que el VIH, por lo cual bien utilizado no permite el paso de este virus o de otros gérmenes causantes de otras ITS. La posibilidad de rompimiento de los condones es del 0.5% al 3% en uso vaginal y del 5 al 10% en uso anal.

El VIH es uno de los agentes que se transmiten menos eficientemente a través de relaciones sexuales, de acuerdo a las estimaciones del Programa Mundial contra el SIDA de Naciones Unidas (ONUSIDA) en una relación sexual se tiene el 0.1 % de posibilidades de infectarse con el VIH, o sea 1 posibilidad en 1,000. Si el condón reduce en 90% o más las posibilidades de infectarse, esto quiere decir que de 90,000 personas que se expongan al riesgo solo 1 o menos se contagiara del VIH si usa el condón contra 1 de cada 1,000 si no lo usan.

Lo anterior demuestra que los condones si son efectivos y ofrecen un alto porcentaje de seguridad. El condón no es infalible, al igual que los cinturones de seguridad, las vacunas, los cascos, guantes o la mayor parte de las medidas preventivas. La vacuna de la influenza protege en un 60-80% y el cinturón de seguridad reduce en un 40% o más las muertes por accidentes vehiculares; sin embargo, utilizamos estas medidas ya que disminuyen de manera importante los riesgos. En el caso de los condones, múltiples estudios demuestran que ofrece una protección mayor del 90%, superior a la que ofrecen otras estrategias de prevención.

De hecho, a manera de ejemplo, una de las evidencias más contundentes de la efectividad del condón y que ha sido divulgada como una experiencia exitosa a nivel mundial por el Programa Mundial contra el SIDA de Naciones Unidas (ONUSIDA), es el "Programa Condón al 100%", realizado en

Tailandia recientemente, donde se observó que posterior a la promoción masiva del uso del condón como única estrategia. se disminuyó en 85% las ITS y se logró estabilizar y disminuir las altas prevalencias al VIH que se estaban observando en reclutas y mujeres embarazadas.

Por último, en un metanálisis realizado de 12 estudios de seroconversión, siguiendo a parejas sexuales de personas que viven con el VIH/SIDA y otros estudios internacionales se ha demostrado que el condón protegió en 93% al 100% de los casos, cuando se usaba siempre y de manera correcta.

2.4.8.7.1 El Uso del Condón y La Transmisión del VIH. Dadas las serias consecuencias de la infección VIH, gran parte de la investigación de la eficacia del condón se ha enfocado en la transmisión del VIH. Se reconoce que el condón es una barrera altamente efectiva contra la infección de VIH (CDC, 1998).

Los que se oponen al uso del condón, sin embargo, han manipulado los resultados de pruebas defectuosas de laboratorio para crear la duda entre el público acerca de la efectividad del condón contra el VIH. Por ejemplo, un estudio dedujo erróneamente que los condones de látex permitían el paso del virus del VIH, sin tomar en cuenta que se usó como ejemplo partículas que eran 100 millones de veces más pequeñas que las partículas del VIH que se encuentran en el semen (Stone et al., 1999). De hecho, el riesgo de la transmisión del VIH a través de un condón se reduce hasta 10,000 veces (Carey et al., 1992; Cavalieri d'Oro et al., 1994; Weller, 1993).

En un reciente estudio de parejas en las que uno de los compañeros era VIH positivo, solamente un caso de infección (2 por ciento) ocurrió entre los que permanecieron activos sexualmente y usaron condones consistentemente y de manera correcta. En contraste, la incidencia de la infección del VIH fue 14

por ciento con el uso inconstante (Deschamps et al., 1996). Un estudio similar mostró una tasa de infección del 10 por ciento sin el uso consistente del condón (de Vincenzi, 1994). Un metanálisis de 25 estudios sobre la transmisión del VIH y los condones determinó que las tasas de eficacia variaban entre el 87 y el 96 por ciento contra la infección del VIH (Dais & Weller, 1999).

La utilización del condón es una forma efectiva de prevenir la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). El uso correcto y consistente de condones masculinos de látex provee un alto grado de protección contra el VIH y otras ITS. En el laboratorio, los condones látex son efectivos bloqueando la entrada del virus del VIH ya que los poros del látex son tan pequeños que no permiten su entrada. Los condones no solo han demostrado ser una barrera efectiva contra el VIH, también para el Herpes, CMV, la hepatitis "B", la clamidiosis, y la gonorrea. Estudios de la vida real con parejas "discordantes" (es decir, parejas en las cuales una persona está infectada con VIH y la otra no)) muestran lo mismo.

Tres amplios estudios recientes (De Vicenzi et al., Saracco et al., y Deschamps et al.) realizaron un seguimiento de 245, 305 y 177 parejas discordantes, respectivamente. Entre aquéllas que no usaron condón en cada relación sexual (usuarios inconsistentes), hubo 4.8, 7.2 y 6.8 seroconversiones por 100 personas cada año. En contraste, entre aquéllas que usaron condón consistentemente, hubo 0, 1.1 y 1.0 seroconversiones por 100 personas cada año. Estos estudios demuestran que los condones de látex son altamente protectores y que su uso consistente y correcto debe ser promovido.

2.4.8.7.2. Uso consistente y correcto del condón. Consistente quiere decir usar un condón cada vez que se tiene una relación sexual (100% de las veces), sin excepciones.

Correcto implica los siguientes pasos:

- Ser cuidadoso al abrir el empaque, los dientes o las uñas pueden romper el condón. Usar únicamente lubricantes con base acuosa. Los lubricantes con base de aceite, como vaselina o cremas, dañan los condones. Guardar los condones en un lugar fresco y seco, no en la bolsa del pantalón o en la guantera del coche. El calor daña los condones. Usar los condones antes de la fecha de caducidad que aparece en la caja o en los paquetes individuales. No utilizar el condón si está pegajoso, quebradizo, decolorado o roto.
- Ponerse el condón una vez que el pene está erecto y antes de que toque ninguna parte de la boca, ano o vagina del (a) compañero (a). Si el pene no está circuncidado, es necesario retraer el prepucio antes de ponerse el condón.
- Presionar la punta del condón (receptáculo) de tal manera que no quede aire atrapado dentro. Es necesario dejar lugar para el semen. Desenrollar el condón hasta la base del pene.
- Si el condón se rompe o se sale al tener la relación sexual, detenerse y ponerse un nuevo condón. Asegurarse de seguir las instrucciones. Cuando el condón se sale, se rompe o derrame su contenido, usualmente no se debe a defectos de fabricación, la mayor parte de las veces se trata de errores del usuario.
- Después de la eyaculación, retirarse del(a) compañero(a) antes de que el pene se ponga flácido. Mantener el condón en el pene al retirarse para evitar que el semen se salga. Asegurarse de desecharlo adecuadamente (no debe tirarse en el excusado) y de no reutilizarlo.

En un estudio a 245 parejas heterosexuales donde una de las parejas estaba infectada con VIH y la otra no, ninguno entre 123 hombres o mujeres que en la pareja usaron un condón cada vez que tenían relaciones sexuales se infectó con el VIH. En contraste con 12 de las 122 hombres o mujeres que si se infectaron ya que usaron condones algunas veces o no los usaron del todo.

El uso adecuado y consistente del condón puede en forma muy amplia reducir el riesgo de transmisión del VIH y de las Enfermedades Transmitidas Sexualmente. Con un millón de Norteamericanos actualmente infectados con VIH, y la mayoría de las infecciones que se transmiten sexualmente, la promoción del condón es un elemento crucial en cualquier estrategia de salud pública.

Los avances demostrados por los programas nacionales de promoción del uso del condón en la lucha contra la epidemia del VIH confirmados resultaron opacados por los esperanzadores anuncios sobre nuevas terapéuticas combinadas que invadieron, sobre todo, los medios periodísticos.

De particular importancia es el caso de Tailandia^{54*}, un país puesto como ejemplo de cómo un programa con fuerte liderazgo estatal que combina elementos de educación para la salud con seguimiento de contactos y otras medidas tradicionales de la salud pública, puede tener trascendencia sobre el curso de la epidemia.

⁵⁴ ROJANAPITHAYA KOIN W. , Hananberg R. El programa condón 100% en tailandia. SIDA, 1996;10 – 17.

La situación previa a la implantación de dicho programa era alarmante, como lo muestran las prevalencias en amplios grupos centinelas de la epidemia. En 1993 la cero prevalencia en varones reclutas del ejército fue de 4%, y en mujeres embarazadas en clínicas urbanas era de 1.5%. Estas cifras eran un promedio nacional, pero en algunas regiones la prevalencia en reclutas llegaba a 13% y en embarazadas a 5% (2,3,4)

Debido a que en Tailandia la forma predominante de transmisión era heterosexual (en 1988 la razón de masculinidad era de 97:3, en 1993 fue de 46:54 y para el año 2000 fue de 60:40), con una amplia oferta de sexo comercial, las autoridades, después de ensayar otras opciones, decidieron enfocar el programa de control hacia las trabajadoras sexuales mediante la distribución amplia de condones, la promoción y el control de su uso. El programa se denominó Condón al 100%.⁵⁵

Como resultado de este programa, el uso de condón por hombres que tuvieron relaciones con prostitutas pasó de 14% en 1989 a 90% en 1994. Al mismo tiempo, las infecciones de transmisión sexual descendieron 85%.

Uno de los componentes centrales del programa fue la disponibilidad de condones. El gobierno distribuyó seis millones y medio en 1990 y más de 40 millones en cada año siguiente. Así, en 1995 había distribuido más de 150 millones de condones. Por otro lado, la cifra de condones distribuidos comercialmente ofrece cantidades comparativas: 110 millones vendidos en el mismo periodo. A partir de 1990 el gobierno tailandés compra todos sus condones a un precio promedio de 0.04 centavos de dólar.

⁵⁵ Ibid

El gobierno decidió concentrar sus baterías en fomentar el uso de condón en las actividades de sexo comercial y dejó de lado medidas discriminatorias para proveedores y consumidores del mismo, que se habían intentado sin resultados. Para cumplir con sus objetivos, el programa utilizó la extensa red de clínicas de infecciones de transmisión sexual con las que el país contaba desde hacía 40 años. Durante esos años el gobierno controló la actividad sexual comercial y por eso pudo intervenir en la estricta vigilancia del uso de condones de esas prácticas. Otro componente que hay que tomar en cuenta y que era parte del mismo programa, era el anuncio en gran escala del uso de condones. Existen estimaciones de que el programa adoptado por el gobierno tailandés ha prevenido dos millones de infecciones por el VIH.

Se puede afirmar que, hasta ahora, el patrón de uso de condón en hombres se restringe a las relaciones con sexoservidoras, mientras que su uso se mantiene bajo con las parejas estables. Un ejemplo de esto puede verse en el resultado de un estudio entre obreros hombres en los que el uso de condón reportado como "siempre" con prostitutas fue de 50%, sumado al 60% que no usó condón en su primera relación sexual. Entre mujeres obreras 80% no usaron condón en su primera relación y sólo 5% lo utilizó en relaciones sexuales ocasionales. Todavía persisten las barreras para el uso de condón fuera de los burdeles: los hombres reportan falta de disponibilidad inmediata, incomodidad y desconocimiento de su uso. Entre las sexoservidoras, la mayoría tiene relaciones protegidas con condón, esta tendencia va más allá, ya que en un estudio se observó que 50% de los actos se realizaron con doble condón. El sexo no protegido se relaciona con el trabajo en sitios clandestinos, relaciones con clientes regulares y en salidas del prostíbulo (hoteles, domicilios de los clientes, etc.).

Es indudable que el programa Condón al 100% ha funcionado para Tailandia; también lo es que tiene amplios márgenes que aún no ha modificado y,

además, tiene que demostrar que los cambios en las prácticas se sostienen con el tiempo. Pero, con todas sus peculiaridades, lo reproducible de la experiencia tailandesa debería ser definitivamente copiado y adaptado a nuestra realidad.

Estudios con cientos de parejas demostró que el uso consistente del condón es posible cuando la gente tiene las habilidades y la motivación para hacerlo. Una de las motivaciones más grandes para decidir usar cualquier producto - sea pasta de dientes o condón- es la convicción de que el producto va a funcionar. Estudios científicos han demostrado claramente que los condones son altamente efectivos en la prevención de la transmisión del VIH y otras ITS. Es muy importante corregir la información equivocada sobre el condón. Las personas escépticas en torno al condón, no están a favor de su uso, pero eso no quiere decir que no tengan relaciones sexuales. Y el sexo desprotegido puede ponerlas en riesgo de infección por VIH u otras ITS. Adicionalmente, para creer que el producto va a funcionar (eficacia del producto), la gente tiene que pensar que será apta para usar el producto correctamente (autoeficacia). Por eso es importante enseñarle a la gente habilidades en el uso del condón, tales como la manera correcta de ponérselo, cómo hablar con el(la) compañero(a) sexual sobre el uso del condón o cómo rehusarse a tener relaciones sexuales si la pareja no acepta usar un condón.

Los estudios con parejas discordantes demuestran que, usados consistentemente, los condones son altamente efectivos. Usados inconsistentemente, ofrecen un poco más de protección que cuando no se utilizan en lo absoluto. Un condón no puede funcionar si no se le saca de su paquete y se usa. Y no puede funcionar óptimamente si el usuario no está habilitado para usarlo correctamente.

2.4.8.7.3 Eficacia del condón Los condones son eficaces porque bloquean el contacto con los fluidos del cuerpo que causan el embarazo y las infecciones por transmisión sexual. La mayoría de los informes sobre el fracaso del condón son el resultado del uso inconsistente o incorrecto, no su rotura (Macaluso et al., 1999). En los EEUU, la verdadera tasa de rotura es un bajo dos por cada 100 condones (CDC, 1998). Las tasas elevadas de rotura en algunos estudios ocurren porque muchas personas mienten acerca del uso del anticonceptivo para culpar a un condón "defectuoso" por su falta de responsabilidad. Tales excesos en los reportes aumentan artificialmente las tasas de rotura (Trussell, 1998).

2.4.8.7.4 Fallas en el Uso del Condón Fuera del laboratorio, la efectividad del condón disminuye al introducirse el "factor humano". La razón por la cual las personas no usan el condón correctamente es porque la educación con respecto al condón no se ha hecho como es debido. La falla del condón se debe más que a una falla en el producto, a una falla por parte de quienes lo usan. Los usuarios pueden fallar al: 1) no usar un condón en cada acto sexual 2) no ponerse un condón antes de que ocurra cualquier contacto genital o 3) no desenrollar por completo el condón al ponérselo. El uso del alcohol puede también impedir tanto el buen juicio como el uso apropiado del condón.

Para una mayor eficacia del condón, lo siguiente se debe evitar: el uso de lubricantes hechos a base de aceite (vaselina, manteca, cremas) esto debilita el látex, guardar los condones en contacto muy directo con el calor o con el sol, usar condones que han estado en paquetes rotos o dañados o con muestras de ser viejos (arrugados, pegajosos o descoloridos).

Las personas no usan condones principalmente por reacciones emocionales o malas interpretaciones. Los resultados de una encuesta telefónica a

heterosexuales en 23 áreas urbanas con alta incidencia de SIDA descubrió que la desconfianza asociada con el uso del condón se ve más acentuada entre los varones, los afro-americanos y los que tienen un bajo nivel de educación. De los que respondieron a la encuesta el 54% creyeron que los condones podían fallar durante el acto sexual, el 41% se quejó de una reducción en la sensación sexual, el 35% se sentían incómodos al comprarlos y el 21% se sentían incómodos al ponérselos.

Los jóvenes que pedían ayuda al comprar condones, en una encuesta realizada en 1988 en tiendas del área de Washington, D.C., encontraron cierta resistencia y desaprobación por parte del cajero(a) un 40% del tiempo. En un estudio a los estudiantes de un colegio canadiense, los factores asociados al no uso del condón incluyeron pena o vergüenza al comprar condones, dificultad en discutir el uso del condón con la pareja, el uso de anticonceptivos orales, falta de conocimientos sobre el VIH y de las Enfermedades Transmitidas Sexualmente y la creencia de que los condones interfieren con el placer sexual. La vergüenza se puede contrarrestar con la educación, las pláticas francas acerca de la sexualidad, y un mejor mercadeo y distribución de condones.

Las barreras que impiden un mayor uso del condón apenas se están empezando a tratar en los E.U. Por ejemplo, en Suecia, el programa "STOP AIDS" (PARE el SIDA), envió un panfleto a cada hogar en 1986, esto seguido por una campaña masiva de televisión promoviendo el uso del condón. Las personas sexualmente activas entre las edades de 17 a 30 años de edad reportaron un incremento de un 8% a un 50% en el uso del condón al tener contacto sexual casual en 1991. Para el grupo mas joven, entre las edades de 17 a 20 años de edad, el uso del condón se incrementó de un 19% en 1987 a un 73% en 1990.

Los esfuerzos del mercadeo social del condón han incrementado dramáticamente las ventas de los condones. En Zaire, por ejemplo, después de un cuidadoso estudio al consumidor se produjo "Prudence" o Prudente, un condón diseñado y valuado de manera que fuera culturalmente sensible, atractivo y económico. La venta total de "Prudence" se incrementó hasta un 443% de 1988 a 1989, y en muchas regiones de Zaire, "Prudence" ha sustituido a la palabra condón.

La televisión es uno de los medios de comunicación más populares en los E.U., sin embargo, la mayoría de los canales de televisión continúan prohibiendo la promoción del condón en horarios claves. Una encuesta a los usuarios de drogas intravenosas de Baltimore demostró que el 47% aprendieron mas acerca del SIDA a través de la televisión; el average de horas que una persona mira en una semana es de 28 horas. La televisión pudiera alcanzar a millones de norte-americanos con mensajes de como prevenir el SIDA.

Cada vez más, los estudiantes tanto de primaria como de secundaria ponen a la disposición condones en las escuelas a través de programas especiales. En la encuesta "Roper" llevada a cabo en 1991 se descubrió que dos de cada tres adultos (64%) dijeron que debiera haber condones disponibles en las escuelas secundarias; el 47% estuvo a favor de que debiera haber condones en las escuelas primarias.

La forma en la que los condones se ponen a la disposición tiene un impacto enorme en cuanto a su adquisición. En una clínica para el tratamiento del abuso de drogas se dejaron condones tanto en los baños como en la sala de espera. En total, el 381% de los condones fueron tomados del baño.

2.4.8.7.5 Calidad y Efectividad de los Condones Cualquier aseveración sobre la efectividad del condón debe distinguir entre la efectividad del usuario (o la falla) y la efectividad del producto (o la falla). La “tasa de rompimiento del condón” frecuentemente es usada de una manera imprecisa para referirse al porcentaje de mujeres que se embarazaron en el curso de un año en el que reportaron usar condón como su método anticonceptivo primario, incluso si no usaron condón cada vez que tuvieron relaciones sexuales.

Los estudios que no distinguen entre usuarios consistentes, inconsistentes y no usuarios no pueden referirse adecuadamente al asunto de la efectividad del condón. Una simple analogía permitiría decir que los cinturones de seguridad no funcionan porque hay accidentes en los que los pasajeros resultan heridos porque no los están usando. Evidentemente, los cinturones de seguridad no funcionan a menos que se les use.

La “tasa de rompimiento del condón” se refiere al porcentaje de condones que se rompen en pruebas de laboratorio, lo cual da una medida de la falla del producto. O se refiere al número de parejas que reportan que un condón se rompió o se salió del pene (típicamente como resultado de un error del usuario), no de una falla en el producto. La tasa de rompimiento promedio es de alrededor de 3%. La mayoría de las roturas no dan como resultado la exposición del pene y ocurren como consecuencia de un uso incorrecto. Un estudio reciente (Albert, Warner, Hatcher, Trussell and Bennett) sugiere que el uso regular del condón puede llevar al usuario a desarrollar habilidades y técnicas que reduzcan la probabilidad de rompimiento o deslizamiento.

Mientras los condones de membrana natural sí presentan poros, los de látex típicamente no tienen. Los condones de látex, que están regulados por la Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos como productos médicos, son sometidos a rigurosas pruebas que incluyen las diseñadas para

detectar poros, antes de ser puestos a la venta. Estas pruebas son realizadas por los fabricantes.

La FDA regula los condones de látex como productos médicos y rige su fabricación de acuerdo con estrictos estándares nacionales. Los condones hechos en los Estados Unidos son sometidos a un riguroso control de calidad a lo largo de todo el proceso de fabricación. Antes de ser empacado, cada condón es probado electrónicamente en busca de defectos. Adicionalmente, la FDA hace pruebas en muestras de cada lote utilizando pruebas de goteo de agua y de estallamiento por inyección de aire. Si se encuentra algún defecto, el lote completo es desechado. La FDA también hace pruebas al azar tanto a condones estadounidenses como importados, para asegurarse de que cumplen con los estándares de calidad. Se han probado muestras que representan millones de condones, y el promedio por lote es superior a 99.7% de los condones libres de defectos.

Todos los condones son sometidos a los mismos estándares de control de calidad. Los estudios publicados a la fecha no consideran conveniente calificar la calidad relativa de varias marcas -algunos estudios han colocado en distintos lugares de la escala a una misma marca porque se utilizan métodos diferentes para calificar. Los consumidores deben buscar la palabra “látex” en el paquete. El color, la forma, la talla y otras características (como lo rugoso) dependen de las preferencias personales y no afectan la confiabilidad. Todos los condones con la leyenda “Para protección de enfermedades” son efectivos.

A pesar de que los estudios de laboratorio muestran que el nonoxynol-9 (N-9) mata al VIH en tubos de ensayo, los datos disponibles del espermicida N-9 para prevenir la transmisión sexual del VIH en situaciones reales son inconsistentes y no permiten sacar conclusiones. Por tanto, el CDC no recomienda el uso de N-9 solo para prevenir la transmisión sexual del VIH. El

CDC recomienda el uso de condones de látex, con o sin espermicida. El nonoxynol-9 ha demostrado proveer alguna protección contra dos ITS bacterianas, gonorrea y clamidia.

