

Evaluación de la efectividad de un programa de prevención del VIH/SIDA (PREVENSIDA Caribe) sobre los conocimientos e identificación de situaciones de riesgo, sexuales y no sexuales, en estudiantes de primer semestre del programa de psicología de la universidad Simón Bolívar de la ciudad de Barranquilla.

Gutiérrez Beatriz, Ochoa Leonardo,
Polo Vanessa, Ramos Caren,

TUTOR.
Dr. José Manuel González.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
X SEMESTRE DIURNO
BARRANQUILLA
2009

CONTENIDO

1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
2. JUSTIFICACIÓN.....	9
3. OBJETIVOS.....	12
3.1 OBJETIVO GENERAL	12
3.2 Objetivos específicos.....	12
4. MARCO TEORICO.....	13
4.1 VIH.....	13
4.1.1 SIDA.....	17
4.1.2 Signos y sontomas	24
4.1. 3 Proceso en el organismo	24
4.1.4 Ubicación en el organismo	19
4.1.5 Puertas de entradas del virus	22
4.1.6 Diagnostico.....	27
4.1.7 Prevalencia.	26
4.1.8 Cómo no se transmite	29
4.1.9 Relacion del VIH/SIDA con las drogas y el alcohol	21
4.1.10 Las E.T.S.....	35
4.1.11. Programa Prevensida Caribe.....	36
5. DEFINICION DE VARIABLES.	39
5.1 Definicion conceptual.....	39
5.2 Definición operacional.	40

5.3 Control de variables.....	43
5.3.1 variable controladas.....	¡Error! Marcador no definido.
6. METODOLOGÍA.....	44
6.1 Paradigma.....	44
6.2 Enfoque.....	44
6.3 Tipo de investigación.....	44
6.4 Diseño.....	45
6.5 POBLACION.....	45
6.6 MUESTRA.....	45
6.7 MUESTREO.....	46
6. 8 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION.....	46
6.9 PROCEDIMIENTO.....	48
7. RESULTADOS.....	49
8. CONCLUSIONES.....	49
9. RECOMENDACIONES.....	53
10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	54
11. ANEXOS.....	55

INTRODUCCION.

El VIH ha cobrado la vida de muchas personas alrededor del mundo. En Colombia se estima que un total de 33,2 millones de personas viven con esta enfermedad. De las cuales un gran porcentaje son jóvenes, esto puede presentarse por ser esta población una de las más vulnerables debido a que realizan mayores conductas de riesgo tanto sexuales como no sexuales, por ejemplo se ven involucrados en el consumo de sustancias estimulantes como el alcohol o drogas que desinhiben sus conductas, establecen relaciones sexuales sin protección, y poseen poca o una inadecuada información respecto a los medios de prevención y a los tipos de riesgos sexuales a los cuales están expuestos como lo son las infecciones de transmisión sexual (ITS). Por tal razón es pertinente y se hace necesario establecer formas de divulgación de información eficiente y concisa que sirva de apoyo a las personas en el buen desenvolvimiento de su actividad sexual, teniendo como referente la protección frente a una de las formas de infección más severa o mortal como lo es el VIH/SIDA.

En este proyecto se trabajó con base a un programa preventivo frente al VIH/SIDA enfocado en la población Caribe colombiana, que tiene en cuenta la cultura y forma de vida en esta zona del país, denominado PREVENSIDA Caribe. El objetivo central del proyecto se encaminó a la evaluación de la efectividad del programa teniendo en cuenta la importancia de desarrollar formas de prevención efectivas que permitan disminuir los altos índices de contagio, por tal motivo se hace necesario analizar si los programas preventivos empleados para este fin surten resultados positivos o no, en este caso se determina si PREVENSIDA caribe es efectivo en el desarrollo de habilidades conceptuales y de identificación de factores de riesgo sexuales y no sexuales frente al VIH/SIDA.

Para el desarrollo de esta investigación se hizo necesaria la capacitación de los integrantes del proyecto en la aplicación del programa, quienes fueron los encargados de su implementación y posterior evaluación. Se trabajó en total con 102 estudiantes matriculados en las jornadas diurna y nocturna de la facultad de psicología de los cuales eran hombres 21 y 81 mujeres; Por condición del programa este número de personas fueron divididas en 5 grupos con un promedio de 17 por grupo, esto se hizo por cuestión metodológica para lograr un mayor acercamiento con los estudiantes y obtener una mejor receptividad de los mismos.

Teniendo como variables dependientes en este proyecto, el conocimiento frente al VIH/SIDA y la identificación de factores de riesgo sexuales y no sexuales, se hizo necesaria la aplicación de un instrumento antes y después de la implementación del mismo, los resultados obtenidos fueron evaluados utilizando la prueba estadística “t” de students, por medio de la cual se estableció si los resultados obtenidos en el pre y post test, eran significativamente diferentes y por ende si el programa era efectivo o no.

Este proyecto de investigación es de tipo explicativo debido a que no se centra en describir un concepto o fenómeno si no a explicar por que ocurre.

1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El VIH sida es una epidemia que ha cobrado la vida de millones de personas alrededor del mundo. En 1981 se identifican los primeros casos de deficiencias del sistema inmunitario en varones homosexuales de los Estados Unidos, desde entonces se establecieron varias hipótesis respecto a la enfermedad, que intentaban explicar sus orígenes, sus medios de transmisión y delimitación de los posibles contrayentes de la misma, enfocándose en un principio en la población homosexual. En este periodo se le denominaba a la enfermedad como el “cáncer rosa”. Sin embargo existe una teoría que cobra gran aceptación en la cual se establece que el virus fue transmitido al hombre por los chimpancés. En resultados de una investigación de aproximadamente siete años llevada a cabo por un equipo de científicos norteamericanos, ingleses, camerunenses y franceses se encontró que los simios salvajes del Camerún son los portadores de la enfermedad en su variante VIH-1. (Revista Universia, Colombia).

Se estima que en 2007 había 33 millones de personas que vivían con el VIH. También se produjeron 2,7 millones de fallecimientos relacionados con el sida. En América latina 1.7 millones de personas vivían con VIH en este mismo año. Se establece que se presentaron más de 7400 nuevos casos diarios de infección por el VIH en 2007, encontrándose que un 96% en los países de ingresos bajos y medianos, de estos cerca de 1000 son menores de 15 años de edad y un aproximado de 6300 adultos (de 15 años y más), de los cuales cerca del 50% son mujeres, y aproximadamente el 45% tienen de 15 a 24 años de edad. (ONUSIDA 2008).

No es posible invertir el curso de la epidemia mortal de VIH ni sostener los avances en la ampliación del acceso del tratamiento sin un mayor progreso en la reducción de la tasa de nuevas infecciones del VIH. Aun el acceso al tratamiento se ha ampliado poco en los últimos años, los esfuerzos para asegurar actividades sólidas de prevención del VIH ha

quedado rezagados. Mientras que el 87% de los países con metas sobre acceso universal ha establecido objetivos para el tratamiento del VIH, solo algo más de a mitad tiene objetivos para estrategias fundamentales de prevención del VIH.(ONUSIDA 2008)

En el mundo las entidades de salud de cada país se esfuerzan por generar campañas de prevención que contrarresten los altos índices de contagio en los seres humanos. Por lo general estas campañas están dirigidas a jóvenes ya que es una población muy vulnerable al VIH/SIDA debido a que existe una gran desinformación de las prácticas de sexo protegido y la manera de utilizar adecuadamente del preservativo. (Tapia-Aguirre et al., 2004). Además están expuestos al consumo de drogas y alcohol, medios que incrementan las posibilidades de contagio de VIH ya sea por el uso de jeringas infectadas o por sus efectos como la desinhibición lo cual los expone a la práctica de relaciones sexuales sin protección, e incluso a una posible violación.

Esta investigación esta centrada en la evaluación de un programa de prevención del VIH/SIDA aplicado en el contexto universitario en estudiantes de primer semestre de la facultad de psicología, se encamina en la evaluación de la efectividad del programa en cuanto a la capacidad de identificar situaciones de riesgo de contraer VIH, y el nivel de conocimiento sobre el tema, verificando si ocurren cambios o no en estas variables después de la implementación del mismo.

El programa PREVENSIDA fue presentado a un grupo de expertos, que presenciaron la aplicación a un grupo de estudiantes de 10 grado, durante el XII Congreso Colombiano de Sexología y Educación Sexual. Tanto los estudiantes que participaron en el congreso, como los expertos que lo observaron, calificaron el programa como efectivo para prevenir el VIH, resaltando lo innovador y la metodología participativa como sus principales fortalezas. (González, 2005).

En diferentes países se han realizado estudios evaluativos de programas preventivos del VIH sida por ejemplo en una investigación española pre – post dirigida a adolescentes, se estableció que en el 52 % de los ítems hubo un incremento, estadísticamente significativo, de las respuestas correctas en el post-test. . (Revista española de salud pública, programas de prevención del VIH/sida, 2007). Es decir después de la implementación del programa preventivo se lograron resultados óptimos en las respuestas empleadas por los adolescentes respecto a conocimientos y actitudes sobre esta enfermedad.

Teniendo en cuenta que la evaluación es una herramienta que ayuda a la recolección sistemática de información sobre las características y resultados de actividades específicas y cuyos resultados se usan para entender si esas actividades están dando los resultados esperados y para tomar decisiones sobre cómo mejorarlas. Pretendemos darle respuesta al siguiente interrogante ¿Cuál es la efectividad del programa PREVENSIDA Caribe sobre el nivel de conocimientos y la capacidad de para detectar o identificar situaciones de riesgo sexuales y no sexuales para contraer el VIH-SIDA en los estudiantes de primer semestre del programa de psicología de la universidad Simón Bolívar, de la ciudad de Barranquilla?

2. JUSTIFICACIÓN

Desde su aparición el síndrome de inmunodeficiencia adquirida ha cobrado la vida de miles de personas alrededor del planeta. Solo en el 2007, 33 millones de personas vivían con VIH en el mundo. Mientras que la cantidad estimada en América Latina de infectados en ese mismo año alcanzó la cifra de 1,7 millones (ONUSIDA 2005). En Colombia se conoció mediante el informe del ministerio de protección social una cifra de 57.489 casos reportados de infección por VIH en estadio de sida a finales del 2007, de los cuales se estima que alrededor de 24.000 han fallecido como consecuencia de la enfermedad.

Aunque los jóvenes de 15-24 años representan el 45% de todas las nuevas infecciones por el VIH en adultos en el mundo, muchos de ellos siguen careciendo de una información precisa y completa sobre cómo evitar la exposición al virus (ONUSIDA 2005). PREVENSIDA Caribe es un programa preventivo contra el VIH/SIDA dirigido a adolescentes de la cultura Caribe colombiana, centrado en el reconocimiento, valoración y desarrollo de las potencialidades del individuo y en la promoción del auto cuidado proporcionándoles a los y las jóvenes herramientas para su protección.

