

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

CENTRO NACIONAL DE PREVENCION DE LAS ITS/VIH/SIDA

MANUAL PARA MEDICOS DE FAMILIA



SOBRE ITS/VIH/SIDA



CIUDAD DE LA HABANA, CUBA

- 2003 -

La reproducción de este Manual es permitida,
siempre que no tenga una finalidad lucrativa.

EDICIÓN:
DISEÑO DE CARÁTULA:
CORRECCIÓN:
EMPLANE:

© CENTRO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LAS ITS-VIH/SIDA, 2003.

AUTORES:

Dra. Rosaida Ochoa Soto
Dra. Jacqueline Sánchez Fuentes
Dra. Mirna Villalòn
Lic Isabel Duque Santana
Lic. Manuel Hernández Fernández
Lic. Leonardo Chacòn Asusta
Dra. Francisca Pèrez Pèrez

Gracias, a todos los que han contribuido en este intento por producir un documento que nos apoye en nuestro trabajo diario de prevención de las ITS-VIH-SIDA.

Los autores.

PRESENTACIÓN



La publicación de este manual para Médicos de Familia, constituye una muestra palpable de que podemos realmente abordar la problemática de las ITS y el VIH / SIDA , con respuestas óptimas desde la comunidad.

La población tiene necesidad de conocer acerca de esta problemática y con frecuencia requiere que se le atienda , ya sea porque una enfermedad lo altere, o porque solicite orientación para regular su funcionamiento.

Y para atender a sus necesidades , los profesionales de la atención primaria de la salud, deben prepararse adecuadamente. Es necesario el dominio de un conjunto de conocimientos subjetivos sobre los que influyen sus propias valoraciones y juicios previos; dicho más claramente , sus prejuicios. En ocasiones falta la información suficiente o no se ha prestado la atención necesaria a estos aspectos.

Este manual, por supuesto no tiene todas las respuestas para trabajar en este tema; solo les proporcionamos los elementos básicos que se requieren para el desarrollo de las intervenciones educativas. Les corresponde a ustedes, apropiarse de las herramientas aquí identificadas, para desarrollar programas de prevención con poblaciones vulnerables.

Gracias, a todos los que han contribuido en este intento por producir un documento, que nos apoye en nuestro trabajo diario de prevención de las ITS/VIH/SIDA .

Sabemos que el trabajo es bastante complejo, que demanda muchas capacidades técnicas y humanas y quién mejor que nuestros médicos de familia para enfrentarse a este gran desafío.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LAS ITS/VIH/SIDA



MODULO I

UNIDADES TEMATICAS

UNIDAD 1

Concepto de Promoción de Salud, Educación para la Salud y Prevención.

UNIDAD 2

Formación de promotores de salud en ITS/VIH/SIDA.

UNIDAD 3

Metodología para la implementación de las actividades educativas (Cara a cara y grupal). Habilidades para la facilitación.

UNIDAD 4

Variables psicosociales que influyen en las conductas de salud. Obstáculos para la prevención.

UNIDAD 5

La comunicación efectiva. Factores que facilitan y obstaculizan la comunicación para la prevención de las ITS/VIH/SIDA.

UNIDAD 6

Prácticas de riesgo a la infección por VIH y otras ITS.

UNIDAD 7

Sexo seguro y sexo protegido. Factores que facilitan el uso del condón, demostración y negociación.

UNIDAD 8

Consejería en ITS/VIH/SIDA. Un recurso para la intervención. Objetivos, condiciones, características. Consejería pre y post prueba.

UNIDAD 9

Intervención Educativa.

- ✓ Estrategias de prevención en Barrios Priorizados.
- ✓ Papel de los sectores. Respuesta Ampliada. GOPELS.
- ✓ Grupos vulnerables (Mujer-HSH-Jóvenes)

MODULO II

**PROGRAMA ANALITICO PARA LA CAPACITACION DE LOS
MEDICOS DE FAMILIA**

INTRODUCCION



En Cuba, El Programa Nacional de Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA se inició desde 1986. Teniendo como objetivo fundamental: ***evitar que el proceso de la infección-enfermedad se convierta en un importante problema de salud para la población cubana.***

Componentes del Programa:

-  Vigilancia Epidemiológica.
-  Asistencia Médica.
-  Investigaciones.
-  Laboratorio.
-  Educación.

El Componente Educativo tiene como propósito: ***Promover conductas sexuales, actitudes y prácticas saludables en la población, con***

énfasis en los grupos más afectados por la epidemia, a través de la participación comunitaria y el trabajo intersectorial. Este trabajo en sus inicios fue coordinado por el Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH-SIDA y los Centros Provinciales y Municipales de Higiene y Epidemiología.

A partir de 1998 es dirigido en el aspecto metodológico por el Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA (ver gráfico 1)

Las Estrategias Básicas que nos permiten implementar el componente Educativo del Programa son: Información, Capacitación, Educación, Investigación, Comunicación y Consejería, teniendo como bases fundamentales la participación comunitaria e intersectorial.



Gráfico 1: Estructura de los grupos de prevención de las ITS-VIH/SIDA. Las áreas de salud están subordinadas a los grupos municipales y estos a su vez a los grupos provinciales, que responden al Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/SIDA

UNIDAD 1: PROMOCIÓN DE SALUD



Concepto de Promoción, Educación para la Salud y Prevención.

Las acciones de Promoción de Salud, Educación para la Salud y Prevención de las enfermedades no son recientes, a través del movimiento de la Salud Mundial aparecen varios autores que de una u otra manera mencionan la realización de acciones para preservar y mantener la salud; en los últimos 20 años ha ocurrido una revolución en la revitalización de los aspectos conceptuales que ha generado discusiones en relación con el alcance de estos términos.

Esto no es casual, el desarrollo alcanzado en los conceptos de salud, determinante de salud, situación, perfil, estado de salud, balance y potencial de salud y el enfoque de la Salud Pública como una actividad gubernamental y social de carácter multidisciplinario que se extiende a casi todos los aspectos de la sociedad ha desempeñado un papel preponderante.

Marcó pautas el conocido informe gubernamental “Una nueva perspectiva de la salud de los canadienses”, pronunciado en 1974 por Marc Lalonde, Ministro de Canadá donde se hace un análisis de las causas y los factores fundamentales de morbilidad y mortalidad y la evaluación de cómo afectan esos elementos el nivel de salud.

La necesidad de desarrollar un movimiento sanitarista que abordara los problemas de la salud del siglo XX (rápida urbanización, fuerte tendencia decreciente de la fecundidad y mortalidad, aumento de la esperanza de vida al nacer, incremento de los problemas de la tercera edad, disminución de las enfermedades infecciosas e incremento de las enfermedades no transmisibles), encontró su expresión en la estrategia de la Organización Mundial de la Salud “**Salud para todos en el año 2000**”, que fue aceptada en Alma Atá.

Esta estrategia plantea que para el año 2000 “**todos los habitantes de los países tengan un nivel de salud suficiente para que trabajen productivamente y participen activamente en la vida social de la comunidad en que viven**”, e identifican tres principios claves y tres objetivos principales.

PRINCIPIOS CLAVES

- ⌘ Toma como base la Atención Primaria de Salud
- ⌘ Requiere participación conjunta de profesionales y población.
- ⌘ Depende de colaboradores

OBJETIVOS PRINCIPALES

- ⌘ Promover un estilo de vida más sano.
- ⌘ Prevenir enfermedades evitables.
- ⌘ Rehabilitar.

En la Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud (Ottawa, Ontario, Canadá Nov. 21, 1986) se discutieron estos aspectos y como apoyo a la declaración de Alma Atá se arribó a una definición de salud como un perfil amplio. Desde esta perspectiva la promoción de salud es un ***“medio de conseguir salud para todos, en un proceso encaminado a capacitar a la población para controlar y mejorar su salud.”***

La palabra clave es salud como fuente de riqueza de la vida cotidiana, alcanzable si el individuo o grupo es capaz de identificar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al medio ambiente y darle impulso, promoviendo su logro y su bienestar físico, mental y social.

De acuerdo con la Carta de Ottawa, ***la Promoción de Salud*** consiste en ***“proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”*** y plantea como requisito fundamental para la salud, la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, la conservación de los recursos, la justicia social y la equidad. Se valora la promoción de la salud como medio de conseguir salud para todos, no se percibe como un objetivo.

A nivel general, ***promoción de salud*** representa un concepto unificado que reconoce la necesidad de cambios de manera y condiciones de vida a fin de lograr salud. Representa una estrategia a desarrollar ante la población y su ambiente que requiere información y experiencia para la vida.

Estos conceptos han generado confusiones, dado fundamentalmente por el hecho de relacionarnos con la promoción de salud a través del esquema de Lever y Clark que lo incluía dentro de la prevención primaria y de ahí las interrogantes: ¿se incluye la promoción dentro de la prevención? ¿existen diferencias? ¿se interrelacionan?.

Analizando su significado:

PROMOVER: Dar impulso a una cosa procurando su logro.

PREVENIR: Precaver, evitar una cosa, prever conocer anticipadamente un daño o peligro.

La promoción de salud incluye a la prevención como un todo en el contexto de la vida diaria, más que enfocar a la población con riesgo de enfermar; esta dirigida hacia la acción sobre los determinantes de la salud (biología humana, estilos de vida, medio ambiente, organización de servicios de salud), por lo que requiere de la cooperación estrecha de otros sectores.

Dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sana, la Promoción de Salud no concierne exclusivamente al sector sanitario al abordar cabalmente la diversidad de condiciones que, influyen en la salud.

A través de la comprensión y aplicación del concepto se crean las “**opciones**” para que los individuos o grupos puedan seleccionar aquellas que conduzcan bienestar individual y colectivo.

La Promoción de Salud combina diversos métodos incluyendo: información, comunicación social, legislación, educación, medidas fiscales, desarrollo de las comunidades y actividades espontáneas. En la Prevención las actividades se desarrollan en campos más limitados.

La Promoción de Salud, es básicamente una actividad en el campo social y de salud que depende de la participación del público mientras que en la Prevención se destaca la actividad en relación con los servicios específicos en cada sector.

Aunque es tenue el límite entre **Prevención** y **Promoción**, existen aspectos que lo diferencian. Ambos persisten. Ambas persiguen como meta la Salud, pero la prevención lo hace situando su punto de mira en la enfermedad. El objetivo de la prevención es la “**ausencia de enfermedad**”, el de la promoción es “**maximizar la salud**”. A pesar de las diferencias de enfoques, el punto de unión radica en que los programas de prevención son puertas de entrada a la promoción.

La Educación para la Salud es un proceso encaminado a cambiar o reforzar un pensamiento, actitud, valor o comportamiento para proporcionar y mantener un estado de salud del individuo, grupo o comunidad. Con la educación se trata que las personas alcancen un sentido de responsabilidad de su propia salud, adquieran destreza para analizar y solucionar sus problemas, y clasificar sus valores relacionados con el tema.

La información pública y la educación para la salud se concentran en mediar para convencer a los políticos, administrativos y profesionales de que la inversión en salud tiene sentido común.

La educación para la salud busca un apoyo político para las intervenciones necesarias de tipo: organizativas, económicas, regulatorias y de medio ambiente, proporciona la elevación de la conciencia, despierta el interés, estimula la acción para la participación y el compromiso popular para el éxito de las acciones.

La Educación para la Salud ocupa el papel central entre los componentes de la Promoción de Salud, mientras se da un carácter opcional al apoyo de tipo organizativo, económico y otros. El foco de la Promoción de Salud es la acción social a favor de la salud, por su parte la educación y la comunicación están en el centro de este proceso, la promoción de salud abarca la educación para la salud y está dirigida a las acciones sociales y políticas complementarias que facilitan el apoyo necesario para incrementar la calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA BASICA

- Ochoa Soto R. Algunas consideraciones sobre Participación Comunitaria. Bases conceptuales. Métodos y procedimientos. Evaluación de la participación comunitaria. Estudio de caso. II Taller de Participación Social y Salud. Sopimpa. Sancti Spiritus. 3-4 de Octubre de 1997.
- Borroto Chao R. La participación Social y la microplanificación . Un método de planificación local con participación comunitaria. CNPES. MINSAP.1999.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

- La Participación Social en el desarrollo de la Salud. Experiencias latinoamericanas. HSP/SILOS-35.OPS/OMS.1995.
- La salud de cara a la FMC. Documento interno. FMC.1998.
- La salud de cara a los CDR. Documento interno. CDR. 1996-1998.
- SILOS.OPS. Publicación científica 1519. 1990.
- Borroto Chao. R. Moreno. A, y Corratgé H. Conceptos sobre Participación Comunitaria y Social.Documento interno. CNPES.MINSAP.1999.
- Planificación local participativa. Metodologías para la Promoción en Salud en América Latina y el Caribe. OPS/OMS.
- Ochoa Soto. R., Castanedo Rojas.I., Promoción de Salud. Compilaciones. CNPES. MINSAP: Cuba. 1997

UNIDAD 2: FORMACION DE PROMOTORES DE SALUD EN ITS/VIH/SIDA.



Para prevenir la transmisión del virus del SIDA y disminuir el impacto social que provoca, se hace necesario realizar acciones de promoción y educación para la salud que alcancen el conjunto de la población. Es importante señalar que apuntar a los mismos fines no implica uniformidad, sino más bien respetar las diferentes realidades sociales y culturales de cada país, región o localidad.

El médico de la familia, es uno de los especialistas de salud que unidos a la enfermera de la familia se encuentran cercano a la comunidad, a sus necesidades, preocupaciones y aspiraciones, estos elementos le van a permitir elaborar diferentes propuestas de actividades de aprendizaje dependiendo de los grupos de edades, realidades sociales, acercándonos cada vez más a las necesidades sentidas y reales de la población o grupo a los cuales quieren llegar con las acciones de prevención, por lo que las mismas van a tener un impacto muy positivo ya que se le ofrecerán diferentes opciones de mantener su salud en óptimas condiciones.

Una de las formas para llegar con mas eficacia a los diferentes grupos sociales es a través de la **EDUCACIÓN DE PARES o IGUALES**, o sea una persona adiestrada como promotor de salud actúa sobre su mismo grupo, por ejemplo un joven estudiante actúa sobre sus compañeros de estudio, una mujer adiestrada como promotora educa a otras mujeres, un homosexual preparado como promotor actúa sobre otro homosexual.

Esta metodología le va a permitir al médico de familia involucrar aún más a la población en la labor de prevención, pero para ello es necesario la preparación de los promotores de salud en ITS/VIH/SIDA, que en unión del médico de familia y la enfermera de cada localidad n llevarían a cabo la prevención de las ITS/VIH/SIDA y la promoción de conductas sexuales saludables.

¿Cómo preparar un Taller de Formación de Promotores de Salud?

Durante la preparación debemos:

- Conocer las **necesidades de la población** y **determinar el problema que queremos resolver** (a partir del diagnóstico de salud)
- Determinar el **conocimiento inicial** del promotor (entrevista, pre test) lo que nos permitirá ajustar el programa de capacitación a las necesidades de los futuros promotores.
- Definir los **Objetivos** que queremos alcanzar
- Definir las **ESTRATEGIAS** a seguir en el taller como por ejemplo:
 - ✓ **Dar prioridades a temas importantes** (vías de transmisión, conductas de riesgo, medidas preventivas, otros).
 - ✓ **Tener identificados los temas cuya complejidad técnica se hace difícil de entender tanto por el promotor como por la población como por ejemplo: período de ventana- período de incubación. Y además de aquellas áreas clasificadas como “Temas delicados “, por ejemplo: fidelidad/infidelidad, relaciones sexuales, homosexualismo etc.**
 - ✓ **Mencionar algunos datos estadísticos en el taller para que el promotor pueda brindar una información básica, respondiendo a las necesidades de la población.**
 - ✓ **Mantener la motivación durante todo el taller y despertar el interés de los promotores.**
- Adaptar la **METODOLOGIA DE ENSEÑANZA - APRENDIZAJE** de acuerdo a las características del grupo de promotores que se quieren formar (ver gráfico 2).

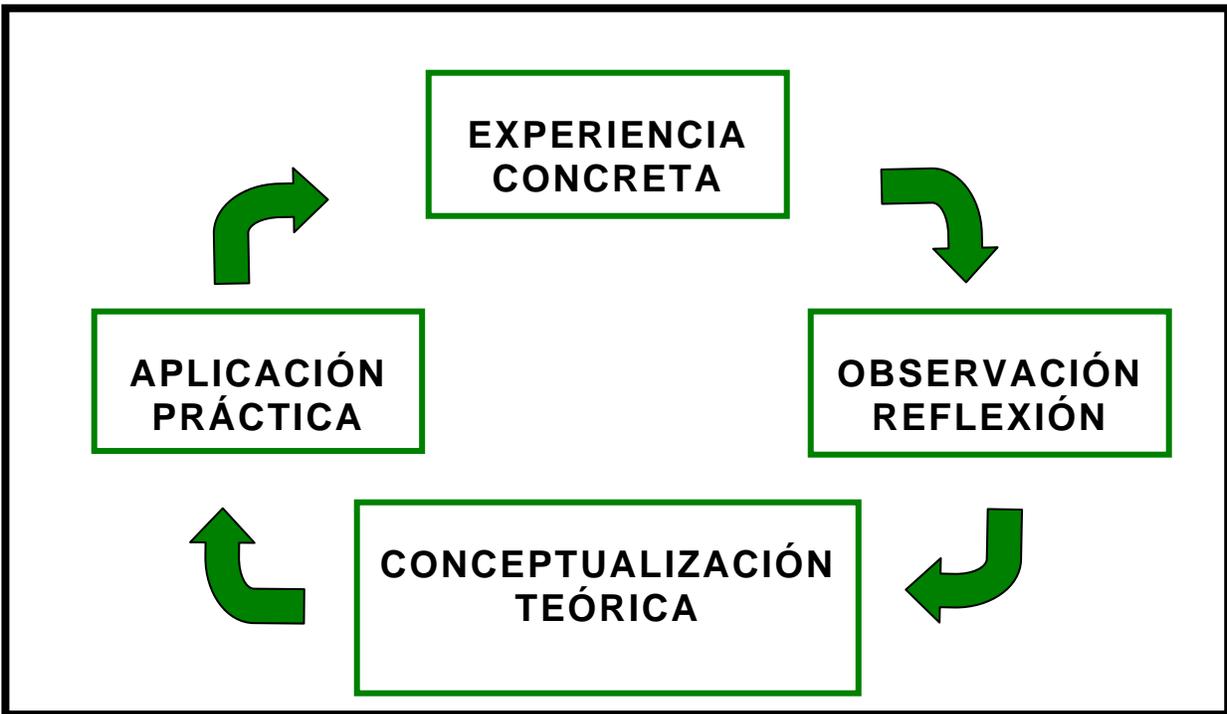


Gráfico 2: Modelo Metodológico de Enseñanza - Aprendizaje.

El Dr. David Kolb, del Instituto Tecnológico de Massachussets identificó cuatro maneras o estilos de cómo las personas aprenden unas lo hacen a través de métodos activos o experimentales y otras por métodos teóricos y reflexivos.

Cada individuo aprende mas de una forma particular o estilo de aprendizaje, aunque eso no niega que aprenden aunque en menor grado mediante las otras maneras o estilos.

Por lo que durante el proceso de capacitación debemos tener en cuenta estas formas de aprendizaje, de tal manera que cada promotor pueda ir aprendiendo sin rezagarse, sin aburrirse, porque en diferentes momentos sé esta utilizando su estilo predominante de aprendizaje.