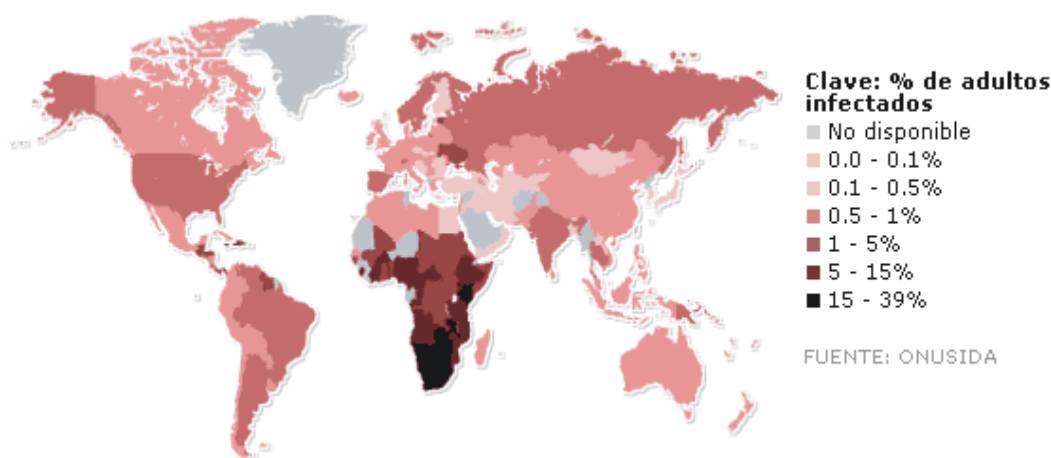
2.4.9. Prevalencias HIV alcanzó 1% de la población mundial.

El virus responsable del sida, el HIV, ya ha infectado al uno por ciento de la población mundial, según los datos ofrecidos por la 24 sesión de seminarios internacionales sobre emergencias planetarias reunida en Erice (Sicilia, sur de Italia).

Prevalencias a nivel mundial

Adultos y niños que viven con el VIH/Sida en el mundo	40 Millones
Número de nuevas infecciones por el VIH en 2003	5 Millones
Personas fallecidas por el Sida en 2003	3 Millones

ÍNDICES DE VIH EN EL MUNDO



Fuente: ONUSIDA, diciembre de 2003 www.onusida.org

Prevalencias a nivel de América Latina

Adultos y niños que viven con el VIH/SIDA	1,5 millones
Porcentaje de mujeres	30%
Tasa de prevalencia entre adultos	0,6%

Aproximación epidemiológica en Colombia.⁵⁶ El país se ubica en el cuarto lugar entre los países de Latinoamérica en el número total de casos reportados de VIH/vSIDA. El análisis de serie de tiempo de la infección, realizada desde el inicio de la epidemia hasta Marzo del 2001, mostró una tendencia de la enfermedad hacia el ascenso progresivo, en este año llegó a 23.091 personas. Sin embargo, teniendo en cuenta el subregistro, calculado en el 90%, podría decir que esta cifra asciende a 230000 casos. La incidencia de SIDA, de 0,9/100.000.

El grupo de población más afectado es el de hombres (85% de los casos) entre los 20 y 35 años de edad(65%); el principal mecanismo de transmisión es el sexual, por práctica sexual entre hombres (HSH, con prevalencias que alcanzan al 118% en Bogotá) con un incremento significativo ($p<0,005$), en el mecanismo de transmisión heterosexual en los dos últimos años, que alcanza cifras del 35% de los casos. Paralelamente, se observa un incremento de los casos en mujeres y un aumento en la transmisión vertical.

Sin embargo, la información de la vigilancia activa en poblaciones específicas (gestantes y consultantes de infecciones de transmisión sexual (ITS), apoyada en el laboratorio durante los cuatro muestreos realizados (1991 a 1996), muestra que la prevalencia de la infección en mujeres embarazadas ha oscilado entre 0,06 y 0,04%- se asume un comportamiento similar parra la población general; consultantes de ITS entre 0,2 y 1,1%, y trabajadores sexuales de 0,2 a 1,4%. Los departamentos de Atlántico y Putumayo, las

⁵⁶ BELTRAN, Mauricio. ACOSTA, Jacqueline. Y otros, V Estudio centinela nacional de vigilancia de infección por VIH – 1, Colombia 1999. Ministerio de Salud, Dirección general de promoción y prevención, oficina de epidemiología. Instituto Nacional de Salud, subdirección de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia.

ciudades de Cali, Manizales, Barranquilla y Bogotá D.C. presentan las mayores prevalencias.

“⁵⁷La epidemia de VIH SIDA en Colombia se caracteriza como concentrada, significando esto que la infección esta aun particularmente confinada a grupos definidos de población de alta vulnerabilidad. Para el año 2004, la prevalencia nacional en población de 15 a 49 años se estima en 0.7% (siete por cada mil). La feminización de la epidemia está ocurriendo gradualmente a nivel nacional y en algunas regiones esta realidad es evidente desde hace varios años. Se observa a nivel nacional un progresivo cambio del patrón predominante de transmisión homosexual hacia el predominio de la transmisión por coito heterosexual, particularmente evidente en la región nor-oriental (Santander y Norte de Santander) y en los departamentos de la región Caribe, donde el número de las nuevas infecciones en mujeres jóvenes ha aumentado a mayor velocidad que en hombres de la misma edad desde comienzos de los noventa.

La razón de casos hombre: mujer ha descendido de 20:1 al inicio de la epidemia a 8:1 en 1993, a 6:1 en 1998 y a 3:1 entre 1999 y 2003. en los departamentos de la Costa Caribe este indicador es cercano a 1:1.

La alta vulnerabilidad de la mujer colombiana ante la epidemia del VIH/Sida está determinada por el contexto cultural machista que le impone relaciones sexuales dominadas por el hombre, por el abuso sexual, dentro y fuera de la familia; por la historia de inequidad de género y de desigualdad social, económica, educativa y laboral; por la permisividad para que sus compañeros sexuales estables tengan múltiples relaciones sexuales casuales y por la bisexualidad de sus compañeros sexuales estables tengan

⁵⁷ www.unicef.org.co/onusida/situación.htm.

múltiples relaciones sexuales casuales y por la bisexualidad de sus compañeros estables: por las exigencias del rol femenino de proveer cuidados a los demás en detrimento del propio auto cuidado y por el permanente aumento del número de mujeres cabeza de familia. Las relaciones de poder entre hombres y mujeres, ponen en desventaja a la mujer no sólo en aspectos de negociación y uso consistente del condón sino porque por lo regular la mujer ha tenido menos parejas sexuales que su compañero. Las mujeres se infectan a edad más temprana que los hombres, simplemente porque se relacionan con frecuencia con hombres mayores (dentro o fuera de la relación estable), esto hace que el hombre haya tenido mayor posibilidad de haber adquirido el VIH con anticipación en razón a la edad, mayor posibilidad de haber tenido un mayor número de contactos sexuales. El desplazamiento forzoso es otro aspecto que está afectando más a los menores de edad y a las mujeres, generando desarraigo, desprotección y marginalidad y propiciando el trabajo sexual forzado.

Aunque en Colombia las mujeres tienen una mayor expectativa de vida que los hombres, esta es de menor calidad; en las últimas décadas han accedido más a la educación y tienen mejor rendimiento académico que los hombres, sin embargo, están más afectadas por el desempleo y cuando acceden al empleo, la discriminación es evidente. El mayor nivel educativo no ha representado proporcionalmente menor discriminación, en el año 2001, los ingresos de los hombres superaban en un 28% a los de las mujeres.

El número de casos reportados en mujeres en edad fértil y en menores de cinco años (Sida perinatal) entre 1983 y 2002-. Se observa una tendencia constante al aumento y se espera que este aumento continúe en los próximos cinco años con la implementación del Proyecto Nacional para la reducción de la transmisión materno-infantil del VIH. Gracias a este proyecto, cerca de 120.000 mujeres embarazadas de los estratos mas

vulnerables se han practicado la prueba para VIH, se han diagnosticado 213 mujeres y se han atendido 174 partos a gestantes infectadas. Con la terapia antiretroviral que ofrece el proyecto a estas mujeres desde que son diagnosticadas hasta el final de su gestación, se ha evitado la transmisión del VIH a 172 recién nacidos- solo dos han nacido con la infección. Es fundamental que este proyecto se convierta en una política nacional de salud pública dirigida todas las mujeres colombianas en edad fértil.

Población carcelaria⁵⁸. Desafortunadamente, no se cuentan con estadísticas confiables sobre el número de presos viviendo con VIH o las prevalencias en esta población. Se conocen 43 casos de hombres y uno en una mujer española que fue extraditada y durante su reclusión la Embajada de España asumió los costos de tratamiento. Sin embargo no se tiene datos sobre la distribución o estado de estas personas. Sólo la Cárcel Distrital de Bogotá tiene 19 casos registrados y las personas se encuentran aislados.

En unas pruebas de VIH realizadas por el hospital del Tunal en la Cárcel de la Picota se encontró una prevalencia del 1%. Sin embargo, en la toma de pruebas no se tuvieron en cuenta características de la población que permitieran tener resultados confiables, no puede generalizarse su resultado.

En otra Cárcel, considerando el número de personas viviendo con el VIH y el número total de presos, podría hablarse de una prevalencia de cerca del 3%. Nuevamente, estos datos no son estadísticamente representativos y de ninguna manera podrían tomarse como confiables. A pesar de ello, dan un referente sobre la existencia de entre el 10 y 35 veces más casos de personas viviendo con VIH en las Cárceles que las reconocidas oficialmente.

⁵⁸ Informe preliminar sobre la situación de los privados de la libertad y el VIH/SIDA en Colombia. Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA.

Según el perfil epidemiológico de la población reclusa del país elaborado en diciembre de 1998, las ITS están ubicadas como una de las principales causas de morbilidad, con una prevalencia del 14%.⁵⁹

2.4.10. Vulnerabilidad La palabra vulnerabilidad puede ser entendida como la susceptibilidad a ser herido, abierto al ataque, Este concepto puede ser aplicado a las personas y a los problemas con sentidos diferentes. Cuando se aplica a las primeras, se hace referencia a la susceptibilidad o capacidad de los individuos de sufrir un daño particular. Cuando se aplica a los problemas de salud, hace mención a la capacidad que tiene el problema para responder a una determinada intervención; es de anotar que la vulnerabilidad no es una característica intrínseca del problema sino la expresión de nuestra capacidad para controlarlo, en cuyo caso, debería examinarse el problema desde los criterios de factibilidad técnica, factibilidad financiera y viabilidad ética y política.

El análisis de vulnerabilidad de los problemas debe considerar tres aspectos: la vulnerabilidad es relativa, es decir, que un determinado problema puede ser vulnerable en una ciudad e invulnerable en otra; la vulnerabilidad es variable, o sea que un problema que hoy resulta vulnerable, puede no serlo mañana y viceversa; la vulnerabilidad en ocasiones, es una característica virtual, lo cual hace referencia a que un problema invulnerable puede comenzar a ser afrontado si se adelantan gestiones con miras a tratar de volver viable una solución y acceder a los recursos necesarios.

Para el caso de la infección por VIH y el SIDA, se puede comprender la

⁵⁹ MORALES, M. Perfil epidemiológico de la población carcelaria en Colombia durante el primer semestre de 1998. INPEC. División salud, 1999.

vulnerabilidad como el grupo de acciones y/o situaciones identificables, visibles, específicas y concretas relacionadas con la posibilidad de transmisión o adquisición de la infección por VIH, que involucren por lo menos a dos personas, una de las cuales se encuentra infectada por el VIH .

La vulnerabilidad ante el VIH y el SIDA puede ser vista desde diferentes vertientes cuya combinación puede empeorar la susceptibilidad de las personas y como consecuencia, la vulnerabilidad colectiva a la infección por VIH ; entre estos se tienen:

En términos epidemiológicos: exposición al riesgo de infección por VIH.
En términos médicos: Nivel de calidad en el cuidado médico, cobertura de los servicios y programas de prevención, asistencia, apoyo social y mitigación de los efectos.

En términos de derechos humanos: exposición al riesgo de discriminación o tratamiento injusto de acuerdo con los principios básicos de equidad y dignidad humana.

En términos sociales: de privación de algunos o de todos los derechos a los servicios sociales, presencia de determinantes culturales, leyes o prácticas sociales, creencias, etc.

En términos económicos: relacionado con las restricciones financieras que impiden el acceso a niveles óptimos de cuidado.

En términos políticos: incapacidad de lograr la total representación o carecer de poder político.

En términos individuales: capacidad o susceptibilidad del individuo para desarrollar un daño específico.

La vulnerabilidad no es equiparable con una mera probabilidad (riesgo epidemiológico) sino que se encuentra determinada por una combinación de rasgos de la conducta sexual como pueden ser: el riesgo objetivo, la no-percepción subjetiva del riesgo, la ignorancia sobre elementos básicos acerca de la infección por VIH y el SIDA y el aislamiento de los canales usuales de información

2.4.10.1 Adolescentes La Ley de la Juventud en su capítulo I, artículo 3º entiende por *juventud* "a la persona entre 14 y 26 años de edad". A renglón seguido se establece que "esta definición no sustituye los límites de edad establecidos en otras leyes para adolescentes y jóvenes".

En términos generales, la adolescencia es el período de vida que inicia al finalizar la niñez y que termina al comenzar la vida adulta. Establecer rangos de edad para ello es un poco difícil, aunque se ha postulado que puede ir desde los 12 hasta los 18 años más o menos 2 años. Desde el punto de vista legal, en nuestro país, la adolescencia termina a los 18 años, edad en que el individuo es *mayor de edad* y por lo tanto se le considera *adulto*. Se puede afirmar también que se deja de ser adolescente cuando se asumen responsabilidades del adulto, tales como maternidad, vida laboral activa, etc.

La población adolescente en Colombia comprendida en el grupo de 10 a 19 años, representa el 21.5% del total del país, es decir 8'646.165 habitantes, de los cuales 49.1% son hombres y 50.9% son mujeres⁶⁰.

La adolescencia es un período de crecimiento y desarrollo de alto riesgo para la salud de los individuos debido a una multiplicidad de razones, dentro de las que se pueden destacar: curiosidad desbordada, necesidad de constatar

⁶⁰ Grupos de mayor vulnerabilidad, www.onusida.org.co.

por sí mismo todas las cosas y aconteceres del entorno, necesidad de experimentación que le permita sentir *todo* de primera mano, rebeldía y culpa inconsciente por ella, compulsión a ser diferente, falta de experiencia vital, todo ello asociado a una búsqueda de libertad sin límites.

De acuerdo con las vivencias psicológicas predominantes, algunos tipos de adolescencia han sido particularmente definidos:⁶¹

- Amputada.
- Adolescencia en condensación simbólica.
- Exuberante.
- Abortada.
- Tardía.

Amputada: es el caso de nuestro joven trabajador o de aquel que ha sido conducido a formar parte del conflicto interno. Para ellos, la lucha por la supervivencia y la conservación del individuo es lo fundamental, el adolescente se ve impedido, *amputado* para manifestar, confrontar y superar los conflictos que le son propios en esta etapa del desarrollo individual. Dada la carencia de oportunidades educativas y de desarrollo personal, se anulan las transformaciones del proceso adolescencial, lo cual se manifiesta predominantemente en situaciones límite como el uso de psicotóxicos, las fugas del hogar, el acto delincuenciales o antisocial, los intentos de suicidio y la enfermedad mental.

Adolescencia en condensación simbólica: consiste en *condensar* (como mecanismo psicológico) la situación adolescencial en un hecho o ritual simbólico. Se manifiesta en comportamientos a través de los cuales se deja

⁶¹ Ibid

de ser joven para ingresar súbita y bruscamente en el mundo del adulto, debiendo asumir las actitudes, comportamientos y prácticas de estos últimos, desde la psicología de un joven, como ocurre con los muchachos llevados al conflicto interno bélico, o el padre que conduce a su hijo a un sitio de encuentro sexual para su primera experiencia sexual que le convertirá en adulto, o la niña- adolescente que se convierte mágicamente en mujer al cumplir los 15 años.

Adolescencia exhuberante: este grupo de muchachos (as) tiende a actuar directamente lo que crea conflicto en su mente, sin discriminar comportamientos, modas o expresiones que le permitan entrever su inconformidad o su deseo. Es el modelo propio de funcionamiento de la cultura occidental y por ende de nuestra cultura. Se trata de una persona exhuberante en su forma de comportarse, hablar y vestirse, rebelde, contradictorio, creativo, ambivalente, crítico, problemático, irreverente, pero al mismo tiempo, dispuesto a la integración, al uso de la lógica, a la *cordura* y al enriquecimiento productivo para él y para su grupo, aprendiendo por ensayo y error y dispuesto a seguir una guía. Si este cuadro se enmarca dentro de una desintegración familiar y social, puede conducir al joven a convertirse en un ser tumultuoso, desbocado, desordenado, antisocial, pandillero, destructor de su medio social y ambiental.

Adolescencia abortada: a diferencia de los tipos de adolescencia anteriormente mencionadas donde las circunstancias externas demarcan el tipo, esta es debida más a un empantanamiento de los procesos intrapsíquicos, donde el joven se rehusa a dejar de ser niño con la consecuencia de ser ajeno al proceso vívido por sus pares. Las consecuencias se establecen predominantemente a través de patologías mentales severas. Desde el punto de vista de la salud sexual, este grupo de personas no establece uniones de *objeto* definidas y duraderas, sino que se

genera una movilidad enorme de apetencia, deseos y acciones, produciendo comportamientos altamente promiscuos y por lo tanto, acercándolo al riesgo de las ITS y embarazos no deseados.

Adolescencia tardía: puede considerarse como una variante de la anterior; consiste en que las manifestaciones adolescenciales, se presentan en edades posteriores a lo esperado, generando un adulto joven altamente conflictivo particularmente ante las figuras de autoridad.

Es posible establecer otras conceptualizaciones frente a las "fases" o estados de la adolescencia como son:

- Adolescencia temprana: incluye la fase prepuberal y el comienzo de la pubertad. Se presentaría entre los 12 a los 14 años.
- Adolescencia media o mediana: entre las edades de 15-17 años.
- Adolescencia tardía: considerada en las edades de 18 a 20 años.

Adolescencia Temprana: incluye la preadolescencia, es decir, un momento localizado entre el período de latencia del desarrollo psicosexual y la adolescencia propiamente dicha. Toda la fase se caracteriza por cambios relativamente rápidos en la esfera corporal orientados hacia el desarrollo completo del ser; los cambios físicos muy precoces o los que se presentan de manera tardía, implican mayores dificultades de adaptación al incrementar un sentimiento de *ser diferente* frente a los miembros de su grupo de pares.

Adolescencia Mediana: se caracteriza por un aumento de la intensidad de los sentimientos y por una mayor visión de estos, tanto como por la sobrevaloración de su grupo de pares. Sus conflictos se ven en relación, entre otras cosas, con: preocupaciones y compromiso con y por grupo de pares, preocupaciones frente a imagen corporal, desarrollo de identidad; aquí aparece uno de los elementos de riesgo para el adolescente cual es el

sentimiento de *omnipotencia e inmortalidad* que le lleva a incremento en la accidentalidad, empleo de psicotóxicos, comportamiento suicida, embarazo no deseado y presencia de ITS.

Adolescencia Tardía: los principales retos para este momento son los de lograr una identidad personal, aumentar la capacidad de intimidad afectiva con el *otro-significativo*, conseguir una separación de las figuras parentales, iniciar la adquisición de responsabilidades corrientemente dejadas a *los adultos*. Todo ello, sin embargo, puede conducir a incremento en los estados de depresión/tristeza, tendencias suicidas o trastornos emocionales derivados de las necesidades de independencia y de la toma de responsabilidades de adulto.

Gran parte de la comprensión que se pueda tener del adolescente, se relaciona con el conocimiento del lenguaje que le es propio, de la semántica de sus comunicaciones, la que se crea como un código particular que le ayuda a tener una forma propia de mirar los fenómenos de la vida y de las relaciones interpersonales; a manera de ejemplo se citan algunos modismos propios de los adolescentes:

- *Vacilones*: persona con la que se está sin establecimiento de compromisos ni exigencias, pero frente a la cual existe atracción.
- *Amigovios*: no exige compromiso tan formal como el de *novios*. Los encuentros de las dos personas se llevan a cabo cuando ambas partes lo desean. Están interesados el uno en el otro, pero por alguna razón, no se han decidido a formalizar la relación. Puede implicar encuentro sexual de diversa naturaleza. Se conserva la amistad, siendo más que un vacilón.
- *Prenoviazgo*: amigos, pero con derechos de pertenencia

- *Estar bien*: a punto de entablar relación más formal. Más que amigos ya que implica el besarse.
- *Nada que ver*: aparentan no tener ninguna relación formal, simplemente amigos.
- *Estarle caminando*: encontrarse en estado de conquista a alguien.
- *Caerle*: comentar las intenciones de esa relación o pedir una relación más formal.
- *Gol*: dar a entender que le gusta la persona.
- *Echarle los perros*: "caerle a alguien" sin que las intenciones se noten mucho.
- *Hacer la segunda, el cruce, un catorce*: ayudar a alguien, alcahuetear a alguien para lograr una relación.
- *Entuque*: decir cosas que pueden resultarle atractivas a la otra persona, con finalidad de lograr algo afectivo o sexual de ella(el).
- *Machuque* : estar juntos en vacilón, en amacice o "arrejuntados"
- *Levante*: conquistar a alguien o gustarle a alguien.
- *Quirri* : forma de decir "*caminando*" pero no tan directo.
- *Diablar*: estar con alguien, sin relación formal ni seria, "*por joder*".
- *Diabla*: mujer joven que trata de buscar una relación fácil tomando ella la iniciativa, en el marco de sitios públicos.

