



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**



**PREVENCIÓN DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)
EN ADOLESCENTES**

**TESINA
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTA

JANNET PÉREZ DÍAZ

Asesora: Dra. Dulce María Guillén Cadena

Septiembre 2015

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES QUIENES ME HAN GUIADO POR EL CAMINO DE LA SUPERACIÓN PERSONAL Y PROFESIONAL Y POR SU APOYO ECONOMICO Y MORAL INCONDICIONAL.

A LA DRA. DULCE MARÍA GUILLEN CADENA POR LA ASESORIA BRINDADA PARA EL DESARROLLO DE ESTE TRABAJO.

A LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA POR LAS ENSEÑANZAS BRINDADAS DE SUS EXCELENTES MAESTROS (AS) QUE HA FACILITADO EL INICIO DE MI VIDA PROFESIONAL.

A MI FAMILIA POR EL APOYO RECIBIDO EN TODO MOMENTO.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. LA ADOLESCENCIA	3
1.1 DEFINICIÓN.....	3
1.2 AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA EN LA ADOLESCENCIA	5
1.3 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA	6
1.4 CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS.....	7
1.5 LA AFECTIVIDAD EN LA ADOLESCENCIA	10
1.6 CARACTERISTICAS DEL ADOLESCENTE ACTUAL.....	11
CAPÍTULO 2. PRÁCTICAS SEXUALES EN ADOLESCENTES	13
2.2 DEFINICIÓN DE SEXUALIDAD.....	13
2.3 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO Y LA SALUD SEXUAL ADOLESCENTE.....	15
2.4 IDENTIDAD SEXUAL	17
2.5 ESTUDIOS RECIENTES SOBRE COMPORTAMIENTOS SEXUALES	18
2.6 INICIACIÓN DE LA VIDA SEXUAL TEMPRANA	19
CAPÍTULO 3. EL VIRUS DE LA INMUDEFICIENCIA HUMANA (VIH)	25
3.1 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	25
3.2 CARACTERSTICAS GENERALES.....	29
3.3 HISTORIA NATURAL DE LA INFECCIÓN POR VIH.....	31
3.4 FACTORES DE RIESGO DE INFECCIÓN POR VIH/SIDA	40
CAPÍTULO 4. PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA	42
4.1 NIVELES DE ATENCIÓN	42
4.2 NIVELES DE PREVENCIÓN	43
4.3 PARTICIPACIÓN DE LA PROFESIONISTA DE ENFERMERÍA	45
4.4 PREVENCIÓN DE ITS Y VIH	53
4.5 ACCIONES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ENCAMINADAS A LA PREVENCIÓN DEL VIH. 54	
4.6 ¿QUÉ BARRERAS IMPIDEN LA REDUCCIÓN DEL VIH?.....	57

4.7 INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA PREVENIR EL VIH ENTRE LOS JÓVENES DE LOS PAÍSES EN DESARROLLO	61
4.8 PERSPECTIVAS EN EL ABORDAJE DE LA PREVENCIÓN DEL VIH	67
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	73
5.1 CONCLUSIONES	73
5.2 RECOMENDACIONES	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79

INTRODUCCIÓN

La presente Tesina tiene como objeto analizar las actividades de prevención y acciones del profesional de enfermería encaminada a la prevención del Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en adolescentes. Para realizar esta investigación documental, se ha desarrollado la misma en cinco importantes capítulos que a continuación se presentan:

En el primer capítulo se da a conocer la definición de adolescencia, el autoconcepto y autoestima, las etapas en las que se divide la adolescencia y los cambios fisiológicos y psicológicos de esta misma, y las características del adolescente actual.

En el segundo capítulo abordaremos el tema sobre prácticas sexuales en adolescentes en los que se incluyen la sexualidad, factores que influyen en el desarrollo y la salud sexual adolescente, la identidad sexual, estudios recientes sobre comportamientos sexuales, iniciación de la vida sexual temprana y las prácticas sexuales en el adolescente.

En el tercer capítulo se hablara acerca del VIH y su historia natural de la enfermedad, así como sus características, factores de riesgo de infección por VIH/SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y la situación epidemiológica que existe a nivel mundial y en México, con sus estados con mayor prevalencia.

En el capítulo cuatro se desarrolló el tema que abarca acerca de la prevención del VIH, donde hablaremos brevemente sobre los niveles de atención en el que el

tema que abordaremos es acerca de los 3 niveles de prevención y la participación de la profesionalista de enfermería en la prevención de ITS y VIH, las acciones de las y los profesionistas de enfermería encaminadas a la prevención del mismo. En el capítulo cinco finaliza esta Tesina con las conclusiones, recomendaciones y las referencias bibliográficas.

Es de esperarse que al terminar esta Tesina se pueda contar de manera clara con las intervenciones del profesionalista de Enfermería en la Prevención del VIH para proporcionar una atención de calidad.

CAPÍTULO 1. LA ADOLESCENCIA

1.1 DEFINICIÓN

Definir la adolescencia con precisión es problemático por varias razones. Primero, se sabe que de la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida. Hacer referencia al comienzo de la pubertad, que podría considerarse una línea de demarcación entre la infancia y la adolescencia, no resuelve el problema.

La pubertad empieza en momentos sumamente distintos para las niñas y los niños, y entre personas del mismo género. En las niñas se inicia, como promedio, entre 12 y 18 meses antes que en los niños. Las niñas tienen su primera menstruación generalmente a los 12 años. En los niños, la primera eyaculación ocurre generalmente hacia los 13 años. No obstante, las niñas pueden empezar a menstruar a los 8 años. Hay indicios de que la pubertad está comenzando mucho más temprano; de hecho, la edad de inicio tanto en las niñas como en los niños ha descendido tres años en el transcurso de los últimos dos siglos. Esto obedece, en gran parte, a las mejores condiciones de salud y nutrición ⁽¹⁾.

La palabra adolescente viene del latín *adolescens*, *adolescentes* y significa „que está en período de crecimiento, que está creciendo“. Frecuentemente se confunde con *adolecer* cuyo significado es „tener o padecer alguna carencia, dolencia, enfermedad“.

Según la Real Academia Española, adolescencia es la “edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo”.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa de la vida, comprendida entre los 10 y los 19 años, en la cual tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales.

Este proceso se caracteriza por rápidos y múltiples cambios en los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales ⁽²⁾.

¿Qué es la adolescencia?

Hablar de la duración de la adolescencia implica diferenciar ante todo dos términos: adolescencia y juventud. Un adolescente es un ser humano que paso de la pubertad y que todavía se encuentra en etapa de formación ya sea en lo referente a su capacitación profesional, a la estructuración de su personalidad o la identidad sexual. En cambio “joven”, cuando este término se refiere al adulto joven, designa a alguien que ya ha adquirido responsabilidades y cierta cuota de poder, que ha madurado su personalidad y tiene establecida su identidad sexual, más allá de que no tenga una pareja estable o no sea totalmente autosuficiente en lo económico ⁽³⁾.

La adolescencia no sólo representa una época magnífica de la vida que muchos adultos recuerdan con nostalgia, tal vez a través del velo de color de rosa del pasado, sino un grupo de edad sobre el que descansa el futuro social, político y económico de un país ⁽⁴⁾.

Tras el estudio de más de mil cerebros de adolescentes, dicen los científicos que en esta etapa aún no ha terminado el desarrollo completo, la evolución, etc. del cerebro. Las regiones del cerebro que ponen fin al comportamiento temerario se están aún construyendo; estamos pues, todavía en pleno proceso madurativo. O sea, que junto a la saturación hormonal que se produce, nos encontramos con un desarrollo insuficiente de los controles cognitivos necesarios para tener un comportamiento maduro. Por eso años después, el joven, una vez conseguida la madurez cerebral, se asombra de parte de sus conductas de la adolescencia.

En una etapa en la que las fuerzas instintivas son muy altas. En ella, los chicos son sociables, leales con sus amigos, con avidez de experiencias, solidarios, sensibles, con ansias de libertad que frecuentemente da lugar a discrepancias con sus padres, especialmente sobre el estudio, los comportamientos correctos, los

horarios, las formas de vestir, los compañeros y amigos con los que sale y sobre el uso y posesión del dinero.

Al mismo tiempo, son inseguros e inestables. Su gran volubilidad se manifiesta entre ellos en que ahora nos peleamos, mañana nos abrazamos; hoy te insulto, pero luego te bendigo.

También son algo presuntuosos y susceptibles. Les cuesta el estudio y el esfuerzo. Excesivamente dependientes de las modas y marcas, procuran actuar en el ejercicio, en el deporte, en el baile.

Aunque se llenan de admiración ante los ideales, sin embargo, muy fácilmente se dejan atrapar por el consumismo y el egoísmo. Mantienen una tendencia alta al emparejamiento con el otro sexo.

1.2 AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA EN LA ADOLESCENCIA

¿Qué es el autoconcepto?

El sentimiento de ser amado y aceptado por las personas que intervienen en nuestra vida, sobre todo los padres, los hermanos y los amigos íntimos, es el más poderoso que experimentamos, más fuerte aún que el deseo físico y más potente que el instinto de conservación. Ganarse el amor y la aceptación de esas personas es el más grande deseo que posee el hombre.

De la competencia y habilidad, o de la falta de ellas, nacen los dos componentes básicos de la autoimagen: el sentimiento de la propia competencia y la autoestima. El sentimiento de competencia depende de opiniones externas: padres, profesores, evaluaciones, exámenes, etc.

Formación del concepto general

- Autoconcepto académico: conformado por el grado de rendimiento en Lengua, Matemáticas, Idiomas, etc. Las materias del currículum.

- Autoconcepto social: proporcionado por el grado de aceptación y relación con los demás.
- Autoconcepto emocional: el grado de respuesta-reacción a los acontecimientos.
- Autoconcepto físico: formado por la habilidad física y la presencia somática.

Con un buen autoconcepto, un sujeto se considera valioso y pensara en la valía de los demás. Con él la vida es agradable, es una fiesta. Pero si tu autoconcepto es bajo, se considerara un desastre y que los demás son personajes con grandes fallos.

Un autoconcepto negativo es una de las limitaciones más grandes que puede sufrir una persona, solo comparable al padecimiento de una limitación física.

Un sujeto con autoconcepto negativo de sí mismo se mostrara frecuentemente inseguro, que buscara en sus superiores, en sus mandos, en las personas prestigiosas o en aquellos que le pueden aceptar y apoyar. El chico con una autoimagen negativa acostumbrara a huir del esfuerzo, se desmotiva y pierde interés enseguida, es tímido y retraído y muy hipersensible a las críticas. Con estas características, ya se comprende que las posibilidades de éxito en el aprendizaje y en las relaciones humanas son bastante escasas ⁽⁵⁾.

1.3 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y

social. Es difícil establecer límites cronológicos para este período; de acuerdo a los conceptos convencionalmente aceptados por la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años).

- Características de la adolescencia temprana

Esta etapa se caracteriza por el crecimiento y desarrollo somático acelerado, inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios. Preocupación por los cambios físicos, torpeza motora, marcada curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia, por lo que los conflictos con la familia, maestros u otros adultos son más marcados. Es también frecuente el inicio de cambios bruscos en su conducta y emotividad.

- Características de la adolescencia tardía

En esta fase se ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo, el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil educacional y ocupacional. Se ha alcanzado un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad, inclusive en su vida sexual, por lo que está muy cerca de ser un adulto joven.

1.4 CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS.

Características generales de la adolescencia.

1. Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura y cambios de la forma y dimensiones corporales. Al momento de mayor aceleración de la velocidad de crecimiento en esta etapa, se le denomina estirón puberal.
2. Se produce un aumento de la masa muscular y de la fuerza muscular, más marcado en el varón, acompañado de un aumento en la capacidad de

transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, que permiten neutralizar de manera más eficiente los productos químicos derivados de la actividad muscular, también se produce un incremento y maduración de los pulmones y el corazón, teniendo por tanto un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico.

3. El incremento de la velocidad de crecimiento, los cambios en la forma y dimensiones corporales, los procesos endocrino-metabólicos y la correspondiente maduración, no siempre ocurren de manera armónica, por lo que es común que presenten torpeza motora, incoordinación, fatiga, trastornos del sueño, que pueden generar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria.

4. El desarrollo sexual está caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, la aparición de los caracteres sexuales secundarios y el inicio de la capacidad reproductiva.

5. Los aspectos psicosociales están integrados en una serie de características y comportamientos que en mayor o menor grado están presentes durante esta etapa, que son:

- Búsqueda de sí mismos y de su identidad, necesidad de independencia.
- Tendencia grupal.
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto. Las necesidades intelectuales y la capacidad de utilizar el conocimiento alcanzan su máxima eficiencia.
- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.
- Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y constantes fluctuaciones de su estado anímico.
- Relaciones conflictivas con los padres que oscilan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos.
- Actitud social reivindicativa: en este período, los jóvenes se hacen más analíticos, comienzan a pensar en términos simbólicos, formular hipótesis,

corregir falsos preceptos, considerar alternativas y llegar a conclusiones propias. Se elabora una escala de valores en correspondencia con su imagen del mundo.

- La elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño.
- Necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida ⁽⁶⁾.
- En 2009, 1.200 millones de adolescentes, con edades comprendidas entre los 10 y 19 años, constituían el 18% de la población mundial. Desde 1950, el número de adolescentes ha aumentado más del doble ⁽⁷⁾.

Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales

Para poder comprender mejor el desarrollo del adolescente, podemos dividir las fases madurativas de la adolescencia en: temprana (11-13 años), media (14-17 años) y tardía (17-21 años). Durante este período de tiempo, los adolescentes deben de conseguir la independencia de los padres, la adaptación al grupo, aceptación de su nueva imagen corporal y el establecimiento de la propia identidad, sexual, moral y vocacional.

❖ Adolescencia temprana (11-13 años)

La característica fundamental de esta fase es el rápido crecimiento somático, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

La capacidad de pensamiento es totalmente concreta, no perciben las implicaciones futuras de sus actos y decisiones presentes.

❖ Adolescencia media (14-17 años)

El crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta y siendo los cambios mucho más lentos, lo que permite restablecer la imagen corporal.

Son capaces de percibir las implicaciones futuras de sus actos y decisiones aunque su aplicación sea variable.

La lucha por la emancipación y el adquirir el control de su vida está en plena efervescencia y el grupo adquiere una gran importancia, sirve para afirmar su autoimagen y definir el código de conducta para lograr la emancipación. Es el grupo el que dicta la forma de vestir, de hablar y de comportarse, siendo las opiniones de los amigos mucho más importantes que las que puedan emitir los padres; estas últimas siguen siendo muy necesarias, aunque sólo sea para discutir las, sirven de referencia y dan estabilidad, los padres permanecen, el grupo cambia o desaparece.

Las relaciones con el otro sexo son más plurales pero fundamentalmente por el afán narcisista de comprobar la propia capacidad de atraer al otro, aunque las fantasías románticas están en pleno auge.

❖ Adolescencia tardía (17-21 años)

El crecimiento ha terminado y ya son físicamente maduros. El pensamiento abstracto está plenamente establecido aunque no necesariamente todo el mundo lo consigue. Están orientados al futuro y son capaces de percibir y actuar según las implicaciones futuras de sus actos ⁽⁸⁾.

