

Guiñales Serramía, Patricia. TFG definitivo.

por Patricia Guiñales Serramia

ARCHIVO	17249_PATRICIA_GUIÑALES_SERRAMIA_GUIÑALES_SERRAMÍA__PATRICIA_TFG_DEFINITIVO._969036_1775517462.PDF (1.73M)		
HORA DE LA ENTREGA	23-ABR-2017 10:46P.M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS	9937
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	LA803420901	SUMA DE CARACTERES	62901



Trabajo Fin de Grado

***Proyecto educativo: para la prevención de la transmisión
del VIH en adolescentes de 13 a 15 años.***

Autor: Patricia Guiñales Serramía

Tutor: Tomás Cruz Braojos

Madrid, abril de 2017.

Índice

Resumen:	4
Abstract:	4
PRESENTACIÓN:	5
ESTADO DE LA CUESTIÓN:	6
1. Virus de la Inmunodeficiencia Humana:	6
1.1 Estructura VIH:	6
1.2 Ciclo viral:	8
1.3 Reservorios del VIH y latencia	9
2. Curso de la infección del VIH IN VIVO:	9
3. Epidemiología:	10
4. Formas de infección VIH:	11
4.1 Tres rutas principales de infección por VIH	11
5. Métodos de prevención:	12
5.2 Los métodos más usuales por su mayor efectividad:.....	12
6. Diagnóstico de la infección por VIH en adolescentes y adultos:	14
6.1 Tipos de pruebas:	15
6.2 Sintomatología y categorización inmunológica:	15
7. Terapias:	17
JUSTIFICACIÓN:	19
PROYECTO EDUCATIVO:	20
Población y captación:	20
Población diana:	20
Captación:.....	20
Objetivos:	21
Objetivos generales:.....	21
Objetivos específicos:	21
Contendidos:	21
Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales:	22
Evaluación:	26
BIBLIOGRAFÍA:	27
ANEXOS:	31
ANEXO 1:	31
ANEXO 2:	32
ANEXO 3:	33
ANEXO 4:	34
ANEXO 5:	35
ANEXO 6:	36
ANEXO 7:	37
ANEXO 8:	38

ANEXO 9:	39
ANEXO 10:	41
ANEXO 11:	42
ANEXO 12:	43
ANEXO 13:	45
ANEXO 14:	46
ANEXO 15	47
ANEXO 16:	48
ANEXO 17:	49
ANEXO 18:	53
ANEXO 19:	57

Resumen:

Proyecto educativo destinado a adolescentes para prevenir la transmisión de VIH:

La infección por el virus VIH y la progresión a la enfermedad SIDA, sigue siendo un problema a nivel mundial. Se estima que 36,7 millones de personas viven con el virus, produciendo un aumento cada año de 2,1 millones de infectados, según datos de 2016. Se ha demostrado que uno de los grupos de riesgo son los adolescentes y cada vez más jóvenes, motivado por la diversidad en el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección. Por este motivo, hemos desarrollado un taller educativo donde se van a tratar temas sensibles, como la transmisión sexual del VIH, vías de contagio, pruebas diagnósticas, principales métodos de prevención y terapias actuales. Estos talleres, se desarrollarán en centros docentes, dirigidos a población sana, adolescentes entre 13 y 15 años. Este plan formativo, constará de cuatro sesiones con contenido teórico y práctico, haciendo especial hincapié en la importancia del uso del preservativo como método barrera más eficaz para prevenir dicha infección.

Palabras clave: VIH, prevención, SIDA, terapia.

Abstract:

Despite remarkable achievements in the past 30 years, HIV/AIDS remains a huge threat to public health. HIV-1 antiretroviral treatment coverage reached a peak at the end of 2016, when 18.2 million of infected people were under antiretroviral treatment. However, in 2016 there were 2.1 million new HIV infections worldwide, adding up to a total of 36.7 million people living with HIV worldwide.

Teenagers stand out as a risk group due to their lack of awareness in the risks of unprotected sexual relationships with multiple sexual partners.

For this reason, we developed an educational workshop focusing on sensitive topics including HIV transmission ways, prevention methods, diagnostic tests and current therapies. These workshops aim to be taught in schools and are addressed to healthy teenagers 13 to 15 years old. The workshop, which features four sessions of theoretical and practical content, emphasizes the importance of condoms as the most efficient barrier method to prevent the HIV infection.

Keywords: HIV, aids, therapy, adolescents.

PRESENTACIÓN:

Ante la enorme variedad de temas susceptibles de ser tratados, la primera vez que los estudiantes nos enfrentamos a la responsabilidad de elegir uno que satisfaga las exigencias de un adecuado TFG es, cuando menos, una tarea difícil. La solución partía por establecer unas líneas maestras que determinarían la elección:

Debía ser un proceso que afectara a una población determinada, de la que yo tuviera conocimiento o experiencia similar por estar condicionada a una edad ya superada. Esta circunstancia genera una adecuada objetividad y un tratamiento del tema carente de artefactos.

El segundo factor esencial debía ser que la atención enfermera se mostrase como determinante.

A los dos anteriores debería concurrir que fuera un proceso relativamente conocido por la población general. Del que todos hubiéramos oído hablar con mayor o menor rigor técnico o científico.

Y por último el hecho de que la formación y el conocimiento se mostraran básicos para la consecución del objetivo: la prevención.

En base a esas líneas prioritarias la prevención de la infección del VIH basada en la formación dirigida a una población con posibles comportamientos de riesgo en un futuro inmediato, atendiendo al factor esencial de la eficiencia, es decir la consecución de grandes objetivos con una inversión mínima cumplía estos criterios selectivos.

Superado este reto, deseo agradecer a mis padres por su apoyo y amor incondicional para conseguir mi meta. A Rubén por su paciencia y empatía. A Rafael Ceña por su ayuda constante en todo momento.

ESTADO DE LA CUESTIÓN:

A partir de una búsqueda sistemática en bases de datos con rigor científico considerable como: PubMed, EBSCO, NCBI, estudiaremos las peculiaridades del virus de la inmunodeficiencia humana a lo largo del estado de la cuestión y nos centraremos en métodos de infección y prevención, en tanto que consideramos que es la esencia del tema a tratar.

1. Virus de la Inmunodeficiencia Humana:

Alrededor del año 1981 se observaron un conjunto de procesos con síntomas comunes en población homosexual como son: neumonía por *P. jirovenci*, sarcoma de Kaposi, candidiasis, tuberculosis, y también infección por citomegalovirus. Poco después también comenzó a aparecer con los mismos síntomas, población heterosexual, consumidores de drogas intravenosas, y usuarios con el mismo grupo sanguíneo que habían recibido transfusiones sanguíneas. Se le denominó síndrome de la inmunodeficiencia humana, o SIDA. Pero no fue hasta el año 1984 en el que se descubrió el agente causal de la enfermedad, al que se le designó como Virus de la Inmunodeficiencia Humana tipo 1 (1).

El virus de la inmunodeficiencia humana es un virus ARN que se clasifica dentro de los retrovirus humanos en el género Lentivirus (2). El VIH se transmitió a la especie humana a través de un salto interespecie de macacos a humanos (3). Existen dos tipos de virus el VIH 1 y VIH 2, el foco de la infección por VIH 1 se detectó inicialmente en África Oriental y central, que debido al éxodo rural salió de un ambiente selvático y se extendió a población que residía en ciudades, siendo este el más pandémico, a diferencia del VIH 2 que se encuentra principalmente en África Occidental y en torno al golfo de Guinea aunque también se han descrito casos aislados en Europa, principalmente en Portugal (3,4) otra de las diferencias entre estos dos subtipos es que el VIH 1 es una cepa más virulenta(2).

1.1 Estructura VIH:

La partícula viral, mide aproximadamente entre 80 y 120 nanómetros de diámetro, está formado por una bicapa lipídica y por una nucleocápsida cónica, dónde se encuentra el material genético. El virón del VIH, es principalmente esférico, adquiere esta forma tras salir de la célula huésped que ha infectado previamente. El genoma viral, está constituido por dos copias idénticas de ARN con polaridad positiva, que contiene nueve genes, que codifican para diecinueve proteínas.

En la superficie del virón encontramos dos glicoproteínas estructurales, que están directamente implicadas en la entrada y fusión en la célula, estas son las glicoproteínas gp 41 y gp 120. (Figura 1) (1,2).

ESQUEMA DEL VIRIÓN Y ORGANIZACIÓN GENÓMICA DEL ADN PROVIRAL:

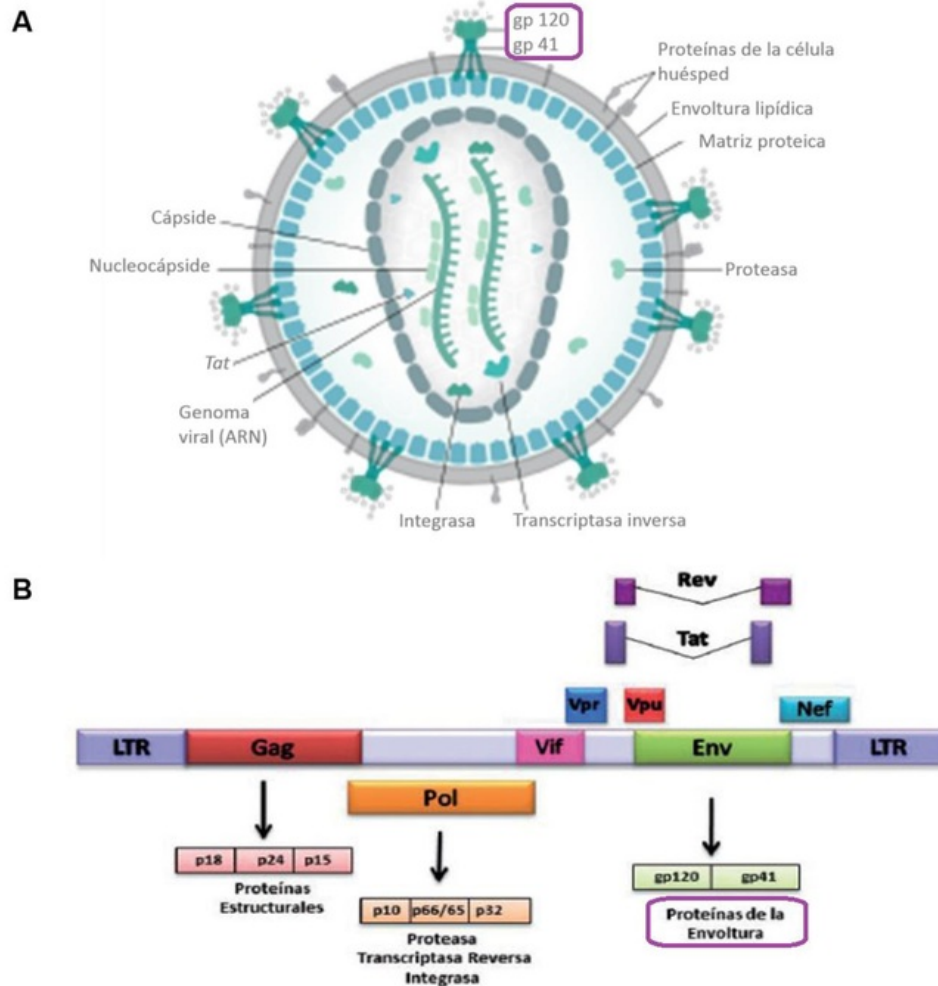


Figura 1. Esquema del virión y organización genómica del ADN proviral. De elaboración propia, adaptada a partir de la referencia bibliográfica (2).