Dentro del marco del convenio Minsalud / OPS / Health Canadá, para la implementación del sistema de vigilancia de comportamientos, en 1996 se aplicó el cuestionario confidencial sobre vida sexual activa, entre estudiantes de 10° y 11° grado de colegios oficiales, en las ciudades de Barranquilla, Pereira y Santafé de Bogotá' .

El número de estudiantes encuestados por cada ciudad, fue: Barranquilla 486 alumnos, Pereira 548, y Santafé de Bogotá 260, para un total de 1.294 estudiantes encuestados. Las edades encontradas en los tres grupos de

estudio, están comprendidas entre los 10 a 24 años, con un valor promedio en el grupo de 15-19 años (95.8%), de los cuales el 55.2% son hombres y el 44.2% mujeres.

La edad promedio de inicio de relación sexual con penetración del pene está en el grupo de 15-19 años (57%). El 56% de los encuestados ya había tenido relaciones sexuales penetrativas, siendo la más frecuente la penetración pene-vagina (49%), seguida de la penetración oral (21%) y la penetración anal (11.6%). Del grupo que afirma experiencia sexual penetrativa, el 18% usó condón en la primera relación sexual, mientras que el 73,8% no lo usó.

El 75% de los estudiantes que manifiestan experiencias sexuales con penetración, tuvieron relaciones penetrativas en los últimos 12 meses, encontrándose el mayor porcentaje en la penetración pene-vagina (84.6%), penetración oral (37.5%) y penetración anal (20.7%). En los tres tipos de penetración practicados en los últimos 12 meses, el no haber utilizado condón "ninguna vez" supera las cifras de las demás opciones (todas las veces y algunas veces). En los últimos 12 meses, el 43.9% había tenido relación sexual penetrativa con la misma persona y el 42.4% con más de una persona. En el grupo que había tenido relación sexual penetrativa con más de una persona en los últimos 12 meses, el 49.5% tuvo de 1 a 4 parejas, el 13.8% de 5 a 9 parejas, el 6.8% de 10 a 16 parejas y el 33.7% no respondió.

Entre los estudiantes que habían tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses, el 78% las tuvo con personas del sexo opuesto, el 7% con personas su mismo sexo y el 1.3% con personas de ambos sexos. En este mismo grupo el uso del preservativo en la última relación sexual penetrativa, fue de 24%, siendo las relaciones sexuales sin protección las de mayor porcentaje (61.4%) entre los estudiantes que señalan no haber usado condón, las razones que aluden son: "porque confía en la persona con quien tuvo la

relación" (50.7%); continuando "porque sólo tiene relaciones sexuales con esa persona" (34%); "por el afán del momento " (22%), "porque a usted o la persona con la que tuvo esa relación le disgusta usarlo" (18%), "porque era difícil conseguirlo en el momento" (13.4%); "porque le resultó difícil hablar del uso del condón" (6.7%), "porque estaba bajo el efecto del alcohol o drogas" (6%); "porque la persona con la quien tuvo esa relación se negó a usarlo" (4.8%); "porque no sabe usar el condón" (3%); y "por el costo del condón" (3%).

Durante los últimos 12 meses, el 26,9% de las relaciones sexuales penetrativas, fueron bajo el efecto del alcohol, el 4.7% con marihuana, 1.8% cocaína, 1.3% basuco, 1.2% heroína, 0.9% pastillas alucinógenas, pegantes o inhalantes y tranquilizantes y el 53.6% -65.7% no estuvieron bajo el efecto de ninguna sustancia, encontrándose un alto porcentaje sin respuesta (20%-34.4%) a esta pregunta.

Entre los estudiantes que afirman haber tenido relaciones sexuales penetrativas en los últimos 12 meses, el mantener relaciones sexuales sólo con una misma persona (60.4%), representa la mejor alternativa para prevenir la transmisión de la infección del VIH, constituyéndose el uso del preservativo (38.1%) como el medio de protección menos utilizado.

Encontramos en la caracterización de la población adolescente las siguientes particularidades:

- El 49.1% son hombres, y el 50.9% son mujeres.
- Es la etapa de transición de la vida de la heteronomía a la autonomía.
- Momento durante el cual se establece una firme individualidad, un sentido de identidad personal y la integración del surgimiento puberal de los impulsos agresivos y sexuales:

- Están en el periodo de identificación sexual.
- Búsqueda de independencia vivencial, axiológica y conceptual.
- Comienzo temprano de relaciones sexuales.
- Inician con el consumo de licor, cigarrillos y posiblemente psicotóxicos a edades muy tempranas.
- Se encuentran fuertemente influenciados por el consumismo, las ideologías y los productos extranjeros.
- La mayoría de las veces cuentan con una familia, donde deberían encontrar apoyo, cariño y afecto.
- Confusión de los métodos anticonceptivos bajo la creencia que brindan protección frente a las ITS. Con relación a la utilización de anticonceptivos en el grupo femenino de 15 a 19 años, se encontró que solamente el 7.6% utilizaba métodos artificiales, cifra que alcanza el 11% cuando se consideran todos los métodos.
- El 31% de la población adolescente carece de padre y el 18% no tiene madre. Ya que la figura paterna se constituye en la primera figura de autoridad, de instauración de principios y normas sociales, al faltar ella, estos principios y normas no se internalizan de manera suficiente, lo cual contribuye potencialmente con la construcción de una instancia interna de control laxa, asociada a implementación de conductas de riesgo individuales y sociales.
- En el grupo de niñas y preadolescentes comprendido entre 10 a 14 años, aparece como primera causa de egreso hospitalario el *parto normal* con un 8.5% y dentro de las 10 primeras causas del mismo, las complicaciones relacionadas con embarazo y parto, con 5.6% de frecuencia, sin menospreciar lo referente al aborto con una cifra de 1.11%.
- En el grupo etéreo de población femenina correspondiente a 15 a 19 años, las 5 primeras causas de egreso hospitalario son las siguientes : parto normal (40%); complicaciones relacionadas con el embarazo

(8.6%); otras indicaciones en asistencia de embarazo y parto (7.2%); embarazo terminado en aborto (5.8%); complicaciones del trabajo y parto (5.01%).

La **vulnerabilidad** de esta población está dada por:

- Inicio temprano de relaciones sexuales. En 1.990 se encontró que el 33% de los hombres y el 20.5% de las mujeres habían tenido su primera relación sexual entre los 12 y 17 años, siendo para el 50.2% de los muchachos su pareja sexual una amiga y para el 57% de las mujeres, su pareja, el novio. El 73% de los varones y el 61% de las niñas no utilizaban ningún elemento de protección . Posteriores estudios han mostrado que el 54% de la población colombiana inicia la actividad sexual entre los 11 y los 18 años; en el grupo de los 16 a 18 años, la frecuencia de relaciones sexuales coitales es del 29%, seguido por el grupo de 11 a 15 años, con una frecuencia de 24.1%; la diferencia de proporciones está establecida según sexo: 28.8% a favor del hombre. Según un estudio realizado por Profamilia , el 8.8% de las mujeres tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años, el 35.6% antes de los 18 años y el 55.3% antes de los 20 años. Entre el grupo de edad de 15 a 19 años el 17.4% ya habían estado alguna vez en embarazo, con una diferencia notoria entre las zonas urbanas (14.6%) y las rurales (25.5%).
- Baja o ninguna percepción del riesgo o sentimiento de invulnerabilidad frente a la infección por VIH y al SIDA.
- Presión del grupo para asumir comportamientos potencialmente generadores de riesgo de salud.
- Modelos de identificación y referentes relacionados con superioridad vinculada con el "tener riqueza", llegandose muchas veces a casos extremos donde están dispuestos a pasarse por encima de la

integridad de otras personas y del bien social e incluso de las propias convicciones para lograr un ingreso económico o un bien material.

- Monogamia secuencial como patrón predominante, aunque también pueden coexistir varias parejas sexuales.
- Acceso al trabajo sexual, cuando afrontan la falta de disponibilidad laboral.
- Pertenencia a pandillas, principalmente en las grandes ciudades
- La publicidad y los medios masivos de comunicación que promueven las relaciones sexuales.

2.4.10.2. Población carcelaria Dentro de la población carcelaria se encuentran diferentes tipos de reclusos: el sindicado es la persona que está detenida en cárcel, esperando ser juzgado; el culpado es aquella persona que ya fue juzgada, determinada como culpable y se encuentra esperando la sentencia; el sentenciado ya tienen definido su tiempo de sentencia y son reclusos en penitenciarías.

De acuerdo con la información suministrada por la División de Salud del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), la población de internos a su cargo es de 45.597, de los cuales 42.789 (93.84%) son hombres y 2.808 mujeres (6.15%), distribuidos en 168 cárceles del territorio nacional.

El nivel educativo de la población masculina está distribuido de la siguiente manera:

Ningún grado de escolaridad: 4.286

Básica primaria: 23.258

Básica secundaria: 13.535

Universitario De 1 a 6 semestres: 1.053

Profesionales: 149

En relación con las edades se encuentra:

Rango de Edad	Hombres	Mujeres
18 - 29 años	18.985	1.166
30 - 39 años	14.935	922
40 - 49 años	6.599	518
Mayor de 50 años	2.297	202

La superpoblación, la movilidad en los ingresos, egresos y traslados de internos, crea un ambiente crítico de salud en las instituciones carcelarias. Esto sumado a las modificaciones del nuevo código penal en cuanto al promedio de tiempo y duración de las condenas, el cual se ha ampliado en forma drástica, incluye en que se presente un nuevo estilo de vida en los reclusos, lo que afecta su actividad sexual, fomentando prácticas sexuales inseguras con personas de su mismo sexo.

Según perfil epidemiológico de la población reclusa del país elaborado en diciembre de 1998, las ITS están ubicadas como una de las principales causas de morbilidad. Según dicho perfil epidemiológico las enfermedades infecciosas y parasitarias ocupan el primer lugar en el ámbito nacional y dentro de ellas la tercera causa de morbilidad son las ITS. Se reporta un 14.01% de prevalencia de ITS . Los altos índices de hacinamiento (39%), un nivel de escolaridad que apenas alcanza a la educación primaria en un 61%, y un rango de edades que oscilan entre 18-39 años en más o menos un 81%, constituyen elementos que contribuyen a hacer de esta una población muy vulnerable en relación con las ITS.

Las características destacables de este grupo son:

Privados de la libertad, altos índices de violencia, nivel educativo bajo, actitudes machistas.

La **vulnerabilidad** se relaciona con⁶²:

Alto nivel de sobrepoblación y hacinamiento en los sitios de reclusión.

Comunidad cerrada, encierro y aislamiento.

Prácticas sexuales de riesgo y desprotegidas.

Bajo acceso o disponibilidad de los servicios de salud.

Pobre nivel de información y educación en ITS.

Niveles considerables de ITS.

No tienen acceso a los condones.

Violencia sexual física y psicológica en los sitios de reclusión.

Un factor de vulnerabilidad específico se relaciona con que algunas personas que tienen largas condenas, buscan activamente la infección por VIH y el desarrollo del SIDA ya que debido a enfermedad terminal podrían ser excarcelados, como lo menciona el Código Nacional Penitenciario.

Desde el año de 1.996 se vienen desarrollando programas en el área de fomento y promoción de la salud, de los cuales han tomado gran importancia los programas de prevención de ITS y SIDA. En este último renglón se han ofrecido algunos resultados de importancia:

En 1.997, se imprimieron 10.000 ejemplares de folletos educativos sobre infecciones de transmisión sexual y uso del condón, los cuales se distribuyeron en 12 establecimientos carcelarios; igualmente se entregaron 15.000 condones.

⁶² Grupos de mayor vulnerabilidad, www.onusida.org.co.

En el año de 1.998 se firmó un convenio para la ejecución de un proyecto conjunto entre el INPEC, el Ministerio de Salud y la OPS, sobre prevención de ITS al interior de las cárceles, pero finalmente no pudo ser ejecutado debido a dificultades en los trámites de orden jurídico legal. Para este mismo año alrededor del 80% de las cárceles reportaron ejecución de actividades puntuales (charlas y seminarios) de prevención de las ITS entre sus programas.

Los reportes de pacientes con infección por VIH y SIDA se han solicitado de manera prioritaria a todos los establecimientos carcelarios. Actualmente, una vez identificados los casos se autoriza el suministro del tratamiento correspondiente. En el momento, se tienen diagnosticados 8 pacientes con VIH y SIDA, quienes están siendo atendidos y cuyo tratamiento se encuentra cubierto por una póliza de alto costo que el INPEC ha adquirido con una aseguradora. Dicha póliza incluye exámenes, tratamiento, rehabilitación, hospitalización, transporte y medicamentos.

La Secretaría Distrital de Salud está llevando a cabo un proyecto de salud en cárceles y estaciones de policías (por estar siendo utilizadas como reclusorios temporales). Este es ejecutado dentro del Plan de Atención Básica -PAB- por las Empresas Sociales del Estado -ESE- , con la metodología de dialogo de saberes y formación de multiplicadores entre reclusos y guardianes. Se han cubierto aproximadamente 1.000 personas en cárceles como La Picota, La Modelo, Buen Pastor y Distrital; estos proyecto parten de un diagnóstico situacional de conocimientos, actitudes y prácticas, por lo que se les ha garantizado continuidad a través del presupuesto del PAB.

La Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA ha dictado conferencias y talleres sobre sexualidad/ITS/VIH/SIDA y derechos humanos a la población carcelaria de Ibagué, Guaduas y Santa fé de Bogotá, cubriéndose una población aproximada de 1.000 personas.

Finalmente, el INPEC cuenta con muy pocos recursos financieros para realizar programas de Promoción y Prevención, especialmente en el área de las ITS/VIH /SIDA, por lo cual se hace necesario el apoyo de otras instituciones, en lo concerniente al recurso humano, financiero y/o asesoría técnica permanente.

2.4.11. Intervención

2.4.11.1 Diagnóstico de Salud y Diagnóstico educativo. La integración de esta propuesta basada en la interrelación del diagnóstico de salud y el diagnóstico de las necesidades de aprendizaje (diagnóstico educativo), sus antecedentes, conceptos y perspectivas, y además algunos lineamientos para su adecuación.

Los términos antes mencionados, son usados con bastante frecuencia en la actualidad y ambos están íntimamente relacionados; si en el diagnóstico de salud el objetivo básico es la detección de los principales problemas de salud de la comunidad, el diagnóstico educativo complementa a éste a partir de la búsqueda y detección de las necesidades de aprendizaje tanto reales como sentidas en la propia comunidad.

El *diagnóstico educativo* y el *diagnóstico de salud*, representan etapas del proceso global de solución de los problemas de la comunidad; los participantes activos en el mismo son los médicos y trabajadores de la salud

por una parte y la población por la otra, con sus organizaciones políticas y de masas.

El objetivo es que se logre con un enfoque integral, biosocial, un programa educativo integrado con el plan de acción del diagnóstico de salud del área.

2.4.11.1.1 La Identificación de Necesidades de Aprendizaje. El elemento clave del diagnóstico educativo y el diagnóstico de salud es la conducta o práctica de salud, muy relacionada con las necesidades reales y sentidas por la comunidad, por lo tanto, es importante abordar su definición.

Desde el punto de vista psicológico, la necesidad es la carencia de algo que se experimenta con un determinado grado de excitabilidad o tensión y que se calmará con la satisfacción de la misma, es decir, con la obtención de la meta. La necesidad es un estado de la persona que expresa su dependencia de las condiciones concretas de existencia, la cual actúa de estimulante para la actividad del hombre.⁶³

Las necesidades se pueden clasificar de varias formas: necesidades primarias o las que permitan el mantenimiento de la especie humana, y las secundarias o superiores propias del intelecto y la conciencia. También se clasifican en objetivas y subjetivas, materiales e ideales, etcétera.

Las necesidades están vinculadas con las motivaciones, que son el impulso para la acción que permite alcanzar un objeto o meta. También algunos autores llaman voluntad a la motivación y la vinculan a las diferentes contradicciones que tiene el hombre en la satisfacción de sus necesidades, que se dan a través de los conflictos y que pueden ser superadas o no, y de

⁶³ PETROVSKI A. Psicología general. Moscú: Editorial Progreso, 1980. p. 135 – 154.

ahí resultan situaciones psicológicas que determinan la formación de la personalidad del individuo y su comportamiento en el medio social en que se desenvuelve.

Las contradicciones dialécticas que surgen en la satisfacción de las necesidades son las que determinan, a través de la actividad, la formación de la personalidad del hombre.

Cualquier proceso necesario se realiza de diferentes formas y multifactorialmente. En el mundo complejo en que vive el hombre, todos los fenómenos se producen siguiendo este principio.

El "resorte" motriz de la conducta y la conciencia de los hombres es la necesidad; la dependencia concreta del individuo respecto al mundo exterior, las demandas subjetivas que presenta el mundo objetivo, su necesidad de objetos y condiciones imprescindibles para su actividad vital normal, para su auto-afirmación y desarrollo.⁶⁴

La necesidad de salud no está exenta de esta situación, la alimentación y la higiene corporal son 2 necesidades sociales condicionadas por el hombre actual para satisfacer las mismas, y varían de un país a otro, de una clase social a otra, etcétera. En muchos casos, los hábitos alimentarios o de aseo personal no son adecuados y se producen daños al organismo, sin embargo, el hombre satisface sus necesidades de acuerdo con sus expectativas y motivaciones.

La identificación de necesidades de aprendizaje (INA) debe concebirse como un proceso investigativo que abarca los aspectos técnicos, sociales,

⁶⁴ KONSTANTINOV F. Fundamentos de Filosofía Marxista-Leninista. Materialismo Dialéctico. La Habana: Edit. Ciencias Sociales, 1976. p.149

laborales y organizativos, y deben responder en nuestro criterio a la estructura de la morbilidad, al dominio del cuadro epidemiológico, a la construcción de indicadores cualitativos y cuantitativos que expresan el estado de salud de la población a nivel del país y del ámbito laboral donde se desempeña el médico, el colectivo, el Grupo Básico de Trabajo y particularmente el ciudadano.

La INA se puede identificar en un individuo trabajador de la salud o miembro de una comunidad, pero no debe enforzarse de una manera atomizada, sino con un enfoque sistémico, es decir, multifactorial, multidisciplinario y multiprofesional.

Ahora bien, cuando nos referimos a las necesidades de salud, éste es un concepto más amplio, donde no sólo debemos tener en cuenta los requerimientos e indicadores objetivos de la salud de la población y la percepción subjetiva de la misma, sino también aspectos organizativos, de planificación e incluso de aprendizaje en última instancia. Es decir, que las necesidades de salud incluyen las necesidades de aprendizaje, o de una mejor forma, son partes de un mismo proceso.

Los aspectos subjetivos en ocasiones no se tienen en cuenta y existen elementos e investigaciones que demuestran lo importante que resultan en un enfoque integral de la salud.

Aldereguía en un trabajo publicado en 1992,⁶⁵ se refiere a lo que él llamó "retos o desafíos" de la medicina social, y el primero de ellos es el de la disociación entre la percepción de la salud individual y los indicadores de la

⁶⁵ ALDEREGUÍA J. La Medicina Social y la Salud Pública y los desafíos del siglo XXI. Rev Cubana Salud Pub 1992;18(2):120-3.

salud de la población. Pone el ejemplo de los EE.UU. donde en las 2 últimas décadas mejoraron los indicadores de la salud de la población (aumentó la expectativa de vida y disminuyó la mortalidad infantil), pero empeoró la percepción subjetiva (del 55 al 61 %) de la población, evaluada mediante una encuesta representativa. Continúa su análisis expresando que hay varios factores determinantes de la llamada "paradoja de la salud": epidemiológicos por la mayor difusión de enfermedades crónicas degenerativas, psicológicos como resultado de un "culto al cuerpo", comercial por la incrementada producción, difusión y consumo de medicamentos y el medicalizador ante la extensión y tecnización de los servicios médicos.

Aunque no tenemos referencia para comparar con nuestro país, es interesante esta "paradoja", y como señalara el propio autor, el fenómeno, aún en estudio, obliga al menos a no marginar en la investigación medicosocial la opinión de los individuos sobre su salud, como parte indisoluble del conocimiento de la calidad de su vida.

En lo planteado anteriormente se introduce un elemento importante que es el de las necesidades de investigaciones relacionadas con las de aprendizaje, que también forman parte integral de las necesidades de salud. La integración de la investigación científica y la docencia es un proceso en ambos sentidos. Hay que ver las mismas como parte de la docencia.⁶⁶

La investigación educativa brinda una contribución para identificar y priorizar las necesidades de formación de manera sistemática. La afirmación anterior se ilustrará a continuación partiendo del criterio de que para hacer un diagnóstico de necesidades de aprendizaje hay que contemplar los 5 aspectos siguientes:

⁶⁶ LAGE A, Cruz T. Investigación en Centros de Educación Médica Superior para la elevación de la calidad de la docencia y servicios. Rev Cubana Educ Med Sup 1993;7(1):3-8.

1. Las condiciones de salud y el contexto.
2. Las políticas educacionales y de salud.
3. Las características de los servicios.
4. Las condiciones de la política y del conocimiento.
5. Las características y demandas de los trabajadores.
6. La investigación para la identificación de las necesidades de aprendizaje.

El grupo es la parte del medio social en el que transcurre la vida del hombre, incidiendo en su vida, en su conducta, en su personalidad, etcétera. El grupo es un elemento mediador entre el hombre y la sociedad, es un conjunto de personas unidas por fines comunes, que cuando se alcanzan pueden satisfacer sus necesidades tanto materiales como espirituales. (Por ejemplo, la familia, la escuela, un círculo de abuelos, etcétera).