1.5 LA AFECTIVIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Situándonos en la afectividad, podemos describirla como la capacidad de respuesta que tiene una persona a la propensión a querer. Es universal todos la tenemos. El afecto es la inclinación hacia una persona o una cosa que notamos que produce en nuestro interior, pero también origina respuestas externas. Es un sentimiento acompañado de síntomas psicológicos y corporales, como el temor, la alegría, la tristeza, la vergüenza,.. La afectividad ocupa un lugar central en el

desarrollo de la personalidad. Sin afecto no habría relaciones sociales, compañerismo, ni tampoco amistad.

El ser humano nace con propensión a querer y ser querido, pero ese querer hay que ejercerlo y conquistar. Con lo cual está claro que también el afecto se construye con el esfuerzo.

Hay que saber establecer el equilibrio apropiado en la relación de la afectividad con los sentidos y los instintos. El enemigo capital de la educación que en las personas no formadas hay una gran debilidad en la organización de los instintos, lo que da lugar a la existencia de un considerable excedente de fuerzas instintivas, indiferentes y libremente utilizables, que pueden ser para el individuo una calamidad o una bendición. El orden de los sentidos, especialmente en la vista es fundamental, puesto que casi siempre es ahí donde comienzan los problemas y las desviaciones. Cuando el cerebro no manda sobre los sentidos, éstos se encargan de alborotar y enloquecer las fuerzas instintivas.

1.6 CARACTERISTICAS DEL ADOLESCENTE ACTUAL

- Durante esta etapa comienza a tener una importancia fundamental el grupo. Lo más importante para los adolescentes es ser aceptados y reconocidos por sus padres, por lo que suelen hacer cosas que estos les impiden.
- Se comunican dentro de su grupo por medio de un código comúnmente inaccesible e incomprensible para los adultos. Suelen sustituir sus nombres propios por apodosos o insultos, sin que esta forma de comunicarse sea considerada como una agresión entre ellos.
- Comienza a sentirse parte del mundo adulto cuando aún no tienen herramientas para integrarse en él. Esta tarea no es nada fácil, sobre todo si tenemos en cuenta que muchas veces la sociedad no les ofrece alternativas válidas, satisfactorias y gratificantes. No les gusta para nada lo

que ellos ven del mundo de los grandes. Sus mayores o referentes suelen quejarse continuamente del ámbito que les tocó vivir: “la plata no alcanza”, “en el trabajo me usan”, “es una locura formar una familia en estos días”, “¿para que estudie tanto si igual no tengo trabajo?”. Convivir con este malestar los llena de angustias y de miedos.

- Para muchos adolescentes los medios masivos de comunicación y/o a computadora son su mayor o única compañía.
- El 66 % de los jóvenes ya se ha iniciado sexualmente a los 17 años (el promedio da que la mayoría de los varones se inician durante sus 15 años y las chicas a los 16).
- Durante la adolescencia muchos chicos suelen sentir que viven al borde de quedarse sin nada. En esas oportunidades puede ocurrir que esta gran aflicción la sobrelleven desvalorizando y atacando lo que temen perder, como una manera de disminuir su valor y que no les duela tanto la pérdida.
- Durante la adolescencia suele ir desapareciendo el control de los adultos sobre los chicos. La comunicación adulto-adolescente generalmente se deteriora por las características propias de esa etapa evolutiva y del periodo que están atravesando los padres
- Los obstáculos en la comunicación, serán estos pasajeros o definitivos, ponen en riesgo a los adolescentes ya que los padres empiezan a perder el rastro de sus hijos: suele ocurrir que no sepan dónde están, con quienes están, quienes son sus líderes y sus referentes actuales, que intereses tienen.
- Desde el tercer ciclo de la escolaridad básica o durante todo el secundario o polimodal entran en juego otros factores de riesgo que toman una importancia significativa: estos son fundamentalmente el fácil acceso a las drogas en general y al alcohol en particular, la posibilidad de concretar sus impulsos sexuales.

- A los adolescentes les resulta sumamente dificultoso utilizar la palabra como mediadora de sus impulsos y de su acción. La poca comunicación con los adultos, la hiperestimulación, la falta de interés por las tareas y los temas ofrecidos desde la escuela, las agresiones, la desconfianza sobre un futuro mejor, el descontento, la apatía, la falta de compromiso, hacen otro tanto para los jóvenes no puedan esperar, demanden respuestas inmediatas ante sus requerimientos y en muchas oportunidades consideren la violencia como el mejor, el más rápido, el camino de menor esfuerzo para conseguir lo que ellos desean.
- Durante la adolescencia suele ocurrir que se pase de un estado de ánimo a otro rápidamente.
- Las emociones fluyen apasionadamente, y en muchas ocasiones obstaculizan la mirada racional y objetiva de las cosas.
- El adolescente suele sentir que lo puede todo en un momento y al instante siguiente, que no sirve para nada ⁽⁹⁾.

CAPÍTULO 2. PRÁCTICAS SEXUALES EN ADOLESCENTES

2.2 DEFINICIÓN DE SEXUALIDAD

El término "sexualidad" se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser humano. Basada en el sexo, incluye el género, identidades de sexo y género, orientación sexual, erotismo, vínculo emocional, amor, reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones.

La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Algunos teóricos, han considerado otro elemento de la sexualidad: el vínculo afectivo o amor. La bibliografía psicoanalítica abarca las consideraciones del amor, la patología del amor y la sexualidad a menudo en un lenguaje en el que el amor no puede distinguirse en relación con otras expresiones sexuales tales como la atracción erótica. Sin embargo, algunos

hallazgos recientes plantean la posible existencia de un sistema neurobiológico bien diferenciado que rige el apego y la formación de las parejas en los animales y cumpliría la misma función en los seres humanos.

La sexualidad es un universo complejo en el cual intervienen aspectos tanto biológicos, como psicológicos y sociales.

La sexualidad engloba una serie de condiciones culturales, sociales, anatómicas, fisiológicas, emocionales, afectivas y de conducta, relacionadas con el sexo que caracterizan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo.

Encontrar una definición de sexualidad es una tarea difícil ya que la sexualidad hace referencia a un concepto multiforme, extenso, profundo y variadísimo de elementos que todos unidos forman el concepto de sexualidad como un todo.

La sexualidad forma parte de todo el ciclo vital, pero en cada momento evolutivo presenta unas características diferenciales. Esto es particularmente notorio en la adolescencia. En la evolución sexual del adolescente van a entrar en juego factores como el propio desarrollo puberal, la aceptación de la imagen corporal, el descubrimiento de sus necesidades sexuales, el desarrollo de su personalidad, el aprendizaje de las relaciones sexuales y el establecer un sistema propio de valores sexuales, todo ello mientras están sometidos a la presión ejercida por su grupo de iguales, a situarse en el mundo como chico o chica y/o a las reacciones de los padres ante su evolución sexual.

2.3 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO Y LA SALUD SEXUAL ADOLESCENTE

Durante la adolescencia, los y las jóvenes experimentan una serie de cambios que influyen en su salud sexual, forman parte del ciclo de vida y dependen del proceso de desarrollo del individuo. Todos estos procesos son interdependientes, así los procesos biológicos estimulan el desarrollo cognitivo y el desarrollo cognitivo está estrechamente relacionado con los procesos psicosociales y emocionales del desarrollo humano, incluyendo el desarrollo sexual.

Factores biológicos

El crecimiento y desarrollo de los adolescentes comienza en la pubertad, cuando ocurren los cambios biológicos, cognitivos y psicoemocionales. Exceptuando el periodo pre y postnatal, los años de la adolescencia se caracterizan por ser la etapa más rápida de crecimiento del desarrollo humano. Durante la pubertad, se experimentan cambios importantes, como son el crecimiento físico, el aumento de peso y la manifestación de las características sexuales secundarias.

La pubertad es diferente en varones y mujeres; en las adolescentes se inicia a una edad más temprana y tiene una duración menor que la de los adolescentes varones. En las mujeres, la pubertad se caracteriza por un aumento de la secreción hormonal, lo que provoca un crecimiento rápido, aumento del pecho y las caderas, desarrollo de los genitales, aparición de vello púbico y axilar y la aparición de la menarquia o primera menstruación.

En promedio, la menarquia ocurre entre los 9 y 11 años de edad, y el tiempo promedio para que la pubertad se complete es de 4 años. En los varones, la pubertad se caracteriza por el estirón del crecimiento, aumento del tamaño testicular, aparición del vello púbico y facial, engrosamiento de la voz y espermarquia o primera emisión de esperma. Esta primera emisión de esperma ocurre entre los 11 y 15 años de edad, y la pubertad en los jóvenes varones puede

durar hasta los 20 o 21 años. Puede haber una gran variación entre el inicio y la duración del desarrollo de la pubertad tanto entre los hombres como entre las mujeres.

La menarquia y la espermarquia son los hitos del desarrollo puberal, ya que marcan el comienzo de la capacidad reproductiva de los jóvenes. En ambos sexos, la pubertad trae como consecuencia una mayor conciencia de la sexualidad, de los sentimientos sexuales, el erotismo, y una mayor motivación y atracción sexual. La auto-estimulación o masturbación es una conducta sexual frecuente; sin embargo, va asociada con sentimientos de culpabilidad, ansiedad o miedo. La masturbación es a menudo denunciada por religiones, culturas y tradiciones como algo peligroso, un pecado, y la causa de locura y muerte prematura, pero tiene consecuencias más saludables para los jóvenes que el coito.

Factores cognitivos

El proceso del desarrollo cognitivo, según la teoría cognitiva de Piaget (1969), va asociado con el desarrollo del pensamiento operacional formal que incluye un aumento en la capacidad de razonamiento abstracto, pensamiento hipotético y lógica formal. Esto tiene 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.

Estas habilidades cognitivas 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 concreto a pensamientos y conductas más abstractas. Durante esta etapa de pensamiento concreto, los adolescentes se preocupan de sí mismos y manifiestan una conducta egocéntrica. Los adolescentes tienden a creer que son siempre el centro de atención, y tienen una “audiencia imaginaria”. Los jóvenes tienden a soñar despiertos o a fantasear,

y establecen metas no realistas sobre su futuro. El interés en sí mismos y la conducta introspectiva son comunes, y los adolescentes tienden a pasar más tiempo solo. Con frecuencia los jóvenes creen que sus problemas son únicos y que no tienen solución y por lo tanto nadie puede comprenderlos. Durante este periodo, las personas jóvenes experimentan con roles y fantasías con el fin de desarrollar su identidad, la cual incluye su propio concepto sobre sexualidad, identidad de género y orientación sexual.

Desarrollo psicosocial

La sexualidad y las conductas saludables no pueden lograrse sin una comprensión del proceso de desarrollo psicosocial que influye en la conducta sexual del adolescente. Mientras que los cambios biológicos y cognitivos ocurren de forma involuntaria, el desarrollo psicosocial se rige por la percepción que cada uno tiene de sí mismo en relación al medio social y ambiental que le rodea. Los cambios cognitivos también se manifiestan a través de ciertas conductas psicosociales que son comunes a la mayoría de los adolescentes. Su conducta varía de acuerdo al nivel de capacidad física, psicológica y social del individuo. Las influencias más importantes en el desarrollo psicosocial incluyen el desarrollo de la identidad sexual, moral, ética y espiritual del individuo y las luchas por la independencia/dependencia entre sus pares y la influencia de sus padres ⁽¹⁰⁾.

2.4 IDENTIDAD SEXUAL

Durante la etapa inicial (de 10 a 13 años) e intermedia (de 14 a 17 años) de la adolescencia, se solidifica la identificación de género observando los roles de género en los adultos de su entorno. Desarrollan imágenes personales e ideales de masculinidad o feminidad basados en estereotipos sociales según el sexo. La identificación de género incluye el reconocimiento y conciencia de que uno es hombre o mujer y el comprender las funciones, valores y responsabilidades de ser hombre o mujer. Este es el aspecto más básico del desarrollo de la identidad y

sucede muy temprano durante el proceso de desarrollo. La mayoría de las personas jóvenes tienen un firme sentido de su identidad sexual antes de la adolescencia y reconocen las funciones que caracterizan a hombres y mujeres, pero es durante la adolescencia cuando los jóvenes se identifican más fuertemente con los roles adultos del género.

El auto concepto sexual implica la reflexión y evaluación de un individuo sobre sus sentimientos y conductas sexuales. Durante la adolescencia las personas jóvenes son más conscientes de sus atracciones sexuales y su interés amoroso, y emergen los sentimientos eróticos de tipo adulto. La atracción hacia el sexo opuesto o el mismo sexo se dispara por el aumento hormonal, y durante la adolescencia temprana el joven se hace más consciente de cuál es el sexo que le atrae y le excita. Los jóvenes empiezan a desarrollar conciencia de su orientación sexual, su atracción sexual y/o emocional hacia los hombres, mujeres o ambos sexos. Aun cuando muchos homosexuales o lesbianas adultos recuerdan su adolescencia como un periodo de confusión acerca de su orientación sexual, la mayoría no se identifica a sí mismo como homosexual antes de la adolescencia tardía; esto puede estar relacionado con los valores sociales y los tabúes asociados con la homosexualidad.

La identidad sexual incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales ⁽¹¹⁾.

2.5 ESTUDIOS RECIENTES SOBRE COMPORTAMIENTOS SEXUALES

Frente a una epidemia de SIDA transmitida predominantemente por vía sexual, se hace imprescindible conocer los comportamientos sexuales en diferentes sectores

de la población. Prácticamente desde que se reconoció la existencia del VIH/SIDA se han ensayado estudios sobre lo que en su momento se denominó “conductas de riesgo” relacionadas con la transmisión de la infección.

Los esfuerzos y experiencias desarrollados durante años en México y otros países, finalmente integran lo que OMS y ONUSIDA han formalizado en el año 2000 como “Vigilancia Epidemiológica de Segunda Generación”. Con este método se busca medir el nivel de riesgo que asumen diferentes sectores de la población en sus prácticas sexuales.

Los estudios internacionales han demostrado que no utilizar condón durante la primera relación sexual es en sí mismo un predictor de subsecuentes conductas de alto riesgo. Mediante un modelo de regresión logística múltiple se pudo determinar que las principales variables que predicen el uso de condón en la primera relación se asocian con la condición de género, la edad, el nivel de ingresos, la instrucción escolar, la edad a la primera relación, el estatuto de relación de pareja y el tener sexo forzado vs. Sexo planeado.

2.6 INICIACIÓN DE LA VIDA SEXUAL TEMPRANA

Prácticas sexuales en el adolescente

Las prácticas sexuales son patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles.

Salud Sexual

La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata

simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.

Actividad Sexual

La actividad sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual.

Impulsos sexuales

El impulso sexual está constituido por lo que podríamos considerar el “sistema sexual”, aceptando la imprecisión de este concepto.

Los seres humanos heredan filogenéticamente los elementos anatómicos, fisiológicos y neuroendocrinos que regulan el comportamiento sexual y que generan predisposiciones comportamentales hacia los estímulos eróticos. Como es bien sabido, la testosterona es la hormona relacionada con el deseo sexual en ambos sexos.

