



176
Zej
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO COMPARATIVO DE CONOCIMIENTOS
ACERCA DEL SIDA EN ADOLESCENTES DE
DIFERENTES NIVELES SOCIOECONÓMICOS**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A,
AURORA MARINA PAREDES DÍAZ**

DIRECTOR DE TESIS:

MTRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN



MÉXICO, D.F.,

NOVIEMBRE DE 1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MIS PADRES Y HERMANOS

Por el apoyo que me han dado
a lo largo de mi vida y que
con su ayuda contribuyeron
al logro de una de mis metas.

INDICE

INTRODUCCIÓN	I
CAPÍTULO I.- LA ENFERMEDAD	1
1.1.- La enfermedad	2
1.2.- Salud pública y salud privada	3
CAPÍTULO II.- SIDA	5
2.1.- Antecedentes	6
2.2.- Definición	9
2.3.- Epidemiología del sida	11
2.4.- Medios de transmisión y medidas preventivas	17
2.5.- El sida en adolescentes	27
2.6.- Impacto psicosocial y medios de comunicación	30
2.7.- Derechos humanos y sida	34
CAPÍTULO III.- NIVEL SOCIOECONÓMICO	36
3.1.- Conceptos de nivel socioeconómico	37
3.2.- Nivel socioeconómico (alto, medio, bajo)	41
3.3.- Nivel socioeconómico en diferentes estudios psicosociales	46
CAPÍTULO IV.- ADOLESCENCIA	56
4.1.- Definición	57
4.2.- Transformaciones físicas y biológicas	59
4.3.- Transformaciones psicosociales y psicosexuales	61
4.4.- Cultura y socialización de la sexualidad	64
CAPÍTULO V.- METODOLOGÍA	69
5.1.- Planteamiento del problema	70
5.2.- Hipótesis	71
5.3.- Variables	72
5.4.- Población	75
5.5.- Muestreo	75
5.6.- Estudio	76
5.7.- Diseño de investigación	76
5.8.- Instrumentos	77
5.9.- Instrucciones de los instrumentos	77
5.10.- Procedimiento	79

CAPÍTULO VI.- RESULTADOS	80
6.1.- Análisis del instrumento para la evaluación de conocimientos sobre el sida	81
6.2.- Sexo, edad y nivel socioeconómico	86
6.3.- Análisis de frecuencia del cuestionario de los conocimientos sobre el sida	93
6.4.- Análisis factorial de varianza	103
CONCLUSIONES, DISCUSIÓN, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	109
Conclusiones	110
Discusión	111
Sugerencias	114
Limitaciones y críticas	117
BIBLIHEMEROGRAFÍA	118
GLOSARIO	124
ANEXOS	
Anexo A. Instrumentos para la medición del nivel socioeconómico	127
Anexo B. Instrumentos para el análisis de conocimientos sobre sida	129

INTRODUCCIÓN

El tema del SIDA sigue cobrando gran relevancia no sólo a nivel mundial, sino también a nivel nacional pues su epidemiología continúa en expansión. En enero de 1995 la Organización Mundial de la Salud, dentro del programa global sobre SIDA, informó que hasta el 31 de diciembre de 1994 se había reportado 1,025 073 casos de SIDA en adultos y niños; esto representa un incremento del 20% en una año, es decir, desde el informe del 4 de enero de 1994. (World Health Organization 1995)

En México, el Registro Nacional de Casos de SIDA cuenta con 22,055 infectados. Se rastrearon un promedio de 9 casos diarios, 263 se ubicaron en el último mes. Sin embargo, la estimación del número real de casos es superior a 31,900 al corregir por subnotificación y retraso en la notificación. (SIDA/ETS 1995)

Esta enfermedad se ha convertido en un problema de salud pública debido no sólo a su velocidad de expansión sino a su letalidad y costo. Es decir, una vez diagnosticada la presencia del SIDA en una persona, sus esperanzas de vida son nulas además de que el gasto que conlleva es elevado tomando en cuenta los gastos de hospital y que la población mayormente afectada en México es la que se encuentra en plena etapa productiva: de 22 a 44 años (66.4%). Entre este grupo, los adolescentes representan un conjunto de alto riesgo para contraer el sida. De ahí la necesidad de hacer investigaciones que den indicios de los conocimientos, prácticas y actitudes de los adolescentes con respecto al SIDA.

El objetivo de la presente investigación es determinar qué grado de conocimiento sobre el SIDA tienen los adolescentes, y a su vez, qué relación tienen estos resultados con su nivel socioeconómico. Esto se obtendrá a través de algunos cuestionamientos como: ¿existen diferencias entre los conocimientos sobre el SIDA y los diferentes niveles socioeconómicos de los adolescentes?, ¿existen diferencias entre hombres y mujeres adolescentes de diferentes niveles socioeconómicos y los conocimientos que tengan sobre el SIDA?, y a partir de ciertas hipótesis como: *a mayor nivel socioeconómico mayor grado de conocimientos sobre el SIDA, o los hombres tendrán más conocimientos sobre SIDA que las mujeres.*

Se consideró la adolescencia como punto clave debido a que es en esta etapa donde se acentúa la necesidad de lograr una identidad no sólo personal, sino social y sexual y, siendo el SIDA una enfermedad cuya principal vía de transmisión es la sexual es necesario saber el grado de conocimiento que los adolescentes tienen acerca del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida debido a que, son estos los que representan un grupo importante de riesgo, es vital proporcionarle la información necesaria para que al ejercer su sexualidad lo haga con responsabilidad y conocimiento de causa ya que aquí, la sexualidad no es un juego, hay consecuencias y por lo tanto debe haber responsabilidades.

Entre los múltiples factores que intervienen en la adquisición de conocimientos, es importante considerar el nivel socioeconómico debido a que éste puede actuar como facilitador u obstáculo para tener acceso a cualquier tipo de información.

Un primer rasgo sociológico importante es que el SIDA ha contribuido a hacer públicos aspectos que tradicionalmente se habían mantenido en el ámbito de lo privado, lo íntimo y lo personal; el contexto de la relación coital homosexual, heterosexual o bisexual, que es una de las principales formas de transmisión de este mal si bien no la única. A los enfermos del SIDA se les estigmatiza como “culpables” y “víctimas” por haber contraído el virus por transfusiones o perinatalmente. Es necesario dejar de estigmatizar a los enfermos de SIDA y no perder de vista que poseen los mismos derechos que quienes no lo tienen, es decir, derecho a la no discriminación, a los servicios de salud, a una vida y muerte dignas, al trabajo y a la libertad.

El presente trabajo contendrá, en el primer capítulo, información en torno a la enfermedad, a la salud pública y salud privada; se habla de la manera en que una enfermedad puede llegar a convertirse en pública partiendo de lo privado. El tema del SIDA que se desarrolla en: antecedentes, definición, epidemiología, medios de transmisión, medios de comunicación, su impacto social y su relación con los derechos humanos, dan forma al capítulo dos. El capítulo tres presenta, de manera general, conceptos de nivel socioeconómico así como su relación con diferentes estudios psicosociales. La adolescencia, sus características propias y su correlación con el SIDA se encontrarán en el capítulo cuatro. El cinco contiene los procedimientos que se siguieron para la aplicación de los instrumentos con los que se llevaron a cabo las encuestas, una para definir los niveles socioeconómicos, y otra para conocer cuáles eran los conocimientos sobre el SIDA que tienen los adolescentes. Además se explica de qué forma se interpretó la información obtenida.

En el capítulo seis se muestran los resultados conseguidos según el instrumento para definir niveles socioeconómicos. Posteriormente se hace un análisis estadístico de varianzas para la interpretación de las tendencias de los conocimientos que tienen los adolescentes por sexo y nivel socioeconómico sobre el VIH y el SIDA. Finalmente, en las conclusiones se describirá y se mostrarán las discusiones en torno a los resultados.

Capítulo I.

LA ENFERMEDAD

1.1.- LA ENFERMEDAD

1.2.- SALUD PÚBLICA Y SALUD PRIVADA.

I.- LA ENFERMEDAD.

1.1 La enfermedad

Parte de la naturaleza del hombre es la enfermedad. En la antigüedad, el cuerpo humano era el lugar privilegiado de un verdadero combate entre el mal y el bien, entre la enfermedad y el milagro. El miedo a la enfermedad, a la alteración del organismo, ha impregnado siempre a nuestras sociedades; desde luego existen diferentes tipos de enfermedades: desde las más simples hasta las letales, ahí también radican los distintos tipos de miedos. Esta preocupación forma parte de la vida privada de cada individuo pero también de lo público. (Historia de la Vida Privada, 1987)

En sentido estricto, toda enfermedad tiene una dimensión social. El proceso de salud-enfermedad es un proceso social. El traslape de los dos planos --lo privado y lo público-- en torno a la enfermedad, es un camino correcto para comprender reacciones sociales frente a ella.

Cualquier enfermedad posee su historia natural, esto es, el curso que un proceso patológico sigue a lo largo del tiempo, cuando no se aplican elementos externos para detenerlo o corregirlo. Para definirla se necesita estudiar un grupo grande de pacientes y seguir su evolución durante periodos prolongados para detectar las variantes que puede haber entre unos y otros individuos. El desarrollo de cualquier enfermedad es resultado de la interacción de tres elementos: el agente causal, el paciente y medio ambiente. Dependiendo del tipo de proceso patológico, uno o dos de esos elementos predominan sobre el otro, pero siempre se da esa interacción. (Sepúlveda, 1989)

Cuando no existe una estrategia médica para detener la propagación de alguna enfermedad nueva o desconocida, el papel de los médicos y de los hospitales queda reducido al que antaño jugaron con respecto a otras enfermedades entonces incurables: antiguamente los hospitales eran lugares a los que se iba a morir --no a curarse--, y dentro de ellos, los médicos solían, sobre todo, consolar a los pacientes, y confortarlos por su desgracia. (Historia de la vida privada, 1987)

A su vez las enfermedades han formado parte importante en la evolución de la sociedades en varios aspectos (moral, psicológico, biológico, médico, etc.) al propiciar el combate contra ella desde distintas vertientes del conocimiento humano.

La solicitud en torno a los enfermos se vuelve general. El poeta Alberti consideraba como deber imperioso de todos y cada uno "no abandonar a un enfermo de la familia(...) sino visitarlo y ayudarlo". (Historia de la vida privada 1987)

1.2 Salud pública y salud privada.

Existen enfermedades cuyas causas y epidemiología son, sobre todo, sociales. El carácter público y social de una enfermedad radica, en el nivel más general, en el número actual y potencial de víctimas, y en la manera en que se ha reaccionado, desde diferentes instancias como gobiernos, universidades, organismos internacionales y de la sociedad civil, ante este fenómeno. No sólo hay un gran número de personas que padecen o pueden padecer esta enfermedad sino que también es una gran cantidad de gente la que ha movilizad sus recursos y ha manifestado sus reacciones de rechazo, de preocupación, de azoro, de prejuicio.

Cuando se trata de una Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) la situación se torna aún más complicada. El acto sexual, en cualquiera de sus modalidades, es ante todo un acto social no sólo porque implica por lo menos a dos personas, sino porque la manera en que estas dos personas dan curso a su sexualidad es un producto social, culturalmente determinado, sujeto a ciertas normas y valores entendidos, que varían de una sociedad a otra. Siendo la sexualidad un asunto que transcurre en un ambiente íntimo, la transmisión es, al mismo tiempo, la consecuencia de un acto social. Pero si la transmisión se da en un contexto privado, los efectos de la misma son, evidentemente, públicos. Es así como una misma enfermedad puede ser no solamente fisiológica, biológica sino también social que junto con su expansión, genera otros procesos sociales complejos. El desarrollo de prejuicios de parte de mucha gente en torno a esta enfermedad, y el estigma que recae sobre sus víctimas es un ejemplo de ellos. (Sepúlveda, 1989)

El SIDA es una enfermedad que mata a quien la desarrolla, pero no es la única; se contagia sexualmente pero no es la única; es costosa pero no es la única. Diversos factores determinan que una enfermedad genere prejuicios y estigmatice a sus víctimas. En primer lugar, se trata de un padecimiento relacionado con lo sexual, y lo sexual es una materia sensible en nuestra sociedad. En segundo lugar es un fenómeno que además de asociarse a lo sexual es mórbido, es una enfermedad venérea, estas enfermedades se asocian a grupos y conductas socialmente desacreditadas como prostitución o sexualidad fuera del matrimonio, etc. (World Development 1993)

Capítulo II

SIDA

2.1.- ANTECEDENTES

2.2.- DEFINICIÓN

2.3.- EPIDEMIOLOGÍA DEL SIDA

2.4.- MEDIOS DE TRANSMISIÓN Y MEDIDAS PREVENTIVAS

2.5.- EL SIDA EN LOS ADOLESCENTES

2.6.- IMPACTO PSICOSOCIAL Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

2.7.- DERECHOS HUMANOS Y SIDA.

