

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZU**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**



**IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA DE EDUCACIÓN EN LA  
PREVENCIÓN DEL VIH EN LA POBLACION INDÍGENA MBYA  
GUARANI DE ARROYO GUASU SAN ISIDRO, 2017**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**Carlos Miguel Rios González**

**Coronel Oviedo - Paraguay**

**2017**



## **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ**

---

**IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA DE EDUCACIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL VIH EN LA POBLACION INDÍGENA MBYA GUARANI DE ARROYO GUASU SAN ISIDRO, 2017**

**CARLOS MIGUEL RIOS GONZÁLEZ**

**TUTOR: DRA. MSc. GLORIA CELESTE AGUILAR BARRETO**

**Trabajo de Fin de Grado presentado a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú para la obtención del título de grado de Médico-Cirujano**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ**

---

**IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA DE EDUCACIÓN EN LA  
PREVENCIÓN DEL VIH EN LA POBLACION INDÍGENA MBYA  
GUARANI DE ARROYO GUASU SAN ISIDRO, 2017**

**Carlos Miguel Rios González**

Trabajo de Fin de Grado presentado para obtener el título de grado  
de Médico Cirujano

**Coronel Oviedo - Paraguay**

**Miembros del Tribunal Examinador**

.....

**Examinador**

.....

**Examinador**

.....

**Examinador**

.....

**Examinador**

.....

**Examinador**

**CALIFICACIÓN FINAL.....**



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### DEDICATORIA

A mi madre Ninfa:

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre Ricardo:

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mis hermanos, familiares y amigos.

Por la confianza, el apoyo constante y los momentos de risa e ira en la gestación de este proyecto.

A todos y cada uno de los que pusieron ese granito de arena para mi formación integral, por brindarme todo el cariño y la comprensión para llevar a cabo cada uno de los mis proyectos.

*“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”.*

**Thomas Chalmers**



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### AGRADECIMIENTOS

A la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad Nacional de Caaguazú, por ser la cuna de mis conocimientos y mostrarme el apasionante mundo de la medicina.

A Fabiana Verón, Natalia Escobar y Fredy Colmán por su apoyo en la elaboración de los materiales didácticos, recolección de los datos y posterior digitalización.

Al cacique Tomas Domínguez por su buena predisposición e invaluable ayuda para el acercamiento a la comunidad de Arroyo Guasu San Isidro.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### BIOGRAFIA.

Carlos Miguel Rios González, nació el 13 de enero de 1992 en la ciudad de General Elizardo Aquino (Dpto. San Pedro), hijo de Ricardo Rios y Ninfa González.

Cursó la primaria en la Escuela Graduada N° 99 y el Colegio Nacional Gral. José Elizardo Aquino y la secundaria en el Colegio Privado Subvencionado Parroquial María Auxiliadora, destacándose como mejor alumno y egresado.

En el año 2012 ingresó a la carrera de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad Nacional de Caaguazú, desde entonces ha venido incursionando en el campo de la investigación, desempeñándose en varios cargos dentro de la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Caaguazú, y la Federación Latinoamericana de Sociedades Científicas de Estudiantes de Medicina, ocupó el cargo de director del Comité Permanente de Educación Médica (Gestión 2015-2016), Vicepresidente (2016-2017) y desde setiembre del 2017, como miembro del consejo asesor de esta federación.

Ha sido acreedor de varios premios, entre los que destacan “Premio Nacional de la Juventud, categoría: ciencias y tecnología”, y 19 premios y reconocimientos en el área de la investigación.

Es miembro de The International Union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI), International Society for Infectious Diseases (ISID), Semillero de Investigación en Infectología y Epidemiología de la Universidad del Tolima (SEMIE UT) (Colombia), cofundador de la Sociedad Paraguaya de Infecciones de Transmisión Sexual (SOPITS), Editor Internacional Revista SCientífica y Revista Ciencia e Investigación Médica Estudiantil latinoamericana (CIMEL).



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

A la fecha tiene 11 libros publicados, varios capítulos en colaboración y 62 artículos científico publicados en revista científicas de alto impacto indexadas en bases de datos como SCOPUS, Web of Science, SciELO, entre otros, asimismo ha sido conferencista invitado tanto a nivel nacional como internacional, revisor de artículos en revista científicas y jurado en eventos de investigación.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### RESUMEN

**Introducción:** Desde los primeros días de la epidemia del VIH, se identificó a los pueblos indígenas como un grupo de población que experimenta determinantes sociales y económicos, incluidos el colonialismo y el racismo, que aumentan la exposición al VIH.

**Objetivo:** Evaluar el impacto de una estrategia de educación sobre prevención del VIH en indígenas de la familia lingüística Guaraní de Arroyo Guasu San Isidro durante el 2017.

**Material y Métodos:** Estudio cuasi-experimental, modelo antes/después sobre prevención de VIH en indígenas de la familia lingüística Guaraní de Arroyo Guasu San Isidro. La intervención educativa consistió en la estrategia Comunicación para el Cambio de Comportamiento con evaluaciones de conocimiento pre y post intervención. Para la comparación de los grupos se utilizó la prueba t para muestras pareadas y se consideró una  $p < 0,05$  como significativa.

**Resultados:** Participaron del estudio 41 sujetos, con una mediana de edad de 28 años (P25= 26 años y P75=39 años), 68,29% (28) no ha asistido a la escuela. La diferencia de promedios entre el conocimiento pre intervención y pos intervención de 35,07 ( $\pm 7,13$ ) puntos, siendo esta diferencia estadísticamente significativa

**Conclusión:** Con las intervenciones comunitarias se ha aumentado significativamente el conocimiento sobre prevención del VIH de la población indígena respecto al conocimiento inicial

**Palabras claves:** Educación sexual; Salud de Poblaciones Indígenas; Intervención educativa. Fuente: DeCs (BIREME).





## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### ABSTRACT

**Introduction:** From the early days of the HIV epidemic, indigenous peoples were identified as a population group experiencing social and economic determinants, including colonialism and racism, which increase exposure to HIV.

**Objective:** Evaluate the impact of an education strategy on HIV prevention among indigenous people of the Guaraní linguistic family of Arroyo Guasu San Isidro during 2017.

**Material and Methods:** Quasi-experimental study, before/after model on HIV prevention in indigenous people of the Guaraní linguistic family of Arroyo Guasu San Isidro. The knowledge was diagnosed, 4 educational interventions were carried out, and a diagnosis about the knowledge after the intervention. For the comparison of the groups,  $p < 0.05$  was considered significant.

**Results:** 41 subjects participated in the study, with a median age of 28 years ( $P_{25} = 26$  years and  $P_{75} = 39$  years), 68.29% (28) did not attend school. The difference in averages between pre-intervention and post-intervention knowledge of 35.07 ( $\pm 7.13$ ) points, this difference being statistically significant.

**Conclusion:** Community interventions have significantly increased knowledge about HIV prevention among the indigenous population with respect to initial knowledge

**Keywords:** Sex education; Health of Indigenous Peoples; Educative intervention. Source: MeSH (NLM).



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### INDICE

BIOGRAFIA.....	vi
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
LISTA DE CUADROS.....	xi
LISTA DE GRAFICOS.....	xiii
LISTA DE FIGURAS.....	xiv
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
4. JUSTIFICACIÓN.....	8
5. OBJETIVOS.....	9
6. MARCO TEÓRICO.....	10
7- MARCO METODOLÓGICO.....	20
9. DISCUSION.....	43
10. CONCLUSIÓN.....	47
11. RECOMENDACIONES.....	48
12. BIBLIOGRAFÍA.....	49
13. ANEXOS.....	56



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### LISTA DE CUADROS.

Tabla 1: Operacionalización de las variables.....	21
Tabla 2: Distribución de la población indígena Arroyo Guasu San Isidro de acuerdo a diferencia de puntajes en el diagnóstico del conocimiento sobre prevención del VIH pre y post intervención educativa. n=41.....	35
Tabla 3: Distribución de la población indígena Arroyo Guasu San Isidro de acuerdo al tamaño del efecto de los puntajes en el diagnóstico del conocimiento sobre prevención del VIH pre y post intervención educativa. n=41.....	36
Tabla 4: Distribución de la población indígena Arroyo Guasu San Isidro de acuerdo a la diferencia de puntajes en el diagnóstico del conocimiento sobre prevención del VIH y el sexo. n=41.....	37
Tabla 5a: Distribución de la población indígena Arroyo Guasu San Isidro de acuerdo a la diferencia de puntajes en el diagnóstico del conocimiento sobre prevención del VIH y el grupo etario. n=41.....	38
Tabla 5b: Distribución de la población indígena Arroyo Guasu San Isidro de acuerdo a al puntajes en el diagnóstico del conocimiento sobre prevención del VIH post intervención educativa y el grupo etario. n=41.....	39
Tabla 6: Distribución de la población indígena Arroyo Guasu San Isidro de acuerdo a la diferencia de puntajes en el diagnóstico del conocimiento sobre prevención del VIH y escolaridad. n=41.....	40
Tabla 7: Distribución de la población indígena Arroyo Guasu San Isidro de acuerdo a diferencia en el conocimiento pre y post intervención según modelo GAM. n=28.....	41



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

Tabla 8: Distribución de la población indígena Arroyo Guasu San Isidro de acuerdo a diferencia en el opiniones y actitudes pre y post intervención según modelo GAM. n=28.....	42
--	----



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### LISTA DE GRAFICOS

Grafico 1: Tasa de Nuevos diagnósticos de VIH según sexo y población total, Paraguay, 2012 a 2016.....	11
Gráfico 2: Tasa de Mortalidad Acumulada Paraguay, 2006 a 2016.....	12
Grafico 3: Cascada del continuo de la atención al VIH, Paraguay, 2016.....	13
Grafico 4: Distribución de la población indígena Arroyo Guasu San Isidro de acuerdo al sexo. n= 41.....	30
Grafico 5: Distribución de la población indígena Arroyo Guasu San Isidro de acuerdo a la edad. n= 41.....	31
Grafico 6: Distribución de la población indígena Arroyo Guasu San Isidro de acuerdo a asistencia alguna vez la escuela. n= 41.....	32
Grafico 7: Distribución de la población indígena Arroyo Guasu San Isidro de acuerdo al estado civil. n= 41.....	33
Grafico 8: Distribución de la población indígena Arroyo Guasu San Isidro de acuerdo al puntaje obtenido sobre conocimiento sobre prevención de VIH post intervención educativa. n= 41.....	34



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### LISTA DE FIGURAS.

Figura 1: Marco de trabajo para el diseño de la CCC.....	18
Figura 2: Flujograma de selección de la muestra final.....	21



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### 1. INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la epidemia del VIH, la población indígena se ha visto afectada, debido a la marginación, la vulnerabilidad y otros determinantes tanto sociales como económicos<sup>1</sup>.

Además, se ha escrito relativamente poco acerca de qué impulsa las crecientes tasas de VIH entre los pueblos indígenas y, más de tres décadas después de la detección del VIH, está claro que el VIH se ha convertido en un problema de salud crítico para estas poblaciones históricamente oprimidas<sup>2</sup>.

Los pueblos indígenas tienen conexiones desde hace mucho tiempo con sus tierras ancestrales, que datan de muchas generaciones y son anteriores a la colonización. Si bien existen diferencias culturales, lingüísticas y geográficas dentro y entre las poblaciones indígenas de todo el mundo, en gran medida, el colonialismo, el racismo, la exclusión social y la represión de la autodeterminación actúan como determinantes de la construcción de la salud indígena<sup>3</sup>.

La última década ha visto un considerable énfasis y reconocimiento de los determinantes sociales de la salud: las condiciones económicas y sociales que influyen en las diferencias en el estado de salud. Estos incluyen exclusión social, experiencias en la vida temprana, educación, estrés, apoyo social, factores de empleo, vivienda, adicciones, alimentos y transporte<sup>4</sup>.

El trabajo de Marmot y sus colegas en esta área ha puesto de manifiesto las grandes diferencias individuales y grupales en los resultados de salud generados por las disparidades entre estos diversos factores determinantes<sup>5</sup>.

En algunos países, la investigación ahora indica claramente un vínculo entre las distintas inequidades sociales experimentadas por los pueblos



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

indígenas y las tasas más altas de VIH que los pueblos no indígenas. Del mismo modo, las disparidades en el momento de los diagnósticos y los resultados del tratamiento entre los pueblos indígenas y no indígenas en el mismo país plantean desafíos significativos para los servicios de salud y las agencias gubernamentales a medida que entramos en la cuarta década de la epidemia del VIH<sup>6</sup>.