Respuesta Sexual Humana

Se denomina respuesta sexual humana al conjunto de cambios fisiológicos que se presentan como consecuencia de un estímulo sexual efectivo y que puede culminar en un orgasmo. Un estímulo sexual efectivo es todo aquello capaz de provocar una respuesta sexual humana. Gayou divide el proceso de respuesta sexual en 6 frases:

1º Fase del estímulo sexual efectivo: Localización de una persona que resulte agradable y excitante. Se da la correspondencia de sentimientos y la aceptación a tener relaciones coitales.

2º Fase de excitación: En esta se dan las primeras caricias y excitación con actuación de todos los sentidos: el tocar, oler, mirar, probar o escuchar a

alguien que nos gusta, o el sólo pensar en ella puede generar excitación. Una prueba de que el hombre está excitado es la erección y endurecimiento del pene, porque se llena de sangre. La prueba de que una mujer está excitada es que su vagina se lubrica, secreta un líquido grasoso que facilita el acceso y la fricción del pene.

3º Fase de meseta: La excitación es mayor, la tensión corporal también, el corazón acelera su ritmo y la respiración es agitada, hay sudor y jadeos o dificultad para hablar y la piel se enrojece.

4º Fase orgásmica: El orgasmo es el momento de máximo placer y excitación. Los movimientos continúan, el corazón sigue acelerado al igual que la respiración. Cuando el hombre eyacula es que alcanzó su orgasmo aunque algunos hombres pueden llegar al orgasmo sin eyacular. Ya que eyacula, el pene regresa, poco a poco a su estado de flacidez. En la mujer el orgasmo se manifiesta como un momento de placer máximo.

5º Fase de resolución: Una vez alcanzado el orgasmo, tanto el hombre como la mujer empiezan a recuperar la tranquilidad, el corazón vuelve a su ritmo habitual, la respiración deja de ser agitada los músculos se relajan y la sudoración cesa.

6º Fase de refracción: Es el tiempo necesario para tener otra excitación.

Manifestación de los impulsos sexuales

Las respuestas sexuales durante la adolescencia presentan varias formas de comportamiento de acuerdo a las características particulares de cada individuo.

Abstinencia

Es la actitud que asume un individuo mediante la cual prefiere no tener ningún tipo de actividad sexual. No obstante se sabe que ante la abstinencia, la psicofisiología del individuo genera como respuesta lo que se conoce como

“sueños húmedos”, es decir, el placer que se auto niega la persona se realiza a través de sueños eróticos.

Beso

Es el primer contacto específicamente sexual experimentado por la mayoría de los adolescentes, es una actividad que de todas maneras despertara la sexualidad.

Sueños Eróticos

La eyaculación puede ocurrir durante el sueño, de ahí el nombre de sueños húmedos porque ocurren mientras duermen. Puede ocurrir que sueñen y despierten para advertir que han tenido derrame de semen. Los sueños húmedos se producen porque el individuo canaliza sus impulsos sexuales a través del sueño, la mayoría de las veces eróticos, también a esto se le conoce como poluciones nocturnas.

Masturbación

Es la manipulación de los órganos genitales, propios o los de otro, para sentir placer e incluso alcanzar el orgasmo. Los hombres suelen frotar o “jalar” la punta del pene hasta que eyacula, en tanto que generalmente las mujeres se frotan o tocan el clítoris hasta alcanzar el orgasmo o, se masturban presionando los muslos con cierto ritmo o introduciendo un dedo u objetos a la vagina.

Pornografía

Algunos jóvenes ante su impulso sexual y frente a una sociedad que tiene una doble moral sexual buscan la excitación a través de la exposición de imágenes y mensajes pornográficos; es otro camino que distorsiona y parcializa la actividad sexual. La aparente liberalidad de estos materiales, pone en evidencia la represión que impide la expresión sana de la sexualidad.

Los mensajes pornográficos refuerzan informaciones contradictorias, casi siempre con el fin de instigar al adolescente al consumismo del sexo, y pretendiendo evitar o esconder la necesidad de recibir educación y orientación sexual.

Petting

La palabra petting proviene del inglés to pet, que significa acariciar, y consiste en la búsqueda de deleite sexual, sin que la acción conlleve la penetración coital. Esta práctica es común sobre todo entre los jóvenes que buscan darse gusto mutuo hasta alcanzar el clímax. Hay que diferenciarla de un „faje“ -como popularmente se llama a tocarse eróticamente. El „faje“ es superficial, mientras que el petting es una caricia profunda que lleva como propósito sentir el orgasmo; no es para calentar motores, es para fundirlos.

En la actualidad, los estudios parecen coincidir en que la actividad sexual en chicos y chicas se tiende a igualar, dándose una androgenización del comportamiento. Por ejemplo, los estudios previos a los años 2000 suelen referir que los chicos, en general, comienzan las relaciones más precozmente, tienen más parejas sexuales y la duración de las mismas es menor, suelen mantener más relaciones con parejas ocasionales, y un mayor número de conductas de riesgo. Pero parece que en los últimos años se están produciendo importantes cambios en los roles sexuales, asumiéndose en general que las chicas se aproximan más al estereotipo de comportamiento sexual masculino, particularmente en contextos socioeconómicos y educativos igualitarios.

Un ejemplo de estos cambios, es la edad de inicio de las relaciones sexuales coitales que se sitúa entre los 15 y los 19 años (ONU sida, 2008). El informe Durex (2006) señala la tendencia a iniciarse a edades cada vez más tempranas, y con escasa diferencia entre sexos, con una media mundial en 17, 3 años, casi medio año antes que en la edición anterior. También están cambiando las relaciones sexuales en cuanto a quién toma la iniciativa sexual. Hasta hace

unos años el chico era el que la tomaba, pero en los estudios recientes se ve como cada vez son más las chicas que toman la iniciativa.

Al hablar de conducta sexual, definida ésta como el conjunto de actitudes tendentes a estimular el erotismo personal y de la pareja, debe distinguirse de la conducta sexual de riesgo. Así, se considera la conducta sexual de riesgo como la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades de transmisión sexual, o generar una situación de embarazo no deseado. Según esta definición podemos establecer como prácticas sexuales de riesgo el sexo oral, el coito vaginal y el anal, la promiscuidad y el consumo de drogas (incluida alcohol) dado de forma concomitante a estas prácticas.

El inicio precoz de las relaciones sexuales parece estar relacionado directamente con un mayor número de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual. De hecho, en países como el Reino Unido, la mitad de los embarazos en adolescentes ocurren los 6 primeros meses tras el inicio de las relaciones sexuales. La causa que subyace es que las primeras relaciones sexuales se llevan a cabo sin protección.

Algunos autores han establecido como variables predictoras para no usar el preservativo las falsas creencias sobre la sensibilidad en las relaciones, la falta de conocimientos por la juventud, el haber tenido pocas relaciones y éstas no haber sido planificadas, y/o el tener una pareja estable y sentirse menos vulnerable.

Existen diferencias sutiles en cuanto a sexo, para la realización de conductas de riesgo. Parece ser que los chicos cometen más conductas de riesgo en su afán de buscar sensaciones sexuales, y por presión de los iguales, lo que puede hacer necesario el incluir en los programas de prevención estrategias para que los adolescentes aprendan a satisfacer sus preferencias por la búsqueda de sensaciones sexuales, a través de comportamientos sexuales novedosos y

estimulantes que impliquen un riesgo mínimo. De otra parte, si bien es posible que sean ellos quienes realicen un mayor número de conductas de riesgo, las consecuencias de estas parecen sufrirlas más la mujeres; así se ha incrementado el número de abortos en adolescentes y el número de mujeres infectadas por VIH ⁽¹²⁾.

CAPÍTULO 3. EL VIRUS DE LA INMUDEFICIENCIA HUMANA (VIH)

3.1 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

A fines de 2010, aproximadamente 34 millones de personas [31,6 millones–35,2 millones] vivían con el VIH en todo el mundo, un 17% más que en 2001. Esto refleja el continuo gran número de nuevas infecciones por el VIH y una expansión significativa del acceso al tratamiento antirretrovírico, que ha ayudado a reducir las muertes relacionadas con el sida, especialmente en los últimos años.

Nacional

ONUSIDA estimó que para finales del 2011 México tendría una prevalencia nacional de VIH/SIDA en adultos de alrededor de 0.24 casos por cada 100 personas de 15-49 años. Desde el inicio de la epidemia y hasta el 18 de noviembre del 2011, existen 152 390 casos de SIDA notificados, 82.2% (125 197) son hombres y 17.8% (27 193) son mujeres; la relación hombre: mujer del total de casos de SIDA acumulados hasta el año 2011 es de 5:1, siendo de 4:1 en los últimos diez años.

La tasa de incidencia de casos registrados de SIDA del año 2000 fue de 8.6 casos por cada 100 000 habitantes, para el año 2005 de 8.3 y en el año 2010 de 5.3 casos por cada 100 000 habitantes. Los estados que concentran el mayor número

de casos registrados de SIDA son: Distrito Federal 24 199 (15.9%), México 16 738 (11%), Veracruz 14 048 (9.2%), Jalisco 11 351 (7.4%), Puebla 7 015 (4.6%), Baja California 6 819 (4.5%), Guerrero 6 545 (4.3%), Chiapas 6 417 (4.2%), Oaxaca 5 266 (3.5%) y Nuevo León 4 320 (2.8%).

Los estados que tienen la mayor prevalencia de casos registrados de VIH/SIDA son: Distrito Federal con 1.6 casos por 1 000 habitantes, Quintana Roo 1.5, Yucatán 1.5, Veracruz 1.4, Campeche 1.3, Guerrero 1.2, Tabasco 1.1, Morelos 1.0, Baja California 1.0 y Chiapas 0.9 casos por 1 000 habitantes. El grupo de edad de 25 a 44 años concentra el 65.7% de los casos registrados.

En el grupo de 15 a 24 años se observa un incremento del número de casos, en 1990 la incidencia registrada de SIDA fue de 2.3 por 100 000 habitantes del grupo de edad, en el año 2000 de 5.0 y en el 2010 de 4.0, lo anterior refleja un incremento del 117.4% entre el año 1990 y el 2000 y del 74% entre 1990 y el 2010.

De los casos registrados de SIDA en que se conoce la vía de transmisión, 93.8% de los casos corresponden a la vía sexual, 4% a la vía sanguínea (incluye transfusionales, usuarios de drogas intravenosas y exposición ocupacional) y 2.2% a la vía de transmisión perinatal.

En lo referente a mortalidad, en el 2010 se registraron 4 860 defunciones, con una tasa de mortalidad de 4.5 por 100 000 habitantes. En el grupo de edad de 25 a 44 años, se registraron 3 024 defunciones, con una tasa de mortalidad de 9.2 por 100 000 habitantes del grupo de edad.

En cuanto a sexo, 3 990 defunciones ocurrieron en hombres, con una tasa de mortalidad de 7.5 por cada 100 000 hombres y en mujeres ocurrieron 870 defunciones, con una tasa de mortalidad de 1.6 por cada 100 000 mujeres. La razón hombre: mujer fue de 4 defunciones en hombres por cada mujer.

Los estados que presentaron las mayores tasas de mortalidad son: Tabasco con una tasa de 12.3 defunciones por 100 000 habitantes, seguido por Quintana Roo

con una tasa de 9.8, Veracruz 9.4, Baja California 8.1, Nayarit 6.6, Guerrero 6.4, Baja California Sur 6.2, Yucatán 6.2, Tamaulipas 5.7 y Campeche 5.6 defunciones (13).

Resumen de la Vigilancia Epidemiológica del Registro

Nacional de Casos SIDA al Primer Trimestre de 2014 ⁽¹⁴⁾.

Casos de Sida notificados (1983-2014)	169,446
Casos notificados de VIH y Sida que se encuentran vivos según estado de evolución registrado.	Total: 113,921 Sida: 49,428 VIH: 64,493
Casos nuevos diagnosticados de VIH y de Sida notificados en 2013	Total: 10,322 Sida: 5,278 VIH: 5,044
Casos nuevos diagnosticados de VIH y de Sida notificados en 2014 (preliminar)*	Total: 1,282 Sida: 599 VIH: 683
Estados con la mayor tasa de casos nuevos diagnosticados de VIH y de Sida en 2014. Tasa por 100,000 habitantes.	Sida Campeche: 2.8, Michoacán: 1.4, Chiapas: 1.3, Guerrero: 1.3, Tlaxcala: 1.3 VIH Yucatán: 1.5, Tamaulipas: 1.5, Distrito Federal: 1.4, Campeche: 1.3, Oaxaca: 1.3
Proporción de casos VIH y de Sida en hombres, según casos diagnosticados en 2014.	Sida: 84.5% VIH: 76.0%
Defunciones por Sida 2012**	4,974
Tasa de mortalidad 2012** por 100 mil habitantes	4.2

3.2 CARACTERÍSTICAS GENERALES

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) pertenece a la familia de los retrovirus, subfamilia lentivirus. Estos virus tienen una serie de características específicas que son determinantes en la compleja patogenia de la infección por VIH:

- Gran diversidad genética (virus ARN) y genoma muy complejo (lentivirus).
- En su ciclo vital hay dos fases: virión infectante (ARN) y provirus (ADN). Esta fase intermedia de integración en el genoma huésped le permite prolongados periodos asintomáticos (latencia), a pesar de una viremia persistente.
- Se replica mediante un mecanismo inverso a la habitual en los virus ARN. El papel fundamental lo juega una enzima llamada transcriptasa inversa (TI).
- Sus células huésped son los linfocitos CD4+, macrófagos, células nerviosas de la microglia y células dendríticas residentes en mucosas (células de Langerhans).

Estructura y genoma

- **Envoltura externa:** capa lipídica que contiene 72 prolongaciones glucoproteicas (gp 120 y gp 41) que juega un papel fundamental en la unión con la célula huésped.
- **Nucleocápside:** proteínas (p) y ácido nucleico estructurales de fuera a dentro como una matriz (p 17), y un “core”. Este último forma una cápside cónica (p24) en cuyo interior se encuentra el genoma viral (2 cadenas idénticas de ARN unidas por la p7) y proteínas con función enzimática (transcriptasa inversa, integrasa, proteasa) o reguladora.

Esta estructura esta codificada por un genoma muy complejo del que se conocen 3 genes estructurales: gag (matriz y cápside), pol (enzimas), env (envoltura) y 6 reguladores (vif, vpr, vpu, tat, rev, nef) de otras funciones entre las que destacan la infectividad y liberación de viriones.

Inmunopatología del sida

El SIDA es la expresión patológica última de la infección por el VIH. El virus destruye el sistema inmunológico lo que facilita la aparición de infecciones oportunistas que causan la muerte del enfermo.