➤ Algunas recomendaciones:

1. Partir de la **EXPERIENCIA PRÁCTICA** de los promotores en la cual la persona experimenta, vive, ve, escucha, siente, palpa, una situación.
2. Incluir actividades que propicien la **observación, análisis y reflexión**, buscando las causas, las consecuencias, los sentimientos y reacciones que esa situación tiene u origina.
3. Brindar un espacio para permitir la **explicación teórica o conceptual** que puede ser producto de la reflexión o de una investigación.
4. Realizar actividades prácticas que le permitan **aplicar, practicar o probar** que lo aprendido funciona en la vida cotidiana.
5. Realizar **retroalimentación o comprobación** de los conocimientos adquiridos y habilidades desarrolladas por el grupo.
6. Utilizar **la metodología participativa** a partir de la movilización en el individuo y en el grupo de las actitudes, prejuicios, valores, teniendo en cuenta las vivencias individuales.
7. Contar con **un lugar** para la realización del taller que tenga las condiciones mínimas para el trabajo en grupo como por ejemplo: privacidad, iluminación, ventilación y mobiliario.
8. Conocer los **recursos** con los que se cuenta para la realización del taller, por ejemplo, cuento con: lápices, libretas, pizarra, vídeo, TV, así como buscar algunos recursos que la comunidad pueda aportar.
9. Determinar el **tiempo de duración** del taller, en dependencia de las necesidades de los promotores.
10. Realizar divulgación del taller a través de diferentes vías como pueden ser: telecentros, radio, carteles en escuelas, en universidades, organizaciones de masa, a través de amigos, otros.
11. El taller de formación de promotores debe realizarse con **un grupo entre 15 y 20 personas.**

El flujograma (gráfico 3) para la selección y formación de los promotores en ITS/VIH/SIDA describe este proceso.

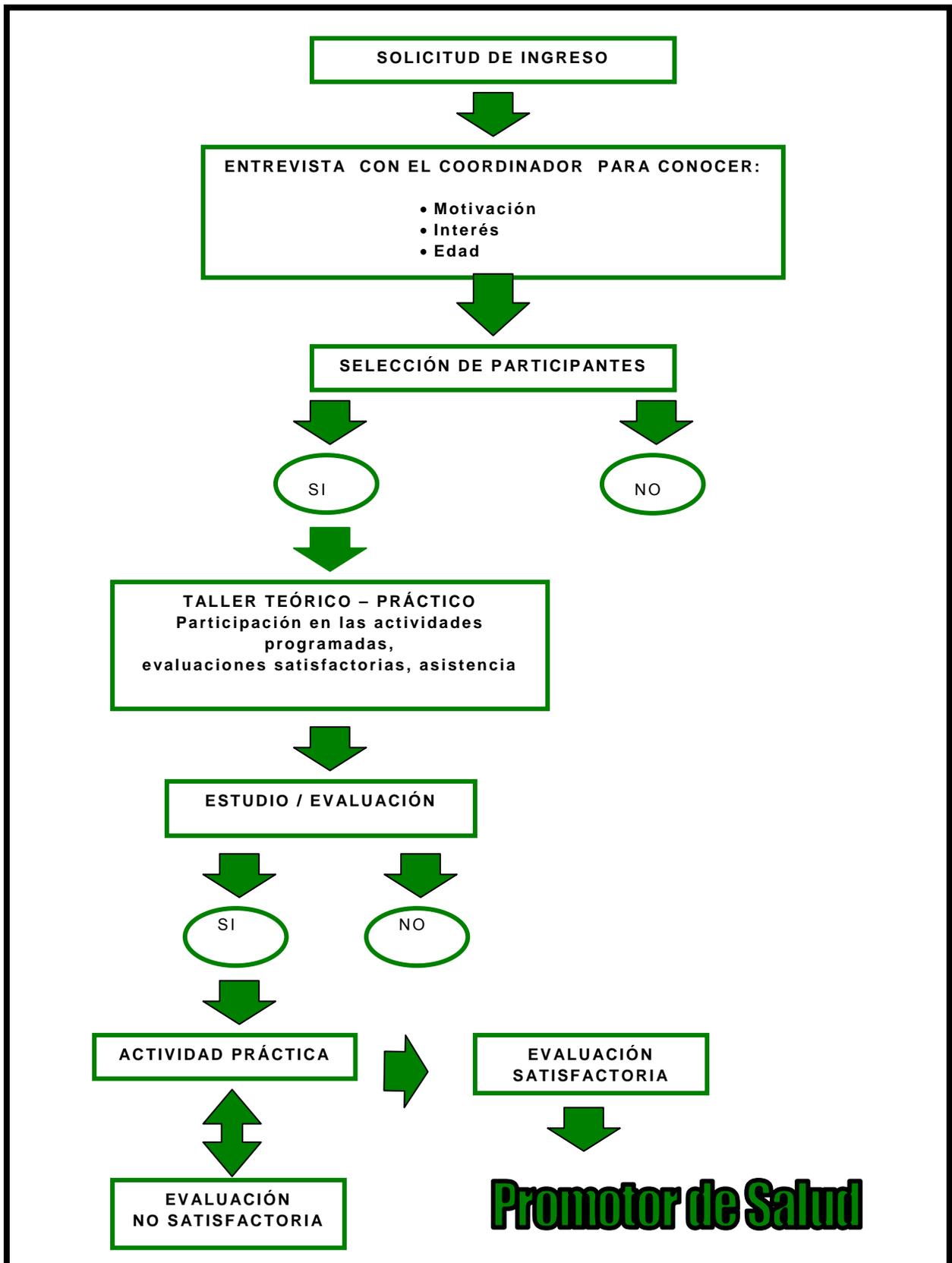


Gráfico 3: Flujograma de selección y formación de promotores

Es importante señalar que el diseño de un taller de Formación de Promotores cuenta con dos fases:

1. **Fase Teórica Práctica** con 40 horas de duración (una semana)
2. **Fase de Trabajo Comunitario** con 40 horas de duración (autopreparación, coordinaciones y actividades prácticas en el nivel comunitario)-

Estas dos fases del proceso de formación de promotores de salud en ITS/VIH/SIDA deben cumplirse siempre, no se considera promotor de salud hasta tanto no haya realizado las actividades programadas para las dos fases.

LO QUE SE ESPERA DE UN TALLER DE FORMACIÓN DE PROMOTORES

- **El conocimiento creado en el Taller debe satisfacer las necesidades de información de la población.**
- **Las habilidades desarrolladas deben permitir una comunicación de forma eficaz con la población.**

Además de estos dos aspectos esenciales que deben alcanzarse al finalizar un taller de formación de promotores, en el mismo deben fomentarse un conjunto de características individuales en cada uno de los promotores formados, las cuales serán requisitos indispensables para su trabajo comunitario.

➤ CARACTERÍSTICAS DE UN BUEN PROMOTOR EN ITS/VIH/SIDA

- ⌘ Haber pasado por una etapa de exploración y reflexión de su propia sexualidad, revisando sus actitudes y valores.
- ⌘ Posee los conocimientos necesarios para desarrollar esta labor
- ⌘ Capacidad para lograr un buen nivel de empatía y vínculo afectivo con la persona con la cual se esta comunicando.
- ⌘ Promueve una comunicación abierta.
- ⌘ Sabe escuchar y permite la expresión de los demás.
- ⌘ Respeta las ideas y valores del público.
- ⌘ No es rígido en sus posturas, opiniones e ideas.
- ⌘ Revisa permanente sus ideas, conocimientos, valores y actitudes.
- ⌘ Tiene habilidades para aprovechar el espacio disponible y los materiales de manera que sean atractivo para los participantes (creatividad).
- ⌘ Tiene un buen sentido del humor.

RECOMENDACIONES PARA LOS PROMOTORES

- Ser empático y franco
- Estar debidamente identificados
- Llevar suficiente material para distribuir
- No querer contestar preguntas que no sepa
- No opinar ni emitir juicios personales
- No juzgar a la audiencia meta en ninguno de los casos
- Limitarse de tener conversaciones personales durante la realización de su trabajo
- Mantener una postura y una conducta adecuadas
- No ingerir bebidas alcohólicas ni fumar durante la realización de su trabajo.

UNIDAD 3: METODOLOGIA PARA LA IMPLEMENTACION DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS (CARA Y GRUPAL)



Para la implementación de las actividades educativas a nivel de la comunidad, se hace necesario que el personal de la atención primaria de la salud sea adiestrado en las siguientes destrezas:

- Habilidad para comunicar información simple y clara.
- Capacidad de auto-revelación, para ayudar a crear un ambiente de confianza, seguridad y comunicación abierta entre los participantes.
- Capacidad de confiar en que los mismos puedan tomar sus propias decisiones y hacer sus propios compromisos.
- Habilidad de hacer y mantener acuerdos con integridad.

PASOS PARA IMPLEMENTAR UNA ACTIVIDAD EDUCATIVA.

1. Determinar cual es la situación o problema específico que queremos abordar.
2. A quién queremos educar; determinar el grupo específico con el cual vamos a trabajar, cuales son sus características, su edad, grado de escolaridad, sexo, orientación sexual, necesidades sentidas y reales...
3. En qué lugar vamos a realizar la actividad?, Cuáles son las condiciones ambientales?...
4. Qué queremos lograr con esta actividad ?
- 5.Cuál es el contenido que vamos a impartir?
6. Cómo lo voy a hacer?, Qué metodología voy a emplear para cada contenido y para lograr cada objetivo específico?
7. Qué recursos necesito? Qué recursos poseo? Cómo puedo conseguirlos?
8. Determinar el tiempo que requiero para cada contenido
9. Determinar quién es el responsable de cada actividad

HABILIDADES DE FACILITACION

- ✓ Mantener contacto visual con cada persona en el grupo al estar hablando.
- ✓ Muévase por el salón sin distraer al grupo.
- ✓ Reaccione a lo que las personas le están diciendo, moviendo la cabeza, sonriendo o haciendo cualquier cosa que demuestre que está escuchando.
- ✓ Balancee el tiempo que está parado o sentado frente al grupo.
- ✓ Exprese sus preguntas de tal manera que anime a las personas a hablar... Qué cree usted sobre...? A qué se debe..? Cómo...?
- ✓ Pregunte a los participantes si están de acuerdo con lo que la otra persona expresó.
- ✓ Hable despacio, con claridad y module el tono de voz.
- ✓ Haga que los participantes hablen más que usted.
- ✓ No conteste todas las preguntas, solicite la respuesta dentro del propio público.
- ✓ Haga un resumen de la discusión para asegurar que todos entendieron.

¿ COMO REALIZAR UNA ACTIVIDAD EDUCATIVA GRUPAL?

1. Presentación (entre el facilitador y los participantes)
2. Introducción del tema
3. Desarrollo
4. Retroalimentación
5. Entrega de materiales educativos.

Definitivamente no es función del médico de familia “ *recetar*” comportamientos, ni convencerlos de la corrección de alguna idea o comportamiento en particular, pero sí permitir al grupo llegar a sus propias conclusiones.

RECOMENDACIONES A SEGUIR AL FACILITAR UNA ACTIVIDAD EDUCATIVA.

- ✓ El facilitador debe preparar la actividad con anticipación, en vistas de ultimar detalles.
- ✓ Es importante que desde el inicio de la intervención se provea un ambiente relajado e informal.
- ✓ La actividad no es una clase o conferencia sobre SIDA; es un intercambio abierto y libre de ideas, sentimientos y preocupaciones acerca de estos temas.

BIBLIOGRAFÍA BASICA

- AFMES (Asociación fronteriza mexicano- estadounidense. Manual de capacitación para promotores en la prevención de las ITS-VIH-SIDA. 1995. México-E.U.
- EDUK (Educación para el mejoramiento de la calidad de vida). Módulo para la capacitación de agentes multiplicadores. Chile. 1995.
- Cruz roja americana. Instructores hispanos sobre el VIH/ SIDA. 1990. E.U.
- CONASIDA. Manual de capacitación para voluntarios de TELSIDA. 1998. México.
- CONASIDA. Guía para la atención domiciliaria. México. Red. Fundación Recursos- Estudios- Desarrollo. Método Urgencia. SIDA. Argentina.1994.

UNIDAD 4: VARIABLES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LAS CONDUCTAS DE SALUD. OBSTÁCULOS PARA LA PREVENCIÓN.



En nuestra labor de prevención debemos tener identificados un grupo de barreras que entorpecen la labor de prevención u obstaculizan que la persona pueda optar por un comportamiento sexual de menos riesgo. Además conocer la existencia de un grupo de variables psicosociales que influyen en las conductas de salud y que determinan ciertos comportamientos entre ellas podemos citar: aspectos sociales de connotación personal: variables sociodemográficas como la edad, sexo, ocupación, nivel educacional. Es conocido que la edad traza diferencias en las percepciones, creencias, costumbres. El sexo desde la construcción social de género, establece roles diferenciados entre hombres y mujeres, de ahí que existan diferencias en las representaciones, percepciones, creencias con respecto a la sexualidad; en este sentido, la educación sexista moldea comportamientos sexuales que para los hombres son permisivos y para las mujeres prohibido.

Las actitudes y prejuicios, los estereotipos, los valores que se tengan sobre la sexualidad, los criterios sobre las relaciones de parejas que se han conformado en el proceso de socialización de las personas definirán sus conductas y comportamientos.

Otro aspecto importante es la **representación social de la enfermedad**, entendida como categoría de percepciones, representaciones, creencias, valores, actitudes compartidas por un determinado grupo.

La categoría norma subjetiva como la percepción que tenemos de lo que piensan nuestros iguales con respecto a la conducta que estamos asumiendo es de suma importancia. Existen estudios sobre el uso o no del condón, que demuestran como en los adolescentes y jóvenes, la norma subjetiva es una de las variables psicosociales en importancia que mediatiza la adopción de conductas protectoras para la salud.

El nivel de información que se tiene sobre las medidas básicas para evitar las ITS y el VIH, cuando no es correcta puede ser un obstáculo para la opción de comportamientos sin riesgo; sin embargo debemos

aclarar que la información aunque necesaria no es suficiente para la opción de determinados comportamientos. Muchas personas bien informadas con niveles óptimos de conocimientos asumen conductas de riesgo.

Otra variable que mediatiza la adopción de conductas saludables es la **percepción de severidad** que tienen las personas con respecto a una enfermedad. Es decir mientras más amenazante y severa una persona percibe a una enfermedad, ésta tendría una mayor disposición de adoptar las medidas para prevenirlas. Entonces si una persona no percibe al SIDA como una enfermedad mortal, que compromete la vida de las personas, existiría una disposición menos aceptable a la opción de una conducta protectora para evitar la dolencia. No obstante podemos decir que la acción de esta sola variable no implica una modificación de la conducta.

La percepción del riesgo, entendida como la vulnerabilidad percibida por la persona de considerarse en riesgo o no de enfermarse, es una variable psicosocial que influye pero no determina la opción de conductas saludables. Muchas personas pueden tener una alta percepción del riesgo y sin embargo continúan asumiendo conductas de riesgo.

Los mitos, la percepción de responsabilidad, los beneficios que se perciban de la eficacia de la acción a realizar por la persona, las barreras percibidas sobre los costos personales en términos psicológicos de la acción o conducta asumida, forman parte de las variables que influyen en las conductas de salud.

Las variables psicológicas desde lo psicopatológico como la capacidad intelectual, algunas entidades nosológicas, valoración neuropsicológicas, nivel y fuentes de ansiedad, otros factores de riesgo de la dimensión vital, forman parte de la respuesta del ser humano en la adopción de las conductas preventivas.

La autoestima, autovaloración, percepción de autoeficacia, motivación y sentido de la vida entre otros aspectos personológicos conforman y mediatizan las conductas de salud.

Las actitudes, disposiciones, hábitos, habilidades, toma de decisiones son otras variables importantes.

El conjunto de aspectos macro y micro sociales como son: las características del medio social, las modificaciones situacionales, la motivación social, presión grupal, normas sociales y las personalidades como modelos (las personas no solo aprenden de su propia experiencia sino también de lo que observan de las conductas de las otras personas), factores institucionales, económicos, las

particularidades de los mensajes de salud, las desinformaciones generalizadas por el público, influyen en la adopción de conductas saludables.

Ninguna de estas variables por si solo no es suficiente para que determinen o expliquen el por qué de ciertas conductas.

Un análisis funcional de la conducta establece que los comportamientos menos saludables o de riesgo, suponen casi siempre y de forma inmediata una consecución de placer o liberación de tensión. En cambio las consecuencias negativas de estos comportamientos son solo poco probables y además a largo plazo (tomemos por ejemplo, el cáncer o ciertos tipo de infecciones como el VIH).

En estas condiciones, sobre esta base, las personas escogen las estimulación del placer cierta e inmediata a pesar de las graves consecuencias que en un futuro puedan derivarse de su conducta.

Ante esta situación la intervención más aceptable sería la de proporcionarle al individuo alternativas conductuales que no nieguen el placer y que solo requiere de habilidades y el desarrollo de recursos psicológicos individuales (hablamos de sexo más seguro, sexo protegido) .

Otra barrera para la prevención resulta la no identificación del individuo de una **cadena de hechos (conductas de riesgo)** y la aparición de síntomas a la infección por el VIH/SIDA. El ciudadano común no conocedor de cómo actúan algunos virus, como el VIH va a presuponer que ante una conducta de riesgo aparecerán de manera inmediata síntomas, ante esta situación continuará asumiendo estas conductas al no poder constatar dolencias como resultado de su conducta. Esta situación lleva a la persona a una habituación a la conducta de riesgo, conduciéndolo a pensar “ a mí no me pasa “.

Una percepción errónea de las personas con VIH/SIDA, como personas desfiguradas, con manchas en la piel u otro deterioro físico (imagen que se le dio al SIDA por los medios masivos al principio de la epidemia) hace que los individuos al interactuar con una persona, con su pareja o una nueva pareja, asuma una conducta selectiva errónea presuponiendo que si no hay síntomas evidentes externos, no existe el “porque preocuparse”.

El mostrar cómo es **la historia natural de la infección**, visualizar testimonios de personas que viven con el VIH/SIDA y no muestran ninguna desfiguración, ayudaría mucho a disminuir o modificar este mito.

En oportunidades hemos utilizado en la comunicación interpersonal o masiva el concepto de “**conocer a la pareja** “ como una alternativa viable para evitar el VIH/SIDA; sin embargo el conocimiento de la pareja constituye un elemento subjetivo, es decir cada persona tendrá un significado diferente de lo que considera el conocer a la pareja.

Para algunos quizás, sea compartir sentimientos, gustos o los mismos placeres; sin embargo esto y otros criterios no constituyen un elemento protector.

Además es poco probable que las personas hablen abiertamente de su historia sexual , ya que la misma puede desencadenar conflictos de pareja. Lo ideal es que este diálogo se diera entre las personas; no obstante podemos decir que aun si existiera este intercambio, siempre quedará la duda de la presencia de alguien infectado en la historia de las parejas sexuales de una persona. Por ello el orientar o brindar como mensaje preventivo el conocimiento de la pareja, no es una alternativa segura para la protección sobre la base del carácter subjetivo del mismo.

En ocasiones utilizamos el concepto de “**grupos de riesgo**”, este concepto de la epidemiología, no es viable al momento de comunicarnos en prevención. Por mucho tiempo el VIH/SIDA en la memoria histórica de las personas estuvo asociado a grupos de personas como: prostitutas, homosexuales, drogadictos. El uso de este concepto en comunicación puede funcionar como una barrera lo que implicaría que aquellas personas no perteneciente a estos grupos no se identificarían con el mensaje preventivo. Es más viable hablar entonces de personas con conductas de riesgo. La realidad ofrece ejemplos de personas que pudieran practicar la prostitución o ser homosexuales o drogadictos y asumen conductas protectoras, o personas que no siendo de estos grupos poblacionales asumen conductas de riesgo. El análisis en términos comunicacionales es pues la de utilizar el término de personas con conductas de riesgo.

Un tanto similar ocurre con la llamada **promiscuidad**, concepto peyorativo que excluye a las personas a partir de una construcción de su propio concepto de promiscuidad. Así muchas personas considerarán a los otros como promiscuos y no así mismo. Es más viable hablar de cambio de pareja, multiplicidad de parejas y no de promiscuidad.

La percepción popular del sanatorio, entendiéndose como que todas las personas con VIH/SIDA están reclusas, crea una falsa seguridad en la población. Esta percepción se construyó a partir de las

informaciones diseminadas sobre la modalidad de la Atención Sanatorial en los primeros tiempos de la epidemia en CUBA.