Este programa surge de una exhaustiva revisión de diversas temáticas, metodología y técnicas, y del trabajo con grupos focales de adolescentes, tomando como base el trabajo previo con padres de familia y docentes. (González, Daguer, Reason, 2005).

El inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales, el cambio de pareja, la falta generalizada del uso de medios de protección, así como las variables sociales, hacen de los adolescentes una población a riesgo de contraer el VIH o de aumentar la probabilidad de enfermar. El hecho de que no exista aun, tratamiento curativo hace que la divulgación de la información y las medidas preventivas sean las únicas medidas que puedan frenar la propagación de la enfermedad. (Revista de salud pública vol 8, 2006 Bogotá Colombia).

Investigaciones recientes revelan que los conocimientos sobre la sexualidad y la prevención del SIDA en adolescentes y jóvenes son superficiales y no llevan a un cambio de actitudes o a conductas efectivamente protegidas en todas y cada una de las relaciones sexuales.

Se ha reportado que 30% de personas reconocidas como portadores de VIH en el grupo de edad de 20-29 años se contaminó durante su adolescencia, considerando el periodo prolongado de latencia entre la seroconversión en VIH y las manifestaciones del SIDA el cual puede durar entre dos y once años. (Revista de salud pública vol 8, 2006 Bogota Colombia)

En investigaciones realizadas por el doctor José Manuel González en estudiantes de universitarios de pregrado, durante 1999 y 2003 sobre los conocimientos y comportamientos sexuales de riesgo relacionados con VIH/SIDA se muestran algunos indicadores de avance en la prevención del contagio de la enfermedad en los universitarios del año 2003, pero que en proporciones preocupantes continuaban presentando un estilo de vida sexual poco saludable, que los colocaba en un alto riesgo de infección.(González, et. al 2006)

En diferentes países latinoamericanos como México, Argentina, Chile y Colombia, además de otros, se desarrollan al año distintas campañas y programas de prevención del VIH que tienen como objetivos específicos desde proporcionar información que sirva para el mejoramiento de los conocimientos que se tienen respecto al sida, hasta fomentar el reconocimiento de las potencialidades en el individuo y la introyección de actitudes de autocuidado y de responsabilidad frente a su sexualidad.

Existen indicios de que las reducciones de la prevalencia de la infección por VIH están relacionadas con disminuciones de la incidencia, que se deben, al menos en parte, a las actividades de prevención (revista panamericana de salud publica, 2007 Washington DC). Por

tal razón resulta importante indagar sobre los programas de prevención de este tipo de enfermedad a fin de reconocer y evaluar su impacto en el desarrollo de una actitud responsable frente a la misma.

Este tipo de estudio sería muy útil en primer lugar para enriquecer en si mismo al programa, determinando cuales son sus fortalezas y cuales sus debilidades midiendo el impacto generado en las respuestas obtenidas por parte de los estudiantes. Además de esto ayuda a la Universidad Simón Bolívar para que determine si la estrategia de implementar un programa de prevención del VIH fue acertado o no y de esta forma poder medir resultados, de igual manera a la comunidad para establecer si este tipo de programas se puede aplicar en el resto de la sociedad para mejorar así la calidad de vida de las personas.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

Evaluar la efectividad de un programa de prevención del VIH/SIDA (PEVENSIDA Caribe) sobre los conocimientos e identificación de situaciones de riesgo, sexuales y no sexuales, en estudiantes de primer semestre del programa de psicología de la universidad Simón Bolívar de la ciudad de Barranquilla.

3.2 Objetivos específicos:

- Evaluar los conocimientos sobre el VIH/SIDA en los estudiantes de primer semestre del programa de psicología.
- Evaluar el nivel de identificación de factores de riesgo sexual y no sexual frente el VIH/SIDA en los estudiantes de primer semestre del programa de psicología.

4. MARCO TEORICO.

4.1 *vih*

Dentro de este proyecto es necesario conceptualizar el término de VIH- SIDA su evolución y sus características con el fin de alcanzar una mejor comprensión de esta enfermedad y sus generalidades. El VIH, síndrome de inmunodeficiencia humana es una enfermedad que degenera las células del cuerpo de manera progresiva afectando el sistema inmunológico, acabando los linfocitos CD4, que impiden al organismo protegerse de forma adecuada con las distintas infecciones o enfermedades oportunistas. El virus ataca los glóbulos blancos llamados monocitos, los cuales no se destruyen si no que sirven como refugio para el VIH, aumentando la permanencia latente de este durante largos periodos de tiempo en el cuerpo humano. Este virus tiene unas características específicas como es la poca durabilidad en el ambiente, además los químicos como blanqueadores caseros le son letales y no permiten su supervivencia, los anticuerpos son invasores que permanecen en la sangre como respuesta a cuerpos extraños que tratan de invadir el organismo, la misión de este es la destrucción y neutralización de los mismos. (Revista nature vol. 18 págs. 968 a 973, 2001)

Aunque aún no se tenga la certeza se dice que este virus es una mutación simultánea de dos virus (VIH1 Y VIH2) y existe la probabilidad que el VIH 1 provenga del chimpancé y podría haber existido hace largo tiempo en poblaciones humanas que lo toleraban relativamente bien. El estudio teoriza que el VIH-1 puede haberse introducido en humanos cuando cazadores de chimpancés se expusieron a sangre de chimpancés infectada. Se estima que la expansión del virus habría sido lenta ya que el VIH existía en humanos desde 1930-1950 pero no se generalizó hasta los 1970: la epidemia habría explotado en los años 50 y 60, coincidiendo con el fin del colonialismo en África, varias guerras, el crecimiento de grandes ciudades en África, la introducción de programas de vacunación

generalizada en el continente (con la reutilización deliberada o accidental de agujas), y el crecimiento de los viajes desde y hacia África. (Revista nature 410 pág., 968 a 963, 19 abril 2001)

4.1.1. SIDA.

El SIDA es definido como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, manifestación más avanzada de la infección por VIH, su etapa final. Esta se desarrolla como consecuencia de la destrucción progresiva del sistema inmunitario (de las defensas del organismo), La definen alguna de estas afecciones: ciertas infecciones, procesos tumorales, estados de desnutrición severa o una afectación importante de la inmunidad. (Aciprensa definición del SIDA, 2008)

El SIDA no es consecuencia de un trastorno hereditario, sino resultado de la exposición a una infección por el VIH, que facilita el desarrollo de nuevas infecciones oportunistas, tumores y otros procesos. Este virus permanece latente y destruye un cierto tipo de linfocitos, células encargadas de la defensa del sistema inmunitario del organismo. Este virus muestra un complejo cuadro clínico que ataca el sistema inmunológico, debilitando las defensas naturales del organismo contra microbios (virus, bacterias u hongos), quedando la persona vulnerable a una gran cantidad de infecciones y enfermedades potencialmente mortales, que no lo dañarían si tuviera un sistema inmunológico sano. A través del programa prevensida Caribe se resaltan las vías de trasmisión con más alto grado de concentración como lo son: la sangre, el semen, los líquidos vaginales, y la leche materna. Es importante señalar que una persona infectada con VIH presenta el virus en los diferentes fluidos corporales pero este se encuentra en bajas concentraciones que no permiten su trasmisión como la saliva, las lagrimas, la orina, la materia fecal etc. (Bermúdez; 2008)

4.1.2. Evolución y etapas del SIDA

Este virus evoluciona a través de unos procesos o etapas, conocido como: infección primaria este se inicia cuando el VIH entra en el cuerpo humano aquí la persona puede llegar a presentar síntomas como pérdida de peso, dolores en las articulaciones aunque suele desaparecer solos. Dicho proceso tiene una durabilidad aproximada de seis meses o un año. Dentro de esta fase se puede encontrar el periodo ventana donde el cuerpo empieza a producir cantidades medibles de anticuerpos frente al virus. Es a través de este en donde se encuentra el portador asintomático, es decir, donde la persona tiene un aspecto saludable, esto debido a que su sistema inmunológico aún está luchando contra el VIH, en esta fase si se presentan síntomas y signos son leves, llegando a confundirse con enfermedades comunes, dolor de cabeza, cólico estomacal, fiebre, diarrea, inflamación de ganglios linfáticos, tos, transpiración nocturna, etc. Generalmente, la persona se recuperara, volverá su apariencia saludable y continuara con sus actividades cotidianas incluyendo su actividad sexual; este periodo tiene una durabilidad de entre 2 y 10 años. (Proceso de inoculación del VIH. tu salud. Consultado en febrero 10 2009 en www.elmundo.es.)

Más adelante la persona puede pasar a ser portador sintomático periodo en el cual se hace evidente el cansancio del sistema inmunológico, lo más notorio es la pérdida de peso, en esta fase se desarrollan síntomas de la enfermedad y generalmente tiene una duración corta e indefinida, la persona ya muestra los primeros síntomas del complejo relacionado al SIDA, se siente enferma, cansada, pierde peso, tiene tos, transpira, tiene diarreas, y puede enfermarse por ejemplo del sarcoma de Kaposi, TBC y diferentes tipos de cáncer. También hay grupo de pacientes que desarrollan secuelas neurológicas.

Se debe tener en cuenta sin embargo que existen personas que siendo portadoras del VIH, no llegan a desarrollar el SIDA. Esto se debe, entre otras razones, a su calidad de vida, y a otras variables como su constitución orgánica, su historial de salud, raza, entre otras, que son motivos de investigación científica. .

4.1.3 Formas de transmisión del VIH/sida.

Existen muchos mitos con relación a las formas de transmisión o contagio del SIDA, que ocasionan muchos problemas emocionales, sociales y laborales con los enfermos o portadores. Sin embargo, está comprobado que el VIH-Sida se transmite directamente de persona a persona mediante el intercambio de fluidos del cuerpo, que son la sangre, el semen, los líquidos preyacluatorios y los flujos vaginales, este virus no se contagia por medio de el ambiente, el agua o los alimentos, tampoco por tener contacto con la piel o con los utensilios o con la ropa de las personas enfermas como sucede con otras enfermedades infecciosas.

Hasta ahora se han identificado solo tres vías de transmisión del VIH: la sanguínea o parenteral, la sexual no protegida y la perinatal o vertical.

La sexual no protegida, se produce a través de secreciones genitales del hombre y la mujer, como son los líquidos pre eyaculatorios, el semen, las secreciones vaginales y el sangrado menstrual, por lo que las personas infectadas, pueden transmitir el virus fácilmente a sus parejas sexuales. (Revista salud pública de cuba, *conocimientos y comportamientos de adolescentes* en enseñanza media superior, vol, 07 Marzo 2008)

La sanguínea o parenteral, que es por la mezcla de sangre infectada con el virus y la sangre de una persona sana. Esto se da a través de agujas usadas, jeringas, objetos punzocortantes, como navajas de rasurar y por transfusiones de sangre o trasplante de algún órgano, que no hayan sido previamente controlados por los servicios de salud.