- Inmunidad humoral. Se producen anticuerpos frente a casi la totalidad de las proteínas estructurales y reguladoras del VIH. Los más “protectores” son los anticuerpos neutralizantes frente a la gp41 y el dominio hipervariable V3 de la gp120, aunque existen datos discordantes sobre el papel de los anticuerpos en la evolución de la enfermedad. La interacción de la gp120 con los receptores de los linfocitos CD4+ induce cambios conformacionales en la envuelta del virus facilitando la exposición del dominio V3 para su interacción con las quimiocinas. Estos dominios están ocultos en la conformación nativa de gp 160 lo que les hace inaccesibles a la acción de los anticuerpos neutralizantes. Algunos postulan que los anticuerpos neutralizantes pueden facilitar la infección al actuar como opsoninas que recubren las partículas virales facilitando su fagocitosis por monocitos-macrófagos que serían de esta forma infectados.
- Inmunidad celular. En pacientes seropositivos existe una expansión clonal de linfocitos CD8+ con actividad citotóxica (CTL) dirigidos frente a diferentes proteínas estructurales y reguladoras del virus. Esta respuesta es intensa y completa y actúa como filtro en la selección de variantes víricas. De hecho, los mecanismos de variabilidad genética del VIH actúan bajo la presión selectiva de la actividad CTL. Además de esta respuesta específica, existe una respuesta inespecífica (no restringida por el sistema

HLA) de tipo ADCC (citotoxicidad celular dependiente de anticuerpos) y una actividad citotóxica natural por las células NK.

3.3 HISTORIA NATURAL DE LA INFECCIÓN POR VIH

La historia natural de la infección por este retrovirus es en realidad de un largo enfrentamiento entre dos poderosos enemigos. A un lado tenemos al VIH, poseedor de una serie de armas muy eficaces entre las que destacan su rápida diseminación por el organismo humano, su elevada capacidad de destruir los efectores más importantes del brazo celular de la inmunidad y los ingeniosos sistemas de camuflaje y ocultamiento que le permiten sobrevivir holgadamente a la respuesta defensiva del huésped. Al otro, encontramos a la persona infectada, dotada de un sistema inmunitario complejo y potente, capaz de ganar las primeras batallas y de resistir posteriormente durante muchos años el implacable ataque del virus. Por desgracia, el desenlace final de esta guerra está determinado previamente por la dotación genética de los contendientes y consiste en la muerte del sujeto infectado tras la destrucción prácticamente completa de su inmunidad celular.

Desde el punto de vista clínico-virológico pueden distinguirse las siguientes fases evolutivas en la historia natural de la infección:

1. Fase precoz o aguda

A partir del momento del contagio el virus se disemina rápidamente a través del organismo invadiendo múltiples órganos, principalmente los sistemas linfático y nervioso. Tanto en modelos animales como en pacientes primoinfectados por vía sexual se ha comprobado que en unas horas se produce la infección de las células linfoides de la submucosa vaginal o rectal y en siete días el VIH se ha propagado a los ganglios sistémicos, en los que alcanza un nivel de carga viral y proviral similar al de la infección crónica. A las 2-6 semanas de la inoculación la

mayoría de los pacientes tiene una carga viral muy elevada en el plasma, encontrándose infectados una gran proporción de linfocitos CD4+.

En más del 50 % de los casos aparecen en este momento los signos y síntomas del denominado síndrome retroviral agudo, cuyas manifestaciones son similares a las de la mononucleosis infecciosa, con o sin meningoencefalitis asociada. Este cuadro que rara vez es reconocido en la práctica como expresión de la primoinfección por el VIH, desaparece espontáneamente en el plazo de dos o tres semanas, quedando posteriormente el paciente asintomático durante varios años. Se ha descrito que los pacientes que presentan una clínica más intensa y duradera durante la seroconversión, evolucionan luego a SIDA más rápidamente.

La linfopenia transitoria que se observa en este periodo determina ocasionalmente la aparición de infecciones oportunistas. Entre las 4 y las 12 semanas desde la inoculación aparecen los diferentes tipos de anticuerpos contra el VIH (con dudosa actividad neutralizante frente al mismo) y se pone en marcha la correspondiente respuesta inmune celular específica (que es, por el contrario, altamente eficaz para limitar la replicación vírica). Esta última reacción es la principal causa del descenso de la carga viral y del correspondiente aumento del recuento de linfocitos CD4+ que se observan a continuación.

Entre los 6 y los 12 meses posteriores a la infección se alcanza y se mantiene un equilibrio dinámico entre la enorme cantidad de viriones que son producidos y eliminados cada día y el gran número de linfocitos que son destruidos y generados en el mismo periodo. La carga viral del VIH presente en este momento en la sangre suele denominarse set point y su cuantía, que depende de factores relativos al huésped y al inóculo vírico, que constituye el principal factor pronóstico respecto a la probabilidad de progresión a SIDA a lo largo de los años siguientes.

2. Fase intermedia o crónica

Durante esta etapa persiste una elevada actividad replicativa viral que es contrarrestada por la impresionante capacidad de regeneración de los linfocitos CD4+. Mediante modelos matemáticos se ha estimado que diariamente son

producidas en un sujeto infectado entre 10 (9) y 10 (10) partículas virales, mientras que alrededor de 10 (8) linfocitos CD4+ son destruidos en el mismo periodo. Sorprendentemente, los pacientes no suelen tener síntomas en este periodo, aunque pueden presentar trombopenia y adenopatías.

A pesar de esta escasa expresividad clínica, dada la feroz batalla que continuamente se libra entre el VIH y el sistema inmunológico del huésped durante todo este tiempo, no puede considerarse que se trate en realidad de un estado de latencia. La carga viral en los órganos linfoides supera en 10-10.000 veces la circulante, con tendencia final a igualarse en ambos compartimentos. Afortunadamente, este equilibrio inestable puede desplazarse a favor del paciente mediante el uso adecuado de los fármacos antirretrovirales que, merced a la inhibición sostenida de la replicación viral, hacen posible la reconstitución del sistema inmune, incluso en fases avanzadas de la enfermedad. Como consecuencia, prolongan la duración del periodo intermedio, retrasan o impiden la aparición de los síntomas de inmunodeficiencia y aumentan la supervivencia. De todas maneras, incluso sin TAR, la duración de la fase intermedia es altamente variable, distinguiéndose tres patrones evolutivos.

La mayoría de los pacientes (80%-90%) progresan a sida a partir de los 5 años de la inoculación (la mediana de tiempo de progresión es de 10 años) y son denominados progresores típicos. Entre un 5 % y un 10 % de las personas infectadas desarrollan SIDA entre 1 y 5 años tras la infección constituyendo los llamados progresores rápidos.

3. Fase final o de crisis

En esta etapa se produce un incremento de la actividad replicativa del virus. Es probable que el sistema inmunológico sea ya incapaz de reponer los linfocitos CD4+ destruidos y, por lo tanto, que su capacidad para limitar la multiplicación del VIH se reduzca progresivamente. Este momento de la infección coincide con la desaparición de los cambios reactivos que previamente se observan en los ganglios linfáticos, cuya arquitectura funcional resulta finalmente destruida por

completo. Se asiste a una marcada depleción de linfocitos CD4+, a un aumento de la tasa de replicación viral y a un descenso importante de la actividad citotóxica anti-VIH.

Clínicamente, los pacientes suelen presentar una grave alteración del estado general, así como infecciones oportunistas, determinadas neoplasias y ciertos trastornos neurológicos característicos. Es a partir de este momento cuando el individuo infectado es considerado como enfermo de SIDA. La evolución natural de los pacientes cuando alcanzan esta fase es desfavorable, con una supervivencia inferior al 15%-30% a los 3 años. No obstante, incluso en este periodo, el TAR de alta eficacia es capaz de modificar radicalmente la historia natural de la enfermedad.

En amplios estudios de cohortes se ha comprobado que reduce de forma espectacular la mortalidad y la necesidad de ingreso hospitalario de los pacientes, así como la incidencia de infecciones oportunistas y de sarcoma de Kaposi, si bien esta tendencia no ha sido demostrada en el caso de linfomas no Hodgkin. El efecto beneficioso del TAR de alta eficacia sobre la evolución de la infección por el VIH es relativamente independiente de la carga viral que tuviera el paciente en el momento de iniciarlo, como se ha puesto de manifiesto recientemente al analizar datos de 12.574 infectados incluidos en 13 estudios de cohorte americanos y europeos. En este trabajo, la probabilidad de progresar a SIDA o fallecer se relacionó fuertemente con el recuento de linfocitos CD4+ y la edad al empezar el tratamiento, mientras que la cuantía de la carga viral solo influyó negativamente cuando era superior a 100.000 copias/ml ⁽¹⁵⁾.

Características del virus

El virus de la inmunodeficiencia humana es un retrovirus que lleva su código genético en forma de ácido ribonucleico. Existen dos retrovirus relacionados, el VIH-1 y VIH-2, que pueden producir la enfermedad del VIH. A diferencia de otros virus los retrovirus se replican transcribiendo primero su código genético al ácido desoxirribonucleico de doble cadena de la célula huésped. El virus de la

inmunodeficiencia humana posee una enzima exclusiva, la transcriptasa inversa, que le permite invertir el flujo habitual de la información genética. Esta enzima permite la conversión del código genético y facilita que el VIH se produzca y sea específico para el huésped.

Réplica del VIH

Primer paso

El primer paso de la réplica del virus es la infección de una célula hospedadora susceptible. Como el linfocito TCD4 es un receptor de membrana, la entrada del VIH dentro de la célula requiere la presencia de receptores de superficie de membrana: receptores CD4 y correceptores como el CCR5 y CXCR4. Estos receptores interactúan con complejos proteínicos que se encuentran inmersos en la envoltura del virus.

Complejos proteínicos

a) Glicoproteína gp120 y 41

Cuando el VIH se acerca a la célula, el gp120 se une a los receptores CD4. A este proceso se le denomina acoplamiento. Así se promueve la unión a los correceptores. En relación a la glicoproteína gp41 la unión a los correceptores da como resultado un cambio en el gp120. Esto permite a gp41 desplegarse e insertar sus terminales hidrofílicas en la membrana celular. Entonces el gp41 vuelve a plegarse sobre sí misma y esto acerca el virus a la célula y facilita la fusión de las membranas.

Enzimas esenciales de replicación

a) Integrasa, proteasa y transcriptasa inversa

La enzima integrasa corta los nucleótidos de cada extremo de ADN creando dos extremos cohesivos. La integrasa entonces transfiere el ADN al núcleo de la célula y facilita su integración en el genoma de la célula hospedera. En el caso de la enzima proteasa corta proteínas más largas en proteínas más cortas este proceso

es crucial para crear un virus infeccioso. La enzima transcriptasa inversa comienza con la transcriptasa reversa del ARN viral. Así cada VIH se replica miles de millones de veces al día, destruyendo las células inmunitarias hospederas y causando finalmente la progresión de la enfermedad.

Signos y síntomas del VIH/SIDA

Linfadenopatías y síndrome febril

La linfadenopatías se presenta alrededor del 70 % de pacientes, sobre todo desde la segunda semana de la aparición de síntomas. Afecta de manera característica a los ganglios linfáticos, axilares, cervicales y occipitales. En cuanto al síndrome febril la primo infección con VIH suele acompañarse de hipertermia entre 38 y 40°; es el signo más constante y aparece en forma súbita junto con escalofríos y la sudoración nocturna.

Exantema y enantema

El exantema y enantema son signos típicos de primoinfección que se caracteriza por pápulas con centro necrótico y hemorrágico, mácula tipo roséola, mácula con induración y alopecia. El enantema bucal afecta de manera principal el paladar óseo y en ocasiones el blando.

Infecciones oportunistas

Hongos y protozoarios

Por hongos las infecciones más frecuentes son las candidiasis sistémicas y mucocutánea, que no es frecuente en personas inmunocompetentes. Otras infecciones son la histoplasmosis, la coccidioidomicosis y la criptococosis. En el caso de los Protozoarios que afectan a los pacientes con SIDA son toxoplasma gondii, pneumocitis carinii, isospora belli y criptosporidium.

Bacterias y virus

Las bacterias que aparecen en los pacientes con VIH son *Mycobacterium avium*, *M. intracellulare*, *M. tuberculosis*, *Listeria monocytogenes* y *Nocardia asteroides*. En el caso de los virus que afectan a los pacientes con VIH/SIDA son: citomegalovirus, herpes simple, varicela-zoster, adenovirus y el virus de la hepatitis B.

Alteraciones gastrointestinales

Entre el 50 y el 60% de los pacientes con VIH/SIDA presentan diarrea que ocasiona una pérdida considerable de peso. Existen tres causas principales que provocan la diarrea: bacterias patógenas entéricas como la *Salmonella* y *Shigella*, medicamentos entre los cuales los más importantes son la Didesoxinisina y otros antibióticos t un grupo idiopático.

Enfermedades malignas

Los pacientes con SIDA tienen una mayor predisposición a desarrollar algún tipo de cáncer; los más frecuentes son los linfomas de Hodgkin y el sarcoma de Kaposi que es un cáncer cutáneo que se extiende a las vísceras. Una lesión premaligna es la leucoplasia vellosa de la boca.

Alteraciones neurológicas

Las células de microglía y las neuronas del cerebro infectadas por VIH sufren un daño gradual; del 49 al 90% de los pacientes tiene síntomas neurológicos relacionados con destrucción o infiltración de la zona por microorganismos oportunistas. Estas afecciones comprenden: encefalitis subaguda, mielopatía vascular, meningitis aséptica, demencia, mal memoria, incapacidad para concentrarse, apatía y retraso psicomotor.

Clasificación clínica de la infección por VIH/SIDA

Categoría A

En la categoría A se encuentran los pacientes con infección primaria o asintomática.

Categoría B

En la categoría B se encuentran los pacientes que presentan o hayan presentado síntomas que no pertenecen a la categoría C, pero que están relacionados con la infección de VIH. De hecho la, infección puede ser por: Angiomatosis bacilar, Candidiasis, Displasia de cérvix, Enfermedad pélvica inflamatoria, Fiebre menor a 38.5°C, diarrea de más de un mes de duración, Herpes zoster, Leucoplasia oral vellosa, Neuropatía periférica y Purpura trombocitopenia idiopática.

Categoría C

En la categoría C se encuentran los pacientes que hayan presentado complicaciones relacionadas con la enfermedad. Estas complicaciones pueden ser por: Septicemia, Tuberculosis, infección por citomegalovirus, Infecciones por Herpes tipo I y II, Aspergiilosis, Candidiasis esofágica, de tráquea o pulmonar, Coccidioidomicosis, Criptococcosis, Histoplasmosis, Neumonía, Toxoplasmosis, Criptosporidiasis intestinal, Isosporiasis intestinal y Encefalopatía.

Implicaciones psicosociales del VIH/SIDA

Localización fundamental de los grupos más afectados

Los grupos más afectados son los homosexuales y drogadictos que se inyectan por vía intravenosa. Dicho en otros términos el VIH/SIDA, como toda enfermedad, produce efectos marginadores. Por otro lado, afecta por razones relacionadas con las conductas y procesos que facilitan su transmisión, a grupos que socialmente estaban ya marginados. Esto hace que sea fácilmente comprensible, aunque en ningún modo justificable, la primera reacción refractaria e irracional de amplios

sectores sociales, corriente en el que el SIDA se ha convertido en algo como un castigo divino en aquellos que habían pecado.