Como en otros países latinoamericanos, en Paraguay la población indígena ha sido marginada desde tiempos de la colonización, y el VIH en esta población no se encuentra ajena a lo presentado por la literatura. De acuerdo al Programa Nacional de Control de SIDA-ITS (PRONASIDA) en el año 2011, la prevalencia de VIH en indígenas de 3 ejes fue de 0.4% (IC 95% 0.1 – 1.0), a su vez en este estudio se encontró un conocimiento global menor al 40%<sup>7</sup>, mientras tanto que un estudio cursado en el 2016, en 8 departamentos encontraron una prevalencia de 0.25% (IC 95% 0.11 – 0.52)<sup>7</sup>.

“La comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) es un proceso interactivo con las comunidades para desarrollar mensajes y enfoques personalizados utilizando una variedad de canales de comunicación para desarrollar comportamientos positivos; promover y sostener el cambio de comportamiento individual, comunitario y de la sociedad; y mantener comportamientos apropiados.

En el contexto de la epidemia de SIDA, CCC es una parte esencial de un programa integral que incluye ambos servicios (médicos, sociales, psicológicos y espirituales) como productos básicos (por ejemplo, condones, agujas y jeringas). Antes de que los individuos y las comunidades puedan reducir su nivel de riesgo o cambiar sus comportamientos, primero debe comprender los hechos básicos sobre el VIH y el SIDA, adoptar actitudes clave, aprender un conjunto de habilidades y darse acceso a productos y servicios apropiados, a la vez deben percibir su entorno como apoyo al cambio de comportamiento y al mantenimiento





## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

de comportamientos sanos, y como una ayuda a la búsqueda de tratamientos apropiados para la prevención, la atención y el apoyo”<sup>8</sup>.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### 2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Mikhailovich K et al (Australia, 2005) en su artículo “Evaluar un proyecto de educación entre pares sobre salud sexual indígena.”, han encontrado que el proyecto de intervención educativa en indígenas australianos tuvo un impacto inmediato positivo en los jóvenes participantes indígenas que informaron y demostraron un mayor conocimiento de las cuestiones y habilidades de salud sexual como educadores inter pares, esta evaluación documentó el desarrollo del programa y los efectos inmediatos sobre los participantes, pero no permitió una evaluación de los efectos a largo plazo para los participantes, los proveedores de servicios o la comunidad, dicha evaluación identificó áreas para la mejora del programa y desafíos para la sostenibilidad del programa<sup>9</sup>.

Describir el diseño de un estudio en escuelas preparatorias para evaluar una intervención de prevención de VIH/sida y embarazos no planeados, y presentar los resultados de su encuesta basal fue el objetivo propuesto por Pilar Torres et al (México, 2006), en dicha investigación han encontrado que la baja proporción del uso de condón durante la práctica sexual se ha visto aumentado posterior a la intervención educativa <sup>10</sup>.

Anclar el análisis de una experiencia de investigación–acción en educación, para la prevención del VIH–SIDA en comunidades indígenas inmigrantes en Baja California fue el objetivo propuesto por Maier, en este artículo enfatiza la importancia de la experiencia de promoción comunitaria entre hablantes de lengua indígena, a su vez sustenta que las promotoras bilingües valoran mucho el hecho de impartir la charla en mixteco, se sintieron más cómodas y convincentes y con mayor dominio en su lengua materna, asimismo la familiaridad con los códigos lingüísticos y culturales facilitó la recepción y



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

asimilación del mensaje de prevención del VIH–SIDA por parte de las y los hablantes de lengua indígena<sup>11</sup>.

Doblado Donis et al (Cuba) se habían propuesto como objetivo elaborar una propuesta didáctica para mejorar el conocimiento sobre educación sexual de los estudiantes de la Escuela Secundaria Básica Baraguá que permita la formación progresiva de una conducta sexual responsable, en dicho estudio han encontrado que la propuesta didáctica web mejora significativamente el conocimiento sobre acerca de la educación sexual<sup>12</sup>.

En un metanálisis sobre la eficacia de las intervenciones de educación entre iguales para la prevención del VIH en los países en desarrollo conducido por Medley et al (2009), han concluido que los programas de educación entre iguales en los países en desarrollo son moderadamente efectivos para mejorar los resultados conductuales, pero no muestran un impacto significativo en los resultados biológicos<sup>13</sup>.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a la Organización Mundial de la salud (OMS), la infección por el VIH continúa siendo un importante problema de salud pública mundial, estimándose hasta el momento más de 35 millones de muertes relacionadas<sup>14</sup>. Se calcula que durante el 2015, 1,1 millones (940.000-1,3 millones) de personas murieron a nivel mundial por causas relacionadas con el VIH, a su vez durante ese mismo año fueron 2,1 (1,8-2,4) millones de personas se infectaron<sup>15</sup>, mientras tanto en Paraguay, según el PRONASIDA desde el inicio de la epidemia (1985) hasta el año 2015 han sido registrados un total de 15.363 personas con la infección por el VIH, y durante el 2016 se registraron un total de 1.441 de nuevos diagnósticos<sup>8,16</sup>, la brecha de diagnóstico en el país es de 44%<sup>17</sup>.

En todo el mundo, el impacto del VIH ha sido particularmente pernicioso en especial entre la población de mayor riesgo (PEMAR) y vulnerabilidad, tales como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres trabajadoras sexuales (MTS), y usuarios de drogas inyectables (UDI)<sup>18</sup>. Desde los primeros días de la epidemia del VIH, los pueblos indígenas de algunos países fueron identificados como un grupo de población que también experimenta determinantes sociales y económicos que aumentan la exposición al VIH<sup>19</sup>.

Aunque las diferencias culturales, lingüísticas y geográficas existen dentro y entre las poblaciones indígenas a nivel mundial, en gran medida, el colonialismo, el racismo, la exclusión social y la represión de la autodeterminación actúan como factores dentro de los cuales se construye la salud indígena<sup>20</sup>.

Otro punto importante a destacar es que la investigación sobre este tema en esta población escasa en todo el mundo, en especial en Latinoamérica a



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

pesar de su gran población indígena y la prevalencia registrada en el continente  
21.

No existen estrategias educativas adaptadas culturalmente a las poblaciones indígenas para la enseñanza sobre métodos de prevención de VIH, u otras infecciones de transmisión sexual.

En base a lo anterior surge la siguiente interrogante: ¿Cuál es el impacto de una estrategia de educación sobre prevención de VIH en indígenas de la familia lingüística Guaraní de Arroyo Guasu San Isidro durante el año 2017?



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### 4. JUSTIFICACIÓN

Actualmente la investigación sobre el VIH en Paraguay es muy baja en comparación a otros países de la región<sup>22</sup>. En los estudios realizados por el PRONASIDA se puede apreciar el bajo nivel de conocimiento que se tiene sobre la infección, a la vez sobre los métodos de prevención <sup>7</sup>.

En base a esto, se realizó este estudio, donde se experimentó sobre una estrategia educativa adaptada culturalmente, con el objetivo de evaluar el impacto de una estrategia de educación sobre prevención del VIH en indígenas de la familia lingüística Guaraní de Arroyo Guasu San Isidro durante el 2017, esto con miras al aumento del conocimiento sobre la infección, a la vez sobre los métodos de prevención a los efectos de disminuir las prácticas de riesgo para esta infección.

Los resultados obtenidos en el estudio serán entregados a la universidad y las entidades de salud con el objetivo de utilizarlo como base para la realización de estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva adaptada culturalmente a los guaraníes.

A partir de esta investigación se podrán plantear y formular nuevas estrategias para las intervenciones comunitarias en esta y otras poblaciones indígenas.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### 5. OBJETIVOS

#### 5.1- Objetivo general

5.1.1- Evaluar el impacto de una estrategia de educación sobre prevención del VIH en indígenas de la familia lingüística Guaraní de Arroyo Guasu San Isidro durante el 2017.

#### 5.2- Objetivos específicos

5.2.1- Determinar la eficacia de la educación no formal en la educación sobre prevención del VIH.

5.2.2- Comparar resultados del conocimiento pre y post intervención.

5.2.3- Diseñar un método de intervención en población indígena para la prevención del VIH.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### 6. MARCO TEÓRICO

#### 6.1- Situación del VIH.

De acuerdo a los datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA, por sus siglas en inglés), durante el 2015, 2,1 millones [1,8 millones–2,4 millones] de personas contrajeron la infección por el VIH en todo el mundo, de los cuales correspondieron a Latinoamérica y el Caribe 100.000 [86.000–120.000] de los casos nuevos.

Para Junio del 2016, se estimaba que 18.2 millones [16.1 millones–19.0 millones] de personas tuvieron acceso a la terapia antirretrovírica, a la vez se ha registrado una reducción en un 45% de muertes relacionadas con el sida desde las máximas registradas en 2005<sup>23</sup>.

En Paraguay desde el inicio de la epidemia en el 1985 hasta el año 2016 estaban registradas un total de 15.363 personas con diagnóstico de VIH, de los cuales 4.741 estaban categorizadas como Sida, durante el 2016 se registraron 1.441 nuevos casos de VIH, de los cuales 453 fueron categorizadas como sida.

Los nuevos diagnósticos del año 2016, el 50.66%, se encontraba en el grupo entre 20 a 34 años, esta tasa de nuevos diagnósticos de VIH en personas de 15 a 19 años y 20 a 24 años presenta una tendencia creciente, en los últimos 5 años se ha incrementado de 35,34 a 43,82 y de 11,22 a 17,24 por 100.000 habitantes respectivamente, elementos importantes a considerar para evaluar esta tendencia es la mejoría en el acceso al diagnóstico del VIH a través de la expansión del testeo y fortalecimiento del sistema de información.

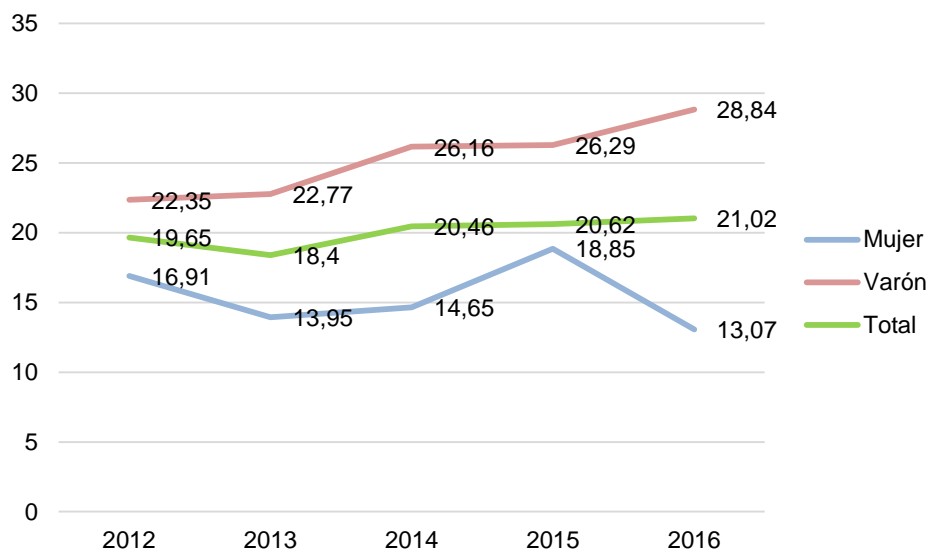
La tasa de nuevos diagnósticos de VIH ha ido aumentando en los últimos 5 años, en los hombres con un incremento en más de 5 puntos por cada 100.000 habitantes desde el 2012 al 2016.





## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

**Grafico 1: Tasa de Nuevos diagnósticos de VIH según sexo y población total, Paraguay, 2012 a 2016.**



Fuente: Informe de la Situación Epidemiológica, Paraguay 2016.

El 98,1%, de los casos registrados refirió como forma de contagio a la sexual, durante el periodo Enero a Diciembre del año 2016, lo que corresponde al 28,38% de las mujeres diagnosticadas en el 2016 (444 mujeres), de los cuales el 70,63%, tenían una edad comprendida entre 15 y 29 años, procediendo de Asunción, Central, Caaguazú y San Pedro en el 82,54% de los casos.