Dar a conocer que no todas las personas están en un sanatorio o informar sobre la alternativa de la Atención Ambulatoria ayudaría a romper con este mito.

El uso regular y adecuada del condón es una propuesta conductual factible para evitar el VIH. Sin embargo su uso está mediatizado por múltiples factores desde lo personal, microsociedad y macrosociedad . Se plantea que para la mayoría de las personas el acto de deposición seminal es altamente placentero tanto para los hombres como para las mujeres.

Esta interpretación de la deposición seminal tiene sus bases en una cultura de las relaciones sexuales que se centra en los genitales y en las prácticas penetrativas. Una educación que se dirija a una desgenitalización de las relaciones sexuales y que abogue por un disfrute pleno del cuerpo como objeto de amor y autocuidado contribuiría a minimizar esta barrera.

La sexualización de los medios de comunicación social constituye un obstáculo más. Hoy en día existe una contraposición entre lo que apelan muchos productos comunicacionales (videos clips, películas, telenovelas y otros) sexo, erotismo y los objetivos o metas de programas preventivos, (disminuir la edad de inicio de las relaciones sexuales o el uso del condón, evitar el cambio frecuente de pareja) etc. Si nos detenemos a visualizar algunos programas que ofrecen los medios masivos veremos que las relaciones sexuales se inician de manera inmediata e impersonales y en ellas muy pocas veces o nunca se alude al uso del condón.

La apelación al miedo en los mensajes como una forma o contenido de llegar a elevar la percepción de severidad de una enfermedad, puede traer como consecuencia, si se hace un abuso de la misma a una negación de la conducta de riesgo por parte de las personas. Hay un principio en el análisis funcional del comportamiento que expresa que la “gente tiende a vivir sin grandes preocupaciones” . Las personas ante lo desagradable puede reaccionar con enfrentamientos muy disímiles (evitación, racionalización, negación, etc).

Uno de los mensajes que se difunden sobre cómo prevenir el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual es el referido a la práctica de la ***fidelidad***. Este concepto tiene también un carácter subjetivo ya que cada individuo construye su propio concepto de fidelidad. De esta manera el tener una pareja fiel para algunos puede significar tener una relación de 12 meses, para otros pudiera ser una relación de 3 meses.

Si relacionamos cada uno de estos significados con la historia natural de la infección por VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, entonces este concepto que tiene un carácter subjetivo se convierte en un obstáculo para la prevención. Muchas personas se consideran fieles y monogámicas, pero habría que preguntar si esta monogamia ha sido seriada, es decir cuántas parejas diferentes ha tenido en un periodo de tiempo y de ellas cuántas han sido protegidas. Entonces cabría preguntarse si en esta monogamia seriada pudo haberse puesto en contacto con el VIH.

La fidelidad en prevención de SIDA tiene que entenderse como: ambos miembros de la pareja poseen una prueba negativa de VIH y mantener una relación mutuamente excluyente.

Conociendo las variables psicosociales que determinan las conductas de salud y los obstáculos para la prevención, nos permita establecer pautas para incidir sobre ellas en cualquier proceso de intervención, ayudando a las personas a identificar los obstáculos personales que interfieren en la búsqueda del fomento de la salud o la prevención de enfermedades.

Un inventario de las mismas nos da la posibilidad de tratar de explicar lo complejo que resulta el comportamiento humano, de hecho un análisis funcional del comportamiento expresa que el mismo es impredecible.

BIBLIOGRAFÍA BASICA

- Prevención del SIDA mediante el fomento de la Salud. Cuestiones delicadas.OMS y Real Instituto Tropical. Amsterdam. Ginebra. 1992.
- Guía de apoyo educativo para adolescentes multiplicadores. INTEC-Génesis-PL-480.

UNIDAD 5: LA COMUNICACIÓN. FACTORES QUE LA OBSTACULIZAN Y FACILITAN EN LA PREVENCIÓN DE LAS ITS-VIH/SIDA



“ La comunicación es un intercambio mutuo de hechos, pensamientos, opiniones o emociones” .

Como facilitar es un proceso sumamente educativo, por lo que es necesario aprender qué es la comunicación y cuán importante es para todos el hacer buen uso de ella.

La comunicación en salud es un proceso planificado encaminado a motivar a las personas a adoptar nuevas actitudes o comportamientos o utilizar los servicios existentes. Se desarrolla sobre la base de las inquietudes de los individuos, las necesidades que se perciben, las creencias y las prácticas actuales. Promueve el intercambio de información y una mayor comprensión entre diversos protagonistas. Es por tanto, una componente integral de todos los servicios y las actividades de promoción y educación.

Esta constituye un proceso imprescindible y necesario a través del cual se produce un intercambio que permite la interacción entre las personas.

En el trabajo comunitario es importante la comunicación participativa, que consiste en la participación plena de los interlocutores, con la misma oportunidad de generar sus propios mensajes.

Comunicarse es una función esencial en el proceso del conocimiento del valor de la salud y la responsabilidad de protegerla, que tienen las personas individual o colectivamente.

TIPOS DE COMUNICACIÓN.

↳ INTERPERSONAL

Este tipo de comunicación también se conoce como cara a cara.

↳ GRUPAL O INTERMEDIA

La que se produce en grupos que comparten una finalidad común relacionada con la educación, el trabajo y la participación comunitaria en la solución de los problemas de salud. Se establece este tipo de comunicación cuando se emplean técnicas educativas de discusiones grupales, grupos focales, afectivo- participativas, charlas y otras.

↳ MASIVA

Es la que se desarrolla mediante los medios de comunicación social. Radio, televisión, prensa, altoparlantes y otros.

ELEMENTOS Y TERMINOS DE LA COMUNICACIÓN.

- **EMISOR.** Es todo individuo, grupo o institución que elabora un mensaje con una determinada intención.
- **PERCEPTOR.** Individuo, grupo o institución que interpreta un determinado mensaje desde su respectivo marco de referencia y mediante un conocimiento del código utilizado. El perceptor se encuentra en igualdad de oportunidades para recibir y emitir, pues él role se puede intercambiar con el de emisor, porque interactúan en un proceso de intercambio de experiencias dado horizontalmente que es mutuamente enriquecedor.
- **CODIGO.** Son las reglas de elaboración y de combinación de los elementos den mensaje, que deben ser conocidas tanto por el emisor como por el perceptor. Se le define también como conjunto de obligaciones sociales que permiten ciertas formas de comunicación en grupo y entre grupos de una determinada formación social.
- **MENSAJE.** Un signo o determinado conjunto de signos a partir de códigos conocidos por el emisor y el perceptor, llevan a este ultimo una determinada información. El mensaje es un elemento fundamental en el proceso de comunicación y expresa la intencionalidad del perceptor.

- **MEDIOS Y RECURSOS.** Los medios constituyen los elementos que sirven para difundir, para poner en circulación un determinado mensaje, pero esto no ocurre sin una cierta cantidad y calidad de recursos. Los medios no tienen que ser, necesariamente elementos complejos y de alto costo, ya que ellos pueden ser contruidos artesanalmente.
- **REFERENTE.** Todo mensaje tiene una función referencial, de un dato ofrecido al perceptor. Ese es el referente. El mensaje siempre es una versión de algo, a veces real y otras distorsionada.
- **MARCO DE REFERENCIA.** Para que un mensaje educativo sea exitoso debe tener en cuenta las experiencias, los conocimientos, el sistema de valores, las percepciones y las creencias de los perceptores o audiencias a los cuales va dirigido. Conocer el marco de referencia, permite saber sus repertorios y acudir temas de manejo e interés del mismo.
- **LENGUAJE.** Básicamente se define como todo sistema de recursos verbales y no verbales utilizados por la gente para comunicarse.
- **LENGUAJE VERBAL.** Corresponde a la forma más directa de comunicación, como más rica mas plena de recursos para referirse a la realidad.
- **AUDIENCIA SELECCIONADA.** Grupos sociales a los que se desea llegar con los mensajes y materiales.
- **CANAL.** Ruta de transmisión de los mensajes.

COMUNICACION AUTORITARIA VS DIALOGO

La comunicación educativa implica interacción entre dos o más personas que intervienen en ella como sujetos.

Se considera un proceso dinámico pues se modifica de forma constante los que intervienen en ella. La transmisión de mensajes de salud tradicional se basaba el modelo unidireccional (ver gráfico 4)



Gráfico 4: Modelo Tradicional (Unidireccional)

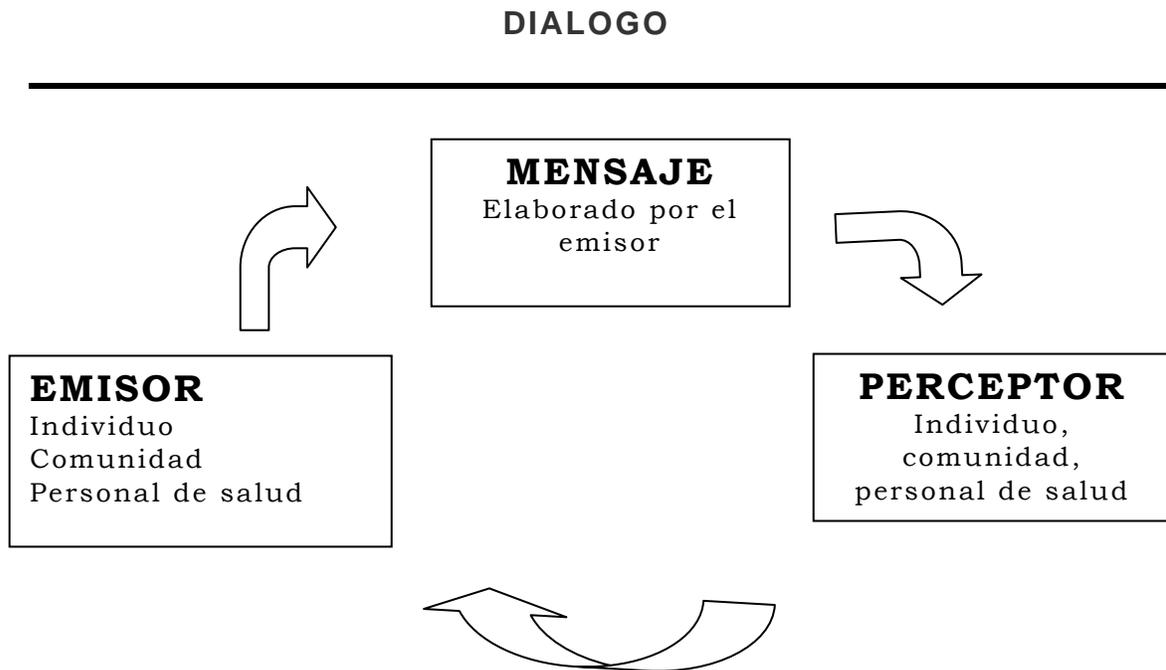


Gráfico 5: Modelo Bidireccional de comunicación.

Para que el mensaje llegue de forma correcta a los receptores tenemos que comprender que:

Las palabras equivalen al 7% del mensaje
 La entonación comprende el 38% del mensaje
 El lenguaje corporal equivale al 55% del mensaje

En la actualidad se reconoce la importancia que adquiere el dialogo en la comunicación. Valorar al perceptor como un sujeto activo capaz de transformar su propia situación, propiciar la reflexión y el intercambio de ideas, opiniones y la búsqueda conjunta de soluciones mas que imponer criterios.

La comunicación debe entonces, basarse en el modelo interactivo, participativo y no unidireccional.

La comunicación como proceso social debe tener en cuenta que las personas pertenecen a una estructura socio económica y cultural determinada y en ese contexto percibirán el mensaje que se les envíen, por lo que es importante tener en cuenta su marco de referencia.

Además se debe valorar la existencia de **factores predisponentes y habilitantes**, que se conoce como barreras y facilitadores

BARRERAS

- Elegir un lugar y/o momentos poco adecuados
- Estados emocionales que dificultan el proceso, como la ira el enfado.
- Hacer preguntas de reproche o en tono acusativo
- Juzgar lo que otro dice o hace
- Dar consejos prematuros o no pedidos.
- Tono sarcásticos o irónicos
- Pedantería, utilización de tecnicismos cuando estos no son necesarios
- Dar mucha o poca información
- No escuchar
- Déficit de lenguaje positivo
- Hablar en exceso
- Latencia rápida: empezar a hablar inmediatamente después que el otro haya terminado.
- Interrumpir
- Hacer afirmaciones radicales o dogmáticas
- Excesiva generalización

- Hablar rápido
- Evitar hablar de un tema
- Exceso de opinión
- Adivinación del pensamiento
- Cambiar el contenido de un tema
- Expresiones como: nunca, siempre, debes...
- Hacer comentarios a destiempo

FACILIDADES

- Lugar y momentos adecuados
- Estados emocionales facilitadores
- Escucha activa
- Demostrar empatía
- Hacer preguntas abiertas
- Petición de padecer
- Reforzar
- Amoldar la información que vamos a dar a las necesidades del otro.
- Mensajes YO: A mí me preocupa
- Ser específicos en los comentarios(comentarios acerca de la conducta, no de la persona.
- Expresión de sentimiento.
- Hacer preguntas o sugerencias, nunca acusaciones.
- En situaciones emocionales; lenguaje claro asequible.

CARACTERÍSTICAS DE LOS MENSAJES

■ **Claros** : Eliminar toda posibilidad de malas interpretaciones o acciones inapropiadas. En la comunicación en salud a veces se requiere el empleo de términos técnicos o científicos, por lo que es necesario incorporar ejemplos de la vida cotidiana que contribuyan a que estos sean mejor comprendidos.

■ **Credibilidad** : El portavoz y la información deben ser confiables y fidedignos. El contenido veraz, sincero.

■ **Necesidad** : Los mensajes deben tener en cuenta lo que la audiencia seleccionada percibe como lo más importante para ella.

■ **Puntos Principales:** Se deben recalcar y nunca quedar ocultos detrás de la información con menos importancia estratégica.

Para que el mensaje tenga efecto, la audiencia debe comprender el problema, aceptar su importancia para la vida y estar de acuerdo con el valor que la situación tiene para ella.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA EVALUAR LOS MENSAJES

■ **Comprensión :** Que el mensaje sea lo suficientemente claro como para ser comprendido por el individuo o grupo al que se envía.

■ **Aceptación :** Que sea recibido con agrado. Que el mensaje no contenga nada que pueda ser ofensivo o se oponga a las normas culturales de la población.

■ **Atracción :** Que el mensaje sea atractivo o interesante como para despertar o mantener la atención del individuo o grupo.

■ **Identificación :** Que el individuo o grupo audiente considere que el mensaje les compete y que esta dirigido a ellos, que no se sientan ajenos a el.

■ **Persuasión :** Que el mensaje sea lo suficientemente convincente para lograr los cambios de actitudes y conductas deseadas.

COMUNICACIÓN INTERPERSONAL. SUGERENCIAS PARA MEJORARLA.

1. La comunicación debe ser **DIRECTA Y CLARA.**
2. **HACER COINCIDIR** el lenguaje verbal con el gestual.
3. **MIRAR A LOS OJOS** de quien nos habla.
4. **PRESTAR ATENCIÓN** a quien nos habla.
5. **NO HABLAR CON RODEOS**, el mensaje debe ser directo.

6. EXPLICAR A NUESTROS INTERLOCUTORES POR QUE DESEAMOS QUE HAGAN LO QUE PEDIMOS.

7. INFORMAR A TODOS LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA de manera que puedan encontrar conjuntamente la solución de los problemas.

BIBLIOGRAFÍA BASICA

- Ojalvo, V.: La ciencia de la comunicación. En: Comunicación educativa, Colectivo de autores: cap 1, Cepes, Universidad de la Habana,1999.
- Andreeva, G. M.: Psicología Social, Ed. Pueblo y Educación, Moscu,1984.
- Hurlock, E.: Desarrollo del niño, Ed. Mc.Graw-Hill, México, 1982.
- Ortiz, M.: El apego: la relación primaria. En : Yarnoz, S.(comp..) : Las relaciones interpersonales, pp. 19-38, Valverde, S.A., San Sebastián,1993.
- Yarnoz, S.: Las relaciones interpersonales, Valverde, S.A., San Sebastián,1993.
- Zurnalabe, J.: Personalidad y relaciones interpersonales. En: Yarnoz, S. (comp.) : Relaciones interpersonales, pp. 71-84, Valverde, S.A., San Sebastián,1993.

UNIDAD 6: PRACTICAS DE RIESGO A LA INFECCIÓN POR EL VIH-SIDA

La infección causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), se ha extendido ampliamente en el mundo en estas dos últimas décadas. Según últimos cálculos de ONUSIDA se estima que 42 millones de personas están infectadas con este virus. En nuestro país existen en la actualidad 4903 personas viviendo con VIH .

Por las múltiples repercusiones que está teniendo esta pandemia y por constituir un importante problema de salud , los médicos de familia, que son los que liderean los programas de prevención primaria de la infección por VIH, constituyen el pilar absolutamente fundamental para frenar la epidemia.

Los métodos más efectivos para prevenir la infección por el VIH son aquellos que evitan la exposición al virus (prevención primaria).

Estas medidas preventivas incluyen:

La abstinencia sexual

Mantener una relación monógama (en que ambos que no tienen ITS, en particular la infección por el VIH).

Usar condón en todo tipo de relaciones sexuales (vaginal, anal u oral) para que las secreciones corporales que contienen el VIH no entren en contacto con la piel ni las mucosas de la pareja. (sexo protegido).

Evitar las relaciones sexuales con penetración , reemplazándolas por masturbación, masajes, besos, abrazos, etc (sexo seguro).

Infecciones de transmisión sexual: Trastorno donde la infección es transmitida a otra persona a través de una relación sexual u otro comportamiento relacionado con el sexo.

Transmisión de las infecciones: Muchos de los organismos que causan las infecciones de transmisión sexual viven en las membranas mucosas que recubren la uretra, la **vagina**, el ano y la boca. Algunas también viven en la piel.

La mayoría de los organismos infecciosos son transmitidos por el contacto directo con una úlcera o lesión en los genitales o la boca. Sin embargo, algunos organismos pueden vivir en los líquidos corporales sin causar una lesión visible y se transmiten por contacto con dicho líquido. Las infecciones de transmisión sexual se transmiten mediante las prácticas tanto heterosexuales como homosexuales y pueden ser transmitidas a otra persona durante relaciones sexuales orales, vaginales o anales. Algunas de estas prácticas, como el sexo anal, representan un mayor riesgo de transmisión con ciertas infecciones que otras prácticas, como el sexo vaginal.

Algunas ITS también pueden transmitirse de forma directa, por contacto no sexual con los tejidos o líquidos infectados. Un medio de contagio común no sexual es el contacto con sangre infectada, como en los casos en los que se comparten las agujas al consumir drogas IV, lo que constituye la principal causa de transmisión de VIH y **hepatitis B**. Otros medios no sexuales de transmisión son las transfusiones de sangre o productos sanguíneos contaminados, a través de la placenta de la madre al feto y a través de la leche materna.

PRÁCTICAS SEXUALES DE ALTO RIESGO

Son todas aquellas prácticas que aumentan el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual (ITS).

➤ ALGUNAS DE ESTAS PRACTICAS SON:

- **Penetración anal sin condón**

Introducir el pene en el ano sin preservativo es de alto riesgo tanto para el penetrado como para el que penetra. Pueden transmitirse el VIH y otras ITS: hepatitis B, gonorrea, sífilis, herpes genital y otras.

Esta actividad es la más riesgosa para la transmisión del VIH, ya que la membrana del recto es muy delgada y fácilmente puede lesionarse (aun durante la defecación)
Las lesiones son vía directa para que el virus penetre en el torrente sanguíneo.

El riesgo se neutraliza usando condón **desde el comienzo de los juegos de penetración:** para contener el líquido preseminal o el semen del que penetra y evitar el posible contacto con la sangre del que es penetrado.