1.2 Ciclo viral:

El virus del VIH, precisa de forma obligatoria integrarse en el genoma celular para su replicación (5). Las células dianas, es decir, las células que son susceptibles de infección por el virus son:

Principalmente los linfocitos TCD4+, con menor incidencia: células dendríticas, eosinófilos, macrófagos, células de Langerhans y células microglía del cerebro, pero no se puede concluir que ninguna célula esté exenta de ser infectada (1). Durante el ciclo replicativo viral, encontramos dos fases definidas (Figura 2):

- a) Fase temprana: comienza con la entrada del virus en la célula diana a través de la fusión de membranas que se produce tras la unión de la glicoproteína gp120 del VIH y al receptor celular, esta etapa culmina con la integración del ADN viral en el genoma de la célula.
- b) Fase tardía: durante la segunda etapa, prosigue con la transcripción del genoma viral y consume en la generación de partículas virales infectivas nuevas (2).

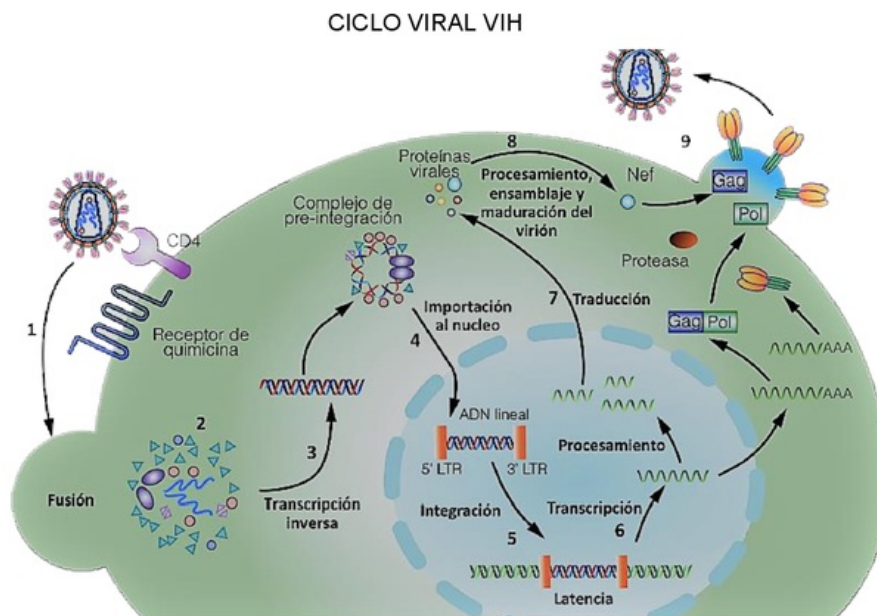


Figura 2: Ciclo viral. De elaboración propia, adaptada a partir de la referencia bibliográfica (2).

1.3 Reservorios del VIH y latencia

El virus de la inmunodeficiencia humana, tiene una cualidad muy importante, que es la de establecer reservorios virales; se conoce que una parte del ADN viral se queda integrado en el genoma de la célula diana, lo que constituye un reservorio en forma latente; este acontecimiento imposibilita su erradicación ya que los fármacos actuales no llegan a estos reservorios, asegurando así la persistencia del mismo y siendo responsables de su viremia. Los principales lugares anatómicos que actúan como reservorio del VIH, son: tejido linfóide, sistema gastrointestinal, sistema nervioso central, aparato genital y los pulmones (5-7).

2. Curso de la infección del VIH *IN VIVO*:

En la (Figura 3) se muestra el curso de la infección por VIH.

- a) Primoinfección/ Fase aguda: una vez que el virus entra en contacto con el paciente, se produce un periodo ventana de 2 a 6 semanas hasta que es posible detectar anticuerpos si la carga viral no es muy elevada. Durante esta etapa es posible detectar actividad citotóxica frente al VIH, pero la respuesta celular de defensa frente a un microorganismo externo es incapaz de erradicar el virus, por lo que se genera una infección crónica del individuo. Sintomatológicamente en la mayoría de los casos es indetectable, pero en algunos, se produce un cuadro clínico similar al de un resfriado común.
- b) Fase crónica: en esta fase, se mantienen durante años unas fuertes respuestas humorales y celulares frente al VIH; sin embargo, la destrucción de los linfocitos TCD4+ sigue siendo progresiva, lo que conlleva una incapacitación de su sistema inmune, siendo este más vulnerable.
- c) Fase SIDA: durante esta fase, se observa un deterioro de la respuesta humoral y celular, lo que produce en el individuo una destrucción masiva del sistema inmune por el aumento de la replicación viral acelerada. Esta disposición, de cataclismo inmunológico, tiene como resultado final: aparición de enfermedades oportunistas y desarrollo de neoplasias, que definen un estado de profunda inmunodeficiencia que es lo que se denomina como fase final de la enfermedad o SIDA (3).

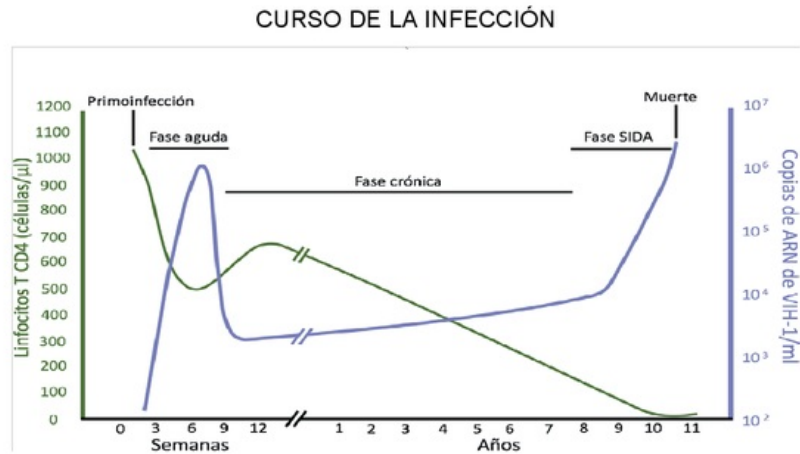


Figura 3: Curso de la infección. De elaboración propia, adaptada de Rowland-Jones, Nat Rev Immunol. 2003.

3. Epidemiología:

Según los últimos datos disponibles, en 2015 se estima que 36,7 millones de personas en el mundo viven actualmente con VIH, como podemos observar en la (Figura 4) ; de las cuales 1,8 millones son niños menores de 15 años.

Están recibiendo tratamiento antirretroviral 18,2 millones de personas.

Se estima que 2,1 millones de personas se han infectado nuevamente y 1,1 millones de personas han fallecido por episodios relacionados con SIDA, de los cuales 110000 eran niños menores de 15 años (8).

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DESDE 1990 AL 2015

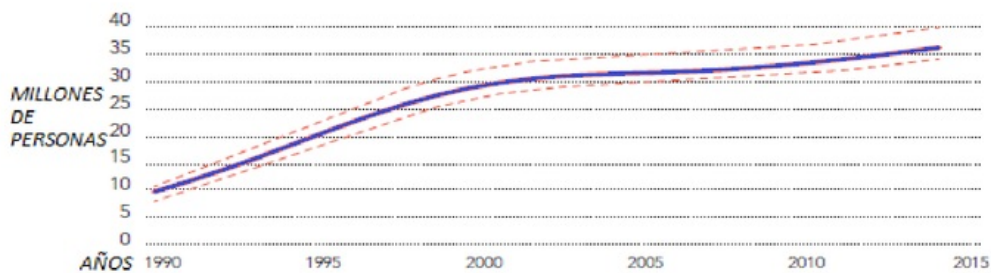


Figura 4: Evolución del número de personas que viven con VIH desde el 1990 al 2015. De elaboración propia, a partir de la referencia (8).

Los tratamientos antirretrovirales actuales que facilitan la esperanza de vida, al descender la mortalidad provocada por el virus y de forma consecuente, aumenta la población que vive actualmente con él (9).

Según estudios epidemiológicos en ciertos países, como en caso de Sudáfrica, se concluye que población perteneciente a niveles socioeconómicos altos tienen un menor riesgo de padecer SIDA por la posibilidad de acceso a métodos de tratamiento, alimentación y cuidados accesorios (10).

4. Formas de infección VIH:

4.1 Tres rutas principales de infección por VIH

- a) La vía sexual: Esta vía abarca el 80% de las nuevas infecciones asociadas al VIH (11). También hay que tener en cuenta que la presencia previa de otras enfermedades de transmisión sexual, como el VHS-2 (virus herpes simple tipo 2) las cuales generan una situación de activación del sistema inmune, inflamación o, simplemente, daño epitelial y llegan a favorecer la transmisión del VIH suponiendo un alto riesgo (12). Esta vía se caracteriza por el contacto directo entre mucosas de zona rectal o genital. La vía rectal presenta más riesgo que la vaginal, ya que histológicamente el epitelio rectal es monoestratificado mientras que el epitelio vaginal es multiestratificado (11). Se ha de realizar especial hincapié en explicar, y transmitir, que no sólo el acto sexual tradicional, es susceptible de ser origen de esta transmisión, sino que el sexo oral también; tanto las secreciones vaginales como el semen, pueden ser portadoras del virus; asimismo, los juguetes sexuales, en tanto que por su uso pueden ser portadores del virus, deben de considerarse como un factor de transmisión, por lo que es importante desinfectarlos adecuadamente entre acto y acto y disponer de medidas de protección adecuadas (13).

Hace años la transmisión de VIH por vía sexual era mayoritariamente entre hombres homosexuales, llegando a ser la población masculina más de un 70% de los infectados. En la actualidad esta cifra se está reduciendo y está cerca del 50-50 entre hombres y mujeres, llegando a ser superior el número de mujeres infectadas en países del sureste asiático y el África Subsahariana (14)

- b) La vía vertical: el virus lo transmite la madre al hijo en el proceso de gestación, parto, o a través de la leche materna. Esta vía es controlada mediante el uso de antirretrovirales durante el embarazo y, en caso necesario, aplicando PrEP (pre-exposición profiláctica) al recién nacido (15,16).

- c) La vía parenteral: como, por ejemplo, transfusiones sanguíneas con sangre previamente infectada o uso compartido de jeringuillas, cortes en la piel o desgarros constituyen una ruta fácil para la transmisión de VIH (17).

TIPO DE EXPOSICIÓN Y PROBABILIDAD DE ADQUIRIR VIH POR CADA 10.000 PERSONAS:

TIPO EXPOSICIÓN	RIESGO (por cada 10.000 exposiciones)
Sexo anal receptivo	138
Sexo anal insertivo	11
Sexo vaginal receptivo	8
Sexo vaginal insertivo	4
Sexo oral receptivo	muy bajo
Sexo oral insertivo	muy bajo
Transfusión sanguínea infectada	9.250
Vertical (sin profilaxis)	2.255
Compartir agujas de inyección	63

Tabla 5: Probabilidad de adquirir VIH por cada 10.000 personas. De elaboración propia a partir de referencia bibliográfica (18).