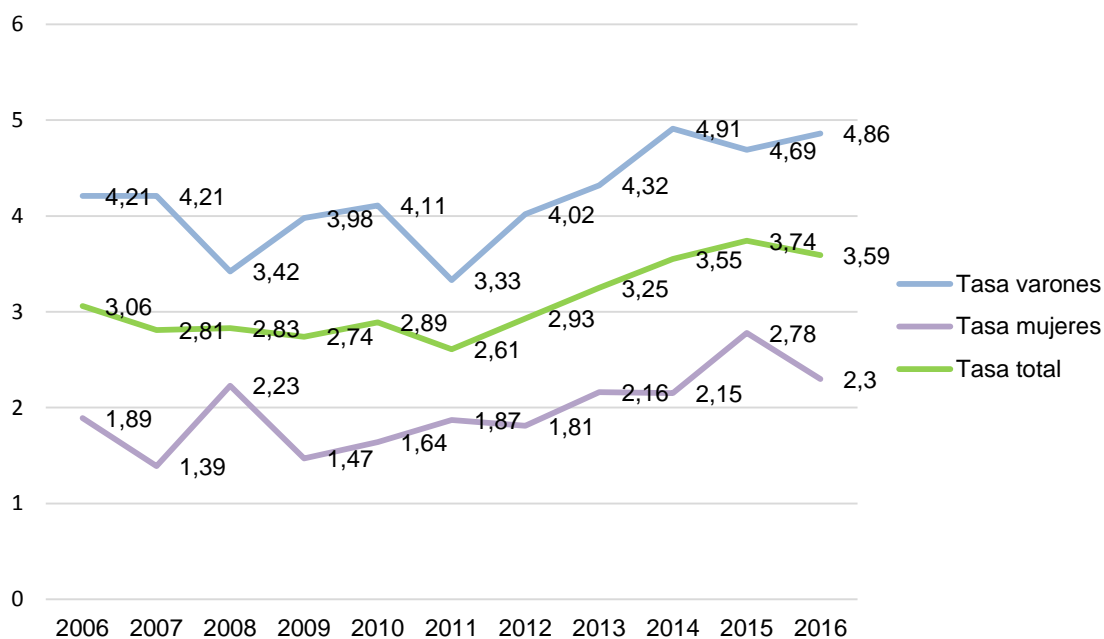
Desde el 2013 al 2016 se ha incrementado el número de nuevos diagnósticos de 1.284 a 1.441.

Desde el primer caso de VIH hasta el año 2016, se registraron 3.096 fallecidos, de los diagnosticados en año 2016 y en años anteriores, durante el 2016, un total de 246 personas fallecidas por causas de la infección por el VIH.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

**Gráfico 2: Tasa de Mortalidad Acumulada Paraguay, 2006 a 2016**



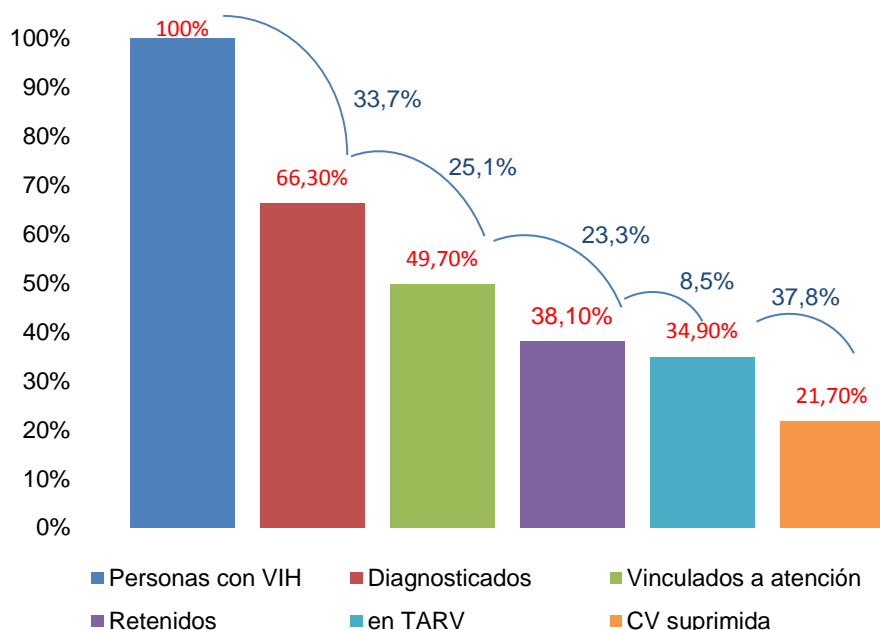
Fuente: Informe de la Situación Epidemiológica, Paraguay 2016.

La cascada del continuo del VIH permite analizar las brechas de efectividad e impacto de las políticas de diagnóstico, atención y tratamiento a nivel nacional y permite generar información estratégica valiosa para apoyar la expansión y sostenibilidad del tratamiento antirretroviral en país, en esta podemos apreciar que el número de personas estimadas que viven con VIH en el país es de 18.639, de los cuales fueron diagnosticados, 12.352 personas, 9.256 personas que se vinculan a los servicios de atención del país (consulta, retira medicamentos y se hacen las pruebas de seguimiento por lo menos 1 vez), 7097 personas que quedan retenidas en los servicios (consultan, retiran medicamentos y se hacen las pruebas de seguimiento más de 2 veces), que continúan en tratamiento antirretroviral 6496 y 4042 personas que tienen carga viral no detectable.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

**Gráfico 3: Cascada del continuo de la atención al VIH, Paraguay, 2016.**



Fuente: Informe de la Situación Epidemiológica, Paraguay 2016.

Los grupos de riesgo para infección son considerados a la Mujer Trabajadora Sexual (MTS), Hombre que tiene sexo con Hombre (HSH), Usuarios de drogas Inyectable (UD) y los grupos étnicos<sup>24</sup>.

A la vez la inmigración juega un papel muy importante para la distribución de la infección, puesto que en los inmigrantes el diagnóstico es más tardío por la dificultad para el acceso a los servicios de la salud y en muchos casos una barrera lingüística y cultural; un caso particular es el de Europa, donde la inmigración desde África Subsahariana representan un tercio de los nuevos diagnósticos del continente<sup>25</sup>.

Los problemas de los pueblos indígenas son de todo tipo, desde la falta de medios de subsistencia, en ausencia de presencia real en el escenario político hasta del debilitamiento físico y mental de las comunidades por la presencia de



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

numerosas enfermedades, entre ellas las infecciones de la sexualidad transmisión<sup>26</sup>.

Las investigaciones sobre el VIH esta población en todo el mundo son escasas<sup>27</sup>, existen estudios cualitativos donde reflejan el racismo y la discriminación racial, que limita, la adquisición de conocimientos y la percepción sobre salud sexual y reproductiva<sup>28, 29</sup>.

Diversos estudios han sido conducidos para determinar la prevalencia en esta población, con un registro de 0,13% en Indígenas de Amazonas (Brasil)<sup>30</sup>, 1,02% en el grupo étnico Embera Chami, ubicado en el departamento de Antioquia (Colombia)<sup>31</sup>, y en Paraguay de acuerdo un estudio realizado por el PRONASIDA en el año 2011, la prevalencia de VIH en indígenas de 3 ejes fue de 0,4% (IC 95% 0,1 – 1,0), a su vez en este estudio se encontró un conocimiento global menor al 40%<sup>7</sup>, en otro estudio realizado durante el 2016, en 8 departamento de acuerdo a la familia lingüística se encontró una prevalencia global de 0,25% (IC 95% 0,11 – 0,52), con una prevalencia de 0% en la familia Zamuco, 0,58% en la familia Matabo, 0,21% en la familia Lengua Maskoi, 1,2% en Guaicurú, y 0,18% en la familia Guaraníes<sup>8</sup>.

A la vez un estudio realizado en indígenas de Columbia Británica, y Ontario se ha encontrado una menor sobrevida en esta población en comparación con los caucásicos y otras etnias<sup>32</sup>.

### **6.2- Pueblos indígenas en el Paraguay y el departamento de Caaguazú.**

De acuerdo al III Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas realizada en el 2012, en el país existen 117.500 indígenas, habitando 13 departamentos y distribuidos en cinco familias lingüísticas, constituyendo en la actualidad el 1,8% del total de la población paraguaya.

La familia lingüística del país son: el Guaraní, la Lengua Maskoy, el Matabo Mataguayo, el Zamuco y el Guaicurú, siendo predominante el Guaraní (54,7%), los cuales aglutinan a 19 pueblos indígenas, donde predominan el Mbya



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

Guaraní, el Ava Guaraní, el Pa'itavyterã y el Nivaclé, constituyendo más de la mitad del total de los pueblos.

Los departamentos Caaguazú, Alto Paraná, Alto Paraguay, Concepción, San Pedro y Caazapá reúnen la mayor parte de esta población. En el departamento de Caaguazú se registraban 9.367 indígenas, lo que constituía el 8,3% de la población, correspondiendo en su totalidad al área rural.

En el distrito de Coronel Oviedo se registraban 37 viviendas particulares, distribuidas en la aldea Arroyo Guasu San Isidro (27) y Espinillo (10), ambos del pueblo Mbya Guaraní<sup>33</sup>.

### **6.3- Intervenciones educativas.**

“La intervención educativa es la acción intencional para la realización de acciones que conducen al logro del desarrollo integral del educando. Esta tiene un carácter teleológico donde existe un sujeto conocido como agente (educando-educador), a la vez existe el lenguaje propositivo (se realiza una acción para lograr algo), se actúa en orden a lograr un acontecimiento futuro (la meta) y los acontecimientos se vinculan intencionalmente”.

La intervención educativa se realiza mediante procesos de autoeducación y heteroeducación, los cuales dependen del programa de educación<sup>34</sup>.

#### **6.3.1- Programas de educación.**

De acuerdo a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en la actualidad se consideran 3 tipos de programas de educación bien diferenciados entre sí; la educación formal, la educación informal y la educación no formal<sup>35</sup>.

**6.3.1.1- La educación formal:** este tipo de educación corresponde a un modelo educativo sistemático y organizado, estructurado y administrado según un conjunto de leyes y normas, presentando un currículo bastante rígido en cuanto a objetivos, contenidos y metodología, es la impartida en las universidades, escuelas y colegios<sup>36</sup>.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

**6.3.1.2- La educación informal:** este tipo de educación es muy diversa de la educación formal, esta no corresponde a una visión organizada y sistemática de la educación, este tipo de educación no incluye necesariamente los objetivos y materias que suelen incluir los programas de estudios tradicionales. Se puede observar este tipo de aprendizaje en las actividades de la vida cotidiana relacionadas con el trabajo, la familia o el ocio<sup>37</sup>.

**6.3.1.3- La educación no formal:** este tipo de educación, tiene como características que uno o más de los factores y/o características de la educación formal está ausente. Las características de la educación no formal se encuentran cuando la estrategia adoptada no requiere la asistencia de los estudiantes, disminuyendo los contactos entre el maestro y el estudiante, la mayoría de las actividades tienen lugar fuera de las instituciones. Este tipo de educación presenta procesos educativos dotados de currículos y metodología flexibles, capaces de adaptarse a las necesidades e intereses de los participantes, para los que el tiempo no es un factor preestablecido<sup>38</sup>.

### **6.3.2- Técnicas de intervención educativa:**

Para la intervención educativa se disponen de distintas técnicas tanto para la intervención grupal e individual.

Para las técnicas de intervención con grupos se pueden citar al informe grupal, el Psicodrama, el sociograma, el juego de roles y las técnicas de relación, mientras que las técnicas para la intervención individual se citan a la ficha social, la historia social, el informe social, el proyecto, la Memoria, la entrevista, y actitudes técnicas<sup>39</sup>.

### **6.4- Intervenciones comunitarias.**

Las actividades de promoción y prevención de la salud constituyen uno de los pilares fundamentales de la atención primaria en salud<sup>40</sup>. La OMS considera necesaria la participación y responsabilidad de las comunidades para el desarrollo de su salud, y a la atención primaria orientada a la familia y la comunidad como una de las principales estrategias de actuación<sup>41</sup>.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

Diversos estudios han demostrado la eficacia de las intervenciones educativas sobre el aprendizaje de las poblaciones objetivo<sup>42, 43</sup>.

### **6.5- Estrategia de educación en población indígena.**

Las estrategias de educación en esta población deben ser construidas de acuerdo a las estrategias operativas, el método de aprendizaje y los materiales didácticos bilingües, que a su vez deben ser validados en terreno con participación de las comunidades. El carácter lúdico del método facilita el aprendizaje de la lectura y escritura en dos lenguas, en períodos relativamente breves<sup>44</sup>.

La técnica de educación con mayor rendimiento registrado son la intervención grupal, y los juegos de roles<sup>45</sup>.

### **6.6- Comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) para el VIH/SIDA.**

“Una combinación de actividades e intervenciones adaptadas a las necesidades de un grupo específico y desarrolladas con ese grupo para ayudar a reducir el comportamiento de riesgo y la vulnerabilidad al VIH creando un entorno favorable que permita el cambio individual y colectivo.