Es importante destacar que aunque la manipulación de sangre por parte de trabajadores de laboratorios médicos, paramédicos o personas que ayudan en una emergencia, debe ser muy cuidadosa, el virus no puede penetrar la piel por sí solo, se requiere de una lesión abierta en las manos de una persona sana o por un canal directo de entrada al cuerpo para que el virus penetre.

La otra forma de transmisión es la llamada vertical o perinatal, cuando una mamá infectada o seropositiva transmite el virus a su hijo durante el embarazo, parto o amamantamiento. Se considera que alrededor de 33 niños de madres portadoras nacen infectados. Aunque actualmente existen métodos para que aplicados oportunamente en las madres embarazadas portadoras y en el niño, disminuyan considerablemente la probabilidad de transmisión. La mamá infectada no debe dar el pecho a su hijo, debido a que existen dos factores de riesgo importantes para la transmisión del virus al bebé durante la lactancia, uno que su sistema inmunológico no está suficientemente maduro y otro es que el bebé mama varias veces al día y las constantes exposiciones al virus aumentan el riesgo de infección por lo que la lactancia materna debe suplirse por leche suplementario. (Revista salud pública de cuba, *conocimientos y comportamientos de adolescentes en enseñanza media superior*, vol, 07 Marz 2008)

4.1.4 Signos y síntomas

Los síntomas del VIH dependen en gran medida de la fase de la infección. Cuando una persona resulta infectada por el VIH, el virus invade un tipo de leucocito denominado CD4. El recuento de células CD4 mide el número de éstas existentes en la sangre y es un buen indicador del estado de salud general y de la progresión del VIH. Cuanto menor sea el nivel de CD4, mayor es el riesgo de infección. Los adultos sanos tienen un recuento de CD4 que

oscila entre 500 y 1450 células/mm³; un recuento inferior a 500 significa que el sistema inmunitario está dañado

La infección de VIH tiene un espectro, que tiene una gama que va de la ausencia de síntomas a síntomas leves e inespecíficos, hasta infecciones graves, cánceres deterioro físico neurológico.

Los síntomas más tempranos de la infección de VIH se conocen como el síndrome primario de VIH. Ocurren poco después de ser infectado e incluyen fiebre, salpullido o erupciones, dolores en los músculos y las coyunturas o articulaciones, e hinchazón de las glándulas linfáticas. Los síntomas más graves como las convulsiones, la hepatitis y la diarrea se presentan de vez en cuando.

El síndrome primario de VIH se resuelve por sí mismo, y la persona que está infectada con VIH generalmente permanece sin síntomas por un período de tiempo prolongado, a veces años. Esto se describe como el período de latencia clínica. Durante este período, si no se comienza la terapia antiretroviral combinada, el VIH continúa reproduciéndose, y el recuento de las células CD4 (linfocitos más afectados) gradualmente disminuye de su valor normal (500 a 1200). Cuando cae a menos de 500, la persona que está infectada con el VIH corre el riesgo de presentar algunas enfermedades oportunistas, incluyendo el herpes zoster, la infección de herpes simple, el Citomegalovirus y el sarcoma de Kaposi.

Al pasar el tiempo, si el recuento de las células CD4 cae a menos de 200, se considera que la persona tiene la enfermedad avanzada de VIH o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Si no se empiezan los medicamentos apropiados preventivos, la persona que está infectada con VIH ahora está bajo riesgo de contraer la

neumonía por *Pneumocystis carinii* (un protozooario oportunista), meningitis criptococal, toxoplasmosis y otras enfermedades oportunistas graves. Si el recuento de las células CD4 cae a menos de 50, también hay un riesgo de sufrir infecciones por *Micobacterium avium* (agente causal de un tipo de Tuberculosis) e infecciones por Citomegalovirus, además de aumentar la probabilidad del desarrollo de linfomas. La mayoría de las personas que mueren de SIDA tienen recuentos de células CD4 menor de 50.

4.1.5 Proceso del virus en el organismo

El VIH está activo siempre, desde el primer instante en que logra entrar en nuestro cuerpo. Aunque el virus "parasita" distintos tipos de células relacionadas con el sistema inmunológico (S.I), una de ellas reviste una especial importancia. Esta célula es un tipo de glóbulo blanco que se llama Linfocito T4 o CD4 y su función es la de coordinar la respuesta de las demás células especializadas de nuestro S.I. frente a agentes exteriores tales como bacterias o virus que podrían causarnos enfermedades. (2008). (proceso de inoculación del VIH. tu salud. Consultado en febrero 10 2009 en www.elmundo.es.)

Los linfocitos T4 se ven especialmente afectados por el VIH debido a que en su superficie hay unas proteínas denominadas receptores CD4 por las cuales el VIH tiene una gran afinidad. El virus las localiza y se "engancha" a ellas y, valiéndose de unas proteínas que él mismo lleva en su envoltura, utiliza los receptores CD4 como puerta de entrada al interior de la célula. A este primer paso del virus para infectar los linfocitos se le llama fusión.

El VIH es un retrovirus, esto quiere decir que su código genético no está escrito en ADN, como ocurre con la mayor parte de los seres vivos, sino en ARN, por lo que el virus, para poder reproducirse, necesita convertir ARN en ADN (de modo que la célula infectada pueda leerlo).

Esto es justo lo contrario de lo que hacen los virus de ADN y el resto de seres vivos, que traducen su información genética escrita en ADN al ARN. Este es el material en el que las enzimas de la célula "leen" la información genética con las instrucciones para fabricar proteínas y otras sustancias y para ensamblarlas de una manera determinada. De ahí el nombre de retrovirus, y también el de "antirretroviral" para los fármacos que buscan reducir su actividad o eliminarlo. Esta característica del VIH es importante para entender el siguiente paso que da después de fusionarse, que es el de la transcripción.

El VIH tiene varios tipos de proteínas capaces de actuar sobre los mecanismos de la célula infectada para que se pueda llevar a cabo el proceso de fabricación de nuevos virus. A estas proteínas activas se las denomina enzimas virales. (Schalchi LAuren (1996). las puertas de entrada del virus del sida. Consultado en marzo. 10. De 2009 en www.dialnet.uniroja.es.)

Una de las enzimas del VIH se encarga de realizar este proceso de traducir o transcribir la información genética escrita en el ARN a ADN. Esta enzima se denomina transcriptasa inversa o Retrotranscriptasa.

Una vez que la información genética del VIH está transcrita en ADN, hace falta integrar este ADN procedente del virus en el ADN propio de la célula, de manera que ésta, cuando se active para cumplir su función o para reproducirse, lo lea y ejecute las instrucciones de fabricar copias del virus. El virus porta otra enzima capaz de llevar a cabo este paso de la integración se trata de la integrasa. Una vez que la célula lee el ADN procedente del virus, la consecuencia de esto es que pone su maquinaria al servicio del VIH, fabricando las distintas piezas necesarias para la construcción de nuevos viriones o partículas virales, precursores del virus activo que será capaz de infectar más células. Estas partes del virus siguen un proceso de maduración dentro de la célula hasta que están listas para ser ensambladas. . (Schalchi LAuren (1996).

En este proceso de ensamblaje interviene otra enzima que el VIH porta en su interior, a la cual se la conoce como proteasa. El virus ya ensamblado en el interior del linfocito se aproxima a la superficie del mismo, donde, en un cierto momento, atraviesa la membrana celular y es liberado al exterior, listo para infectar a un nuevo CD4 en cuanto se tropiece con él, y así repetir el proceso.

Todo esto ocurre muy rápidamente, hasta el punto que se cree que pueden llegar a producirse más de 10.000 millones de virus al día en el organismo de una persona infectada que no esté tomando medicación antirretroviral.

Como consecuencia de todo el proceso que el VIH lleva a cabo para reproducirse, la célula infectada deja de cumplir su función y ve mermadas sus reservas de proteínas y otros nutrientes. Asimismo, se satura de restos tóxicos resultantes de toda la actividad viral y todo ello la conduce paulatinamente a la degeneración y a la muerte por agotamiento. Además, otras células del sistema inmunológico la pueden identificar como un cuerpo extraño, al estar "contaminada" por elementos procedentes del virus, y proceder a eliminarla. También hay indicios de que la actividad del virus por sí misma es capaz de inducir a las células con las que ha entrado en contacto a un proceso de autodestrucción que se conoce como apoptosis celular. (Schalchi LAuren (1996). las puertas de entrada del virus del sida. Consultado en marzo. 10.de 2009 en www.dialnet.uniroja.es.)

4.1.6 puertas de entradas del virus

Durante la aplicación del programa se les aclaró a los estudiantes que aquellas partes del cuerpo que permitan un acceso rápido al torrente sanguíneo, en condiciones ambientales favorables para el VIH, serán más vulnerables como puerta de entrada para el virus. Esta condición la cumplen todas las mucosas del cuerpo: como la genital, tanto en la uretra

masculina a través del pene, la mucosa vaginal y del cuello del útero en la mujer, así como la mucosa anal y oral en ambos sexos.

Las mucosas son especialmente vulnerables porque son finas y delicadas, están humedecidas, cuentan con una amplia red de vasos sanguíneos (de allí su color rojo intenso) y están expuestas a esfuerzos mecánicos que pueden producir micro heridas por las que el virus fácilmente se "cuele" al torrente sanguíneo.

El VIH, no obstante, debe afrontar barreras medioambientales, como la temperatura, la presencia de oxígeno en el aire (el oxígeno es muy corrosivo), la competencia de otros microorganismos y las condiciones físicas y químicas de la piel y las mucosas: acidez, temperatura, entre otras. Además, debe afrontar la actividad del propio sistema inmunológico antes de que logre su objetivo de instalarse en el cuerpo e infectar un número suficiente de linfocitos.

Las características del virus y su interacción con las mucosas y las células del sistema inmunitario hacen que haya unas vías de transmisión claramente definidas de una persona a otra y que, por tanto, también, se pueda hablar de prácticas o situaciones de riesgo de infección, así como abordar medidas que permitan reducir el riesgo de transmisión. (Schalchi LAuren (1996). las puertas de entrada del virus del sida. Consultado en marzo. 10. de 2009 en www.dialnet.uniroja.es.)

4.1.7 Ubicación del el VIH en el organismo

Es importante recalcar que el VIH, al afectar a las células del sistema inmunitario estará presente en nuestro cuerpo allí donde éstas puedan llegar. Por tanto, el VIH está presente en la sangre, en el interior de los ganglios linfáticos y en la linfa, que es el líquido

que circula entre los ganglios situados por todo el cuerpo a través de un sistema de conductos denominados vasos linfáticos (vasos y ganglios, a su vez, conforman el Sistema Linfático, que es donde crecen y maduran las células del S.I.).

Esto supone que los tejidos y órganos que tienen mayor presencia de ganglios linfáticos, como los de la mucosa del intestino o la mucosa de los pulmones, por ejemplo, con frecuencia se ven bastante afectados en su función por causa de la actividad del VIH.