Aquí, a diferencia de el sexo oral, **el líquido preseminal siempre es riesgoso** para el que es penetrado porque el pene en su ingreso puede provocar microlesiones por distensión de los músculos del ano y luego la fricción contra la mucosa favorece la absorción del líquido e incrementa el riesgo de infección aún con poca presencia de virus. A su vez, dada la forma del recto, el líquido preseminal , como el semen, permanecerán alojados por más tiempo dentro de tu cuerpo, facilitando también la infección.

- **Penetración vaginal sin condón**

La mucosa vaginal es más resistente que la membrana del recto; sin embargo, esta mucosa solo se extiende hasta el cervix (cuello uterino), quedando él liquido preeyaculatorio y semen en la mucosa vaginal, el cual puede causar riesgo de infección por VIH.

- **Sexo oral- boca-pene (Fellatio con y sin eyaculación)**

Desde que se conoce que el liquido preeyaculatorio y el semen contienen el virus, ingerirlo es muy riesgoso. El mayor riesgo de esta actividad no es tragar el semen (siempre y cuando no haya heridas en el tracto digestivo), sino que el semen entre por la mucosa, ya que puede ser penetrada aun sin heridas, facilitando el contacto del virus con el torrente sanguíneo.

Hay que recordar que las heridas pequeñas o micro heridas, pueden ser producidas por los alimentos, limpieza dental, etcétera.

- **Sexo oral (cunilingus, coito boca- genitales femeninos).**

La mujer debe de usar una pieza delgada de látex (dique dental entre la boca de la pareja y sus genitales, el riesgo se incrementa durante la menstruación

Un dato importante a conocer, es para que una herida en mucosa cicatrice han de pasar 24 horas. Antes de este tiempo se produce una cicatrización ' falsa', que resulta ser un obstáculo fácil de franquear para el virus.

- **Rimming oro- anal**

Desde que se conoce que las heces fecales pueden contener pequeñas cantidades de sangre, ingerirlas es muy riesgoso. Se deben tomar todas las consideraciones que se aplican la ingesta de semen; además se corre el riesgo de adquirir otras enfermedades infecciosas gastrointestinales por ingestión de heces fecales.

- **Watersports Interna (lluvia dorada interna)**

El ingerir orina que contenga restos sanguíneos o que esta sea depositada en el ano es riesgoso por las mismas razones que el contacto con el semen, por lo cual se puede evitar.

- **Compartir juguetes sexuales**

Cualquier juguete sexual que pueda estar impregnado de fluidos sexuales no debe ser compartido, a menos que sea desinfectado previamente de una manera eficaz. Por otro lado, un condón puede ser colocado en los dildos para reducir el riesgo, si estos van a ser compartidos deberá ser cambiado el condón, además, los juguetes pueden ser lavados fácilmente con agua jabonosa caliente.

- **Penetración con puño (FISTING)**

Este tipo de penetración puede ser tanto en ano como en vagina y las precauciones para ambas practicas son las mismas. La penetración con puño causa un trauma considerable en la membrana del recto y el colon y/ o vagina. Si cualquiera de los fluidos infecciosos esta presente, puede tener un fácil acceso al torrente sanguíneo.

Puede haber un riesgo adicional de que el virus entre a través de las cortadas de la mano o cutículas de las unas. Para prevenir esto las precauciones pueden ser:

- 1. Usar guantes quirúrgicos***
- 2. Usar condón para prevenir la contaminación***
- 3. Usar juguetes sexuales sin compartirlos.***

Nota:

Las prácticas sexuales en las que hay ruptura del condón o la barrera que se utilice se consideran prácticas sexuales con riesgo de riesgo.

UNIDAD 7: PRACTICAS SEXUALES SEGURAS O SEXO SEGURO



Son aquellas que no incluyen penetración y que evitan a las personas exponerse a fluidos sexuales potencialmente infectados durante las relaciones sexuales.

Ejemplos:

Frotar los pechos

Besar el cuerpo

Frotar los genitales en el cuerpo de la pareja, siempre y cuando la piel no tenga heridas.

Bañarse juntos

Observar como se masturba la pareja

Tocar los propios genitales cuando la pareja toca los suyos

Masajes, abrazos

Frotamiento de cuerpo con cuerpo

Besos secos.

Utilizar juguetes sexuales (solo para uso propio, si se comparten , desinfectarlo y poner un condón nuevo cada vez que sea intercambiado)

Voyeurismo (obtención del placer sexual a través de observar una situación excitante x)

Sexo telefónico

Compartir fantasías sexuales y realizar aquellas que no incluyan fantasías sexuales inseguras

En resumen la implementación de comportamientos sexuales seguros exige que la persona disponga de una información precisa, una planificación previa y una comunicación óptima con su pareja.

Con todas estas medidas las parejas pueden disfrutar de los placeres de una relación sexual, mientras minimizan los riesgos potenciales involucrados

SEXO PROTEGIDO

Son las relaciones sexuales que pueden incluir penetración pero con la utilización de métodos de barrera – condón.

Breve historia del condón

La palabra condón deriva del latín “*Condus*” que significa receptáculo.

Hay escritos que plantean que en la antigüedad los egipcios usaban protectores de penes para protegerse y en la Edad Media; el anatomista Falopio hace referencia a condones hechos de intestinos de oveja. Otra historia se atribuye al Dr. Condom en la época del Rey Carlos II (1660-1685). El Rey se sintió alarmado por la cantidad de hijos que se le atribuían y el buen médico le resolvió el problema. Se dice también que en el siglo XVIII era empleado por prostitutas; el Marqués de Sade lo menciona en sus escritos y Casanova los usó de manera regular.

Por supuesto, las primeras versiones no eran muy efectivas y no es hasta 1843 que la empresa Goodyear diseñó el condón de látex (caucho). En 1870 se produjo de forma masiva lo que disminuyó mucho su precio.

Luego, en la I Guerra Mundial se dieron condones a los soldados norteamericanos, pero con la llegada de la penicilina, los métodos preventivos quedaron en un segundo plano. En la II Guerra Mundial se volvieron a dar condones a los soldados y comenzó un debate sobre valores morales y validez del condón que terminó con la aparición de la epidemia del VIH/SIDA en los años 80 y los estudios sobre la efectividad del condón.

Actualmente, la mayoría de condones se fabrican de látex, una sustancia de caucho proveniente de un árbol con la que a través de un proceso tecnológico se van colocando capas intercaladas de manera que los poros del látex queden tapados. El látex es resistente y ha demostrado ser efectivo para la protección de ITS-VIH/SIDA siempre que se usen correctamente, de manera frecuente y utilicen un lubricante a base de agua.

También se fabrican de membrana animal y de poliuretano. Los primeros se fabrican con el intestino de ovejas y constituyen una barrera permeable que no protege contra las ITS-VIH/SIDA, pues tienen pequeños poros del tamaño de 3000 nanómetros que no dejan pasar los espermatozoides pero el virus del VIH tiene un tamaño de 125 nanómetros, lo que los hace un buen contraceptivo pero no protectores. El poliuretano es un plástico sintético efectivo para mejor transmisión del calor en la relación sexual, y se diferencia del látex en que no se daña por el uso de lubricantes oleosos.

Los condones hay de diferentes tamaños, diferentes estilos y diferentes colores, sabores formas, atendiendo al gusto personal del usuario.

Ventajas del uso del condón

1. Previenen ITS-VIH/SIDA y embarazos cuando se usan sistemáticamente y correctamente.
2. Seguros. No efectos colaterales por hormonas.
3. Previenen embarazos no deseados (97%).
4. Previenen ITS durante el embarazo.
5. Pueden interrumpirse en cualquier momento.
6. Fáciles de tener a mano en caso de que la relación sexual ocurra de forma inesperada.
7. Pueden ser usados por hombres de cualquier edad.
8. Fáciles de conseguir y de usar sin necesidad de ver a un facultativo.
9. Permite que el hombre asuma responsabilidad en prevención de ITS y embarazo.
10. Puede aumentar el gozo sexual al sentir que no hay preocupación.

Desventajas del uso del condón

1. No es igual que no usar.
2. La pareja debe tomarse el tiempo de colocarse el condón correctamente antes del coito.
3. Deben tenerse a mano (disponibles).
4. Existe la mínima posibilidad de que el condón se deslice fuera del pene o se rompa durante el coito.
5. Pueden debilitarse y romperse durante el uso si se guardan por tiempo prolongado o en condiciones no adecuadas.
6. Se necesita la cooperación del hombre para lograr la protección de la mujer.

7. Tienen reputación muy baja. Se relacionan frecuentemente con relaciones sexuales inmorales, extramaritales y prostitutas.
8. Algunas personas aún sienten vergüenza al comprarlo o al hablar de él.
9. Puede ocasionar escozor a las personas alérgicas al látex. Igual puede pasar con los lubricantes

Características y beneficios

- Son hechos de látex natural que protegen contra VIH/SIDA y otras ITS.
- Tienen diferentes dimensiones, pero la estándar es 53 mm de ancho x 180 mm de largo por 0.065 mm de grosor.
- La lubricación facilita la penetración sin irritación.
 - ✓ Debe tener la cantidad de lubricante indicada por las normas de calidad. La cantidad óptima de lubricante depende de la necesidad de uso y el tipo de sexo que se realice.
 - ✓ Una cantidad mayor de lubricante de la que está establecida trae como consecuencia que se interfiere con el sello hermético del empaque y se desborde el lubricante.
 - ✓ El lubricante que más se usa es la silicona, la cual protege al condón de la oxidación y hacen que no se sequen.
- Tienen un bajo precio lo que hace que cualquier persona pueda comprarlo.
- Empaque individual de aluminio que brinda protección higiénica a cada condón.
 - ✓ Se ha planteado que el empaque de aluminio es más seguro para la protección de los condones puesto que el empaque plástico presenta poros que permiten el paso de oxígeno y la humedad.

- ✓ Los estudios indican que el empaque redondo supera al ovalado, pues el empaque redondo mantiene la forma natural del condón lo que ayuda a extender su conservación, mientras que el ovalado por la manera de empaquetar el condón puede sufrir tensiones en los bordes y dañarlos.
- Se guardan en una cajita de cartón que protege los condones que no se han usado.
- Llevan las instrucciones de uso dentro de la cajita que permite recordar como usarlo correctamente.
- Fecha de expiración fuera de la cajita que indica hasta cuando se puede usar.
- Las pruebas de calidad brindan seguridad y protección.

Pruebas de Calidad

ORGANOLÉPTICAS: Se miden las características siguientes:
(según las normas de la OMS)

Ancho: 53 ± 2 mm

Largo: ≥ 180 mm

Grosor: $0.065 \pm .015$ mm

ELECTRÓNICA: Se comprueba la tensión que resiste el condón estirándolo y se verifica que no haya agujeros echándole agua para ver si es impermeable.

Inflado: Se comprueba la cantidad de aire que puedan soportar antes de reventarse.

LUBRICACIÓN: Se comprueba que la cantidad de lubricante este en el rango de 550 ± 150 mg y que sea a base de agua. La cantidad de lubricante no se mide solo en el condón sino en todo el empaque, pues al enrollarse el condón el lubricante tiende a extenderse.

INTEGRIDAD DEL EMPAQUE: Se comprueba que los condones estén cerrados herméticamente.

¿Qué hacer cuando se compra un condón?

- ❑ Revisar la fecha de vencimiento.
- ❑ Revisar empaque buscando lubricante por fuera.
- ❑ Mover el condón dentro del empaque y chequear burbuja de aire.
- ❑ No poner en bolsillos de pantalones o billeteras.
- ❑ Proteger de la humedad y de los rayos directos del sol.

FACTORES QUE FAVORECEN EL USO DEL CONDON

- ❑ Estimular métodos innovadores de distribución
- ❑ Apoyar la publicidad sobre condones
- ❑ Facilitar la obtención de condones
- ❑ Mantener existencia adecuada de condones y cuidar condiciones del producto.
- ❑ Informar a los usuarios
- ❑ Enseñar las técnicas físicas y sociales del uso del condón
- ❑ Responder correctamente y compartir rumores
- ❑ Creatividad para generar ventas

SU EFECTIVIDAD DEPENDE DE 3 FACTORES :

- ❑ Regularidad de su uso
- ❑ Uso correcto
- ❑ Calidad del producto usado

SU USO CORRECTO SE ASOCIA CON :

- ❑ Aprendizaje sobre su uso
- ❑ Practica para su uso
- ❑ Atención y cuidado en su uso

USO CORRECTO DEL CONDÓN

1. Verificar la fecha de vencimiento del condón y asegurarse que el empaque se encuentre en buen estado, con un poco de aire adentro.
2. Abrir cuidadosamente el empaque utilizando los dedos, sin usar los dientes, tijeras u otros objetos que puedan dañar al condón.
3. Sacar el condón y sujetarlo de manera que desenrolle hacia fuera.
4. Sujetar al condón por la punta mientras se coloca sobre la punta del pene erecto.
5. Sujetando la punta del condón, desenrollarlo hasta hacerlo llegar a la base del pene.
6. Después de la eyaculación, sujetar el condón por la base y retirar el pene antes de que pierda la erección, cuidando no derramar el semen.
7. Hacerle un nudo y botarlo en la basura.

NOTA:

Antes de la penetración (sea vaginal, anal u oral) debe estar puesto el condón.

Si se desea mayor lubricación, debe usarse un lubricante a base de agua. No se debe usar cremas cosméticas, vaselina, ni aceites, porque dañan el condón.

CONDON FEMENINO

Nuevo método para evitar las ITS-VIH-SIDA

- ▶ Es controlado por la mujer.
- ▶ Consiste en una funda delgada y transparente hecha de poliuretano. Antes de tener relaciones sexuales, la mujer coloca la funda en su vagina. Durante el coito el pene del hombre se introduce en la vagina recubierta por el condón femenino.
- ▶ Tiene una eficacia similar al condón masculino.

Algunas ventajas:

- ▶ Método controlado por la mujer
- ▶ Diseñado para prevenir ITS-VIH/SIDA
- ▶ Ninguna condición médica limita su uso
- ▶ No efecto secundario, no reacción alérgica
- ▶ Se puede colocar hasta 8 horas antes
- ▶ Puede usarse varias ve

Algunas Desventajas:

- ▶ Método costoso actualmente
- ▶ Por lo general requiere aprobación de la pareja
- ▶ La mujer tiene que tocar sus genitales.
- ▶ Se necesita de alguien que enseñe su uso correcto y práctica

Modo de uso

- ▶ Abra el empaque cuidadosamente por la marca indicada en el lado derecho del mismo. Nunca use tijeras o cuchillo.
- ▶ Colóquese en la posición más cómoda para su inserción— agachada o con un pie levantado
- ▶ Verifique que el condón esté lubricado
- ▶ El extremo cerrado del condón tiene un anillo flexible. Sostenga y apriete con los dedos pulgar e índice uniendo ambos extremos de este anillo
- ▶ Con la otra mano separe los labios externos de la vagina
- ▶ Suavemente introduzca el anillo dentro de la vagina. Se sentirá como el anillo sube.
- ▶ Introduzca el dedo índice dentro del condón y empuje el anillo interno hasta donde pueda, asegurando de esta manera que la funda no esté torcida. El anillo externo, más grande, queda fuera de la vagina.
- ▶ En el momento del coito hay que guiar el pene de la pareja dentro del anillo, asegurando de esta manera que no penetre entre la funda y las paredes vaginales
- ▶ Usar suficiente lubricante para que el condón se mantenga fijo durante la relación sexual. Si no hay suficiente lubricación el condón tiende a salirse o meterse dentro de la vagina. Agregue más lubricante dentro de la funda o en el pene de la pareja.
- ▶ Para quitar el condón, en posición acostada, tome el anillo exterior, enrósquelo y sáquelo suavemente

- ▶ Envuélvalo en su empaque o en papel higiénico y bótelos en la basura

Nota:

Es importante recalcar que no se deben usar los dos condones pues la fricción del látex y el poliuretano puede derivar que los dos productos fallen. Se usará uno u otro.

BIBLIOGRAFÍA BASICA

- Guía para la adaptación de las instrucciones sobre el uso del preservativo OMS. Ginebra. Suiza. 1992
- Sexualidad de la gente joven. Gabriela Rodríguez y José Angel Aguilar. Fundación Mexicana de Planificación Familiar, México, 1972.
- Educación sexual básica para la prevención del SIDA y otras ITS. (Material instruccional). Caracas. Venezuela.1992.
- Rodríguez Roch Liana, Concepción Raxach Juan Carlos, Álvarez González Armando. Nosotros. Recomendaciones para un VIH/ Positivo.GPSIDA.CNPES.MINSAP.1992.
- Prevención de la transmisión del VIH. OMS. Ginebra. Suiza. 1992.
- Rodríguez Roch Liana, Concepción Raxach Juan Carlos, Álvarez González Armando.Nosotros. Recomendaciones para un VIH/Positivo.GPSIDA.CNPES.MINSAP.1992.

UNIDAD 8: CONSEJERÍA ITS/VIH/SIDA. UN RECURSO PARA LA INTERVENCIÓN.



La Consejería es la acepción con la que se está generalizando en nuestro medio sanitario el término ***Counselling o Counseling***. En la literatura psicológica este término expresa un concepto relativamente nuevo, para el cual no existe una palabra en nuestro idioma que recoja la riqueza que expresa en el idioma inglés. También podemos encontrarlo en traducciones al portugués como ***Aconsejamiento***.

La Consejería tal y como se debe entender para que sea eficaz, ***es una forma profesional peculiar de prestar ayuda***. Cierto es que posee algunos rasgos comunes con otras formas de intervención tradicionales como “aconsejar”, “informar”, “administrar psicoterapia”, pero tiene rasgos distintivos que la hacen ser una intervención diferente, que de aplicarse al ámbito sanitario puede permitir que el personal de salud proporcione en el momento apropiado, la información y el asesoramiento necesarios, en la forma adecuada, facilitando la toma de decisiones y el cambio de comportamientos. Es un tipo de intervención a las personas que se enfrentan a situaciones difíciles asociadas a temas específicos, pero que no llegan a presentar un conflicto profundo desde el punto de vista psicológico.

La Consejería es una herramienta de comunicación por excelencia, una relación de ayuda que pretende implicar al individuo, a partir de sus propias necesidades y emociones. El consejero favorece que el usuario aprenda a tomar decisiones responsables sobre su propio comportamiento, respecto al tema en cuestión.

Aplicándolo al marco de la Educación para la salud, la consejería puede ayudar a que los profesionales de la salud se relacionen con sus clientes de una manera eficaz, a abordar temas difíciles favoreciendo la toma de decisiones con respecto al cuidado y mantenimiento de la salud.

OBJETIVOS DE LA CONSEJERÍA.

Mediante la Consejería nos proponemos prevenir la propagación del VIH/SIDA y las ITS (mediante la promoción de cambios en el comportamiento sexual, el aumento de la información, de la capacidad para generar alternativas y la percepción de autoeficacia) .

Provee de apoyo psicosocial a las personas afectadas por el VIH/SIDA y las ITS (que implica el apoyo emocional, el fortalecimiento de las redes de apoyo social, el mejoramiento de las habilidades para la comunicación interpersonal).

CONDICIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO.

El que recibe la ayuda es considerado un cliente o usuario, pero no un paciente. Primeramente porque no necesariamente es un enfermo, ya que puede ser una persona buscando información o asesoramiento para un problema que afecta a un familiar o amigo. Por otra parte, no se corresponde la postura pasiva que supone el paciente en el modelo médico tradicional de salud con el tipo actitud que se espera de la persona que acude a la Consejería. Se considera que el individuo que recibe la Consejería debe asumir un papel activo en la búsqueda de soluciones y estrategias, durante el proceso y fuera de él; y el consejero debe facilitar este proceso, nunca suplantar el rol activo del cliente.

En la medida que el consejero sustituya al cliente en su capacidad generadora, en la elaboración de alternativas y en la elección del comportamiento a seguir estaremos en presencia de una consejería inadecuada o poco efectiva. Su efectividad depende de la capacidad del consejero de involucrar activamente al cliente.

Para ello es necesario tener presente que en una sesión de Consejería:

- se facilita que la otra persona exprese sus sentimientos y preocupaciones.