#### **6.6.1- El rol de la comunicación para el cambio de comportamiento.**

Una CCC eficaz puede: aumentar los conocimientos, fomentar el diálogo comunitario, promover un cambio esencial de actitud, reducir el estigma y la discriminación, crear una demanda de información y servicios, abogar, promover servicios para la prevención, la atención y el apoyo y mejorar las aptitudes y el sentido de autoeficacia.

#### **6.6.2- El proceso de cambio de comportamiento.**

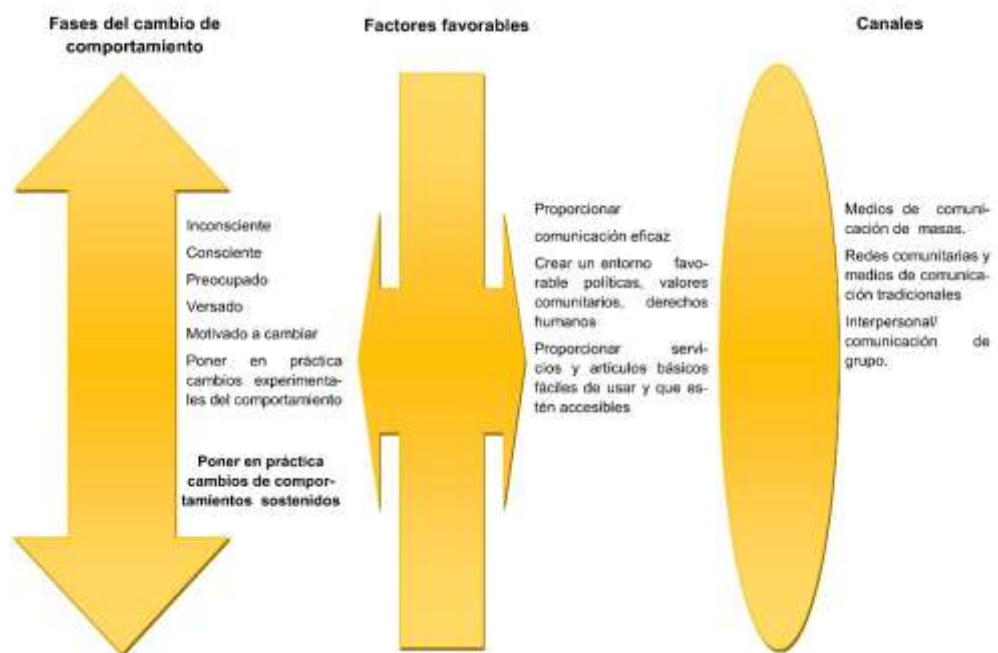
La CCC tiene sus raíces en teorías de cambio de comportamiento que han evolucionado durante las últimas décadas. Estas teorías son fundaciones valiosas para desarrollar estrategias y programas de comunicación mundiales.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Al cambiar de comportamiento, el individuo, la comunidad o la institución pasa por una serie de fases: algunas veces yendo hacia delante, algunas veces hacia atrás y algunas veces saltando pasos. Aun cuando los individuos, comunidades o instituciones adopten comportamientos nuevos, pueden a veces volver a los antiguos, al menos bajo ciertas circunstancias. Al diseñar una estrategia de CCC es crucial saber dónde se halla la mayoría del grupo dentro del proceso de cambio.

**Figura 1: Marco de trabajo para el diseño de la CCC.**



Fuente: Family Health International, 2002.

Se ha demostrado que el uso de diferentes canales es más eficaz en distintas fases del proceso continuo y para alcanzar metas diferentes. La comunicación a través de los medios de comunicación de masas puede asegurar que la información correcta alcance a una población específica y puede dar como





## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

ejemplo actitudes positivas, pero cuando un individuo o comunidad está motivado para asumir nuevos comportamientos, políticas y un entorno social más amplio pueden adquirir más importancia. Cuando las audiencias están listas para cambiar, las actividades, servicios o productos que se promocionen deben estar disponibles.

### **6.6.3- Metas de la CCC.**

- Incrementar la percepción de riesgo o cambio de actitudes hacia el uso de condones.
- Incrementar la demanda de servicios.
- Crear demanda de información sobre el VIH y el SIDA.
- Crear demanda de servicios apropiados de ITS.
- Interesar a las personas encargadas de formular políticas en invertir en servicios de pruebas y asesoramiento voluntarios que sean acogedores y fáciles de alcanzar por los jóvenes (los servicios deben estar en funcionamiento).
- Promover la aceptación de la sexualidad de los jóvenes y el valor de los servicios de salud reproductiva para los jóvenes en las comunidades (los servicios deben estar en funcionamiento)<sup>8</sup>.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### 7- MARCO METODOLÓGICO

#### **7.1- Tipo y diseño general del estudio:**

Se realizó un estudio cuasiexperimental, modelo antes/después, de corte longitudinal, prospectivo sobre la prevención del VIH en la comunidad indígena de Arroyo Guasu San Isidro del pueblo Mbya Guaraní, del Distrito de Coronel Oviedo durante el año 2017.

#### **7.2- Universo de estudio:**

Residentes de la comunidad indígena de Arroyo Guasu San Isidro del pueblo Mbya Guaraní, del Distrito de Coronel Oviedo.

##### **7.2.1- Unidad de análisis y observación:**

Residentes de la comunidad indígena de Arroyo Guasu San Isidro del pueblo Mbya Guaraní, del Distrito de Coronel Oviedo, durante los meses de setiembre a octubre de 2017.

##### **7.2.1.1- Criterios de inclusión:**

- Sujeto residente de la Comunidad indígena de Arroyo Guasu San Isidro del pueblo Mbya Guaraní, del Distrito de Coronel Oviedo.
- Sujeto con edad igual o mayor a 18 años de ambos sexo, que hayan accedido a participar en el estudio firmando un consentimiento informado.

##### **7.2.1.2- Criterios de exclusión:**

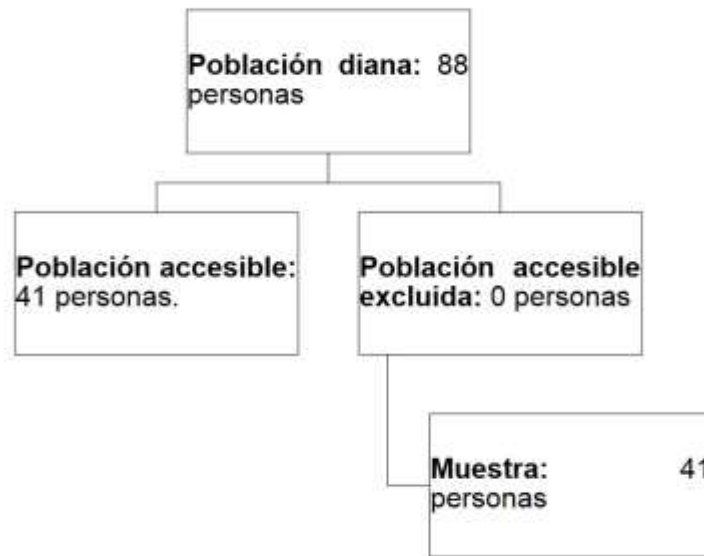
- Sujetos con limitaciones neurológicas que no puedan ser autónomos en sus respuestas.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

**Figura 2: Flujograma de selección de la muestra final.**



### **7.3- Definiciones operacionales:**

7.3.1- Variable independiente o explicativa: conocimiento pre intervención.

7.3.2- Variable dependiente o de respuesta: conocimiento post intervención.

7.3.3- Variable de control: edad, sexo, escolaridad.

**Tabla 1: Operacionalización de las variables.**

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Definición operacional	Indicador
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo	Cuantitativa, discreta.	Años comprendidos desde el nacimiento hasta la fecha de la	Numérica



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

	contando desde su nacimiento.		aplicación del cuestionario.	
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Cualitativa, nominal, dicotómica	Característica biológica que diferencia a varón y mujer.	1- Masculino. 2- Femenino
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Cualitativa, nominal, politómica	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	1- Soltero 2- Casado 3- Unión estable. 4- Viudo. 5- Divorciado
Escolaridad	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender.	Cualitativa, ordinal	Asistencia a la escuela alguna vez	1- Si 2- No
Puntaje en conocimiento pre-intervención	Puntuación obtenida en base a las opciones múltiples.	Cuantitativa, discreta	Puntaje máximo obtenido por los encuestados en la encuesta sobre conocimientos sobre prevención e VIH.	Numérica



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Puntaje en conocimiento post-intervención	Puntuación obtenida en base a las opciones múltiples.	Cuantitativa, discreta	Puntaje máximo obtenido por los encuestados en la encuesta sobre conocimientos sobre prevención e VIH.	Numérica
Conocimiento pre-intervención según modelo Grupo de Ayuda Mutua (GAM)	Determinación basada en análisis de las respuestas del instrumento de evaluación.	Cualitativa, nominal, dicotómica	Entrevistados masculino/femenino que en respuesta a preguntas pueden identificar la utilización consistente del condón, parejas VIH negativas monógamas recíprocamente, y abstención de relaciones sexuales como método de reducción del riesgo de contraer el VIH.	1- Si 2- No
Conocimiento post-intervención según modelo GAM	Determinación basada en análisis de las respuestas del instrumento de evaluación.	Cualitativa, nominal, dicotómica	Entrevistados masculino/femenino que en respuesta a preguntas pueden identificar la utilización consistente del condón, parejas VIH negativas monógamas	1- Si 2- No



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

			recíprocamente, y abstención de relaciones sexuales como método de reducción del riesgo de contraer el VIH.	
--	--	--	---	--

### 7.4- Intervención propuesta:

#### 7.4.1- Pasos en el desarrollo de la estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento.

1- Metas del programa: aumento en la demanda de información acerca del VIH y el SIDA, aumento en los conocimientos acerca del VIH y el SIDA, aumento en la evaluación del riesgo propio y aumento de la demanda de servicios.

2- Involucramiento a los interesados directos: acercamiento al chamán y al líder de la comunidad para la preparación de la propuesta de intervención comunitaria.

3- Identificación de las poblaciones destinatarias: residentes de la comunidad indígena de Arroyo Guasu San Isidro del pueblo Mbya Guaraní, del Distrito de Coronel Oviedo.

4- Evaluación formativa de CCC: determinación del conocimiento sobre la prevención del VIH mediante un instrumento diseñado para el efecto (Anexo 13.1), mediante este instrumento se determinó conocimientos básicos sobre VIH, comportamientos de riesgo, y apreciaciones de los líderes de opinión.

5- Separación en segmentos las poblaciones destinatarias: no se separó a las poblaciones destinatarias, todos los grupos fueron incluidos por igual.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

6- Objetivos de cambio de comportamiento: aumento de prácticas sexuales de menor riesgo (uso más frecuente de condones, menor número de parejas), aumento en la incidencia de comportamiento que buscan la atención de salud para el VIH y las pruebas y asesoramiento voluntarios, disminución del estigma asociado con el VIH/SIDA, disminución de la incidencia de actividad discriminatoria dirigida a las personas que viven con el VIH/SIDA y a otros grupos identificados como de alto riesgo

7- Diseño de la estrategia para la CCC: una vez determinado los riesgos, y se definió los objetivos se diseñó una serie de 4 charlas educativas sobre prevención del VIH que incluyó una asesoría y adaptación cultural por parte del Chamán y el líder de la comunidad, las charlas educativas fueron participativas, dinámicas e incluyó carteles didácticos diseñados para el efecto. Los temas impartidos fueron positivos.

Se presentó mensajes que se refuerzan mutuamente y estimulen la discusión, a la vez se aseguró que los mensajes del VIH y SIDA no entren en conflicto con los mensajes de la comunidad mediante una constante asesoría lingüística y cultural con el chamán y el líder, respetando de esta manera la autonomía y los derechos culturales de los participantes. Antes de cada charla educativa se realizaba una retroalimentación y posterior a la charla se realizaba lo mismo.

8- Desarrollo de productos para la comunicación: fueron elaborados carteles ilustrativos con mensajes adaptados culturalmente y evaluados por el Chaman y el líder de la comunidad.

9- Realización de pre-pruebas: los temas, mensajes, prototipo de materiales, herramientas de apoyo e instrumentos de evaluación formativa de la CCC, fueron previamente evaluados por la asesora, el chamán y el líder de la comunidad.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

10- Implementación y monitoreo: fueron realizadas 4 charlas educativas separadas por una semana cada una, un control de la asistencia y calidad de la información brindada mediante participación grupal.