II.- SIDA

2.1.- ANTECEDENTES.

La historia del SIDA es breve, es decir, menos de diez años. Los primeros casos de la enfermedad posiblemente ocurrieron hace algunas décadas, y es probable que los médicos que veían entonces un caso de SIDA quedaran estupefactos ante la gravedad y las inexplicables características del cuadro clínico. Puesto que eran casos aislados y extraños, no sospechaban que podía tratarse de una nueva enfermedad. Respecto al origen geográfico del virus, no se sabe exactamente de dónde provino ni en qué momento se convirtió en un agente patógeno para el ser humano.

Sólo se pueden señalar unos cuantos informes anteriores a la década de los ochenta de individuos que murieron sin un diagnóstico preciso, pero con un cuadro compatible con el SIDA. De hecho cada vez son más los casos que documentan y refuerzan estos antecedentes.

En 1977 un informe médico belga refiere el caso de una secretaria de 34 años de edad, originaria de Zaire, que viajó a Bélgica en ese año para conocer la razón de sus infecciones respiratorias e intestinales persistentes. La mujer murió un año más tarde, con un cuadro clínico compatible con SIDA. Una familia noruega, una niña y sus padres, murió en 1976. El padre presentó desde 1966 un cuadro clínico con infecciones respiratorias recurrentes. La madre externó infecciones recurrentes desde 1976, y a partir de 1973, el cuadro empeoró con diagnóstico de leucemia y con una afectación neurológica progresiva. La niña también presentó infecciones bacterianas graves con complicaciones pulmonares que le provocó la muerte más tarde. En los tres casos se confirmó el diagnóstico SIDA al realizar las pruebas de ELISA y Western Blot en sueros congelados desde 1971.

En 1969 un adolescente de 15 años murió en San Luis Missouri con sarcoma de Kaposi e infecciones oportunistas. Y desde 1959, en Zaire se reportó un suero positivo a la prueba de anticuerpos contra el VIH, con confirmación de la misma que se mantenía congelado desde finales de los años cincuenta. (Sepúlveda 1989)

Hasta ahora se conoce que desde 1978 se tuvo noticias de casos que aparecieron en Estados Unidos en hombres homosexuales jóvenes con sarcoma de Kaposi, por lo que al inicio de la epidemia se sospechó que la causa estaba asociada con algún factor inherente a las relaciones homosexuales.

Fue en junio de 1981 cuando se publicaron los primeros cinco casos de una enfermedad infecciosa poco común (neumonía por *Pneumocystis carinii* que únicamente afecta a personas con deficiencias inmunológicas) en hombres también homosexuales previamente sanos y que habían iniciado su padecimiento un año antes. Un mes después se reportaron en Nueva York y California 26 casos de sarcoma de Kaposi asociado a neumonía por *P.carinii* también en homosexuales hombres. A principios de 1982 se notificaron casos similares en drogadictos intravenosos, sugiriendo que ambos grupos padecían la misma enfermedad; el común denominador consistía en que tenían afectado notablemente el sistema inmunológico. Entre 1982 y 1983 empezaron a aparecer otros afectados, es decir, hombres bisexuales, personas originarias de ciertas regiones del orbe, receptores de transfusiones sanguíneas, hemofílicos, las parejas sexuales de los pacientes y algunos de sus hijos, por lo que se hacía evidente que existían otros grupos afectados, así como otros mecanismos de transmisión. La aparición de infecciones oportunistas y cánceres en estos pacientes que ya presentaban deficiencia de la respuesta inmunológica hizo pensar en una nueva (adquirida) inmunodeficiencia, de etiología desconocida.

En vista de que los retrovirus poseen un índice de evolución un millón de veces más rápido que el de los organismos constituidos a base de ADN, es relativamente confiable medir su tiempo real de evolución calculando las diferencias hereditarias de los virus aislados a través del tiempo, en diversas regiones del mundo. Para ello, se ha tomado como base al VIH-1 más antiguo que hasta hoy se haya encontrado. Esto se logró estudiando en forma retrospectiva los sueros almacenados en diversos países. El suero más antiguo es el de Zaire de 1959.

Los siguientes aislamientos del VIH-1 ocurrieron a mediados de los años 70 en el África Central y en los Estados Unidos y a principios de los ochenta en América Latina. Comparando estos resultados con los obtenidos con el VIH-2, que fue identificado en 1986, es posible concluir que tanto uno como otro se originaron en el Continente Africano hace 40 años a partir de un antepasado común aún no identificado¹. Existe la probabilidad de que el VIH pasó de dicho continente a los Estados Unidos y a la región del Caribe transportado por algunos soldados pertenecientes a las tropas estadounidenses cuando decidieron entrar a poner orden después de haber finalizado la Segunda Guerra Mundial.

Inicialmente la enfermedad recibió nombres como *inmunodeficiencia relacionada con homosexuales*, o *enfermedad consuntiva*, etc. Considerando que el principal problema era un estado de inmunodeficiencia provocado por un factor no hereditario --de origen adquirido-- capaz de provocar cuadros infecciosos y tumorales secundarios, los Centros de Control de Enfermedades de Estados Unidos propusieron llamarle *síndrome de inmunodeficiencia adquirida*, lo que fue aceptado por la Organización Mundial de la Salud en 1982. A diciembre de 1987 se habían notificado 73 mil 747 casos de SIDA en 129 países del mundo. (Sepúlveda 1989)

¹ El primer virus responsable del SIDA (VIH-1) fue descrito en 1983 y otro en 1984; sin embargo, en 1986 se aisló otro virus del SIDA muy parecido, pero con diferencias genéticas; actualmente se conoce como VIH-2 para diferenciarlo del primero.

La historia del SIDA en México se puede resumir de la siguiente manera: los primeros casos fueron diagnosticados en 1983 en extranjeros residentes en este país. En 1985 se inició en los bancos de sangre la utilización de pruebas serológicas en donadores, lo que permitió determinar la magnitud de la infección. En mayo de 1986 se publicó la ley que establece la obligación de practicar pruebas en todos los donadores de sangre. En ese mes se detectaron 134 casos de SIDA, y para diciembre ya eran 226. El Consejo de Salubridad General estableció que el SIDA es una enfermedad objeto de vigilancia epidemiológica, y que debía ser notificada en forma inmediata y obligatoria. En mayo de 1987, los casos sumaban 487, lo que obligó a realizar modificaciones a la Ley General de Salud. Fundamentalmente se ratificó la obligación de notificar de inmediato los casos de SIDA y de seropositivos, y se prohibió la comercialización de la sangre.

2.2.- Definición

Aunque se trata de un síndrome, es decir, de un conjunto de signos y síntomas y no de una sola enfermedad, por ser válido y más sencillo en adelante se hablará del SIDA como una enfermedad.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es una enfermedad infecciosa e incurable, es resultado de una infección viral que daña el sistema inmunológico -- el mecanismo de defensa más importante del organismo--. Se trata de un fenómeno epidémico con tendencia a generalizarse; su agente causal es un virus perteneciente al grupo de los retrovirus; es un virus lento pues su periodo de incubación es prolongado, al cual se le denomina Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) , éste se instala en las células permaneciendo allí por años antes de manifestarse.

El virus se reproduce únicamente en las células vivas y es capaz de invadir cualquier tipo de células de los diversos tejidos humanos, teniendo predilección por un grupo celular de la sangre: los glóbulos blancos denominados linfocitos-T, las células B, y los macrófagos, así como otras células de este grupo y algunas del Sistema Nervioso Central, a las que afecta de manera persistente y tenaz.

Aún no existe tratamiento ni vacuna contra el virus por lo que una vez que se desarrolla conduce, casi inexorablemente, a la muerte en un tiempo muy corto.

En su ensayo *Las dimensiones sociales del SIDA*, Harvey Fineberg señala: *"El VIH es un virus insidioso. Corrompe los fluidos vitales, convirtiendo la sangre y el semen, de fuentes de vida, en instrumentos de la muerte"*.

(Scientific American, 1988)

De acuerdo con lo señalado por el doctor L. Montaigner y colaboradores, y por el doctor H. Gerderblom y colaboradores del Instituto Pasteur de París y del Instituto Rober Koch de Berlín, respectivamente, las principales características morfológicas del VIH se puede definir de la siguiente manera: (Sepúlveda, 1989)

1.- Su estructura es esférica y tiene de 90 a 120 nanómetros de diámetro. Sus componentes son una envoltura externa, una capa proteica interna y un nucleocápside, también conocido como nucleocápside central.

2.- La envoltura externa está formada en un 5 a 10% por componentes propios del virus (proteínas ricas en azúcares, conocidas como glicoproteínas) y el 90 ó 95% son componentes de origen no viral, procedentes de la célula en donde se originó el virus.

3.- La capa proteica interna tiene forma icosaédrica, se localiza inmediatamente por debajo de la envoltura, a muy corta distancia de ella, forma parte del nucleocápside y se desconoce su función.

4.- El nucleocápside está formado por tres tipos de subunidades proteicas diferentes; tiene una forma que asemeja una estructura tubular hueca y en su interior se encuentran dos copias idénticas de ARN.

Esta enfermedad posee una amplia gama de síntomas, algunos debido al efecto directo del VIH sobre las células; otros a las infecciones o a los tumores secundarios que acompañan a la enfermedad. Con base en esto, el SIDA en su forma florida se clasifica en: a) enfermedad constitucional, b) encefalopatía por VIH, c) infecciones oportunistas, y d) tumores asociados a infección por VIH.

2.3.- Epidemiología del SIDA.

Los problemas médicos, aunados a las circunstancias éticas, sociales, económicas, políticas, legales y laborales, hacen que virtualmente ninguna persona pueda decirse ajena a la enfermedad. Los seres humanos deben enfrentarse durante toda su vida a una gran variedad de microorganismos capaces de dañarlos, procedentes del medio ambiente o de un reservorio, a través de un vector.

En el caso del SIDA, su agente causal, el VIH, proviene en forma exclusiva de un reservorio humano (individuos infectados portadores), y sus vectores son la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la secreción láctea. Estos vectores son similares para las dos variedades de VIH que se conocen (VIH-1 y VIH-2).

No todos los individuos expuestos al virus del SIDA desarrollan la enfermedad. Sabemos que contribuyen a ello otros factores, y que en algunos momentos son determinantes en la expresión del síndrome: podemos hablar de factores genéticos y ambientales. Los primeros no son bien conocidos, aunque se sugiere cierta susceptibilidad en algunos grupos. En diferentes estudios se ha podido concluir que existe una correlación muy directa entre el grado de promiscuidad en los hábitos sexuales, abuso de drogas y desarrollo de infecciones graves en los individuos en riesgo de desarrollar SIDA, y la expresión del síndrome de inmunodeficiencia.

El individuo que se ha contagiado con el VIH y no presenta manifestaciones clínicas se considera que está infectado, mas no enfermo. En el momento en que presenta síntomas, se considera que ha desarrollado la enfermedad conocida como SIDA. Por ello, el diagnóstico de SIDA se establece con base en el estudio clínico del paciente, y se sustenta con el examen de laboratorio. El 60% de los individuos infectados presenta la enfermedad en un lapso de cinco a seis años, y para los diez años, prácticamente todos se han enfermado. Sólo se conocen casos aislados de individuos infectados que después de diez años no han presentado la enfermedad. Una vez que se presenta la enfermedad, el 75% muere antes de un año, y ninguno sobrevive más de cinco años,

Cualquier persona puede resultar infectado si se expone a riesgos; hasta el momento se trata de una enfermedad que se ha limitado a ciertos grupos de la población que, por prácticas o situaciones particulares son los más expuestos:

- 1) Los homosexuales
- 2) Los bisexuales
- 3) Las personas que requieren frecuentemente de transfusiones de sangre o sus derivados como los hemofílicos o los insuficientes renales.

- 4) Los usuarios de drogas intravenosas.
- 5) Los hijos de madres infectadas.
- 6) Los compañeros sexuales de personas infectadas.

La importancia de cada uno de estos grupos por su orden de frecuencia varía entre unos países y otros de acuerdo al modo predominante de transmisión. Así, mientras en las sociedades occidentales la mayoría de los pacientes son homosexuales, bisexuales o usuarios de drogas intravenosas, en los países centroafricanos predominan los pacientes heterosexuales con una frecuencia de casos similares entre hombres y mujeres. En México, la enfermedad se ha comportado de manera similar a los Estados Unidos y Europa, con algunas diferencias sustanciales: el número de pacientes bisexuales es mucho más alto, y el número de casos atribuibles al uso de drogas intravenosas es muy poco significativo debido a que esa práctica es rara en este medio.

El tiempo promedio de sobrevida varía de acuerdo al país donde se estudia al paciente, siendo ligeramente mayor en los países desarrollados. Hay un grupo de pacientes, alrededor del 10%, que evoluciona a la muerte en pocas semanas; fuera de ello, se ha observado que los pacientes cuya manifestación inicial es el sarcoma de Kaposi tienden a vivir más que aquellos que abren con una infección oportunista. Para los Estados Unidos, el promedio para todos los pacientes en general es de 12 meses. En México, el promedio varía entre 6 y 9 meses. Esta diferencia se atribuye, en buena medida, al hecho de que los casos se venían detectando más tardíamente, en parte por el desconocimiento que los médicos tenían del problema.