- el recibimiento en la consulta es un elemento muy importante, y el mismo tiene que ser adecuado haciéndole sentir al cliente que el consejero está a su disposición, que el espacio de la Consejería es su espacio, y que este es un servicio creado para él(la).
- se facilita que el cliente haga sus elecciones y tome decisiones responsables sobre su propio comportamiento. El consejero sólo será un propiciador.
- el servicio de Consejería debe funcionar como un espacio para facilitar la comunicación, se debe intentar comprender todo lo que comunica el sujeto (tanto verbal como extraverbal).
- las personas que asisten a un servicio de Consejería sobre VIH/SIDA e ITS deben ser ayudadas a identificar su riesgo y a desarrollar un plan de prevención personal.
- en los servicios de Consejería no se debe juzgar las personas que acuden. Se debe crear un clima de seguridad, no amenazante, que no dé lugar a actitudes defensivas del individuo
- un servicio que asuma la definición y la metodología de la Consejería no debe dar consejos, entendidos éstos como recomendaciones ya elaboradas por parte del especialista, sino que las soluciones deben ser encontradas en conjunto entre el cliente y el consejero.
- la Consejería sobre VIH/SIDA e ITS supone ofrecer información al individuo sobre el tema, en relación con su solicitud, pero no se limita sólo a eso, además pretende ayudar a la persona a que esta información lo movilice a encontrar una estrategia que le ayude a enfrentar esta situación en su vida.
- el Consejero debe tener en cuenta todas las situaciones que pueden ser favorecedoras de estrés en los afectados para intentar paliarlas, en lo posible, con su intervención.
- se debe tener en cuenta cómo influyen las variables psicosociales en el cambio de comportamiento, para incorporar éstas a la estrategia de intervención.

INSERCIÓN DEL SERVICIO EN EL PROGRAMA.

Para el VIH/SIDA y las ITS, que son problemáticas para las que el abordaje cuenta con un Programa Nacional de Prevención y Control, resulta imprescindible que quede bien delimitada la forma en que los servicios de **Consejería** se insertarán en el mismo.

De acuerdo a nuestra experiencia, podemos realizar algunas recomendaciones:

- la labor de Consejería debe ser independiente de la entrevista epidemiológica.
- los especialistas del programa que tienen más contacto con la persona en estudio o diagnosticada (epidemiólogo, enfermera encuestadora especializada en ITS) deben estar entrenados en la metodología de la Consejería y, si no lo están deben, permitir que la persona pase por un servicio de Consejería a recibir una intervención pre y post prueba e insertar su labor en coordinación con esto.
- los diagnósticos, tanto positivos como negativos, deben ser ofrecidos sobre la base de la metodología a la Consejería, por lo que debe existir una estrecha coordinación entre el personal del Programa y los servicios, para que en éstos se encuentre la información de manera oportuna.
- mientras los servicios de Consejería no cuenten con una amplia divulgación, el personal de salud debe remitir a los mismos a los casos en chequeo, o que están en proceso de diagnóstico.
- una característica esencial de los servicios de Consejería es su carácter estrictamente confidencial, por lo que el consejero no debe compartir la información que le suministre el cliente en la consulta con otros especialistas, ni siquiera en lo tocante a la declaración de contactos, su papel es favorecer que el individuo se comprometa consigo mismo en la disminución de la propagación de la epidemia y, por tanto, sensibilizarlo con la necesidad de colaborar con la entrevista epidemiológica que le realizarán otros especialistas.
- todos los casos que están en proceso de diagnóstico o chequeo de VIH o ITS, deben recibir consejería.

TIPOS DE CONSEJERÍA

La Consejería debe concebirse como un proceso que cursa por diferentes etapas, en dependencia de las necesidades del cliente y la situación a enfrentar. Por eso cualquier tipo de Consejería a la que hagamos referencia puede variar en duración de acuerdo con las personas involucradas.

Muchas veces es necesario plantearnos el proceso teniendo presente que se pueden desarrollar varias sesiones. Los objetivos de las sesiones no se deben identificar con demasiada antelación pero sí podemos plantearnos en el transcurso de una los objetivos

pendientes para la próxima y solicitar un reencuentro.

A continuación analizaremos algunos de los elementos que se deben tener presente cuando se atiende a una persona que se siente en riesgo de haber adquirido el VIH y se le prepara para hacerse la prueba (consejería preprueba) o cuando se le informa el resultado (consejería postprueba).

A) CONSEJERIA PRE- PRUEBA:

1. Exploración del contexto

- razones para hacerse la prueba.
- riesgo potencial de haberse puesto en contacto con el VIH.
- exploración de los conocimientos.
- exploración de las necesidades y preocupaciones.
- exploración de la potencialidad de asimilación racional de la información que se brinda.

2. Ofrecer información

- Acerca de la prueba:
 - periodo de ventana
 - sensibilidad y poca especificidad del Elisa
 - confirmación con Western Blot
 - significado del resultado
- Acerca de la infección por VIH/SIDA:
 - periodo de incubación
 - vías de transmisión y no transmisión
 - factores que aumentan vulnerabilidad infección
 - características biomédicas y tratamientos
 - educación para la prevención, reducción del riesgo (enseñar uso condón)

3. Exploración de las reacciones psico-sociales potenciales si el resultado fuera positivo

- percepción de estar infectado
- exploración de enfrentamiento ante situaciones difíciles anteriores
- indagar red de apoyo social y actividades diarias
- indagar preocupaciones ante posible resultado positivo

4. Disposición y consentimiento para la realización de la prueba

- particularidades de la entrega de resultados
- garantías de confidencialidad

B) CONSEJERIA POST- PRUEBA

1. Canalizar ansiedad durante la espera del resultado y brindar apoyo ante signos de ansiedad.

2. Recapitular y aclarar información básica, así como aclarar dudas.

3. Entrega del resultado de manera objetiva y directa:

- deje que el cliente señale el momento oportuno para revelar los resultados.
- de el resultado en un tono directo y neutral.
- esperar si la persona tiene algo que decir, antes de empezar a hablar.

4. Permitir la expresión de sentimientos

- Retomar preocupaciones expresadas pre-prueba identificar y planificar en conjunto, estrategias de adaptación.

SI EL RESULTADO ES POSITIVO

a) Dar apoyo

- utilizar palabras de aliento, sin lástima. No compasión, si solidaridad, si es preciso utilizar ligeros contactos físicos en señal de apoyo.
- demostrar que el periodo de ajuste al resultado tiene una duración limitada.
- mensajes de controlabilidad.

b) Escuchar y empatizar.

- crear ambiente no amenazador.
- legitimar sus respuestas y sentimientos

ej.: “se como te sientes”, “se que para ti debe ser muy difícil”.

c) Profundizar en información sobre VIH/SIDA.

- posible tiempo prolongado del periodo de incubación.
- autocuidados y cofactores.
- posibilidad de sobrevivientes de larga duración.
- actualidad y avances en tratamientos.
- medidas de prevención que debe tomar.

d) Abordar el impacto en la sexualidad.

- situación de pareja.
- comunicación del diagnóstico a pareja estable u ocasional.
- canalizar preocupaciones sobre posibles disfunciones sexuales.
- profundizar en alternativas de prácticas sexuales de menor riesgo (condón y sexo seguro).

e) Prevención de la propagación del VIH.

- favorecer la concientización de su responsabilidad en detener la propagación de la epidemia
- ayudar a comprender la necesidad de identificar posibles contactos
- necesidad de seguimiento serológico de la pareja
- discusión de implicaciones del embarazo y el parto (si se ajusta)

f) Abordar estrategias de adaptación.

- favorecer red de apoyo psicosocial
- favorecer empleo del tiempo libre.
- favorecer mantenimiento de actividades socialmente útiles y las cotidianas de la vida privada.
- convencer que se dispone de tiempo para hacer los cambios, prestando atención en la primera reconsulta a los mínimos indispensables.
- ayudar a elaborar estrategias de comunicación del diagnóstico a personas necesarias.

g) Seguimiento.

- ayudar a desarrollar un plan de conductas saludables
- dar fecha para próxima sesión (mas de una)

- dejar abierta posibilidad de volver antes, si es necesario
- aplicar decálogo de cambio en las visitas de seguimiento

SI EL RESULTADO ES NEGATIVO:

- a) Insistir en la posibilidad del período de ventana
- b) Indicar rechequeo en tres meses, y seguimiento durante un año.
- c) Desmistificar prueba negativa = vacuna.
- d) Insistir en la responsabilidad con su propia salud, a partir de la información que posee.
- e) Manejar compromiso de transmitir a otros la información recibida.
- f) Elaborar plan de prevención personal, para reducir los riesgos.
- g) Diseñar plan de seguimiento y aplicar decálogo de cambio.
- h) Mencionar que un resultado negativo no siempre significa que la pareja sexual no está infectada.
 - * Desestimular las reacciones de euforia, cuestionándolas, para aumentar la necesidad de información
- i) Generar expectativas en cuanto a la necesidad de prevención y nuevas visitas.
- j) Explicar prácticas sexuales de riesgo, las de menor riesgo y sexo seguro.
- k) Modelar la utilización del preservativo.

Tanto los aspectos relevantes de la Consejería Preprueba y como los de la Postprueba expresados anteriormente están referidos a la temática del VIH/SIDA pero son perfectamente ajustables para lo relacionado con las ITS. El impacto emocional que tiene para algunas personas un posible diagnóstico de una ITS puede ser comparable con el del VIH a pesar de la significativa diferencia en la evolución clínica de estas infecciones.

CONSEJERÍA DE INFORMACIÓN GENERAL

Explorar el contexto:

- Identificar necesidades de información.
- Determinar conocimientos previos sobre el tema.
- Constatar relación entre los temas de interés y la situación real del cliente (hasta que punto es una simple curiosidad o es un problema que lo afecta personalmente).
- Ayudar al cliente a identificar sus comportamientos de riesgos.

- Explorar sus sentimientos con relación al tema o situación.

Brindar información personalizada.

- Corrigiendo la información errada (sin mostrarnos superiores al cliente o haciendo énfasis en su desconocimiento).
- Aportando elementos novedosos sobre el tema (a partir de su situación particular).

Promover cambios de comportamientos

- Generar motivación para promover cambios de comportamientos (si el cliente, debido a nuestra actuación aumenta su percepción de riesgo puede ser que se proponga cambios de comportamientos).
- Aplicar alguno de los métodos para el abordaje del cambio de comportamiento.

Plan de prevención personal, un método de elaboración de alternativas para el cambio de comportamiento.

La adopción de nuevos comportamientos exige recursos personales para la adaptación a los cambios y para la elaboración de la pérdida de los beneficios percibidos como inherentes a los comportamientos de riesgo (por ejemplo, la percepción de las relaciones sexuales desprotegidas como más eróticas y placenteras que en las que se utiliza condón). El consejero puede ayudar al cliente en la incorporación de algunos de estos recursos y acompañarlo en el proceso de implementación de los cambios. Proceso constituido por cambios paulatinos, paso a paso, con retrocesos ocasionales que significan fracasos. Es importante tener presente que los cambios que para una persona pueden ser de muy fácil adopción para otro sujeto representan un gran ejercicio de voluntad y fuente de incalculables conflictos y tensiones.

Al trabajar con el cliente en la implementación de los cambios debemos tener presente los recursos comunicativos con que dispone, sus habilidades para la negociación de prácticas sexuales de menos riesgo, de manejar las repercusiones que pueden tener en otras personas estos cambios. No es suficiente con que el cliente se perciba en riesgo, conozca cómo puede disminuirlo y cómo utilizar el condón. Esta sería una visión demasiado simplista y sumamente inefectiva.

Existen diferentes métodos para promoción cambios de comportamiento, provenientes muchos de ellos del Enfoque Cognitivo Conductual, que han sido ampliamente empleados en el área de la salud. A continuación presentamos uno de los más utilizados con eficacia en nuestros servicios:

A) ELABORACIÓN DE UN PLAN DE PREVENCIÓN PERSONAL

Clarificación de la situación-problema:

En el inicio de la intervención al cliente le deben quedar claros los siguientes aspectos:

- *se puede evitar transmitir las ITS y el VIH a otros.*
- *contraer el VIH y las demás ITS se puede evitar, sólo cuando las personas modifican voluntariamente su conducta.*
- *es difícil cambiar comportamientos, pero se puede lograr si se realizan los cambios paso por paso, y se invierte tiempo, esfuerzo y compromiso.*
- *para las personas sexualmente activas, protegerse significa:*
 1. *Abstenerse de tener relaciones sexuales*
 2. *Tener relaciones sexuales con una sola persona, de quien se esté seguro(a) que no está infectada con el VIH u otra ITS y que, además, no tenga otros compañeros o compañeras sexuales*
 3. *Usar condón cada vez que se tengan relaciones sexuales*
 4. *Sólo participar en actividades sexuales en las que no haya penetración*

Identificación de los cambios a implementar

Hay que ayudar al cliente a identificar los cambios que necesitará considerar para evitar infectarse o infectar a otros:

pedirle que identifique comportamientos nuevos que deberá adoptar para disminuir los riesgos
pedirle que identifique comportamientos que practica con poca frecuencia que deberá adoptar para disminuir los riesgos (aquí hacemos referencias a comportamientos ocasionales o

aquellos realizados en períodos concretos en el pasado. Ejemplo: en la adolescencia, durante el embarazo, etc.).

Diseño de las acciones a realizar para la implementación del cambio

Discutir con el cliente la forma en que pretende realizar los cambios, cómo los piensa llevar a cabo (de la manera más detallada posible).

Identificación de las barreras u obstáculos

Explorar e identificar obstáculos para estos cambios de conducta. Intentar prever los elementos obstaculizadores para el cambio de comportamiento, de la manera más práctica y realista posible (en ocasiones los clientes se proponen cambios en condiciones ideales que los hacen irrealizables o desestiman barreras importantes).

Formulación de estrategias

Ayudar a formular estrategias para superar estos obstáculos. Ayudar al cliente a pensar qué debe hacer para evitar las barreras o superarlas.

5. Identificación del comienzo

Ayudar a identificar un primer paso realizable para iniciar la modificación de su comportamiento. En la medida que el cliente sea capaz de dar un primer paso estamos más próximos de que sienta apto para continuar con los siguientes pasos.

Reforzamiento de la autoeficacia

Recordarle que sólo él o ella puede implementar los cambios necesarios para protegerse; que esto, aunque difícil, es posible.

RECOMENDACIONES PARA ALGUNAS SITUACIONES DÍFICILES MÁS COMUNES A ENFRENTAR EN LA CONSEJERÍA.

En nuestra práctica profesional se nos han presentado situaciones que nos resultan difíciles y no poco comunes que resultan altamente tensas para los consejeros, sobre todo aquellos con

menos experiencia. Hemos podido elaborar algunas sugerencias prácticas para estas situaciones.

CLIENTE QUE NO HABLA

- ⌘ darle tiempo
- ⌘ legitimizar lo difícil que es hablar sobre ciertos temas
- ⌘ invitarlo a jerarquizar las preocupaciones
- ⌘ recordar la confidencialidad del servicio
- ⌘ indagar si prefiere ser atendido por otro consejero
- ⌘ controlar nuestra ansiedad ante el silencio

CLIENTE QUE LLORA DURANTE LA SESIÓN

- ⌘ no enjuiciar
- ⌘ dar tiempo a recuperación
- ⌘ mostrar empatía
- ⌘ esclarecer razones de la depresión
- ⌘ legitimar ese estado de ánimo
- ⌘ ofrecer testimonio si existe la posibilidad
- ⌘ se recomienda hacer preguntas para cortar el llanto

COMPROMETIMIENTO AFECTIVO Y SOBREIMPLICACIÓN DEL CONSEJERO CON LA PROBLEMÁTICA DEL CLIENTE

- ⌘ asumir una actitud profesional
- ⌘ buscar ayuda especializada
- ⌘ en última instancia, derivar a otro consejero

TEMA DIFÍCIL

- ⌘ superación técnica
- ⌘ apoyo en otros especialistas
- ⌘ si no se tiene respuesta en ese momento, reconocerlo (el consejero no tiene que ser omnipotente ni onnisapiente), y quedar en dar respuesta en otro momento

CLIENTE QUE SE NIEGA A DERIVACIÓN

- ⌘ insistir y argumentar la necesidad de atención especializada
- ⌘ convencer de lo oportuno de tratamiento temprano

- ⌘ dar elementos confiabilidad de los especialistas a los que se deriva (siempre y cuando se tenga certeza de esto)
- ⌘ darle tiempo y mantener seguimiento por consejería

IMPRESIONA QUE ES UN CLIENTE QUE PLANTEA PROBLEMA FALSO

- ⌘ realizar una minuciosa exploración del contexto
- ⌘ evaluar correspondencia entre dimensión problema planteado y estado emocional
- ⌘ brindar confianza
- ⌘ no verbalización de la sospecha
- ⌘ ofrecer elementos ventajosos del programa
- ⌘ comprensión si se devela la simulación

VALORES DIFERENTES A LOS DEL CLIENTE

- ⌘ aceptar al cliente
- ⌘ no criticarlo
- ⌘ no transmitir rechazo

MUCHAS PERSONAS JUNTAS EN CONSULTA

- ⌘ si dificultan la expresión del cliente deben abandonar el local
- ⌘ pedir y ofrecer información no confidencial
- ⌘ no descentralizar problema hacia familiares y allegados, que están presente

CLIENTE EXIGE DEFINICIÓN DE FIDELIDAD DE LA PAREJA

- ⌘ no tomar partido en cuanto aseveración de infidelidad
- ⌘ convenir siempre lo referido por el afectado
- ⌘ la dimensión del problema requiere de ayuda mutua, es más importante involucrar a la pareja en la resolución del problema
- ⌘ existen ITS que tienen periodo de incubación largo.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

1. AIDSCOM: ***A través del espejo. El papel del consejero en la prevención del SIDA. Guía de Consejería.*** AIDSCOM. México, 1991.
2. Alfonso Cruz, M.A: ***Fundamentos Teórico - Metodológicos para la Creación de servicios de Consejería Cara a Cara en VIH/SIDA/ITS.*** Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, Universidad de La Habana. Ciudad de La Habana, 2000.
3. Báez, E et al: ***Talleres de Capacitación en Educación y Prevención de la Transmisión del VIH/SIDA.*** Manual de instrucción. 3^{era} Edición. Patronato de lucha contra el SIDA. Santo Domingo, 1995.
4. Bor, R and Meursing, K: ***¿Qué se necesita para un buen aconsejamiento?*** Acción en SIDA, No 24. México, 1995.
5. Coutinho, O y Mhlanga, D: ***Confidencialidad contra secreto.*** Acción en SIDA, No 24. México, 1995.
6. Meursing, K: ***Cómo abordar temas difíciles?*** Acción en SIDA, No 24. México, 1995.
7. Calviño, M: ***Orientación psicológica. Esquema referencial de alternativa múltiple.*** Editorial Científico-Técnica. La Habana, 2002.
8. ILPES: ***Manual para la capacitación de operadores de una línea telefónica de ayuda e información sobre SIDA.*** ILPES, San José, 1998.
9. Pujari, S: ***Apoyo para un comportamiento más seguro.*** Acción en SIDA, No 24. México, 1995.
10. CNPITS-VIH/SIDA: ***Conociendo sobre VIH.*** Ed. Pueblo y Educación. Ciudad de La Habana, 1999.
11. CNPITS-VIH/SIDA: ***Viviendo con VIH.*** Ed. Pueblo y Educación. Ciudad de La Habana, 1999.

UNIDAD 9: INTERVENCIÓN EDUCATIVA.



ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN EN BARRIOS MARGINALES.

Introducción:

La epidemia de VIH-SIDA en Cuba está caracterizada por un crecimiento lento, concentrada en grupos específicos y cada año se observa aún un incremento en el número de casos, por lo que si se quiere frenar y reducir la propagación y el impacto de la misma, es necesario profundizar en los diferentes factores que inciden .