11- Evaluación: se realizó una evaluación final del conocimiento adquirido con las intervenciones comunitarias, en base a un instrumento diseñado para el efecto (Anexo 13.1).

12- Inducción a la retroalimentación: se brindó asesoría sobre lugares donde recurrir para el acceso a la información y asesoría ante inquietudes.

### **7.5- Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos a utilizar, métodos para el control de calidad de los datos:**

Para el acceso a la población se realizó visitas previas, informando lo que se pretende realizar al encargado de dicha comunidad, una vez obtenido el permiso se realizó la primera fase de la investigación que estuvo dividida en dos etapas: la primera se realizó el diagnóstico sobre el conocimiento de los participantes (Mediante una estrategia cualitativa de diagnóstico por grupo focal) y una segunda etapa correspondiente al diseño de la estrategia educativa en correspondencia con sus necesidades previamente identificadas, una vez identificada se procedió a la segunda fase en donde se realizó 4 charlas educativas sobre la prevención del VIH, correspondiendo a 1 charla cada 2 semanas, posteriormente se realizó la tercera fase donde se aplicó de nuevo un cuestionario para determinar el conocimiento posterior a la serie de intervenciones.

La información recopilada durante las 3 fases se recopiló en una planilla electrónica de Microsoft Office Excel 2013 ©, utilizando como modelo al cuestionario diseñado para el efecto (Anexo 13.1).





## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

El cuestionario utilizado es un instrumento basado el cuestionario para grupos objetivo de adultos de 15-49 años de edad, desarrollado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos y el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido <sup>(46)</sup>, la versión utilizada en este estudio previamente fue validado previamente de forma cualitativa por expertos (Método Delphi) (Anexo 13.1).

Este cuestionario contenía 28 preguntas, dividida en 3 secciones:

- Sección 0- Datos de identificación de la encuesta: con 5 preguntas correspondientes a identificación de la encuesta.
- Sección 1- Datos de identificación del participante: con 6 preguntas correspondientes a la edad, el sexo, el nivel de instrucción y el estado civil.
- Sección 2-Conocimientos, opiniones y actitudes sobre el VIH. Con 17 preguntas correspondientes a la evaluación del nivel de conocimiento.

Se asignó una puntuación de 5 puntos a las preguntas consideradas para el diagnóstico sobre conocimiento sobre prevención de VIH correctamente respondidas, y a las demás preguntas correctamente respondidas con una puntuación de 3 puntos; la puntuación mínima a obtener fue de 0 y la máxima de 42 puntos.

### **7.6- Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación con sujetos humanos:**

El presente proyecto de investigación busca evaluar el impacto de una estrategia de educación sobre prevención del VIH en indígenas de la familia lingüística Guaraní de Arroyo Guasu San Isidro durante el 2017, objetivo que en concordancia con lo señalado en la declaración de Helsinki corresponde a una investigación que busca el beneficio de la población.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

El protocolo de investigación aprobado al comité de ética institucional de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú (Ref.: 26/07/17).

Se puede indicar que los principios de: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, consignados en la normatividad vigente fueron preservados en el desarrollo de la investigación, se solicitó la firma de consentimiento informado a los participantes previa a la explicación de los objetivos perseguidos por el estudio (Anexo 13.2).

Para manejar los datos personales de los participantes, se tuvo en cuenta las siguientes consideraciones: se tomó sólo los datos estrictamente necesarios para resolver los objetivos de la investigación; no se tomaron datos personales que permitan la identificación de los participantes. Esto con el fin de salvaguardar el derecho al anonimato, la información se manejó mediante códigos y sólo el investigador conoció a quién corresponde la información sistematizada bajo cada uno de los códigos. Además los archivos digitales con información sobre la investigación fueron almacenados con claves de acceso.

### **7.1- Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables.**

Las variables cuantitativas fueron analizadas y expresadas mediante las medidas de tendencia central (Media, Mediana), Medidas de dispersión (Desvió estándar, Percentiles).

Para verificar la normalidad de la distribución de la variable dependiente se utilizara el test de normalidad de Shapiro-Wilk en base a lo cual se optó por una prueba paramétrica.

Las variables cualitativas fueron presentadas mediante proporciones en tablas de frecuencias y gráficos.

Para evaluar la eficacia de la intervención se utilizó la prueba t para muestras pareadas, y el Análisis de la Varianza de un Factor (ANOVA).



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

Se utilizó la prueba de Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) y la Prueba F de Fisher, para la significancia estadística, asimismo para la comparación de los grupos se considerara una  $p < 0,05$  como significativa.

### **7.2- Programas a utilizar para análisis de datos.**

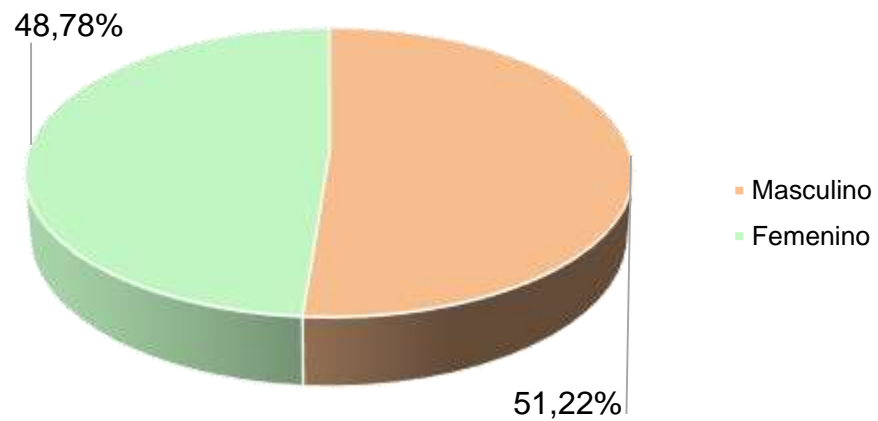
Para el almacenamiento de los datos se utilizó una planilla electrónica de Microsoft Office Excel 2013 © y para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico Stata 14.0 ©, con el cual se analizaron las variables de acuerdo a sus características.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

### 8. RESULTADOS

**Grafico 4: Distribución de la población indígena Arroyo Guasu San Isidro de acuerdo al sexo. n= 41**



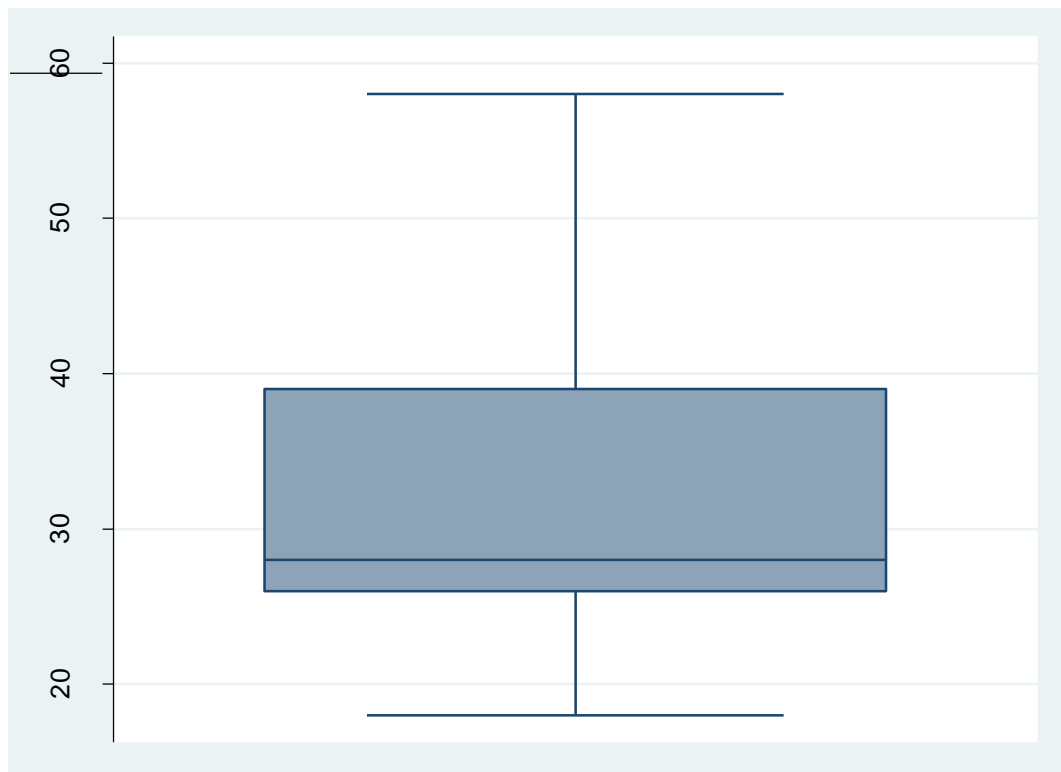
Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por el autor.

De la totalidad de la población participante de la investigación el 51,22% (21) fue del sexo masculino.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

**Grafico 5: Distribución de la población indígena Arroyo Guasu San Isidro de acuerdo a la edad. n= 41**



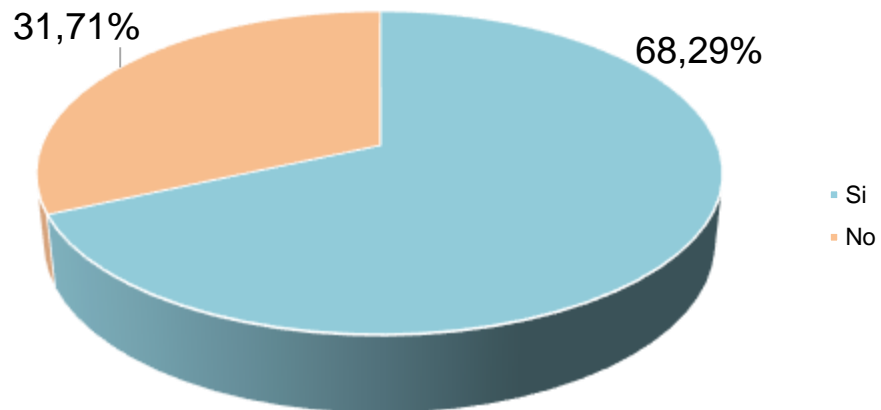
Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por el autor.

La edad mínima de los participantes fue de 18 años y la máxima de 58 años, la mediana de edad fue de 28 años y estuvo comprendida entre 26 y 39 años de edad.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

**Grafico 6: Distribución de la población indígena Arroyo Guasu San Isidro de acuerdo a asistencia alguna vez la escuela. n= 41**



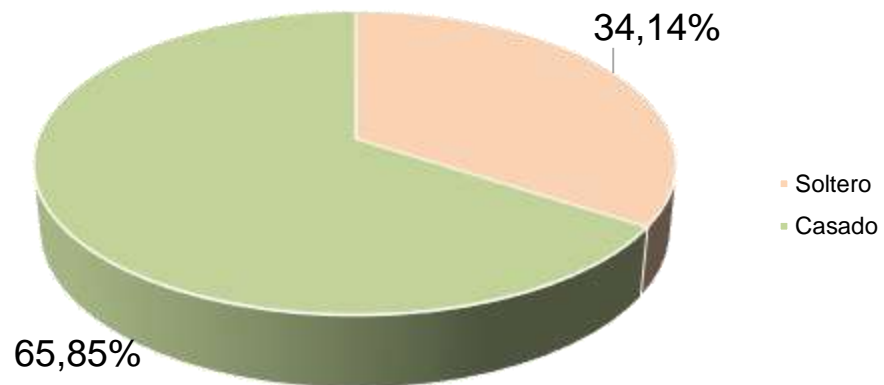
Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por el autor.