En la actualidad, el diagnóstico se basa fundamentalmente en los datos clínicos que proporciona el paciente y se confirma con los estudios de laboratorio específicos para demostrar la presencia de anticuerpos contra el VIH.

Para integrar el diagnóstico de SIDA se requiere conjuntar datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio, principalmente cuando se sospecha la presencia de infección en un individuo que se presenta al médico con evolución mayor de tres meses, y que refiere fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso y crecimiento ganglionar, siendo además compañero sexual o miembro de un grupo con prácticas de alto riesgo.

La infección por VIH produce una amplia variedad de situaciones clínicas, que van desde una seroconversión asintomática, hasta un cuadro clínico florido de SIDA. Por lo tanto, la infección puede ser sintomática o asintomática, y permite con el desarrollo actual de exámenes de laboratorio que detectan la presencia de anticuerpos contra el VIH, clasificar a los pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en alguno de estos cuatro grupos: (Sepúlveda, 1989)

I.- Infección aguda.

II.- Infección asintomática.

III.- Linfadenopatía generalizada.

IV.- Otras enfermedades relacionadas con el VIH:

1. Enfermedad constitucional.
2. Síndrome neurológico.
3. Infecciones secundarias.
4. Neoplasias secundarias.
5. Otras manifestaciones diferentes a las anteriores.

Los diagnósticos que demuestran la presencia de infección por el VIH pueden ser de dos tipos. Por un lado, existe la posibilidad de identificar el virus en un cultivo. No es un procedimiento de fácil realización, y tampoco se emplea como método de aplicación clínica habitual. La positividad del cultivo, sin embargo, tiene un valor de comprobación absoluto. Por otro lado, están las pruebas que detectan la presencia de anticuerpos generados por estos antígenos: (Conasida sep/oct, 1988)

1. ELISA. Ofrece la ventaja de su sencillez, y es la que se emplea como primera técnica para el estudio de poblaciones en riesgo, de los donantes de sangre y de poblaciones en general, con propósitos de estudios epidemiológicos. Esta técnica permite una gran sensibilidad, confiabilidad y reproductibilidad práctica. Ante la duda, se deben emplear como comprobación los otros métodos, con mayor especificidad.

2. Inmunofluorescencia. Detecta las células T infectadas, y en la actualidad ofrece una elevada sensibilidad ante estas células, considerándose una excelente prueba confirmatoria.

3. Western Blot. Sirve para identificar distintos grupos de anticuerpos frente a proteínas específicas del virus. Tras ser transferido a una membrana del complejo antígeno-anticuerpo, es identificado mediante una proteína marcada por radiactividad. Se considera como uno de los métodos analíticos más sensibles que reconoce todos los antígenos virales, además de hacer posible la medición de la respuesta a cada proteína por separado.

Conforme las campañas educativas a nivel general y médico vayan surtiendo efecto, se atenderá a los enfermos en forma más oportuna, y ello redundará en mejores expectativas de sobrevivencia. Lo mismo va a ocurrir conforme surjan métodos más eficaces para combatir al VIH y las complicaciones infecciosas o neoplásicas que éste condiciona.

La epidemia del VIH empeora cada vez más. Hasta 1990, 9 millones de personas en el mundo portaban el virus y para el año 2000 pueden ser 26 millones de infectados. El SIDA ha contribuido con un 3.3 % global de causas de enfermedad y 1.8 millones de personas morirán de SIDA cada año. Más del 80% de los infectados vivían en países desarrollados, para el 2000 esto se incrementará a un 95%. En Tailandia, uno de cada 50 adultos está infectado. En el Sur del Sahara Africano, uno de cada 40 ya está infectado y en ciertas ciudades de África prevalece la infección más alta en uno de cada tres individuos. En algunas de estas comunidades con alta prevalencia de SIDA ya comenzó el desarrollo de esta infección declinando en causa de mortalidad infantil. El SIDA afecta principalmente a la población económicamente activa, tiene un efecto poderoso en los soportes de familia, las empresas y los países. Porque muchas de las víctimas del SIDA son cabezas, soportes económicos familiares o padres. (World Development Report, 1993)

En los países cuyas poblaciones han sido infectadas duramente se ha encontrado con que los sistemas de salud cargan con los costos de los casos de infecciones oportunistas relacionadas con el SIDA. Si la epidemia del SIDA continúa sin freno, la acelerada demanda de cuidados para pacientes con SIDA aumentará las necesidades de otro tipo de pacientes. Adicionalmente el número de casos de tuberculosos está incrementándose dramáticamente como resultado directo del VIH y la presencia del VIH empeora los problemas con otras enfermedades de transmisión sexual. (las Enfermedades de Transmisión Sexual, ETS, facilitan la transmisión del VIH y estas son más difíciles de tratar en los infectados de VIH).

La prevención del SIDA a menudo necesita del trabajo con grupos marginados (incluyendo, en muchas culturas, homosexuales) y personas quienes siguen actividades ilegales, como el consumo de drogas o la prostitución. Un programa efectivo debe buscar informar a los jóvenes de una manera franca acerca de la práctica sexual y sus riesgos. Estos programas, por ser altamente controvertidos reciben poco apoyo de las políticas administrativas.

El gobierno deberá comprometerse fuertemente con este tipo de programas e insistir con el periodo de siete a diez años entre la infección del VIH y el desarrollo del SIDA que atenta contra los países y sus individuos para abatir los índices del SIDA antes de que sea demasiado tarde para prevenir la diseminación de esta epidemia. (Health Psychology, 1994)

2.4.- Medios de transmisión y medidas preventivas.

Hasta el momento se reconocen cuatro mecanismos o vías de transmisión para el VIH:

- 1) La sexual, tanto homosexual como heterosexual (de hombre a mujer y de mujer a hombre).
- 2) La sanguínea, la transfusión de sangre y hemoderivados es el mecanismo más frecuente dentro de este grupo.
- 3) La perinatal, es decir, a que ocurre durante el embarazo, el parto o el postparto a través de la leche materna.
- 4) Transplante o injerto de órganos o tejidos infectados.
(Conasida may/jun, 1988)

De los mecanismos de transmisión aceptados, el sexual es sin duda el que se asocia a un mayor número de casos y, desgraciadamente, el que mayores problemas preventivos plantea, puesto que para prevenirlo se necesita modificar hábitos y costumbres profundamente arraigadas que se relacionan con lo más íntimo del ser humano: su sexualidad.

La transmisión sanguínea, al menos la que se asocia a transfusiones, en teoría puede desaparecer por completo. De hecho, la disminución de casos atribuibles a esta vía ha sido notable gracias a las medidas que se han adoptado: la obligatoriedad en la realización de la prueba de detección de anticuerpos en bancos de sangre, y la prohibición del comercio de sangre. La prevención de la transmisión por drogadicción intravenosa plantea serios problemas, pero por fortuna es muy poco frecuente en nuestro país.

La prevención de la transmisión de madre a hijo sólo será efectiva en tanto sea efectiva la de la transmisión sexual, puesto que la mayoría de las mujeres en México adquiere la infección por esta vía.

La prevención es, en la actualidad, la única vía para detener la propagación de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Si bien las investigaciones orientadas a la producción de vacunas y de medicamentos se encuentra en desarrollo, se calcula que tendrá que transcurrir por lo menos una década antes de que puedan utilizarse a nivel masivo.

Las actividades preventivas representan acciones en dos sentidos: el control sanitario y la educación. El primero se refiere a garantizar la seguridad de los productos sanguíneos que se utilizan con fines terapéuticos, a fin de que su suministro esté libre de infección. Con el segundo se busca la modificación de conductas que conlleven riesgo de adquirir la infección por VIH.

El control sanitario es costoso; sin embargo, su realización es relativamente sencilla y eficiente. La educación, en cambio, es mucho más compleja, y sus resultados de más difícil evaluación, ya que se trata de cambiar prácticas que son habituales en los individuos, y que se interrelacionan con múltiples aspectos de su subjetividad.

LAS MEDIDAS QUE SE RECOMIENDAN PARA EVITAR O DISMINUIR EL RIESGO DE EXPOSICIÓN AL VIH SON LAS SIGUIENTES:

- Abstinencia sexual.
- Relación mutuamente monógama con una pareja sana.
- Utilización de preservativo o condón
 - Utilizar un condón diferente para cada contacto sexual.
 - Colocarlo antes de cualquier contacto genital.
 - Desenrollarlo completamente.
 - Utilizar lubricantes acuosos en lugar de oleosos.
- Emplear jeringas desechables o por lo menos esterilizadas.
- No compartir jeringas, ni cepillos de dientes, rasuradoras, etc.
- Existe la propuesta de practicar la interrupción médica del embarazo a las mujeres seropositivas. (Interface 24, 1987)

RECOMENDACIONES A PERSONAS CON RESULTADO POSITIVO EN LA PRUEBA DE DETECCIÓN.

- Deberán informar a su pareja sexual acerca de su estado serológico con el fin de que se tomen las precauciones apropiadas.
- Deberá evitarse que durante el acto sexual exista contacto entre la sangre, semen, orina, heces, saliva, secreciones cervicales y vaginales de la persona infectada, con las mucosas o heridas abiertas de la pareja. Esto se logra mediante la prácticas de sexo seguro y la utilización de condón.

- Deberá informar a sus parejas sexuales anteriores y a aquellas con quienes compartió agujas, acerca de la conveniencia de solicitar asesoría especializada e investigar la presencia de anticuerpos.
- No deberá compartir agujas o jeringas, cepillos de dientes, navajas de rasurar otros objetos que pudieran contaminarse con sangre.
- No deberá donar sangre, plasma, órganos, tejidos o semen.
- Deberá prevenirse el embarazo.
- En caso de que ocurriera derrame de sangre u otros líquidos en superficies inertes, deberán limpiarse con desinfectantes apropiados.
- Deberá informarse a los médicos y a los dentistas tratantes sobre su estado serológico. (Sepúlveda, 1989)

Actualmente los costos mundiales en prevención del SIDA ascienden a cerca de \$1.5 billones de dólares al año. Tal vez menos de 200 millones de dólares de éste gasto se hace en países desarrollados, donde ocurren el 85% de todos los infectados. En medio de los países desarrollados, Tailandia gasta más para la prevención del SIDA, en 1992 gastó 45 millones de dólares, más del 75% de los fondos gubernamentales. El total de lo gastado en prevención en los países de todo el Sur del Sahara fue solamente el doble de este monto, con un puro 10% de los fondos gubernamentales. Un estudio reciente del Programa Global de WHO sobre el SIDA sugirió que un amplio costo en programas de servicios en prevención del SIDA, así como de Enfermedades de Transmisión Sexual debería ser de 1.5 a 2.9 billones de dólares anuales. Este es de 10 a 15 veces el costo actual, pero produciría enormes beneficios. El estimado de nuevos adultos infectados de VIH se prevé que sea, entre 1993 y el 2000, de 9.5 millones de personas de los cuales 4.2 serán africanos, 4.2 asiáticos y 1,1 millones latinoamericanos. (World Development Report 1993)

Los esfuerzos de prevención deberán buscar poblaciones con distintas necesidades: particularmente gente con alto riesgo de adquirir y transmitir la infección del VIH (grupos "centrales") jóvenes y mujeres. Los programas preventivos para la población, a la larga, son menos óptimos que los programas dirigidos a enfermeras, dentistas, terapeutas, pero se necesita incrementar el cuidado y el entendimiento del SIDA y las ETS, reduciendo la discriminación contra la gente infectada y preparando la manera subsecuente de intervenciones, cuando los niveles de infección aumenten. La monogamia puede fomentarse como parte de los esfuerzos públicos para frenar la extensión del VIH, pero no puede ser la única estrategia, pues aunque es una norma social, no todos los individuos la practican. Los grupos de alto riesgo incluyen a los trabajadores del sexo, migrantes, miembros del ejército, camioneros y usuarios de drogas quienes comparten jeringas. Para estos grupos, la prevención de la transmisión sexual significa la educación en la práctica del sexo seguro, la promoción del uso del condón y la prevención en el tratamiento de ETS. Es importante no dar simplemente información de condones, sino también de asegurar la disponibilidad de éstos y habilitar a los miembros de los grupos "centrales", especialmente a los trabajadores del sexo, para usar el condón. Los administradores de burdeles y sus clientes deben también ser persuadidos de la necesidad de cambiar su actitud. La experiencia de Zaire y de otros países, nos muestran que la promoción del condón por los clientes masculinos, mejora sustancialmente el éxito de los programas dirigidos a los trabajadores del sexo. En las áreas de alta prevalencia de ETS se garantiza un agresivo intento del control de estas a través de la promoción del condón, de la administración y la consulta de casos, la notificación a las parejas y la vigilancia. Esto puede ser proveído a través de un ancho espectro de instituciones de salud, tales como clínicas de planificación familiar y centros primarios de salud. (World Development Report 1993)