Las necesidades se forman además como resultado de la influencia del medio social en la psiquis. Si logramos a través de pequeños grupos crear necesidades y dar las vías de solución para alcanzar el objeto-meta, tendremos una amplia efectividad, porque cada individuo que pertenece a un grupo a la vez pertenece a otros, y puede irradiar las actividades educativas. Los grupos deben crearse en las comunidades y deben tener un fin común dirigido a satisfacer algunas necesidades de salud. Por ejemplo: grupos de obesos, hipertensos, asmáticos, etcétera.

La creación de estos grupos de promoción de salud aportará al médico en cada sector la ventaja de atender una cantidad mucho mayor de miembros del mismo, además se podrá apoyar en activistas y reclamar el apoyo de los representantes de la comunidad, así como aplicar métodos colectivos de

tratamiento (psicoterapia, fisioterapia, dinámica de grupo, etcétera) y diagnóstico.

En la formación de estos grupos el médico y la enfermera de la familia deben ganar espacio en los centros de reunión de la comunidad, o sea, centros culturales, deportivos, religiosos, etcétera. En cada uno de ellos pueden existir activistas y promotores de salud que ayuden a conformar nuevos grupos de promoción. Deben aprovechar además los grupos establecidos por las organizaciones de masas, populares y políticas.

Las experiencias en América Latina,^{67 68} muestran que los servicios de salud son poco inclinados a permitir participación comunitaria que vaya más allá de la cooperación con ellos. En Cuba aunque se notan avances importantes, todavía estamos lejos de lograr una participación activa de la población.

Las necesidades de aprendizaje conceptualmente incluyen la transformación de la personalidad del trabajador o ciudadano, es decir, necesidades intelectuales, actitudinales, emocionales y evolutivas. El uso más generalizado actualmente de las necesidades de aprendizaje no se refiere a la población, sino a la fuerza de trabajo de los servicios de salud, que indiscutiblemente constituyen el punto de partida para la solución pedagógica capacitante para lograr la transformación cualitativa de los servicios de salud. Por otro lado, las necesidades de aprendizaje de los servicios no siempre se corresponden con las necesidades de aprendizaje individuales.

⁶⁷ De ROUX GI. Participación y coestión de la salud. Educ Med Salud 1993;27(1):50-60.

⁶⁸ PAGANINI JM, CHORNY AH. Los silos: Desafíos para la década de los noventa. Bol Of Sanit Panam 1990;109(5-6):424-48.

Como forma resumida de lo que debemos realizar en cada localidad o sector debemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Detectar las necesidades sentidas en relación con la situación de salud de la población.
2. Establecer un orden jerárquico de acuerdo con su importancia.
3. Conocer los hábitos, costumbres y conocimientos de la comunidad.
4. Determinar los recursos de la comunidad.
5. Definir barreras y obstáculos (puntos de resistencia).
6. Trazar la estrategia de trabajo.
7. Confeccionar el plan de actividades o programa educativo.
8. Ejecutar las acciones del Programa de Participación Popular.
9. Evaluar y controlar.

Existen diferentes formas de expresar las necesidades de aprendizaje:

- Necesidad normativa, la que requiere el servicio.
- Necesidad sentida, la que el individuo o grupo quiere.
- Necesidad expresada, cuando se transforma en la demanda.

2.4.11.3 Modelos de intervención Educativa

2.4.11.3.1. “⁶⁹Modelos de Expectativas Sociales. La conducta que se traduce en una decisión individual de usar un condón, puede ser vista también como una conducta social; las prácticas individuales son el resultado de la conformidad del individuo con las expectativas de los otros.

⁶⁹ Consejo Nacional de Población CONAPO – FNUAP 1994.. Antología de la Sexualidad. Tomo I. p. 539-571 México.

Se puede describir dos formas en las que los actos privados son influidos socialmente: una es mediante la experiencia directa, es decir, al compartir la práctica con otras personas se crean expectativas que amplían o limitan las acciones: la segunda es indirecta, está basada en conversaciones sobre el tema, comentarios que se hacen sobre lo que los medios masivos de comunicación y los libros y folletos mencionan sobre el tema.

Estos procesos pueden ocurrir sin que se requiera un juicio cognitivo complejo sobre la práctica, basta con enumerar y hablar de los beneficios de los medios preventivos en quienes los utilizan, para crear expectativas y tranquilidades quienes todavía no lo hacen.

Este modelo provoca que la gente cambie su conducta en respuesta a sus creencias anteriores. Esto sugiere que si no se cambian las normas sociales, no se lograrán los cambios en los individuos; la intervención tiene que proyectarse en dirección a hacer sentir que el cambio será bien recibido, y más aún, el cambio identifica al grupo social dándole un sentido de identidad.

2.4.11.3.2. Modelos Estructurales a Nivel del Individuo Los individuos adquieren diferentes conocimientos que llevan o no a la práctica, ya que sus circunstancias económicas o personales pueden interferir en su aplicación.

Estas circunstancias son las que su rol social les impone, por lo cual la intervención tiene que hacerse de manera individual para dar soluciones que disminuyan las restricciones personales que les impiden adoptar medidas de prevención particulares en cada caso.

2.4.11.3.3. “⁷⁰Modelos Cognitivos Son los que se centran en conocimientos, creencias, actitudes y percepciones de los otros y que los individuos han internalizado. Al respecto, la “teoría de la acción razonada” reporta que la mayoría de las actitudes están determinadas conductualmente (por ejemplo el cómo nos lavamos los dientes es producto de un entrenamiento y un aprendizaje); prescribe qué elementos de la cognición ayudan a predecir la conducta y tienen elaborada una metodología para examinar estos elementos.

El reflejo de las intenciones de conducta está bajo un control voluntario, esto es, la conducta y las intenciones de conductas están relacionadas con intenciones específicas de mantener o modificar ésta.

Cuando una persona tiene la intención de practicar sexo más seguro, es más fácil que pueda lograrlo si su pareja sexual tiene la misma intención. Sus posibilidades de cambio aumentan.

Las intenciones de conducta reflejan dos tipos de cognición:

a) Actitudes hacia la conducta y la percepción de las normas sociales. Una intención de comportarse de algún modo específico es el resultado de lo que se piensa de esa conducta y de su percepción de lo que los otros esperan que se haga. Es importante la actitud de una conducta y el valor que se le da a cada una de las consecuencias que cree tendrá es conducta.

b) La percepción de las normas está también en función de las expectativas de los otros y se compone de la suma del peso que tengan para el individuo las expectativas de los demás.

⁷⁰ Ibid

El concepto de autoeficacia que la persona posee en determinada conducta, refleja la capacidad actual del individuo para realizarla y la confianza que tenga en sí mismo para llevarla a cabo.

2.4.11.3.4. “⁷¹Modelos de Tendencia o Calidad. Estos modelos se refieren a elementos de la personalidad del individuo que influyen sobre su conducta. Existen personas que tienden a aprobar más formas de conducta y que se motivan más fácilmente que otras.

Estos modelos son muy difíciles de medir y no tienen aplicaciones prácticas de intervención.

2.4.11.3.5. Modelo de las Creencias Sobre la Salud. Es una teoría del valor de las expectativas, que asume que la conducta de las personas está guiada por sus expectativas de las consecuencias de adquirir nuevas prácticas.

Se puede hablar de cuatro constructor esenciales que afectan directamente la conducta:

- a) La susceptibilidad: si la persona se siente o se percibe a sí misma como vulnerable a la enfermedad o no.
- b) La severidad: si la persona piensa que adquirir cierta enfermedad le acarrearía consecuencias severas o no.
- c) Los beneficios ante los costos: efectos positivos o negativos que espera una persona al decidir adoptar prácticas nuevas o diferentes.

d) La motivación a la salud: si la persona se siente motivada para estar sana y evitar relaciones fuera de la pareja.

Es importante que las personas se conciben y se sientan en riesgo, que analicen los beneficios de aplicar el sexo más seguro en comparación con el riesgo que comporta la pérdida de la salud o incluso la vida misma.

⁷¹ Ibid

3. PROYECTO DE INTERVENCIÓN

3.1 OBJETIVOS

3.1.1 General. Diseñar y desarrollar un modelo de intervención médico - educativo para prevenir el contagio de VIH/SIDA, en la población juvenil reclusa de la cárcel Modelo de Bucaramanga.

3.1.2 Específicos

- Hacer un diagnóstico de salud con la población objeto de estudio para identificar la presencia de ITS, y/o VIH/SIDA
- Hacer una intervención educativa sobre salud sexual a la población joven carcelaria, con el objeto de mejorar conocimientos, actitudes y prácticas en lo relacionado con I.T.S. / V.I.H. / SIDA, a través de metodologías participativas.
- Diseñar un taller para lograr el uso del condón consistente como método de barrera para la prevención de las I.T.S, VIH/SIDA.
- Hacer valoración médica posterior a la intervención educativa y de salud para evaluar la efectividad del programa de intervención a través del uso consistente del condón.

3.2 POBLACIÓN

Para iniciar el proceso se requiriere conocer, en el grupo de jóvenes reclusos objeto de esta intervención el estado de salud con respecto a la presencia de Infecciones de transmisión sexual, las conductas sexuales de riesgo para adquirir ITS/VIH/SIDA y uso del condón. Para el logro de los objetivos se propone desarrollar los siguientes momentos:

La población seleccionada para realizar este estudio corresponde a un grupo entre 20 y 25 internos jóvenes, previamente seleccionados según información suministrada por los líderes o representantes de cada uno de los patios del establecimiento carcelario, quienes por su posición de liderazgo que ejercen ante cada comunidad o patio, identifican fácilmente las conductas sexuales observadas y que representan riesgo de contagio de I.T.S. y VIH/SIDA. La selección se realizará de manera proporcional a la cantidad de internos de cada patio.

3.3 METODOLOGÍA

3.3.1 Intervención Médica

Diagnóstico de Salud Se obtendrá a partir de realizar con la población seleccionada un examen médico general e individual, solicitud de exámenes de laboratorio clínico (VDR, Frotis uretral y antígenos para hepatitis B, VIH) para detectar los casos de ITS como: sífilis, gonorrea hepatitis B y VIH. Una vez obtenido el diagnóstico de salud de manera individual, se ordenará el tratamiento médico de acuerdo a los resultados del diagnóstico de salud.

Consejería Pre y post Se realizará con la colaboración de personal idóneo en el área, para acompañar al grupo de internos objeto de trabajo antes y

después de la prueba para VIH, la cual se hará con el respectivo consentimiento voluntario informado.

Examen médico post Se efectuará examen médico general, para hacer seguimiento al diagnóstico inicial y evaluar el impacto de la intervención educativa.

3.4 INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Evaluación Inicial Evaluación inicial con el grupo objeto de trabajo, se aplicará un test para determinar conocimientos, actitudes y prácticas generales sobre ITS, VIH/SIDA y uso del condón. Este test se ejecutará pre y post al programa educativo.

El test constará de una serie de preguntas que abarcará temas como: (Ver anexo 1)

- Conocimientos generales acerca de Infecciones de Transmisión Sexual.
 - Conocimientos generales acerca de VIH/SIDA.
 - Conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sobre el uso del condón.
- * Con base en los resultados del diagnóstico inicial se definirán los contenidos temáticos a trabajar con la población objeto del trabajo.
- * Una vez definidos los contenidos temáticos, se procederá a estructurar la labor educativa adecuada para esta población.

- * Se desarrollará la actividad educativa de acuerdo a la metodología elegida.
- * Se realizará una evaluación de cada taller o actividad pedagógica ejecutada.

Programa de Salud Sexual y reproductiva Se diseñará de acuerdo a las necesidades encontradas en la población objeto de estudio con énfasis en la habilidad para el uso consistente del condón. Este programa se ejecutará mediante la realización de talleres participativos, donde se desarrollarán necesariamente temas como ITS, VIH/SIDA y uso del condón con una intensidad de tres sesiones semanales y duración de dos horas cada uno.

Evaluación del Programa Educativo Se aplicará nuevamente un test de conocimientos generales sobre prácticas y actitudes respecto a la salud sexual, ITS, VIH/SIDA, y uso del condón, para evaluar el impacto del programa educativo.

Evaluación Médica Post

Se realizará un examen médico posterior a la intervención educativa para determinar la eficacia de la intervención.

3.4.1 Sesiones Educativas

A continuación se presenta el diseño y desarrollo de los talleres de Autoestima, ITS, VIH/SIDA, Uso correcto y consistente del condón, como los temas que necesariamente se deben abordar en esta intervención educativa, para dar respuesta a los objetivos planteados.

Los otros temas y metodologías que se deben trabajar en las posteriores sesiones educativas se definirán de acuerdo a los resultados que arroje la evaluación inicial en la intervención educativa.

MODELO PILOTO DE INTERVENCIÓN PARA PREVENIR VIH/SIDA

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

TALLER DE AUTOESTIMA

Actividad No 1: Expresión de sentimientos en forma directa
Objetivo : Ayudar a los alumnos a expresar sus sentimientos en forma directa y aprender a recibir las expresiones positivas que los demás les comunican.
Duración : 45 minutos

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
Actividad de iniciación: 10 minutos	Diligenciar hoja de asistencia Presentación de las sesiones educativas como parte del proyecto piloto de intervención para prevenir VIH/Sida Presentación Tallerista	Hoja de asistencia Lapicero
Procedimiento : 25 minutos	Se propone al grupo dividirse en tres o cuatro subgrupos formando círculos. Cada subgrupos debe escoger un monitor. Se explicara a los participantes que se realizara un ejercicio para aprender a expresar sentimientos, opiniones en forma directa, recibir y aceptar los que los demás comunican. Se elegirá un voluntario para comenzar. Se pide a los participantes que se concentren en esa persona y traten	Humano

	de captar lo que mas les guste de ella. Puede ser algo físico o de su manera de ser. Se indicará que cada uno, por turno, va expresarle lo que siente, en forma directa, breve, sincera y sin explicaciones ni rodeos, utilizando la frase “me gusta de ti” . Se advierte que mientras expresan lo que sienten se debe mirar a la otra persona. Ejemplo: “ me gusta de ti Pedro, el tono de tu voz y tu manera amistosa de conversar” Una vez que todos hayan comprendido la dinámica del ejercicio se pide a la persona que esta a la izquierda del voluntario que comience. Puede decir una o más cosas. Cuando se haya terminado la ronda se le pregunta al voluntario cómo se sintió durante el ejercicio. Luego, todos centraran su atención en la persona que esta a la izquierda del primer voluntario. Todos los subgrupos hacen lo mismo.	
EVALUACIÓN 10 minutos	Al finalizar se pregunta al grupo, cómo les pareció el ejercicio. Destacando las ventajas de dar y recibir refuerzo positivo.	Humano

MODELO PILOTO DE INTERVENCIÓN PARA PREVENIR VHI/SIDA
INTERVENCIÓN EDUCATIVA

TALLER DE AUTOESTIMA

Actividad No 2 : Heridas a la autoestima
 Objetivo : Ayudar al joven a aclarar la imagen que tiene de sí mismo, identificar y fortalecer los aspectos deficientes de su autoestima.
 Duración : 1 Hora

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
Actividades de iniciación: 10 minutos	Diligenciar hoja de asistencia Saludo	Hoja de asistencia
Procedimiento: 35 minutos	Se recordara a los asistentes que la autoestima aumenta o disminuye cuando interactuamos con otros. Que algunas clases de mensajes hacen que nos sintamos bien; Otros hacen que nos sintamos mal. Todos estamos felices y nos relacionamos mejor cuando nos sentimos bien con nosotros mismos. La siguiente actividad puede ayudarnos a recordar lo que nos gusta. Cada persona debe usar una copia de “ Herida a la autoestima” (ver anexo C) para esta actividad pídales que anoten su nombre en el lugar indicado. Se leerán las siguientes preguntas, dependiendo de la respuesta, se romperá o no la hoja de “ Herida a la autoestima” ○ Alguien le ha dejado de elogiar por algún trabajo que ha hecho	Anexo c. “Herida a la autoestima”

		bien? ○ Se siente culpable por algo que no ha hecho? ○ Alguien la ha dicho que usted es un tonto? ○ Alguien constantemente le ha dicho que usted es un irresponsable? ○ Le han dejado por fuera sus amigos cuando van a hacer algo? ○ Ha tenido una discusión con alguien a quien estima mucho? Hechas estas preguntas se interrogará a los participantes de lo que han deseado, sentido o pensado esta vez.	
Evaluación: minutos	15	Finalmente se permite a los participantes expresar voluntariamente sus conclusiones sobre la experiencia.	

MODELO PILOTO DE INTERVENCIÓN PARA PREVENIR VHI/SIDA
INTERVENCIÓN EDUCATIVA

TALLER DE AUTOESTIMA

Actividad No 3: Dinámica sobre expresión de sentimientos positivos y negativos.

Objetivo : Ayudar al joven a identificar y expresar sentimientos positivos y negativos

Duración : 45 minutos

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
Actividades de iniciación: 10 minutos	Diligenciar hoja de asistencia Saludo	Hoja de asistencia Fotocopia de anexos D y E.
Procedimiento: 25 minutos	Se entrega al estudiante el cuaderno de preguntas donde se debe anotar las situaciones que lo hacen sentir bien, (Anexo D), los sentimientos que experimentó y luego lo que puede hacer para que esta situación se repita. De igual manera se trabaja con el formato de sentimientos negativos, (Anexo E), teniendo en cuenta las alternativas de manejo de la situación y los aspectos que no puede cambiar.	
Evaluación: 10 minutos	Finalmente se pregunta a los estudiantes sobre los sentimientos que se trabajaron en la actividad. Puesta en común donde los participantes compartirán su experiencia con el grupo.	

MODELO PILOTO DE INTERVENCIÓN PARA PREVENIR VHI/SIDA

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

TALLER DE AUTOESTIMA

Actividad No 4 : “EL AMOR PROPIO”

Objetivo : Facilitarle al joven el análisis del concepto “amor propio”, el entendimiento de su importancia, de los factores que lo afectan y de los resultados de un pensar positivo o negativo acerca de sí mismo.

Duración : 45 minutos

PASOS DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
Actividades de iniciación: 10 minutos	Diligenciar hoja de asistencia Saludo Sensibilización; lectura del anexo G “Abrázame”. Se hará una reflexión sobre la lectura y una vez culminada se invitará a los participantes a compartir un abrazo con cada uno de sus compañeros.	Hoja de asistencia
Procedimiento: 25 minutos	Se entregará a cada uno de los asistentes copia de la lectura “Amor propio” (ver anexo G), para lo cual se solicitará leer en forma individual el documento y elaborar una reflexión acerca de sí mismo. Con fundamento en la lectura anterior, desarrollar las ideas del cuestionario entregado. Calificando mi amor propio de 1 a 5 yo me asignaría _____, ya que soy una persona que _____ Como cualquier ser humano me desenvuelvo en el hogar, en mi sitio de estudio, dentro de un grupo de amigos, en su trabajo.	Lecturas del anexo. Hojas Lapicero Cuestionario

	Donde siento una autoestima más alta es en _____ Y donde la experimento más baja es _____ La razón es, según mi opinión. _____ _____ Las situaciones que más me lastiman el amor propio son: _____ _____ Una sugerencia a un amigo para mantener un nivel alto de autoestima, sería. _____ _____ Al final se pueden compartir las respuestas con el compañero que se desee. Finalmente compartir las respuestas con el compañero que se desee. Se hará una puesta en común donde se aportará el aspecto teórico según las reflexiones que resulten del ejercicio con ayuda de los anexos.	
Evaluación: 10 minutos	Puesta en común de lo trabajado para mirar el nivel de entendimiento sobre el tema. Conclusiones y compromisos.	

MODELO PILOTO DE INTERVENCIÓN PARA PREVENIR VHI/SIDA

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

TALLER DE AUTOESTIMA

Actividad No 5: Autoimagen

Objetivo : Llevar a los participantes a una reflexión sobre la forma como se perciben así mismos.

Duración : 1 Hora

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
Actividades de iniciación: 10 minutos	Diligenciar hoja de asistencia Saludo	Hoja de asistencia
Procedimiento: 35 minutos	Los participantes se organizan en parejas. A cada uno se le entregan dos pliegos de papel y cinta, con el fin de unirlos en forma vertical. Cada uno debe acostarse sobre el papel en la posición que prefiera para que su compañero dibuje con un marcador su silueta. Después, se invierten los papeles hasta que cada uno tenga su propio perfil. Se les sugiere que lo peguen en algún lugar del salón y se ubiquen frente a él, mientras escuchan detenidamente las indicaciones que da el facilitador, para que las vayan plasmando en su silueta. Así cada uno ira logrando ilustrar su autoimagen.	Papel periódico Marcadores Colores Cinta pegante
Evaluación: 15 minutos	Al concluir se organiza una sección plenaria en la que los participantes puedan expresar como se sintieron y que conclusiones se pueden sacar de esta actividad. Compromisos.	