Además, los fluidos estrechamente relacionados con la linfa también tendrán presencia importante del VIH. Estos fluidos son, además de la sangre y la propia linfa, el líquido cefalorraquídeo (que nutre y protege al cerebro y otras estructuras importantes del sistema nervioso como la médula espinal), el semen, el flujo vaginal y la leche materna.

De modo que, aparte del Sistema Inmunitario, el VIH también puede afectar, directa o indirectamente, a nuestro sistema digestivo, al sistema nervioso, al sistema respiratorio, al tejido graso, y a la piel entre otros.

Además, el VIH también puede afectar a otras células del cuerpo distintas de las del S.I. Por ejemplo, se sabe que puede utilizar las células epiteliales de las mucosas para desplazarse con rapidez por los tejidos, lo cual incide en la mayor vulnerabilidad de la mucosa vaginal o anal, por ejemplo, a la infección.

La actividad del VIH en el cuerpo tiene también efectos aún no bien estudiados en su mecanismo que pueden afectar al tejido óseo, alterando la estructura y resistencia de los huesos a largo plazo.

Las características del virus y su interacción con las mucosas y las células del sistema inmunitario hacen que haya unas vías de transmisión claramente definidas de una

persona a otra y que, por tanto, también, se pueda hablar de prácticas o situaciones de riesgo de infección, así como abordar medidas que permitan reducir el riesgo de transmisión.

4.1.8 Diagnostico

Se considera una persona infectada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) cuando hay evidencia serológica (anticuerpos específicos contra el VIH) o de otros marcadores (p.ej., carga viral) de infección por este virus, sea tipo 1 ó 2. El VIH infecta los linfocitos y otras células del cuerpo, causando linfopenia y disminución de la inmunidad celular. Consecuentemente, aparecen infecciones oportunistas y procesos malignos dando lugar al estadio de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Es esencial el diagnóstico temprano ya que permite realizar intervenciones profilácticas y terapéuticas que tienden a mejorar la sobrevida y la calidad de vida del paciente. Cuanto más temprano se logra el diagnóstico tanto más se logra evitar un mayor deterioro de la inmunidad y prevenir las infecciones oportunistas.

4.1. 9 Prevalencia

Las personas con VIH normalmente pueden permanecer muy saludables por muchos años después de que se han infectado. El virus ataca lentamente al sistema inmunológico y, en un punto dado, puede convertirse en SIDA. Sin embargo, evitando las infecciones, tratándolas temprano, haciendo suficiente ejercicio, teniendo una dieta y estilo de vida saludable, se pueden disminuir las posibilidades de que el VIH se convierta en SIDA.

Un 30% de las personas con VIH desarrolla SIDA dentro de los 5 años. Esto significa que contraen una enfermedad seria, como cáncer o neumonía. Algunas personas sólo desarrollan síntomas leves dentro de estos 5 años, como ganglios inflamados, diarrea, fiebre y pérdida de peso. Aproximadamente un 50% de las personas con VIH desarrolla SIDA dentro de los 10 años de haberse infectado con VIH.

4. 1.10 tratamiento

El tratamiento para VIH/SIDA, fue una de las inquietudes de interés mas relevante durante la aplicación del programa de PrevenSida Caribe en los estudiantes de primer semestre de psicología, aunque no se tenga un posters especial respecto a tratamiento, se explicó en la presentación que en la actualidad no hay una cura para este virus, y que solo existen tratamientos médicos que pueden disminuir la velocidad de propagación del virus en el sistema inmunológico, la existencia de antivirales solo reducen al mínimo la carga viral (la cantidad de VIH en la sangre) y otras medicinas para tratar o prevenir las infecciones oportunistas que le ocurren a personas VIH positivas.

Se ha descubierto que, para que el tratamiento antirretroviral sea efectivo por un largo tiempo, es necesario tomar más de un medicamento antirretroviral a la vez. Esto se conoce como terapia combinada. El término Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) alude a una combinación de tres o más medicamentos anti-VIH.

Cuando el VIH se duplica (hace nuevas copias de sí mismo) a menudo comete errores. Esto significa que dentro de una persona infectada existen diferentes cepas del virus. Ocasionalmente, se produce una nueva cepa que resulta ser resistente a los efectos de un medicamento antirretroviral. Si la persona no está tomando ningún otro tipo de medicación, la cepa resistente puede duplicarse rápidamente y se pierden los beneficios del tratamiento.

Tomar dos o más antirretrovirales al mismo tiempo reduce enormemente el porcentaje de desarrollo de la resistencia.

Elegir cuándo comenzar el tratamiento antirretroviral es una decisión muy importante. Una vez que se ha comenzado el tratamiento se le debe continuar, a pesar de los efectos secundarios y de otros desafíos. Se deben tener presente muchos factores al decidir cuándo comenzar el tratamiento, por ejemplo los resultados de varios exámenes clínicos, teniendo en cuenta los más importantes como lo son el recuento de linfocitos CD4 (que mide la fuerza del sistema inmunológico) y la prueba de la carga viral (que mide la cantidad de VIH en la sangre).

Si bien existen diferentes posturas respecto de los beneficios de comenzar antes o después un tratamiento de VIH, los lineamientos recomiendan no comenzar un tratamiento antirretroviral hasta alcanzar los estadios avanzados de infección con VIH.

4.1.11. Como no se trasmite.

Entre los propósitos del proyecto de investigación era hacerles llegar información veraz a los estudiantes acerca de las formas de adquisición reales del VIH/SIDA y hacerles comprender que los riesgos dependen de la carga viral dentro de cada uno de los fluidos corporales de la persona infectada con el virus de VIH. Teniendo en cuenta que a pesar que se ha encontrado la presencia del virus en diferentes líquidos corporales como lo son la saliva, lágrimas, orina, su presencia, debido a su baja cantidad, no ha permitido constatar que permitan la transmisión del virus, por lo que los besos, vasos, cucharas, agua, ropa interior, etc. no suponen una fuente de transmisión del VIH.

Del mismo modo tampoco se transmite por picaduras de mosquitos ni de otros insectos y tampoco es transmitido por los animales domésticos ya que no son portadores del virus.

Cuando se toman precauciones de higiene básica el virus no puede transmitirse por las agujas de acupuntura, los instrumentos de cuidados dentales, el instrumental de las barberías y peluquerías o el instrumental médico, entre otros. Todos ellos deben ser estériles y si es posible de un sólo uso.

4.1.12 relaciones del VIH con las drogas y alcohol

En el presente proyecto de investigación se considera importante informar y manifestar la existencia de la relación directa entre las dos problemáticas, como es el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas como actividades que aumentan las probabilidades de adquirir el VIH/SID. Un estudio realizado en los Estados Unidos demostró que las drogas no inyectadas (como la cocaína tipo "crack") también contribuyen a la propagación del virus cuando los usuarios intercambian favores sexuales por drogas o dinero, o cuando tienen relaciones sexuales de alto riesgo, que normalmente no tendrían en condiciones normales, estudio realizado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades entre más de 2,000 adultos jóvenes residentes de tres zonas desfavorecidas de grandes ciudades, reveló que los fumadores de crack eran tres veces más propensos a quedar infectados con VIH que los no consumidores.

En el caso de la población colombiana, en relaciones sexuales sin protección propiciadas por el abuso alcohol y/o otras sustancias psicoactivas. "A mayor uso de drogas mayor riesgo de infección", la transmisión del VIH entre usuarios de drogas inyectables por el uso compartido de jeringas o agujas contaminadas es menos frecuente que en otros países.

Conclusión a la que se llegó luego de realizar el “*día internacional de lucha contra el uso indebido de drogas*” el día 26 de junio del 2002 en las ciudades de Cali y Bogotá. Algo que no deja ser preocupante y la forma de transmisión poco posible de controlar por las autoridades sanitarias de nuestro país.

Si no se sabe manejar en forma adecuada la asociación drogas / VIH y SIDA, se puede generalizar la creencia de que las personas viviendo con VIH o sida son abusadoras de drogas o que las personas abusadoras de drogas viven con VIH, lo cual no siempre es cierto, ni es lo más común. Lo que si es cierto y lo reconocieron ambos sectores es que el abuso de drogas aumenta la vulnerabilidad a adquirir la infección por VIH, o también puede ocurrir, que las personas viviendo con VIH o sida pueden aumentar el consumo de drogas si ya lo venían haciendo, o caer en el abuso de drogas o alcohol si no reciben atención y apoyo integral, ya que se refugian en ellas para sobrellevar la infección y la enfermedad, o escapar al sufrimiento físico y emocional.

La vulnerabilidad a adquirir el VIH ocurre por diversas razones: en primer lugar porque bajo el efecto de los psicoactivos o del alcohol se pierde la percepción de riesgo, existe un sentimiento de invulnerabilidad y se disminuye la capacidad de negociación frente a practicar sexo seguro; ocurre también que las personas bajo el uso de sustancias psicoactivas (SPA) pueden ser violadas o abusadas sexualmente; También se evidencia el intercambio de sexo (la mayoría de veces no protegido) por drogas, o la presión que se realiza a los y las trabajadoras sexuales a usar drogas y tener sexo bajo el efecto de las mismas. Y aunque ambos sectores reconocieron que el uso de drogas inyectables no es tan común en Colombia, hay riesgo al compartir los instrumentos no tanto por desconocimiento de la infección por esta vía, sino por el síndrome de abstinencia.

4.1.13. Las E.T.S.

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son enfermedades que se pasan principalmente de una persona a otra (que se transmiten) durante el sexo. Existen al menos 25 enfermedades de transmisión sexual diferentes con una variedad de diferentes síntomas. Estas enfermedades pueden diseminarse mediante sexo vaginal, anal y oral. Una de estas es la gonorrea la cual transmite casi siempre a través de las relaciones sexuales, ya sea por vía oral, anal o vaginal. No es necesario que haya eyaculación para que la enfermedad se transmita o contraiga. La mujer es mucho más susceptible de contraer gonorrea del hombre, que el hombre de la mujer. La gonorrea también puede ser pasada a un ojo con la mano o con otra parte del cuerpo humedecida con líquidos infectados. Si una mujer embarazada tiene gonorrea, puede pasar el germen a los ojos de su bebé durante el parto, lo cual puede causar una infección de ojos seria.