Los jóvenes, de ambos sexos, necesitan una educación amplia en reproducción y situaciones reproductivas sanas dentro y fuera de la escuela. Para mayor efectividad, la educación debe empezar antes de que se inicie la actividad sexual (entre los 12 y 14 años) y deben ser dirigidos tanto a los varones como a las mujeres. Llegar a los muchachos es particularmente importante porque los hombres dominan a menudo las relaciones sexuales. No hay evidencia de que otorgar educación sexual fomente la promiscuidad. En sociedades en las que sea inaceptable que los maestros provean de educación sexual, la tarea debe ser delegada a grupos de voluntarios calificados. (Psicólogo Argentino, 1993)

Las amas de casa son más susceptibles de adquirir el VIH a través de interacciones heterosexuales que los hombres, pues los factores sociales y morales a menudo aumentan el riesgo. Por ejemplo, en Uganda, más del 60% de personas infectadas son mujeres. Los esfuerzos preventivos se dirigen a las mujeres, especialmente a aquellas en edad de concepción, pueden protegerse la salud, tanto del niño como de la madre. En países africanos un alto porcentaje de mortalidad infantil es causada por el SIDA. En el presente no hay manera de prevenir la transmisión de una mujer infectada a su feto, cerca del 30% de bebés nacidos de mujeres infectadas nacen infectados. Muchos de estos bebés sobreviven el primer año pero sucumben a las infecciones oportunistas en el segundo y tercer año de su vida. Los bebés no infectados de madres infectadas incrementan el riesgo de mortalidad porque probablemente perderán a uno o a ambos padres. La única estrategia para luchar contra el SIDA que tiene la niñez es dirigir esfuerzos preventivos en las mujeres en edad de concepción. (World Development Report 1993)

Los bebés pueden contraer el VIH a través de la leche materna, creando difíciles transacciones entre el riesgo de la infección y el beneficio saludable del amamantamiento. Estudios recientes sugieren que el riesgo es sustancial (cerca del 30%) de niños amamantados por madres que desarrollen un VIH después del nacimiento. El riesgo para los bebés de mujeres que han sido infectadas prenatalmente es pequeño, aunque no menos significativo. Mientras en áreas donde las causas de mortalidad sean enfermedades por desnutrición, el amamantar seguirá siendo recomendado, a diferencia de áreas donde una alternativa segura al amamantamiento exista, será una oportunidad para advertir esa infección y reducir de tal manera la infección al bebé.

Las transfusiones sanguíneas cuentan por lo menos el 5% de la transmisión mundial del VIH, el suministro de sangre infectada casi siempre conduce la infección. Las medidas de prevención de la infección del VIH a través de la transfusión sanguínea incluye la reducción de jeringas en las transfusiones, eliminando los pagos por donación de sangre (porque el pago a los donadores de sangre tiende a tener un alto riesgo) y dando protección a los donadores. Un tratamiento temprano y efectivo de los problemas de salud combinado con educación para el cuidado de la salud que contenga indicaciones apropiadas respecto a las transfusiones, puede acortar el riesgo de infecciones por más del 50%. Los programas de salud pública, tales como el control de la parasitosis, el suplemento del hierro, el cuidado prenatal y el control de malaria pueden reducir la severidad de la existencia de la anemia disminuyendo así la necesidad de suministros sanguíneos. Cuando la transfusión es inevitable, los donadores pueden ser protegidos para asegurar el suministro de sangre no infectada. La optimización de la protección de la sangre varía dramáticamente dependiendo de la prevalencia del VIH. Para mantener sobre todo la confianza en la comunidad médica, la protección de la sangre debe abocarse siempre a donde la prevalencia del VIH sea baja. Cuando existe un banco de sangre, el riesgo es de solo el 5 % del total, por cada unidad de sangre transferida. (Health Psychology, 1994)

Muchas de la ETS son asintomáticas (especialmente en las mujeres) por esto, puede haber poca motivación para que se traten y se diagnostiquen. El tratamiento de las ETS junto con la planificación familiar es otra buena estrategia para la prevención del SIDA aunque los cargos de servicios clínicos se incrementen, puede reducirse el acceso al tratamiento y después de todo decremento la diseminación de ETS en un 20%.

Los estudios sugieren una consulta y un diagnóstico que puede ser útil para las parejas para que adopten una conducta sexual segura. El costo prohibitivo de este diagnóstico ha declinado agudamente, una pareja puede hacerse la prueba por menos de dos dólares (excluyendo el costo de la consulta). La prueba, sin embargo, no siempre es segura porque hay un periodo corto durante el cual el VIH no puede ser detectado en una persona infectada recientemente, además, una prueba negativa no es garantía de estar libre de riesgo en la conducta. Los gobiernos necesitan asegurar que las pruebas se mantengan voluntarias y anónimas, encuentran estándares cualitativos y se acompañan de consejos apropiados o información.

La vigilancia de la salud pública en VIH es crítica en áreas donde no se ha extendido el virus todavía. En países en los que se han establecido a tiempo sistemas seguros de vigilancia son capaces de dar políticas tempranas sobre el cuidado e impedimento de la extensión del virus. La utilidad de estas actividades incluyen una vigilancia regular del VIH y de la sífilis, en clínicas prenatales y en centros de servicio a clientes de alto riesgo de la infección, tales como trabajadores del sexo y de pacientes con ETS.

En 1992 Who y el Banco Mundial incorporaron, en la India, un proyecto nacional de control del SIDA. El programa hindú enfatiza la promoción pública de la concientización acerca del SIDA, promoviendo la salud en grupos "centrales" a través de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), el control de ETS y el mejoramiento de la aplicación de transfusiones sanguíneas, reforzando la vigilancia y las capacidades de las instituciones para controlar el VIH-SIDA y fomentando un trato humano para el tratamiento de gente con SIDA o infectados por VIH. (World Development Report 1993)

Tres criterios principales pueden guiar las opciones prioritarias, desde el rango de intervención del VIH- SIDA, que se listan abajo. Este criterio es según la prevalencia actual del VIH, el riesgo de la diseminación y la existencia del SIDA como una carga. Las estrategias para los diferentes países y regiones dentro de los países caen en cuatro grupos principales:

1) Áreas con poco VIH y pocas ETS (por ejemplo, las áreas rurales del norte de China y el Norte de África) Deben enfatizar ampliamente en la educación para la juventud, respecto a la educación de la salud con alguna atención para la prevención del SIDA dentro de los grupos de alto riesgo y debe establecerse un sistema de vigilancia sensible al VIH.

2) Áreas de alto riesgo de que una temprana epidemia de VIH se extienda o haya un alto índice de ETS debe tomar en cuenta actividades masivas dirigidas a los grupos de alto riesgo, incluyendo a los trabajadores del sexo, complementado por una educación generalizada y por la prueba del VIH en el suministro de sangre.

3) Áreas con una epidemia de VIH, pero con una enfermedad pequeña todavía. Se requiere del desarrollo de programas de prevención sobre el SIDA para la población entera mientras se continúa atendiendo a los grupos de alto riesgo. El diagnóstico voluntario del VIH, las consultas y la preparación para el cuidado de pacientes con SIDA deben comenzarse.

4) Finalmente, las áreas con mayor epidemia y alta carga de enfermedad han de combinar un marcado programa de prevención con una atención al cuidado de pacientes de SIDA.

Los programas de salud pública que se dirigen a los problemas descritos a continuación pueden producir ganancias sustanciales en salud a un bajo costo. Las condiciones locales varían pero un paquete esencial de salud pública probablemente se incluya:

- El programa sobre inmunización expandida incluye una suplementación en la nutrición.
 - Los programas escolares de salud para tratar infecciones parasitarias y deficiencias micronutricionales y la provisión de educación para la salud.
 - Incrementar los programas de planificación familiar y nutrición, acerca de la autocuración o las indicaciones para la búsqueda del cuidado y acerca de vector de control y vigilancia de actividades que provoquen enfermedades.
 - Programas de reducción del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
 - Programas de prevención del SIDA con un componente fuerte de ETS.
- (World Development Report 1993)

Las intervenciones tempranas y efectivas en la prevención de esta infección en lo grupos centrales durante el desarrollo la infección disminuye en costo efectivo su extensión. El gran número de contactos sexuales que estos grupos tienen, significa que cada caso de VIH que se evite en estos grupos previene diez veces más que lo que se pueda prevenir en la población en general.

2.5.- El SIDA en adolescentes

Uno de los rasgos más característicos de la adolescencia es precisamente el inicio de una actividad sexual permanente, ésta se manifiesta tanto fuera como dentro de la relación sexual propiamente dicha. El sexo mismo puede llegar a convertirse en un punto de confluencia de problemáticas de distinto tipo, por ejemplo, no es poco común que la actividad sexual se presente como una expresión de desajustes personales que pretenden ser resueltos por esta vía, es decir, evadiendo las verdaderas causas de los problemas característicos de esta edad. Lo sexual en muchas ocasiones es utilizado por hombres y mujeres como una manera de probar su masculinidad o feminidad, en la búsqueda tal vez, de su identidad sexual. Puede ser también una expresión de la carencia de satisfactores para las necesidades emocionales que trae consigo la adolescencia. De la misma manera, en este periodo adquiere importancia el ámbito de las relaciones con los amigos, entre los cuales se presentan diversas afinidades, además de ser la fuente más amplia de información sobre variados aspectos de la propia adolescencia. En estos círculos se comentan y resuelven o creen resolverse muchos de los problemas, tanto emocionales como sexuales que conducen a la conformación de una determinada moralidad sexual. (CONAPO, 1982)

Como ya se indicó anteriormente, el SIDA atacó en un principio a grupos específicos de la población. Hoy en día, todas las personas, indistintamente, pueden estar en riesgo de contraer la enfermedad. Los adolescentes pueden ser un grupo de riesgo dado la etapa de descubrimiento por la que atraviesan aunado a la moral que castiga esos descubrimientos.

En una encuesta realizada en 1986 por Di Clemente, R. *et al* acerca del conocimiento, actitudes y creencias en diez escuelas preparatorias con una población de 1,332 adolescentes en la Ciudad de San Francisco, E.U, los resultados demostraron que los estudiantes conocían la enfermedad. El 92% opinó que es sexualmente transmisible, pero sólo el 60% declaró que el uso de condones es un método preventivo contra el contagio, el 84% sabía que las transfusiones sanguíneas y las inyecciones intravenosas, (81%) eran un medio de contagio, mientras que el 66% declaró que los efectos personales no representaban ningún riesgo. El 68% indicó que los contactos casuales no eran medios transmisores, el 25% sabía que no existía vacuna, mientras que el 38% pensaba que no existía tratamiento contra el SIDA. (Pérez y Farías, José Manuel, 1990)

Otra encuesta realizada en la Ciudad de México por el Sector Salud (1987) reportó que del 46% al 56% de los sujetos menores de 30 años tenía la certeza de que existía un tratamiento efectivo contra el SIDA; el 65% consideró que era un tipo de cáncer; el 35% que se trataba de una campaña publicitaria, el 5% que el SIDA se podía curar, y el dato más relevante no consideró el uso del preservativo como una medida preventiva para evitar el contagio.

En 1988 The Gallup Report investigó acerca de la preocupación que existía sobre las medidas preventivas en 192 sujetos entre los 18 y los 29 años, obteniendo que aproximadamente el 60% no está preocupado por adquirir SIDA, y reconocieron que el elegir cuidadosamente a la pareja, representaba una forma efectiva de prevención. (Pérez y Farias, José Manuel, 1990)

Cuando fue reconocido el SIDA en los 80's, había un continuum aceptado del comportamiento sexual dentro de los adolescentes heterosexuales. Por un lado, estaban aquellos que se encontraban en relaciones monógamas, o bien los que las evitaban, cuya posibilidad de contagio de algunas enfermedades sexualmente transmisibles era mínima.

Por otro, aquellos que en plena búsqueda de su identidad sexual suelen practicar múltiples encuentros sexuales, que, entre otros problemas, trajo como consecuencia un elevado número de abortos, además del contagio de enfermedades transmitidas por vía sexual. En el caso del SIDA, este tipo de comportamientos podrían provocar una alta diseminación del mismo de no llevarse a cabo las medidas preventivas para que ello no suceda. Por todo lo anterior la adolescencia puede considerarse como un grupo con conductas de alto riesgo.

Aún cuando el mayor índice de SIDA está en las personas de 22 a 44 años, se considera que debido al prolongado periodo de incubación del VIH, la infección se pudo haber contraído en etapas más tempranas como puede ser la adolescencia.

2.6.- Impacto psicosocial y medios de comunicación.

Actualmente, padecer de SIDA es un problema público; se contrae, a diferencia de otras enfermedades, socialmente. ¿Qué es lo que convierte al SIDA en la enfermedad más pública y social, al lado de otras enfermedades, más bien privadas e individuales?