MODELO PILOTO DE INTERVENCIÓN PARA PREVENIR VHI/SIDA

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

TALLER DE AUTOESTIMA

Actividad No 6: Reconocimiento del valor propio
Objetivo : Llevar a los participantes a reconocer su propio valor.
Duración : 60 minutos

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
Actividades de iniciación: 10 minutos	Diligenciar hoja de asistencia Saludo, presentación del taller y sus respectivos momentos. Se elige un auxiliar y controlador del tiempo	Hoja de asistencia
Procedimiento 35 minutos	Se iniciará con una dinámica consistente en dos círculos, uno dentro del otro, se ordenará colocarse uno frente a otro, y se darán las instrucciones respectiva sobre el desarrollo de este ejercicio, donde al dar una señal se corre un paso a la derecha en el círculo de afuera, mientras el círculo de adentro permanece en un solo puesto, tendrán un par de segundos para compartir con el compañero del frente sobre las siguientes preguntas: Uno de los osos más grandes de mi vida fue. El lugar en el que más me siento a gusto es. Algo de lo que debo agradecer todos los días a Dios es Si usted supiera que le quedan tan sólo tres días de vida que haría Una de las cosas que me ponen de mal genio es Un episodio de mi vida que me ha marcado es En mis ratos libres lo que más me gusta es	

	Si tuviera la oportunidad de aconsejar a un joven que le recomendaría La música que más me gusta es La comida que mejor sé preparar es Lo que más admiran de mí los demás es La parte de mi cuerpo que más me agrada es La parte de mi cuerpo con la que no me siento a gusto es Se hará una reflexión sobre cómo nos sentimos con la dinámica, qué fue lo que más se nos facilitó?, Qué fue lo que más nos costó trabajo compartir?, por qué se nos dificulta hacer esta clase de ejercicio? A cada uno de los participantes se les entrega las guías respectivas y se les solicita que las elaboren. Posteriormente, se hace una ronda en la que cada persona comparte por lo menos uno de los aspectos La guía “Si yo pudiese ser” (ver anexo F), permite reflexionar acerca de las aspiraciones, deseos y gustos. La guía “Lo que más me gusta de mí”, le permitirá a los participantes hacer un balance acerca de los propios valores y destacar las cualidades con las que más se identifica cada uno. Se hará el refuerzo de los aspectos teóricos de la autoestima según anexos.	
Evaluación: 15 minutos	Se realizará por medio de preguntas que aborden los aspectos teóricos desarrollados durante el taller, las cuales se elaboraran y se colocarán al azar pegadas en la parte inferior de las sillas antes de la actividad, para lo cual se solicitará verificar la silla y retirar la pregunta y dar respuesta. Se evaluará el desarrollo del taller y los momentos, para verificar si se dio cumplimiento a los pasos indicados inicialmente y si se cumplieron las expectativas del taller.	

MODELO PILOTO DE INTERVENCIÓN PARA PREVENIR VHI/SIDA

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

TALLER DE AUTOESTIMA

Actividad No 7: El acróstico
Objetivo : Destacar las cualidades con las que más se identifica cada uno.
Duración : 45 minutos

ACTIVIDAD		DESCRIPCIÓN	MATERIALES
Actividad de iniciación:	10 minutos	Diligenciar hoja de asistencia Saludo, presentación del taller y expectativas por parte de los participantes.	Hoja de asistencia
Procedimiento:	20 minutos	Se realizará una dinámica que permita propiciar el ambiente para el desarrollo del taller. Cada participante elaborará su acróstico identificando cada letra de su nombre con una cualidad.	Hojas Lapicero
Evaluación:	15 minutos	Se pone en común los acrósticos y se preguntará : cómo se sintieron y que nivel de dificultad les dio esta actividad, donde deberán compartir al grupo cada uno de los asistentes. Se hará una reflexión a cerca del ejercicio y se reforzarán los aspectos teóricos según anexo B.	Acrósticos individuales

**MODELO PILOTO DE INTERVENCIÓN PARA PREVENIR VHI/SIDA
INTERVENCIÓN EDUCATIVA**

TALLER USO CONSISTENTE DEL CONDÓN

Actividad : PASO A PASITO PARA EL USO DEL CONDÓN

OBJETIVO: Desarrollar habilidades para el uso correcto y consistente de un condón.

Duración : 90 minutos

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
Actividad de iniciación: 15 minutos	Saludo, Control de asistencia. Presentación del taller, se solicitará a los participantes un voluntario como colaborador y otro para el control de los momentos del taller.	Hoja de asistencia Lapicero Cartulina Cintas para pegar Plumones de colores

Procedimiento : 60 minutos	Se hará una cartelera donde se muestra un pene calzado por un condón, en tamaño visible, la cual se colocará en el centro del salón, como un elemento provocador para la conversación con los participantes. Ver Anexo I El (la) facilitador(a) previamente habrá escrito cada uno de los siguientes términos en tarjetas grandes de cartulina así: Colocar el Condón, desenrollándolo hasta la base del pene, eyaculación, excitación sexual, penetración, erección, pérdida de erección, extracción del pene sosteniendo el condón, uso siempre condón. Se Forman (5) grupos de a cinco integrantes cada uno, (2 con tarjetas sobre el condón). El facilitador(a,) dará las tarjetas a cada grupo en forma desordenada y le pedirá al grupo que ordene los pasos en la forma correcta, se dará un tiempo prudencial de 3 minutos a cada grupo. Solicitará que cada grupo pase al frente y pegue las tarjetas en el pizarrón o en la pared de acuerdo al orden que eligieron. El facilitador hará la revisión conjuntamente con el grupo corrigiendo cualquier error que se pueda haber cometido.	Prototipo de pene Condomes
-----------------------------------	---	---------------------------------------

EVALUACION 15 minutos	Para mirar el nivel de asimilación, el facilitador hará que los asistentes repitan el proceso del uso correcto del condón enfatizando en el uso consistente al 100%. Finalmente se dan las ultimas recomendaciones como: (Anexo I). Se debe usar un condón nuevo en cada relación. Solo abrir el empaque del condón con las yemas de los dedos y no con las uñas, los dientes u otros objetos cortopunsantes que puedan provocar algún daño al condón. Tampoco debe guardar el condón en lugares expuestos a la humedad, calor, frío o luz fluorescentes. No se debe usar aceites, vaselina, cremas o productos que puedan dañar el látex.	
----------------------------------	--	--

MODELO PILOTO DE INTERVENCIÓN PARA PREVENIR VIH/SIDA
INTERVENCIÓN EDUCATIVA
TALLER DE VIH/SIDA

Actividad : TODO LO QUE USTED DEBE SABER ACERCA DEL SIDA
 Objetivo : Proporcionar a los participantes la información necesaria a cerca del VIH/SIDA.
 Duración : 90 minutos

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
Actividad de iniciación: 15 minutos	Planilla de asistencia. Presentación del taller con sus respectivos momentos y tiempos,. Se solicitará a los participantes dos voluntarios para el control del tiempo y un colaborador para repartir el material necesario en el desarrollo del taller. Se preguntará a los asistentes sobre las expectativas o inquietudes generales que tienen sobre el tema. Se hará entrega a cada uno de los participantes del formato sobre diagnóstico acerca del SIDA (Anexo J), para lo cual se dará un tiempo para que sean resueltas las preguntas y de esta manera determinar los conocimientos acerca del tema.	Hoja de nombre Hojas de cuestionario Papel Crak Marcadores de colores Lapiceros Proyector de acetatos, acetatos con los contenidos temáticos.

Procedimiento: 60 minutos	Se realizará la técnica de cacería de firmas (ver anexo L). Se entregará copia individual del cuestionario sobre ITS/VIH/SIDA para ser diligenciado por cada uno de los participantes, se indicará dar respuesta, las cuales se verificaran al finalizar el taller. (Anexo J). Con la ayuda de acetatos se presentará el tema “todo lo que usted debería saber acerca del SIDA (ver anexo K). Con el papel Crak se hacen dos columnas en el tablero donde se señale como se transmite y como no se transmite el virus. A los participantes se les entrega en cartulinas algunas de las formas de transmisión y de no transmisión para que sean ubicadas en la columnas según su criterio. Se verificará en forma conjunta la ubicación de las cartulinas, para determinar su correcta ubicación.	Cuestionario
Evaluación: 25 minutos	Se ordenará sacar el cuestionario que se trabajó en la parte inicial para verificar si las respuestas fueron correctas, de acuerdo a lo visto durante el taller o de lo contrario hacer las respectivas correcciones. Como último aspecto a evaluar, se pregunta si el taller llenó las expectativas que se expresaron al comienzo del ejercicio.	

MODELO PILOTO DE INTERVENCIÓN PARA PREVENIR VHI/SIDA

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

TALLER DE ITS

Actividad : Infecciones de Transmisión Sexual

Objetivo : Prevenir el contagio de las ITS, poniéndonos en el lugar de otros en una situación de “laboratorio”.

Duración : 70 minutos

PASOS DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
Actividades de iniciación: 10 minutos	Diligenciar hoja de asistencia Saludo	Hoja de asistencia Fotocopias del documento sobre ITS. Marcadores Lapiceros Objetos con preguntas
Procedimiento: 45 minutos	Se realizará mediante la técnica “esto le pasa a otros, no a mí” (ver anexo L) siguiendo todos los procedimientos que dicha técnica conlleva. Además de los pasos indicados en la técnica anterior, se utilizara el tablero donde se harán tres columnas con el nombre de la infección, forma de transmisión y síntomas. Donde cada uno de los grupos consignará estos aspectos al momento de hacer su exposición.	
Evaluación: 15 minutos	La evaluación se realizará mediante preguntas alusivas a las ITS que serán previamente distribuidas en el aula, para lo cual se orientará como ubicarlas.	

3.4.2 Aspectos estructurales de la Institución Se solicitará a la Dirección del establecimiento Penitenciario y Carcelario de Bucaramanga, (Cárcel Modelo), para una mayor efectividad en la ejecución del Modelo piloto de intervención brindar un acompañamiento Institucional con las siguientes medidas:

- * Facilitar el acceso a los condones a todo el personal de internos, a través del EXPENDIO OFICIAL del establecimiento, mediante un convenio con las Instituciones encargadas de este tipo de campañas.
- * Prever dentro del presupuesto de la Caja Especial del Establecimiento Penitenciario y Carcelario de Bucaramanga, un rubro para el suministro de condones en forma gratuita para el personal de internos que participen en las campañas de promoción y prevención de las ITS, VIH / SIDA y en la ejecución del presente modelo de intervención.
- * Reglamentar el ingreso de trabajadoras sexuales, exigiéndoles el carnet de control de sanidad vigente.
- * Realizar una campaña masiva de información, dirigida a todo el personal de internos, sobre los beneficios del uso del condón como medida de prevención de las ITS y VIH / SIDA, a través de los medios de comunicación existentes al interior del establecimiento como son: la Emisora local, Gaceta Estudiantil, plegables, carteleras; Mesas de Trabajo y comités de patios.

BIBLIOGRAFÍA

ALDEREGUÍA, J. (1992) *La medicina social y la salud pública y los desafíos del siglo XXI*. Revista Cubana Salud Pub 18(2):120-3.

BAYÉS, R. (1995). SIDA y Psicología. Barcelona; Editorial Martínez Roca,

BURGESS, A.W. BALDWIN, B.A. (1.981) Crisis Intervention Theory and Practice. Englewoods Cliffs; Prentice Hall.

CAREY, R., William A., Herman B., et al. (1992). *Effectiveness of latex condoms as a barrier to human immunodeficiency virus sized particles under conditions of simulated use*. Sex Trans Dis;19 (4): 230-234.

CESDEM (1999). *Informe de Resultados*. Encuestas, sobre Conocimientos, creencias Actitudes, y Prácticas acerca del VIH/SIDA, en Trabajadoras Sexuales y Hombres involucrados en la Industria del Sexo de la República Dominicana. Santo Domingo, República Dominicana

CLASEN ROSCHKE, María A, et al. (1993) *Educación permanente y trabajo en salud*. Educ Med Salud;27:466-88.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. (1.999) *Datos Estadísticos de la Infección por VIH y el SIDA*. Dirección General de Promoción y Prevención. Subdirección de Prevención. Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH Y EL SIDA. Fecha de Corte: julio de 1.999. Mecanografiado; Santa fé de Bogotá.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. *Datos Estadísticos de la Infección por VIH y el SIDA*. Op. Cit.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1543 de julio de 1.997. Op. cit.

CRUZ ACOSTA, Andrés . Facultad de Ciencias Médicas "Julio Trigo López". Calzada de Bejucal Km 7 1/2, Arroyo Naranjo, Ciudad de La Habana, Cuba.

CRUZ ROJA (1992). *VIH-SIDA-Educación*. Departamento de Salud y Bienestar. Santa Fé de Bogotá Dc.

CHAPARRO, V. (1996). *El SIDA un Enfoque Didáctico, hacia la Educación Sexual*. Primera Edición. Editorial Dimaj. Santa Fé de Bogotá

De ROUX GI. (1993). Participación y cogestión de la salud. *Educ Med Salud*; 27(1):50-60.

Enciclopedia Británica 1994-1995, torno 3: pág 522; Torno 21: pág. 30-338,

Enciclopedia Hispánica, (1994-1995) tomo 11 Micro ja, pág 47.

FERNÁNDEZ, A. (1.990). Respuestas del Personal de Salud. En SIDA. Sistema de Educación Continuada. Instituto de Seguros Sociales/ Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Editado por ASCOFAME. s.i. Bogotá.

GOLDMAN, L.S. AIDS Patients. (1.988). En : Psychiatry. Diagnosis and Therapy. Editado por. Joseph Flaherty, Robert Channon, John Davis. Norwalk; Appleton and Lange.

GUIBERT, H. (1.991). *Al Amigo que no me Salvó la Vida*. Barcelona; Tusquits Editores,

Harvard University Press: pág 403.

<http://www.onusida.org.co/vulnerabilidad.htm>. Grupos de Mayor Vulnerabilidad

<http://www.onusida.org.co/vulnerabilidad.htm>. Grupos de Mayor Vulnerabilidad Internet (<http://www.unaids.org>).

JARDINES, JB. Oubiña J et al. (1993). Proyecto de desarrollo de la educación permanente en la atención primaria de salud. *Rev Educ Med Sup*; 7(2):75-84.

KERRIGAN D, MORENO L, ROSARIO S, SWET S. (2001). *Adapting the Thailandia 100% condom programme: developing a culturally appropriate model for Dominican Republic*. *Culture, Health Sexuality* 3:221-240.

KONSTANTINOV, F. (1976). *Fundamentos de Filosofía Marxista-Leninista. Materialismo Dialéctico*. La Habana: Edit. Ciencias Sociales,

KÜBLER-ROSS. E. (1.974). *On Death and Dying*. New York; Macmillan Publishing,

LAGE A, Cruz T. (1993). *Investigación en centros de educación médica superior para la elevación de la calidad de la docencia y servicios*. Rev Cubana Educ Med Sup;7(1):3-8.

LEY 115/93. *Ley general de Educación*, Ministerio de Educación Nacional.

MANN, J., Tarantoto D. and Netter T. (1992). *Condoms in: AIDS in the World*,

McARTHUR, J.C. (1.992). Dementia and Other Neurological Manifestations of HIV/AIDS. En: *AIDS in the World. A Global Report*. Editado por Jonathan Mann, Daniel J. M. Tarantola y Thomas W. Netter. Cambridge; Harvard University Press,

MILLER, R., BOR, R. AIDS. A Guide to Clinical Counselling Op. cit.

MILLER, R., BOR, R. AIDS. A,. (1.988) *Guide to Clinical Counselling*. London; Science Press.

MOTA, R. Mayo (1.995). Competencia Cultural. International Health Programs. Western Consortium for Public Health. University of California, Santa Cruz. Mecanografiado; Santa Cruz, California,

NUEVO CODIGO PENITENCIARIO Y CARCELARIO. Ley 65/93.

ONUSIDA, (1997). *Las Cárceles y el Sida*, Actualización Técnica del ONUSIDA, ONU.

OUBIÑA, J. González MI. (1992). Nuevos enfoques pedagógicos en el perfeccionamiento del personal de salud. Rev Educ Med Sup; 6(1):17-24.

PAGANINI, JM. Chorny AH. (1990). Los silos: Desafíos para la década de los noventa. Bol Of Sanit Panam; 109(5-6):424-48.

PETROVSKI , A. (1980). Psicología general. Moscú: Editorial Progreso, Population Reports (1990) *Condomes, ahora más que nunca*. Serie H, número 8, Septiembre: página 3.

PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA. ONUSIDA. (1999). *El Informe del ONUSIDA*. Ginebra; ONUSIDA.

PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA. ONUSIDA. (2.000) *Informe sobre la Epidemia de VIH/SIDA*. Junio de 2.000. Ginebra; ONUSIDA.

PROYECTO NACIONAL DE EDUCACION SEXUAL, Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, 1998. Ministerio de Educación Nacional.

ROJANAPITHAYAKORN. W, Hanenberg R., (1996) *The 100% Condom Program In Thailand AIDS*

ROJAS OCHOA., F. (1993). Universidad, investigación científica y atención. *Revista Cubana Educ Med Sup*;7(1):27-8.

VILLALPANDO-Casas J. (1994). La capacitación del personal en los procesos de educación permanente en los servicios. *Educ Med Salud* 28(3):424-31.

www.monografias.com/trabajos/condones/condonghtm/. Condón Preservativo.

WWW.pasca.org/vihsida/vol3n/6.htm. Pronostico de la Epidemia Mundial del VIH/SIDA. Guía de Discusiones y Resultados de la Última Conferencia Mundial.

www.plannedparenthood.org/español/truthcondon. Informe: La Verdad Acerca de los Condones.

Anexo A. Diagnóstico Educativo



Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario
INPEC
Ministerio del Interior y de Justicia
República de Colombia
Establecimiento Penitenciario y Carcelario
Bucaramanga

MODELO PILOTO DE INTERVENCIÓN PARA PREVENIR VIH/SIDA

TEST DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD, ETS/VIH/SIDA INFORMACIÓN VOLUNTARIA Y CONFIDENCIAL

IDENTIFICACIÓN

Fecha de Nacimiento

Estado Civil: _____

Día Mes Año

Cual es su orientación sexual ?

- a. Heterosexual (se enamora y atrae sexualmente con persona del otro sexo)
- b. Homosexual (se enamora y atrae sexualmente con personas del mismo sexo)
- c. Bisexual (se enamora y atrae sexualmente con personas de uno y otro sexo)

CONOCIMIENTO SOBRE SIDA

Marque la respuesta con una X.

1. La información que tiene sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) la ha recibido principalmente de:

- a. Medios (TV. Radio, Prensa, Revistas)
- b. Instituciones educativas (Colegio, Clases, Conferencias, etc.)
- c. Familiares (Padre, Madre, Hermanos, Tíos)
- d. Amigos

2. Frente a las siguientes afirmaciones responda con **Falso** o **Verdadero** según su conocimiento.

SITUACIÓN	V	F	NO SE
El VIH se puede transmitir por una transfusión sanguínea o relaciones sexuales sin condón (sexo oral, vaginal o anal)			
La infección aguda por VIH se caracteriza por presentar un cuadro clínico parecido a un estado gripal (dolor de garganta, fiebre, pérdida de peso)			
Una persona infectada con el VIH es un riesgo para las personas con las que trabaja, estudia o convive.			
El SIDA es una enfermedad adquirida en la cual se deteriora el sistema inmunológico.			
Es posible que una persona resulte negativa en la prueba del VIH, siendo que es portadora del virus del SIDA.			
Una persona portadora del virus del SIDA, se puede identificar a simple vista.			
Únicamente a través de un examen de sangre se puede saber si alguien es portador del virus del SIDA.			
La única forma de prevenir el SIDA es la abstinencia sexual.			
Las personas con pareja regular (matrimonio, unión libre, noviazgo) tienen riesgo mínimo de adquirir el virus del SIDA.			

CONOCIMIENTO SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Marque la respuesta con una X

1. Frente a las siguientes afirmaciones responda con **Falso** o **Verdadero** según su conocimiento.

SITUACIÓN	V	F	NO SE
La forma de adquirir una Infección de transmisión sexual es a través de Una relación sexual sin condón (vaginal, oral o anal).			
Existen algunas ITS que se pueden transmitir por contactos no tan directos como un beso, usando ropas íntimas que han estado en contacto con la infección o el baño.			
Todas las Infecciones son visibles y producen dolor al orinar.			
Algunas ITS producen infecciones de la piel, alrededor de la boca y los ojos.			
La hepatitis B es una enfermedad que se contrae por contacto sexual o transfusión sanguínea.			
Las ITS solo se manifiestan en la parte genital.			
El tratamiento de una Infección de Transmisión Sexual puede hacerse con remedios caseros.			
Las ITS desaparecen por si solas cuando no hay síntomas de la enfermedad.			

CONOCIMIENTO GENERALES SOBRE SEXUALIDAD

Marque la respuesta con una X

1. Frente a las siguientes afirmaciones responda con **Falso(F)** o **Verdadero(V)** o **NO SE** según su conocimiento.

SITUACIÓN	V	F	NO SE
La educación sexual solo debe darse en la edad adulta, pues solo a esta edad estamos aptos para entenderla.			
La educación sexual debe ser iniciada por los padres y profesores.			
Los ovarios son glándulas del aparato genital femenino.			
El prepucio hace parte del aparato genital femenino.			
La iniciativa de la relación sexual la debe llevar el hombre.			
El tamaño del pene influye en la relación sexual.			
Las caricias son indispensables en la relación sexual para alcanzar el orgasmo.			
Las mujeres tienden a excitarse menos con estímulos visuales que los hombres.			
Cuando una mujer llega a la menopausia no queda embarazada.			
La masturbación produce placer y permite alcanzar el orgasmo tanto en hombres como en mujeres.			
La apariencia física de un homosexual siempre es diferente a la del heterosexual.			
La menopausia, esterilidad, y eyaculación son métodos de planificación.			
La vasectomía y la ligadura de trompas son métodos de planificación temporales.			
Con el uso del condón o preservativo se pierde la sensibilidad en la relación sexual.			
Solo con la penetración se pueden adquirir las infecciones de transmisión sexual.			
Solo los homosexuales pueden sufrir de SIDA			
El herpes genital, la sífilis y los tricomonas son infecciones de transmisión sexual.			
A simple vista se puede saber si una persona tiene una infección de transmisión sexual.			
Es un derecho sexual el decir No a una relación.			
En una relación de pareja estable, puede existir abuso sexual.			

MOTIVOS POR LOS CUALES NO USA EL CONDÓN

Señale con una X, uno o varios motivos por los cuales no usa el condón.