La transmisibilidad del SIDA

Prostitución

En el caso de la prostitución, a pesar de la evolución constatada de las sociedades actuales, este hecho no se demuestra en relación con dicha problemática. Si bien ha tomado formas útiles en su presentación y ejercicio, el hecho en sí no ha variado de forma sustancial.

Homosexualidad

En lo que se refiere al grupo de homosexuales, el SIDA ha puesto una auténtica convulsión, que le ha hecho retroceder en sus conquistas sociales y en la lucha por sus derechos. La homosexualidad, que empezaba a ser consentida tímidamente, incluso por los sectores sociales, fue sometida a un poderoso acoso y derribo y diríamos casi persecución, en los primeros momentos de la pandemia.

Promiscuidad

La promiscuidad es el cambio frecuente de pareja en las relaciones sexuales esto es más que una característica o factor que hace más probable el contagio, sobre todo si no se toman medidas preventivas como el uso de preservativo.

Periodo de incubación

Desde que el sujeto toma contacto con el virus VIH, hasta que este se manifiesta, puede pasar de dos a cinco años e incluso más. Esto quiere decir que aunque consigamos modificar ciertos comportamientos de los sujetos con riesgo de contagio, hoy mismo y definitivamente, aun cabe la posibilidad de que sus actuaciones pasadas acaben acarreándoles una manifestación posterior del SIDA.

3.4 FACTORES DE RIESGO DE INFECCIÓN POR VIH/SIDA

Relaciones sexuales no protegidas

Las relaciones sexuales no protegidas son la principal forma de transmisión se puede observar ligero aumento de transmisión heterosexual en varones, pero debe de señalarse que esta categoría se ha sobreestimado en el Registro Nacional de Casos de SIDA, por lo que resulta difícil conocer la expansión real de la epidemia del VIH. La transmisión heterosexual del VIH entre mujeres es ahora el principal mecanismo de infección de este grupo. La epidemia heterosexual de SIDA entre mujeres es reciente, con un ritmo de crecimiento que tiende a aumentar.

Uso de drogas inyectables

Los toximaniacos por vía intravenosa se han contaminado por VIH/SIDA debido a que algunos homosexuales eran también toximaniacos y compartían las jeringas. Por otra parte, cabe destacar la propagación de este grupo por transmisión heterosexual.

Contacto con sangre contaminada

Es de destacar que la piel sana, intacta, es una barrera eficaz que impide la penetración del VIH; no obstante, cuando hay alguna herida, por pequeña e insignificante que parezca y entra en contacto con sangre contaminada, puede ser la vía de entrada. Lo mismo cabe decir si la sangre salpica las mucosas ⁽¹⁶⁾.

Diagnóstico del VIH/SIDA

Prueba de ELISA

La prueba de ELISA es una prueba inmunoenzimática que sirve para detectar anticuerpos anti-VIH en el suero hemático y de esta manera inferir la infección por el virus de inmunodeficiencia humana.

WESTERN-BLOT

El Western-blot es una técnica que se emplea para la confirmación de los resultados de la prueba de ELISA para el diagnóstico de VIH/SIDA. Esta prueba consiste en tomar una muestra de suero y agregarla a un papel especial, que contiene las diferentes proteínas virales, para formar un complejo antígeno-anticuerpo y detectar el anticuerpo en el suero ⁽¹⁷⁾.

Desde la aparición en 1981 de casos de infecciones pulmonares, neumonías agresivas por P. Carinii y de tumores raros como el sarcoma de Kaposi en distintas poblaciones de EEUU, fundamentalmente en población joven aparentemente sana, se estableció una alarma social debido a la creación de los inicios de lo que sería la pandemia del siglo XX ⁽¹⁸⁾.

En 1983, mientras el mundo escapaba de una catástrofe nuclear por un fallo en los sistemas de vigilancia de misiles en la Unión Soviética, y el Papa Juan Pablo II corregía la condena en contra de Galileo Galilei, miles de hombres mantenían inadvertidamente relaciones de alto riesgo para una infección entonces poco conocida. De hecho, ese mismo año se descubriría que un retrovirus ocasiona una infección crónica que después de un largo período de latencia termina por evidenciar un grave deterioro inmunológico gestado a través de largos años.

En Estados Unidos de América la situación era materia de intenso estudio ante el creciente número de casos con características similares reportados semana a semana al Centro de Control de Enfermedades (CDC). Desde un principio, el asunto llamó la atención de todos por afectar a hombres homosexuales, un grupo social históricamente marginado, y desde las más tempranas épocas de la epidemia algunos grupos religiosos lo calificaron de castigo divino.

Mientras tanto, en el medio médico mexicano analizábamos los inusuales reportes clínicos en hombres jóvenes. Entonces nuestra perspectiva era claramente limitada y elucubramos erróneamente que una epidemia con esas características difícilmente ocurriría en nuestro país, eminentemente católico y conservador. Pronto pudimos reconocer nuestra equivocación, pues un número creciente de

enfermos con el complejo sindromático característico, buscaba atención en fases muy tardías del padecimiento ⁽¹⁹⁾.

CAPÍTULO 4. PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA

4.1 NIVELES DE ATENCIÓN

Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población.

Clásicamente se distinguen tres niveles de atención.

El primer niveles el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básica y más frecuente, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen.

4.2 NIVELES DE PREVENCIÓN

La Prevención se define como las “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”.

Las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles:

Prevención Primaria

Son “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes”.

“Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes”.

El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad. Por ejemplo: uso de condones para la prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, donación de agujas a usuarios de drogas para la prevención del VIH y la hepatitis, programas educativos para enseñar cómo se trasmite y cómo se previene el dengue, prohibición de la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad.

Prevención Secundaria

Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más precozmente posible. Comprende acciones en consecuencia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Estos objetivos se pueden lograr a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos.

“En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad. La captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas. Pretende reducir la prevalencia de la enfermedad”.

Ejemplo es el tratamiento de la hipertensión arterial en sus estadios iniciales realizando un control periódico y seguimiento del paciente, para monitorear la evolución y detectar a tiempo posibles secuelas.

Prevención Terciaria

Se refiere a acciones relativas a la recuperación integral de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad. Por ejemplo en lo relativo a rehabilitación ejemplificamos: la realización de fisioterapia luego de retirar un yeso por fractura ⁽²⁰⁾.

4.3 PARTICIPACIÓN DE LA PROFESIONISTA DE ENFERMERÍA

La enfermera, como integrante del equipo interdisciplinario del cuidado a la salud de las personas que viven en una población, debe contextualizar el proceso salud-enfermedad como un todo y como producto de las relaciones históricas y sociales, para llevar a cabo con entereza y decisión las medidas de promoción y prevención de manera independiente a través de la cultura del autocuidado, y con el apoyo de algunos programas determinadas por el gobierno.

Cada vez más, los conceptos de promoción de salud, bienestar y prevención de enfermedades están más relacionados entre sí. La enfermera debe estar familiarizada con estos términos y cada vez comprenderlos mejor y llevarlos a la práctica en su diario quehacer, como formas de atención a la salud de la población, de mantener y mejorar su propia salud (autocuidado). Las acciones de promoción de salud motivan a las personas a actuar de manera positiva para alcanzar estados de salud más estables. Las acciones de bienestar están diseñadas para ayudar a las personas a conseguir una comprensión y un control nuevo de su vida. Las actividades de prevención ayudan a las personas a protegerlas de amenazas reales y potenciales de la salud.

Uno de los modelos que hasta hoy se acepta en la promoción de la salud, bienestar y prevención de las enfermedades es el modelo de Leavell y Clark, por lo que el cuidado de enfermería se centra en los términos de prevención primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria incluye el fenómeno de la salud y la protección específica. La prevención secundaria incluye el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y limitación del daño o incapacidad. La prevención terciaria incluye la rehabilitación o el restablecimiento.

La prevención primaria es la prevención verdaderamente auténtica, debido a que está se realiza antes de que aparezca la enfermedad, se concibe como la acción de salud más importante para mantener a las personas o comunidades

saludables. Esta prevención abarca todos los esfuerzos de promoción de la salud, así como actividades de bienestar centradas en la mejora o bienestar.

La prevención secundaria se centra en personas que ya tiene la enfermedad y que están en riesgo de desarrollar complicaciones o secuelas. Una gran cantidad de intervenciones de enfermería se centran en el hospital, pero esto ha ido cambiando paulatinamente en las dos últimas décadas, debido a que las personas que padecen una enfermedad crónica o degenerativa, los cuidados se prodigan en su hogar o en centros especializados. Es muy importante dejar sentado, que aún si la persona está enferma, también debe realizarse actividades de prevención y no seguir privilegiando el modelo hegemónico de curación existente en el país.

La prevención terciaria es cuando se produce en la persona una discapacidad permanente e irreversible y que requiere de rehabilitación, para ayudar a conseguir un grado de funcionamiento lo más óptimo como sea posible, y prevenir de secuelas o daños mayores e inclusive la muerte ⁽²¹⁾.

MODELO DE LEAVELL Y CLARK

Prevención Primaria	Prevención Secundaria	Prevención Terciaria
<p>Promoción de la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación sanitaria • Nutrición acorde con la edad • Atención al desarrollo de la personalidad • Actividades recreativas y seguridad laboral • Educación sexual • Investigación genética • Valoraciones periódicas <p>PROTECCIÓN ESPECIFICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmunizaciones • Higiene personal • Saneamiento 	<p>Diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y limitación de la incapacidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas de hallazgo del caso • Estudios de investigación • Exploraciones selectivas para: cura y prevención de propagación de enfermedades transmisibles, prevención de complicaciones y secuelas, reducción del periodo de incapacidad. <p>Limitaciones de la incapacidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento certero para 	<p>Rehabilitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporción de instalaciones hospitalarias • Educación del sector público e industrial para emplear personas rehabilitadas como sea posible • Terapia de colaboración en hospitales • Utilización de asentamientos

ambiental <ul style="list-style-type: none"> • Protección de riesgos laborales • Protección de accidentes • Ingesta de nutrimentos específicos • Protección contra carcinógenos • Evitación de alérgenos 	detener la enfermedad y prevenir complicaciones y secuelas <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar facilidades para limitar la incapacidad de prevenir la muerte 	
--	--	--

Prevención

- Educación: debe apoyar las estrategias de prevención primaria en las personas expuestas (individuos activos sexualmente), y de prevención secundaria, reduciendo los riesgos de complicaciones en personas infectadas y limitar la transmisión. El término “sexo seguro” estriba en la utilización de condones en los coitos ya sean vaginales o anales y en el conocimiento de los comportamientos potencialmente de riesgo y la existencia de ETS previas de las parejas sexuales. Los recursos de los programas de prevención del VIH, tanto humanos como económicos, deben integrarse en los programas de control de la ETS. Así, las lecciones sobre comportamiento aprendidas en la prevención primaria de la transmisión del VIH deben aplicarse al resto de las ETS ⁽²²⁾.

Prevención de la infección por VIH/SIDA

La pandemia del SIDA ha puesto un reto en toda su dimensión y, entre otros, por la organización de los Sistemas Sanitarios, tanto en el ámbito local como regional y nacional. La infección por el VIH representó un desafío novedoso a los conocimientos científicos-médicos de la década de los ochenta, donde se respondió con un importante esfuerzo investigador como de atención sanitaria, fundamentalmente a partir de los hospitales de tercer nivel.

La atención Primaria de Salud ha ido adaptándose a este reto potenciando habilidades y conocimientos en la Atención de los pacientes infectados por el VIH y proyectando características propias de la Atención Primaria, tales como la Educación Sanitaria, promoción de salud, prevención, el diagnóstico precoz, el estudio de contactos y la atención integral por equipos multidisciplinarios.

La atención primaria se encuentra en una situación privilegiada para asumir los aspectos esenciales de la pandemia, ya que representa la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud y puede desempeñar su función de forma integral, continua y activa, teniendo fácil accesibilidad de la población al Sistema Sanitario.

Prevención de la infección por el VIH

Se puede plantear en un doble sentido al igual que otros problemas de salud en APS (atención primaria de salud):

-primario: promoción y educación de la salud.

-secundario: estudio de contactos y diagnóstico precoz.

La prevención se basa en el conocimiento de la forma de transmisión (sanguínea especialmente usuarios de drogas por vía intravenosa, transfusiones y hemofílicos), sexual (homosexual y heterosexual) y vertical (materno-infantil). En prevención la utilización del preservativo, el no compartir jeringas así como la desinfección de sangre y fluidos corporales del paciente infectado reducirán en gran medida las posibilidades de infección.

Promoción de la Salud

Es la actuación sanitaria más rentable en la detección y modificación de comportamientos de riesgo para evitar la infección. La investigación de los hábitos tóxicos, sexuales y la educación sanitaria en la consulta diaria pueden modificar el estado de opinión de la población para que adopten conductas más saludables.

Educación para la Salud

La información es importante pero no suficiente para cambiar conductas de riesgo a comportamientos más saludables, para ello es necesaria la Educación Sanitaria, tarea compleja que debe ser abordada desde distintos sectores interdisciplinarios de forma continua y coordinada, sanitaria, social y económica.

Los contenidos deben de enfocarse esencialmente sobre las formas de transmisión de la infección (sanguínea, sexual y vertical) y sobre las circunstancias que la favorecen, como compañeros que comparten material de inyección, diversidad de compañeros sexuales y promiscuidad, la presencia de úlceras genitales o prácticas sexuales que provoquen traumas.

En definitiva el objetivo de la educación es ofrecer información sobre la enfermedad y su desarrollo, cooperación y ayuda para que el individuo elija en estilo de vida más saludable.

Diagnostico Precoz

Es un cometido importante del sistema sanitario y fundamentalmente de APS, ya que contribuye a la prevención de los contactos del paciente y aconsejando medidas para evitar la transmisión.

- ✓ **Estudio de Contactos:** contribuye a dos de los objetivos de la estrategia mundial contra el SIDA, la prevención de la transmisión por el VIH y la reducción de la morbimortalidad al permitir el diagnóstico precoz.
- ✓ **Asistencial Integral:** en Atención Primaria se pueden plantear los siguientes cometidos:

- Historia Clínica de pacientes y exploración objetiva, enfocar comportamientos de riesgo.
- Analítica elemental y serología VIH. Evaluación psicosocial y estudio de contactos del paciente.
- Seguimiento del paciente asintomático con apoyo a los afectados y familiares.
- Pautas de nutrición e higiene para los pacientes VIH. Pautas de eliminación de residuos.
- Estudio comunitario de infecciones añadidas y coincidentes de los pacientes como las enfermedades de transmisión sexual, la hepatitis, tuberculosis, etc.
- Participar y desarrollar programas de vigilancia epidemiológica de la infección por VIH.
- Derivar al paciente a Unidad de atención de pacientes VIH para completar estudio y seguimiento coordinado del paciente infectado.
- Programas de atención al paciente en estadios avanzados y terminales en coordinación con las Unidades de Hospitalización Domiciliaria ubicadas en los hospitales y Unidades de VIH mejorando la coordinación entre niveles y estableciendo continuidad en la atención de pacientes y familiares.
- Monitorización y cumplimiento de los tratamientos de los pacientes así como de la quimioprofilaxis de las infecciones oportunistas. Uno de los grandes paradigmas de la APS son los tratamientos antirretrovirales, la complejidad de los mismos hace muy dificultosa la prescripción por los equipos de atención primaria, sin embargo el cumplimiento y la detección de efectos secundarios es función esencial.