Es posible tener gonorrea sin tener ningún síntoma, cuando sí se tienen síntomas, éstos pueden tardar de 1 a 30 días en desarrollarse después de producirse la infección (el promedio es de 3 a 5 días). Con síntomas o sin síntomas, igual se les puede pasar el germen a otras personas. Los síntomas de la gonorrea incluyen:

- Secreciones anormales de la vagina
- Sensación de ardor al orinar
- Dolor en el abdomen
- Fiebre
- Dolor durante las relaciones sexuales
- Dolor de garganta (cuando se tiene gonorrea en la garganta)
- Dolor, secreción y sangrado del ano (cuando se tiene gonorrea en el ano)

- Enrojecimiento, picazón o secreciones de los ojos (cuando se tiene gonorrea en los ojos)

La gonorrea puede curarse con antibióticos recetados por el proveedor de cuidados de salud. Si la gonorrea se trata temprano, generalmente se puede curar con una sola dosis de antibióticos (ya sea inyectados o tomados por boca). Cuanto más temprano se trata la gonorrea, más fácil es de curar. Si la infección se ha extendido, hay que tomar la medicación durante un período de tiempo más largo. Si la infección es seria, puede ser necesario ser hospitalizada.

4.1.13.1. Hepatitis B

La hepatitis B también hace parte de las enfermedades de transmisión sexual con la cual se puede vivir en todos los líquidos del cuerpo, pero se transmite principalmente a través de la sangre, el semen y los líquidos vaginales. El virus también puede vivir en líquidos del cuerpo como la saliva, las lágrimas y la leche materna. Es posible infectarse de las siguientes maneras:

- Teniendo relaciones sexuales (por vía vaginal, anal u oral) con una persona infectada
- Compartiendo artículos personales como hojas de afeitar, cepillos de dientes y cortaúñas con una persona infectada
- Compartiendo agujas para inyectarse drogas con una persona infectada
- Usando agujas o equipo no estéril para hacerse tatuajes, perforarse los oídos para ponerse aretes, o aplicar acupuntura
- Una madre infectada con hepatitis B también puede pasarle el virus a su bebé durante el parto.

Muchas personas no tienen síntomas. Algunas personas pueden tener hepatitis B sin tener ningún síntoma y luego volverse inmunes (lo cual significa que están protegidas contra infecciones futuras por hepatitis B). Algunas personas pueden tener síntomas que desaparecen y luego volverse inmunes. Otras contraen el virus y nunca se vuelven inmunes. Estas personas son portadoras y pueden continuar transmitiendo el virus a otros, aun años después. Si una persona tiene síntomas, éstos pueden tardar entre 6 semanas y 6 meses en aparecer después de la infección con hepatitis B. Muchas personas con hepatitis B tienen síntomas parecidos a los de la gripe.

No hay cura para la hepatitis B. Pero la mayoría de las personas se recupera y no tiene ningún síntoma después de 6 meses. El tratamiento consiste en conseguir suficiente descanso, comer una dieta saludable y evitar el alcohol.

Algunas personas llevan el virus sin tener síntomas y pueden transmitírselo a otros. Esta enfermedad también puede causar síntomas de larga duración, así como enfermedad permanente del hígado, incluyendo cáncer del hígado.

4.1.13.2 El herpes

El contacto directo de piel con piel puede transmitir el herpes. Esto incluye tocar, besar y el contacto sexual (vaginal, anal y oral). Las partes húmedas de la boca, la garganta, el ano, la vulva, la vagina y los ojos se infectan muy fácilmente. La piel puede infectarse si está cortada, irritada, quemada, con salpullido o con otras lastimaduras. El herpes puede pasarse de una persona a otra, o de una parte del cuerpo propio a otra. Si una persona tiene llagas bucales de un resfriado, puede transmitir el virus durante el sexo oral y causar herpes genital. El herpes se propaga más fácilmente cuando hay llagas abiertas. También puede transmitirse antes de que se lleguen a formar las ampollas. Se propaga menos fácilmente cuando las llagas

han sanado, las costras se han caído y la piel ha vuelto a la normalidad. Es muy improbable que el herpes se transmita a través de asientos de inodoro, piscinas, bañeras, piscinas de hidromasaje o toallas húmedas. Una madre infectada puede pasarle el virus a su bebé durante o después del parto.

Oral generalmente aparece en los labios o dentro de la boca, en la forma de llagas de resfriado (ampollas pequeñas). El herpes oral puede transmitirse a través del contacto, por ejemplo, al dar besos o durante el sexo oral. Es suficiente que haya contacto directo por un período de tiempo breve para que el virus se transmita. Las llagas de resfriado son comunes en los niños pequeños. El herpes oral en las personas adultas es generalmente sólo una reactivación de una infección de la niñez. Las llagas de resfriado son molestas pero inofensivas en niños y adultos, pero pueden ser peligrosas para un recién nacido.

Muchas veces, el herpes genital no causa ningún síntoma. Muchas personas llevan el virus en el cuerpo pero los síntomas no aparecen por primera vez hasta que un individuo se infecta nuevamente. Cuando se tienen síntomas, éstos pueden empezar de 2 a 20 días después de que el virus ha entrado en el cuerpo o pueden tardar más tiempo. La primera aparición de síntomas durante la primera infección de herpes genital se llama "herpes" primario. Al principio se puede tener una sensación de hormigueo o picor en el área genital. Puede haber dolor en las nalgas, piernas y el área de la ingle. En el área cercana al lugar por donde el virus entró al cuerpo aparecen pequeñas protuberancias rojas - en los labios vaginales, el clítoris, la vagina, la vulva, el cuello uterino, el ano, los muslos o las nalgas. Estas protuberancias se convierten en ampollas o llagas abiertas. Entre 24 y 72 horas después de que aparecen las pequeñas ampollas, éstas pueden reventarse y dejar lastimaduras dolorosas. Estas lastimaduras pueden infectarse. Otros síntomas del herpes primario pueden incluir:

- Picor
- Ardor, sensación de dolor si la orina pasa por encima de las llagas
- Incapacidad de orinar si hay hinchazón porque hay muchas llagas
- Ganglios linfáticos hinchados y sensibles a tacto en la ingle, garganta y debajo de los brazos (la hinchazón puede durar hasta 6 semanas)
- Dolores musculares
- Dolor de cabeza
- Fiebre
- Náusea
- Sensación de decaimiento
- Sentirse dolorido, como con gripe

Los síntomas generalmente desaparecen dentro de las 3 semanas o aun más rápidamente si te tratan con medicación. Normalmente aparece una costra sobre las llagas y éstas sanan sin dejar cicatriz. Pero aun después que desaparecen, el virus queda en el cuerpo. Puede reactivarse y volver a causar llagas días o años después. Por lo general los síntomas son peores durante el herpes primario y se vuelven más leves con cada nueva reactivación del herpes.

4.1.13.2 La sífilis

Se transmite de una persona a otra a través del contacto directo con la lastimadura, lesión o salpullido húmedo de la sífilis. Generalmente se transmite a través del contacto sexual, ya sea por vía vaginal, anal u oral. También puede pasarse al besar o a través del contacto manual u otro contacto personal cercano. Las mujeres embarazadas y con sífilis pueden transmitir la sífilis a sus bebés antes del parto.

Se Puede tener sífilis sin tener ningún síntoma y aun así puede transmitirse a otros. Los síntomas tempranos son muy similares a los de muchas otras enfermedades. La sífilis tiene 4 etapas de síntomas: primaria, secundaria, latente y terciaria.

Etapas 1 - Primaria. Una lesión sin dolor (llamada chancro) puede aparecer en el área por donde el germen entró inicialmente al cuerpo, generalmente en la vagina, el ano, la boca, los labios o la mano. Es firme y redonda y generalmente aparece de 9 a 90 días (el promedio es 21 días) después de la exposición. Las lesiones en la vagina pueden no notarse y desaparecer solas en 1 a 5 semanas. Sin embargo, todavía se lleva el germen y se lo puede transmitir a otros.

Etapas 2 - Secundaria. Se pueden tener síntomas gripales de 3 semanas hasta 6 meses después de la infección. En este momento, también pueden aparecer uno o más salpullidos (normalmente lastimaduras marrones del tamaño de una moneda pequeña) en las palmas de las manos y las plantas de los pies, el área de la ingle y por todo el cuerpo. La bacteria vive en estas lesiones. Por consiguiente, cualquier contacto físico (sexual y no sexual) con las lesiones puede transmitir la infección. La segunda etapa también puede incluir fiebre, dolor de cabeza, dolor de garganta, ganglios linfáticos agrandados, dolor de garganta, pérdida de pelo en diferentes áreas, dolores musculares, manchas mucosas o llagas en la boca, cansancio y protuberancias o verrugas en las áreas cálidas y húmedas del cuerpo. Los salpullidos generalmente sanan en 2 a 6 semanas y se van sin tratamiento, pero aun así se lleva el germen y se lo puede transmitir.

Etapas 3 - Latente. Si la sífilis no se trata, los síntomas desaparecen pero el germen sigue permaneciendo en el cuerpo. La sífilis debe tratarse antes de llegar a esta fase, porque de lo contrario se corre el riesgo contraer sífilis terciaria o final.

Etapa 4 - Terciaria. Algunas personas desarrollan sífilis terciaria o final. Ésta es la etapa en que la bacteria daña el corazón, los ojos, el cerebro, el sistema nervioso, los huesos, las articulaciones o prácticamente cualquier otra parte del cuerpo. Esta fase puede durar años o incluso décadas. La sífilis terciaria puede causar enfermedad mental, ceguera, enfermedad del corazón, parálisis, daño cerebral o muerte.

La sífilis normalmente se trata con penicilina, pero pueden usarse otros antibióticos para los pacientes alérgicos a la penicilina. En la etapa temprana de la sífilis algunas personas pueden tener fiebre leve, dolor de cabeza o hinchazón de las lesiones después de recibir tratamiento. Por lo general, esto no es serio. El proveedor de cuidados de salud tiene que seguirle haciendo varios análisis de sangre al paciente por lo menos por un año después del tratamiento para asegurarse que el tratamiento está dando resultado. Hay que tratar la sífilis temprano, porque el daño causado por la enfermedad no puede revertirse. Además, la sífilis aumenta las probabilidades de transmitir o contraer.

4.1.13.3 Piojo púbico.

Habitualmente, aunque no siempre, se transmiten a través del contacto sexual. También pueden transmitirse a través del contacto personal cercano o usando sábanas, ropa o toallas no lavadas de una persona infectada.

Es posible tener piojos públicos sin tener ningún síntoma. Cuando se tienen síntomas, éstos habitualmente aparecen de 5 días a varias semanas después de que la persona ha estado expuesta. Se puede tener un picor intenso alrededor del pelo púbico o el área genital. El picor se debe a una reacción alérgica a las mordeduras. Si te rascas, te puede dar una infección de la piel.

4.1.14. Programa prevensida Caribe.

Prevensida Caribe es un programa preventivo contra el VIH/SIDA dirigido a adolescentes, centrado en el reconocimiento, valoración y desarrollo de las potencialidades del individuo y en la promoción del auto cuidado, proporcionándoles herramientas para su protección. Prevensida Caribe, asume educar en prevenir del VIH/SIDA desde una educación sexual centrada en el desarrollo de la persona y sus potencialidades y no en la enfermedad en sí misma.