5. Métodos de prevención.

Nos encontramos ante una era en la que la infección por VIH es casi al 100% evitable, pero es imprescindible tomar conciencia de ello; para lograrlo la prevención primaria se considera un componente fundamental; asimismo hay que hacer hincapié en la población más vulnerable (hombres que tienen sexo con hombres, personas en prisiones y otros entornos cerrados, personas que se inyectan drogas, trabajadores del sexo...) (19) y la educación para la salud en personas sanas, que es el segmento al que prestaremos nuestra atención (20).

5.2 Los métodos más usuales por su mayor efectividad:

- a) Uso del preservativo y lubricantes: suponen una barrera física que evita la transmisión al impedir el contacto directo entre mucosas y líquidos biológicos; el uso conjugado del lubricante y preservativo disminuye el efecto nocivo de las fricciones y consecuentemente la disminución de erosiones que faciliten la entrada de VIH.

Los expertos sobre este tema, promueven el uso del preservativo de látex, ya que los de otra composición no suponen una barrera efectiva por tener micro

poros por los que el VIH y otros virus pueden penetrar. Otra de las recomendaciones fundamentales al respecto, es el uso conjugado del preservativo junto con lubricante, ya que reduce la fricción y por consiguiente las erosiones; para que este método sea eficaz, el lubricante debe situarse encima del preservativo una vez colocado en erección; asimismo se debe significar que un lubricante con base oleosa puede generar una fractura del látex, por lo que se recomiendan lubricantes con base acuosa. No se encuentra indicado el uso de vaselina, crema de manos, o lociones para lubricar y para facilitar la ausencia de erosiones; en este sentido cabe reseñar un dato importante, y es que pomadas de uso tópico para el tratamiento de hongos vaginales pueden deteriorar el látex por estar constituidas con una base oleosa (13).

En la actualidad el 80% de las nuevas infecciones por VIH-1 están asociadas a las relaciones sexuales de una manera directa o indirecta (21). Se cifra en un 80% la disminución del riesgo de transmisión en relaciones heterosexuales y un 64% en relaciones homosexuales con coito anal con la utilización de este método (22).

Por otro lado, es importante conocer las recomendaciones básicas sobre el uso correcto del preservativo y la colocación correcta del mismo (Anexo 1) y (Anexo 2).

- b) Evitar el uso compartido en material inyectable (agujas y jeringuillas): el uso de aguja y jeringuilla entre individuos positivos y negativos supone la transmisión directa de la enfermedad al compartir fluidos orgánicos (sangre principalmente). En personas drogodependientes el facilitar el acceso a sustitutivos de drogas o sustancias inyectables (como metadona) disminuye considerablemente el riesgo que supone compartir una jeringuilla; asimismo el acceso fácil e inmediato de material inyectable en esta población de riesgo tiene el mismo efecto (programa de distribución de agujas y jeringuillas) (23).
- c) Pre-exposición profiláctica (PrEP): quizá sea uno de los métodos más novedosos y que viene a cubrir unas expectativas que no facilitaban los otros: se trata de un método por el que se aplican antiretrovirales combinados de forma oral para prevenir la infección ante una situación de riesgo (24,25), este método ha demostrado su eficacia en todos los grupos de riesgo (22).
- d) Profilaxis posterior a una exposición ocupacional o no ocupacional del VIH: consiste en una terapia antiretroviral combinada en un corto periodo de tiempo (28 días aproximadamente) administrando la primera dosis antes de 72 horas, el fármaco de elección es: Atripla, compuesto por tres fármacos con diferente

mecanismo de acción cada uno de ellos, (Efavirenz, Emtricitabina, Tenofovir) (26) para evitar la posible transmisión del VIH ante una práctica de riesgo ya realizada. También se considera un método de prevención laboral utilizado en población sanitaria que trabaja en contacto con pacientes VIH cuando sufren un accidente de tipo biológico (22,24,27).

- e) Circuncisión masculina: la parte interna del prepucio es una membrana mucosa compuesta por células carentes de un recubrimiento de queratina, al carecer de esta barrera el virus penetra más fácilmente; la eliminación de esta estructura dérmica reduce por lo tanto el riesgo (11,28).

En cuanto a nuestra población de referencia (adolescentes y jóvenes) un factor añadido de indudable importancia es el uso de alcohol y drogas previos a una situación de riesgo. Estas sustancias generan una desinhibición que afecta de forma negativa a la percepción del riesgo y a la toma de decisiones (11).

Tenemos que tener en cuenta una nueva tendencia en auge en la actualidad, la conocida como "Chem Sex" o sexo químico, que se caracteriza por el uso de sustancias/drogas psicoactivas que provocan un incremento en las sensaciones y estímulos de placer, excitación, duración y desinhibición durante el acto sexual. En la actualidad, es mayoritario de la comunidad homosexual. Entre las drogas más utilizadas destacan Mefedrona, metanfetamina, Ketamina y GHB/GBL. Una variante de esta práctica es el slamming o slamsex, el cual se caracteriza por el uso de drogas intravenosas. La relevancia de este fenómeno deriva de conductas sexuales de riesgo, potencial adictivo de las drogas o/e interferencia en funcionalidad y ajuste personal (29,30).

Otro factor que no podemos obviar, es el que se relaciona con el mantenimiento de los derechos sociales: independientemente de las repercusiones jurídicas, la falta de consideración y por lo tanto la discriminación social que pueden sufrir aquellos sero- positivos, potencialmente genera en el resto de infectados la posibilidad de ocultar su estado y la asunción de prácticas de riesgo (27).

6. Diagnóstico de la infección por VIH en adolescentes y adultos:

La prueba para diagnosticar la infección por VIH, debe estar disponible para toda la población general, ya que la mayoría de personas se encuentran en estado asintomático y no son conscientes de que pueden suponer un grave riesgo si no toman las medidas correspondientes.

El diagnóstico de la infección por VIH, se realiza a través de una prueba en la que se detecta antígenos y anticuerpos generados en el organismo frente al VIH.

6.1 Tipos de pruebas:

- a) Tercera generación: precisan de un tiempo ventana de 3 a 4 semanas por lo menos, y son pruebas que detectan antígeno anticuerpo específicos para VIH 1 y VIH 2, como es el caso de ELISA. Alternativa fiable para diagnóstico del VIH en lugares con recursos limitados.
- b) Cuarta generación: el método más usado en centros de nuestro país. Mediante una extracción sanguínea en el brazo, detecta tanto los antígenos y anticuerpos, como es el caso del antígeno P24 del VIH. Las pruebas de cuarta generación reducen el periodo ventana al menos 5 días. Son pruebas confirmatorias, sumado a: Western blot, carga viral por RT PCT, DNA pro viral y cultivo viral.
- c) Pruebas rápidas: a través de una punción en el dedo o toma de saliva, los resultados se obtienen en aproximadamente treinta minutos.

Las pruebas rápidas, no son confirmatorias de VIH; siempre irán conjugadas con pruebas confirmatorias a no ser que el paciente presente un cuadro clínico sugerente de SIDA; en este caso no será imprescindible realizar la prueba confirmatoria.

Las pruebas de detección deben ir precedidas de una anamnesis del paciente, incluyendo: antecedentes sobre donaciones de órganos o transfusiones sanguíneas, prácticas sexuales de riesgo, o posibilidad de transmisión vertical, entre otras (11,19,31,32).

6.2 Sintomatología y categorización inmunológica:

Tras la confirmación inmunológica observada en el punto anterior la enfermedad puede desarrollarse en el tiempo con una diferenciación sintomatológica y analítica que provoca la adscripción del paciente a un grupo u otro y que determinará, de esta manera, su tratamiento; todo ello en base a los criterios marcados por la OMS y el centro para el control y prevención de enfermedades (CDC).

A continuación, reflejamos la mencionada categorización según la CDC: (Tabla 6)

CATEGORÍAS CLÍNICAS PARA CODIFICACIÓN DE VIH EN ADULTOS Y
ADOLESCENTES:

CATEGORÍA INMUNOLÓGICA	A	B	C
Linfocitos CD4+ > 500/mm ³	A1	B1	C1
Linfocitos CD4+ <499-200/mm ³	A2	B2	C2
Linfocitos CD4 + <200/mm ³	A3	B3	C3

Tabla 6: Categorías clínicas para la codificación de VIH en adultos y adolescentes. De elaboración propia a partir de referencia bibliográfica (33).

A continuación, desarrollamos el anterior cuadro:

- a) Categoría A: infección aguda asintomática o linfadenopatía persistente generalizada.
- b) Categoría B: infección sintomática no A no C: quedan incluidos aquellos pacientes con enfermedades que no pertenecen a la categoría C
- c) Categoría C: procesos incluidos en la definición de SIDA: quedan adscritos aquellos usuarios cuando presentan complicaciones definitorias de SIDA.

Aunque los usuarios se encuentren en la categoría A o B, si presentan menos de 200/mm³ linfocitos CD4+, estarían ante una situación de riesgo cierto y serio de padecer SIDA, (se considera el umbral de riesgo) (22,33,34).

Se describen los cuadros clínicos en función a su sintomatología (Anexo 3).

7. Terapias:

El uso de los antirretrovirales, ha ido evolucionando a lo largo del tiempo; encontramos tres fases diferenciadas: en una primera etapa, en el año 1981, cuando se descubrió la enfermedad, no existía tratamiento antirretroviral; no fue hasta el 1987 cuando comenzó a aplicarse únicamente la Zidovudina, sin mucho éxito, ni datos esperanzadores. En cuanto a la segunda etapa llamada "era TARGA " (Terapia Antirretroviral de Gran Actividad) comprendida desde el 1996 al 2008, se caracterizó por la aplicación de una combinación de antirretrovirales que generaban un descenso de la morbilidad. El tercer periodo denominado Post TARGA, se desarrolla desde el 2008 hasta la actualidad.

El tratamiento antirretroviral, en la actualidad, consiste en la combinación de al menos tres antirretrovirales; cada uno actúa en un periodo concreto del ciclo viral, incrementando así los obstáculos para impedir la generación de un nuevo virión y disminuyendo el número de copias de virus /ml, así como el de reservorios(7,35). Podemos constatar la relación de los antirretrovirales, el mecanismo de acción de cada uno de ellos y el año de su lanzamiento (Anexo 4).

Se puede afirmar que el número de personas que están recibiendo tratamiento antirretroviral desde el 2010 ha aumentado considerablemente (Figura 7); a Junio de 2016 se cifra en 18,2 millones las personas en el mundo que viven con terapia antirretroviral.

MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN EL MUNDO, DESDE (2010-2016) :

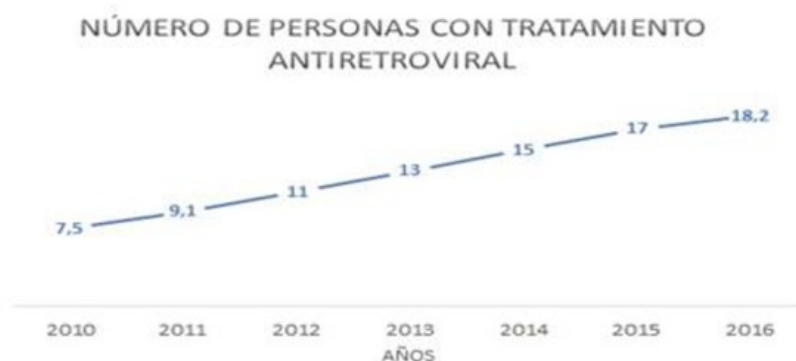


Figura 7: Millones de personas que reciben tratamiento antirretroviral en el mundo. De elaboración propia, a partir de la referencia bibliográfica (8).

El uso combinado de antirretrovirales, promueve una serie de metas, entre las que podemos encontrar: reestablecer el sistema inmune de linfocitos TCD4, procurar que la carga viral sea prácticamente indetectable en sangre, menos de 50 copias de virus/ml, reducir la morbilidad así como mejorar la calidad de vida de los pacientes infectados por VIH, mitigar el costo que suponen las hospitalizaciones y el cuidado de las enfermedades oportunistas de estos pacientes (36,37).

Es importante comenzar con el tratamiento lo más pronto posible; para ello, es factible la aplicación de un algoritmo, para determinar el comienzo de la terapia antirretroviral combinada mas adecuada según las características y la clínica del paciente (Anexo 5).

Tenemos que tener en cuenta, desde el punto de vista de enfermería la diferencia entre fallo terapéutico y fallo virológico: consideramos fallo terapéutico, cuando persiste la progresión del virus después de haber iniciado la terapia; sin embargo se considera fallo virológico, cuando transcurridos seis meses de terapia, es imposible alcanzar o mantener <200copias virales/ml (38).

La adherencia al tratamiento, que lo entendemos como: "actitudes, estilo de vida, comportamientos propios de la persona que favorecen que el cumplimiento terapéutico se lleve a cabo y/o sea mejor"(39) ha mejorado sustancialmente desde que se usa la terapia antirretroviral combinada, pues el número de tomas ha disminuido considerablemente. Aun siendo así, se sigue considerando el principal problema de fallo del tratamiento, conjuntamente con la interacción con otros medicamentos y alimentos como en el uso de la Zidovudina o Saquinovir entre otros (Anexo 6) (38).

Una falta de adherencia del tratamiento supone que el individuo no lleve a cabo todas las tomas prescritas, que autorregule su dosis, y que no respete los intervalos de toma de medicación; todo ello supone directamente un empeoramiento de su clínica, la aparición de resistencia farmacológica y por consiguiente una reducción de oportunidades terapéuticas futuras; sin embargo, lo más preocupante es la capacidad que tienen ciertos individuos de transmitir a otras personas, cepas con esa resistencia farmacológica.

Entre los factores que afectan a la adherencia al tratamiento podemos encontrar: el individuo, la enfermedad, régimen terapéutico y equipo asistencial (Anexo 7).

Por lo tanto, cuando existe un fallo terapéutico ya sea por falta de adherencia o por efectos secundarios (Anexo 8), el objetivo fundamental que persigue el nuevo tratamiento, independientemente de la cantidad de fallos previos, es: descenso de la carga viral plasmática en tres meses a menos de 400copias /ml, y en seis meses de al menos 50 copias/ml (38,39).

JUSTIFICACIÓN:

En base a las premisas anteriores parece evidente que la puesta en marcha de un proyecto educativo como el propuesto puede tener un éxito garantizado. Si bien debemos partir de la base de que el éxito en materia de prevención de enfermedades no debería ser cuantificable con parámetros económicos, que también, si no prioritariamente ha de hacerse con el estudio de muertes o infecciones evitadas, esperanza de vida ganada, productividad desarrollada e inversión sanitaria destinada a otros fines. En este sentido, el tratamiento de la prevención del VIH, en una población susceptible y bajo la premisa de que la transmisión de la información y de la formación es el recurso fundamental, considero que es proyecto a tener en cuenta: porque no se necesitan grandes recursos para ponerlo en práctica, porque se acerca el mundo de la prevención a la población adolescente, porque se transmite la idea de la eficacia, porque los resultados, a la postre, pueden ser tangibles y por lo tanto es el método más eficiente.

Debemos transmitir la idea a la población objetivo, de que el SIDA y la infección por VIH es 100% evitable. De que una actitud proactiva, no solo en este caso, es esencial para mantenernos sanos. De que se debe definir el concepto real del RIESGO en esta materia y para esta población concreta, como la probabilidad de infectarse y no la de quedar grávida. Es un cambio en el objeto del riesgo que debemos tratar con tacto y sensibilidad, máxime cuando va dirigido a sujetos que no gozan de autonomía y responsabilidad jurídica plena.

Por lo tanto, la Educación se contempla como el recurso fundamental para lograr estos objetivos.

PROYECTO EDUCATIVO:

Población y captación:

Población diana:

La población escogida para el proyecto educativo es: adolescentes entre 13 y 15 años de ambos sexos de los institutos a continuación citados, tanto públicos como privados, ubicados en la población de Moralarzal, en la Sierra de Guadarrama, en la Comunidad de Madrid. Hay que significar la especial idiosincrasia de este núcleo urbano: gran crecimiento poblacional en los últimos veinte años con un total, actualmente estable, de alrededor de 12.500 habitantes. Es un pueblo cercano a Madrid, con una buena conexión de transporte público con la capital y en la que predominan la incorporación de familias jóvenes, de componentes universitarios con una media de dos hijos, y nivel adquisitivo medio.

IES Carmen Martín Gaité, Colegio Leonardo da Vinci y Colegio Laude Fontenebro Senior School durante el curso escolar 2017/2018.

Esa población es la correspondiente a los cursos de 2º ESO y 3º ESO y disponen de aproximadamente 25 alumnos por aula, con un total de 150 alumnos en los tres centros.

Captación:

El lugar de captación es cada uno de los centros educativos de una población de la sierra del Guadarrama de Madrid: Moralarzal.

Para conseguir un correcto desarrollo, se solicitará expresamente por escrito a cada uno de los colegios la autorización (Anexo 9) para impartir el curso, ya que el taller se realiza en horario lectivo de 10 de la mañana a 10:50 en caso de 2º ESO y de 11 a 11:50 en caso de 3º ESO. La duración del mismo es de un mes, a razón de un día por semana, preferiblemente los viernes (Anexo 10). Se requerirá asimismo la colaboración de profesores para la difusión entre el alumnado de los trípticos divulgativos y el consentimiento informado a los padres (Anexo 11) ya que se acometerán temas sensibles, como la salud sexual y los métodos anticonceptivos (Anexo 12).

Los precitados trípticos junto con el consentimiento informado se repartirán una vez obtenida la confirmación por parte de los centros de la aceptación para impartir la formación.

Para conseguir una correcta captación, se dispondrá un cartel divulgativo en cada uno de los centros con suficiente capacidad para atraer la atención de los adolescentes y que muestren una actitud activa (Anexo 13), (Anexo 14), (Anexo 15).

Objetivos:

Objetivos generales:

Prevenir la transmisión de VIH en adolescentes entre 13 y 15 años.

Objetivos específicos:

Área cognitiva (conocimientos)

- Identificarán cual es la diferencia entre VIH-SIDA
- Enumerarán cuáles son las etapas de la infección de VIH-SIDA
- Analizarán cuáles son los diferentes síntomas que aparecen en cada etapa
- Identificarán las diferentes formas de contagio
- Enumerarán las formas de prevención
- Identificarán cuáles son los principios de la terapia antirretroviral

Área afectiva (emociones, intereses)

- Expresarán cuáles son sus inquietudes
- Verbalizarán experiencias personales del uso de métodos anticonceptivos

Área psicomotriz (habilidades)

- Demostrarán colocar un preservativo correctamente
- Practicarán la manera de verbalizar la negativa a mantener una relación sexual sin protección.

Contendidos:

- ¿Qué es el VIH?
- ¿Cuántas personas padecen la enfermedad?
- Diferencia entre VIH y SIDA
- Etapas de la enfermedad
- Síntomas principales que aparecen en el curso de la enfermedad
- Formas de contagio
- Riesgo de cada una de las formas de contagio
- Formas de prevención
- Diferentes métodos anticonceptivos de barrera
- Cómo poner un preservativo
- Cómo abstenerse a mantener una relación sexual sin protección
- Terapias actuales y el objetivo que tienen
- Pruebas de detección para conocer si está infectado

Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales:

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4
Horario	2º ESO: 10:00 a 10:50 3º ESO: 11:00 a 11:50 25 alumnos por clase	2º ESO: 10:00 a 10:50 3º ESO: 11:00 a 11:50 25 alumnos por clase	2º ESO: 10:00 a 10:50 3º ESO: 11:00 a 11:50 25 alumnos por clase	2º ESO: 10:00 a 10:50 3º ESO: 11:00 a 11:50 25 alumnos por clase
Contenido	- Presentación ponente - Cuestionario PRE - ¿Qué es el VIH? - Diferencia entre VIH y sida - Cuántas personas viven con la enfermedad - Síntomas principales que aparecen - Introducción a la segunda sesión.	- Recordar lo que vimos anteriormente en Sesión 1 - Formas de contagio - Formas de no contagio - Formas de prevención - Métodos anticonceptivos de barrera.	- Recapitulación de anteriores sesiones - Terapias antirretrovirales y consideraciones a tener en cuenta - Cómo poner un preservativo - Diferentes pruebas de detección.	- Recapitulación de lo visto en las anteriores sesiones a través de un vídeo. - Roll playing de cómo abstenerse a mantener relaciones sexuales sin preservativo - Test post (evaluación) - Despedida y agradecimiento.
Contenido Teórico	1. Que es el VIH 2. Diferencia entre VIH y SIDA 3. Epidemiología SIDA 4. Síntomas principales	1. Formas de contagio 2. Formas de prevención 3. Métodos anticonceptivos de barrera	1. Terapias antirretrovirales 2. Pruebas de detección.	
Contenido práctico			Cómo poner un preservativo de forma correcta en un pene	Roll playing de cómo abstenerse a mantener relaciones sexuales sin preservativo

Técnica	- Cuestionario - Tormenta de ideas - Charla participativa - Video	- Tormenta de ideas - Charla participativa - Video con discusión	- Charla participativa - Demostración con práctica	- video con discusión - Roll playing
Material	- Aula de clase - Sillas y las mesas del centro de cada alumno - Cuestionario pre - Bolígrafos para 25 - Proyector - Pantalla - Ordenador - Puntero	- Aula de clase - Sillas y mesas del centro de cada alumno - Ordenador - Proyector - Pantalla - Puntero	- Aula de clase - Sillas y mesas del centro de cada alumno - Ordenador - Proyector - Pantalla - Puntero - Pene de plástico - Preservativos masculinos y femeninos.	- Aula de clase - Sillas y mesa del centro de cada alumno - Cuestionario post - Bolígrafos para 25 - Ordenador - Proyector - Pantalla - Puntero

CUESTIONARIO	En la primera y última sesión se pasará un cuestionario a los alumnos para evaluar si han adquirido conocimientos básicos, valorar nuestra intervención y en qué modo se han cumplido los objetivos marcados.
TORMENTA DE IDEAS	En la primera y segunda sesión, se va a realizar como una de las técnicas, la tormenta de ideas. En la primera sesión hablaremos sobre "que es el VIH y diferencias entre VIH y SIDA" y en la segunda sesión hablaremos sobre: "formas de contagio y prevención". La idea es que los alumnos muestren sus diferentes puntos de vista sobre los temas propuestos, interactúen entre ellos, se haga más dinámica la clase, y a la docente, la permita valorar el nivel de conocimientos que tienen los alumnos y poder enfocar el tema.