- Desarrollo, coordinación, participación, motivación, protocolización de los distintos niveles sanitarios. ⁽²³⁾

Atención primaria del personal de enfermería

Función de atención directa o asistencial

Incluye acciones de promoción, prevención, cuidado y recuperación, rehabilitación y educación para la salud:

- ✓ Realizar actividades propias de enfermería en:
 - Controles periódicos de salud del individuo sano.
 - Controles periódicos a la embarazada.
 - Orientación y planificación familiar.
 - Inspección sanitaria del medio laboral, viviendas, locales públicos, etc.
 - Higiene de la alimentación.
 - Acciones contra los factores de riesgo: accidentes, tabaco, alcohol, estrés, etc.
- ✓ Control y vigilancia de enfermedades transmisibles, inmunizaciones etc.
- ✓ Proporcionar cuidados de enfermería directos, aplicando las técnicas oportunas de forma ambulatoria, de urgencia o domiciliaria.
- ✓ Proporcionar cuidados de enfermería tanto en problemas de salud Comunitaria, como en situaciones de enfermedad.
- ✓ Promover el autocuidado.
- ✓ Fomentar la salud Mental en las distintas etapas de la vida.
- ✓ Proporcionar atención de enfermería a enfermos crónicos y ancianos.

- ✓ Promover cambios de comportamiento en salud, a nivel individual y colectivo, mediante la Educación para la salud.
- ✓ Orientar a las familias y grupos en la identificación de sus necesidades específicas de salud, forma de satisfacerlas y uso de los servicios pertinentes.
- ✓ Coordinación y trabajo con líderes naturales de la comunidad, con objeto de movilizar sus recursos para el logro de las metas de salud ⁽²⁴⁾.

4.4 PREVENCIÓN DE ITS Y VIH

Prevención primaria

Las actividades de prevención primaria son esencialmente las mismas para las ITS clásicas que para el VIH transmitido por vía sexual, dado que la modalidad primaria de transmisión consiste, en ambos casos, en las relaciones sexuales. Las actividades y audiencias vinculadas con la prevención primaria son idénticas. Lógicamente debe existir una estrecha coordinación entre los responsables de la prevención de la infección por el VIH/SIDA y los responsables de las actividades de prevención de las ITS. De hecho, es conveniente, a ese respecto, una integración plena. En materia de prevención primaria, el objetivo consiste en impedir la infección y la enfermedad.

Su objetivo es evitar la infección esencialmente en los grupos de riesgo, se basa en dar:

- Información sobre los mecanismos de transmisión.
- Información sobre prácticas sexuales que implican un riesgo mayor de contagio.
- Información sobre medidas preventivas:

- Preservativo masculino.
- Preservativo femenino. Se precisan estudios sobre su efectividad real.
- Recomendaciones para prevenir la ETS. Ello puede realizarse promoviendo:
 - Un comportamiento sexual más seguro.
 - El uso de preservativos en las relaciones sexuales con penetración.

Prevención secundaria

La prevención secundaria comprende la administración de tratamiento y asistencia a personas infectadas y afectadas. Las actividades respectivas deben comprender:

- La promoción de un comportamiento encaminado a procurarse asistencia sanitaria vinculada no sólo con los síntomas de ITS, sino también con el aumento del riesgo de contraer ITS, incluida la infección por el VIH.
- La prestación de servicios clínicos accesibles, aceptables y eficaces, y que ofrezcan diagnóstico y un tratamiento eficaz de pacientes con ITS – sintomáticos y asintomáticos- y sus compañeros sexuales.
- Servicios de apoyo y consejo para pacientes con ITS y VIH.

4.5 ACCIONES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ENCAMINADAS A LA PREVENCIÓN DEL VIH

El profesional de enfermería, como parte del equipo de salud, cumple con una importante labor en las acciones encaminadas a la prevención de las ITS, en el tratamiento y a la rehabilitación de las secuelas dejadas por estas en hombres y mujeres que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Son prioridades de salud pública y del enfoque de atención primaria, la promoción y el fomento de la salud, tendientes a crear y reforzar conductas y estilos de vida saludables, modificar o suprimir aquellos que no lo sean, a informar sobre riesgos, factores protectores, enfermedades, servicios de salud, derechos y deberes de los ciudadanos en materia de salud ⁽²⁵⁾.

Prevención

1. **Prevención primaria:** (educación sexual): se basa en el cambio de las conductas sexuales de riesgo mediante la educación sexual actuando fundamentalmente en adolescentes antes de que inicien la actividad sexual (14-16 años). Los objetivos de la educación sexual incluyen: evitar embarazos no deseados, reducir la incidencia de ETS y crear en el adolescente una sexualidad madura basada en la asociación de amor, responsabilidad y actividad sexual. Se debe impartir conjuntamente por el núcleo familiar y en los colegios por personal especializado. La consulta de enfermería constituye un lugar de intervención eficaz especialmente en pacientes de alto riesgo.

2. **Prevención mediante la modificación del hábito sexual:**

- ❖ La abstinencia es la única medida efectiva.
- ❖ La monogamia estable es también segura si la pareja no está infectada.
- ❖ Evitar múltiples parejas y/o contactos ocasionales.
- ❖ Evitar la prostitución o sexo con personas promiscuas.
- ❖ Evitar el sexo anal. El epitelio anal es más traumatizable que el epitelio vulvo-vaginal, lo que favorece el paso de gérmenes a la circulación sanguínea. Esta vía de contagio favorece las infecciones entéricas (hepatitis A, giardiasis, amebiasis, shigelosis).

- ❖ Evitar contactos sexuales con pacientes presuntamente portadoras de ETS (ulceras o verrugas genitales, eritema o exudados mucosos).

3. Prevención mediante la utilización de métodos de barrera: el preservativo es el método de barrera más utilizado y eficaz para prevenir las ETS/SIDA. En la mujer evita el contacto con el semen, con las secreciones uretrales del varón y con las posibles infecciones peneanas o afecciones virásicas de la piel y en el varón evita el contacto con secreciones cervicales o vaginales infectadas. Este método es aún más importante si pensamos que hay infecciones (VPH) con largos periodos asintomáticos pero contagiosos. Así mismo es efectivo para prevenir el contagio por el VIH. Es obligatorio aconsejar su uso correcto, facilitarlos e informar fundamentalmente en los adolescentes.

El diafragma es una barrera que aísla al cérvix, menos aceptado que el preservativo pero con una eficacia similar, aunque produce un aumento discreto de las infecciones urinarias posiblemente por la compresión de la uretra.

Los espermaticidas suponen una barrera química frente a diferentes patógenos, pero es poco seguro en algunas infecciones graves (VIH).

4. Prevención mediante otros métodos:

- ❖ Vacunas: han demostrado poca utilidad en el control de ETS y únicamente la vacuna de la hepatitis B es efectiva.
- ❖ Antibiótico: la administración profiláctica de antibióticos postcoitales ofrece alguna protección frente a algunos tipos de ETS.
- ❖ Métodos postcoitales: las medidas locales (micción, lavados y duchas vaginales postcoitales) están lejos de ser eficaces e incluso pueden ser perjudiciales.

Mensaje de prevención

Una vez que han identificado los riesgos, el profesional de la salud tiene la oportunidad de transmitir mensajes de prevención, de forma eficaz, con respeto, comprensión y actitud no crítica. Estos mensajes deben incluir que la forma más eficaz de prevenir la transmisión sexual de las infecciones causadas por el VIH y otras ETS es evitar tener relaciones sexuales con personas infectadas, y que, si elegimos una pareja sexual de la que desconocemos si está infectado o no, los varones deben utilizar preservativo ⁽²⁶⁾.

4.6 ¿QUÉ BARRERAS IMPIDEN LA REDUCCIÓN DEL VIH?

Hasta el momento, el método que se ha demostrado mayor efectividad es el uso sistemático y consistente del condón, pero también hay otras recomendaciones que pueden contribuir a la reducción del VIH, por ejemplo:

- La circuncisión masculina
- La reducción del número de parejas, y mejor aún la fidelidad mutua
- La postergación del inicio sexual o la abstinencia.
- La prevención y tratamiento oportuno de las ITS.

El uso correcto y sistemático del condón y la incorporación del condón femenino.

Hasta el momento los condones son la opción más efectiva para quienes tienen actividad sexual. Sirven para prevenir tanto el VIH, como la mayoría de las ITS, pero su efectividad está asegurada si su uso es sistemático (es decir, en todas las relaciones sexuales) y consistente (durante todo acto sexual que implique contacto directo de los órganos sexuales).

Existen condones diseñados para ser usados por los varones y también los hay adaptados a los órganos sexuales de las mujeres.

El condón masculino es el más conocido, es una funda de látex que se usa para recubrir el pene. El condón femenino está conformado por una funda de poliuretano, que es un plástico muy delgado y flexible que se introduce en la vagina, y es sostenido por dos anillos de plástico. La función de los condones, tanto femeninos como masculinos, es la contención de los fluidos de los órganos sexuales para evitar que estos se pongan en contacto.

La reducción del número de parejas, la fidelidad mutua y la postergación del inicio sexual.

La reducción del número de parejas sexuales disminuye las posibilidades de infección, puesto que siempre una relación sexual con una persona distinta conlleva el riesgo de contraer VIH. Para que esta medida sea realmente efectiva, se requiere ambos miembros de la pareja observen esta misma conducta y de manera consistente. Para el caso de las personas jóvenes que aún no han iniciado su experiencia sexual, se recomienda la postergación del inicio sexual.

La circuncisión masculina

Es una intervención quirúrgica que consiste en retirar el prepucio (la piel que recubre el glande) del pene del hombre, pues en esta membrana se encuentra una gran cantidad de células que captan el virus del VIH. Al retirarla, la probabilidad de infección disminuye hasta un 60 %. La circuncisión es un método de prevención útil principalmente para el hombre ⁽²⁷⁾.

El cambio de conductas está ayudando a prevenir la transmisión sexual en epidemias generalizadas

Los programas que abogan por el cambio de conductas pretenden promover comportamientos individuales más seguros y cambios en las normas sociales a fin de generar pautas más saludables en los hábitos sexuales. El cambio de conductas es complejo: abarca conocimientos, motivaciones y elecciones que

están influidos por las normas socioculturales, así como una evaluación de riesgos con relación a los beneficios inmediatos y las futuras consecuencias. Incluye asimismo tanto la toma racional de decisiones como los comportamientos impulsivos y los automatismos. Los programas que promueven el cambio de conductas se han evaluado en gran medida en función de sus resultados en la reducción del número de jóvenes que se inician sexualmente a una edad temprana y del número de parejas sexuales, así como por el aumento del uso correcto y sistemático de preservativos entre personas sexualmente activas.

Una educación sexual apropiada a cada edad puede mejorar el conocimiento y contribuir a que se adopten hábitos sexuales más responsables. Sin embargo, incluso el conocimiento básico sobre el VIH y su transmisión es en muchos casos muy insuficiente. En 26 de los 31 países con epidemias generalizadas en los que se han realizado recientemente encuestas representativas a nivel nacional, menos del 50% de las jóvenes tenía un conocimiento correcto e integral sobre el VIH. En concreto, carecían de información sobre la eficacia de los preservativos a la hora de prevenir la transmisión del virus. En 21 de 25 países con encuestas representativas a nivel nacional, los jóvenes varones tenían un conocimiento integral y correcto sobre el VIH inferior al 50%.

Distribución y promoción de los preservativos

El uso del preservativo es un elemento esencial de la prevención combinada y una de las tecnologías disponibles más eficientes a la hora de reducir la transmisión sexual del VIH. Aunque los niveles registrados en el uso del preservativo parecen estar aumentando en varios países con alta prevalencia del VIH, los últimos datos de encuestas representativas a nivel nacional muestran tendencias inversas en países como Benín, Burkina Faso, Côte d'Ivoire y Uganda. Asimismo, en varios países de alta prevalencia el conocimiento sobre los preservativos, especialmente entre las jóvenes, sigue siendo limitado.

Según los cálculos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en África subsahariana cada hombre de entre 15 y 49 años solo dispuso en 2011 de

nueve preservativos facilitados por donantes, mientras que en el caso de las mujeres del mismo rango de edad de la región solo se facilitó un preservativo femenino por cada 10 mujeres

Progresos limitados en la ampliación de la circuncisión masculina médica voluntaria

La circuncisión masculina reduce las probabilidades de que los hombres se infecten por el VIH al mantener relaciones sexuales con mujeres. Desde 2007, la OMS y ONUSIDA recomiendan la circuncisión masculina médica voluntaria en países que tienen altas tasas de infección por el VIH y bajos índices de circuncisión. Una ampliación rápida de esta intervención tiene el potencial de evitar en torno a 1 de cada 5 infecciones en África oriental y meridional hasta el año 2025 (10). La mayoría de los países en los que se recomienda la circuncisión masculina médica voluntaria ha respaldado la intervención adoptando políticas de difusión y ha comenzado a formar a los trabajadores sanitarios para que puedan llevarla a cabo.

Prevenir la infección por el VIH en el trabajo sexual

El número de países que aportan datos sobre tendencias epidemiológicas y cobertura de los servicios con relación a los profesionales del sexo ha aumentado considerablemente de 2006 a 2012, lo que refleja un mayor reconocimiento oficial de las necesidades de esta población en materia de VIH. La prevalencia media entre los profesionales del sexo de las capitales ha permanecido estable entre 2006 y 2011. Igualmente, una revisión reciente de los datos disponibles en 50 países, que calculaba que la prevalencia global del VIH entre las mujeres profesionales del sexo se situaba en torno al 12%, concluyó que estas tenían 13,5 veces más de probabilidades de vivir con el VIH que otras mujeres.

Usuarios de drogas inyectables

Los usuarios de drogas inyectables son uno de los grupos de población más afectados por la infección por el VIH. En prácticamente todos los países que han

aportado datos en 2012, la prevalencia del virus es mayor en este grupo que en la población general. En 49 países con datos disponibles, la prevalencia es al menos 22 veces superior entre los usuarios de drogas inyectables que en la población en su conjunto, y en 11 países la prevalencia se multiplica al menos por 50. Según los cálculos de un estudio realizado en 2007, unos 16 millones de personas se inyectan drogas en todo el mundo, muchas de las cuales no han cumplido los 25 años, y 3 millones viven con el VIH ⁽²⁸⁾.

4.7 INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA PREVENIR EL VIH ENTRE LOS JÓVENES DE LOS PAÍSES EN DESARROLLO

Escuelas

En muchos aspectos, las escuelas son las mejor situadas para contribuir a la disminución de la prevalencia del VIH entre los jóvenes. De los jóvenes que asisten a la escuela la mayoría entran a ésta antes de iniciar las relaciones sexuales. Las escuelas pueden facilitar información fundamental con respecto a la prevención del VIH. Sin embargo, las intervenciones en materia de educación sexual y educación sobre el VIH varían enormemente en las diferentes escuelas.