El método utilizado para su aplicación es la exposición de 19 pósters, con mensajes e imágenes alusivas al VIH/SIDA. Con el objetivo de captar la atención de los estudiantes, La presentación se divide por tres áreas diferenciadas por colores, en su orden son: Área Amarilla, Área Roja y Área naranja.

El Área Amarilla, contiene 6 pósters, en las cuales se trabajan las destrezas individuales, autoconocimiento, autoestima, valores y proyecto de vida, los cuales pueden entorpecer o favorecer un programa personal de prevención.

El Área Roja, está compuesta por 8 pósters, donde se proporciona información veraz y actualizada sobre el VIH/SIDA: ¿Qué es?, ¿cómo se trasmite?, ¿cómo no se trasmite?, ¿cuáles son las conductas de riesgo?, su relación con el alcohol y las drogas, los factores protectores.

El Área Naranja, está compuesta por cinco pósters, consiste en enfatizar la importancia de las destrezas individuales y su relevancia en la interacción social cotidiana como medida práctica del manejo del riesgo para adquirir el VIH. Se trabaja responsabilidad sexual, toma de decisiones, comunicación, asertividad y control emocional.

Para la realización del programa se cuenta con el trabajo de un grupo de jóvenes facilitadores los cuales están encargados de transportar a los espectadores por cada uno de los

posters, en este proyecto no fue posible trabajar con posters si no con video beam donde se proyectaron los contenidos de los mismos.

El facilitador promueve:

- La autovaloración personal
- La responsabilidad sexual
- El autocontrol emocional
- La construcción de un proyecto de vida exitoso.

Teniendo en cuenta lo anterior el facilitador:

- ❖ Conduce el taller, evaluando de manera permanente el conocimiento de la población objetivo, para detectar los mitos más arraigados y de esta manera hacer énfasis en su corrección.
- ❖ Brinda información pertinente, aclara dudas y mitos sobre el VIH/SIDA.
- ❖ Promueve la participación de los jóvenes a través de sus comentarios y actitudes hacia el VIH.
- ❖ Se interesa por mantener un clima afectivo grupal, necesario para el óptimo desarrollo del taller.
- ❖ Asume una actitud de empatía, objetividad y tolerancia ante las diferentes opiniones que puede generar un mismo hecho, mostrándose imparcial frente a estas situaciones.
- ❖ Es importante que el facilitador revise sus propios sentimientos y valores ante los asuntos que el tema del VIH/SIDA presenta, tales como: Homosexualidad / Bisexualidad / Heterosexualidad; uso de anticonceptivos; Monogamia / Promiscuidad / abstinencia; Conceptos científicos / Mitos; ansiedades y miedos.
- ❖ *FORMACIÓN CIENTÍFICA*: posee información veraz y actualizada para trabajar en prevención del VIH/SIDA.

- ❖ *ASERTIVIDAD*: transmitir de forma clara y directa sus sentimientos y pensamientos, haciendo valer los derechos de los demás y de sí mismo.
- ❖ *RESPETO*: Consideración por las ideas y sentimientos del otro.
- ❖ *EMPATÍA*: Capacidad de entender y de asumir el papel de otra persona.

5. DEFINICION DE VARIABLES.

15.1 definición conceptual.

Conocimientos respecto al VIH/sida: Es el conjunto de información almacenada durante la experiencia o el aprendizaje que se tiene sobre el VIH/SIDA y que sirve para tomar decisiones en la vida del ser humano y evitar contagios de dicha enfermedad.

Identificación de factores riesgo: es la capacidad de un individuo para realizar el análisis y la valoración a las exposiciones deliberadamente ejercidas por ellas, teniendo en cuenta su capacidad intelectual y emocional tales como: relaciones sexuales voluntarias, la ingestión de alcohol, de droga, la promiscuidad, se incluyen las transfusiones sanguíneas, o cualquier otra exposición que genera riesgo. (Salazar Vazques yadira (2007). sexualidad en adolescentes. Consultado en junio 25,2009 en www.portales medicos.com.)

5.2 Definición operacional.

Variable	Dimensiones	indicadores	índices
<p>Variable independiente Prevencia Caribe</p>	<p>Conocimiento sobre VIH/SIDA</p>	<p>Cómo se transmite?</p>	<p>Ítem E Usted puede contagiarse por tener relaciones sexuales con una persona q tenga el virus en el organismo. (F o V)</p> <p>Ítem H Por medio de la leche materna la madre le puede contagiar el VIH al bebe. (F o V)</p> <p>Ítem N El sexo oral puede ser una forma de contagio del VIH. (F o V)</p> <p>Ítem I Con una sola relación sexual con una persona infectada se puede contraer el VIH. (F o V)</p> <p>Ítem L Una mujer con VIH/sida puede quedar en embarazo sin trasmitirlo al bebe. (F o V)</p>
		<p>Quienes son vulnerables al contagio con VIH/SIDA?</p>	<p>Ítem F El sida es una enfermedad que solo le da a los homosexuales y drogadictos. (F o V)</p> <p>Ítem G Las personas promiscuas se constituyen un grupo de alto riesgo para contraer el VIH. (F o V) Una mujer con VIH/sida puede quedar en embarazo sin trasmitirlo al bebe. (F o V)</p>
		<p>Cómo no se transmite?</p>	<p>Ítem D. El virus se trasmite por compartir utensilios de cocina, baños, piscinas y alimentos. (F o V)</p>

			<p>Ítem J Se puede contagiar el virus del VIH por medio de la masturbación. (F o V)</p> <p>Ítem m La picadura de un mosquito o una pulga puede transmitir el VIH. (F o V)</p> <p>Ítem Ñ El VIH se trasmite por tocar sabanas prendas de vestir, toallas usados por personas con VIH. (F o V)</p> <p>Ítem R A través de un beso se puede contraer VIH. (F o V)</p>
		Cómo se diagnostica?	<p>Ítem C. Cuando una persona esta contagiada con el virus que produce el sida puede verse y sentirse bien y no saber que esta contagiada con él. (F o V)</p> <p>Ítem P Si alguien es seropositivo es porque no puede transmitirles la enfermedad a otros. (F o V)</p> <p>Ítem O El examen del sida puede resultar positivo después de 20 días de haber contraído la infección. (F o V)</p>
		Cómo se previene?	<p>Ítem K El condón es útil para la prevención de enfermedades de transmisión sexual. (F o V)</p> <p>Ítem Q Las pastillas anticonceptivas son un buen método de protección contra el sida. (F o V)</p>
	Identificación de situaciones de riesgo sexuales y no sexuales frente al VIH/SIDA	Situaciones de riesgo sexuales	<p>Ítem A. Un hombre y una mujer se conocen en una fiesta. se atraen salen juntos y después tienen relaciones sexuales ella para prevenir el embarazo se cuida con pastillas, y el no usa condón. (AR, alto riesgo; BR, bajo riesgo; NR, no riesgo)</p> <p>Ítem B. Una pareja de enamorados tienen relaciones sin condón, el se</p>

		<p>retira antes de eyacular. (AR, alto riesgo; BR, bajo riesgo; NR, no riesgo)</p> <p>Ítem C una mujer sospecha que su marido le es infiel, pero igual mantiene relaciones sexuales, ni hablar de condón pues él se molesta. (AR, alto riesgo; BR, bajo riesgo; NR, no riesgo)</p> <p>Ítem D. una pareja de jóvenes para evitar un embarazo, tiene relaciones sexuales durante la menstruación. (AR, alto riesgo; BR, bajo riesgo; NR, no riesgo)</p> <p>Ítem F. un chico y una chica están acostados juntos besándose y masturbándose en un parque. (AR, alto riesgo; BR, bajo riesgo; NR, no riesgo)</p> <p>Ítem G. una mujer tiene un reencuentro amoroso y sexual con un antiguo novio, como lo conoce de hace tiempo no usaron condón. (AR, alto riesgo; BR, bajo riesgo; NR, no riesgo)</p> <p>Ítem H. un hombre y una mujer tienen relaciones sexuales anales sin usar condón. (AR, alto riesgo; BR, bajo riesgo; NR, no riesgo)</p> <p>Ítem I. un don Juan usa preservativo con todas sus novias. (AR, alto riesgo; BR, bajo riesgo; NR, no riesgo)</p> <p>Ítem J. una pareja de homosexuales es mutuamente fiel utiliza preservativo en toda sus relaciones sexuales. (AR, alto riesgo; BR, bajo riesgo; NR, no riesgo)</p>
	Situaciones de riesgo no sexuales	<p>Ítem E. una persona le colocan una inyección, la persona verifica antes que la jeringa en verdad sea nueva. (AR, alto riesgo; BR, bajo riesgo; NR, no riesgo)</p>

5.3 Control de variables

	¿QUE?	¿COMO?	¿POR QUE?
EN LOS SUJETOS	Nivel de educación (semestre cursado)	Se tomaron individuos que estudiantes universitarios de primer semestre psicología	Es condición de lo investigado tener como población de estudio a estudiantes de primer semestre de la facultad de psicología de la universidad Simón Bolívar.
EN EL AMBIENTE	Lugar de aplicación	Aplicando el instrumento (cuestionario), y el programa en un ambiente tranquilos y como para los estudiantes.	Esto aumenta la concertación propiciando la participación activa durante el programa
EN LOS INSTRUMENTOS	Legibilidad y claridad de la información	Se procuro que la totalidad del material presentado fuera nítido, claro y sin borrones, con un lenguaje adaptado a la cultura.	Evitan dificultades en la aplicación
EN LOS INVESTIGADORES	Capacitación	Las personas encargadas de la aplicación de la escala se sometieron a un entrenamiento previo sobre la forma apropiada de hacerlo. Dicho entrenamiento estuvo a cargo del tutor de la investigación	En la aplicación de un test no pueden surgir imprevistos, por tanto es necesario formarse espacialmente para evitarlo y anticiparse a ello, solo de este modo puede asegurar la uniformidad (anastasi,annie, test psicología, Madrid)

LUGAR DE ESTUDIO	Lugar de estudio	Se tomaron sujetos que estudiaran en la universidad Simón Bolívar de la ciudad de Barranquilla	Es para efectos de muestra y conveniencia del control del ambiente social y cultural
-------------------------	------------------	--	--

6. METODOLOGÍA.

6.1 Paradigma.

Empírico analítico, por llevar una serie procedimientos prácticos que nos permiten obtener datos fácticos a partir de los cuales podemos caracterizar el comportamiento de los sujetos en su realidad, la cual fue objeto de estudio (Sampieri R 2000).

6.2 Enfoque.

La investigación es cuantitativa ya que trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica. La investigación cuantitativa trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede. (Sampieri R 2000)

6.3 Tipo de investigación.

La investigación se desarrolló dentro de un marco metodológico explicativo, porque este tipo de estudio es utilizado con el propósito de responder a los eventos físicos o sociales como es en caso de esta investigación refiriéndose a la evaluación de la efectividad de la

implementación de programa de prevención de VIH/SIDA, en estudiantes de primer semestre de la universidad Simón Bolívar de la ciudad de Barranquilla.