CHARLA PARTICIPATIVA	La charla participativa, se dará durante las tres primeras sesiones; tras la tormenta de ideas en la primera y segunda y como forma introductoria en la tercera, los temas que vamos a tratar con la charla participativa serán: - Primera sesión: profundizar sobre que es el VIH, síntomas que produce, epidemiología actual y enfatizar sobre la diferencia entre VIH y SIDA - Segunda sesión: profundizaremos sobre la forma de contagio y prevención, haremos especial hincapié en los principales métodos anticonceptivos de barrera. - Tercera sesión: hablaremos sobre las terapias antirretrovirales y las peculiaridades que hay que seguir, así como las formas de detección. Es un recurso muy interesante ya que la ponente comenta los aspectos que los alumnos tienen que conocer y se produce una comunicación bidireccional, interactuando ambas partes.
VÍDEO CON DISCURSIÓN	Vídeo con discusión, usaremos este método docente, en las dos primeras sesiones como forma de concluir la clase, de manera que visualmente capten con los conocimientos y apoyen a la teoría impartida por la docente. En la última sesión, será como forma introductoria a la sesión. - Primera sesión: como forma de cierre, un vídeo que explique cómo es la partícula viral, y los principales síntomas que produce. - Segunda sesión: como forma de cierre, tras la charla participativa, las formas principales de prevención de VIH. - Cuarta sesión: un vídeo que explique cómo abstenerse de mantener relaciones sexuales sin preservativo. La idea es que, tras el vídeo, den su opinión sobre el contenido proyectado y fijen los conocimientos básicos.

DEMOSTRACIÓN CON PRÁCTICA

La demostración práctica es muy interesante ya que sirve para recrear las mismas escenas a las que se enfrentarían en un futuro, siendo más fácil acometerlas si existe un ensayo previo.

- Tercera sesión: tras la charla participativa, realizaremos una demostración sobre cómo poner un preservativo correctamente en un pene de plástico, tras la demostración de la docente se pedirán 10 voluntarios para que realicen el ejercicio.
- Cuarta sesión: roll playing de abstenerse a mantener relaciones sexuales sin protección. Se realiza tras el vídeo para recrear las mismas escenas. Se harán dos grupos de 12 alumnos y otro de 13, se dividirá la clase, e irán participando componentes de los dos grupos para recrear las escenas.

Evaluación:

Quizá sea uno de los procesos más importantes, ya que permite juzgar el valor y utilidad de nuestro proyecto y obtener una información sobre áreas de mejora y la posibilidad de la consecución de nuestros objetivos.

Sería aconsejable practicar una reevaluación al cabo de tres años, cuando los alumnos se encuentren en 1º y 2º de bachillerato, para poder ponderar la consecución del objetivo propuesto: prevenir la transmisión sexual de VIH (Anexo 16).

En cuanto a la evaluación de los objetivos a corto plazo, para valorar si el alumnado ha adquirido los conocimientos que se persiguen, y ponderar el área cognitiva, realizaremos un Test pre intervención en la primera sesión (Anexo 17), tras la presentación de la ponente. Posteriormente se llevará a cabo un test post intervención, que permitirá obtener información sobre los conceptos adquiridos; el cuestionario se realizará al final de la última sesión, antes de la despedida (Anexo 18).

Para obtener una evaluación objetiva y contrastada introduciremos la figura de un observador: en este caso será el profesor, que se dispondrá al final del aula y cotejará la evolución del taller, la exposición de la ponente y el despliegue de medios audiovisuales. Al finalizar la última sesión, cumplimentará un cuestionario evaluando todo el proceso (Anexo 19).

Asimismo, tras finalizar cada sesión y con el objeto de evaluar el área psicomotriz y afectiva, pediremos a los alumnos, que realicen demostraciones y simulaciones de lo aprendido, así como análisis de los materiales elaborados.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Sánchez Rodríguez J. Nanotecnología y microbicidas: protección frente a la infección por VIH [tesis doctoral] Universidad Autónoma de Madrid; 2012.
- (2) Martínez Bonet M. Nuevas estrategias terapéuticas frente a la infección por VIH [tesis doctoral] Universidad Autónoma de Madrid; 2014.
- (3) Carrasco L, Almendral del Río M^a. Virus patógenos: Madrid: Hélice. Fundación BBVA, D.L. 2005.; 2005.
- (4) Reeves JD, Doms RW. Human immunodeficiency virus type 2. *Journal of General Virology*. 2002; 83(6):1253-1265.
- (5) Hamid FB, Kim J, Shin C. Cellular and viral determinants of retroviral nuclear entry. *Microbiol*. 2015; 62(1):1-15.
- (6) Katlama C, Deeks SG, Autran B, Martínez-Picado J, van Lunzen J, Rouzioux C, et al. Barriers to a cure for HIV: new ways to target and eradicate HIV-1 reservoirs. *Lancet*. 2013; 381(9883):2109-2117.
- (7) Abbas W, Herbein G. Molecular Understanding of HIV-1 Latency. *Advances in Virology*. 2012; 1-14.
- (8) AIDS by the numbers. [Internet] AIDS is not over, but it can be. 2016;[Acceso Enero 2017]. Disponible en: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/AIDS-by-the-numbers>.
- (9) López C, Masiá M, Padilla S, Aquilino A, Bas C, Gutiérrez F. Muertes por enfermedades no asociadas directamente con el sida en pacientes con infección por el VIH: un estudio de 14 años (1998-2011). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015; 222-227.
- (10) Probst C, Parry CDH, Rehm J. Socio-economic differences in HIV/AIDS mortality in South Africa. *Trop Med Int Health*. 2016 ;21(7):846-855.
- (11) Hernández J, Martínez F, Vázquez M. Transmisión sexual del VIH. 2nd ed. Barcelona, España: Grupo de trabajo sobre tratamientos del VIH; 2016.
- (12) Ceña Díez R, Vacas Córdoba E, García Broncano P, de la Mata F J, Gómez R, Maly M, et al. Prevention of vaginal and rectal herpes simplex virus type 2 transmission in mice: mechanism of antiviral action. *Int J Nanomedicine*. 2016; 11:2147-2162.
- (13) Robles Montijo S, Rodríguez Cervantes M, Frías Arroyo B, Moreno Rodríguez D. Indicadores del uso eficaz del preservativo. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. 2014; 2:244-258.

- (14) Lancaster KE, Cernigliaro D, Zulliger R, Fleming PF. HIV care and treatment experiences among female sex workers living with HIV in sub-Saharan Africa: A systematic review. *Afr J AIDS Res.* 2016; 15(4):377-386.
- (15) Vieillard V, Gharakhanian S, Lucar O, Katlama C, Launay O, Autran B, et al. Perspectives for immunotherapy: which applications might achieve an HIV functional cure? *Oncotarget.* 2016; 7(25):38946-38958.
- (16) Yazdanpanah Y, Schwarzinger M. Generic antiretroviral drugs and HIV care: An economic review. *Med Mal Infect.* 2016; 46(2):67-71.
- (17) Vacas Córdoba E. Aplicación de dendrímeros en estrategias terapéuticas y preventivas frente a la infección [tesis doctoral] Universidad Autónoma de Madrid; 2013.
- (18) Patel P, Borkowf C, Brooks J, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. *AIDS.* 2014; 28(10):1509-1519.
- (19) WHO | [internet] Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. [Guidelines].2014; [Acceso Enero 2017] Disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>.
- (20) Co-Editor DV. Special issue on: The importance of prevention. *Journal of HIV/AIDS & Social Services.* 2016;15(1):1-2.
- (21) Piot P, Karim SA, Hecht R, Legido-Quigley H, Buse K, Stover J, et al. Defeating AIDS—advancing global health. *The Lancet.* 2015;386(9989):171-218.
- (22) OMS | [Internet] Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH. [Guía] 2013 [Acceso Enero 2017]; Disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/es/>.
- (23) OMS | [Internet] Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo: enfoques prácticos basados en intervenciones colaborativas. [Guía] 2015. [Acceso Enero 2017]. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/es/.
- (24) Chan R. Biomedical Strategies for Human Immunodeficiency Virus (HIV) Prevention? A New Paradigm. *AnnAcad Med Singapore.*2012; 41:595-601.
- (25) Riddell J, Cohn JA. Reaching. High-Risk Patients for HIV Preexposure Prophylaxis. *JAMA.* 2016; 316(2):211-212.
- (26) Scourfield A, Zheng J, Chinthapalli S, Waters L, Martin T, Mandalia S, et al. Discontinuation of Atripla as first-line therapy in HIV- 1 infected individuals. *AIDS.* 2012; 26:1399–1401.
- (27) Soria OC. ¿Qué funciona y qué no funciona en la prevención del VIH y las ITS? *Revista Multidisciplinar del Sida.* 2015; 3(6):6-16.
- (28) Jarrett P, Kliner M, Walley J. Early infant male circumcision for human immunodeficiency virus prevention: knowledge and attitudes of women attending a rural hospital in Swaziland, Southern Africa. *SAHARA J.* 2014; 61-66.

- (29) Garin N, Zurita B, Velasco C, Feliu A, Gutierrez M, Masip M, et al. Prevalence and clinical impact of recreational drug consumption in people living with HIV on treatment: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2017;7(1).
- (30) McCall H, Adams N, Mason D, Willis J. What is chemsex and why does it matter? *BMJ*. 2015; 351:5790.
- (31) Kania D, Truong TN, Montoya A, Nagot N, Van de Perre P, Tuaillon E. Performances of fourth generation HIV antigen/antibody assays on filter paper for detection of early HIV infections. *J Clin Virol*. 2015; 62:92-97.
- (32) OMS [Internet] Métodos de prestación de servicios de orientación y pruebas de detección del VIH: marco de un programa estratégico.[Guía] 2013. [Acceso enero 2017]. Disponible en : http://www.who.int/hiv/pub/vct/htc_framework/es/.
- (33) NOTA INFORMATIVA SOBRE CODIFICACIÓN DEL VIH. Resolución acordada en la Reunión nº 29 de la Unidad Técnica de Codificación para CIE 9 MC el día 25 de febrero de 2010 [Internet]. 2010. [Acceso febrero 2017] Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Nota_informativa_codificacion_VIH.pdf
- (34) World Health Organization[Internet]. Diagnostic criteria for HIV-related clinical events: adults and adolescents. [Guía] 2013.Diponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/91048>
- (35) Arribas JR, Eron J. Advances in antiretroviral therapy. *Curr Opin HIV AIDS*. 2013; (4):341-349.
- (36) Passaes CP, Sáez-Cirión A. HIV cure research: advances and prospects. *Virology*. 2014; 454-455:340-352.
- (37) Knobel H. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2005;23(4):221-231.
- (38) Solano Chinchilla A, León Bratti MP, Messino Julio A, Vargas Mejía C, Boza Cordero R, Porras O. Guidelines for antiretroviral treatment of Human Immunodeficiency Virus infection in Costa Rica. *Acta Médica Costarricense* 2012; 54(4):262-268.
- (39) Pérez-García J. Cuidados de enfermería y adherencia a los tratamientos en los pacientes V.I.H. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2012;7(3).