SITUACIÓN	
Me da pena usarlo	
Costo del condón	
Temor al rechazo por parte de mi pareja	
Se convierte en algo que interfiere en la relación sexual con la pareja	
Dificultad para adquirirlo	
Disminución de placer	
No sabe usarlo	
Alergia al látex	
Por tener una pareja estable y fiel	
OtraCuál?	

Anexo B. Autoestima

El autoconcepto y la autoestima

Toda persona tiene una opinión sobre sí misma, que constituye el autoconcepto o ideas referentes al valor personal. En situaciones normales, el hombre es consciente de sus características tanto positivas como negativas y comienza a apreciarse o despreciarse así mismo. Este sentimiento que acompaña al autoconcepto, se denomina autoestima.

La autoestima de un individuo nace del concepto que se forma a partir de los comentarios (comunicación verbal) y actitudes (comunicación no verbal) de las demás personas hacia él, al igual que de la forma como el individuo perciba dichos niveles de comunicaciones. Si una niña, por ejemplo, escucha de su madre comentarios como: “Ella no es bonita pero sí es simpática” o “No se puede comparar con la hermana, ya que la última tiene una cara linda”. Si la niña se va mirar en el espejo y escucha que sus hermanos mayores le dicen “usted no tiene arreglo”, y se acerca a su padre y le pregunta: “¿Yo soy bonita?”, y él responde verbalmente “Sí” y le envía simultáneamente mensajes no-verbales incongruentes, etc., es probable que la niña adquiera un autoconcepto de su belleza no favorable, diciéndose así misma: “Yo soy fea”. Ella puede sentirse mal, inadecuada y triste con este concepto, lo que significa que sobre su belleza tiene un bajo nivel de autoestima.

Algunas veces el autoconcepto que tenemos de nosotros mismos depende más de nuestra interpretación de la vida que de la realidad. Por ejemplo, algunas personas no creen que son inteligentes, cuando en realidad solucionan bien sus problemas y son buenos profesionales. En este caso se dice que el individuo tiene un autoconcepto errado. También es errado el

autoconcepto de una persona que se asigna una cualidad, cuando tampoco coincide con la realidad. María elige, por ejemplo, Ingeniería Mecánica como profesión porque siente que es maravillosa para las matemáticas, pero resulta que fracasa en sus estudios por falta de habilidad para dicha área. Sin duda posee un autoconcepto errado sobre sus habilidades.

Stanly Coopersmith, filósofo y psicólogo, citado por Frank Goble “1977”, define la autoestima como una “autoevaluación que por lo común el individuo mantiene; la autoestima expresa una actitud de aprobación o reprobación e indica el grado en que aquél se cree capaz, significativo, afortunado y digno”. Este autor realizó una investigación durante seis años con niños entre 10 y 12 años de edad, encontrando que los niños con una elevada autoestima son más independientes, creativos, confiados en el juicio e ideas personales, valerosos, socialmente autónomos, psicológicamente estables, ansiosos y eficientes en sus actividades cotidianas.

A los niños con baja autoestima les falta confianza en sí mismos, son renuentes a expresarse en grupo, especialmente si sus ideas son nuevas o creativas, se centran más en sus problemas logrando menos relaciones interpersonales afortunadas, se sienten incapaces, faltos de valor, ansiosos, temen ser rechazados y constantemente viven acosados por las dudas acerca de su capacidad.

Virginia Satir en su libro “Relaciones humanas en el núcleo familiar” publicado en 1988, coincide con Stanly Coopersmith cuando afirma que en las personas con una alta autovaloración confluyen la integridad, honestidad, responsabilidad amor y compasión. Anota que los individuos con una alta autoestima sienten que son importantes, que el mundo es un lugar mejor porque ello está allí, tienen fe en su propia competencia y decisiones, irradian confianza y esperanza y se aceptan totalmente como seres humanos.

Cuando estas personas tienen momentos difíciles y enfrentan problemas, toman estas situaciones y los sentimientos que las acompañan, como algo pasajero, como una crisis momentánea de la que saldrán adelante. Los individuos con una baja autoestima, según esta autora, piensan que valen poco, esperan ser engañados, pisoteados, menospreciados por los demás y, como se anticipan a lo peor, generalmente eso peor les llega. Como defensa, se ocultan tras un muro de desconfianza y se hunden en un terrible estado de soledad, temor y aislamiento; se vuelven apáticos, indiferentes consigo mismos y con las personas que los rodean; les resulta difícil ver, oír y pensar con claridad, por consiguiente, tienen mayor propensión a pisotear y despreciar a otros.

Cuando viven momentos difíciles y encuentran problemas, se sienten desesperados y pueden recurrir a las drogas, alcohol, suicidio o asesinato. Cuando tienen éxitos no los disfrutan porque siguen sintiendo una duda constante respecto a su propio valor. Básicamente sentir una baja autoestima significa experimentar sentimientos indeseables hacia sí mismo.

Nadie llega al mundo con un sentido de valor propio, esto se aprende en el núcleo familiar. El niño cuando nace no tiene una experiencia de comportamiento y carece de una escala de valoración con la cual compararse. Esto lo aprende de la experiencia que adquiere con las personas que lo rodean y de los mensajes que ellos les comunican respecto a su valor como persona. Durante los primeros años el niño aprende la autovaloración en la familia. Posteriormente intervienen otras influencias, pero estas tienden a reforzar los sentimientos de valor o falta de él que se haya adquirido en el hogar.

Cada palabra, expresión facial, gesto o acción por parte de los padres, profesores y adultos transmite mensajes al niño en cuanto a su valor, aunque

la mayoría de las veces la gente que rodea el niño no se percata ni de los mensajes que envía ni de los efectos que éstos tienen sobre el niño.

En su investigación Coopersmith encontró que los niños con un alto grado de autoestima tienen por lo común, el mismo nivel de autoestima que tienen sus padres. Encontró también que los padres promedio de muchachos con un alto nivel de autoestima, son más amantes y atentos con sus hijos que otros padres y, al mismo tiempo, más exigentes y específicos en cuanto a reglas de conducta. Progenitores de tal índole establecen elevadas demandas de ejecución académica para sus hijos y aunque fijan reglas determinantes y límites se comportan de modo tolerante al respecto.

Los padres con bajo nivel de autoestima, establecen muy pocas o débiles reglas fijas, pero sus métodos de control tienden a ser rudos, autocráticos, hostiles y fríos; desaprueban al niño observándolo como un intruso sin méritos y aún como un objeto negativo. No esperan mucho de sus hijos y sus expectativas de índole negativo a menudo se hacen realidad. Estos progenitores, por lo general, son dominantes y su propensión a castigar da por resultado hijos con bajo nivel de autoestima.

Si crecemos sintiéndonos amados y seguros (confiados), son mayores las posibilidades de que poseamos un alto sentido de la autoestima y desarrollemos un verdadero sentido de identidad personal. Aprenderemos a confiar en las relaciones que tenemos hacia el mundo exterior y nuestra imagen será justa. Estos sentimientos positivos solo pueden florecer en un ambiente donde los padres tengan una alta autoestima, donde se tengan en cuenta las diferencias individuales, se toleren los errores, la comunicación sea abierta y las reglas flexibles. Virginia Satir afirma que el primer paso seguro para mejorar toda situación familiar, es comenzar por tratar de subir la autoestima de los padres y comentar que el sentido de valor puede

cambiarse sin importar la edad. Gran parte del sufrimiento, los problemas y desastres de la vida, hasta las guerras, -opina Satir- son el resultado de la baja autoestima de alguien que no puede expresar su estado de ánimo abiertamente.

Dado que la autoestima se aprende y proviene de los mensajes que hemos recibido, es importante conocer algo acerca de nuestros sentimientos y de la forma como aprendemos a buscar la estima o reconocimiento de los demás.

Desde el nacimiento, el bebé depende de los demás para sobrevivir, necesita alimento, protección, amor y reconocimiento, que se expresa generalmente mediante el contacto físico (besos, caricias, abrazos o cosquillas) y mediante expresiones verbales (decirle “te quiero” o cantarle). Si los adultos no prestamos la atención debida al niño, este puede enfermar por carencia afectiva, como lo plantea Rene Spitz, al estudiar el marasmo y la depresión analítica.

Cualquier forma de reconocimiento físico, verbal, positivo, negativo, etc., es denominado por Eric Berne, citado por Dorothy Jongeward y Dru Scot (1979), “caricia”. Una caricia es una manera positiva o negativa de comunicar “se que éstas ahí”; tal reconocimiento es necesario para la vida, y para sentir que uno está bien o simplemente que está vivo.

La necesidad de caricias es urgente en todos los individuos y no sólo en los niños. A medida que crecemos comenzamos a buscar más “reconocimiento social” que físico, sin abandonar completamente este último. Por ejemplo: cuando un alumno realiza un buen trabajo necesita reconocimiento por parte de su profesor, cuando un empleado realiza una labor creativa y productiva para la empresa, requiere de una caricia por parte de su jefe, cuando unos

padres sienten que están educando adecuadamente a sus hijos, reconocimiento por parte de alguien, etc.

Las caricias son incondicionales, cuando se dirigen a lo que la persona es, a sus características inherentes. Son ejemplo de estas caricias, “eres inteligente”, “eres linda”, “eres torpe”, “eres antipático”, “te quiero”, “te odio”, etc., y condicionales cuando se refieren a lo que la persona hace o tiene, por ejemplo: “tu vestido es bonito”, “tus notas están muy malas”, “tendiste bien la cama”, “ensuciaste la mesa”, etc.

Las características también pueden ser positivas o negativas. Las primeras son aquellas que resaltan las cualidades, las cosas buenas de una persona; las segundas, resaltan los defectos, los aspectos negativos de un individuo. Las caricias incondicionales positivas son las que tienen mayor valor psicológico, no sólo porque sirven de reconocimiento sino además, porque aumentan la autoestima y provocan bienestar psicológico. Es importante distinguir éstas de las adulaciones, o de “echar cepillo”, ya que las dos últimas tienen un fin manipulativo, mientras que las caricias, para que cumplan su función, deben ser honestas, es decir, que debe creerse en lo que se dice. Por ejemplo: Si digo “usted es comprensivo”, es porque así lo pienso. Son caricias directas aquellas que se le hacen de frente a la persona. Si Luis habla con Juan y le dice “Pedro es muy hábil”, no es una caricia directa de Luis a Pedro, sino un comentario hecho por este último de Luis a Juan.

Las caricias incondicionales negativas siguen siendo de reconocimiento, pero causan dolor, resentimiento y malestar psicológico, ya que bajan la autoestima.

Las caricias incondicionales son importantes cuando se requieren en la vida cotidiana. Por ejemplo: Si usted entra a su lugar de trabajo, saluda y nadie le contesta, es probable que sienta algún grado de inquietud y malestar, así el saludo sirve como caricia condicional – reconocimiento de que usted está – pero además del saludo, usted necesita otro tipo de reconocimiento más personal para elevar su autoestima. Las caricias condicionales positivas sirven, entonces como reconocimiento, pero quien sólo vive de estas caricias, mantiene una vida superficial y poco realizada.

La toma de conciencia del patrón de caricias personales, el aprender a dar y recibir reconocimiento en forma adecuada, es un paso fundamental en la búsqueda de un mayor bienestar psicológico

La vida nos proporciona experiencias agradables, tristes, graciosas o trágicas, y nosotros respondemos a ellas. Algunas veces parece que no hay nada que podamos hacer acerca de nuestros males, nuestro mal humor, etc., y nos sentimos atrapados en un callejón sin salida. Esto puede ser cierto, pero la mayoría de las veces no lo es. Podemos responder a un mal día, cantando, escuchando música, observando un paisaje, arreglando una herramienta o visitando amigos. Podemos elegir cómo responder a nuestros malos momentos, qué pensar de ellos y cómo sentirnos frente a los mismos. La manera como enfrentemos estos malos momentos va a depender en gran parte de la autoestima que se tenga. De igual manera, la forma como reaccionemos, va a influir posteriormente sobre nuestra autoestima. Por ejemplo: su hijo mayor se metió en un lío en la escuela y el director le dice a usted que no se acepta más a su hijo en el establecimiento. Usted inmediatamente comienza a pensar que no fue un buen padre y que eso le pasa por ser tan débil e inútil (baja autoestima). Cuando llega al colegio esta autoimagen está influyendo: “si yo soy un inútil, no puedo hacer nada por solucionar el problema”, “mi hijo se salió de mis manos y es más fuerte que

yo". Lógicamente su actuación va a ser bastante inadecuada, confirmando su imagen de inutilidad y debilidad. Cuando usted llegue a casa se siente con una baja mayor en su estima, al igual que se siente mal por darse cuenta que es más mal padre de lo que pensaba. Así, la primera autoimagen del padre influye en su actuación en el colegio, y esta actuación tiene efectos sobre la autoimagen posterior. La forma como reaccionemos a los problemas afecta nuestro autoestima, y ésta, a su vez, influye sobre nuestra reacción a los problemas.

El aprender a subir nuestro estima, va a permitirnos enfrentar la realidad y los buenos y malos momentos desde una nueva perspectiva, lo que actúa favorablemente como retroalimentación para mantener alta nuestra valoración.

Es esta la razón por la que al empezar a reaccionar frente a los problemas en forma distinta ha como lo hemos hecho hasta el momento, nos ayuda así mismos a modificar nuestra autoestima.

El autoconcepto y la autoestima afectan no solo a nuestra vida social. Afectan también a nuestra vida física, intelectual e incluso sexual.

A nivel de nuestra vida física activa, por ejemplo, el concepto que tengamos de lo que somos capaces es vital. "Yo soy muy gordo para este tipo de ejercicios", dicen algunos. Esta afirmación no solo aleja al individuo de la actividad física. Su rechazo influye negativamente en su bienestar psicológico.

A nivel intelectual pasa lo mismo. La idea de que se es "malo para X o Y materia" determina que le dediquemos menos tiempo del que se merece.

Como consecuencia se obtienen malas notas, escasos conocimientos, desagrado frente al tema y alteración de nuestra salud mental.

A nivel de nuestra vida sexual, el poco amor al propio cuerpo puede ocasionar frigidez o impotencia.

Generalmente este poco amor proviene de mensajes recibidos durante la niñez acerca de que el sexo es “sucio”, es “malo”, “trae problemas”, etc. Muchas dificultades en la comunicación sexual, repercuten en la relación total de la pareja, produciendo tensiones y desacuerdos. El aprender a amar nuestro cuerpo, permite aliviar la dificultad sexual, y facilita el logro de relaciones más maduras, confiadas e íntimas, favoreciendo el bienestar psicológico.

Es importante no confundir el amor a uno mismo con la petulancia (hacer alarde de las cualidades personales). Quién tiene una alta autoestima no necesita pregonarlo, simplemente lo vive, como lo dice una frase de Bob Samples: “Lo que eres se expresa tan ruidoso que nadie puede oír lo que dices”. Tampoco debe confundirse la autoestima, con la aprobación que los demás tienen de uno mismo: cada individuo es un ser único y diferente. Si usted piensa distinto a los demás, hace las cosas con su estilo personal. Es probable que muchas personas de las que le rodean estén en desacuerdo con usted y le critiquen. Esto no significa que usted pierda valor o se deje de amar así mismo. También puede darse el caso de que usted cometa un error o lleve a cabo una acción con la que usted mismo no está de acuerdo y le desagrada. Puede aprender a corregir el error y a que éste le sirva como lección para no repetirlo, pero no debe confundir esta acción o sus sentimientos hacia ella con un autodesprecio u odio hacia sí mismo. Como dice Wayne Dyer: “...en ningún momento y en ninguna circunstancia es más sano odiarse así mismo, que amarse así mismo”.

En la medida que cada individuo aprende a amarse así mismo y transmite dentro de su familia mensajes de amor y estima por los demás miembros de ella, en esa misma medida se facilitará la salud mental del núcleo familiar y se expandirá a los lugares y a las personas que frecuenten quienes conforman dicha familia.

Anexo C. Heridas a la autoestima

NOMBRE

AUTOESTIMA

**Anexo D. Autoestima - sentimientos negativos y
Manejo de ellos**

Descripción de situaciones que me hacen sentir mal	Sentimientos que experimento	Alternativas de manejo de la situación	Aspectos que no puedo cambiar
Ejm. Cuando me gritan.	Me siento mal.	Expresar mi inconformidad	Actitud de los otros

**Anexo E. Autoestima - sentimientos positivos -
Repetición en el futuro**

Descripción de situaciones que me hacen sentir bien	Sentimientos que experimento	Que puedo hacer para que estas situaciones se repitan
Ejm. Cuando me felicitan por algo	Alegría y satisfacción	Seguir actuando bien

Anexo F. SI YO PUDIESE SER

Tema: AUTOESTIMA

SI YO PUDIESE SER CUALQUIER ANIMAL, YO SERIA UN (UNA)_____

PORQUE_____

SI YO PUDIESE SER UN ARTISTA, YO SERIA_____

PORQUE_____

SI YO PUDIESE SER UN DEPORTE, YO SERIA UN_____

PORQUE_____

SI YO PUDIESE SER UN INSTRUMENTO MUSICAL, YO SERIA UN
(UNA)_____

SI YO PUDIESE SER UN PAIS EXTRANJERO, SERIA UN
(UNA)_____

SI YO PUDIESE SER UN PROGRAMA DE TELEVISIÓN, SERIA UN
(UNA)_____

Anexo G. SOBRE EL AMOR PROPIO

IMPORTANCIA DEL AMOR PROPIO:

El sentirse seguro de sí mismo:

EL ENRIQUECER SU PROPIA VIDA. Es un placer estar rodeado de gente alegre. El sentirse alegre de sí mismo hace que usted busque nuevos amigos. Sintiéndose más cómodo y expansivo puede usted adquirir amistades más estrechas.

EL ENFRENTARSE A LOS DESAFIOS: Cuando usted tiene un alto amor propio a usted no le da miedo desarrollar sus propios talentos. Usted está dispuesto a arriesgarse, en territorio nuevo. Si no trata no progresa.

EL MANTENER LA CONFIANZA EN SÍ MISMO: El creer que usted puede hacer algo es ya un gran paso; le permite a usted concentrarse en lo que está haciendo. El esfuerzo entusiasta ayuda a mejorar el rendimiento.

SEA FLEXIBLE: No es fácil cambiar. A veces es extraño y asustador. Sin embargo una imagen positiva de sí mismo hace más fácil el aceptar nuevas ideas y maneras de llevar fines a cabo.

Con un alto amor propio usted llega a:

- Ser la persona que quería ser.
- Gozar mayormente la compañía de los demás
- Ofrecerle al mundo una mayor parte de sí mismo

¿QUÉ ES EL AMOR PROPIO?

Es la imagen que usted tiene de sí mismo, LO QUE USTED PIENSA DE SI MISMO.

El amor propio comprende IDEAS Y SENTIMIENTOS acerca de sí mismo. Ellos pueden ser:

POSITIVOS: Por ejemplo: soy lindo(a), soy listo(a), aprendo de mis errores, soy divertido (a), soy inteligente.

Mientras más positivos sean los sentimientos que usted tenga mayor es su amor propio.

NEGATIVOS: Por ejemplo: soy feo(a), soy estúpido (a), tengo miedo de fracasar, soy aburridor (a).

Mientras menos positivos sean los sentimientos que usted tenga menor es su amor propio.

¿POR QUÉ DEBO PENSAR ACERCA DE MI AMOR PROPIO?

Por que el amor propio AFECTA LA MANERA COMO USTED VIVA:

- La manera como usted piense, actúe y se sienta acerca de si mismo y de los demás, determina el éxito que usted tenga en alcanzar las metas que se proponga.

UN AMOR PROPIO ELEVADO, puede hacer que usted se sienta: Eficaz, productivo, capaz y cariñoso.

UN AMOR PROPIO BAJO: Puede hacer que usted se sienta: Ineficaz, inútil, incompetente, rechazado.

EL AMOR PROPIO SE PUEDE MEJORAR. No deje que los errores del pasado le impidan seguir adelante. ¡Usted tiene el deber de aprender a sentirse bien acerca de sí mismo!.

Algunos de sus sentimientos pueden ser difíciles de expresar a de explicar. Y eso es porque Usted es un individuo ÚNICO, no hay nadie más en el mundo como usted, ¡Es suficiente razón para sentirse orgulloso!

ALGUNOS FACTORES QUE AFECTAN SU AMOR PROPIO. El nivel de amor propio que usted tenga se basa en las experiencias únicas en su género y en las relaciones con otros que haya tenido en la vida.

En el Hogar, Relaciones con su cónyuge, sus padres, abuelos, hermanos, etc.; experiencias con los familiares desde el nacimiento hasta el presente.

En la Escuela, relaciones con sus compañeros de escuela, maestros, administradores y consejeros; experiencia en tareas escolares, actividades fuera de la escuela, deportes, disciplina etc.

En el Trabajo, relaciones con supervisores, compañeros de trabajo, empleados; experiencias en tomar y perder empleos, recibir ascensos, niveles de responsabilidad en el trabajo y sostén de la familia.

En la Vida Social, relaciones con amigos de la niñez y edad adulta, y con vecinos; experiencias en los clubes, equipos de deportes y pasatiempos.

En la Sociedad, relaciones con miembros de culturas, razas y religiones diferentes. Experiencias con estándares o imágenes creadas por otros (por ejemplo los medios de comunicación).

En General, las experiencias positivas y las relaciones satisfactorias ayudan a elevar su amor propio. Las experiencias negativas y las relaciones difíciles tienen a bajar su amor propio. Es cuestión de tiempo y de cambios constantes debido a experiencias.