6.4 diseño.

El tipo de diseño es el cuasiexperimental con preprueba - postprueba con grupo intacto, por la manipulación de la variable independiente para ver su efecto y relación con una o mas variables dependientes, otras de las razones del tipo de diseño es porque los sujetos no son asignados al azar, mucho menos emparejados, sino que dicho grupo de objeto de investigación ya estaba formado antes del experimento y por lo tanto un grupo intacto y se pretende verificar la equivalencia inicial de los grupos ante la pre y post prueba

6.5 población.

La población escogida como objeto de estudio fueron los estudiantes matriculados en primer semestre de la facultad de Psicología de la Universidad Simón Bolívar de la ciudad de Barranquilla, tanto de jornadas diurnas y nocturnas, los cuales son en total 102 estudiantes, 21 de sexo masculino y 81 de sexo femenino, 83 de la jornada diurna y 19 de la jornada nocturna, su edad promedio fue de 24 años.

6.6 muestra.

Los estudiantes con los cuales se trabajo durante este proyecto fueron todos los estudiantes matriculados en primer semestre, del primer periodo del año 2009, en la facultad de psicología de la universidad Simón Bolívar de la ciudad de Barranquilla, la muestra estuvo conformada por 102 estudiantes, 83 matriculados en la jornada diurna y 19 de la jornada nocturna, 81 mujeres y 21 hombres; en la implementación del programa de prevención y aplicación del POSTEST, la muestra fue de 73 estudiantes, 56 matriculados en la jornada diurna y 17 en la jornada nocturna, distribuidos en 58 mujeres y 15 hombres. La deserción fue de 28.4%.

La edad promedio de los estudiantes de la jornada diurna fue de 17.6 años y los de la jornada nocturna fue de 24.7 años.

6.7 muestreo

No fue utilizada ninguna técnica de muestreo ya que se trabajo con toda la población.

6.8 técnicas e instrumentos de recolección de información.

El instrumento utilizado, en la recolección de la información fue elaborado por los autores del programa PREVENSIDA (Daguer, González, Reason. 2006). Para ello, siguieron los siguientes pasos:

Se hizo una revisión de diversas escalas ya existentes, las cuales medían el nivel de conocimiento e identificación de factores de riesgo, en situaciones sexuales y no sexuales, con el fin de observar su estructura, estas escalas se encuentran consignadas en los siguientes textos: Educando en afectividad y sexualidad: Adolescencia tiempo de decisión; Virginia Toledo, M. Ximena Luengo, Lucia Lobos (2004). Planeando tu vida: Programa de educación sexual para adolescentes; Susan Pick de Weiss, José Ángel Aguilar (1991). Hablando de VIH: Guía para facilitadores; World Council of Churches (1997).

Se construyeron 50 ítems teniendo en cuenta estas escalas y las definiciones conceptuales de las variables a estudiar, constituyendo así, una primera versión de la escala.

La escala, fue sometida a revisión por especialistas en el área de VIH/SIDA; los cuales actuaron como jueces, analizando cada ítem; con el fin de determinar si realmente medían los aspectos que se pretendían medir en el instrumento. Las observaciones de los especialistas, fueron acogidas por los diseñadores del programa. Esto le dio validez externa a la escala, ya que se eliminaron los ítems que los jueces consideraban que no media la variable correspondiente, quedando así una segunda versión de cada escala, conformada por 40 ítems.

Esta segunda versión se aplicó a la primera muestra conformada por 200 estudiantes con las características requeridas, para hacer el análisis estadístico de cada uno de los ítems de la escala.

Luego, se buscó la correlación entre la respuesta dada por cada sujeto en cada ítem con el puntaje total de cada sujeto, lo cual permitió conocer qué tanta correlación existía entre cada ítem y el total de la escala.

Con estos resultados se construyó la versión número tres del instrumento, tomando los 30 ítems con mayor coeficiente de correlación entre cada ítem y el puntaje total, lo cual arrojó el grado de saturación de las variables.

Luego, se escogió una muestra representativa de 180 estudiantes a los que se les aplicó la tercera versión de la escala (constituida por 30 ítems) para estudiar la consistencia externa, dada por la correlación entre los ítems pares e impares de la versión tres de la escala. A raíz de que el coeficiente de correlación de Pearson arrojó resultados altamente positivos, (mayores a 0.5) se consideraron válidos todos los ítems.

Fue por esta razón que se tomó esta última versión de la escala como el instrumento final para formar parte evaluadora del programa PREVENSIDA Caribe y además, obtener la información presentada en el análisis de resultados correspondiente a la presente investigación (Anexo 1).

El instrumento se divide en 2 partes, la primera parte consta de 20 ítems los cuales tienen el valor de 0.5, y la sumatoria total corresponde a 10 puntos que evalúan nivel de conocimiento general sobre el VIH/SIDA, donde los resultados pueden ser *falso* y *verdadero*, la segunda parte esta conformada por 10 ítems que describen situaciones sexuales y no sexuales, donde el evaluado debe señalar si la situación es de bajo, alto o no riesgo para el contagio de VIH/SIDA, las cuales tienen un valor de un punto, donde la sumatoria

corresponde a un total de 10 es decir, este apartado evalúa la capacidad para identificar los grados de riesgo de contraer VIH/SIDA, cabe destacar que los resultados obtenidos en la primera y segunda parte del instrumento son independientes uno del otro. Los puntajes de 1 a 5.9 es bajo, de 6 a 7.9 es medio, de 8 a 10 corresponde a un nivel alto.

6.9 procedimiento

Para la realización de la investigación fue necesario hacer una exploración bibliográfica en diferentes bibliotecas de instituciones como la universidad Simón Bolívar, biblioteca departamental, biblioteca de la aduana, bases de datos, paginas Web entre otras, de la universidad Simon Bolívar. La intención principal fue, obtener una visión actualizada y más amplia acerca del VIH/SIDA, apropiarse de bases teóricas para hacer las sustentaciones conceptuales del presente estudio. De esta manera se tuvieron en cuenta las teorías presentadas por diversos autores. También fue necesario llegar hasta las directivas de la facultad de psicología de la universidad Simón Bolívar

El primer encuentro con la muestra fue la aplicación del cuestionario evaluativo sobre VIH/SIDA, luego de 2 semanas, en un segundo y ultimo encuentro, se ejecuto el programa de prevención contra el VIH/SIDA – Prevensida Caribe – e inmediatamente, con una duración promedio de 2 horas, los participantes contestaron nuevamente, el mismo cuestionario evaluativo del inicio.

En la implementación del programa Prevensida Caribe, el grupo de estudiantes de la jornada de la mañana fue dividido en cuatro grupos, cada uno con 12 estudiantes, por razones metodológicas, y los de la jornada nocturna no fueron divididos debido a que era un grupo

pequeño. La presentación se desarrollo con la ayuda de un video beam en todos los encuentros.

7. RESULTADOS.

Esta investigación permitió arrojar datos importantes que ayudaron a la confirmación de la hipótesis que se planteaba en un principio, permitiendo enriquecer no solo a la población y a los investigadores si no a la universidad Simon Bolívar generando una visión más amplia de cada estudiante perteneciente al primer semestre.

Para esto se conto con la participación de un total de 102 estudiantes de los cuales 83 pertenecen a la jornada diurna y 19 a la jornada nocturna que respondieron a la encuesta inicial. Donde 21 eran de sexo masculino lo que corresponde a un 20% de la muestra y 81 eran de sexo femenino lo que corresponde a un 79.4%.

La población de la jornada diurna se encuentra en un promedio de edad de 17.6 años mientras los de la jornada nocturno es de 24.7 años. Para la encuesta final se contó con un total de 73 estudiantes de los cuales 56 eran de la jornada diurna y 17 de la jornada nocturna de los cuales 15 eran de sexo masculino lo que corresponde a un 20.5% y 58 eran de sexo femenino lo que corresponde a un 79.9%,

Para el análisis de los datos se utilizó la prueba estadísticas “t” de student, la cual permitió evaluar los resultados obtenidos en el pretest y postest encontrándose que los del postest eran significativamente diferentes a los proyectados en el pretest, comprobando la hipótesis referente a la efectividad del programa teniendo como base que el valor “t” calculado fue superior en un nivel de confianza del 0.1. Después de la aplicación del programa PREVENSIDA CARIBE.

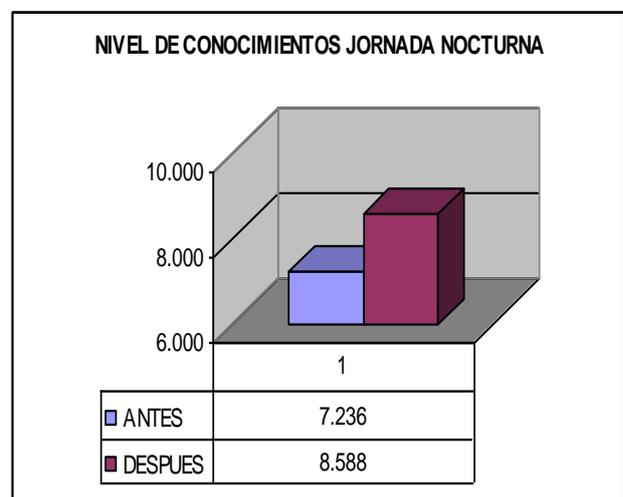
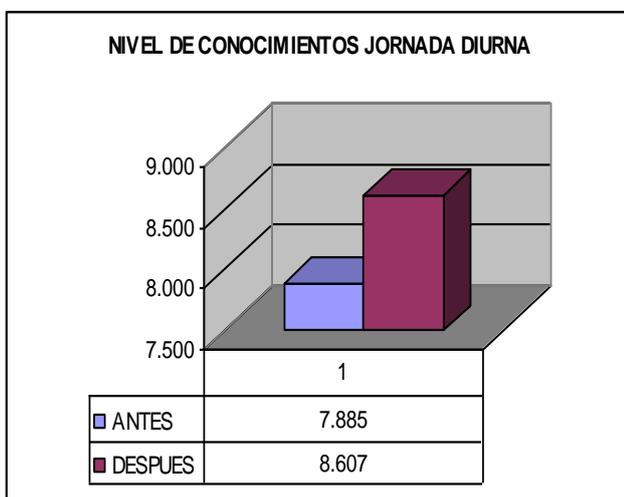
Los resultados en el nivel de Conocimiento de la jornada diurna, arrojaron que el valor calculado de “t” fue 4.72251 resultando superior al valor de la tabla en un nivel de confianza de 0.1 ($2.358 > 1.6577$) y la jornada nocturna “t” fue igual a 4.78774315, siendo