ANEXOS.

ANEXOS:

ANEXO 1:

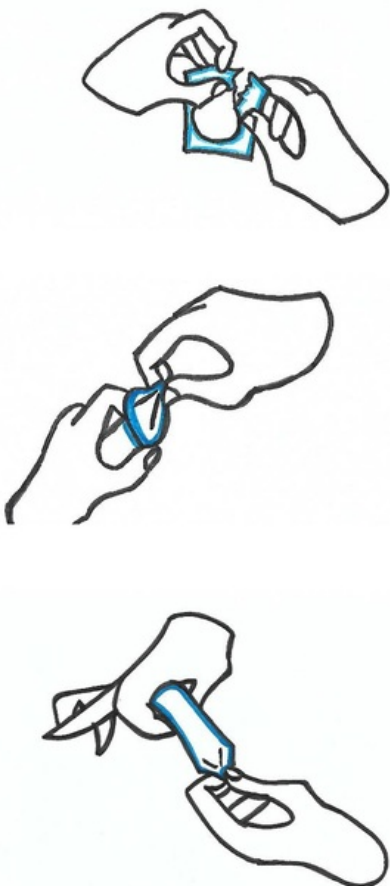
RECOMENDACIONES USO CORRECTO DE PRESERVATIVO:

USO CORRECTO DE PRESERVATIVO MASCULINO
Estará guardado en un sitio fresco y seco
La exposición a la luz, aire o al calor, lo vuelven más vulnerable
No los guarde en un bolsillo trasero, billetera, guantera o similar
Si al abrir el preservativo, observamos, que presenta una textura seca, pegajosa o tiesa, tírelo inmediatamente
Valorar antes de cada uso, la fecha en la que caduca
Si el acto sexual ya ha comenzado, poner un preservativo antes de la eyaculación puede ser demasiado tarde
No use el mismo preservativo para el coito anal y coito vaginal

Anexo 1: Recomendaciones uso correcto de preservativo. De elaboración propia a partir de la referencia bibliográfica (13).

ANEXO 2:

CÓMO PONER UN PRESERVATIVO ADECUADAMENTE:



PASO 1:

Los preservativos masculinos, suelen encontrarse enrollados en el paquete; abra el envoltorio por un lateral procurando no rasgarlo.

PASO 2:

Desenróllelo, media pulgada, para valorar la dirección,

PASO 3:

Sostenga suavemente la punta del preservativo con dos dedos, mientras desenrolla hacia abajo por el pene, este paso, evita burbujas y disminuye la probabilidad de ruptura

Anexo 2: Cómo poner un preservativo adecuadamente. De elaboración propia, a partir de: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad [sede web] Preservativo masculino.[acceso Marzo 2017] Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/preservativo.htm#usoPrMasculino>

ANEXO 3:

CUADROS CLÍNICOS EN FUNCIÓN A SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA DE VIH:

ESTADIO CLÍNICO 1
Asintomático Linfadenopatía generalizada persistente
ESTADIO CLÍNICO 2
Pérdida de peso moderada idiopática (< 10% del peso corporal teórico o medido) Infecciones recurrentes de las vías respiratorias (sinusitis, amigdalitis, faringitis, otitis media) Herpes zóster Queilitis angular Úlceras bucales recurrentes Erupciones papulares pruriginosas Onicomycosis Dermatitis seborreica
ESTADIO CLÍNICO 3
Pérdida de peso importante idiopática (más del 10% del peso corporal teórico o medido) Diarrea persistente idiopática durante más de 1 mes Fiebre persistente idiopática (intermitente o constante durante más de 1 mes) Candidiasis oral persistente Leucoplasia oral vellosa TB pulmonar Infecciones bacterianas graves (como neumonía, empiema, piomiositis, infección ósea o articular, meningitis, bacteriemia) Estomatitis, gingivitis o periodontitis ulceronecrosante aguda Anemia idiopática (< 8 g/dl), neutropenia (< 0,5 × 10 ⁹ /l) o trombocitopenia crónica (< 50 × 10 ⁹ /l)
ESTADIO CLÍNICO 4
Síndrome de consunción asociado al VIH Neumonía por <i>Pneumocystis</i> (<i>jirovecii</i>) Neumonía bacteriana recurrente grave Infección crónica por virus del herpes simple (bucolabial, genital o anorrectal de más de un mes de duración, o visceral en cualquier ubicación) Candidiasis esofágica (o traqueal, bronquial o pulmonar) TB extrapulmonar Sarcoma de Kaposi Infección por citomegalovirus (retinitis o infección de otros órganos) Toxoplasmosis del SNC Encefalopatía por VIH Criptococosis extrapulmonar, incluida la meningitis Infección diseminada por micobacterias no tuberculosas Leucoencefalopatía multifocal progresiva Criptosporidiosis crónica Isosporosis crónica Micosis diseminada (histoplasmosis extrapulmonar, coccidioidomicosis) Linfoma (no Hodgkiniano de linfocitos B o cerebral) Nefropatía o miocardiopatía sintomáticas asociadas al VIH Septicemia recurrente (incluida la debida a salmonelas no tifoideas) Carcinoma de cuello uterino invasivo Leishmaniasis atípica diseminada

Anexo 3: Sintomatología según estadios clínicos de VIH. De elaboración propia, a partir de la referencia bibliográfica (34).

ANEXO 4:

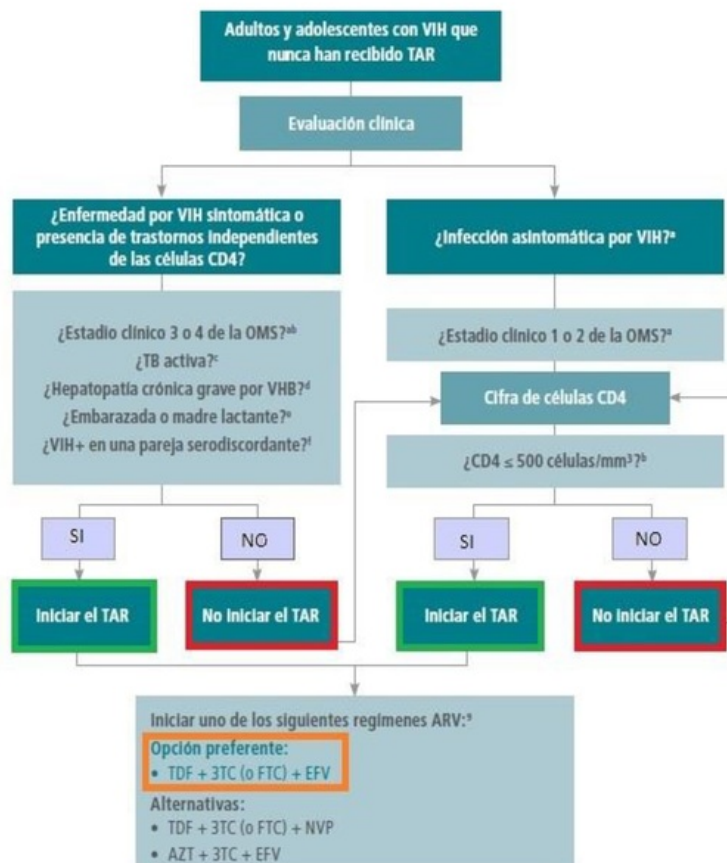
NOMBRE DE ANTIRETROVIRALES, MECANISMO DE ACCIÓN Y AÑO DE LANZAMIENTO:

NOMBRE	AÑO DE LANZAMIENTO
inhibidores nucleosidos de transcriptasa inversa	
Zidovudine	1987
Didanosine	1991
Zalcitabine	1992
Stavudine	1995
Lamivudine	1998
Abacavir	1999
Tenofovir	2001
Emtricitabine	2003
inhibidores no nucleosidos de transcriptasa inversa	
Nevirapine	1996
Efavirenz	1998
Delavirdine	1999
Rilpivirine	2011
Etravirine	2008
inhibidores de la proteasa	
Saquinavir	1995
Indinavir	1996
Ritonavir	1996
Nelfinavir	1997
Amprenavir	1999
Lopinavir + Ritonavir	2000
Atazanavir	2003
Fosamprenavir	2003
Tipranavir	2005
Darunavir	2006
inhibidores de entrada	
Enfuvirtide	2003
Maraviroc	2007
inhibidores de la transferencia de la cadena de integrasa	
Raltegravir	2007
inhibidores combinados de varias clases	
Efavirenz, Emtricitabine, and Tenofovir disoproxil fumarate	2006
Emtricitabine, Rilpivirine, and Tenofovir disoproxil fumarate	2011

Anexo 4: Tabla de antirretrovirales, mecanismo de acción y año de lanzamiento. De elaboración propia, a partir de la referencia bibliográfica(7).

ANEXO 5:

ALGORITMO INICIO TAR:



Anexo 5: Algoritmo inicio terapia antirretroviral. De elaboración propia, a partir de la referencia bibliográfica (22).

ANEXO 6:

TABLA DE ANTIRRETROVIRALES E INTERACCIONES CON ALIMENTOS:

Antirretroviral	Nutriente	Efecto en el fármaco	Recomendaciones
Inhibidores de proteasa ej: Saquinavir	Ajo en cantidades altas	Reduce la biodisponibilidad al reducir la absorción	Evitar su toma junto con estos medicamentos
Zidovudina, Indinavir, Didanosina	Alimentos ricos en grasas	Reduce la absorción hasta un 50% y sus efectos	Tomar en ayunas o una hora antes de las comidas
Ritonavir	Alimentos	Mejora la absorción	Tomar en las comidas
Saquinavir	Zumo de pomelo	Incrementa sus niveles plasmáticos	Evitar tomas con zumo de pomelo

Anexo 6: Tabla de antirretrovirales e interacciones con alimentos. De elaboración propia, a partir de: Scias Hospital de Barcelona; Interacciones medicamentos- alimentos, 2014.

ANEXO 7:

FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:

FACTOR	CÓMO INFLUYE EN LA ADHERENCIA
<u>INDIVIDUO:</u>	Bajos niveles de estudio, mala situación económica, alcoholismo, desempleo, vagabundeo empeoran la adherencia, así como factores psicológicos como: depresión y ansiedad
<u>ENFERMEDAD:</u>	Las enfermedades que se presentan con mayor grado de dolor, presentan una mejor adherencia, mientras que las crónicas asintomáticas no. En el caso de TAR, al iniciarse en estadios asintomáticos, presenta menos adherencia
<u>RÉGIMEN TERAPÉUTICO</u>	Pese a los avances en el cambio del formato del comprimido, y a la reducción del número de tomas, siempre hay que ajustarnos individualmente al régimen terapéutico del paciente, teniendo en cuenta sus hábitos
<u>EQUIPO ASISTENCIAL</u>	Una correcta, sencilla y detallada información, con respeto de la autonomía del paciente, y con un clima de confianza adecuado, proporcionan la situación idónea, para que mejore la adherencia al tratamiento

Anexo 7: Factores relacionados con la adherencia al tratamiento antirretroviral. De elaboración propia, a partir de referencia bibliográfica (39).