Servicios de salud

Los servicios de salud complementan las intervenciones realizadas en otros sectores, pero es frecuente que los jóvenes no los utilicen. Los servicios más importantes de cara a la prevención del VIH entre los jóvenes son los que fortalecen su capacidad para evitar la infección, entre ellos la información y la consejería; los que reducen los riesgos, en particular proporcionando preservativos e intervenciones en materia de reducción del daño; y los que ofrecen diagnóstico y tratamiento para las infecciones de transmisión sexual y el VIH.

Medios de comunicación

Los jóvenes están muy familiarizados con los medios de comunicación, de donde obtienen información y ejemplos sobre el modo de comportarse, de ahí que dichos medios tengan un potencial enorme para hacerles llegar mensajes sobre el VIH y el SIDA.

Comunidades geográficamente delimitadas

Las intervenciones dirigidas a los jóvenes de comunidades geográficamente delimitadas (por ejemplo, aldeas rurales, asentamientos urbanos o vecindarios) tienen la posibilidad de llegar a los jóvenes allí donde viven, independientemente de si asisten o no a la escuela, están casados o solteros, trabajan, o están desempleados.

Jóvenes con más riesgo

Muchos jóvenes están especialmente expuestos al riesgo de contraer la infección por el VIH debido a las situaciones en que viven, aprenden y trabajan, y a consecuencia de las conductas que adoptan o se ven obligados a adoptar debido a factores sociales, culturales o económicos. En este documento se examinaron las evaluaciones de las intervenciones llevadas a cabo en países en desarrollo a fin de llegar a los tres grupos más expuestos al riesgo de infección por el VIH, es decir, los trabajadores sexuales, los consumidores de drogas intravenosas y los hombres que tienen sexo con hombres. Muchos de esos jóvenes viven en los márgenes de la sociedad, y es improbable que se beneficien de las intervenciones aplicadas a través de las escuelas, los servicios de salud o los medios de comunicación ⁽²⁹⁾.

Principios transversales en la prevención del VIH

Tomando en cuenta las situaciones de riesgo y vulnerabilidad a las que se enfrentan las poblaciones antes descritas, es importante que todas las acciones, iniciativas, estrategias, proyectos y programas de promoción de la salud y prevención del VIH y del sida se lleven a cabo en un marco de principios rectores

que garanticen una adecuada atención de las personas, independientemente de que tales acciones se realicen de forma individual o grupal, o que estén dirigidas a una comunidad específica o a población general.

En la siguiente sección se ofrece una breve descripción de los principios rectores en los que debe sustentarse la promoción de la salud y la prevención del VIH y del sida en México.

Los derechos humanos

Los derechos humanos son el conjunto de prerrogativas inherentes a la naturaleza de la persona, cuya realización efectiva resulta indispensable para su desarrollo integral en una sociedad jurídicamente organizada.

Los derechos humanos son: universales, porque pertenecen a todos los individuos, sin importar su sexo, edad, posición social, filiación política, credo religioso, origen familiar o condición económica; incondicionales, porque únicamente están supeditados a los lineamientos y procedimientos que determinan los límites de los propios derechos; es decir, hasta donde comienzan los derechos de las demás personas o los justos intereses de la comunidad; inalienables, porque no pueden perderse ni transferirse por propia voluntad, siendo inherentes a la idea de dignidad de la persona; interdependientes e indivisibles, porque no se puede decir que se respetan unos en menoscabo de los otros; además, tienen un carácter progresivo y dinámico, pues el avance de la humanidad va descubriendo nuevos aspectos de tales derechos.

Considerando que la protección de la salud es un derecho fundamental, es obvio que la salud sexual conlleva derechos sexuales y reproductivos.

Perspectiva de género

La perspectiva de género implica reconocer la diferencia entre las atribuciones, ideas y representaciones que se construyen sobre la referencia sustentada en las distintas identidades de género. La perspectiva reconoce este contexto cultural y promueve mecanismos a fin de eliminar cualquier forma de discriminación,

inequidad o trato diferencial entre las personas en el ejercicio de sus derechos, incluido el de la salud, derivado de los estereotipos de género. Un elemento fundamental de la perspectiva de género es la igualdad de género, la cual busca promover condiciones de igualdad en el orden jurídico, económico, cultural y social entre las identidades de género.

La perspectiva de género ha puesto de manifiesto que la actitud y la conducta sexual de cada individuo, y la de su pareja o parejas sexuales, tienen un impacto significativo sobre la salud; pero también ha demostrado que el control de este impacto sólo es posible si quienes participan de una relación sexual tienen el mismo poder para negociar el tipo de intercambio que mantienen y las medidas que tomarán, o no, para prevenir una infección por el VIH o alguna otra ITS.

Reducción del estigma y la discriminación

El estigma se presenta cuando existe una percepción negativa hacia una persona por características que otro individuo le atribuye. La estigmatización es un proceso de desvalorización de alguien dadas sus características, que pueden ser tan arbitrarias como el color de piel, la forma de hablar, la orientación sexual o la forma de vestir.

La discriminación, por otra parte, denota toda forma de distinción, exclusión o restricción que afecta a alguien en razón de una característica personal inherente, con independencia de que exista o no justificación para tal valoración. A diferencia de la estigmatización, la discriminación no se limita a la infravaloración del otro; más bien se traduce en un trato injusto por el hecho de tener ciertas características. Esto significa que cuando se actúa o se hace omisión con base en la estigmatización el resultado es la discriminación.

Las disposiciones en materia de derechos humanos, codificadas en constituciones y legislaciones nacionales y en una amplia gama de instrumentos internacionales, prohíben la discriminación. Sin embargo, por tratarse de un aspecto cultural, inherente a creencias, prejuicios y comportamientos muy arraigados, se requieren acciones e iniciativas con carácter permanente que puedan reducir su impacto en

el acceso a los servicios e insumos de prevención, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y atención integral.

Pertinencia cultural

La manera como entendemos la salud, las relaciones, las decisiones individuales y sociales, los comportamientos, los estilos de vida, el acceso a la información y las posibilidades de elección de las personas tienen, definitivamente, la influencia de la cultura. De ahí que resulte indispensable adaptar los programas y las actividades de prevención a las especificidades culturales de las comunidades; al hacerlo, se convertirán en programas y actividades pertinentes y eficaces.

La interculturalidad es un concepto que se suele relacionar, casi de forma exclusiva, con el contexto de las comunidades indígenas. No obstante, en el marco de una epidemia del VIH concentrada, impera la necesidad de diseñar mensajes pertinentes dependiendo de la población o el grupo al que se quiera alcanzar, lo cual puede depender también de factores como la edad o la identidad de género o sexual, y no sólo la pertenencia étnica. Son varias las capacidades que deben poseer y desarrollar los individuos involucrados en la respuesta nacional al VIH para realizar las acciones e iniciativas en un marco de pertinencia cultural.

Corresponsabilidad

En el tema del VIH, el principio de corresponsabilidad parte de una noción: la responsabilidad en la prevención del virus debe ser compartida. Esta idea es contraria a la que señala que las tareas de prevención deben recaer exclusivamente en grupos de población específicos, en personas con VIH o en los prestadores de servicios de salud.

Una respuesta compartida en la prevención debe ser multisectorial; es decir, debe involucrar a los sectores sanitario, educativo, laboral, industrial y a los medios masivos de comunicación. Debe ser multinivel, de tal manera que se logre la participación de las instancias federales, estatales, municipales y locales, así

como de organizaciones gubernamentales y de OSC. Del mismo modo, requiere involucrar a las personas con VIH, a sus parejas y familiares, a la población más vulnerable y a la sociedad en general.

En el plano individual, apela a la importancia de ejercer responsablemente la sexualidad, de dotarse de información clave, de ejercer el autocuidado, de realizarse la prueba de detección del VIH que permita un diagnóstico oportuno, de conocer y ejercer los derechos, y de no discriminar.

Una cultura de responsabilidad compartida promueve la comunicación, la cooperación, la colaboración y la participación equitativa en los programas de promoción y prevención.

Mayor involucramiento de personas afectadas (MIPA)

El enfoque MIPA (que proviene del término en inglés Mipa: Meaningful Involvement of PLHIV and Affected Communities), se refiere al mayor involucramiento de personas afectadas por el VIH y gira en torno a dos aspectos básicos. Por un lado, el reconocimiento de la importante contribución que las comunidades mayormente afectadas por el VIH pueden hacer en la respuesta a la epidemia; por el otro, la creación de espacios en la sociedad que promuevan su participación e involucramiento en todos los aspectos vinculados a esa misma respuesta.

Es importante enfatizar que por personas afectadas por el VIH se entiende no sólo a las que viven con el virus, sino también a las parejas, las familias y otros individuos que han vivido el impacto del VIH en personas allegadas.

Su participación es fundamental para asegurar la equidad en el acceso a las acciones e iniciativas y para disminuir el estigma en el sector salud a partir de su involucramiento en el diseño, planeación e implementación de intervenciones acordes con la realidad de las personas que esperan ser beneficiarias de estos programas. Un mayor involucramiento puede comprender tomar en consideración las vivencias de las personas que han sido afectadas por la enfermedad para

incluirlas en aspectos vinculados con la prevención y atención del VIH; pero también puede implicar darle a la epidemia un rostro más humano.

4.8 PERSPECTIVAS EN EL ABORDAJE DE LA PREVENCIÓN DEL VIH

Una vez tomados en cuenta los principios transversales tratados en el apartado anterior, las acciones, iniciativas, proyectos y programas de promoción de la salud y prevención del VIH y el sida deben enmarcarse o considerar las siguientes perspectivas o enfoques –algunos de ellos acotados específicamente a ciertas poblaciones en riesgo y vulnerabilidad–; otros pueden considerarse como adaptables a todas las poblaciones y a cualquier acción, intervención o estrategia.

Promoción de la salud

La promoción de la salud consiste en “capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud”. Fomenta cambios en el entorno que ayudan a promover y proteger la salud; ello incluye modificaciones en las actitudes, comportamientos y otros aspectos de las personas, las comunidades y los sistemas.

Para realizar las acciones de promoción sanitaria es indispensable tomar en cuenta los determinantes sociales de la salud, dado que pueden llegar a condicionar que una persona, población o comunidad puedan poner en práctica las acciones de autocuidado sugeridas en la promoción.

Los determinantes sociales de la salud son el conjunto de condiciones bajo las cuales los individuos nacen, crecen y viven; resultan de la distribución de los recursos.

Se definen como “las características específicas del contexto social que afectan la salud y las formas en que las condiciones sociales se traducen en impactos en la misma.”

La organización comunitaria no surge de forma espontánea; es necesario establecer vínculos e involucrar a las autoridades locales en las diferentes etapas de surgimiento de las iniciativas de promoción de la salud, algo que puede lograrse mediante la promoción de su participación en comités y reuniones para establecer vínculos estrechos con la comunidad. La colaboración intersectorial y multinivel, es decir, las alianzas que tienen lugar a distintos niveles y con una amplia gama de sectores, son un elemento necesario para la sustentabilidad de las iniciativas de prevención. Es importante también identificar las responsabilidades que puede asumir cada parte interesada como son los gobiernos, los proveedores de servicios de salud, las OSC, las organizaciones comunitarias, los organismos internacionales y el sector privado.

En el contexto de la prevención del VIH, la promoción de la salud incluye varios temas:

- Adquirir conocimientos sobre el VIH y el sida, las formas como se transmiten y previenen y la desmitificación de información errónea.
- Desarrollar habilidades para el uso correcto y consistente del condón, para la comunicación y negociación con la/s pareja/s y para el auto-cuidado de la salud.
- Reforzar la acción comunitaria para promover conductas saludables en la población, reducir el estigma y la discriminación, facilitar el diagnóstico temprano, propiciar el acceso oportuno al tratamiento y apoyar la adherencia en las PV.
- Crear ambientes favorables en donde sea posible implementar acciones de prevención, se permita el diálogo sobre prevención y riesgos, se utilicen adecuadamente los recursos existentes y se favorezca el acceso a insumos de prevención (como condones masculinos y femeninos, lubricantes y jeringas, entre los principales).

- Reorientar los servicios de salud mediante la sensibilización del personal que proporciona los servicios, para tomar en consideración las inequidades de género, la diversidad sexual y los derechos sexuales, y capacitar a este mismo personal para que brinde consejería e información actualizada sobre prevención y tratamiento.
- Implementar políticas públicas que busquen abatir la discriminación y el estigma, promuevan la educación sexual integral y propicien el acceso oportuno a los servicios de prevención, diagnóstico temprano, atención y tratamiento oportuno de todas las poblaciones en riesgo y vulnerabilidad, todo ello inserto en un marco de derechos.

Educación sexual integral

La educación sexual integral brinda herramientas para el ejercicio de una sexualidad plena y responsable, libre de abusos, violencia, discriminación y de ITS, incluido el VIH.

Su meta es fomentar el conocimiento mediante la provisión de información precisa, pertinente y científica, mientras de forma paralela se desarrollan y/o refuerzan habilidades para la vida. Entre estas últimas se pueden mencionar la comunicación, la negociación, la toma de decisiones, la asertividad y la responsabilidad, al igual que las actitudes y los valores.

La educación sexual es un derecho fundamental de niños, niñas, adolescentes y adultos. Un enfoque integral de la educación sexual no se limita a una perspectiva basada en promover la abstinencia; antes bien, proporciona, en general, alternativas para la prevención de embarazos, de ITS y del VIH. Bajo este enfoque, la abstinencia se incluye como una forma de prevención; pero se enfatiza la importancia de las prácticas sexuales seguras y el uso correcto y consistente del condón y los métodos anticonceptivos.

Reducción del daño

Se trata de un enfoque basado en evidencia para disminuir los riesgos para la salud pública. Apoya la disminución de los daños vinculados con una actividad o comportamiento dado, sin asignar juicio moral, estigmatización del comportamiento o medidas coercitivas para intentar eliminarlo. Desde este enfoque, los comportamientos no saludables existen en un continuo que va desde los no problemáticos hasta los severamente problemáticos; se centra en reducir el impacto que pueden tener dichos comportamientos en los ámbitos individual, familiar y comunitario. En consecuencia, la reducción del daño sería toda acción individual, colectiva, médica o social destinada a minimizar y reducir los efectos negativos de conductas no saludables en las condiciones jurídicas y culturales actuales.

Este enfoque puede utilizarse en poblaciones y lugares distintos; implica el cambio de actitudes y comportamientos, no únicamente de las personas que realizan las conductas de riesgo, sino también de otros actores que se encuentran involucrados en el proceso, como serían los familiares, los proveedores de salud o las personas involucradas en la toma de decisiones.

La reducción del daño involucra el establecimiento de una jerarquía de objetivos, por etapas, para alcanzar los más inmediatos y realistas en el camino hacia un comportamiento libre de riesgos, así como un enfoque que pretende dotar a las personas de cierto control sobre su propia vida a partir de la percepción y autoanálisis de los riesgos y la vulnerabilidad en que ocurren, buscando que comprendan y valoren el impacto de sus comportamientos.