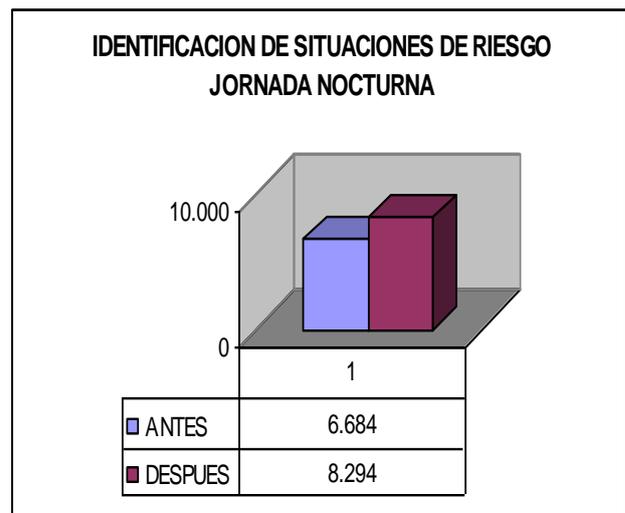
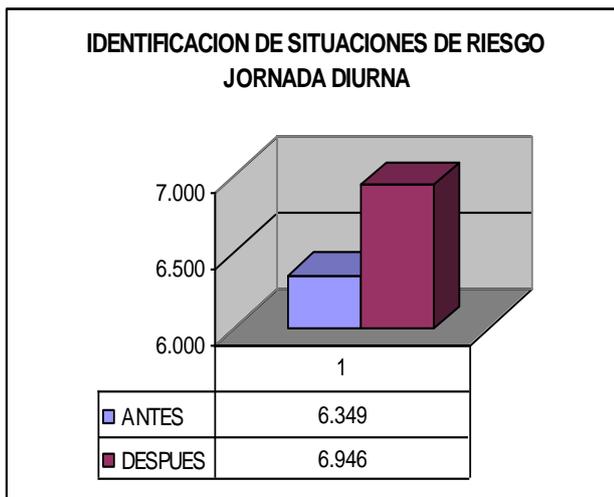
superior al valor estimado en el nivel de confianza de 0.1 ($2.457 > 1.697$). En ambas grupos, los resultados difieren en un 99% y poseen solo un 1% de posibilidad de error. Es decir, que los resultados obtenidos en el postest después de la implementación del programa en ambas jornadas fueron significativamente superiores a los presentados en el pretest en cuanto a los niveles de conocimiento frente al VIH/SIDA lo cual demuestra la efectividad del programa para desarrollar conocimientos claros respecto a este virus.

En el caso de los resultados obtenidos en cuanto a la Identificación de Situaciones de Riesgo. En el grupo de la jornada diurna, el valor calculado de “t” fue 2.17695, resultando superior al valor de la tabla en un nivel de confianza de 0.5 ($2.17695 > 1.6577$). En el grupo de la jornada nocturna “t” fue igual a 2.98362, siendo superior al valor estimado en el nivel de confianza de 0.1 ($2.457 > 1.697$).

Aunque las diferencias fueron estadísticamente significativas, los resultados obtenidos en el área de nivel de conocimiento fueron muy superiores en comparación con este apartado, lo cual puede reflejar que el programa PREVENSIDA Caribe produce mayor cambio en el área de conocimiento que en la habilidad de clasificar situaciones según su riesgo de contraer el VIH/SIDA.

A continuación se representará gráficamente los resultados obtenidos en el pretest y postest tanto de la jornada diurna y nocturna en los niveles de conocimiento e identificación de situaciones de riesgo.





En cuanto a los errores que presentaron los estudiantes de ambas jornadas en el desarrollo de las respuestas a los ítems presentados en el cuestionario se encontró que las preguntas en las que tenían menor conocimiento eran; ítem (R): cuya pregunta es; *si alguien es seropositivo es porque no puede transmitir la enfermedad a otros*. Ítem (O) la cual pregunta *si el examen del sida puede resultar positivo después de 20 días de haber contraído la infección*. Ítem (L) en la cual se interroga *si una mujer con VIH/SIDA puede quedar en embarazo sin transmitirlo al bebe*.

En las respuestas frente a las situaciones de riesgo las preguntas que obtuvieron mayor numero de errores fueron el ítem (J) que interroga *si una pareja de homosexuales es mutuamente fiel y utiliza preservativos en sus relaciones sexuales* donde el estudiantes debe identificarla como una situación de bajo riesgo; el ítem (B) el cual dice; *si una pareja de enamorados tiene relaciones sexuales sin condón el se retira antes de llegar a eyacular*, en este ítems la respuesta acertada es alto riesgo y la mayoría de evaluados lo consideraron como una situación de bajo riesgo, otras de las respuestas erróneas arrojadas fue la del ítem;(I) el cual dice *si un don Juan usa preservativo con todas sus novias*, la respuesta

adecuada a esta pregunta es bajo riesgo, pero para un gran porcentaje de los evaluadores es de no riesgo.

Los resultados anteriormente señalados hacen referencia al pretest; las calificaciones se establecieron teniendo en cuenta que las puntuaciones a nivel de conocimiento van de 1 a 10, con un valor de 0.5 y las de identificación de riesgo van de 1 a 10 con un valor de 1 punto por cada pregunta, en este sentido, las puntuaciones que marcan de 0 a 5 indican que los evaluados poseen un conocimiento erróneo acerca de las formas de transmisión del VIH SIDA; mientras que las que marcan de 6 a 7 indican que el evaluado posee poco conocimiento acerca de los conocimientos de las formas de transmisión del VIH SIDA. y las que puntúan de 8 a 10 indican que el evaluado tiene un alto nivel de conocimiento acerca de las formas de transmisión del VIH/SIDA, de igual manera se califica los ítems de identificación de situaciones de riesgo.

8 CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos tras la implementación de prevensida Caribe muestran que este programa preventivo es efectivo para el desarrollo de conocimiento respecto al VIH/SIDA y en la identificación de situaciones de riesgo sexuales y no sexuales, se encontró que antes de la aplicación del programa existía poca información respecto a este virus, evidenciándose en las respuestas erróneas en el cuestionario, de igual manera se observó que la mayoría de jóvenes poseían una información errónea o sesgada respecto a éste virus mostrándose en los interrogantes planteados por estos a manera de mitos durante el desarrollo del programa . Las estadísticas arrojadas muestran que los objetivos de PREVENSIDA CARIBE se cumplen de manera efectiva, ya que las personas que participaron en el desarrollo del mismo tuvieron cambios óptimos tras su implementación, de igual manera se observa que dichos cambios ocurrieron en las personas indiferentemente del sexo o la edad que poseían.

De esta manera tras la evaluación del programa se aclara la efectividad del mismo para el cumplimiento de los objetivos que se plantea, buscando generar desde una visión preventiva un sentido de vida, responsabilidad, consciencia entre otros valores y habilidades que contribuyan al desarrollo del ser humano.

9 RECOMENDACIONES.

Tras el desarrollo de la evaluación del programa preventivo del VIH/SIDA PREVENSIDA CARIBE encontramos que teniendo en cuenta la metodología del mismo se hace pertinente la elaboración de los posters de forma física y no con la utilización de video beam para llevar a cabo una mejor dinámica. Se recomienda que el lugar de implementación sea más espacioso para tener una mejor interacción con los participantes.

10 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Altahona, Y; Goenaga, P; Gravini, M; Restrepo, M; Ruiz, P; Vasquez, F (2003). *Lineamiento para la presentación de trabajos de investigación. Psicogente, Volumen VI (11), 84 - 97.*

Arrivillaga, M;Salazar,I;Correa,D (2003). *Creencias sobre la salud y su Relacion con las Prácticas de Riesgo en Jóvenes Universitarios.* Colombia Medica, 34, 186-195.

Barros, T. al. (2001) Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA en adolescentes. *Revista panameña de Salud Publica.* 10: 86-94.

Bermudez,J (2008). *Aspectos Medicos del VIH SIDA.* Consultado en marzo,07,2009 en www.aciprensa.com

Cruz Roja (2008). *Vias de Transmision.* Consultado en febrero,10,2009 en www.cruzroja.es.

Cortés, A.; García, R.; Monterrey, P.; Fuentes, J. y Pérez, D. (2000) *Sida, adolescencia y riesgos.* *Revista Cubana Medicina General Integral,* 16: 253-260

Direccion General de la Cruz Roja Clombiana (2008). *Aumenta el Virus de Sida en las Mujeres.* Consultado en enero,30,2009 en www.ligasida.org.co.

Gonzalez, J; Herrera, D; Herrera, M. (2006). *Comportamiento y conocimientos sexuales relacionados con VIH SIDA.* *Psicogente,* 9 (15), 147 -156

González,J Daguer,D Reason,R (2005). *Prevensida Caribe un Programa para prevenir el VIH SIDA.* *Psicogente,* 08 (13), 28-31..

Guerrero, C.; Quiroz, O.; Sánchez, D.; Más, I. y Rodríguez, D. (2002) *Los adolescentes y sus conocimientos sobre el SIDA.* *Acta Pediátrica Mexicana.* 23: 223-227.

González, J. M.; Better, M.; Navarro, X.; Silvera, H.; Bolívar, T. y Villegas, I. (2003) *Salud en la Universidad.* Un estudio de riesgos en el Caribe colombiano. Barranquilla: Editorial Antillas

Klinger,J (2008). *Diagnostico y Tratamiento de la Infeccion por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el adulto.* Consultado en enero,30,2009 en www.inmoweb.unicauca.edu.co.

Onusida (2007). *Derechos Humanos,Infeccion por VIH y SIDA.* Consultado en 2007 en www.onusida.org.co.

Onusida (2007). *Situacion de la epidemia de SIDA.* Consultado en enero,30,2009 en www.unosida.org.co

(octubre-diciembre 2001). *evolucion y etapas del vih*. revista biomed, pp. .

Sexualidad Integral (2008). *Formas Transmision del VIH/SIDA*. Consultado en febrero, 6,2009 en www.sexualidadenlinea.com.

Sanabria, H.; Sarmiento, N. y Mesones, J. (1999) *Conocimientos y actitudes sobre la transmisión del VIH en estudiantes de una escuela de medicina de Perú*. Revista Salud Pública. 1: 152- 158.

Sanabria, H.; Sarmiento, N. y Mesones, J. (1999) *Conocimientos y actitudes sobre la transmisión del VIH en estudiantes de una escuela de medicina de Perú*. Revista Salud Pública. 1: 152- 158

Salazar Vazques yadira (2007). sexualidad en adolescentes. Consultado en junio 25,2009 en www.portales medicos.com.

Uniersia (2007). Cambios Corporales Debido al tratamiento. Consultado en Enero,30.2009 en www.universia.net.co.

(2008). *proceso de inoculacion del vih. tu salud*. Consultado en febrero 10 2009 en www.elmundo.es.

Schalchi LAuren (1996). las puertas de entrada del virus del sida. Consultado en marzo. 10.de 2009 en www.dialnet.uniroja.es.