ANEXO 8:

EFFECTOS *SECUNDARIOS* TARDÍOS DE LOS ANTIRRETROVIRALES MÁS USADOS EN LA ACTUALIDAD:

ANTIRRETROVIRAL	EFFECTOS ADVERSOS
Tenofovir	Disminución de la densidad mineral ósea. Puede aumentar el riesgo de osteoporosis y fracturas osteoporóticas
Abacavir	Riesgo de infarto de miocardio en pacientes con alto riesgo cardiovascular
Inhibidores de la proteasa	Aumentar el riesgo de enfermedad cardiovascular por su efecto hiperlipemiante
Efavirenz	Trastornos neuropsicológicos Incremento en las ideas de suicidio riesgo de deterioro neurocognitivo

Anexo 8: Efectos secundarios tardíos de los antirretrovirales más usados en la actualidad. De elaboración propia, a partir de: GeSida; documento de consenso de GeSida/PNS sobre TAR, 2016.

ANEXO 9:

SOLICITUD PARA IMPARTIR TALLER EDUCATIVO SOBRE LA PREVENCIÓN DE VIH PARA ADOLESCENTES:

SOLICITUD PARA IMPARTIR UN TALLER EDUCATIVO SOBRE LA PREVENCIÓN DE VIH PARA ADOLESCENTES.

Por la presente el abajo firmante SOLICITA:

Impartir una acción formativa durante el curso 2017-2018 sobre la prevención del VIH en una población altamente susceptible, como son los adolescentes entre los trece y quince años, con los fundamentos, materiales y métodos que más abajo se describen, y con el criterio de que la información y la formación en este caso concreto, se considera el factor preventivo de mayor éxito.

El taller educativo, se impartirá en cuatro sesiones por cada grupo de alumnos, cada uno de ellos estará constituido por alrededor de 25 alumnos.

El horario propuesto para el curso 2º ESO son los viernes desde las 10:00 a 10:50 y el curso 3º ESO los viernes de 11:00 a 11:50 horas.

El taller se desarrollará en cuatro fases, como se muestra más adelante; las dos primeras sesiones serán de aspecto teórico, y las dos últimas de aspecto práctico principalmente, aunque con algún contenido teórico.

Las clases prácticas, se verán apoyadas por medios audiovisuales (diapositivas, vídeos...) y material práctico fundamental en el proceso (penes de material plástico y preservativos)

Además, se va a requerir por parte del centro docente, que se aporte, el siguiente material: pizarra, puntero, proyector, ordenador.

Asimismo, sería aconsejable, la presencia como observador del profesor encargado del curso correspondiente; esta medida persigue que el personal docente del centro sea copartícipe de la instrucción y su evaluación, y que de forma paralela se asegure cierto grado de atención y disciplina por parte de los alumnos.

A la conclusión de la actividad formativa, se solicitará del observador, cumplimentación de un cuestionario para valorar esta actividad formativa.

Esperando que esta propuesta sea de su agrado, quedo a su entera disposición.

Patricia Guiñales, Enfermera de Centro de Salud de Moralarzal

A 21 de febrero de 2017.

Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4
- Presentación ponente - Cuestionario PRE - ¿Qué es el VIH? - Diferencia entre VIH y sida - Cuántas personas viven con la enfermedad - Síntomas principales que aparecen - Introducción a la segunda sesión.	- Recordar lo que vimos anteriormente en Sesión 1 - Formas de contagio - Formas de no contagio - Formas de prevención - Métodos anticonceptivos de barrera.	- Recapitulación de anteriores sesiones - Terapias antirretrovirales y consideraciones a tener en cuenta - Cómo poner un preservativo - Diferentes pruebas de detección.	- Recapitulación de lo visto en las anteriores sesiones a través de un vídeo. - Roll playing de cómo abstenerse a mantener relaciones sexuales sin preservativo - Test post (evaluación) - Despedida y agradecimiento.

ANEXO 10:

HORARIO FECHAS Y SESIONES DE LOS COLEGIOS:

	IES CARMEN MARTIN GAITE	COLEGIO LEONARDO DA VINCI	LAUDE FONTENEBRO SENIOR SCHOOL
SESIÓN 1	VIERNES 12 ENERO	VIERNES 9 FEBRERO	VIERNES 9 MARZO
SESIÓN 2	VIERNES 19 ENERO	VIERNES 16 FEBRERO	VIERNES 16 MARZO
SESIÓN 3	VIERNES 26 ENERO	VIERNES 23 FEBRERO	VIERNES 23 MARZO
SESIÓN 4	VIERNES 2 FEBRERO	VIERNES 2 MARZO	VIERNES 30 MARZO

ANEXO 11:

CONSENTIMIENTO INFORMADO A LOS PADRES:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN TALLER EDUCATIVO SOBRE LA PREVENCIÓN DE VIH.

El abajo firmante:

(padre/madre/tutor) _____ con
DNI _____ autorizo a mi hijo _____ del
curso _____ (del centro docente) a participar en los talleres de educación
para la prevención de VIH impartidos por un profesional en esta materia; acepto que,
entre otros, se tratarán temas sensibles sobre prácticas sexuales y métodos
anticonceptivos.

Como constancia firmo a los _____ del Mes _____ de 2017

FIRMA:

NOMBRE:

DNI:

ANEXO 12: TRÍPTICO:

El objetivo fundantal es la prevención del VIH/SIDA a nuestros hijos partir de una salud sexual correcta y uso de medidas de protección adecuadas



CENTROS EDUCATIVOS:
 - IES CARMEN MARTIN GAITE
 - COLEGIO LEONARDO DA VINCI
 - COLEGIO LAUDE FONTENEBRO SENIOR SCHOOL



**¿CÓMO PODEMOS
PREVENIR EL VIH
Y EL SIDA?**

HABLEMOS CLARO...





-¿CUÁL ES LA DIFERENCIA ENTRE VIH Y SIDA?

- ¿CUÁLES SON LOS EFECTOS DE LA ENFERMEDAD?

- ¿CÓMO ME PUEDO INFECTAR?

- ¿PUEDO ESTAR INFECTADO Y NO SABERLO?

- ¿CÓMO LO PUEDO EVITAR?

- ¿TIENE CURA?

ACTUALMENTE VIVIMOS
EN UN MUNDO EN QUE LA
INFECCIÓN POR VIH
ES 100% EVITABLE.

¡HAGAMOS TODO LO POSIBLE!

Estas cuestiones y muchas más, las trataremos en los talleres educativos con sus hijos para prevenir la infección y transmisión del VIH

¿Dónde?

Los talleres se realizarán en los propios centros docentes en el aula donde habitualmente imparten las clases.

¿Cuándo?

En el IES CARMEN MARTIN GAITE: 12 de enero -2 de febrero los viernes 2º ESO: 10-10:50 y 3ºESO: 11:00-11:50.

En el COLEGIO LEONARDO DA VINCI:9 de febrero- 2 de marzo los viernes 2º ESO: 10-10:50 y 3ºESO:11:00-11:50

En COLEGIO LAUDE FONTENEIRO SENIOR SCHOOL: 9 de marzo - 30 de marzo los viernes2º ESO: 10-10:50 y 3ºESO: 11:00-11:50

Cronograma:

SESIÓN 1:

- Presentación ponente
- Cuestionario PRE
- ¿Qué es el VIH?
- Diferencia entre VIH y sida
- Cuantas personas viven con la enfermedad
- Síntomas principales que aparecen
- Introducción a la segunda sesión.

SESIÓN 2:

- Recordar lo que vimos anteriormente en Sesión 1
- Formas de contagio
- Formas de no contagio
- Formas de prevención
- Métodos anticonceptivos de barrera.

SESIÓN 3:

- Recapitulación de anteriores sesiones
- Terapias antirretrovirales y consideraciones a tener en cuenta
- Como poner un preservativo
- Diferentes pruebas de detección.

SESIÓN 4:

- Recapitulación de lo visto en las anteriores sesiones a través de un vídeo.
- Roll playing de cómo abstenerse a mantener relaciones sexuales sin preservativo
- Test post (evaluación)
- Despedida y agradecimiento

Ponente:

PATRICIA GUINIALES SERRAMIA
Enfermera en Atención Primaria

ANEXO 13: CARTEL DIVULGATIVO, COLEGIO CARMEN MARTÍN GAITE:

The poster features a red header with white text arranged in vertical columns: 'VIRUS-VIRUS-VIRUS-VIRUS', 'VIRUS-VIRUS-VIRUS-VIRUS', 'INMUNODEFICIENCIA', 'HUMANA-HUMANA', and 'HUMANA-HUMANA'. Below this is a red bar with the text 'TALLERES EDUCATIVOS'. The main body is yellow with the title '¿CÓMO PODEMOS PREVENIR EL VIH?' in large red letters, followed by the subtitle 'JUNTOS PODEMOS EVITARLO' in smaller red letters. The event details are listed in black text: 'IES Carmen Martin Gaite: 12 de Enero al 2 de Febrero', '2º ESO: de 10 a 10:50 horas', '3º ESO: de 11 a 11:50 horas', 'EN EL AULA DE CLASE', and '¡NOS VEMOS LOS VIERNES!'. The footer is a red bar with white text: 'PATRICIA GUIÑALES SERRAMÍA.', 'ENFERMERA CENTRO DE SALUD DE MORALZARZAL', and 'TELÉFONO DE CONTACTO: 680254631'.

TALLERES EDUCATIVOS

**¿CÓMO PODEMOS
PREVENIR EL VIH?**

JUNTOS PODEMOS EVITARLO

IES Carmen Martin Gaite: 12 de Enero al 2 de Febrero
2º ESO: de 10 a 10:50 horas
3º ESO: de 11 a 11:50 horas
EN EL AULA DE CLASE
¡NOS VEMOS LOS VIERNES!

PATRICIA GUIÑALES SERRAMÍA.
ENFERMERA CENTRO DE SALUD DE MORALZARZAL
TELÉFONO DE CONTACTO: 680254631

ANEXO 14: CARTEL DIVULGATIVO LEONARDO DA VINCI:

The poster features a red header with white text arranged in a large 'V' shape. The left side of the 'V' contains the word 'VIRUS' repeated five times. The right side contains 'HUMANA' repeated five times, with a smaller 'HUMANA' centered between the two sides. The vertical bar of the 'V' contains the word 'INMUNODEFICIENCIA'. Below the header is a red bar with the text 'TALLERES EDUCATIVOS'. The main body of the poster is light yellow and contains the title '¿CÓMO PODEMOS PREVENIR EL VIH?' in large red letters, followed by 'JUNTOS PODEMOS EVITARLO' in smaller red letters. Below this, the event details are listed in black text: 'Colegio Leonardo da Vinci: 9 de Febrero al 2 de Marzo', '2º ESO: de 10 a 10:50 horas', '3º ESO: de 11 a 11:50 horas', 'EN EL AULA DE CLASE', and '¡NOS VEMOS LOS VIERNES!'. The footer is a red bar with white text providing contact information: 'PATRICIA GUIÑALES SERRAMÍA.', 'ENFERMERA CENTRO DE SALUD DE MORALZARZAL', and 'TELÉFONO DE CONTACTO: 680254631'.