Esta perspectiva ha mostrado su efectividad, tanto en relación con el uso de drogas inyectables como en las prácticas sexuales sin protección y en la reducción de los riesgos relacionados con la feminización del cuerpo en población transgénero, todas ellas cuestiones esenciales en el ámbito del VIH. Los programas de reducción del daño relacionados con la prevención del virus incluyen el acceso a equipos de inyección estériles, terapia de sustitución por

metadona, distribución de preservativos, tratamiento de las ITS y de infecciones subcutáneas, información sobre la transmisión sexual del VIH, y también la prevención del abuso de otro tipo de sustancias legales como el alcohol. Estos medios previenen el VIH, la hepatitis C y otros patógenos cuya transmisión ocurre por vía sanguínea.

Salud, dignidad y prevención positivas

Las metas principales del enfoque de salud, dignidad y prevención positivas son: mejorar la dignidad y la calidad de vida de las personas con VIH a fin de acrecentar su salud física, mental, emocional y sexual y, naturalmente, prolongar su vida.

El enfoque requiere de un marco de trabajo de derechos humanos apoyado por leyes protectoras para garantizar la no discriminación, reducir el estigma, proporcionar acceso a la justicia y cambiar normas de género dañinas. Tales políticas y programas deben permitir a las personas con VIH protegerse a sí mismas y a otras, no acudiendo al miedo sino mediante el empoderamiento y con dignidad.

Los cuatro principios en los que se basa el enfoque son: el principio MIPA, los derechos humanos, la corresponsabilidad, y la salud sexual y los derechos reproductivos.

Prevención combinada

Este enfoque se refiere a la combinación de estrategias biomédicas, comportamentales y estructurales para la prevención del VIH, adecuada a las necesidades y contextos nacionales y locales. Considera el involucramiento pleno de las comunidades afectadas, o MIPA, promoviendo los derechos humanos y la equidad de género; asumiendo la sinergia entre las estrategias incluidas, en el tiempo y en múltiples niveles (individuo, familia, grupo, sociedad); propiciando la coordinación y asumiendo la flexibilidad suficiente para permitir la adaptación a patrones epidémicos cambiantes a fin de implementar innovaciones oportunas.

El enfoque parte de considerar iniciativas y realizar acciones, proyectos y programas con impacto sobre estos tres aspectos, pues se ha demostrado que si se da prioridad a uno solo los resultados en cuanto a prevención del VIH a largo plazo no serán significativos.

Importa subrayar que el enfoque de prevención combinada es, en sí mismo, un enfoque derivado de la promoción de la salud específico para VIH y sida porque:

- A través de las estrategias estructurales busca incidir en los determinantes sociales de la salud, destacando entre ellos el género, los derechos humanos, el estigma y la discriminación; pero sin olvidar otros como la pobreza, la educación, la marginalidad y otros factores que varían de una población a otra. Además, fomenta transformaciones en el entorno que ayudan a promover y proteger la salud de las poblaciones afectadas, incluyendo cambios en las actitudes y los comportamientos de los individuos, las comunidades y los sistemas, mediante acciones como la corresponsabilidad y la sensibilización y capacitación del personal de salud, entre otros.
- A través de las estrategias comportamentales se capacita a las poblaciones más afectadas para ejercer mayor control sobre los determinantes de su salud, centrándose en sus comportamientos y prácticas, cuando esto es posible, o bien ofreciendo alternativas tales como la reducción del daño. A su vez, con el apoyo de los principios MIPA y los de salud, dignidad y prevención positivas, propicia la cohesión social y el capital social, necesarios para incrementar la participación de las poblaciones afectadas y mejorar el impacto de las acciones de las estrategias estructurales y biomédicas.
- A través de las estrategias biomédicas se brinda acceso a insumos de prevención y atención a las poblaciones, encaminadas a mejorar sus condiciones de salud. Al mismo tiempo, por medio del diagnóstico

temprano, se genera un puente con el continuo de la detección-atención; con ello se garantiza el continuo prevención–atención-prevención ⁽³⁰⁾.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

A través de esta investigación documental se pudo visualizar la importante participación que tiene el Licenciado en Enfermería en la prevención del VIH en adolescentes.

Se concluye que la enfermedad del VIH-SIDA aumenta a pasos agigantados y esto es gracias a la falta de difusión de los medios de comunicación sobre las formas de contagio, medidas preventivas y centros de apoyo a pacientes con esta enfermedad.

La infección del VIH está incrementándose más rápido en la etapa adolescente, por lo que el conocimiento de las medidas de prevención del VIH es importante en esta población a riesgo. El inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, el cambio de pareja, la falta generalizada del uso de medios de protección, así como las variables sociales, hacen de los adolescentes una población con mayor riesgo de contraer el VIH o de aumentar la probabilidad de enfermar.

Desde el punto de vista de los servicios el aspecto de la prevención del VIH/SIDA es de suma importancia ya que actualmente una información adecuada previene la aparición de casos nuevos de esta patología, dado que las malas prácticas sexuales, el consumo de drogas intravenosas, las relaciones sexuales no protegidas y las múltiples parejas sexuales aumentan la posibilidad de adquirir esta enfermedad. Por ello es necesario que el Licenciado de Enfermería incida en

que llevan prácticas sexuales saludables, haciendo uso del preservativo, el tener una pareja estable y el no consumir drogas intravenosas.

5.2 RECOMENDACIONES

- ❖ Se recomienda ofrecer información específica mediante el uso del internet para reducir los comportamientos sexuales riesgosos.
- ❖ Se sugiere ejecutar intervenciones conductuales a nivel de la comunidad para la prevención del VIH.
- ❖ Se sugiere realizar intervenciones conductuales a nivel individual para la prevención del VIH.
- ❖ Orientación sobre el virus a nivel comunitario en forma vinculada a la atención.
- ❖ Se recomienda altamente el uso sistemático del condón.

Ejemplos de objetivos didácticos para actividades individuales, grupales y de comunicación en busca del cambio de comportamiento:

- ❖ Generar procesos de empoderamiento para superar las barreras que impiden la negociación exitosa del uso del condón y otros insumos de prevención.
- ❖ Reducir el riesgo de adquirir el VIH y otras ITS.
- ❖ Promover la salud sexual y reproductiva.
- ❖ Informar y educar sobre la prevención de la transmisión perinatal del VIH.
- ❖ Desarrollar habilidades para la evaluación del riesgo en determinadas prácticas.
- ❖ Informar y educar sobre vías de transmisión del VIH y otras ITS.
- ❖ Informar y educar acerca de métodos de prevención del VIH y otras ITS.
- ❖ Generar cambios de comportamiento relacionados con las prácticas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH y otras ITS.
- ❖ Educar sobre el uso de insumos de prevención, con énfasis en el condón femenino, el masculino y los lubricantes.

- ❖ Educar sobre el uso de insumos de prevención relacionados con el uso de drogas inyectables.
- ❖ Referir e informar sobre servicios de salud y otros apoyos sociales y económicos disponibles para las poblaciones afectadas y personas con VIH.
- ❖ Informar y educar sobre el marco de derechos humanos que rige la respuesta al VIH.
- ❖ Informar y educar sobre estigma y discriminación.
- ❖ Modificar actitudes y percepciones negativas, como pueden ser la homofobia y la transfobia, que exacerban la transmisión del VIH.
- ❖ Informar y educar sobre igualdad de género.
- ❖ Informar y educar acerca de la violencia basada en género.
- ❖ Promover el principio de corresponsabilidad en la prevención del VIH y de otras ITS.

CAMBIO DE COMPORTAMIENTO INDIVIDUAL

- Intervenciones individuales

Desarrollo de aptitudes personales para la salud, incluyendo actividades cara a cara. Se pueden poner en práctica en el contexto de la consejería entre pares, o en la que ofrezca personal de salud. Se pueden llevar a cabo en instalaciones de salud o comunitarias, o aprovechando actividades de alcance comunitario.

La duración de estas intervenciones puede variar, de una única vez a sesiones programadas en lapsos determinados. Puede abarcar técnicas diversas para generar cambios de actitudes y desarrollar habilidades basadas en los enfoques de comunicación para el cambio de comportamiento.

- Intervenciones grupales

Desarrollo de aptitudes personales para la salud, a través de actividades en las que participen grupos de individuos integrados según su sexo, orientación sexual,

edad o cualquier otra categoría útil. Se puede considerar también la organización por grupos mixtos.

De acuerdo con el modelo elegido, las actividades de coordinación las pueden llevar a cabo personas de las mismas poblaciones afectadas, o bien profesionales de la salud. Se pueden efectuar en espacios de los servicios de salud, en lugares comunitarios o en espacios públicos adecuados.

Las sesiones grupales, al igual que las individuales, pueden tener diferente duración e incluir técnicas diversas.

RECOMENDACIONES PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS Y PARA LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD

➤ General

Las intervenciones, y sus informes, deben mostrar con claridad lo que se está haciendo y cuáles son los resultados previstos

También deben facilitar resultados desglosados en función de la edad y el sexo de los beneficiarios

La aplicación de todas las intervenciones debe ir acompañada de una vigilancia atenta y una evaluación adecuada en función del nivel de las pruebas existentes

Se necesita una mayor colaboración entre los directores e investigadores de programas para facilitar el diseño de una vigilancia y evaluación eficaces

➤ Escuelas

Los programas deben estar basados en el currículum de estudios y deben diseñarse y aplicarse utilizando las características que han demostrado su eficacia.

➤ Servicios de salud

Para aumentar el uso de los servicios de salud entre los jóvenes es necesario formar a los proveedores de servicios y demás personal clínico de manera que presten servicios de salud de gran calidad para los jóvenes.

Las instalaciones deben ser más accesibles y aceptables para ellos.

También hay que trabajar en la comunidad a fin de generar demanda y apoyo para los servicios de salud destinados a los jóvenes.

Otros sectores, en particular las escuelas y los medios de comunicación, pueden ayudar a crear demanda mejorando los conocimientos generales de los jóvenes sobre el VIH/SIDA y alentando las conductas sexuales sanas.

- Medios de comunicación

A fin de obtener los mejores resultados, los programas que utilizan medios de comunicación deben adaptarse específicamente para los jóvenes.

Deben transmitir mensajes que se refuercen mutuamente a través de múltiples canales.

- Comunidades geográficamente delimitadas

Las iniciativas deben centrarse en amplia medida en el trabajo con las organizaciones existentes para los jóvenes, y debe prestarse especial atención a la selección, formación y especificación de intervenciones y tareas culturalmente adecuadas para el personal que trabaja en el programa.

El personal debe beneficiarse de una supervisión continua.

Los dirigentes de la organización deben estar muy atentos para mantener el apoyo y la movilización de recursos en el conjunto de la comunidad.

- Jóvenes más expuestos al riesgo

Estos jóvenes deben recibir información, conocimientos y servicios a través de los centros de salud y mediante programas de extensión comunitaria.

La evaluación atenta del impacto y los procesos de las intervenciones es esencial a fin de aumentar los conocimientos de lo que es eficaz para los jóvenes más expuestos al riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Adolescencia (UNICEF). La adolescencia, Una época de oportunidades. Nueva York, EEUU, 2011.
2. Diana P, Alfredo LI, editores. Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral. Buenos Aires: Organización panamericana de salud-OPS, 2010.
3. Di SO S, Guillermo AO. Adolescencia, posmodernidad y escuela. 1ª ed. Buenos Aires Argentina. Novedades Educativas, 2006.
4. José G. La Sexualidad: sexo, embarazo y contracepción en la adolescencia. 6º ed. España. Montesinos, 1985.
5. Gallegos J. Educar en la adolescencia. 1ª ed. Madrid ESPAÑA. Thomson, 2006.
6. Solum DB. Adolescencia y Juventud en América Latina. Costa Rica: Cartago, 2001.
7. Fondo de las Naciones Unidas para la Adolescencia (UNICEF). La adolescencia, Una época de oportunidades. Nueva York, EEUU, 2011.
8. Casas R, Ceñal G F. *Pediatría Integral* 2005; IX (1):20-24.
9. Vernieri MJ. Adolescencia y autoestima. 2a ed. Buenos Aires: Bonum, 2006.
10. Murga S. Conocimientos y prácticas sobre sexualidad e impulsos sexuales en los adolescentes en la I.E. 6041, Alfonso Ugarte (Trabajo para optar por el Título Profesional en Enfermería). I.E. 6041, Alfonso Ugarte, Lima Perú. 2012.
11. García E, Menéndez E, Fernández P, Cuesta M. Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *International Journal of Psychological Research*. 2012; 5 (1): 79-87.
12. Magis C, Bravo E, Gayet C, Rivera P, De Luca M. El VIH y el SIDA en México al 2008, Hallazgos y tendencias y reflexiones. México, 2008.
13. Secretaria de Salud. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica del VIH-SIDA. México, 2012.
14. Pachón J, Pujol E, Rivero A. La infección por el VIH. Sevilla: Graficas Monterreina S.A, 2003.SE-2227-2003. Sociedad andaluza de enfermedades infecciosas.

15. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiológica, CENSIDA. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA EN México Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 31 de marzo de 2014 (CENSIDA).
16. Trejo IE. Intervenciones del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en pacientes con VIH/SIDA, en el Hospital General de México (Trabajo para obtener el título de licenciada en Enfermería y Obstetricia). Hospital General de México, México, DF. 2010.
17. Rodríguez LF, Candela C, Cara JM, Silva L, Peris C. Diplomados en enfermería / ATS. Editorial MAD, S.L. España, 2005.
18. Iglesias MC, Reyes G, Moheno R, Ortiz M, Cordero C. 30 años del VIH/SIDA perspectivas desde México. México: Grupo medios, 2011.
19. ONUSIDA. Informe de ONUSIDA para el día mundial del SIDA 2011.
20. Vignolio J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, prevención y atención primaria de salud. Arch Med Interna. 2011; XXXXIII (1): 11-14.
21. Gómez E. Fundamentos de enfermería. México: Editorial el Manual Moderno, 2009.
22. Alés M, Silva L, Ania J, Conejo G, Junquera C, Muñoz D. Auxiliar de Enfermería del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV). España: Editoriales MAD, 2006.
23. Silva L, Torres J, Gómez D, Gonzáles A, Millán D, Perea-Milla E. Enfermeros Cuerpo Técnico, Escala de Diplomado en Salud Pública. España: editorial MAD, 2006.
24. Pérez JM, Vilches A, Silva L, Perea-Milla E, Gómez D, Ania JM. Manual para el Diplomado en Enfermería (ATS/DUE). España: editorial MAD, 2003.
25. De la isla JL, Romero S, Cruz S, Duarte C, Rodríguez LF, Luque M. Diplomado en Enfermería del SAS Temario Especifico. Sevilla: Ediciones Rodio, S. Coop. And, 2015.
26. Diplomado en Enfermería (ats/du) del Servicio Vasco de Salud- osakidetza. España: Editorial MAD, 2006.
27. Chávez S, Desmason M, Gutiérrez R. El VIH/SIDA y su incidencia en la vida de las mujeres. Lima- Perú: 2009.
28. ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial del SIDA 2013.
29. Prevención del VIH entre los jóvenes. Informe mundial del ONUSIDA 2006.
30. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH Y EL SIDA (Censida). Guía Nacional para la Prevención del VIH. 1ª ed. México, 2014.