El carácter público y social del SIDA radica, en el nivel más general, en el número actual y potencial de víctimas, y en la manera en que se ha reaccionado, desde diferentes instancias como gobiernos, universidades, organismos internacionales y de la sociedad civil, ante este fenómeno. No sólo hay un gran número de personas que padecen o pueden padecer esta enfermedad sino que también es una gran cantidad de gente la que ha movilizó sus recursos y ha manifestado sus reacciones de rechazo, de preocupación, de azoro, de prejuicio.

Por otra parte, el acto sexual, en cualquiera de sus modalidades, es ante todo un acto social no sólo porque implica por lo menos a dos personas, sino porque la manera en que estas dos personas dan curso a su sexualidad es un producto social, culturalmente determinado, sujeto a ciertas normas y valores entendidos, que varían de una sociedad a otra (Conapo, 1982).

Siendo la sexualidad un asunto que transcurre en un ambiente íntimo, la transmisión es, al mismo tiempo, la consecuencia de un acto social y privado. Pero si la transmisión se da en un contexto privado, los efectos de la misma son, evidentemente, públicos. ¿Cómo entonces, poner en práctica medidas públicas tendientes a controlar la propagación de esta epidemia sin atentar contra la intimidad y privacidad de los individuos?

Junto con su expansión, el SIDA genera otros procesos sociales complejos. El desarrollo de prejuicios de parte de mucha gente en torno a esta enfermedad, y el estigma que recae sobre sus víctimas es un ejemplo de ellos. (Psicólogo Argentino 1993)

Uno de los elementos que permite vigorizar la interacción entre población y autoridad es la opinión pública. La prensa diaria, las revistas, la televisión y la radio de uno u otra manera recogen y decantan el sentir de la comunidad, y lo expresan destacando las deficiencias o necesidades para atender problemas de salud. El análisis de la opinión pública es un instrumentos que permite detectar, e incluso anticipar, las expresiones de la sociedad en torno a los problemas de salud.

En estos casos, en ausencia de drogas o vacunas efectivas, el único recurso a nuestro alcance es la educación. Este concepto ha creado, de tanto repetirse, la ilusión de que la sola información bastará para lograr que la gente modifique sus conductas. La experiencia, en ciertos sentidos alentadora, no parece apoyarla de manera contundente.

Solamente algunas comunidades de homosexuales han demostrado cambios sostenidos en sus prácticas sexuales, y una estabilización -o incluso disminución- en la curva de crecimientos de sus casos.

Algunos estudios realizados en México como las encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas, que se realizan constantemente, han sido útiles para darnos cuenta de lo poco que conocemos sobre patrones de comportamiento sexual. En algunas de esas encuestas realizadas en diversos grupos poblacionales se ha encontrado un marcado contraste entre el alto nivel de conocimientos sobre la enfermedad y sus formas de transmisión y de prevención, por una parte, y la falta de aplicación de esos conocimientos en las prácticas sexuales, por la otra.

Es muy significativo que las personas entrevistadas no se perciben a sí mismas en riesgo de adquirir la infección de VIH, a pesar de incurrir en prácticas que, como ellos mismos saben, traen consigo un alto riesgo de transmisión.

Diseminar información sobre el SIDA es necesario, pero no suficiente. Se deben combatir los mitos, el miedo y la discriminación. Se requiere de una presencia constante y repetida de mensajes educativos claros y explícitos, por todos los medios de comunicación. (Sepúlveda, 1989). Para el caso del SIDA, por tratarse de una enfermedad cuyas víctimas la adquieren, en su mayoría, por transmisión sexual, los mensajes de prevención deben tocar ineludiblemente, uno de los asuntos más íntimos y tradicionalmente ocultos, que es la sexualidad.

La prensa no siempre es la aliada del conocimiento, sino que, con más frecuencia de la deseable, trabaja para el prejuicio y la desinformación. El SIDA ha creado opiniones variadas que politizan su recepción como mal social, y los medios de comunicación no han cesado de informar sobre esta enfermedad. Para tener una clara imagen de lo anterior se precisa de un estudio que valore el papel de esos medios en la difusión de los innumerables aspectos que significa la epidemia. Su valoración en los medios informativos de masas resulta crucial para entenderla y para entendernos. (Sepúlveda, 1989)

La respuesta social a la enfermedad ha sido variable y polémica. Se debe, por supuesto, al contenido de la transmisión del mal y al grupo social al que atacó en un principio: los homosexuales. Las reacciones prejuiciosas, estigmatizantes, pero también morales deben ser estudiadas a fondo; en primer lugar, porque el SIDA es una enfermedad letal, acaba con la vida de los seres humanos, y su curación médica no es viable en el corto plazo; en segundo lugar, porque el enfermo se ve afectado de muchas maneras. En general se le aísla y segrega socialmente.

A pesar de que la moral sexual se ha mitificado a raíz de la liberación sexual iniciada en los años inmediatos a la posguerra, y a la reivindicación de derechos por algunos grupos sociales (feministas, prostitutas, homosexuales, lesbianas) siempre ha habido sectores que manejan una *moral abstracta*, dogmática y prejuiciosa ante los datos irrefutables de la variedad sexual humana. (Sociedad y Sida, 1991)

El traslape de los dos planos –lo privado y lo público– en torno a la enfermedad, es un camino correcto para comprender reacciones sociales frente a ella. Queda, sin embargo, la necesidad de comprender el prejuicio más ampliamente, y no sólo como una categoría psicológica. En las causas de todo prejuicio está el *temor* y el *instinto de conservación*. La dificultad para superar este tipo de prejuicios puede salvarse en la medida que el saber fragmentario se elimine; esto ocurriría proporcionando información a través los medios de comunicación y de la educación.

En suma, la opinión pública se forma en torno a las siguientes características:

1. El mensaje periodístico en torno al SIDA esquematiza la realidad de tal forma que los receptores obtienen una parte informativa muy pobre sobre la epidemia.
2. La interpretación primordial se refiere explícitamente a mostrar cómo es la realidad y no a qué tanto puede el individuo hacer para que no le afecte.
3. Los encabezados de las noticias forman proposiciones que, muy probablemente, distorsionan el mensaje de la nota, pues, entre otras cosas, se destacan cifras, tenencias y aspectos amarillistas de la enfermedad.

4. El mensaje ha sido emitido mayoritariamente gracias a las intervenciones del Estado, por medio de sus campañas preventivas. Este hecho subordina (de manera parcial) informaciones cualitativas que puedan promover la discusión a aspectos incidentales sumamente difusos y a prejuicios sobre la epidemia.

2.7.- Derechos humanos y SIDA.

En un ensayo, Gerald Friedland propone tres razones por las cuales existe una falta de consideración y compasión hacia los enfermos de SIDA. La primera de ellas se refiere al miedo al contagio; la segunda ocurre por el escaso valor social que se concede a los mal llamados grupos de alto riesgo, finalmente, la tercera explicación tiene que ver con el rechazo a todo a aquello que nos recuerde nuestra vulnerabilidad, nuestra susceptibilidad a "la peste". A pesar de las grandes campañas para combatir los mitos sobre la transmisión del SIDA, todavía mucha gente se rehusa a saludar de mano a un homosexual, no se diga a un infectado de VIH. Hay quienes han llegado a proponer el marcaje distintivo e indeleble de los portadores del virus, para detectar su presencia a tiempo, con su campanilla obligatoria. (Sepúlveda, 1989)

Mediante reformas al *Código Penal para el Distrito Federal en materia de fuero común, y para toda la República en materia de fuero federal*, se estableció el delito de peligro de contagio (artículo 199bis), lo que se considera como un atentado a los derechos civiles y humanos --consagrados en la Constitución General de la República-- de personas que viven con el VIH o con SIDA: del goce de las garantías que ella otorga, que no podrán suspenderse ni restringirse (1°); del derecho a no ser molestado en la propia persona (16); del derecho a la vida y a la libertad (14); del derecho a la salud (4°), etc. Desde el 21 de enero de 1991 cualquier persona puede ser violentado en su dignidad humana si se llega a aplicar en su contra el artículo 199bis del Código antes mencionado y que a la letra dice:

"El que a sabiendas de que está enfermo de un mal venéreo u otra enfermedad grave en periodo infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro, por relaciones sexuales u otro medio transmisible, será sancionado de tres días a tres años de prisión y hasta cuarenta días de multa. Si la enfermedad padecida fuera incurable se impondrá la pena de seis meses a cinco años de prisión. Cuando se trate de cónyuges, concubenarios o concubinas, sólo podrá procederse por querrela del ofendido". (Sociedad y Sida, 1991)

Esta disposición confunde infección con contagio del VIH, con lo cual se hace eco de muchos estereotipos y mitos todavía existentes en México, acerca del SIDA. Da lugar a creer en el absurdo de que el "SIDA o el VIH se puede pegar por contacto casual", cosa imposible de ocurrir si hacemos caso a lo que defiende la investigación científica más respetable de nuestros días. Un portador del VIH por definición está infectado, pero no necesariamente enfermo. Por otra parte, es imposible demostrar quién contagió a quién (excepto la vía perinatal o la de transfusión). Por estas y otras razones, el artículo 199bis violenta los derechos humanos.

Los derechos humanos se han convertido en asunto de la más alta relevancia para el problema del SIDA. El derecho a la no discriminación, el derecho a los servicios de salud, a una vida y muerte dignas, al trabajo y, en algunos países incluso a la libertad, son los que con mayor frecuencia se están infringiendo. El respeto a estos derechos y la dignidad de los afectados es una absoluta e impostergable necesidad; una necesidad para el control de la epidemia.

Capítulo III

NIVEL SOCIOECONÓMICO

- 3.1.- CONCEPTO DE NIVEL SOCIOECONÓMICO**
- 3.2.- NIVELES SOCIOECONÓMICOS
(ALTO, MEDIO, BAJO)**
- 3.3.- NIVEL SOCIOECONÓMICO EN DIFERENTES
ESTUDIOS PSICOSOCIALES.**

III.- NIVEL SOCIOECONÓMICO

3.1 CONCEPTOS DE NIVEL SOCIOECONÓMICO

En este capítulo se encontrará únicamente una breve descripción de nivel socioeconómico o clase social, sus divisiones, así como una muestra de cómo se han manejado estos conceptos en otros estudios psicosociales.

Antes de hablar sobre el nivel socioeconómico, es necesario referirse al concepto de clase social, pues la inclusión del nivel socioeconómico, clase social o estatus socioeconómico, como variable independiente en los estudios sociales ha ocasionado que se busque una definición tanto conceptual como operacional que refleje lo que representa el concepto. De esta manera han surgido diferentes definiciones que van desde las más generales y subjetivas hasta otras más concreta y objetivas.

La clase o categoría social surge desde que las primeras colectividades humanas se organizaron bajo una autoridad común, así aparecen, en principio, el sacerdocio y el ejército como factores decisivos de esa organización, creándose sólo dos clases: una formada por el pequeño núcleo de los que mandan y el otro, más extenso, de quienes obedecen. Este último se hace más complejo y diferenciado a medida que las poblaciones crecen en volumen y se establecen relaciones entre los diversos grupo intensificándose la división del trabajo, la producción de satisfactores y el comercio dando pie a grupos más hábiles, y otros menos favorecidos. Como resultado se han configurado cuatro clases principales: nobleza, burguesía, clase media, y clase baja. Sin embargo, para algunos teóricos, la nobleza y burguesía son sinónimos de clase alta, sobre todo después de que la nobleza como casta ha desaparecido en la mayoría de los países. Ya Aristóteles dijo: *"existen en cada Estado tres clases de ciudadanos: los riquísimos, los pobrísimos, y los que no son ni muy pobres ni muy ricos"*. Esta clasificación corresponde a la que en la actualidad es aceptada, pues la sociedad se divide en clase alta, clase media y clase baja. (Mendieta, 1967)

Para Brown (1975), la estratificación se establece como consecuencia de *"la organización de la vida social en un conjunto de categorías uniformes dentro de sí mismas y claramente discontinuas en sus fronteras"*.

Los individuos forman, dentro de la sociedad, agrupamientos de diversas clases; entre ellos cabe señalar los cuasi-grupos y los grupos sociales. Se llaman cuasi-grupos los que no están organizados formalmente y grupos los que ofrecen indudablemente estructuras organizadas. Las clases sociales son cuasi-grupos en virtud de que aparecen o se constituyen sin previo acuerdo de sus integrantes. Son amorfas en cuanto no pueden precisarse un frontera de separación entre ellas que sirva para configurarlas, unas y otras se interfieren por sus líneas de contacto en diversos grados de intensidad; es decir, que no están completamente separadas aun donde existen castas; en todas ellas se produce una circulación intensa. (Briceño Escamilla, 1990)

Para Mendieta (1967) las clases sociales son conjuntos de personas que se distinguen por los rasgos específicos de su cultura y de su situación económica que están determinadas por una combinación de factores culturales y económicos. De esta manera, se genera una cultura de la clase alta, otra de la clase media y una más de la clase proletaria o baja dentro de toda sociedad como aspectos o fases de su cultura general y que pueden formarse unidades o círculos perfectamente definidos y permanentes a pesar de los cambios incesantes que se operan en las personas que las viven; pero la clase social no está constituida ni por los individuos considerados en sí mismos, ni por los contenidos culturales de cada círculo, sino por la conjunción de ambos elementos en una síntesis viva.