Se conoce que la epidemia de VIH-SIDA no es sólo un problema de salud, sino un complejo médico, social, económico, político, cultural y de derechos humanos, que toca a todos los sectores de la sociedad. También se identifica a la prevención como la base de la respuesta contra esta enfermedad y la necesidad en esta lucha, de reforzar los elementos de la prevención con la atención, el apoyo y el tratamiento de los infectados.

Los factores sociales, culturales, políticos, económicos, psicológicos y de género influyen sobre ella, la transmisión de la infección está muy vinculada a estos factores y por tanto es necesario conocer más a fondo esta dinámica para estar mejor preparados y poder guiar estas intervenciones que podrían prevenir una mayor propagación del VIH.

En los últimos años se ha prestado singular atención a la caracterización social de la epidemia, por los datos epidemiológicos obtenidos. En cada provincia se conoce la estratificación de los casos y los municipios más afectados, así mismo en cada municipio están identificados los barrios con mayor incidencia de VIH-SIDA. Análisis realizados por los Grupos de Prevención a niveles municipales , provinciales y nacionales destacan la relación entre las áreas de mayor incidencia con aspectos sociales y económicos desfavorables, por lo que se ha priorizado el enfoque de la prevención hacia la dimensión social.

Elevar la dimensión social a un determinado nivel de atención lleva consigo fortalecer la capacidad de las personas, organizaciones y organismos para desarrollar este enfoque a través de la capacitación, investigación, desarrollo del conocimiento y conocimientos aplicados orientados a la acción..

Se cuenta a nivel local con múltiples fortalezas para vencer este desafío: identificación por los gobiernos de los barrios priorizados, existencia a nivel de la base de instituciones, organizaciones y grupos que trabajan el tema desde otro ángulo(escuelas de trabajo social, comisiones de prevención social, grupos de trabajo comunitario).

En el presente artículo se exponen conceptos básicos para el abordaje de la prevención en los barrios priorizados, recomendaciones para desarrollar un trabajo integral (multidisciplinario e intersectorial) y algunas experiencias prácticas como estudios de casos que pueden tomarse como ejemplo, teniendo en cuenta que no todas las localidades son iguales, que los aspectos sociales del VIH-SIDA en cada uno de ellos han de variar y por lo tanto han de tener en cuenta el contexto sociocultural

BARRIOS PRIORIZADOS, INSALUBRES, MARGINALES.

Se caracterizan por:

- No abastecimiento de agua potable
- No alcantarillado
- Malas condiciones de la vivienda
- Déficit en la infraestructura que no garantiza la sostenibilidad de las personas.
- No desarrollo vial
- Falta de instituciones sociales o unidades de servicios

¿Por qué la población de los barrios priorizados se consideran vulnerables al VIH-SIDA y otras infecciones de transmisión sexual?

Las condiciones socioeconómicas bajas, aumentan la vulnerabilidad de las personas que allí habitan porque

- se ponen de manifiesto las diferencias de poder entre hombres y mujeres(género) muchas veces acrecentadas por la dependencia económica ,

- las estrategias de supervivencia que asumen para enfrentar la vida pueden incluir conductas sexuales de alto riesgo,
- existen demandas deficientes a la información,
- genera una población móvil (de entradas y salidas) en la búsqueda de oportunidades diferentes a las que existen en el lugar.
- poco interés por las actividades de información, educación y comunicación dirigidas a la población general y no específicas debido a que su interés inmediato es lo material y a menudo si los mensajes no los aprecian dirigidos a ellos, sólo los ven como "aplazamiento del placer".
- no tienen preparación, ni percepción del riesgo para negociar prácticas sexuales seguras.

¿Cómo iniciar el trabajo de prevención en un barrio priorizado?

1. Identifique las comunidades marginales a nivel de provincia y municipio.
2. Contacte con el Presidente del Consejo Popular, Grupo de Trabajo Comunitario , Comisión de Prevención Social y organizaciones de masas para actividad de información y sensibilización.
3. Seleccione un área piloto, con vistas a una generalización posterior de la experiencia.
4. Inicie la capacitación especializada a los equipos técnicos provinciales, municipales, médicos y enfermeras de la familia del área piloto y otros sectores sociales .
5. Identificación y sensibilización de personas de la comunidad (grupos vulnerables) del área piloto. Realización de investigaciones cualitativas para identificar cultura sexual , prácticas de riesgo, códigos del lenguaje, medidas para reducir el riesgo etc.
6. Capacitación a los representantes de las poblaciones vulnerables del área piloto.
7. Debatir el contexto sociocultural del área seleccionada con los sectores sociales, buscando apoyo del presidente del consejo popular (debe discutirse el análisis de la situación de salud realizado por el personal de salud, diagnóstico sociocultural que a menudo tiene el representante de cultura, análisis de la situación de los delitos etc). Se identifican las características socioculturales de la población y sus asociación con el cuadro de salud sexual y los elementos necesarios para su abordaje integral.

8. Diseño de la intervención atendiendo a:
- a) definición de metas y objetivos a alcanzar y en qué período
 - b) Seleccionar la estrategia previa identificación de los mecanismos a emplear en los diferentes escenarios en los que se puede actuar en cada población vulnerable.

Entre los mecanismos a emplear se incluyen la utilización y/o aplicación de las políticas públicas, la creación de ambientes de apoyo, la reorientación de los servicios de salud, la participación comunitaria, la creación de habilidades personales.

1. **Elaboración o aplicación de políticas públicas** Las políticas públicas y la legislación constituyen un elemento esencial, pueden reducir al mínimo la discriminación y ofrecer protección a las personas afectadas, adoptar medidas específicas para promover la confidencialidad, las normas profesionales de la atención en salud, y priorizar los servicios de educación para la población entre otros.
2. **Creación de ambientes de apoyo** . Para hacer que la acción preventiva se mantenga requiere de adopción de medidas para las personas con conductas de alto riesgo, entre ellas el uso del condón. Crear un ambiente favorecedor al uso del condón incluye que satisfaga las necesidades de los usuarios, que tenga una promoción eficaz, que pueda adquirirse con facilidad y que tenga un precio que el pública considere razonable (las cuatro P: producto, promoción, plaza y precio).
3. **Reorientación de los servicios de salud.** La orientación de los servicios de salud sólo con atención y clínicos es insuficiente, se hace necesario la creación de servicios de asesoramiento y educación a la población general con énfasis en la población de alto riesgo. Los profesionales de la salud deben estar preparados para abordar temas como los diferentes comportamientos sexuales y orientación sexual., esto obliga a los profesionales a enfrentarse a sus propios tabúes y prejuicios. Los profesionales de la salud como líderes de opinión pueden ser rectores de la opinión pública para trabajar los prejuicios y estigmas de la población.

4. **Participación Comunitaria** : Incorporar al trabajo educativo a los representantes de los grupos vulnerables y promover la participación de los mismos en la lucha contra esta enfermedad es fundamental y tiene como objetivos favorecer una acción común en el grupo que pueda producir cambios personales y medioambientales dirigidos al control de su salud sexual y la prevención de la enfermedad. Fomentar la formación de educadores pares y el voluntariado distingue el componente educativo del Programa Nacional de Lucha contra el SIDA.
5. Creación de habilidades personales para adoptar conductas sexuales seguras. El grado de conocimiento del individuo sobre el tema puede incrementar su comprensión y prepararlo para elegir la opción más saludable. A través de la educación entre iguales , el uso de los medios de comunicación masiva, grupal y/o personal pueden crearse las capacidades para lograr un cambio de comportamiento siempre que se complementen con los sistemas de apoyo.

Los escenarios a trabajar serán identificados en conjunto con las representaciones de los grupos vulnerables y serán todos aquellos lugares (de reunión, sexo, encuentros) a los que acude la población con la que se quiere realizar el trabajo educativo.

Evaluación de las acciones:

1. Constatar la adecuación de los objetivos con las necesidades de la comunidad.
2. Evaluar el involucramiento de la comunidad en la elaboración y ejecución de las acciones.
3. Indicadores de los cambios operados:
 - mejoramiento de los indicadores condiciones de vida.
 - Incremento de los conocimientos
 - Enriquecimiento de las actitudes positivas hacia las conductas sexuales seguras
 - Modificación de los comportamientos sexuales de riesgo
 - Modificación de los comportamientos adictivos y de disfuncionalidad social
 - Incremento de las ventas de condón
 - Disminución de las tasas de infección en los grupos específicos.

BIBLIOGRAFIA BASICA

- Propuesta para la prevención del VIH/SIDA en Barrios Marginales. GOPELS 2002. Documento no publicado.
- RAWOO. Hacer que las ciencias sociales importen en la lucha contra el VIH/SIDA. Septiembre 2002.
- OPS. Promoción de la salud. Una antología . Publicación Científica No 557.

TRABAJO INTERSECTORIAL EN ITS-VIH/SIDA

CONCEPTO

Es el esfuerzo mancomunado de varios sectores hacia metas de salud.

ACCIÓN INTERSECTORIAL EN ITS-VIH/SIDA

Intervención coordinada de instituciones representantes de más de un sector social en acciones destinadas total o parcialmente a abordar la problemática de las ITS-VIH/SIDA.

PRINCIPIOS PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES INTERSECTORIALES

Partir del problema y no del sector. Para ello resulta decisivo una correcta identificación y delimitación del problema.

1. Fortalecer la **voluntad política** de desarrollar acciones intersectoriales en salud.
2. Promover la **concepción social de la salud, el enfoque epidemiológico y la orientación preventiva y de promoción de salud**, fundamentalmente en las esferas más influyentes dentro y fuera del sector salud. Aprovechar la **comunicación social**, utilizando los **medios de difusión masiva** por su gran poder de penetración y conformación de ideas y actitudes en amplios grupos sociales.
3. Estudiar las **estructuras de poder** existentes, y diseñar acciones estratégicas tendientes a fortalecer la **participación popular**.
4. Utilizar la **planificación estratégica** en el diseño de proyectos y programas de salud.
5. Promover la formulación y realización de **proyectos** por ser instrumentos que favorecen la intersectorialidad.
6. Privilegiar el **financiamiento** de programas y actividades intersectoriales.
7. Promover la realización de **investigaciones, cursos, talleres, etc.** de carácter intersectorial.
8. Favorecer la **participación social** en salud.

9. Desarrollar mecanismos y vías para la **coordinación y comunicación intersectorial**.
10. Fortalecer la **coordinación intrasectorial** en el sector salud, la estrategia de Atención Primaria y los Sistemas Locales de Salud en el marco de Sistemas Nacionales fuertes e integrales.

Factores que intervienen **favoreciendo o limitando** a distintos niveles el desarrollo de la acción intersectorial.

1. Sistema de información

Los datos necesarios para la gestión, la capacidad de brindar una visión integral del problema y de la marcha de los programas y proyectos, las vías para la transmisión de los datos, la información cruzada entre sectores, y en general la oportunidad, precisión, calidad, y carácter globalizador de la información que llega al nivel de análisis y toma de decisiones resulta determinante para todo el proceso de la acción intersectorial.

2. Coordinación y comunicación intersectorial

Es un componente fundamental para la marcha de las acciones, y para el óptimo aprovechamiento de los recursos sectoriales en función de objetivos intersectoriales.

Establecer una adecuada comunicación con cada uno de los sectores donde se destaque la claridad de los mensajes; sistematicidad; utilizando varios canales y adaptados a la capacidad del oyente.

3. Relación con el sistema de salud

Establecer relación entre los sectores sociales y el sistema de salud e identificar el peso específico de cada uno de ellos en las acciones, la orientación predominante de sus acciones en los campos de la promoción y la prevención, la utilización de un correcto enfoque epidemiológico, y otros elementos afines, favorecen el desarrollo de acciones intersectoriales.

4. La situación económica

Es un elemento principal a tener en cuenta para el desarrollo de acciones intersectoriales. El financiamiento de los sectores para los programas sociales, y las prioridades que se establecen para la asignación del presupuesto estatal, pueden favorecer o frenar el desarrollo de las acciones intersectoriales. También deben identificarse en cada territorio según la actividad económica predominante los sectores sociales representativos para desarrollar el trabajo de prevención.

5. La participación social

Es un elemento de peso en las relaciones de poder fundamentalmente en el nivel local. La existencia de comunidades organizadas, activas y fuertes, puede determinar la realización de acciones intersectoriales. La organización de los sectores debe ser integrada a través de la creación de un equipo de poder Ej. GOPELS, donde participen los máximos representantes de cada sector seleccionado.

6. Los factores científicos-tecnológicos

Especial relevancia tiene la intervención de los centros de investigación, sobre todo los de importancia estratégica, que permitirá a través de los estudios que se realicen, identificar las características fundamentales de los grupos beneficiarios; así como medir el impacto de las acciones.

7. Cooperación internacional

La forma en que los organismos internacionales, las agencias, las ONG, y las instituciones donantes brinden la cooperación técnica o financiera, lo cual puede favorecer el desarrollo de las acciones intersectoriales.

8. Barreras socio-psicológicas

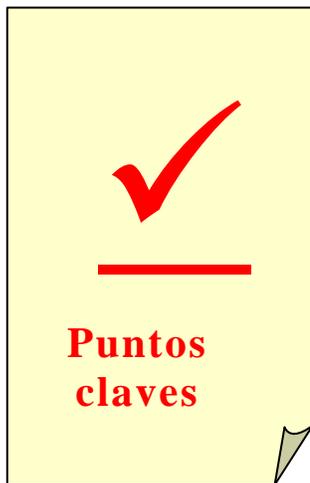
El proceso de sensibilización es fundamental , recordar que los sectores lo integran personas que pueden estar influenciadas desde el punto de vista individual por los mismos factores socioculturales que tiene la población general.

TRABAJO INTERSECTORIAL EN VIH/SIDA EN CUBA

En mayo de 1996 se elabora y pone en funcionamiento en nuestro país, el Plan Intersectorial para la Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA.

El objetivo fundamental de este plan es **garantizar la participación activa de los sectores involucrados en acciones que contribuyan a la reducción de la transmisión de estas infecciones y a la propagación de las mismas**. Todo lo cual está condicionado por factores Psicológicos, Culturales y Sociales, la familia, la escuela, los medios de comunicación social que contribuyen a formar normas, valores y modelos de conducta, que pueden facilitar o entorpecer un comportamiento sexual más saludable con vistas a evitar estas infecciones.

Es por ello que la **Promoción de conductas sexuales saludables y Prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA rebasa los marcos de la salud para ser un problema y una responsabilidad de todos los sectores de la sociedad**, aspecto que justifica las acciones intersectoriales a todos los niveles.



- Adiestramiento y preparación de la capacidad técnica de los distintos actores sociales, basado en la sensibilización y motivación para la consecución de las actividades comunitarias establecidas en el plan.
- La capacitación se realizará en forma de cascada.
- Establecer un proceso de evaluación y monitoreo de las actividades que planifique cada sector. Estas actividades deben ser confeccionadas haciendo un análisis de los factores que acrecientan el riesgo y la vulnerabilidad del grupo .

INTEGRANTES DEL PLAN INTERSECTORIAL EN EL TRABAJO DE PREVENCIÓN DE LAS ITS Y EL VIH/SIDA EN CUBA.

- ⌘ **Representantes del Gobierno.**
- ⌘ **Organizaciones políticas, estudiantiles y de masas:** UJC, FEU, FEEM, CDR y FMC.
- ⌘ **Ministerios:** MINED, MES, MINJUS, MINTRAB, MINCIN, MINFAR, MININT, CITMA, MINCONS, MINTUR, MINVEC.
- ⌘ **Policía Nacional Revolucionaria.**
- ⌘ **Fiscalía General De La República.**
- ⌘ **Tribunal Supremo Popular.**
- ⌘ **Instituciones de salud:** CENESEX, CNPES, Sanatorios, IPK.
- ⌘ **Laboratorio de Referencia Nacional.**
- ⌘ **Comisión de Prevención Social.**
- ⌘ **Instituto Cubano de la Radio y la Televisión.**
- ⌘ **Instituto Nacional de Deportes, Educación Física y Recreación.**
- ⌘ **Campismo Popular.**
- ⌘ **Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas.**
- ⌘ **Asociación Nacional de Agricultores Pequeños.**
- ⌘ **INTEGRANTES DEL PLAN INTERSECTORIAL EN EL TRABAJO**
- ⌘ **Biotecnología.**

RESPUESTA AMPLIADA A LA EPIDEMIA

En los últimos años, el abordaje del VIH/SIDA se ha redimensionado y no sólo se presta atención al comportamiento de riesgo del individuo, sino también a los factores ambientales y sociales inmediatos que influyen en dicho comportamiento y a la influencia que la familia y la comunidad ejercen sobre el comportamiento de una persona.

El reconocer estos aspectos obliga a adoptar un criterio con respecto al VIH/SIDA que va más allá del acto inmediato de arriesgarse y de los factores ambientales inmediatos que influyen en él, y se ocupa de los factores que crean un clima general en el que esos comportamientos de riesgo se ven fomentados, se mantienen y resultan difíciles de modificar. Es preciso tener en cuenta los aspectos individuales, familiares y comunitarios de una manera más integral y complementarlas a través de una respuesta ampliada a esta epidemia, de tal manera que la misma sea tomada en cuenta cuando se planifiquen o ejecuten programas de otros sectores que son afectados por la misma.

El enfoque de Respuesta Ampliada tiene como aspectos fundamentales que cada sector analice los riesgos fundamentales que tiene su población de adquirir la infección y la vulnerabilidad para tratar de reducirlas a corto, mediano y largo plazo.

La Respuesta Ampliada es una forma de abordaje del problema que se concreta en un plan de acción intersectorial. Se trata de que cada sector analice en sí mismo, cómo puede afectarse por el VIH/SIDA y no sólo piense en la población general, sino también en sus trabajadores, también se incluye el análisis de cómo sus proyecciones de desarrollo pueden influir favorablemente o no en la evolución de la epidemia.

La Respuesta Ampliada puede darse en varias dimensiones:

- Analizando la probabilidad que tiene su población de infectarse por VIH/SUDA
- Identificando las personas con conducta de riesgo en su población
- Ampliando la cobertura. Procurando llegar a comunidades sub-atendidas, esforzándose por incluir mujeres y hombres de los grupos de edad más vulnerables y los grupos marginados etc.
- Concentrando las acciones. Dirigiendo los recursos a las persona más vulnerables y que tienen menos probabilidades de resultar beneficiadas por otros programas.
- Ampliando las relaciones de trabajo entre los organismos.
- Dinamizando la participación de los sectores.
- Movilizando y aprovechamiento de los recursos.
- Buscando sostenibilidad y sistematicidad en las acciones.

EVALUACION :

La Evaluación es de **Proceso** y de **Impacto**.

La misma estará presente desde el análisis del comportamiento epidemiológico de las ITS-VIH/SIDA por las direcciones y vice-direcciones de epidemiología en los diferentes niveles, así como el resultado de investigaciones socio-culturales que se realicen con los grupos o comunidades seleccionadas.

INDICADORES

De Proceso:

- Número de Actividades de capacitación realizadas en el sector.
- Número de personas capacitadas.
- Número de Servicios de consejería abiertos y funcionando.
- Número de proyectos educativos funcionando.
- Cantidad de condones vendidos y ofertados gratuitamente.

De Impacto:

- Número de personas diagnosticadas.
- Número de personas que manifiestan usar el condón.

ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN:

- **Reuniones de Análisis Intersectorial:**

Participan miembros del Grupo Operativo para el enfrentamiento y lucha contra el SIDA (GOPEIS)

PERIODICIDAD: Trimestral.

- **Visitas de Supervisión:**

Se realizan por grupos integrados por los diferentes sectores en los distintos niveles que corresponda (Nacional, Provincial, Municipal o Consejo Popular).

PERIODICIDAD: Semestral.

- **Observación de las actividades Programadas:**

PERIODICIDAD: Permanente.

- **Aceptación y Participación de los Beneficiarios:**

Aplicando técnicas rápidas de investigación se evaluará.

PERIODICIDAD: Permanente.

¿ Qué es GOPELS?

Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha contra el SIDA.