De la totalidad de la población indígena de Arroyo Guasu San Isidro participante del estudio el 68,29% (28) no ha asistido a la escuela.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

**Grafico 7: Distribución de la población indígena Arroyo Guasu San Isidro de acuerdo al estado civil. n= 41**



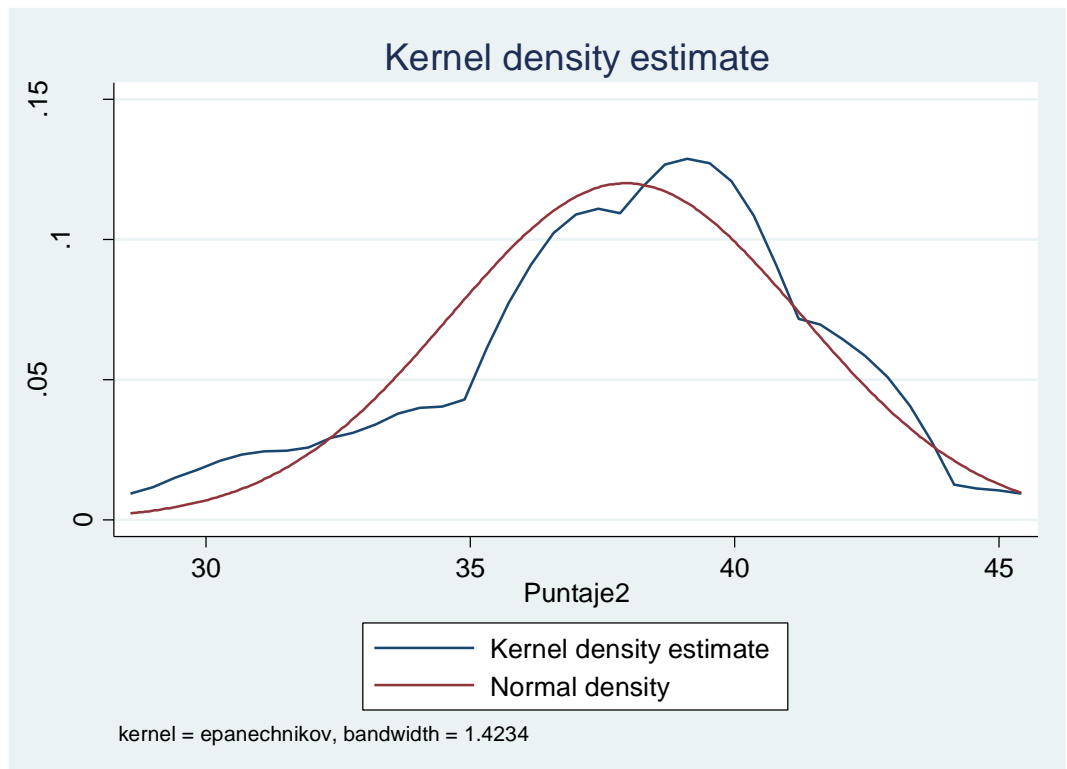
Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por el autor.

De la totalidad de los participantes en el estudio, el 65,85% (27) estaban casados.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

**Grafico 8: Distribución de la población indígena Arroyo Guasu San Isidro de acuerdo al puntaje obtenido sobre conocimiento sobre prevención de VIH post intervención educativa. n= 41**



Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por el autor.

El puntaje mínimo obtenido en la evaluación sobre el conocimiento sobre prevención de VIH fue de 30 puntos y el máximo de 44 puntos, con una mediana de puntaje de 38 puntos y estuvo comprendida entre 36 y 41 puntos





## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

**Tabla 2: Distribución de la población indígena Arroyo Guasu San Isidro de acuerdo a diferencia de puntajes en el diagnóstico del conocimiento sobre prevención del VIH pre y post intervención educativa. n=41**

Variable	Media	Error estándar	Desvió estándar	IC – 95%
Puntaje final	37,95	0,51	3,32	36,90 – 39,00
Puntaje inicia	2,87	1,05	6,73	0,75 – 5,00
<b>Diferencia</b>	- 35,07	1,11	7,13	32,81 – 37,32
t=31,45		Grado de libertad= 40		
Ha: media(dif) < 0		Ha: media(dif) != 0		Ha: media(dif) > 0
Pr(T < t) = 1.0000		Pr( T  >  t ) = 0.0000		Pr(T > t) = 0.0000

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por el autor.

La diferencia de promedios entre el puntaje sobre el conocimiento sobre prevención del VIH pre y post intervención educativa fue de 35,07 ( $\pm 7,13$ ), siendo esta diferencia estadísticamente significativa.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

**Tabla 3: Distribución de la población indígena Arroyo Guasu San Isidro de acuerdo al tamaño del efecto de los puntajes en el diagnóstico del conocimiento sobre prevención del VIH pre y post intervención educativa. n=41**

Tamaño del efecto	Estimación	IC - 95%
D de Cohen	-6,60	7,70 - 5,49

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por el autor.

La magnitud del efecto entre los puntajes obtenidos del conocimiento sobre prevención del VIH pre y post intervención entre los segmento fue mediano.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

**Tabla 4: Distribución de la población indígena Arroyo Guasu San Isidro de acuerdo a la diferencia de puntajes en el diagnóstico del conocimiento sobre prevención del VIH y el sexo. n=41**

Indicador	Media	Error estándar	Desvió estándar	IC – 95%									
Masculino	-34,76	1,66	7,63	-38,23 - - 31,28									
Femenino	-35,40	1,51	6,76	-38,56 - - 32,23									
<b>Conjunto</b>	-35,07	1,11	7,13	-32,81									
<b>Diferencia</b>	0,63	2,25		5,20									
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;">t= 0,28</td> <td style="width: 33%; border: none;">Grados de libertad= 39</td> <td style="width: 33%; border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Ha: dif &lt; 0</td> <td style="border: none;">Ha: dif != 1</td> <td style="border: none;">Ha: dif &gt; 1</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Pr(T &lt; t) = 0,9965</td> <td style="border: none;">Pr( T  &gt;  t ) = 0.0070</td> <td style="border: none;">Pr(T &gt; t) = 0.0035</td> </tr> </table>					t= 0,28	Grados de libertad= 39		Ha: dif < 0	Ha: dif != 1	Ha: dif > 1	Pr(T < t) = 0,9965	Pr( T  >  t ) = 0.0070	Pr(T > t) = 0.0035
t= 0,28	Grados de libertad= 39												
Ha: dif < 0	Ha: dif != 1	Ha: dif > 1											
Pr(T < t) = 0,9965	Pr( T  >  t ) = 0.0070	Pr(T > t) = 0.0035											

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborada por el autor.

La diferencia de promedios entre el puntaje obtenido en el conocimiento sobre prevención del VIH post intervención educativa y el sexo fue de 37,95 ( $\pm 3,32$ ), siendo esta diferencia estadísticamente significativa.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

**Tabla 5a: Distribución de la población indígena Arroyo Guasu San Isidro de acuerdo a la diferencia de puntajes en el diagnóstico del conocimiento sobre prevención del VIH y el grupo etario. n=41**

	Suma de cuadrados	Grado de libertad	Media Cuadrática	F	Prob > F
Entre grupos	716,89	5	143,37	3,80	0,0075
Dentro de los grupos	1321,88	35	37,76		
<b>Total</b>	2038,78	40	50,96		
Prueba de Bartlett para varianzas iguales: $\chi^2(5) = 14,3302$ Prob > $\chi^2 = 0,014$					

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborada por el autor.

La media cuadrática entre el puntaje obtenido en el conocimiento sobre prevención del VIH post intervención educativa y el grupo etario entre grupos fue de 716,89, y dentro de los grupos de 1321,88 puntos, no siendo esta diferencia estadísticamente significativa.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

**Tabla 5b: Distribución de la población indígena Arroyo Guasu San Isidro de acuerdo a al puntajes en el diagnóstico del conocimiento sobre prevención del VIH post intervención educativa y el grupo etario. n=41**

Media de la fila	18 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años
Media de la columna					
20 a 24 años	-4,16667 0,036				
25 a 29 años	-12,8718 0,244	-8,70513 0,104			
30 a 34 años	-11,3333 0,216	-7,16667 0,934	1,53846 1,000		
35 a 39 años	-12,0833 1,000	-7,91667 0,807	0,788462 1,000	-0,75 1,000	
40 a más años	-12,9333 0,044	-8,76667 0,136	-0,061538 1,000	-1,6 1,000	-0,85 1,000

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborada por el autor.

La comparación entre el puntaje obtenido en el conocimiento sobre prevención del VIH post intervención educativa y el grupo etarios según Bonferroni demuestra que no existe una asociación estadísticamente significativa entre ninguno de los grupos etarios.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

**Tabla 6: Distribución de la población indígena Arroyo Guasu San Isidro de acuerdo a la diferencia de puntajes en el diagnóstico del conocimiento sobre prevención del VIH y escolaridad. n=41**

Indicador	Media	Error estándar	Desvió estándar	IC – 95%
No	-35,85	1,32	6,99	-38.56985 - - 33.14444
Si	-33,38	2,06	7,43	-37.87661 - - 28.89262
<b>Conjunto</b>	-35.07	1,11	7,13	-37.32661 - - 32.81973
<b>Diferencia</b>	-2,47	2,39		-7.314972 - 2.369917
t=-1,03		Grados de libertad= 39		
Ha: dif < 0		Ha:dif!= 0		Ha: dif > 0
Pr(T < t) = 0,9031		Pr( T  >  t ) = 0.3081		Pr(T > t) = 0.0969

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por el autor.

La diferencia de promedios entre el puntaje obtenido diagnóstico en el conocimiento sobre prevención del VIH post intervención educativa y la escolaridad fue de 37,95 ( $\pm 3,32$ ), siendo esta diferencia estadísticamente no significativa.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Tabla 7: Distribución de la población indígena Arroyo Guasu San Isidro de acuerdo a diferencia en el conocimiento pre y post intervención según modelo GAM. n=41

	Pre intervención		Post intervención		Valor p
	Frec.	%	Frec.	%	
<b>Conocimiento</b>					
Si	0	0	36	82,14	<b>0.000</b>
No	41	100	5	17,86	

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por el autor.

Se puede apreciar un aumento estadísticamente significativo en los conocimientos sobre la prevención del VIH posterior a la intervención educativa.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Tabla 8: Distribución de la población indígena Arroyo Guasu San Isidro de acuerdo a diferencia en el opiniones y actitudes pre y post intervención según modelo GAM. n=41

	Pre intervención		Post intervención		Valor p
	Frec.	%	Frec.	%	
<b>Opiniones y actitudes</b>					
Favorable	0	0	17	60,71	<b>0.000</b>
Desfavorable	28	100	11	39,29	

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por el autor.

Se puede apreciar un aumento estadísticamente significativo en las opiniones y actitudes sobre la prevención del VIH posterior a la intervención educativa.





## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### 9. DISCUSION

Garantizar el acceso a la atención primaria de salud es ampliamente aceptado como clave para mejorar los resultados de salud<sup>47</sup>. En el caso de las poblaciones indígenas que viven con altas tasas de enfermedades infecto-contagiosas, el acceso a estos servicios es aún más crucial<sup>48</sup>.

A pesar de esto, a los pueblos indígenas a menudo se les impide acceder a este tipo de servicios debido a una serie de barreras que incluyen el alto costo de la atención médica, experiencias de discriminación y racismo y comunicación deficiente con profesionales de la salud<sup>49</sup>. La evidencia sugiere que el acceso a la atención primaria de salud puede mejorarse cuando los servicios se adaptan a las necesidades de las propias comunidades indígenas, o son propiedad de ellas y son administradas por ellas<sup>50,51</sup>.

Muy pocos países tienen datos confiables de vigilancia nacional para indicar el verdadero nivel de infección por VIH entre los pueblos indígenas. Solo algunos programas de vigilancia registran el origen étnico de los examinados e, incluso cuando se identifican los niveles de infección en grupos étnicos específicos, existe información limitada sobre los patrones específicos de riesgo de VIH y la forma en que el VIH afecta a esas comunidades. Al igual que con todos los datos sobre la incidencia y prevalencia del VIH, se debe tener precaución al sacar conclusiones sobre el nivel de riesgo de VIH basado únicamente en los resultados de las pruebas de VIH realizadas en segmentos seleccionados de la población<sup>52</sup>.

Lo anterior es particularmente cierto cuando se trata de determinar los niveles de infección por VIH en grupos marginados, como es el caso de muchas poblaciones indígenas<sup>6,7</sup>. Cuando las personas están geográficamente aisladas, por ejemplo, o tienen menos acceso al sistema de atención de la salud, muchos



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

programas de detección del VIH pueden pasarles por alto. Además, cuando el estigma y la discriminación están asociados con el estatus indígena, existe un desincentivo para que los pueblos indígenas revelen su estado si se les solicita. Los tabúes sociales y culturales también pueden desalentar a los pueblos indígenas de divulgar formas de comportamiento que los colocan en riesgo de infección por VIH, si esos comportamientos se consideran inaceptables en sus comunidades<sup>9, 11,15</sup>.

Así como ha habido poca recolección de datos consistentes sobre el VIH en las poblaciones indígenas, también se ha implementado un número relativamente pequeño de políticas y programas específicos para abordar la propagación y el impacto del VIH en las comunidades indígenas.

Estudios semejantes en la población indígena no se han conducido hasta la fecha, sin embargo se ha visto su efectividad en estudios de adolescentes<sup>9-13</sup>.