Resumiendo, podemos decir que la clase social es:

...un agregado social de familias y de individuos que se encuentran en condiciones idénticas o semejantes de educación y de riqueza, de mentalidad y de cultura, de costumbres y de género de vida, en el seno de una comunidad nacional; teniendo por consiguiente, cierta afinidad de intereses y de aspiraciones." (Mendieta, 1967)

Por su parte, Gómezjara (1985) nos explica que las clases sociales están determinadas por:

- 1.- El periodo histórico en que se vive (esclavismo, feudalismo, capitalismo)
- 2.- El sitio que ocupan dentro de la sociedad respecto a la propiedad de los medios de producción: poseedores y desposeídos.
- 3.- A la parte que reciben de la riqueza nacional: ingresos.
- 4.- Según sea que vivan de su propio trabajo o compren fuerza de trabajo ajeno.
- 5.- Al grado de cultura o conciencia de clase.

La *clase en sí* representa únicamente la situación de clase de los grupos o individuos en un régimen social dado. Es objetiva porque es independiente de la voluntad y de la conciencia de los individuos. La situación de clases determina los intereses de la clase, los que a su vez resultan objetivos. La *clase en sí* se adquiere por el mero hecho de nacer dentro de un hogar determinado: obrero, burgués, etc.

La *clase para sí* es aquella que ya tiene conciencia de sus intereses objetivos de clase, de su papel histórico en el desarrollo de la sociedad. Esta conciencia se denomina *conciencia de clase* y constituye un elemento subjetivo de la clase social, es decir, cuando un individuo adquiere conciencia verdadera de sus intereses. (Gomezjara, 1985)

Lucio Mendieta y Núñez (1967), dice que la clase es

"un grupo casi organizado en el que los miembros se hallan unidos por lazos económicos y culturales idénticos. Tienen un nivel de vida semejante, costumbres y maneras semejantes, una mentalidad común. En toda sociedad hay tres clases principales: superior, media e inferior, pero también existen círculos que se encuentran entre las clases y que no pueden integrarse a alguna de ellas. Estas clases no son estables sino que están en constante movimiento y posible transformación."

Las identificaciones de clase originan notables efectos psicológicos. Los sentimientos acerca del status de clase y de la forma en que el individuo se identifica a sí mismo respecto de un determinado status de clase desempeñan realmente un papel muy importante en la vida social. (Hollander, 1978)

3.2 Niveles Socioeconómicos (Alto, Medio, Bajo)

CLASE ALTA

La clase alta está formada por grandes propietarios de tierras o inmuebles que reciben de ellos ingresos considerables para llevar una vida de lujo, y por los grandes rentistas que tienen su dinero invertido en acciones y valores de los que perciben también fuertes utilidades. El individuo de la clase alta suele ser propietario y capitalista a la vez, es decir, posee propiedades y títulos de inversiones. Algunos de estos miembros forman la denominada *clase ociosa* que, cuando mucho, dedican cierta atención a la conservación y al incremento de sus bienes valiéndose de administradores o apoderados. Existe también otro sector de gran importancia que es el de los capitalistas *activos*, es decir, grandes empresarios de comercios, industrias o de otras actividades económicas. (Briceño Escamilla, 1990)

En síntesis, puede decirse que los distintivos de la clase alta son: 1.- posesión de la riqueza, bienes de fortuna, capital, poder. 2.- Forma refinada de vida material y moral. Satisfacción de las necesidades humanas, individuales y colectivas por medio del goce de las mejores cosas. 3.- Sentimiento de seguridad y de orgullo de clase. 4.- Reflejo orgánico en el aspecto físico, en las maneras de las características antes mencionadas, hasta constituir tipos diferenciados de selección como resultado del "cultivo social". 5.- Comportamiento dominado por las convenciones sociales rigurosamente cumplidas. Vida de frecuente relación y trato dentro de círculos reducidos, formados exclusivamente por gentes de la propia clase alta. 6.- Propósito decidido de no mezclarse, por medio de matrimonios, sino con personas de su misma clase. 7.- Preocupación constante por guardar las apariencias. 8.- Espíritu reaccionario y conservador. (Mendieta 1967)

Esta clase tiene en sus manos el poder económico y el poder político, tiende siempre a mantenerse como una especie de casta cerrada. Su ostentación, bienestar y riqueza se convierten en un incentivo que se desarrolla en dos sentidos: el primero es beneficioso porque estimula a los miembros de la clase media y baja para ascender en la escala social por medio del trabajo y despierta ambiciones que se traducen en invenciones, descubrimientos, creaciones artísticas, aunque por otro lado, es calificada en algunas ocasiones como frívola y superficial; el segundo produce una sensación de derrota al no conseguir ascender y al ver la inequidad de la riqueza, esto acrecienta la inconformidad social, el resentimiento que puede traducirse en movimientos sociales. (Mendieta 1967)

CLASE MEDIA:

Algunos sociólogos sostienen que no debe hablarse de clase media, sino de clases medias, pues su posición como intermedia permite una cierta indefinición entre dos términos (alta y baja) de quienes recibe ciertas influencias. Sin embargo, el nivel socioeconómico medio se haya integrada por diferentes sectores con rasgos peculiares, pero que convergen y dan cierta definición propia.

Como características específicas de la clase media, pueden señalarse las siguientes: 1. Imita las formas de vida de la clase alta que parece ser, en este aspecto puramente formal, su ideal constante: vestidos, muebles, habitaciones, espectáculos, etc. La diferencia única está, considerando a la clase media en su gran masa, en la calidad de las cosas, en la plenitud de las satisfacciones, 2.- Concede gran importancia a la cultura, a la ciencia, a la técnica y a las profesiones como medios para conseguir bienestar económico y satisfacción moral, 3.- Tiene un alto sentido ético y religioso, 4.- Sus ambiciones se limitan a obtener el bienestar y la satisfacción moral principalmente por medio del trabajo.

No se preocupa demasiado de acumular riqueza. 5.- Se debate siempre en una contradicción ideológica: es conservadora en virtud de que sufre notable desviación de criterio ante el derecho de propiedad privada, la ama y respeta porque la ha adquirido mediante esfuerzos y privaciones o tiene la esperanza de adquirirla y siente el natural temor e indignación ante la idea de ser desposeída de lo que considera el producto de su trabajo. La justificación de su derecho, sobre la pequeña propiedad, la lleva a justificar todo derecho de propiedad sin fijarse en que las enormes propiedades de la clase alta no tienen el mismo fundamento. A esta especialísima circunstancia psicológica se debe que la clase media sea considerada como factor de moderación, de equilibrio en la lucha social. La clase alta debe mucho a la clase media, pues sin ella, pronto sería destruida por el proletariado sindical quien, a su vez, considera que retarda el triunfo de su causa porque es conformista. Sin embargo, la cultura y el alto sentido ético y religioso lleva a muchos clasemedieros al análisis crítico de las sociedades. 6.- Exhibe una arraigada tendencia a cubrir las apariencias, a guardar las formas sociales aún a costa de los más grandes sacrificios. 7.- Se opone a mezclarse por medio de matrimonios con la clase baja. 8.- Se relaciona casi exclusivamente con personas de su misma clase. 9.- Tiene una base económica, un cierto bienestar material mínimo, derivado de la renta de pequeñas propiedades, de reducidos capitales, o del trabajo personal o de ambos elementos. Este bienestar se acerca a la comodidad desahogada, al cierto lujo en algunos sectores de la clase media; pero sin llegar al lujo desorbitado y ostentoso de la clase alta. 10.- Está integrada, en los países civilizados, por la burocracia, los pequeños rentistas, pequeños industriales y artesanos, los pequeños propietarios rústicos y urbanos, los profesionistas, empleados de empresas privadas. Realiza, también, labores intelectuales y materiales que requieren cierta cultura y en la mayoría de las veces conocimientos científicos, técnicos, facultades de dirección y decisión, de organización y ejecución. (Mendieta 1967)

En este nivel se resume la opinión pública porque es la parte más consciente de pueblo y tiene a su alcance medios de expresión y de manifestación que influyen en el Gobierno y en los centros políticos, así como sobre las otras clases de las que aparece como censor vigilante.

CLASE BAJA

La clase social baja está integrada por los obreros calificados, los artesanos, los obreros dedicados a los trabajos de industrias determinadas, es decir, que tienen cierta experiencia en esos trabajos, los jornaleros del campo, los trabajadores sin especialización alguna que se alquilan para cualquier labor, y los miserables que viven en asilos, hospitales o de la caridad pública. En consecuencia, está integrada por individuos sin patrimonio o cuyas propiedades tienen escaso valor, de tal modo que viven casi exclusivamente del producto de su trabajo. (Briceño, 1990)

Buscando rasgos distintivos y universales, pueden enumerarse los siguientes: 1. Instrucción rudimentaria; en algunos países, grandes sectores de esta clase son analfabetas, aunque sus conocimientos se limitan a los que se imparten en las escuelas de la llamada primera enseñanza. 2.- Se dedica a trabajos manuales que requieren, principalmente, el empleo de la fuerza física o material. 3.- Su forma de vida es inferior a la de la clase media. La calidad de su indumentaria comúnmente usada, la de su habitación, alimentación, es siempre de escaso valor; ocupa las localidades más baratas en los espectáculos públicos y los servicios de toda índole que requiere en su vida, son siempre, de bajo costo. 4.- Sus maneras de hablar y conducirse son burdas. 5.- Es muy religiosa, sin comprender en toda su profundidad y abstracción los principios de su religión. 6.- Es imprevisora.

7.- No obstante la fuerza de su número que le permitiría realizar una subversión social respeta el orden existente, es el más firme sostén de la división en clases y de la estructura jurídica que mantiene las desigualdades y las injusticias sociales. Esta clase es, generalmente, incapaz de organizarse en movimientos ideológicos. A pesar de su situación económica, acepta el estado de la situación y sólo reacciona o se rebela cuando personas de las otras clases, sobre todo de la media, la dirigen y le dan un programa y una bandera.(Mendieta, 1967)

Esta clase despierta distintos sentimientos entre las demás clases. Su sola presencia evoca en la clase alta sentimientos altruistas. Provoca la humanización de las grandes fortunas que se exterioriza en las fundaciones de carácter cultural y benéfico que se encuentran en todos los países; estas fundaciones son algo así como manifestaciones de un remordimiento consciente o inconsciente de los otros niveles socioeconómicos que, dicho sea de paso, reconocen con ello la injusticia social. Por otra parte, la clase baja influye en la media y en la alta como ejemplo doloroso de lo que significa un descenso social, afirmando a la segunda en su voluntad de consolidación y persistencia y a la primera en su deseo de estabilidad y de progreso. Esto se manifiesta en cada uno de sus miembros, dentro de las actividades del grupo económico a que pertenece y de modo más o menos consciente.

La conciencia o inconciencia de pertenecer a una determinada clase social actúa sobre sus propios miembros y sobre los de las otras clases, de un modo material y psicológico determinado en gran parte de sus actividades y su conducta en la diaria lucha por la vida.

3.3 Nivel socioeconómico en diferentes estudios psicosociales

El nivel socioeconómico como variable interventora y responsable de la determinación o relación entre otras variables psicosociales ha tenido cada vez más peso y es poco frecuente que se deje de considerar en cualquier estudio psicosocial en la actualidad.

Las primeras incursiones teóricas sobre el nivel socioeconómico como una variable relevante en los estudios sociales empezaron a desarrollarse a partir de la década de los cuarenta, destacando investigadores como Warner, Lunt, Meeker y otros. En la evolución metodológica del concepto es posible observar dos etapas en estos autores: la primera tuvo como punto de partida una serie de estudios a través de los cuales lograron establecer que era posible realizar "una estratificación de la población en función de la posición en la cual, de acuerdo con el consenso de un gran número de personas, se hallaban ubicados ciertos grupos". Así obtuvieron categorías o estratos que denominaron clases que marcaron seis diferentes rangos que iban desde la clase superior, superior-inferior, hasta clase inferior superior, e inferior. (González 1986)

Existen dos procedimientos o métodos principales para evaluar la posición de clase. El método *objetivo* utiliza como índices el nivel de ingreso, el nivel de educación y la ocupación, generalmente de forma combinada. También puede incluir las clasificaciones que establecen los miembros de una comunidad acerca de la posición de clase de sus semejantes. El método *subjetivo* define la clase social preguntando directamente a los individuos dónde creen que están ubicados. Uno de los problemas de este método consiste en la determinación de las categorías por emplear. Por ejemplo, si las únicas alternativas son clase alta, media y baja, una abrumadora mayoría se incluirá en la media. (Hollander 1978).