ALGUNOS RESULTADOS COMUNES DE LA FALTA DE AMOR PROPIO

- Falta de confianza en si mismo: Las personas que carecen de amor propio a menudo tienen poca confianza en sus propios talentos. Ellos pueden creer que van a volver a fracasar simplemente porque ya fracasaron en el pasado.
- Imagen errónea de sí mismo y de los demás: Algunas personas no reconocen sus propios logros. Ellas pueden creer que los demás lucen una mejor figura. Ellas también creen que a los demás les va bien en todo sin que tengan que hacer nada para que les salga bien.
- Mal desempeño en las labores: La falta de confianza en sí mismo puede dar como resultado el hacer poco o ningún esfuerzo en la realización de proyectos o en la búsqueda de metas. Pero los fracasos que resultan por falta de esfuerzo no reflejan en realidad los talentos que una persona tenga.
- Vida Intima amargada: No es divertido estar con gente negativa. A las personas que les falta amor propio les cuesta trabajo entablar amistades. El resultado puede ser una vida solitaria y amargada.

Pero el círculo se puede Romper tomando medidas positivas para levantar el amor propio...

¿QUÉ PIENSA USTED ACERCA DE SI MISMO?

La mayoría de las personas de vez en cuando se sienten descontentas consigo mismas. De modo que, cuando conteste las siguientes preguntas piense cómo se siente en la generalidad de los casos.

EVALÚE SU NIVEL DE AMOR PROPIO.

La mayoría de las personas de vez en cuando se sienten descontentas consigo mismas. De modo que, cuando conteste las siguientes preguntas piense como se siente en la generalidad de los casos.

Contestando con franqueza a las siguientes preguntas:

	SI	NO
1. ¿Le hiere mucho cuando le critican?	()	()
2. ¿Es usted muy tímido o muy agresivo?	()	()
3. ¿Trata usted de esconder sus emociones para que los demás no lo noten?	()	()
4. ¿No quiere tener amigos íntimos?	()	()
5. ¿Treta de echarle la culpa a los demás por sus propios errores?.....	()	()
6. ¿Busca usted excusas para no cambiar?.....	()	()
7. ¿evita usted nuevas experiencias?.....	()	()
8. ¿Continuamente desea cambiar su apariencia física?.....	()	()
9. ¿Es usted demasiado modesto acerca de sus éxitos personales?.....	()	()
10. ¿Se alegra usted de que otros fracasen?.....	()	()

Si usted contestó que sí a la mayoría de preguntas quiere decir que probablemente hace falta mejorar.

	SI	NO
1. ¿Acepta usted crítica constructiva?.....	()	()
2. ¿Se siente usted con confianza cuando le presentan a alguien?.....	()	()
3. ¿Trata usted sus propias emociones con franqueza y con mente abierta?.....	()	()
4. ¿Aprecia usted sus amistades intimas?.....	()	()
5. ¿Puede usted reírse y aprender de sus propios errores	()	()
6. ¿Nota y acepta cambios en usted mismo a medida que ocurren?.....	()	()
7. ¿Busca usted y le enfrena a nuevos desafíos?.....	()	()
8. ¿Tiene usted confianza en su apariencia física?.....	()	()
9. ¿Se hace usted justicia cuando se la merece?.....	()	()
10. ¿Se alegra usted de que los demás triunfen?.....	()	()

Si usted contestó que (SI) a la mayoría de las preguntas, probablemente tienen una opinión positiva de si mismo.

Sea lo que sea el nivel de su amor propio, ahora usted puede tomar medidas positivas para MEJORARLO.

ABRÁZAME

En un mundo de gente solitaria
El abrazo acerca y une.
Transmite amor y apoyo.
Da mas seguridad en uno mismo
Alimenta los sentimientos
Disminuye la tensión.
Es sano, democrático y gratificante.
No cuesta dinero.
Es agradable...
Aquieta los miedos
Abre la puerta de los sentimientos
Ayuda a eliminar el apetito. Comemos
Menos cuando nos
Alimentamos de abrazos...
Y cuando tenemos los brazos
Ocupados en estrecharnos el uno al otro,
Alivia las tensiones.
Mantiene en buen estado los músculos
De brazos y hombros.
Es un ejercicio de estiramiento para
los de poca estatura y en nuestro caso
de flexión para los altos.
Ahorra energía al conservar el calor.
Es portátil.
Hace más felices los días felices.
Hace soportables los días
Insoportables.
Llena los vacíos de la vida...
Por ello: "abrázame".

Anexo H. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

NOTA PRELIMINAR:

En la actualidad se prefiere el empleo del concepto Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y se desecha el término Enfermedades de Transmisión Sexual o Venéreas. Con ello se disminuye la estigmatización del individuo afectado y se amplía el número de infecciones incluidas en estas categorías de enfermedades.

GONORREA

Gonorrea o Blenorragia, es la más antigua y corriente de las ETS.

FORMA DE TRANSMISION:

Se transmite por cualquier tipo de contacto sexual:

El coito, la felación, el coito anal.

SÍNTOMAS:

En el hombre, el pene emana una secreción lechosa y amarillenta, orina con frecuencia y la micción le resulta dolorosa. Por lo general estos síntomas aparecen dentro de un periodo de 2 a 10 días después del contagio, pero en ocasiones no se presenta hasta pasado un mes. Aproximadamente, el 10% de los casos de hombres infectados es asintomático.

Generalmente, los hombres que presentan estos síntomas se tratan sin demora y se curan rápidamente. En el caso de no recibir tratamiento, la infección puede alcanzar la uretra y pasar a la próstata, las vesículas seminales y los epididimos y provocar fuertes dolores y fiebre alta. Si la gonorrea no se llega a tratar puede producir esterilidad, pero es una complicación que se da, raras veces, en los hombres.

En menos de la mitad de las mujeres se presentan síntomas visibles de la infección. Es normal que la soporten durante un periodo mas prolongado que los hombres antes de ponerse en tratamiento. Esta demora hace que se hallen mas expuestas a complicaciones orgánicas. Las asintomáticas pueden contagiar, sin saberlo, a sus compañeros sexuales. Muchas no descubren que están infectadas hasta que su compañero tiene los síntomas. Incluso, cuando las mujeres presentan síntomas son, en ocasiones, tan leves que pasan desapercibidos o se diagnostican equivocadamente. Entre dichos síntomas se cuentan: aumento de la secreción vaginal, irritación de los genitales externos, dolor o escozor durante la micción y hemorragias menstruales anormales. La infección se presenta sobre todo en la cervix, aunque también puede aparecer en la uretra, el recto o en cualquier

combinación de estas zonas. La mujer que no se somete a tratamiento puede contraer graves complicaciones.

Por lo general, la gonorrea se extiende del cérvix al útero, trompas de falopio y ovarios, originando una infección conocida como enfermedad inflamatoria de la pelvis (EIP). Esta es la causa más común de la infertilidad femenina porque produce la formación de cicatrices que acaban por obstruir las trompas de falopio. Los síntomas iniciales de la EIP son: dolor en el bajo vientre, fiebre, náuseas, vómitos dolor durante el coito.

Las infecciones oculares debidas a la gonorrea son muy raras en los adultos; la causa suele ser el tocamiento de los ojos con una mano infectada.

Los recién nacidos presentan, a veces, una infección ocular si el cuello uterino de la madre se halla contaminado y puede ocasionar la ceguera del bebé.

En cualquier caso de gonorrea es necesario abstenerse de cualquier actividad sexual con una pareja, hasta que el individuo haya sido examinado después del tratamiento.

Debe informar a todos aquellos con quienes ha tenido contacto sexual, en especial a la persona que le consta o sospecha le contagio la infección, para que acuda al medico.

SÍFILIS

El microorganismo de forma espiral que causa la sífilis, *Treponema Paladium*, fue descubierto en 1905, aunque ya en el siglo XV causó estragos en Europa, diezmando ejércitos y poblaciones conforme se iba propagando.

FORMA DE TRANSMISIÓN:

Suele transmitirse por contacto sexual, por transfusiones de sangre o por la madre embarazada al feto.

FASE PRIMARIA:

De 2 a 4 semanas después de la infección aparece en los genitales y el ano una llaga denominada chancro, que no duele. También puede aparecer en los labios, la boca, en un dedo, en el pecho o en cualquier otra parte del cuerpo por donde haya penetrado en la piel el organismo patógeno

Normalmente, el chancro empieza formando una mancha opaca que se transforma en una pústula pequeña, la cual se ulcera y forma una llaga circular u ovalada circundada, casi siempre por, un reborde rojizo. Por lo común el chancro desaparece sin ningún tratamiento al cabo de un periodo que va de 4 a 6 semanas, lo que lleva a la errónea creencia de que el problema ha quedado resuelto.

FASE SECUNDARIA:

Empieza en cualquier momento, dentro de un lapso que se extiende de una semana a 6 meses contando desde la desaparición del chancro, en el supuesto de que no se haya aplicado un tratamiento efectivo. Los síntomas son ronchas rosáceas o rojo pálido (a menudo aparecen en las palmas de las manos y las plantas de los pies), fiebre, dolor de garganta, cefaleas, dolor en las articulaciones, falta de apetito, pérdida de peso y caída del cabello. En ocasiones aparecen, en torno a los genitales o el ano, unas pápulas (pequeña elevación rojiza de la piel) húmedas llamadas condiloma lata, que son muy infecciosas.

Los síntomas de la fase secundaria de la sífilis duran entre 3 y 6 meses, pero pueden desaparecer y emerger de nuevo con regularidad.

FASE TERCIARIA:

La última etapa de la sífilis acarrea problemas cardíacos de consideración, trastornos oculares y lesiones del cerebro o médula espinal, complicaciones que pueden causar parálisis, demencia, ceguera y la muerte.

Mientras más pronto acuda al médico, más fácil se cura esta infección.

HERPES GENITAL

El herpes genital está causado por dos tipos de virus: el herpes simple (Virus) I y el herpes simple (virus) II. En el pasado, el herpes simple virus I originaba, casi exclusivamente, las vesículas o “pupas” de la fiebre, mientras las infecciones del herpes genital estaban causadas, sin excepción, por el herpes simple virus II. Pero en la actualidad esta distinción ya no es válida.

FORMA DE TRANSMISIÓN:

Por norma general, el herpes se transmite por contacto sexual. El contacto directo con los órganos genitales infectados puede llevar al contagio por la cópula, el frotamiento de los propios genitales con los de la pareja, el contacto bucogenital. Además las zonas de la piel normalmente protegidas pueden infectarse por causa de un corte, una roncha o una llaga, de modo que también es posible la infección de los dedos, muslos y otras partes del cuerpo. En otros casos el herpes se contagia por medios no tan directos: un beso, tocándose los genitales después de infectarse los dedos (autoinoculación). El virus puede vivir varias horas en el tazón de un retrete, en el plástico y en el paño de la ropa, dando pie a que sobre venga un herpes genital sin que exista un contagio sexual.

Sin embargo, es poco probable que este tipo de contagio llegue a darse con frecuencia.

SÍNTOMAS:

El herpes genital se caracteriza por racimos o cúmulos de pequeñas y dolorosas vesículas en los órganos genitales. Al cabo de unos días las vesículas se revientan y en su lugar quedan diminutas úlceras. En lo que respecta al hombre, las ampollas o vesículas aparecen sobre todo el pene, pero también puede hacerlo en la uretra o en el recto. En cuanto a la mujer, las vesículas aparecen en los labios vaginales, pero también en la servís o en la región del año.

Los primeros síntomas del herpes son: fiebre, cefalea y sensibilidad dolorosa de los músculos por espacio de dos o más días consecutivos.

Casi todos los casos se caracterizan por dolor o escozor en la zona de formación vesicular. Otros síntomas bastante corrientes son: dolor o escozor durante la micción, secreción de la uretra o de la vagina y aparición de nódulos linfáticos sensibles e hinchados en la ingle. Se trata de síntomas que desaparecen todos en plazo de una o dos semanas.

Las complicaciones más graves del episodio inicial del herpes sobrevienen con mas frecuencia en las mujeres que en los hombres; destacan la meningitis aséptica (inflamación de las meninges cerebrales) 8%; infección ocular 1% y la infección de la cervix 88%.

No se producen accesos reincidentes, más o menos, en el 10% de los casos, pero son muchos los que son sufren episodios recurrentes de herpes genital, qué varia de una vez al mes, a una vez cada pocos años.

Que se sepa el herpes no tiene cura, pese a la gran labor investigativa que se está realizando.

URETRITIS NO ESPECIFICADA

Se denomina uretritis no específica (UNE) a toda inflamación de la uretra, por lo general en varones, que no sea causada por la gonorrea.

FORMAS DE TRANSMISIÓN:

Por contacto genital, aunque no siempre se localiza su factor causante, entre los microorganismos que se han aislado como causantes están: Clamidia y trichomonas.

SÍNTOMAS:

Los síntomas de la UNE son parecidos a los de la gonorrea, pero de carácter mas leve. Normalmente, la secreción uretral es fina y acuosa.

No produce síntomas en muchos varones y en la mayoría de las mujeres es asintomática.

Las complicaciones pueden incluir: Infecciones del epidídimo y la próstata en los varones y en las mujeres la enfermedad inflamatoria pélvica que puede conducir a la esterilidad.

Es necesario que la pareja o las parejas sexuales de las persona infectada también se sometan al examen médico y al tratamiento.

HEPATITIS VIRAL

Es una enfermedad del hígado. Existen tres tipos de hepatitis viral: la hepatitis A, la hepatitis B y la hepatitis no-A no-B.

FORMAS DE TRANSMISIÓN:

La hepatitis A. Suele contraerse por contacto directo con heces fecales recientemente infectadas, ya sea a través del contacto bucogenital, bucoanal o por contacto fecal indirecto con las manos, los cubiertos, platos o por ingerir aguas contaminadas.

La hepatitis B puede contraerse por contacto sexual, transfusiones sanguíneas, exposición de las mucosas al virus, o mediante la punción de la piel con instrumentos contaminados.

La hepatitis no-A no-B se contrae principalmente a través de una transfusión sanguínea. No se transmite por vía sexual.

SÍNTOMAS:

Puede adquirir diferente gravedad, desde un estado completamente asintomático hasta un cuadro clínico de síntomas gastrointestinales moderados (escaso de apetito, indigestión, diarrea), pasando por la ictericia (tinte amarillento en la piel). Vómitos, dolor abdominal y, en ocasiones, complicaciones orgánicas más serias.

El tiempo en que aparecen los síntomas después de haber contraído la infección es:

La hepatitis A: de dos a seis semanas; la hepatitis B: de uno a cuatro meses; la hepatitis no-A no-B: aproximadamente 50 días.

Para prevenir la hepatitis debe evitarse el contacto íntimo con individuos afectados. Existen formas de inmunización pasiva y activa a través de inyecciones, que tienen un alto índice de efectividad.

Anexo I. Uso del Condón



USO CORRECTO DEL CONDON

Forma de utilización:

1. Observe que la fecha no esté vencida y abra el paquete cuidadosamente (con la yema de los dedos).
2. Espere a que el pene esté bien erecto. No lo desenrolle antes de colocarlo.
3. Retraiga hacia atrás el prepucio o piel que recubre la cabeza del pene y oprima con la yema de los dedos la punta del condón para que no quede aire en el interior.
4. Mantenga la presión y empiece a desenrollar el condón a lo largo del pene hasta la base, asegurándose que no quede aire en el interior.
5. Después de eyacular retire el pene cuando aún esté erecto. Para hacerlo, sostenga firmemente el condón por el anillo de hule de la base. Así evita deslizamientos o que se salga el semen.
6. Retire el condón del pene deslizándolo hacia adelante con cuidado, evitando salpicaduras.
7. Utilice sólo una vez cada preservativo, y antes de desecharlo hágale un nudo, luego lave los genitales.
8. No lubrique los condones con vaselina, aceites ni cremas porque se pueden romper.



Anexo J. Diagnóstico Educativo de SIDA

Marque con una "V, si usted considera que la frase es verdadera o una "F" si considera que es falsa.

- 1.- En la actualidad no se conoce una cura para el SIDA, pero sí existen vacunas para prevenir la enfermedad. ()
- 2.- La causa del SIDA es un virus conocido como el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH. Este virus cambia la estructura de las células cuando las ataca. ()
- 3.- Cuando una persona está infectada con el virus que produce el SIDA, o sea con el VIH, puede verse y sentirse bien y no saber que está infectada con él. ()
- 4.- Toda persona que tiene SIDA está infectada por el VIH, pero no todo el que tiene VIH desarrolla el SIDA. ()
- 5.- El virus se transmite por compartir los utensilios de cocina, baños, piscinas o alimentos. ()
- 6.- Usted puede contagiarse si tiene relaciones sexuales con una persona que tenga el virus en su organismo. ()
- 7.- El SIDA es una enfermedad que no le da sino a los homosexuales y drogadictos. ()
- 8.- Las personas promiscuas se constituyen en un grupo de alto riesgo para contraer la infección . ()
- 9.- Todo contacto sexual es peligroso ()
- 10.- Con una sola relación sexual con una persona infectada no se puede contraer la enfermedad. ()

- 11.- Se puede transmitir el virus del SIDA a través de una masturbación. ()
- 12.- El condón es útil para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual. ()
- 13.- Una mujer con SIDA puede quedar en embarazo sin transmitirlo al bebé. ()
- 14.- La picadura de un mosquito o una pulga puede transmitir el virus. ()
- 15.- Usted puede saber si una persona está infectada con el VIH, por algunos indicios físicos. ()
- 16.- El SIDA no se transmite por tocar objetos usados por personas con el virus. ()
- 17.- El examen del SIDA puede resultar positivo después de 20 días de haber contraído la infección. ()
- 18.- Si alguien es seropositivo es porque no puede transmitir la enfermedad a otros. ()
19. La persona que tenga o haya tenido ITS, esta más expuesto al contagio del VIH. ()
20. El VIH, se contagia por medio de los fluidos corporales, como la saliva, orina y materia fecal. ()

Anexo K. Todo lo que usted debería saber acerca del SIDA

LO QUE SIGNIFICA EL SIDA SINDROME DE INMUNO-DEFICIENCIA ADQUIRIDA

SIDA

- SINDROME:** CONJUNTO DE SÍNTOMAS QUE CARACTERIZAN UNA ENFERMEDAD.
- INMUNO:** RELACIONADO CON EL SISTEMA DE DEFENSA DE NUESTRO CUERPO CONTRA LAS ENFERMEDADES.
- DEFICIENCIA:** INDICA QUE EL SISTEMA DE DEFENSA NO FUNCIONA CORRECTAMENTE.
- ADQUIRIDA:** NO HEREDITARIO, SINO ADQUIRIDO EN VIDA.

EL CONTAGIO DEL VIH

EL CONTAGIO ES LA FORMA COMO EL VIRUS SE TRANSMITE A LAS PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN EN RIESGO, QUE SON TODOS LOS HABITANTES DEL PLANETA.

EL VIRUS DEL SIDA HA SIDO AISLADO EN NUMEROSOS FLUIDOS DEL CUERPO DE LAS PERSONAS INFECTADAS, PERO SÓLO TRES DE ESOS FLUIDOS TIENEN UNA CONCENTRACIÓN SUFICIENTE DE VIRUS PARA TRANSMITIRLO. LOS LIQUIDOS QUE SE CONSIDERAN COMO POTENCIALMENTE INFECTANTES SON:

- * SANGRE
- * SEMEN
- * SECRECIONES VAGINALES
- * CUALQUIER OTRO LIQUIDO CONTAMINADO CON SANGRE



LAS LÁGRIMAS, LA SALIVA, EL SUDOR, LA ORINA, LAS HECES NO TRANSMITEN EL VIRUS DEL SIDA.

CIERTAS MODALIDADES Y PRÁCTICAS SEXUALES AUMENTAN EL RIESGO DE INFECCIÓN. LAS RELACIONES CON MÚLTIPLES COMPAÑEROS(AS) INCREMENTAN LAS POSIBILIDADES DE ADQUIRIR LA ENFERMEDAD.

SE DESPRENDE DE TODO LO CONSIDERADO QUE LA MANERA MÁS SEGURA DE EVITAR EL CONTAGIO ES SOSTENER RELACIONES SEXUALES SOLO CON UNA PAREJA ESTABLE Y PERMANENTE, SIN QUE POR ELLO SE QUIERA DECIR QUE NO SE TOMEN LAS PRECAUCIONES DEL CASO.

1.- QUÉ ES VIH?

El VIH es la sigla de VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA, es un microorganismo que ataca el sistema de defensas del cuerpo humano hasta destruirlo. Este sistema es el encargado de proteger el cuerpo de cualquier bacteria, parásito hongo o agente patógeno que ingrese en él. Actúa gracias a una especie de glóbulos blancos que detectan y destruyen estos agentes para que el ser humano no desarrolle enfermedades. Al entrar el VIH al organismo acaba con esas defensas y es por esto que la persona infectada con el VIH desarrolla cierto tipo de enfermedades que le pueden causar la muerte.

2.- QUÉ ES ASINTÓMÁTICO?

La persona asintomática es aquella es aquella que está infectada con el VIH pero que no presenta ningún tipo de enfermedad o sintomatología relacionada con el SIDA. Es una persona que tiene un buen estado de salud pero que puede transmitir el virus a otras personas.

3.- QUÉ ES SINTOMÁTICO?

La persona sintomática es aquella que está infectada con el VIH y que como consecuencia de la infección ya presenta síntomas asociados al SIDA. Su estado de salud se hace cada vez más débil y también puede transmitir el virus a otras personas.

4.- EL SIDA SE PROPAGA MÁS EN LOS HOMOSEXUALES QUE EN LAS DEMÁS PERSONAS?

No. Al comienzo de la epidemia la mayoría de los casos registrados pertenecían a la población homosexual; sin embargo, en el mundo, hoy en día, aunque se siguen presentando casos en esta población, es mayor el número de casos de personas heterosexuales. Recuerde bien que el SIDA afecta por igual a hombres, mujeres y niños sin importar su orientación sexual.