Este grupo tuvo su origen en 1986, con el propósito de trazar las políticas a desarrollar ante esta nueva situación de salud. En 1992 cesó la actividad del grupo y en noviembre de 1996 es activado nuevamente.

En la actualidad este grupo está dirigido por el Gobierno e integrado por todos los organismos y organizaciones que participan en el plan intersectorial y tiene como invitados permanentes y al Partido; es **un grupo** donde **se toman decisiones** y se **trazan las diferentes políticas** a seguir con relación al VIH/SIDA, participa la máxima figura de cada sector, asesorado por un equipo técnico.

Está orientada su constitución en todas las provincias y municipios del país y la realización de sus reuniones de trabajo según periodicidad necesaria, con el objetivo de analizar la situación de las ITS-VIH/SIDA en el lugar y trazar estrategias específicas para cada provincia o municipio. Debe establecerse la periodicidad de las reuniones de acuerdo a las necesidades de la localidad

Principales
Temas que
se
analizan
en GOPELS

- Chequeo de acuerdos.
- Situación Epidemiológica actualizada del VIH/SIDA.
- Información de Cumplimiento del Plan Intersectorial por los diferentes organismos.
- Análisis de la marcha del Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA.
- Temas de interés a debatir en conjunto para la toma de decisiones.

EXPERIENCIAS DEL TRABAJO INTERSECTORIAL EN LA PREVENCIÓN DE LAS ITS-VIH/SIDA EN CUBA:

CDR:

- **La Salud de Cara a los CDR en la prevención de las ITS-VIH/SIDA.**

Se realizó debate en los barrios con los jóvenes en el que participaron los médicos de familia, el representante de los CDR y otros miembros de la familia cederista debatieron sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA con énfasis en la población entre 15 y 29 años, por ser la más vulnerable a estas enfermedades. **El objetivo de la actividad sensibilizarla para que adopten conductas sexuales saludables para la prevención de las mismas.**

Este proceso realizado en 1999 - 2000. Para ello se un material (tabloide). La evaluación del proceso aportó que en el 98,4% de los barrios se ejecutó la actividad con la participación del 61,3% de la población.

ICAIC:

- **Proyecto Géminis.**

Proyecto de Comunicación Educativa realizado por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y el Instituto Cubano del Arte y la Industria Cinematográfica (ICAIC) con jóvenes y adolescentes, a través de Talleres sobre Prevención de las ITS-VIH/SIDA y de Comunicación, los jóvenes y adolescentes elaboraron sus propios mensajes sobre el tema. Se desarrolló en escuelas de Enseñanza Media.

FEU-MES-UJC:

- **Formación de Promotores.**

En coordinación con estas organizaciones se formaron promotores para la prevención de estas enfermedades en las Universidades, en Centros de la Enseñanza Media, Escuelas Emergentes, Escuelas de Superación Integral y población en general.

Ejemplo: Facultad de Derecho, Instituto Preuniversitario Vocacional de Ciencias Exactas "Vladimir I. Lenin", Preuniversitario en el Campo de Yagüajay, Escuelas Emergentes de Enfermería, Formadoras de Maestros, de Trabajadores Sociales, de Superación Integral y Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas.

FMC:

- **La Mujer en la Prevención del VIH/SIDA**

A través de las Casas de Orientación a la Mujer y la Familia se imparten Talleres de Formación de Promotores a mujeres en la Prevención de las ITS-VIH/SIDA en este grupo, así como el montaje de Buroes de Información, Servicios de Consejería y la elaboración de materiales educativos específicos.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- Suarez Jiménez Julio. Acción Intersectorial en Salud. La Habana, Publicación Marzo. 1991.
- Manual Metodológico de Prevención de las ITS/VIH/SIDA. Respuesta ampliada a la epidemia. C.Habana. 2001.

VULNERABILIDAD Y VIH/SIDA

MUJERES

Al cierre del 2002 alrededor de 42 millones de personas vivían con el VIH, de estos 19,2 millones son mujeres . Se reportaron 5 millones de nuevas infecciones por el VIH en ese año y el 40% de las mismas corresponden a este grupo.

El continente más afectado es el Africano y es el único del planeta donde la infección afecta más a la mujer que al hombre en una proporción de 12/10, o sea, por cada 12 hombres infectados hay 10 mujeres.

Los factores que contribuyen al aumento de las infecciones por el VIH/ SIDA en las mujeres son universales: la ya mencionada heterosexualidad de la epidemia y el aumento en el índice de casos de infecciones de transmisión sexual que facilitan la transmisión del VIH se observa en todo el mundo.

FACTORES DE RIESGO

FACTORES BIOLÓGICOS:

- **El semen contiene más VIH que los fluidos vaginales**

Basado en que el VIH necesita de células vivas para transmitirse y como el semen tiene mayor contenido celular que los fluidos vaginales, es entonces más infectantes.

- **El semen permanece más tiempo en el tracto vaginal y rectal que los fluidos vaginales en el pene.**

Por tanto el tiempo de exposición de las mujeres al VIH es mayor en las relaciones heterosexuales desprotegidas.

- **Mujeres < 18 años y en etapa post menopáusica tienen la mucosa vaginal más permeable al VIH.**

Ya que en las mujeres menores de 18 años la mucosa vaginal no ha adquirido la densidad celular para actuar como barrera eficaz y en las post menopáusicas se vuelve más delgada y débil.

- **Muchas ITS cursan asintomáticas en la mujer.**

- **La menstruación aumenta el riesgo de infección.**

FACTORES SOCIALES

- **Tolerancia social al cambio de pareja en el hombre y fidelidad de la mujer**

Por las ideas arraigadas de que el hombre tiene necesidades sexuales más urgentes por naturaleza que la mujer, siendo tolerada y perdonada por la sociedad la satisfacción indiscriminada de estas necesidades, mientras que a la mujer se le considera como muy valiosa su fidelidad.

- **Mayor valor a lo masculino**

Porque históricamente las sociedades asignaron mayor valor a lo masculino, menospreciándose a la mujer, a quien se le inculca que debe ser pasiva, resignada y dependiente.

- **Falta de comunicación en las parejas sobre la sexualidad**

Debido a que muchas mujeres asumen que sus esposos le son fieles, otras veces desconocen sus hábitos sexuales o se sienten inhibidas para hablar sobre ese tema.

- **Rechazo masculino al condón**

Esto ocurre con mayor frecuencia en la relación sexual estable del hombre (para controlar la sexualidad y fidelidad de la mujer), asociándose entonces su uso con las relaciones con trabajadoras del sexo. También medio el criterio machista sobre **HOMBRE**, que significa **TOMAR RIESGO** para ser un hombre real, un macho, en otras oportunidades es la mujer que rechaza el uso del condón, por asociarlo a relaciones casuales o con prostitutas

- **Subordinación de la mujer**

Aunque tenga conciencia de vulnerabilidad, carece de poder interpersonal para negociar con su pareja, siente temor por perder la relación, el apoyo económico o la violencia que pueda generarse.

- **Educación sexista**

Basada en las prohibiciones religiosas impuestas por las iglesias y sectores más conservadores, el argumento masculino de pérdida de la sensibilidad para el goce sexual y la asociación del uso del condón a las ITS y a las relaciones casuales.

- **Maternidad en adolescentes**

La maternidad aumenta el riesgo de contraer VIH porque tienen mayor vulnerabilidad biológica y social (deserción escolar, madres solteras), además las ITS pueden ser causa de infertilidad, lo cual propicia en parte de la sociedad, el rechazo y marginalización de la mujer que no es madre.

El SIDA en la mujer se encuentra relacionado directamente con el papel que la sociedad ha asignado a ella, es por ello que la prevención del SIDA en la población femenina sólo será posible, cuando la mujer tenga la capacidad para decir “ No “ a una relación sexual desprotegida.

Los programas de prevención tendrían que aumentar la autoestima y la confianza en las mujeres; tendrían que reconocer su valioso papel en la sociedad y superar las tradiciones que las excluyen, ya que “ la mujer es nuestra aliada en la salud”, frecuentemente es la proveedora de cuidados, la educadora, la portadora de cultura, etc.

La pregunta entonces es: ¿Qué debemos hacer hoy, para disminuir la vulnerabilidad de la mujer ante el SIDA?

Esta claro que debemos realizar muchas acciones y que se requieren grandes esfuerzos, para erradicar las causas subyacentes que explican la mayor vulnerabilidad de la mujer.

Lograr modificar los aspectos sociales y culturales llevará muchísimo tiempo, y estamos en tiempos de urgencia, las acciones a corto y mediano plazo son indispensables, para desarrollar estrategias novedosas que permitan superar o evitar los obstáculos para la prevención.

En nuestro país, existe una experiencia bien interesante, que lo constituye el Proyecto “ Mujer y SIDA”, rectorado por el Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH-SIDA y la federación de Mujeres Cubanas y se dirige este grupo, con el fin de que conozcan su gran susceptibilidad, tengan los conocimientos necesarios sobre la prevención del VIH y adquieran las habilidades que les permitan, desde una edad temprana, asumir un rol social más asertivo, pues solamente así podrán negociar eficazmente una relación sexual segura.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- Genero. Salud reproductiva y defensa y promoción. Manual de capacitación. The Center for development and Population Activities.2000.
- Simons, George F. Y G. Deborah Weissman. Men and Women: Patners at Work.CA: Crip publications, Inc., 1990
- Women, Ink. Two Halves Make a Whole; Balancing Gender Relations. Ottawa, Canada

HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON OTROS HOMBRES.

La epidemia de VIH/SIDA en Cuba ha tenido un crecimiento lento pero con elevada incidencia en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), identificándose en la actualidad como el grupo de mayor vulnerabilidad .

Las estadísticas demuestran el incremento del VIH/SIDA predominantemente en el sexo masculino (77%) y entre estos losHSH(78%) del total de los masculinos, con incremento de la proporción de ambos desde 1995.

Experiencias internacionales aportan que si bien en los primeros tiempos de la epidemia a nivel mundial la población de HSH aportaba la mayor cantidad de casos, en estos momentos muchas regiones han logrado la reducción con actividades que van desde la educación hasta el acceso a tratamientos.

Esta situación requiere del incremento de las acciones educativas para este grupo poblacional y del diseño una estrategia interventiva que garantice la efectividad de las acciones.

Se utiliza el término HSH en sustitución de los de homosexualidad y bisexualidad masculina, por la complejidad del comportamiento sexual humano y lo difícil que resulta diferenciar las manifestaciones de la identidad y la orientación sexual en el comportamiento; y distinguir el comportamiento sexual habitual del ocasional o casual. Por otra parte, muchos hombres con comportamiento exclusivamente homosexual no se reconocen como tales, y lo mismo ocurre con otros, que tienen una vida pública heterosexual, casados, con hijos, y que no se autoidentifican como bisexuales.

Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) es un término utilizado recientemente en el marco de la lucha contra el VIH/SIDA. Es una definición comportamental, descriptiva, que intenta reunir la variedad del comportamiento sexual masculino con mayor vulnerabilidad para la infección por VIH. Se intenta que los HSH se reconozcan en los mensajes que se elaboran para ellos porque en los mismos no se alude a sus posibles identidades sexuales o a las formas de autodenominarse (homosexual, gay, entendido, etc.) sino a sus prácticas sexuales, a sus relaciones sexuales con otros hombres.

Dicha vulnerabilidad esta regida por la acción recíproca de una gama de factores biológicos, epidemiológicos, psicológicos y sociales. Comprender la forma en que esta combinación de factores opera en el condicionamiento de una elevada vulnerabilidad, es una meta para todo el personal de la atención primaria de salud.

VULNERABILIDAD EPIDEMIOLÓGICA

- Para un HSH resulta más probable que algunas de sus parejas sexuales sea una PVVIH (dada la elevada incidencia del VIH en esta población) que para una persona exclusivamente heterosexual.
- Para un HSH tener un comportamiento desprotegido puede tener con mayor probabilidad consecuencias de adquirir el VIH que una persona exclusivamente heterosexual, por este motivo, el elevado número de HSH infectados con VIH no es sinónimo de tener mayores conductas sexuales de riesgo sino una muestra de su mayor vulnerabilidad frente a la epidemia.

VULNERABILIDAD BIOLÓGICA

- La deposición seminal en el recto incide en que el VIH permanezca más tiempo en contacto con la mucosa aumentando la probabilidad de infección.
- El semen es uno de los fluidos corporales con alta concentración de VIH y por ende altamente infectante.
- La mucosa del recto es absorbente y muy vascularizada, lo que favorece el paso del VIH al torrente sanguíneo.

VULNERABILIDAD PSICOLÓGICA

- El proceso de construcción de la identidad sexual está plagado, en la mayor o menor medida, de conflictos psicológicos y puede ir acompañado de:

- sentimientos de aislamiento
 - temor al ridículo
 - necesidad de ser aceptado
 - vergüenza de sí mismo
 - baja autoestima
 - dificultades en las relaciones interpersonales
 - necesidad del reconocimiento social
-
- Todo lo anterior interviene en las dificultades de los HSH para negociar el condón o las prácticas sexuales de menor riesgo y facilita que acepten los criterios y decisiones de los otros, desestimando sus propias necesidades y prioridades.

 - La esfera sexual, constituye una fuente de satisfacción emocional hiperbolizada, quizás por los costos emocionales de asumir una vida sexual diferente a la de la mayoría.

VULNERABILIDAD SOCIAL

- **La norma cultural** relacionada con el comportamiento sexual deseado es la heterosexualidad y lo diferente se considera una desviación.

- **El estigma social** marca a la homosexualidad como una enfermedad, como algo inmoral e incorrecto.

- Las personas no heterosexuales carecen de **espacios** para desarrollar su vida sexual y compartir con iguales.

- El rechazo de la familia, la carencia de espacios públicos y la necesidad de ocultar los comportamientos homosexuales para evitar el **rechazo social**, generan cambios frecuentes de pareja, relaciones sexuales con desconocidos, el mantenimiento de dichas relaciones en lugares inadecuados, con posibilidades de agresión, oscuros o donde es necesario el silencio para no ser descubiertos y puestos en evidencias, lo que influye en que los HSH tengan un mayor número de parejas sexuales y dificultades para negociar el condón u otras prácticas menos riesgosas.

Estos factores del grupo social conducen a la desatención o la exclusión social deliberada de las personas según su modo de vida privado, comportamientos o elecciones y, más especialmente, a causa de características socioculturales.

La combinación de estos factores puede generar o empeorar la vulnerabilidad individual al VIH-SIDA. El análisis de la misma implica no sólo determinar estos factores, sino también entender cómo influyen recíprocamente y de qué manera difieren en distintos contextos y culturas.

Analizando las acciones hasta ahora desarrolladas en el componente educativo con relación a los HSH estimamos que debe fortalecerse el mismo, por lo que se ha trabajado la siguiente estrategia.

OBJETIVOS:

Reducir la transmisión de la infección en hombres que tienen sexo con otros hombres.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Elevar la percepción de severidad y el riesgo de infección por VIH/SIDA.
- Proveer de habilidades comunicacionales para negociar un sexo mas seguro.
- Favorecer actitudes positivas hacia el uso del condón
- Crear capacidades asertivas y de autocuidado.

METODOLOGÍA A UTILIZAR:

- FORMACIÓN DE PARES**
Se utiliza la metodología de educación de pares, seleccionando personas para que interactúen con sus pares (personas con sus mismas prácticas sexuales), de esta manera, el mensaje educativo es transmitido en una relación de horizontalidad y mediante códigos comunes, que facilitan la movilización para el cambio.

□ **CAPACITACIÓN**

- Realizar cursos y talleres de entrenamiento como promotores para el trabajo entre los HSH, donde se potencia liza las habilidades comunicacionales, de conocimientos sobre las ITS/VIH/SIDA y las medidas preventivas, de información sobre los servicios disponibles y para el cuestionamiento de los elementos homo fóbicos internalizados.
- Capacitación y/o sensibilización del personal de salud y a representantes de otros sectores sociales que asumen una postura activa en el enfrentamiento a la epidemia.

□ **COMUNICACIÓN**

- Diseñar campañas educativas que incluya el uso de los medios masivos de Comunicación.
- La elaboración y distribución de materiales educativos para esta población
- Realización de videos debates y conferencias

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- Manual Metodológico de trabajo de Prevención de las ITS/VIH/SIDA. Cuba. 2001
- Ardila, Henry; Stanton, Jeffrey y Gauthier, Luis: "Estrategias y lineamientos para la acción en VIH/SIDA con HSH". ONUSIDA y Liga Colombiana de lucha contra el SIDA , Bogotá, 1999.
- Càceres , C. F y Rosasco, A:M: " Secretos a voces. Homeerotismo masculino en Lima: Culturas, identidades y salud sexual". REDES jóvenes, Lima, Perú, 2000.
- Castañeda, M: "La experiencia homosexual. Para comprender la homosexualidad desde dentro y desde fuera". Piados. México, 1999
- Onusida" La epidemia de SIDA: situación en Diciembre del 2001". Reporte anual Diciembre del 2001. Ginebra, Suiza. ONUSIDA/OMS.
- Task Force en HSH y VIH/SIDA en América Latina y el Caribe: " El VIH/SIDA y los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) en América Latina y el Caribe".

VULNERABILIDAD EN LOS MÁS JÓVENES

Los jóvenes del mundo entero están amenazados por el VIH/SIDA. De los 42 millones de personas que viven con VIH , más de una cuarta parte tiene de 15 a 24 años de edad, una edad en que la mayoría de las personas inician su vida sexual.

Existen algunos **factores** que los hace particularmente vulnerables a la infección por VIH/SIDA y otras ITS.

- El inicio de las relaciones sexuales en edades precoces significa que se tendrán mayor numero de parejas y por lo tanto una mayor exposición a infecciones, que los individuos que retrasan el inicio de la actividad sexual hasta la adolescencia tardía o adultez joven(Coupey y Klerman, Morris1992).
- Los varones adolescentes son menos estables y efectivos en el uso de anticonceptivos que los adultos, beneficiándose menos de sus efectos protectores.
- Tienen menos probabilidades de tener parejas estables y en la búsqueda del modelo ideal, se refugian en múltiples parejas sexuales, aumentando por ende la exposición a las infecciones.
- Además que el deseo de aventura y el afán por explorar cosas nuevas, predispone a los jóvenes a adoptar comportamientos de riesgo en relación con el VIH.

También existen factores biológicos, que hace a las adolescentes jóvenes más vulnerables:

- Cuentan con menos anticuerpos protectores que las mujeres de mayor edad y esta inmadurez aumenta la probabilidad de que la exposición a la infección resulte en la transmisión del VIH y otras ITS.
- También tienen menor cantidad de secreciones vaginales, lo que causa una mayor fricción y laceraciones durante el coito, aumentando el riesgo.
- La vagina tiene una mayor área superficial expuesta al virus que el pene, lo que también las hace vulnerables.
- Se ha encontrado una mayor concentración de VIH en el esperma masculino que en las secreciones vaginales de la mujer.

Otro hecho relevante es que se enfrentan a una **nueva dinámica de su sexualidad**, carecen de experiencias, de conocimientos, sienten una imperiosa **necesidad de experimentación**, en la búsqueda de su identidad. Esto les permite adoptar conductas de salud, ya sean promotoras de la salud o de riesgo.

En estudios realizados sobre adolescentes varones y masculinidad en Latinoamérica indican que la mayoría de los adolescentes varones creen que la masculinidad **es instintiva, incontrolable, impulsiva** y a veces agresiva. Los jóvenes varones afirman que ser hombre significa ser proveedor, ser sexualmente activo, fuerte y alguien que asume riesgos.

Los muchachos tienen más **presión social y familiar** para cumplir con los estándares de masculinidad que dicta la sociedad. Esta a menudo empuja a los varones prematuramente hacia la autonomía e independencia, y reprime las expresiones de emoción y vulnerabilidad.

Los jóvenes tienden a ver la iniciación sexual como una **competencia** que les ayuda a afirmar su identidad y les da status en sus grupos de pares, además que lo identifican como un recurso para rebasar esta etapa de transición a la adultez.