Warner reporta su método llamado *Índice de características del estatus*, consistente en la predicción de la clase social de los individuos a partir de las siguientes cuatro características: 1) profesión, 2) origen de los ingresos: herencia, salario, beneficencia, 3) tipo de vivienda, y 4) área urbana en que está situada la vivienda. (González 1986)

Weber, por su parte, establece tres dimensiones diferentes a las propuestas por Warner y supone que es a través de la desigualdad de los individuos como se establecen unidades sociales distintas; a estos tres conceptos les ha llamado *dimensiones de contenido* de la estratificación, representada por *la riqueza*, definida como el acceso a bienes y servicios; *el prestigio* dado por la ocupación del individuo; y *el poder* como la capacidad de algunos para controlar a otros sujetos en beneficio propio. (González 1986)

Otros autores han incluido nuevos y más precisos indicadores en la búsqueda por encontrar un índice adecuado que refleje de manera real y objetiva el nivel socioeconómico del individuo o los grupos sociales.

Svalastoga (1965) ha sugerido una dimensión más a las ya propuestas por otros autores: la dimensión del *nivel o estatus informacional* entendiéndola como los años o nivel de educación de la persona. Duncan (1968) amplía este nivel incluyendo los conocimientos y habilidades de las personas al nivel de educación, suponiendo que la suma de éstos dará como resultado el *estatus informacional*. La medición de estas variables ha traído, en suma, muchos debates y dificultades.

Sin embargo, Hollander (1978) coincide con otros autores en señalar como principales indicadores del nivel socioeconómico, el nivel de *ingresos*, el nivel de *educación* y la *ocupación*.

La variable de clase social o nivel socioeconómico se contempla a la actualidad en todos los estudios psicosociales por lo que se le ha correlacionado con una infinidad de variables como asistencia y aprovechamiento escolar, empleo del tiempo libre, pertenencia religiosa y política, salud y enfermedad, delincuencia, asistencia a la universidad, planificación familiar, etc, por citar algunos. (González 10)

En seguida se presentará un par de ejemplos donde se han utilizado diferentes métodos y técnicas de estudio socioeconómico.

EJEMPLO 1.

En el libro *Investigación formativa de Plaza Sésamo* (Díaz-Guerrero et al, 1975) se realizó un estudio para determinar el nivel socioeconómico de algunos niños siguiendo la técnica del doctor J. Havighurst, quien reportó esta técnica por primera vez en 1965. En este libro utilizaron un trabajo suyo más reciente intitulado *Measuring Socioeconomic Status in the Cross-National Study of Children and Adolescents*.

A continuación se explica la metodología:

[...] consiste en establecer una jerarquía de 6 ocupaciones¹, partiendo desde el más alto nivel hasta el más bajo, considerándose cada nivel en forma específica para cada país y una escala de seis grados de educación (escolaridad) desde la más alta hasta la más baja. Cada nivel de educación² se multiplica por dos y cada nivel de ocupación por tres. Esta calificación compuesta nos da el nivel socioeconómico para el individuo y su familia. De manera que si, por ejemplo, una persona tiene el más alto grado de ocupación, su rango es 1 y recibe 1×3 , 3 puntos. Si también tiene el más alto grado en educación, su rango es 1, recibe 1×2 , 2 puntos. $2+3$ da su calificación socioeconómica, que es 5. La más baja calificación posible ocurre cuando la persona tiene tanto el más bajo tipo de ocupación como de educación. En este caso su rango en ocupación es 6, entonces recibe 6×3 , 18 puntos. Su rango en educación es 6, así recibe 6×2 , 12 puntos. Si sumamos su calificación de educación y ocupación tendremos 30. Esto representa, para este individuo y para su familia, el más bajo nivel socioeconómico posible. (Díaz-Guerrero, 1975)

Cuando los pesos de los componentes de una escala de nivel socioeconómico están determinados apropiadamente, su distribución produce el cuadro siguiente:

¹ Niveles de ocupación: 1.- (profesional) doctor, abogado, etc., Magnate industrial o de negocios. Ministros y subsecretarios de gobierno, (no entraron en este muestreo). 2.- Industrial (término medio), hombre de negocios, funcionario bancario, de relaciones públicas, auditor, contador público, cabeza de alguna oficina. 3.- Empleado bancario, empleado burócrata en oficina, dueño de una tienda pequeña, agente viajero, profesor de primaria, contador privado. 4.- Carpintero, mecánico, sastre, electricista, plomero, policía bancario, agente de tránsito. 5.- Obrero no calificado, mesero, taxista, empleado peluquero. 6.- Barrendero, bolero, portero, soldado raso.

² Niveles de educación: 1.- Título universitario, uno o más años de una carrera universitaria. 2.- Terminar la preparatoria, la Escuela Normal para Maestros o su equivalente. 3.- Terminar la secundaria o su equivalente. 4.- Uno o dos años de secundaria o su equivalente. 5.- Terminar la primaria. 6.- No terminó la primaria.

Escala de ocupación	Escala de educación	Puntuación nivel socioeconómico	Clase Social
1	1	5	
1	2	2	
2	1	8	Media alta y alta
2	2	10	
2	3	12	
3	2	13	
2	4	14	Media baja
3	3	15	
3	5	19	
4	4	20	
4	5	22	
5	4	23	Clase alta trabajadora
4	6	24	
5	5	25	
6	4	26	
6	5	28	Clase baja trabajadora
6	6	30	

Se da al padre un puntaje de 3 para cada posición en la escala de ocupación, y un peso de 2 para su posición en la escala de educación. La escala de nivel socioeconómico va de 5 (alto) a 30 (bajo). Las rayas horizontales divisorias de la puntuación que se dé a cada clase social están determinadas por los conocimientos de los científicos sociales respecto de la estructura de las clases sociales en cada sociedad. (Díaz-Guerrero 1975)

EJEMPLO 2.

La Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercado y Opinión Pública (AMAI),³ se propuso unificar los Niveles Socioeconómicos (NSE) en México entre las agencias que la componen, de tal manera que todas pudieran hablar un lenguaje común al plantear grupos objetivos, segmentar o definir mercados potenciales. El objetivo del estudio fue obtener un método para clasificar a cualquier hogar urbano de la República Mexicana, en un determinado NSE. Para ello, se revisaron y se tomaron en cuenta experiencias previas en estudios similares llevados a cabo en Europa y Brasil. (Adcebra, 1995)

Metodología:

Se enlistaron inicialmente todas las variables que posiblemente discriminaran entre los diferentes NSE, considerando tanto opciones cuantitativas como cualitativas. La lista de variables obtenidas fue de más de 500, mismas que se depuraron tomando en cuenta los siguientes criterios.

1. Debían medir tres aspectos: vivienda, durables o posesiones, y cuestiones sociales.
2. Debían ser objetivas.
3. Fácilmente medibles.
4. Aplicables a todas las edades (niños y adultos).
5. Aplicables a cualquier nivel educativo.
6. Aplicables en cualquier sitio (telefónicamente, en centros de afluencia, en el hogar, etc.)
7. Aplicables en cualquier región urbana de la República.
8. Con un grado mínimo de intrusión (sin meterse en cuestiones privadas).

³ Formada en septiembre de 1992.

Tomando en cuenta estos criterios, se desecharon variables como número de cuentas de cheques o tarjetas de crédito (información inaccesible para todos los miembros de la familia). La lista final constó de aproximadamente 200 variables. Posteriormente se llevó a cabo una segunda reducción de variables por medio de una encuesta a nivel nacional con 1,841 entrevistas efectuadas (tanto casa por casa como en puntos de afluencia y cada una tenía una duración de 15 minutos), en 9 ciudades mexicanas. El levantamiento de campo se realizó del 12 de abril al 1 de julio de 1993, y se aplicó a personas de 15 a 70 años de edad, de ambos sexos, de cualquier clase social.

Mediante el uso de técnicas multivariadas, las 200 variables iniciales de esa encuesta se redujeron a 30 aproximadamente, éstas últimas fueron monitoreadas en múltiples estudios desde fines del año pasado, obteniendo así una base de datos de más de 25,000 entrevistas en 50 ciudades de las que resultaron 8 variables finales discriminativas de nivel socioeconómico:

VARIABLES DISCRIMINATIVAS

1 Último año de estudios del jefe de familia
2 Nivel de mando del jefe de familia
3 Posesión de aspiradora
4 Posesión de tostador de pan
5 Posesión de calentador de agua (o boiler)
6 Número de focos en la vivienda
7 Número de habitaciones de la vivienda (sin contar baños)
8 Número de sirvientes

Con esta información, utilizando una vez más el análisis de estadística multivariada, se obtuvo un modelo de clasificación que asigna correctamente (con sólo 8 variables) el 91% de los hogares en un determinado nivel (de cada 100 hogares, 91 son asignados correctamente).

ESTRUCTURA DE NSE-HOGARES

Los seis NSE obtenidos en el índice AMAI se muestran a continuación.

Nivel	D.F Y ÁREA METROPOLITANA		PROVINCIA			
	%	Nivel	%	%	Nivel	%
A/B	8.7	A/B	8.7	5.8	A/B	5.6
C+	10.4	C (Medio)	31.8	7.7	C (Medio)	35.3
C	21.4			27.6		
D+	24.5	D/E (Bajo)	59.5	23.3	D/E (Bajo)	59.1
D	23.2			24.6		
E	11.8			11.2		
TOTAL	100		100	100		100

Nivel A/B (alto):

El jefe de familia tiene en promedio un nivel educativo de licenciatura o mayor. Los hogares de las personas que pertenecen al Nivel Alto son casas o departamentos propios, de lujo 3 ó 4 recámaras, 2 ó 3 baños, sala, comedor, antecomedor, cuarto servicio, estudio, 2 ó 3 teléfonos, equipos modulares, 2 televisores, Cablevisión o Multivisión, videocasetera, horno de microondas, lavadora automática de ropa programable, 1 de cada 2 hogares tienen secadora de ropa y/o PC, jardín propio, agua caliente, aire acondicionado, servidumbre, mínimo 2 automóviles, una cuenta de cheques (jefe de familia) y varias tarjetas de crédito. Más de la mitad de la gente ha viajado en avión los últimos 6 meses.

El ingreso familiar mensual es mínimo de N\$ 30,000. Algunas colonias del D.F. características son: Bosques de las Lomas, Pedregal de San Ángel, San Ángel Inn, Tecamachalco, La Herradura, Villa Verdún.

Nivel C+ (medio):

El jefe de familia normalmente tiene un nivel educativo de licenciatura o preparatoria. Los hogares son casas o departamentos propios que cuentan con 2 ó 3 recámaras, 1 ó 2 baños, sala, comedor, cocina y tal vez un estudio, 2 televisores, equipo modular, 2 aparatos telefónicos, videocasetera. Uno de cada 2 tiene microondas y poco más de la mitad tiene lavadora automática. La mitad de los hogares posee jardín propio, todos tienen agua caliente y 1 de cada 2 hogares cuenta con servidumbre. Tienen 1 ó 2 coches (no tan lujosos y sólo 1 está asegurado). Poseen tarjetas de crédito, sólo 1 de cada 3 personas ha viajado los últimos 6 meses. El ingreso familiar mensual varía desde N\$13,000 hasta N\$29,000. Algunas colonias del Valle de México características son: Satélite, Colonia del Valle, Irrigación, Nápoles.

Nivel C (medio):

El jefe de familia tiene un nivel educativo de preparatoria. Los hogares son casas o departamentos propios que cuentan con 2 recámaras, 1 baño, sala, comedor y cocina, 1 ó 2 aparatos telefónicos, equipo modular, 2 televisiones y videocasetera. Todos tienen agua caliente. Poseen 1 automóvil para toda la familia que casi nunca está asegurado. Algunos poseen tarjetas de crédito. El ingreso familiar mensual varía desde N\$4,000 hasta N\$12,000. Algunas colonias características son Prados del Rosario, Real del Moral, Avante.

Nivel D+ (bajo):

El jefe de familia cuenta, en promedio, con un nivel educativo de secundaria o primaria completa. Los hogares son, en su mayoría, de su propiedad aunque algunos rentan el inmueble. Cuentan con 1 ó 2 recámaras, 1 baño, sala-comedor, y cocina, 1 aparato telefónico, 1 televisor, 1 equipo modular 1 de cada 2 casas tienen videocasetera. Dos de cada 3 hogares tienen agua caliente. Usualmente no poseen automóvil propio, utilizan el transporte público para desplazarse. Muy pocos poseen tarjetas de crédito. El ingreso familiar mensual es de N\$2,000 a N\$3,000. Las colonias características son Anáhuac, Federal.