En esta investigación se puede apreciar que el conocimiento, las opiniones y actitudes iniciales fueron nulas, lo cual es posible fundamentar en que la mayor proporción de los sujetos que han participado de la intervención educativa no habían asistido nunca a una escuela.

En base al diagnóstico inicial y tomando como punto de partida inicial se ha optado por los carteles ilustrativos como estrategia de intervención educativa, la diferencia de promedios fue estadísticamente significativo.

Posterior a las intervenciones comunitarias se ha visto un aumento considerable en el conocimiento sobre la prevención del VIH, asimismo otro aumento muy importante en las opiniones y actitudes.

Es posible apreciar también la diferencia de promedios estadísticamente significativa existente entre el sexo masculino y femenino, sin embargo esto no puede ser apreciado entre el grupo etario y la escolaridad.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

En algunos lugares, las organizaciones comunitarias y otras organizaciones no gubernamentales han tomado la iniciativa en la prevención y atención del VIH en comunidades indígenas, con mayor o menor grado de apoyo gubernamental<sup>50,51</sup>.

Los modelos de prevención y atención del VIH que han demostrado ser exitosos en comunidades no indígenas necesitan modificaciones importantes para que sean relevantes y exitosos entre los pueblos indígenas. El Foro está bien posicionado para trabajar en asociación con los organismos de las Naciones Unidas, los donantes y los órganos regionales y nacionales de coordinación del VIH para garantizar que las políticas y los programas se adapten a las necesidades de los pueblos indígenas en particular<sup>9,40,41,46</sup>.

Debido a que muchos de los factores que hacen que las comunidades indígenas sean particularmente vulnerables al VIH no se relacionan con el estado de salud sino con su estatus social, económico y político subordinado dentro de las sociedades más amplias en las que viven, cualquier política sobre VIH en comunidades indígenas debe ser vista en ese contexto. Es poco probable que los esfuerzos para alentar las pruebas voluntarias del VIH y el reconocimiento de los riesgos del VIH, por ejemplo, tengan éxito si no se toman medidas al mismo tiempo para proteger a las poblaciones indígenas ya estigmatizadas de una mayor discriminación. La atención y el tratamiento para las personas indígenas con VIH no se pueden brindar de manera efectiva donde la atención médica general ya es inasequible o inaccesible. Algunos pueblos indígenas que enfrentan mayores riesgos de VIH porque no tienen ningún medio de apoyo excepto el trabajo sexual, o que son vulnerables a la trata de personas, no pueden hacer nada frente a esos riesgos a menos que reciban asistencia para lograr una mayor autosuficiencia económica<sup>45,48</sup>.

Abordar los determinantes sociales y económicos más amplios de la vulnerabilidad al VIH es una gran tarea. Los desequilibrios profundamente



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

arraigados de ese tipo no se pueden remediar fácil o rápidamente, en todo caso. No obstante, al formular políticas de VIH para las comunidades vulnerables como los pueblos indígenas, es importante reconocer las realidades sociales y económicas de las vidas de esas personas. Los servicios de alivio de la pobreza, alfabetización y abogacía pueden ayudar a abordar los riesgos del VIH tanto como los programas específicos de educación de salud pública. Un enfoque integrado que sitúe la política de VIH en este contexto más amplio es importante para evitar la trampa de ver el VIH como un problema político independiente <sup>49-52</sup>.

Ningún esfuerzo para diseminar información sobre VIH y programas de prevención relacionados con el sexo, la sexualidad o las relaciones familiares dentro de una comunidad tendrá éxito a menos que los miembros individuales de esa comunidad decidan por sí mismos que la información y la prevención del VIH son necesarias. Esto enfatiza el hecho de que el principio del consentimiento libre e informado de los pueblos indígenas a las intervenciones que los afectan no es solo una retórica. Más bien, es fundamental para el éxito de las políticas y programas de VIH para los pueblos indígenas.

Con esta investigación se puede evaluar el impacto a corto plazo, sin embargo se pudo evaluar el impacto a largo plazo, lo sería interesante plantear en futuras investigaciones con miras a evaluar el impacto de la estrategia educativa sobre los resultados biológicos.

Las limitaciones del estudio se centran en la cantidad de los sujetos sometidos a intervención, limitando de esta manera a la validez externa. Puede existir un sesgo de selección y medición. Un número no despreciable de sujetos no fueron incluidos en el análisis, puesto que no se cumplía con los criterios de inclusión.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### 10. CONCLUSIÓN

Al finalizar el trabajo esta investigación es posible concluir lo siguiente:

- Las intervenciones educativas mejoran significativamente el conocimiento, las opiniones y las prácticas sobre la prevención de VIH.
- Se pudo apreciar la eficacia de la educación no formal por el cambio positivo en conocimiento sobre la prevención de VIH.
- La población de estudio fue de igual proporción entre el sexo masculino y femenino, la mediana de edad fue de 27 años, siendo en su mayoría casados los participantes de la intervención.
- La mayoría de los participantes no han ido a la escuela.
- La diferencia de promedios entre el conocimiento pre intervención y posterior a la intervención fue considerablemente amplio.
- El diseño de la estrategia educativa adaptada y validada culturalmente ha aumentado el conocimiento significativamente sobre prevención de VIH en la población de estudio.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### 11. RECOMENDACIONES

- Conducir un nuevo estudio tomando a una mayor cantidad de comunidades indígenas aplicando nuevas estrategias educativas.
- Promocionar la educación no formal como estrategia de enseñanza sobre prevención de enfermedades prevenibles.
- Crear estrategias sanitarias para lograr una mayor inclusión de la población indígena en las políticas sanitarias y con miras a mejorar el acceso a servicios de salud.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### 12. BIBLIOGRAFÍA

- 1- Public Health Agency of Canada. HIV/AIDS Epi updates. Ottawa: Health Canada; 2010.
- 2- Shea B, Aspin C, Ward J, Archibald C, Dickson N, McDonald A, et al. HIV diagnoses in indigenous peoples: comparison of Australia, Canada and New Zealand. *Int Health*. 2011; 3(3):193-8
- 3- Minority Rights Group International. State of the world's minorities and Indigenous peoples 2013: focus on health. London: Minority Rights Group; 2013.
- 4- Marmot M. Dignity and inequality. *Lancet*. 2004; 364(9439):1019-21.
- 5- Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008; 372(9650):1661-9.
- 6- Reading J, Halseth R. Pathways to improving well-being for indigenous peoples: how living conditions decide health. Prince George: National Collaborating Centre for Aboriginal Health; 2013.
- 7- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS). Estudio de prevalencia de Sífilis/VIH y conocimiento, prácticas y actitudes de la población indígena en 3 ejes geográficos del Paraguay. [Consultado 14 de mayo de 2017]. Disponible en: [http://www.pronasida.gov.py/images/documentos/inf\\_pob\\_indigena.pdf](http://www.pronasida.gov.py/images/documentos/inf_pob_indigena.pdf)



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

- 8- Family Health International (FHI). Comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) para el VIH/sida: Un marco de trabajo estratégico. FHI. 2003.
- 9- Mikhailovich K, Arabena K Evaluating an indigenous sexual health peer education project. Health Promot J Austr. 2005 Dec; 16(3):189-93.
- 10- Torres Pilar WM , Gutiérrez JP, Bertozzi SM. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/sida entre adolescentes escolarizados mexicanos. Salud pública Méx. 2006; 48(4): 308-316.
- 11- Maier E. Educación para la prevención del VIH-SIDA para inmigrantes indígenas en Baja California. Región y sociedad.2007; 19(40):3-37
- 12- Doblado Donis N, De la Rosa BI, Pérez Rodríguez E, Jiménez Sánchez CJ, González G. Estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre algunos aspectos de sexualidad en estudiantes. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2009; 35(4): 191-204
- 13- Medley A, Kennedy C, O'Reilly K, Sweat, M. Effectiveness of Peer Education Interventions for HIV Prevention in Developing Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. AIDS Education and Prevention : Official Publication of the International Society for AIDS Education. 2009; 21(3): 181–206.
- 14- World Health Organization (WHO). Prevent HIV, test and treat all - WHO support for country impact Progress report 2016.
- 15- World Health Organization (WHO). HIV/AIDS. [Consultado 14 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>
- 16- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS). Informe de la Situación epidemiología del VIH y sida, Paraguay, 2015. [Consultado 10 de





## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

mayo de 2017] Disponible en:  
<http://www.pronasida.gov.py/images/documentos/inf%20epi%20vih%202015%20final.pdf>

17- Rios-González CM. Importancia de la oferta de tamizaje del VIH en Paraguay. *Ciencia e Investigación Medico Estudiantil Latinoamericana*. 2017; 22(2).

18- World Health Organization (WHO). Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV. 2011. [Consultado 01 de mayo de 2017] Disponible en:  
[http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518\\_Surveillance\\_among\\_most\\_at\\_risk.pdf](http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf)

19- Sidibé M, Goosby EP. Foreword: Global action to reduce HIV stigma and discrimination. *J Int AIDS Soc*. 2013 Nov 13; 16(3):18893.

20- Minority Rights Group International. State of the world's minorities and indigenous peoples 2013: focus on health. London: Minority Rights Group; 2013.

21- Reading J, Halseth R. Pathways to improving well-being for indigenous peoples: how living conditions decide health. Prince George: National Collaborating Centre for Aboriginal Health; 2013.

22- Rios-González CM. Análisis bibliométrico de la producción científica sobre VIH/sida en el Paraguay 1987 - 2015. *SCIENTIFICA*.2016; 14(1): 49-49

23- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). AIDS DATA. [Consultado 12 de mayo de 2017]. Disponible en:  
[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2016-AIDS-data\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-AIDS-data_en.pdf)



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

- 24- Bachmann L. Sexually Transmitted Infections in HIV-Infected Adults and Special Populations: A Clinical Guide [monograph on the Internet]. Cham, Switzerland: Springer; 2017.
- 25- Monge S, Pérez-Molina JA. Infección por el VIH e inmigración. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2016.<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2016.02.027>
- 26- Kuyarinakui Ay. Promotion of sexual health and prevention of HIV-AIDS and STIs in the indigenous peoples of the Americas. WHO/PAHO. 2013.
- 27- Rios-González CM. Evaluation of the scientific production on HIV in indigenous people, from 1989 to 2016. *Travel Medicine and Infectious Disease* (2017), doi: 10.1016/j.tmaid.2017.06.004.
- 28- Calvillo Paz CR, Rodríguez Cabrera A. Educación sexual para estudiantes indígenas de una comunidad rural en Guatemala. *Revista Novedades en Población*. 2014; 10(20): 21-30.
- 29- Arroyave MC. La expansión del VIH y SIDA: Percepciones y respuestas sociales en los wayuu de Colombia (Doctoral dissertation, Universidad de Granada).2017.
- 30- Benzaken AS, Sabidó M, Brito I, Bermúdez XP, Benzaken NS, Galbán E, et al. HIV and syphilis in the context of community vulnerability among indigenous people in the Brazilian Amazon. *Int J Equity Health*. 2017; 16(1):92.
- 31- Rojas C, Castro D, Gómez N, Lozano M, Congote J, Mignone J, et al. Prevalence, Risk Behaviours, and HIV Knowledge in an Indigenous Community in Colombia. *International Journal of Indigenous Health*. 2015; 10(2): 102.
- 32- Benoit AC, Younger J, Beaver K, Jackson R, Loutfy M, Masching R, et al. Increased mortality among Indigenous persons in a multisite cohort of people living with HIV in Canada. *Can J Public Health*. 2017; 108(2):e169-e175.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

- 33- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEE). Pueblos indígenas en el Paraguay Resultados Finales de Población y Viviendas 2012. [Consultado 15 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/indigena2012/Pueblos%20indigenas%20en%20el%20Paraguay%20Resultados%20Finales%20de%20Poblacion%20y%20Viviendas%202012.pdf>
- 34- López JM. Intervención educativa, intervención pedagógica y educación: La mirada pedagógica. Revista portuguesa de pedagogía. 2011; 283-307.
- 35- Werquin P. Recognition of non-formal and informal learning: Country practices. Organisation de coopération et de développement économiques OCDE. Paris. 2010.
- 36- Rivero AG, Dabos GE, Marino J, Rodríguez MC. IMPACT OF FORMAL EDUCATION IN MANAGEMENT GRADUATE PROGRAMS: ANALYSIS OF CAREER TRANSITIONS IN MBA GRADUATES. Innovar. 2017; 27(63): 107-124.
- 37- García-Peñalvo FJ. Aprendizaje informal. 2016.
- 38- Ewald L. Más Que el Apoyo Académico: La Educación No Formal, y el Programa Servicio País. 2014.
- 39- Sánchez MM, Rodríguez YT. Trabajando con grupos: técnicas de intervención. 2006.
- 40- Franco-Giraldo Á. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). Facultad Nacional de Salud Pública. 2015; 33(3): 414-424.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

41- Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud para todos en el siglo XXI. El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.