En esta etapa de la vida, se hace más difícil tanto la reflexión, como la toma de decisiones y en su efecto son muy susceptibles a las opiniones de **sus iguales**, influyendo decididamente en su comportamiento, escuchando frecuentemente más a sus amigos que a sus padres, lo que finalmente puede afectar su capacidad de negociación de alternativas de prevención, dígame sexo seguro, sexo protegido (condón), etc.

El proceso de desarrollo cognitivo, va asociado con el desarrollo del pensamiento operacional formal que incluye un aumento en la capacidad de razonamiento abstracto y lógica formal. Esto trae como consecuencia el que los adolescentes tengan una mayor capacidad de razonar de forma abstracta, que entiendan el contexto social de las conductas, piensen en las alternativas y en las consecuencias que conlleva la toma de decisiones, evalúen la credibilidad de la información , consideren las implicaciones futuras de las acciones y controlen sus impulsos.

Por supuesto todas estas habilidades evolucionan con el tiempo y no aparecen en un momento predeterminado. Los cambios cognitivos que se dan durante la pubertad hacen que los jóvenes puedan pasar del **pensamiento más concreto** a pensamientos y conductas más abstractas .

Los valores culturales relacionados con la sexualidad y los roles de género ejercen una poderosa influencia en el proceso de toma de decisiones del adolescente con relación a la actividad y el comportamiento sexual. Esto significa que la sociedad y la cultura moldean la manera en que los individuos aprenden y expresan su sexualidad, y dictan las **normas** y los **tabúes** relacionados con los roles de género y la conducta sexual.

Aumentar el rol de los padres como educadores principales de la sexualidad de sus adolescentes es prioritario. Aunque los adolescentes desean vivir experiencias adultas, se enfrentan a dos opciones polémicas y contrarias, el uso de condones o la abstinencia, quedándoles pocos recursos para explorar la sexualidad a su propio paso y aprender a tomar decisiones apropiadas para proteger su **capacidad de disfrutar y también sentir placer.**

En ocasiones observamos en el abordaje a los adolescentes, una intervención centrada en lo físico y /o biológico, olvidándose de la exploración de sus sentimientos, su etapa de desarrollo psicológico y sobre todo, su ambiente familiar y social que los diferencia de los demás. Esta es la razón, por lo que necesitamos enfocar la atención de los adolescentes de manera **INTEGRAL** y para esto se le debe tratar como seres humanos completos, capaces de elaborar proyectos de vida y ocuparse de la promoción y mantenimiento de su salud y la de sus grupos de pares.

En este sentido y desde este enfoque integrador, el aporte de los jóvenes en la prevención de las ITS y el VIH / SIDA es incalculable.

En nuestro país se aplica un modelo de intervención educativa para estimular la sexualidad responsable, evitando las consecuencias negativas de las conductas sexuales, que es también aplicado en muchos países del mundo.

Este es el Programa de Educación de pares juveniles; que son aquellos que entrenan y utilizan como educadores a jóvenes de edad, lugar de residencia, ocupación o intereses similares a los de los jóvenes objetivo de una determinada intervención. También tienen como misión conquistar a otros pares para que como él / ella se una a la lucha contra el SIDA.

La experiencia ha demostrado la eficacia de estos modelos de intervención con grupos pares, puestos estos educadores son igualmente jóvenes, hablan “su mismo idioma”, sufren sus mismos conflictos, de manera que el apoyo que puedan brindarse recíprocamente, puede resultar evidentemente muy enriquecedor.

¿ Quién puede definir mejor que nadie lo que los jóvenes necesitan, sino ellos mismos?

El médico de familia juega un papel importante en comunicar de forma efectiva sus propios valores a sus adolescentes, dándoles no solo información, sino también habilidades que ayudarán a los adolescentes a tomar decisiones sanas cuando exploren su sexualidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA y OMS, 2002.
2. Coupey, S.M. ; Klerman,L.V. (editors)(1992).Adolescent Medicine:State of the Art reviews. Adolescent Sexuality: Preventing Unhealth y Consecuencias.
3. ONUSIDA/ Organización Mundial de la Salud(OMS)/Organización Panamericana de la Salud(OPS)2001. HIV and AIDS in the Ameicans: An epidemics with many faces.
4. Haffner, D,W(1995) Facing Facts: Sexual Health for American`sAdolescents. Nacional Comisión on Adolescent Sexual Health. Sexuality Information and Education Council on the United States(SIECUS).
5. Sinderowitz,J,(2000). A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health. Entregado a G/PHN/USAID, primero de Junio.
6. Freudenberg, Zimmerman etal. AIDS. Prevention in the Community. American Public Health Association.1995.
7. Focus on young Adults(2001). Advancing young Adult Reproductive Health: Actions for the next Decade. Informe final.
8. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002). Salud en las Àmericas. Washington,DC.

CONCEPTUALIZACIÓN DE GRUPOS DE RIESGO. FALLA DE ABORDAJE.

En los últimos quince años, el VIH/SIDA ha sido abordado como un tema que afecta a “ **grupos de riesgo**”, esta división en lugar de concretar en cada persona una práctica específica que se traduce en la posibilidad de una infección de transmisión sexual, ha llevado a muchas personas a infectarse con las ITS y el VIH/SIDA, entendiéndolo que no estaban expuestas a riesgo alguno, ya que estos padecimientos sólo se referían a hombres homosexuales.

En este sentido es importante entender la forma en que se conceptualizó el VIH/SIDA al inicio de la epidemia para comprender las respuestas sociales al mismo.

El SIDA apareció como una infección de transmisión sexual que solo se presentaba en personas fuera de la norma, en “ grupos de riesgo”, díjase por ejemplo homosexuales. Este concepto indujo a pensar que este problema solo afectaba a este grupo, entonces el resto de la población se sentía evidentemente fuera del problema.

La aparición de casos en la población “heterosexual” llevó al concepto de que el SIDA “**nos afecta a todos**”, por lo que se hizo necesario enfocar las acciones en la población general, redefiniendo los conceptos de reducción del riesgo y la disminución de la vulnerabilidad.

En nuestro contexto, el **riesgo** se define como la probabilidad de que una persona pueda contraer la infección por el VIH. Existen ciertos comportamientos que acrecientan dicho riesgo, por ejemplo:

- Tener relaciones sexuales sin protección con una persona cuya condición serológica se desconozca.
- Tener relaciones sexuales con muchos compañeros sexuales sin usar protección.
- En el ámbito sanitario, no respetar las normas de control de las infecciones
- Transfusiones sanguíneas repetidas, independientemente que en nuestro medio son sometidas a las más estrictas pruebas de detección.
- Intercambiar jeringuillas, útiles de acupuntura sin esterilización previa, etc.

Las personas incurren en estos comportamientos de riesgos por diversas razones:

- Escasa información sobre las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.
- Tabúes relacionados con el uso del condón.
- Incapacidad para negociar el condón con su pareja.
- Dificultades en el acceso a los condones(les da pena comprarlos)
- Se consideran inmunes, asocian el peligro del SIDA solo con homosexuales, (auto excluyéndose de dicha problemática), etc.

El trabajo del médico de familia no está solamente en dispensar a estos grupos e indicarle los complementarios de rutina, la respuesta a la infección por VIH tiene que ser dirigida principalmente a la reducción del comportamiento de riesgo, de manera que los médicos de familia por la gran ventaja que tienen de estar insertados dentro de la comunidad, quien mejor que ellos para realizar intervenciones concretas en conjunto con la población y de esta forma involucra a los miembros de la comunidad, haciendo que estos participen activamente.

Existen experiencias en nuestro país donde los médicos de familia se han apoyado en la población general y también en personas con conductas de alto riesgo ,como por ejemplo :

- Se han establecido servicios de consejería cara a cara como medio para orientar e informar a estos grupos y a la población en general.
- La utilización de los educadores de pares como metodología educativa para llegar a estos grupos.
- La formación de promotores y facilitadores, etc.

Pero para que el médico de familia logren realizar con efectividad todas estas actividades relacionadas con el fomento de una sexualidad responsable ,se hace necesario:

1. Su propia actitud positiva hacia la sexualidad y todos los conflictos relacionados con esta problemática.

2. Establecer una excelente relación médico-paciente para que la orientación sea viable.
3. Capacitarse y actualizarse en los temas relacionados con las ITS y el VIH/SIDA.

Si el personal de la atención primaria de salud, no está convencido de la importancia de esta labor educativa, si lo sostienen criterios de subestimación , sino logra hablar de los temas de las ITS-VIH-SIDA como algo que a todos nos compete, evidentemente nunca lograremos cumplir nuestros objetivos.

El médico de familia es el pilar fundamental en esta lucha contra las ITS y el VIH/SIDA , precisamente porque es el primero al que acuden para solicitar información y/o ayuda, además de ser el orientador más calificado en todos los asuntos, por lo que consideramos que ningún otro profesional recibe un crédito semejante.

MODULO II PROGRAMA DOCENTE



UNIDADES TEMÁTICAS

1. Componente educativo del Programa Cubano.
 - Concepto de Promoción, Educación para la Salud y de Prevención.
2. Formación de Promotores de salud en ITS-VIH-SIDA.
3. Metodología para la implementación de actividades educativas (cara a cara y grupal). Habilidades para la facilitación.
4. Factores psicosociales que influyen en la adopción de conductas sexuales saludables. Obstáculos para la prevención.
5. Comunicación: Factores que obstaculizan y facilitan la comunicación para la prevención de las ITS/VIH/SIDA.
6. Prácticas de riesgo a la infección por el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.
7. Sexo seguro y sexo protegido: factores que facilitan el uso del condón, demostración y negociación.
8. Consejería en ITS/VIH/SIDA. Un recurso para la intervención. Objetivos, Condiciones, Características. Consejería pre y post prueba.
9. Intervención Educativa:
 - Barrios Marginales. Diagnóstico Social.
 - Papel de los sectores. Respuesta Ampliada. GOPELS.
 - Grupos vulnerables (HSH, Mujeres y Adolescentes)

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

ACTIVIDAD # 1

COMPONENTE EDUCATIVO DEL PROGRAMA CUBANO

TEMAS

- Concepto de Promoción, Educación para la Salud.
- Participación Social en el enfrentamiento a la epidemia.
- Diagnóstico educativo.

Duración : 1 hora

OBJETIVOS

1. Que el alumno pueda construir un marco teórico sobre la Educación para la Salud, sepa conceptualizarla y establecer su relación e interacción con la Promoción.
2. Que el alumno sea capaz de evaluar la importancia de la participación comunitaria en el enfrentamiento a la epidemia
3. Que el alumno identifique los diferentes métodos educativos y sea capaz de seleccionar en concordancia con la filosofía, las estrategias y los objetivos de los diferentes programas y actividades de Educación para la Salud.

ESTRATEGIA DOCENTE:

Expositivo/ Participativa

MATERIALES

1. Papelógrafos
2. Marcadores
3. Cinta adhesiva (Masking Tape)
4. Plumaz
5. Hojas
6. Acetatos
7. Retroproyector

ACTIVIDAD # 2

FORMACIÓN DE PROMOTORES DE SALUD EN ITS-VIH-SIDA

Duración : 2 horas

OBJETIVOS.

- Conocer los elementos esenciales para la preparación de un taller de formación de promotores.
- Revisar y actualizar el modelo de enseñanza y aprendizaje
- Identificar el flujograma para la selección y formación de promotores.
- Identificar las características de un buen promotor en ITS-VIH-SIDA.

ESTRATEGIA DOCENTE: Expositiva / Participativa

FACILITADOR:

Se divide al grupo en subgrupos y solicitarà que identifiquen los elementos esenciales o necesarios para preparar un taller de formación de promotores de salud, una vez que todos los subgrupos hayan concluido , se realizará discusión en plenaria.

Posteriormente en forma de lluvia de ideas los participantes deben responder a la pregunta ¿ Còmo aprendemo?, se analizarà que se aprende de diferentes formas y cada individuo tiene una forma particular de aprender mas eficientemente aunque no solo se aprende de una sola manera, se presentará en acetato o cartulina el modelo de enseñanza aprendizaje, explicando cada una de las categorías.

Por lluvia de ideas se les pedirà al grupo mencionen las características que debe poseer un promotor de salud, una vez que todos terminen de hablar , se escogeràn con un ànàlisis grupal aquellas esenciales y que respondan a las cualidades que debe poseer un Promotor de salud.

RECURSOS

1. Retroproyector
2. Acetatos
3. Hojas
4. Papelógrafos
5. Plumones.
6. Libretas

ACTIVIDAD 3

Metodología para el desarrollo de acciones educativas a nivel comunitario (cara- cara y grupal)

Habilidades para el desarrollo de actividades educativas

Duración : 1 hora

OBJETIVOS

- El alumno manejará los elementos básicos para realizar una conversación fructífera de promoción con otras personas, ya sea cara o grupal
- Se apropie de habilidades practicas para el desarrollo de actividades educativas

ESTRATEGIA DOCENTE: Expositivo/ participativa

DESARROLLO

Se realizará una lluvia de ideas donde se recogerán los elementos básicos que deben estar presentes en una intervención educativa cara – cara y grupal

Inventariar los elementos:

- Observación del lugar y/o personas a intervenir.
- Saludo y presentación
- Dato de motivación(preguntas; ¿Sabes quienes son los que corren riesgo de coger SIDA? ¿ Por que crees que estamos haciendo una campana de prevención contra el SIDA? ¿ Puedes reconocer a una persona con SIDA? , etc)
- Aclarar las dudas
- Realizar retroalimentación
- Entrega de materiales de soporte educativo
- Despedida

Se discute en plenaria las habilidades que debe tener un promotor en ITS/VIH/SIDA. Luego se sistematiza por el profesor.

RECURSOS: Hojas de papel, bolígrafos, papelógrafos, plumones, retroproyector

ACTIVIDAD # 4

FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LA ADOPCIÓN DE CONDUCTAS SEXUALES SALUDABLES.

Duración: 1 hora

OBJETIVOS

- Que el alumno sea capaz de identificar las regularidades del comportamiento humano que influyen en la adopción de conductas sexuales saludables.

ESTRATEGIA DOCENTE: Expositivo/ Participativa

DESARROLLO

FACILITADOR:

A través de lluvia de ideas se exponen los factores que influyen en la adopción de conductas sexuales saludables y el moderador anotará en los papelógrafos. Una vez terminada, se realizará la sistematización por el profesor.

RECURSOS

1. Papelógrafos.
2. Plumones.
3. Retroproyector

ACTIVIDAD # 5

COMUNICACIÓN. FACTORES QUE OBSTACULIZAN Y FACILITAN LA COMUNICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ITS/VIH/SIDA.

Duración : 2 horas

OBJETIVOS

- Que los participantes conozcan los principios básicos para una comunicación efectiva.
- Discutan los factores que pueden favorecer o atentar la comunicación en la prevención de las ITS/VIH/SIDA.

ESTRATEGIA DOCENTE : Expositivo / participativa

DESARROLLO

FACILITADOR:

Se exponen los principios básicos para una comunicación efectiva, sus componentes y características.

Se divide el grupo en 2 subgrupos, a cada subgrupo se le entrega una hoja y se le propone trabajar con los factores que facilitan la comunicación y los que la obstaculizan. Cada grupo debe exponerlo en plenaria. Después de cada presentación se analiza y el facilitador destaca los puntos más importantes.

RECURSOS

1. Papelógrafos.
2. Plumones.
3. Hojas.
4. Retroproyector.

ACTIVIDAD# 6

PRÁCTICAS DE RIESGO A LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

Duración: 1 hora

OBJETIVOS

- Que los alumnos sean capaces de identificar las prácticas de mayor, menor y ningún riesgo de infección para las ITS y el VIH/ SIDA.

ESTRATEGIA DOCENTE : Expositivo / participativa.

DESARROLLO

Se distribuyen tarjetas con diferentes prácticas, los participantes de manera individual analizarán si son de mayor, menor o ningún riesgo. Luego en plenaria se analiza y se va colocando en un mural donde se encuentran las diferentes ITS y el VIH/ SIDA y donde cada práctica se va analizando.

RECURSOS

1. Tarjetas
2. Papelógrafos
3. Plumones
4. Scoh.

ACTIVIDAD # 7

SEXO PROTEGIDO : FACTORES QUE FACILITAN EL CONDÓN, DEMOSTRACIÓN Y NEGOCIACIÓN.

Duración: 2 horas

OBJETIVOS

- Que los participantes sepan definir y/o diferenciar las practicas de sexo seguro y protegido.
- Que sepan describir las ventajas y desventajas del uso del condón y los factores que favorecen su uso

- Que sean capaces de demostrar correctamente como manejar y usar el condón .
- Que los participantes sepan manejar objeciones para la negociación del condón.

ESTRATEGIA DOCENTE: Expositivo/ participativa.

DESARROLLO

- A través de una lluvia de ideas se recogerán las diferencias entre sexo seguro y sexo protegido. El profesor debe inventariar las diferentes prácticas de sexo seguro y luego sistematiza.
- Luego se divide el grupo en 2, el primer subgrupo buscará argumentos a favor del uso del condón y el segundo subgrupo buscará argumentos en contra del condón . Cada subgrupo expondrá en plenaria con un papelógrafo sus argumentos, posteriormente se enlazan los argumentos que tengan relación. Al final el profesor sistematiza.

- Se explica las normas de calidad que se debe tener presente para saber si los condones están en buen estado. Posteriormente y auxiliándonos de un pene de madera se demuestra como se saca el condón de la empaquetadura y como se coloca y se retira, después se distribuyen condones a cada participante y en parejas deben realizar la operación tantas veces como sea necesaria. El profesor se moverá dentro del grupo comprobando las operaciones y reforzando los puntos mas importantes y pide 2 voluntarios que realicen la operación delante de todo el grupo.
- Luego se escogen 2 voluntarios mas que a través de un socio drama discutan las alternativas para negociar el uso del condón.

RECURSOS

1. Hojas de papel
2. Bolígrafos
3. Papelógrafos
4. Plumones
5. Pene de madera
6. Condones.

ACTIVIDAD # 8

CONSEJERIA EN ITS/VIH/SIDA.UN RECURSO PARA LA INTERVENCIÓN

Temas

- Objetivos, condiciones y características.
- Consejería pre y post prueba

Duración: 2 horas

OBJETIVOS

- Que el alumno identifique los aspectos básicos de la técnica de la consejería, sus condiciones, objetivos y características principales.
- Que conozca los pasos a seguir en una consejería pre y post prueba.

ESTRATEGIA DOCENTE: Expositiva/ Participativa

DESARROLLO

Se pregunta a los participantes ¿ que es la consejería? ¿ Que quiere decir este termino? ¿ Que importancia le atribuyen? ¿ Cuales son sus objetivos, condiciones y características?.

Se anotan en un papelógrafo los elementos básicos de sus respuestas.

En dependencia de lo que ellos vayan contestando se profundiza con una explicación enfatizada en lo que no hayan dicho. Se expone la historia en Cuba y en el mundo y los elementos básicos que la difieren.

(Etapas o pasos de la consejería pre y post prueba).

RECURSOS

Papelógrafos, plumones, retroproyector.

ACTIVIDAD # 9

Intervención educativa

TEMAS

- Papel de los sectores. Respuesta ampliada. GOPELS.
- Barrios marginales . Diagnostico social.
- Grupos vulnerables (Mujer – HSH - Jóvenes)

Duración: 4 horas

OBJETIVOS

- Que los alumnos se apropien de la metodología de intervención educativa para la prevención de las ITS/VIH/SIDA en Barrios marginales, Escuelas y en grupos de personas con conductas de alto riesgo.
- Que los alumnos sean capaces de movilizar a los sectores sociales en función de la prevención de las ITS/VIH/SIDA.

ESTRATEGIA DOCENTE: Seminario
Expositiva / participativa

DESARROLLO

Se divide al grupo en 4 subgrupos y se les orienta con anticipación preparar un tema por cada grupo, de manera que queden cubiertos todos los temas correspondientes a este modulo, se les propone discutirlos en plenaria y luego el profesor sistematiza si es necesario.

RECURSOS

Retroproyector, hojas, plumas, papelógrafos, plumones.