VIRUS-VIRUS-VIRUS-VIRUS-VIRUS
VIRUS-VIRUS-VIRUS-VIRUS-VIRUS
INMUNODEFICIENCIA
HUMANA-HUMANA
HUMANA
HUMANA-HUMANA

TALLERES EDUCATIVOS

**¿CÓMO PODEMOS
PREVENIR EL VIH?**

JUNTOS PODEMOS EVITARLO

Colegio Leonardo da Vinci: 9 de Febrero al 2 de Marzo
2º ESO: de 10 a 10:50 horas
3º ESO: de 11 a 11:50 horas
EN EL AULA DE CLASE
¡NOS VEMOS LOS VIERNES!

PATRICIA GUIÑALES SERRAMÍA.
ENFERMERA CENTRO DE SALUD DE MORALZARZAL
TELÉFONO DE CONTACTO: 680254631

ANEXO 15: CARTEL DIVULGATIVO, COLEGIO LAUDE FONTENEbro:

The poster features a red header with white text arranged in vertical columns: 'VIRUS-VIRUS-VIRUS-VIRUS', 'VIRUS-VIRUS-VIRUS-VIRUS', 'INMUNODEFICIENCIA', 'HUMANA-HUMANA', and 'HUMANA-HUMANA'. Below this is a red bar with the text 'TALLERES EDUCATIVOS'. The main body is yellow with the title '¿CÓMO PODEMOS PREVENIR EL VIH?' in large red letters. Below the title is the phrase 'JUNTOS PODEMOS EVITARLO' in red. The event details are listed in black: 'Colegio Laude Fontenebro Senior School: 9 de Marzo al 30 de Marzo', '2º ESO: de 10 a 10:50 horas', '3º ESO: de 11 a 11:50 horas', and 'EN EL AULA DE CLASE'. A red footer contains the contact information in white: 'PATRICIA GUIÑALES SERRAMÍA', 'ENFERMERA CENTRO DE SALUD DE MORALZARZAL', and 'TELÉFONO DE CONTACTO: 680254631'.

TALLERES EDUCATIVOS

¿CÓMO PODEMOS PREVENIR EL VIH?

JUNTOS PODEMOS EVITARLO

Colegio Laude Fontenebro Senior School: 9 de Marzo al 30 de Marzo

2º ESO: de 10 a 10:50 horas
3º ESO: de 11 a 11:50 horas
EN EL AULA DE CLASE

¡NOS VEMOS LOS VIERNES!

PATRICIA GUIÑALES SERRAMÍA.
ENFERMERA CENTRO DE SALUD DE MORALZARZAL
TELÉFONO DE CONTACTO: 680254631

ANEXO 16:

REEVALUACIÓN A LOS 3 AÑOS:

TEST REEVALUACIÓN AL CABO DE 3 AÑOS.

Encuesta anónima:

COLEGIO: _____

CURSO: _____

1. ¿Has puesto en práctica los contenidos que vimos en el taller de prevención de VIH?

2. ¿Qué método es el que más has usado?

3. ¿Mantienes relaciones sexuales con protección?

4. ¿Has seguido las instrucciones sobre el uso correcto del uso del preservativo?

5. ¿Has acudido a un centro sanitario para realizarte la prueba rápida de VIH?

6. ¿Consideras que tienes menos dificultad en poner un preservativo masculino tras el taller?

7. ¿Has puesto en práctica la simulación que realizamos de abstenerse de mantener relaciones sexuales sin protección?

ANEXO 17:

CUESTIONARIO ALUMNO PRE INTERVENCIÓN:

CUESTIONARIO PRIMERA SESIÓN:

NOMBRE _____
CURSO _____
COLEGIO _____
FECHA _____

1. ¿Qué es el **VIH**?
 - a. Una bacteria
 - b. Un hongo
 - c. Un virus

2. ¿Existe **diferencia** entre VIH y SIDA?
 - a. Sí
 - b. NO

3. ¿Cuáles son las **células que afecta principalmente**?
 - a. Linfocitos
 - b. Hematíes
 - c. Plaquetas

4. ¿Cuáles son las **etapas** en las que se divide el curso de infección del VIH?
 - a. 3
 - b. 7
 - c. 1

5. ¿Cuál de estas **prácticas tiene riesgo de transmisión** de VIH?
 - a. Besos en la mejilla
 - b. Mantener relaciones sexuales sin preservativo
 - c. Contacto con una persona sólo por tocarla

6. ¿Cuál es la **población que más padece VIH en España**?
 - a. Homosexuales
 - b. Heterosexuales
 - c. Ambos

7. ¿Cuál es el **método más eficaz** para prevenir la transmisión VIH por vía sexual?
- Lubricante
 - "marcha atrás"
 - Preservativo
8. Entre las **consideraciones** sobre el uso correcto del preservativo:
- Usarlo únicamente una vez
 - Si está caducado no usarlo
 - A y B son ciertas
9. ¿Cuál es el porcentaje de **disminución de riesgo** entre parejas heterosexuales con método de protección?
- 60%
 - 40%
 - 80%
10. ¿Para qué sirve **pre-exposición profiláctica**?
- Prevenir el riesgo de transmisión de VIH ante una situación de riesgo ANTES de que ocurra
 - Prevenir el riesgo de transmisión de VIH ante una situación de riesgo DESPUÉS de que ocurra
 - Ninguna es correcta
11. Si mantengo una relación sexual de riesgo y creo que puedo estar infectado, cuál es el **periodo máximo** para recibir **Profilaxis posterior a una exposición**:
- 2 horas
 - 7 días
 - 72 horas (tres días)
12. ¿**Afectan el alcohol y las drogas** a mantener relaciones sexuales sin protección?
- NO
 - SÍ
13. ¿Existen **pruebas de diagnóstico** de VIH de forma rápida?
- No
 - Sí, 4 días aproximadamente
 - Sí, 30 minutos aproximadamente

14. ¿Las pruebas rápidas, son confirmatorias?
- a. NO
 - b. Sí, cuando presente un cuadro clínico sugerente a SIDA
 - c. Ambas son ciertas
15. ¿Cuál es la **función principal** de los Antirretrovirales?
- a. Erradicar la enfermedad.
 - b. No erradican, pero frenan la división del virus.
 - c. No tienen ninguna función.
16. ¿Se puede vivir actualmente con VIH en España y llevar una vida cotidiana a la del resto?
- a. NO
 - b. Sí

ENCUESTA ANÓNIMA:

- ¿Sabes colocar un preservativo correctamente?
 - a. Sí
 - b. NO
 - c. Nunca he tenido oportunidad

- ¿Conoces cuales con las consideraciones a tener en cuenta sobre un preservativo?
 - a. NO
 - b. Sí
 - c. Algunas

- ¿Habras con tus padres o tutores sobre prácticas sexuales y uso de anticonceptivos?
 - a. Sí, con normalidad
 - b. No, prefiero no hablar de esos temas con mis padres
 - c. Alguna vez

- Cuéntame que es lo que más te gustaría aprender y saber:

ANEXO 18:

CUESTIONARIO ALUMNO POST INTERVENCIÓN:

CUESTIONARIO ÚLTIMA SESIÓN:

NOMBRE _____

CURSO _____

COLEGIO _____

FECHA _____

¿Qué es el **VIH**?

- a. Una bacteria
- b. Un hongo
- c. Un virus

¿Existe **diferencia** entre VIH y SIDA?

- a. SÍ
- b. NO

¿Cuáles son las **células que afecta principalmente**?

- a. Linfocitos
- b. Hematíes
- c. Plaquetas

¿Cuáles son las **etapas** en las que se divide el curso de infección del VIH?

- a. 3
- b. 7
- c. 1

¿Cuál de estas **prácticas tiene riesgo de transmisión** de VIH?

- a. Besos en la mejilla
- b. Mantener relaciones sexuales sin preservativo
- c. Contacto con una persona sólo por tocarla

¿Cuál es la **población que más padece VIH en España?**

- a. Homosexuales
- b. Heterosexuales
- c. Ambos

¿Cuál es el **método más eficaz** para prevenir la transmisión VIH por vía sexual?

- a. Lubricante
- b. "marcha atrás"
- c. Preservativo

Entre las **consideraciones** sobre el uso correcto del preservativo:

- a. Usarlo únicamente una vez
- b. Si está caducado no usarlo
- c. A y B son ciertas

¿Cuál es el porcentaje de **disminución de riesgo** entre parejas heterosexuales con método de protección?

- a. 60%
- b. 40%
- c. 80%

¿Para qué sirve la **pre-exposición profiláctica**?

- a. Prevenir el riesgo de transmisión de VIH ante una situación de riesgo ANTES de que ocurra
- b. Prevenir el riesgo de transmisión de VIH ante una situación de riesgo DESPUÉS de que ocurra
- c. Ninguna es correcta

Si mantengo una relación sexual de riesgo y creo que puedo estar infectado, cuál es el **periodo máximo** para recibir **Profilaxis posterior a una exposición**:

- a. 2 horas
- b. 7 días

- c. 72 horas (tres días)

¿**Afectan el alcohol y las drogas** a mantener relaciones sexuales sin protección?

- a. NO
- b. SÍ

¿Existen **pruebas de diagnóstico** de VIH de forma rápida?

- a. No
- b. Sí, 4 días aproximadamente
- c. Sí, 30 minutos aproximadamente

¿Las pruebas rápidas, son confirmatorias?

- a. NO
- b. SÍ, cuando presente un cuadro clínico sugerente a SIDA
- c. Ambas son ciertas

¿Cuál es la **función principal** de los Antirretrovirales?

- a. Erradicar la enfermedad.
- b. No erradican, pero frenan la división del virus.
- c. No tienen ninguna función.

¿Se puede vivir actualmente con VIH en España y llevar una vida cotidiana a la del resto?

- a. NO
- b. SÍ

ENCUESTA ANÓNIMA:

- ¿Crees que has aprendido con el taller?

- ¿Crees que te va a servir en un futuro?

- ¿Qué es lo que más te ha gustado?

- La ponente ha sido clara en sus explicaciones:

- Te ha parecido aburrido:

- Cuál es el siguiente tema del que te gustaría que habláramos

- Cuéntame que es lo que más te ha llamado la atención y lo que menos:

- Cita tres puntos de mejora

- ---

- ---

- ---

ANEXO 19:

CUESTIONARIO OBSERVADOR:

CUESTIONARIO EVALUACIÓN OBSERVADOR:

1. ¿Qué le ha parecido la metodología de trabajo?

2. ¿Las explicaciones han sido asequibles y con un nivel divulgativo aceptable para los alumnos?

3. ¿Cómo valoraría profesionalmente a la ponente, en cuanto a la distribución del tiempo, espacio, recursos...?

4. ¿Recomendaría la asistencia a esta actividad?

5. Señale tres puntos de mejora:

1.

2.

3.