42- Rodríguez Cabrera A, Sanabria Ramos G, Contreras Palú ME, Perdomo Cáceres B. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. Revista Cubana de Salud Pública. 2013; 39(1): 161-174.

43- Olivera Carmenates C, Bestard Aranda AM, Fell Guerra L, Brizuela Pérez, S, Bujardón Mendoza A. Estrategia educativa sobre sexualidad sana en adolescentes. Humanidades Médicas. 2014; 14(3): 629-645.

44- Calcagno S. Pueblos indígenas y educación: una propuesta regional para la alfabetización de adultos. En: Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas-LC/W. 72-2006. 2006.

45- Organización Panamericana de la Salud (OMS). Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. 2008.

46- Amon J, Brown T, Hogle J, MacNeil J, Magnani R, Mills S. Encuestas de Vigilancia del Comportamiento EVC. Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones en riesgo al VIH. Family Health International. 2000.

47- Grad FP. The Preamble of the Constitution of the World Health Organization. Bull World Health Organ. 2002; 80(12):981-4.

48- World Health Organisation. The World Health Report 2008: Primary health care now more than ever. Geneva: WHO; 2008

49- Aspin C, Brown N, Jowsey T, Yen L, Leeder S. Strategic approaches to enhanced health service delivery for Aboriginal and Torres Strait



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

Islander people with chronic illness: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2012 Jun 8; 12():143.

50- Reibel T, Morrison L, Griffin D, Chapman L, Woods H. Young Aboriginal women's voices on pregnancy care: factors encouraging antenatal engagement. Women Birth. 2015 Mar; 28(1):47-53

51- Hayman N. Strategies to improve indigenous access for urban and regional populations to health services. Heart Lung Circ. 2010 May-Jun; 19(5-6):367-71.

52- Ponce P, Núñez Noriega G. "Pueblos indígenas y VIH-Sida." Desacatos. 2011; 35: 7-10.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

### 13. ANEXOS

#### Anexo 13.1: Instrumento de recolección de datos.

#### CONOCIMIENTOS, OPINIONES Y ACTITUDES VIH/SIDA EN INDÍGENAS DE LA FAMILIA LINGÜÍSTICA GUARANÍ DEL DEPARTAMENTO DE CAAGUAZÚ, 2017.

*Sección 0- Datos de identificación de la encuesta.*

001 NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO |\_\_|\_\_|\_\_|

002 CIUDAD \_\_\_\_\_

003 SITIO \_\_\_\_\_

004 ENTREVISTADOR: Código [\_\_|\_\_] Nombre: \_\_\_\_\_

005 FECHA DE LA ENTREVISTA: \_\_\_\_ \ \_\_\_\_ \ \_\_\_\_

*Sección 1- Datos de identificación del participante.*

No.	Preguntas y filtros	Categorías de codificación	Pasara
P101	SEXO DEL ENTREVISTADO	1- MASCULINO 2- FEMENINO	
P102	¿En qué mes y en qué año nació?	MES[____ ____] 8- NO SABE 9- NO HAY RESPUESTA	
P103	¿Asistió alguna vez a la escuela?	1- SÍ 2- NO 9- NO HAY RESPUESTA	
P104	¿Cuál es el grado más alto al que llegó en la escuela: primaria, secundaria o superior?  <b>HAGA UN CÍRCULO ALREDEDOR DE UNO</b>	1- PRIMARIA 2- SECUNDARIA 3- SUPERIOR 9- NO HAY RESPUESTA	
P105	¿Cuántos años en total tiene de educación finalizada hasta ahora?	#AÑOS FINALIZADOS[____ ____]	



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

		9- NO HAY RESPUESTA	
P106	¿Ha estado casado?	1- SÍ 2- NO 9- NO HAY RESPUESTA	

### *Sección 2- Conocimientos, opiniones y actitudes sobre VIH/sida.*

No.	Preguntas y filtros	Categorías de codificación	Pasar a
P201	¿Ha escuchado alguna vez sobre el VIH o la enfermedad llamada SIDA?	1- SÍ 2- NO 9- NO HAY RESPUESTA	>Termina
P201a	¿Conoce a alguien que esté infectado por el VIH o que haya muerto de SIDA?	1- SÍ 2- NO 8- NO SABE 9- NO HAY RESPUESTA	->P003 ->P003
P201b	¿Tiene usted algún pariente o amigo cercano que esté infectado con VIH o que haya muerto de SIDA?	1-SÍ, UN PARIENTE CERCANO 2- SÍ, UN AMIGO CERCANO 3- NO 9- NO HAY RESPUESTA	
P203	¿Pueden las personas protegerse a sí mismas del VIH, el virus que causa el SIDA, utilizando un condón de manera correcta cada vez que se tengan relaciones sexuales?	1-SÍ 2-NO 8-NO SABE 9-NO HAY RESPUESTA	
P204	¿Puede una persona infectarse de VIH por una picada de mosquito?	1-SÍ 2-NO 8-NO SABE 9-NO HAY RESPUESTA	
P205	¿Pueden las personas protegerse a sí mismas del VIH	1-SÍ	



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

	al tener una pareja sexual fiel que no esté infectada?	2-NO 8-NO SABE 9-NO HAY RESPUESTA	
P206	¿Pueden las personas protegerse a sí mismas del VIH al abstenerse de tener relaciones sexuales?	1-SÍ 2-NO 8-NO SABE 9-NO HAY RESPUESTA	
P207	¿Puede una persona infectarse del VIH al compartir una comida con alguien que está infectado?	1-SÍ 2-NO 8-NO SABE 9-NO HAY RESPUESTA	
P208	¿Puede una persona adquirir el VIH al inyectarse con una aguja que alguien más ya utilizó?	1-SÍ 2-NO 8-NO SABE 9-NO HAY RESPUESTA	
P209	¿Piensa que una persona que se ve saludable puede estar infectada con VIH, el virus que ocasiona el SIDA?	1-SÍ 2-NO 8-NO SABE 9-NO HAY RESPUESTA	
P210	¿Puede una mujer embarazada que está infectada con VIH o SIDA transmitir el virus a su bebé?	1-SÍ 2-NO 8-NO SABE 9-NO HAY RESPUESTA	
P211	¿Qué puede hacer una mujer embarazada para reducir el riesgo de transmisión del VIH a su bebé?	TOMAR MEDICAMENTOS (Antiretrovirales)      1 2 OTRO _____ 1 2	





## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

	<b>NO LEA LA LISTA HAGA UN CÍRCULO ALREDEDOR DE TODOS LOS QUE SE MENCIONEN</b>	NO SABE 2	1	
		NO HAY RESPUESTA 2	1	
P212	¿Puede una mujer con VIH o SIDA transmitir el virus a su niño recién nacido a través de la lactancia materna?	1-SÍ 2-NO 8-NO SABE 9-NO HAY RESPUESTA		
P213	¿Existe la posibilidad en su comunidad de que alguien pueda obtener una prueba confidencial para averiguar si está infectado por el VIH?  <i>Al decir confidencial me refiero a que nadie sabrá el resultado si no se quiere que se sepa</i>	1-SÍ 2-NO 8-NO SABE 9-NO HAY RESPUESTA		
P214	Yo no quiero saber el resultado, pero ¿ha tenido usted alguna vez una prueba de VIH?	1-SÍ 2-NO 9-NO HAY RESPUESTA		-> Termina
P215	¿Usted se hizo voluntariamente la prueba de VIH o se le solicitó hacerla?	1- Voluntariamente 2- Solicitada 9- NO HAY RESPUESTA		
P216	No me diga el resultado pero, ¿averiguó usted el resultado de su prueba?	1-SÍ 2-NO 9-NO HAY RESPUESTA		
P217	¿Cuándo se realizó la prueba del VIH más reciente?	1- EL AÑO PASADO 2- ENTRE 1 Y 2 AÑOS 3- ENTRE 2 Y 4 AÑOS 4- MÁS DE 4 AÑOS 8- NO SABE 9- NO HAY RESPUESTA		



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### **Anexo 13.2: Consentimiento informado.**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Impacto de una estrategia de educación en la prevención de VIH en indígenas de la familia lingüística Guaraní de Caaguazú, 2017.**

**Investigador Principal:** Carlos Miguel Rios González

Estimada/o participante:

Mediante la presente, usted es invitada/o a participar en el estudio sobre prevención de VIH.

Con este estudio se evaluará el tema cuyo resultado podrá dar inicio a la elaboración de planes estratégicos y multidisciplinarios que aplicados en tiempo y forma puedan ayudar.

Teniendo en cuenta lo anterior, deseo solicitar su participación en el estudio, que consistiría básicamente en responder el siguiente cuestionario. Cabe destacar que su participación es totalmente voluntaria y anónima.

#### **RIESGOS Y BENEFICIOS**

En cuanto a los participantes del estudio, éstos no presentan ningún riesgo, en términos de privacidad e integridad, ya que la misma será aplicada de forma anónima.

#### **ALMACENAMIENTO DE DATOS PARA LA CONFIDENCIALIDAD DEL PROYECTO**

Las respuestas serán digitalizadas mediante una planilla electrónica, esta investigación preservará la confidencialidad de su identidad y utilizará los datos con propósitos meramente profesionales, codificando la información y manteniéndola en archivos seguros. Sólo los investigadores tendrán acceso a esta información. Bajo ninguna circunstancia se identificarán personas de manera individual.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### LUGAR Y TIEMPO INVOLUCRADO

Los individuos abordados dispondrán de un tiempo comprendido entre 20 y 30 minutos para participar de las charlas educativas y responder los cuestionarios.

### COMO SE UTILIZARAN LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el estudio, serán utilizados para aportar datos acerca del tema. Los resultados podrán ser publicados a las autoridades de la región dependiendo del tema que permitan la toma de medidas dirigidas a esta población de estudio respetando siempre la integridad, confidencialidad y justicia.

### DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES

He leído y comprendido la descripción de la investigación con el investigador. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del propósito y procedimientos en relación con el estudio.

Mi participación es enteramente voluntaria pudiendo negarme a participar o retirarme en el momento en que yo considere.

Toda información derivada de la investigación que me identifique de forma personal será revelada únicamente bajo mi voluntad y consentimiento.

Si tengo dudas o preocupaciones acerca de mi participación en la investigación, puedo contactarme con el investigador, Carlos Miguel Rios González quien responderá mis preguntas. El celular del investigador es 0971708328 y su dirección de correo es [carlosmigue\\_rios@live.com](mailto:carlosmigue_rios@live.com).

Mi firma significa que estoy de acuerdo en formar parte del estudio.

Yo \_\_\_\_\_ en  
fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Estoy de acuerdo en participar del estudio titulado  
**“Impacto de una estrategia de educación en la prevención de VIH en indígenas de la familia lingüística Guaraní de Caaguazú, 2017”**. El propósito y naturaleza del estudio me ha sido descrito por el investigador principal, Carlos Miguel Rios González. Comprendo enteramente lo solicitado y que puedo



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

ponerme en contacto con el investigador principal ante cualquier duda. También comprendo que mi participación es enteramente voluntaria y que puedo negar mi participación en cualquier momento.

---



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

### Anexo 13.3: Cronograma general.

Actividad/ Mes	Feb	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic
Elección del tema										
Búsqueda bibliográfica										
Planteamiento del problema										
Redacción del protocolo										
Presentación al comité de ética										
Ejecución de la investigación										
Análisis de resultados										
Redacción de resultados finales										
Presentación final										



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

### Anexo 13.4: Cronograma y temas de la intervención.

Actividad/ Fecha	16/09/17	18/09/17	23/09/17	30/09/17	07/10/2017	14/10/17	21/10/17
Visita y acercamiento a la comunidad							
Adaptación cultural de los instrumentos e intervención.							
Capacitación sobre abordaje a comunidad indígena.							
Determinación del conocimiento.							
1° Intervención: Concepto generales sobre VIH							
2° Intervención: Retroalimentación, mecanismos de transmisión y medidas preventivas.							
3° Intervención educativa: Retroalimentación, VIH/SIDA, y Mitos sobre VIH							
4° Intervención educativa: retroalimentación general y							



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Determinación del conocimiento.							
---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

### Anexo 13.5: Capacitaciones previas para el planteamiento de la investigación.







## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

### Anexo 13.5: Preparación de los materiales didácticos.





## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

### Anexo 13.6: Clausura de las intervenciones educativas.