5.- QUIÉN CONTRAE MÁS FÁCILMENTE EL SIDA, LA MUJER O EL HOMBRE?

Depende del tipo de práctica sexual que asuman. Si es un hombre o una mujer que tiene prácticas sexuales anales, por la mucosa anal tan delicada se rompe y permite fácilmente la transmisión del virus, estarían los dos en igualdad de posibilidades de contraer el virus. Si hablamos de una relación en la que el hombre penetra a la mujer (relación vaginal) es más probable que la mujer adquiera el virus a que el hombre lo adquiera en esta relación, pues la mucosa vaginal es más delicada que el tejido que recubre el glande o cabeza del pene, y al haber contacto entre el semen y alguna pequeña herida en la vagina se va a facilitar el ingreso del virus al organismo.

6.- CÓMO SE TRANSMITE EL VIH?



El VIH, por ser un virus débil al ambiente necesita de un vehículo directo que le permita transmitirse de un ser humano a otro, además que se encuentre en una alta concentración dentro del líquido o fluido corporal que vaya a servir de medio de transmisión; por esta razón la infección se puede adquirir cuando entran en contacto el semen, la sangre y/o las secreciones vaginales. Por ello las únicas formas de transmisión del Virus: transmisión sexual, sanguínea o parenteral y de madre a hijo o perinatal.

7.- QUÉ ES EL SEXO ORAL Y PORQUÉ DICEN QUE ES UNA PRÁCTICA DE RIESGO?

El sexo oral es una práctica sexual que contempla la introducción del pene en la boca o un contacto de la lengua con la vagina o el ano. Se considera una práctica de riesgo porque hay intercambio de líquidos corporales: semen, secreciones vaginales y sangre, vehículo utilizado para la transmisión del VIH/SIDA.



8.- QUÉ ES TRANSMISIÓN PERINATAL?

Es la transmisión del VIH de una madre infectada a su hijo, ya sea durante el embarazo por intermedio de la placenta, o en el momento del parto al entrar en contacto con la sangre de la mamá o a través de la leche materna.

9.- CUÁNTO TIEMPO TIENE DE VIDA UN BEBÉ INFECTADO?

Según su nivel de infección y su estado nutricional un niño que nace infectado con el VIH puede vivir en promedio de tres a cinco años aproximadamente.



10.- ES VERDAD QUE UNA PERSONA QUE TENGA EL VIH PUEDE VIVIR CON SUS FAMILIARES Y COMPARTIR TODO LO DE SU FAMILIA?



Sí. Recuerde que el VIH es sólo transmitido cuando se entra en contacto con el semen, la sangre o las secreciones vaginales de la persona infectada. Por tanto quien esté viviendo con el VIH puede convivir con su familia, puede dar y recibir abrazos, besos y mucho afecto.

11.- ¿UNA PERSONA INFECTADA POR EL VIH DANDO UN BESO EN LA BOCA A OTRA LA INFECTA?

No hay riesgo de infectar a una persona a través de un beso siempre y cuando este beso sea un beso normal y no implique ningún tipo de acto violento donde vaya a haber mordiscos que puedan producir sangre, porque ahí sí habría posibilidad de infectar a la otra persona, ya que habría un contacto de sangre con sangre y no por la saliva.

12.- QUÉ ES UNA PRUEBA DE ELISA?

La Elisa para VIH, es una prueba de laboratorio presuntiva que permite detectar las defensas específicas que el cuerpo produce contra el VIH, llamadas anticuerpos. Para ello se necesita tomar una muestra de sangre de la persona que desee practicarse el examen. Dos resultados positivos Necesitan de una prueba adicional confirmatoria para determinar si el individuo es VIH positivo.



13.- QUÉ ES EL WESTERN BLOT?

Es una prueba de laboratorio más específica y compleja que la de Elisa, porque detecta los anticuerpos individuales contra todas las proteínas que componen el VIH. Esta prueba se debe realizar para confirmar dos pruebas de Elisa positivas.

14.-EL SIDA SE PUEDE DETECTAR TAN PRONTO ENTRE AL CUERPO POR UNA PRUEBA DE ELISA?

No. Los anticuerpos que produce el cuerpo contra el VIH son detectables sólo tres o seis meses después del momento en que la persona se infectó. A esto se le conoce como ventana inmunológica, que es justamente el periodo comprendido entre el momento de la infección y la detección de los anticuerpos por una prueba de laboratorio. El peligro aquí es que aunque no se detecte el virus sí se puede transmitir.



15.- ¿CADA CUÁNTO SE DEBE HACER EL EXAMEN DEL SIDA?

Lo ideal es tomarse la prueba una sola vez en la vida si se cree que ha habido una real exposición al virus, después de ésta tomar las precauciones del caso para evitar infectarse. Pero si es una persona que continuamente se está exponiendo al riesgo de infección por no protegerse a sí misma, debe tomarse la prueba cada seis meses.

16.- A QUÉ TIEMPO SE DESARROLAN LOS SÍNTOMAS DEL VIH 10, 15 ó 20 AÑOS o TAMBIEN INMEDIATAMENTE?

Una persona infectada con el virus demora en promedio entre 5 y 10 años para desarrollar síntomas después del momento de la infección. Algunas personas demoran más tiempo y otras menos. Lo que sí está claro es que los síntomas nunca se desarrollan de forma inmediata.

17.- CUANDO UNA PERSONA YA DESARROLLA LOS SÍNTOMAS CUÁNTO TIEMPO VIVE?

No hay tiempo específico, pero si la persona mantiene un control médico permanente para combatir las enfermedades que la atacan, puede vivir en promedio de 1 a 3 años más, aunque hay algunos que han pasado este tiempo.

18.- ¿CUÁLES SON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS CON LOS CUALES SE MANIFIESTA EL VIH?

La infección inicial suele ir acompañada de síntomas gripales leves: fiebre, dolor de cabeza, molestias en la garganta y malestar general. **El tiempo promedio que tardan en aparecer las manifestaciones después de la infección es de 5 a 10 años;** es entonces cuando la persona ya presenta determinadas enfermedades como consecuencia de la destrucción de su sistema inmune, debido a la presencia de **infecciones oportunistas**. Dentro de éstas figuran problemas crónicos de tipo respiratorio y gastrointestinal frecuentes y por largos periodos; pueden presentarse también enfermedades que afectan el sistema nervioso, la piel, los huesos y el cerebro. Cada individuo desarrolla enfermedades particulares en periodos determinados.

19.- ¿POR QUÉ APARECEN CIERTAS MANCHAS EN EL CUERPO?

Las manchas de color púrpura y/o café son consecuencia de un tipo de cáncer denominado sarcoma de Kaposi, el cual es muy común en pacientes infectados con el VIH en Estados Unidos. Pocos pacientes en Colombia lo desarrollan.



20.- ¿QUÉ ES UNA REINFECCIÓN?

Es la exposición repetida al VIH. Cuando una persona que ya está infectada entra en contacto con el VIH de otra persona lo que sucede es que va a tener dos tipos de virus circulando en su organismo y esto va a desencadenar un proceso de acelerar en la destrucción del sistema inmune, porque multiplica la carga de virus en el organismo.

21.- ¿POR QUÉ EL SIDA ES UNA ENFERMEDAD MORTAL?

EL SIDA se considera como enfermedad mortal porque no hay ningún tipo de cura o de vacuna para combatirla, y las personas que adquieren el VIH y que desarrollan sintomatología asociada al SIDA, con el tiempo mueren.



22.- ¿SI SOY ADICTO(A) A LA DROGA Y ME INYECTO Y LA ASPIRO ¿SERA QUE PUEDO CONTRAER EL VIH?

Sí. Tal como se menciona antes, el compartir Jeringuillas es una práctica de alto riesgo para Adquirir el VIH. Pero también lo es el consumir Sustancias psicoactivas como el alcohol, la marihuana, la cocaína, el bazuco o las pepas, etc., Porque estas hacen que usted pierda el control sobre sus actos y puede entonces llegar a tener cualquier tipo de relación sexual sin protección y exponerse así a adquirir el VIH



23.- ¿POR QUÉ EL SIDA ES TAN PROLONGADO?

La presentación de los síntomas se debe a muchos factores, entre los cuales se encuentra el desarrollo del mismo virus dentro del organismo, el deterioro del sistema inmune, y la presentación de las enfermedades e infecciones oportunistas que atacan al organismo; a esto también se debe agregar el estado nutricional y anímico de la persona. Por estas razones el virus no se desarrolla tan rápido y la destrucción de las defensas en también un proceso que lleva su tiempo.

24.- ¿POR QUÉ EL SIDA ES TAN PROLONGADO?

La presentación de los síntomas se debe a muchos factores entre ellos se encuentra el desarrollo del mismo virus dentro del organismo, el Deterioro del sistema inmune y la presentación de las enfermedades oportunistas que atacan al organismo; a esto se debe agregar el estado nutricional Y anímico de la persona.



25.- ¿ES VERDAD QUE UNA PERSONA PUEDE TENER VIH Y NO DESARROLLÁRSELE NUNCA?

Hasta la fecha no hay un estudio o investigación que permita hacer tal afirmación. Lo que pasa es que muchas personas se infectan y hasta ahora no han desarrollado síntomas, pero no es que nunca los vayan a desarrollar. Recuerde que esta es una enfermedad relativamente nueva en medicina.

26.- ¿QUÉ MEDIDAS HAY QUE TOMAR CUANDO UNO SE DA CUENTA QUE ESTA INFECTADO CON EL VIH?

Lo primero es cuidar los hábitos alimenticios, el no consumo de licor o de drogas porque estos disminuyen las defensas en la persona, tener relaciones sexuales con condón o abstenerse de tener prácticas penetrativas, pues puede adquirir de nuevo el VIH (Una reinfección) o transmitirlo a otra persona, y asistir al médico frecuentemente. EL HECHO DE TENER EL VIH NO QUIERE DECIR QUE LA VIDA SEXUAL DE LA PERSONA DESAPAREZCA.

27.-POR QUE LA GENTE AISLA A LOS ENFERMOS DE SIDA?

28.- ¿QUÉ MATA MÁS, LA ENFERMEDAD O EL SISTEMA PSICOLÓGICO DEL ENFERMO?

Los aspectos psicológicos y psicoafectivos de la persona infectada afectan el desarrollo de la enfermedad. Con frecuencia una persona que pierde su Soporte social, afectivo y económico puede enfermarse mas pronto e incluso morir mas rápido que una persona que mantiene el apoyo de sus familiares y amigos.



29.- ¿QUÉ SON LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)?

Son infecciones producidas por determinados tipos de bacterias que se transmiten por vía sexual de una persona infectada a otra, a través del semen, los fluidos vaginales y la sangre. Algunas de ellas son: gonorrea, sífilis, herpes, hepatitis B, SIDA.

30.- ¿QUÉ TAN GRAVES SON LAS ITS PARA EL SIDA?

El hecho de que una persona tenga o haya tenido una ITS, permite que la persona este mas expuesta a adquirir el VIH.

31.- ¿CÓMO CONVENCER A LA PAREJA PARA QUE USE EL CONDÓN?

DIALOGANDO, si no se llega a un acuerdo de fidelidad mutua o por lo menos de asumir una práctica responsable de la sexualidad se debe plantear el uso del condón al tener relaciones sexuales dentro y fuera de su pareja.

32.- ¿SIEMPRE SE DEBE USAR EL PRESERVATIVO EN LAS RELACIONES ANALES?

Si, porque la mucosa anal es muy frágil y puede rasgarse durante la relación y facilitar el ingreso del VIH o cualquier ITS al organismo.



33.-¿ES CIERTO QUE EL HOMBRE NO PUEDE DESARROLLARSE PLENAMENTE CON EL CONDÓN, LE DUELE Y RETARDA LA RELACIÓN.

NO. Es una falsa idea que tienen la mayoría de los hombres y que usan como pretexto para no usar el condón. Es mas una concepción mental que les impide tener la relación sexual, que una verdad.

CÓMO SE MANIFIESTA LA ENFERMEDAD DEL SIDA

Los primeros síntomas de la enfermedad del SIDA pueden aparecer muchos años después de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), siendo que la literatura considera un caso SIDA si se cumple con uno de los siguientes criterios:

1. Si el paciente presenta un tipo de cáncer de piel denominado Sarcoma de Kaposi y éste se encuentra diseminado.
2. Si presenta un tipo de Meningitis provocada por la bacteria denominada Criptococo.
3. Si se presenta por lo menos dos signos mayores más uno de los signos menores clasificados así:

Signos Mayores:

- * Pérdida de más de 10% del peso.
- * Diarrea por más de un mes
- * Fiebre constante o intermitente por más de un mes.



Signos Menores:

- * Tos por más de un mes, exceptuándose los casos de tuberculosis.
- * Presencia de ganglios en varias partes del cuerpo, exceptuándose los casos de tuberculosis.
- * Inflamación generalizada de la piel, denominada dermatitis pruriginosa.
- * Historia de Herpes Zoster repetidas veces en los últimos cinco años (es un brote con ampollas que produce mucho dolor).
- * Candidiasis en la boca y la garganta, que son una especie de fuegos.
- * Herpes simple diseminado y que se repite varias veces, Se parece al Herpes Zoster.



NORMAS DE ORO PARA PREVENIR EL SIDA

Norma No.1

No le dé la espalda a la realidad. usted esta en alto riesgo para infectarse.

Norma No. 2

Sostenga relaciones sexuales con una pareja permanente, y establezca un pacto de exclusividad sexual mutua.

Norma No.3

Utilice siempre el preservativo o condón en las relaciones sexuales con mujeres o con hombres

Norma No. 4

Absténgase de tener relaciones sexuales bajo el efecto de droga y/o alcohol, pues su consumo hace perder el control mental y no permite el uso correcto del condón

Norma No.5

Al realizarse una transfusión de sangre o al donarla, acuda a un centro clínico autorizado por el Ministerio de Salud y exija todas las medidas de precaución.

Norma No. 6

Si desea hacerse tatuajes, cerciórese de que las agujas y demás elementos que se utilicen estén esterilizados.

Norma No. 7

Evite establecer relaciones sexuales con parejas ocasionales.

Norma No. 8

Si usted está embarazada o planea estarlo, duplique las medidas de prevención, pues corre el riesgo de contagiar a su hijo(a).

APARTES DEL DECRETO 1543 DE 1997 POR EL CUAL SE REGLAMENTA EL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EL SÍNDROME INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) Y LAS OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)

ARTICULO 30: DEBERES DE LA COMUNIDAD. Todas las personas de la comunidad tienen el deber de velar por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria a fin de evitar la infección por el virus de inmunodeficiencia humana VIH, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), poniendo en práctica las medidas de autocuidado y prevención.

ARTICULO 32: DEBER DE LA CONFIDENCIALIDAD. Las personas integrantes del equipo de salud que conozcan o brinden atención en salud a una persona infectada por el virus de VIH, asintomático o sintomática, están en la obligación de guardar sigilo de la consulta, diagnóstico, evolución de la enfermedad y toda la información que pertenezca a su intimidad.

ARTICULO 39: LA NO DISCRIMINACIÓN. A las personas infectadas por el VIH, a sus hijos y demás familiares no podrán negárseles por tal causa su ingreso o permanencia a los centros educativos públicos o privados asistenciales o de rehabilitación o de acceso a cualquier laboral o su permanencia en la misma, ni serán discriminados por ningún motivo.

ARTÍCULO 41: DEBER DE NO INFECTAR. La persona informada de su condición de portadora de VIH deberá abstenerse de donar sangre, semen, órganos o en general cualquier componente anatómico así como de realizar actividades que conlleven riesgo de infectar a otras personas.

Anexo L. Técnicas para desarrollo de talleres.

TÉCNICA 1:

CACERÍA DE FIRMAS

OBJETIVO:

Descubrir la forma y la rapidez con la que pueden propagarse las ITS y el VIH/SIDA.

MATERIALES:

Hojas de papel pequeñas de 9 x 9 cm (Tacos de oficina, para tomar recados).

TIEMPO

30 minutos.

PROCEDIMIENTO:

Antes de entregar un papel pequeño, de aproximadamente 9cm x 9cm, a cada participante, marque uno de ellos con una pequeñísima “ x ” y otro diferente con una pequeña “ c ”.

Pídale, en secreto, a uno de sus integrantes que no siga sus instrucciones, aunque reciba igual que todos el papel pequeño. (No debe buscar firmas ni firmar).

Entregue una hoja a cada miembro del grupo y pídales que se paren y que soliciten a tres personas que les firmen su hoja.

Cuando todos hayan recogido tres firmas pídales que regresen al asiento. Pregúnteles cómo se sintieron, si tuvieron alguna dificultad, si alguien se negó a firmarles, si fueron muy buscados para firmar...

Dígale a la persona con la “ x ” que se pare en el centro del salón. Explíqueles que esa “ x ” representa una ITS, podría ser el virus del VIH/SIDA. Ahora vamos a suponer que usted, la persona “ x ”, está infectada. Las firmas nos van a representar un contacto sexual sin ninguna protección. Pídales a todos los que tienen la firma de esa persona y a quienes le firmaron que vayan al centro del salón.

Pídales a todos los que tienen las firmas de esas personas que se coloquen en el centro del salón. Todos deben quedar de pie, excepto el participante al que se le pidió no seguir las instrucciones.

Pregunte por la persona que tiene el papel marcado con la “ c “. Explíqueles que este participante ha usado condón y no corría mucho riesgo. Haga sentar también a esa persona.

Ahora pídales que vuelvan a sus asientos para hacer la puesta en común.

PUESTA EN COMÚN:

⇒ ¿Cómo se sintió la persona “ x “ ?.

¿Qué sintieron al saber que estaban contagiados?.

¿Cómo se sintió la persona que se le pidió no participar?.

¿Es difícil NO participaren una actividad en la que todos participan?.

¿Qué sintieron los compañeros cuando esta persona se negó a darles la firma?.

¿Cómo se sintió quien descubrió que no se había infectado por el uso del condón?.

¿Creen que en la realidad la transmisión se presenta como en las dinámica?.

¿Por qué sí?. ¿Por qué no?.

La persona “ x “ no sabía que estaba infectada, ¿Cómo podríamos haber sabido esto por anticipado?.

TÉCNICA 2:

ESTO LE PASA A OTROS. NO A MÍ

OBJETIVO:

Prevenir el contagio de las ITS, poniéndonos en el lugar de otros en una situación de “laboratorio”.

NOTA:

Un verdadero trabajo preventivo no será suficiente si nos limitamos a dar información sobre los síntomas y tratamiento de las ITS. Se requiere acercarse a los participantes, lo más que se pueda, a los sentimientos y a las dificultades que estas enfermedades producen a quienes las contraen, máxime cuando psicológicamente nos negamos a que esta realidad nos puede tocar a nosotros. En efecto, en esta negación tácita la que tenemos que derrumbar para que los participantes creen formas de prevención en sus propias vidas.

MATERIALES:

Fotocopia con las preguntas; fotocopia de un folleto o de una hoja resumen sobre las enfermedades de Transmisión Sexual o un documental sobre las ITS.

TIEMPO: 45 minutos.

PROCEDIMIENTO:

Forme equipos de 5 personas máximo.

Explíqueles que cada uno de ellos fue a realizarse un examen de laboratorio para ver si había contraído una ITS. El examen llegó y es POSITIVO.

Recuérdelos que ponerse en el lugar de otros es muy difícil, pero que traten de actuar lo mejor posible. Lea las recomendaciones para las dramatizaciones:

Se te pide que asumas, temporalmente, una nueva identidad en una situación de “laboratorio”. Es importante tratar de sentir, actuar y expresarse como la persona cuyo rol estás representando.

Debes tratar de ser esa persona tan completamente como puedas. Tómame algunos minutos para decidir algunas características mínimas de la persona que estás actuando. No trates de decidir por anticipado lo que vas a decir o hacer, la dramatización será más real si reaccionas espontáneamente a la situación.

Generalmente, es más fácil hacer una dramatización si te concentras sólo en las personas que hacen parte de ella e ignoras a los espectadores.

Entrégueles el resultado del examen de laboratorio donde, previamente, usted ha escrito una ITS diferente para cada miembro del equipo. De tal forma que en un equipo de cinco habrá cinco enfermedades, tales como: VIH/SIDA, Gonorreas, Sífilis, Hepatitis “ B “ y Herpes.

Ahora cada uno debe leer en el folleto las características de la enfermedad que “contrajo” y se le presentan.

Terminada la actividad por equipos, reúna al grupo para que las personas que tenían la misma enfermedad expongan a los demás las características de dicha infección.

PUESTA EN COMÚN:

¿Cómo se sintieron en el lugar de quienes se han contagiado?.

¿Qué diferencias hubo entre quienes tenían una enfermedad curable y aquéllos que tenían una incurable?.

“ ESTO LE PASA A OTROS, NO A MÍ “

EL RESULTADO DEL EXAMEN QUE USTED SE HIZO DE VIH/SIDA LE HA SALIDO POSITIVO.

RELEA LAS CARACTERÍSTICAS DE ESTA ENFERMEDAD Y ASUMA LOS SÍNTOMAS COMO PROPIOS PARA RESPONDER EL SIGUIENTE CUESTIONARIO.

¿Quién cree que pudo infectarlo?.

¿Alguna vez pensó que podría llegar a infectarse?. ¿Por qué?.

¿Qué piensa ahora que esta infectado?.

¿A quién le ha contado sobre su enfermedad?.

¿Se siente rechazado?. ¿Por qué?.

¿A informado de su enfermedad a quienes estuvieron en contacto sexual con usted?.

¿Qué conductas de riesgo cree que están favoreciendo la presencia de esta enfermedad en su medio?.

¿Qué conductas de riesgo están favoreciendo la transmisión de las enfermedades?.

¿En qué formas nos podemos proteger de las ITS?.