Nivel D (bajo):

Está compuesto por personas con un nivel de vida austero y bajos ingresos. El jefe de familia cuenta con un nivel educativo de primaria (completa en la mayoría de los casos). Los hogares son inmuebles propios rentados con 1 recámara, 1 baño, sala-comedor y cocina. La mitad de ellos o menos tiene videocasetera y/o agua caliente, 1 televisor y sólo la mitad posee aparato telefónico. Utilizan transporte público. No poseen, por lo general, ningún instrumento bancario (tarjeta de crédito, cuenta, etc.). El ingreso familiar mensual es de N\$1,000. Colonias características: Guerrero, Pedregal de Sta. Úrsula, Infonavit Nte. Cuatitlán Izcalli.

Nivel E (bajo):

Se compone de la gente con menores ingresos y nivel de vida de todo el país. El jefe de familia cursó estudios a nivel primaria sin completarla. No poseen hogar propio (sobre todo en el D.F.) y tienen que rentar y utilizar otros recursos para conseguirlo. Sus viviendas son 2 cuartos en promedio que utilizan para todas las actividades (dormir, comer, etc.). La mayoría no tienen baño propio ni agua caliente, y sólo 2 de cada 3 tienen refrigerador. La mayoría tiene un televisor. El ingreso familiar mensual es menor a N\$ 1,000. Las colonias características son: Nezahualcóyotl, La Garita, El Molinito, La Soledad, Milpa Alta. (Adcebra, 1995)

Capítulo IV.

ADOLESCENCIA

- 4.1.- DEFINICIÓN**
- 4.2.- TRANSFORMACIONES FÍSICAS Y BIOLÓGICAS**
- 4.3.- TRANSFORMACIONES PSICOSOCIALES Y
PSICOSEXUALES**
- 4.4.- CULTURA Y SOCIALIZACIÓN DE LA SEXUALIDAD**

IV.- ADOLESCENCIA

4.1.- Definición

El tema de la adolescencia ha sido siempre atractivo y apasionado para muchos investigadores de casi todas las ramas del conocimiento de las ciencias humanas. Todos ellos han contribuido con diversas concepciones de este fenómeno. Algunos se mostrarán en este apartado.

La adolescencia como etapa de desarrollo implica cambios no sólo físicos sino biológicos, psicológicos-emocionales, sociales y sexuales de ahí la necesidad de conceptualizar cada uno de estos aspectos. El primer paso a la adolescencia es la pubertad que es definida como el "período de tránsito que va de la inmadurez a la madurez biológica". De ahí que se haga una diferenciación entre la pubertad y la adolescencia; señalándose a la primera como la etapa de los cambios físicos y biológicos y la segunda como la etapa de los cambios psicológicos, sociales y sexuales. Aunque, por otra parte, no existen fronteras definitivas entre las dos etapas pues éstas están condicionadas por la alimentación, el clima y la cultura, entre otros factores. (Masters, et.al.,1985)

De acuerdo con Sherif y Sherif la adolescencia se caracteriza por ser un período de transición entre la niñez y la edad adulta que obliga al individuo al reformularse los conceptos que tiene acerca de sí mismo y lo lleva a abandonar su autoimagen infantil y a proyectarse en el futuro de su edad adulta; es un proceso de cambio que se verá afectado por las características externas de cada cultura, que lo favorecerán o dificultarán según las circunstancias. (Aberastury, 1978)

La adolescencia es un periodo en el que ocurren diversos y rápidos cambios tanto fisiológicos, intelectuales como en la personalidad; que aunque dura aproximadamente una década no tiene principio ni fin específicos; en la cultura occidental comienza alrededor de los 12 años y termina finalizando los 19. (Papalia, 1985)

Respecto al desarrollo intelectual, se observa que la aparición del pensamiento operatorio formal se presenta en el periodo de adolescencia, cuando empieza a dirigir sus nuevas facultades de pensamiento hacia adentro y se vuelve introspectivo, analítico y autocrítico. (Mussen, *et al.* 1979).

Piaget (1983) cita tres características del proceso cognoscitivo del adolescente:

- 1.- **Inclinación a razonar a cerca de situaciones hipotéticas y la capacidad de hacerlo.**
- 2.- **Búsqueda sistemática de hipótesis.** El adolescente no se conforma con interpretaciones ocasionales de los eventos, trata de considerar todas las maneras posibles de dar solución a un problema en particular.
- 3.- **Regla de orden superior.** El joven utiliza reglas abstractas para resolver toda clase de problemas, es decir, tiene la capacidad de organizar operaciones de orden superior.

4.2.- Transformaciones físicas y biológicas

En esta etapa, el individuo vive, como sabemos, transformaciones tanto físicas como biológicas. La etapa de la adolescencia se ve siempre precedida de la pubertad, cada una con características propias que se explicarán a grandes rasgos, en seguida.

Los cambios físicos y biológicos se encuentran estrechamente vinculados debido al aporte de las hormonas suprarrenales las cuales originan no sólo el crecimiento del vello púbico y axilar sino que también son estimuladas las glándulas sebáceas productoras de grasa. Antes de que inicie la pubertad (fenómeno que se considera como el despunte a la adolescencia) se produce una alteración en los niveles de hormona Luteinizante (HL) y la hormona Foliculoestimulante (FSH) debido al aumento de producción del factor liberador del hipotálamo el cual, es el regulador de dichas hormonas, fenómeno que trae consigo el inicio de la menstruación y la capacidad eyaculatoria; alcanzando los dos sexos la fertilidad biológica. Igualmente, dentro de los caracteres sexuales secundarios se considera el crecimiento del sistema óseo que, generalmente, ocurre primero en las mujeres.

Desde el ángulo biológico, los rasgos clave de la pubertad son el crecimiento acelerado, el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y la iniciación de la capacidad reproductora.

Las glándulas endócrinas (o de secreción interna) son las que rigen, en gran parte, la serie de cambios en las características sexuales primarias y secundarias que presenta el adolescente y que ejercen gran influencia en su vida emocional y en su desarrollo fisiológico. (Comfort, 1980).

En el proceso de maduración sexual femenina se presentan las características sexuales primarias de las cuales los estrógenos son los responsables del desarrollo del útero, vagina, trompas de falopio y senos: Además de la aparición de la menstruación que es un proceso fisiológico que se presenta aproximadamente entre los 11 y 14 años. (CONAPO 1989).

En los varones, la maduración sexual está también regulada por las hormonas. Se desarrollan los testículos (como consecuencia de la estimulación de la hormona luteinizante y la producción de testosterona), hay crecimiento del pene y los órganos sexuales complementarios: crecimiento del vello púbico y axilar, aparición de vello facial y cambio de voz. En ambos, la aparición de acné provoca vergüenza aunque sea transitoria. La hormona Hipofisiaria (HEF) estimula la producción de espermatozoides maduros en el varón junto con la hormona producida por la tiroides que debe encontrarse en concentraciones suficientes para ayudar a dicho proceso. A diferencia de la mujer, en el hombre no se presentan ciclos de fertilidad, los espermatozoides se producen durante todo el año, siendo fértil en toda época. (Katchadourian y Lunde 1972)

Durante esta etapa las transformaciones fisiológicas van unidas, como se ha dicho, a diversos fenómenos psicológicos; algunos son consecuencia directa de los cambios endócrinos y otros son reacciones personales ante el cuerpo transformado ya que existe una reelaboración del esquema corporal existiendo actitudes frente al propio cuerpo percibido de manera inmediata o por medio del círculo que le rodea; así el cuerpo sirve de soporte para todas las identificaciones, siendo uno de los puntos fijos de la experiencia vital, insertándose igualmente en la opinión que uno tiene de sí mismo, naciendo el sentimiento del propio valor o no valor personal. (Rocheblave, 1978).

4.3.- Transformaciones psicosociales y psicosexuales

Desde la perspectiva del desarrollo psicoemocional, la adolescencia es concebida como un período de transición y desequilibrio provisional provocado por un nuevo proceso de adaptación psicosocial del individuo. Una de las expresiones de esta etapa de la vida es la presencia de conductas que aparentemente no se adecuan a las normas socialmente convenidas, lo que se denomina comúnmente como "síndrome de adolescencia normal". (Knobel, 1985)

Los adolescentes afrontan una amplia gama de requerimientos psicosociales: independización de los padres, consolidación de las cualidades necesarias para relacionarse con los compañeros de la misma edad, incorporación de una serie de principios éticos aplicables a la realidad práctica, fomento de las capacidades intelectuales y adquisición de una responsabilidad social e individual básica, por nombrar sólo algunos. Los cambios psicosociales y sexuales a los que se enfrentan los adolescentes van desde el conflicto entre las normas parentales y culturales y lo que cada uno de ellos quiere y desea hacer o decir. Se observa, también, la necesidad de crearse una identidad propia, una identidad tanto ideológica como sexual, la cual es un reflejo de su disposición psicológica, sus valores y temores extraídos del entorno cultural. En su ansia por liberarse de la supervisión de los padres y los adultos, algunos adolescentes ven en el exceso un medio de demostrar su aptitud para tomar decisiones propias. (Masters, 1987)

Es en esta etapa donde la sexualidad empieza a ser más acentuada; los adolescentes eligen sus pautas y conductas sexuales. De ahí la necesidad de proveer a los adolescentes de información tanto formal como informal acerca de su sexualidad y el ejercicio de la misma ya que en ésta etapa y en las siguientes la sexualidad ya no es un juego y tiene consecuencias por lo tanto, implica responsabilidades.

Alfaro (1991) reportó que de 480 adolescentes de entre 15 y 20 años, 227 es decir, 43.3% han tenido relaciones sexuales y 253 (52.7%) no han tenido relaciones sexuales. De entre los adolescentes que han tenido relaciones sexuales 137 (60.3%) usan anticonceptivos, 56 (24%) los usan a veces y 34 (14.9%) nunca los han usado. Del total de jóvenes que siempre o a veces han usado anticonceptivos 147 (64%) han usado condón como método anticonceptivo, 34 (14.9) no utilizan ningún método, 20 (8.8%) usan el ritmo, 13 (5.7) recurren a las pastillas, 12 (5.2) utilizan los coitos interrumpidos y 1 (.4%) usa la espuma.

Autores como Kinsey (1980) sostienen que, en términos de la capacidad sexual, ésta se alcanza justamente en los años previos a la adolescencia, pero que la ejecución verdadera de la misma ocurre hasta mediados o finales de la adolescencia. Para las mujeres, en particular, parecería que estas incidencias de la sexualidad se presentan tardíamente, esto es, al final de los veinte años aproximadamente. Los que indica diferencias por sexo en la manifestación plena de las actitudes sexuales.

Pero el ejercicio de la sexualidad se presenta en la edad adolescente en un contexto de ignorancia, casi total, sobre la naturaleza de la sexualidad. Razón por la que los problemas sexuales de más peligro para los jóvenes son lo que tienen que ver con la curiosidad insatisfecha, los tabúes, la desinformación.

En la vida del adolescente confluyen, en un forma condensada, las principales restricciones socioculturales. Actitudes y prácticas sexuales, que normalmente se consideran válidas y normales para los adultos, son catalogadas como anormales para el adolescente. Esto ocurre hasta con patrones que podrían ser considerados como expresiones normales de la sexualidad, como es el caso de la masturbación, que es regularmente desaprobada y condenada. (Pérez y Farías, 1990)

Uno de los rasgos más característicos de la adolescencia es precisamente el inicio de una actividad sexual permanente, ésta se manifiesta tanto dentro como fuera de la relación sexual propiamente dicha. El sexo mismo puede llegar a convertirse en un punto de confluencia de problemáticas disímolas; por ejemplo, no es poco común que la actividad sexual se presente como una expresión de desajustes personales que pretenden ser resueltos por esta vía, es decir, evadiendo las verdaderas causas de los problemas de esta edad. En muchas ocasiones lo sexual es utilizado por hombres y mujeres como una manera de probar la masculinidad o la femineidad. Puede ser también una expresión de la carencia de satisfactores para las necesidades emocionales que trae consigo la adolescencia, o para mitigar el sufrimiento de los traumas emocionales anteriores. De la misma manera, la práctica sexual adolescente puede ser la manifestación de rebeldía ante los padres, o una forma extrema o inconsciente de demandar ayuda en una época tan importante de la vida. Esto último es significativo porque ellos muestran una gran necesidad del mundo de los adultos, particularmente de sus padres, aún cuando en muchas ocasiones, y como consecuencia de la búsqueda de su propia identidad, rechacen y se opongan al mundo de los adultos. De la misma manera adquiere importancia el ámbito de las relaciones con los amigos entre los cuales se presentan diversas afinidades, a demás de ser la fuente más amplia de información sobre inquietudes de la adolescencia. En este círculo tan importante de los amigos se comentan y "resuelven" muchos de los problemas, tanto emocionales como sexuales que conducen a la conformación de una determinada moralidad sexual. (Erickson, 1986).

La adolescencia no es sólo una etapa de turbulencia y agitación como quieren las concepciones tradicionales, sino que, a la vez, suele ser una fase de goce y felicidad que marca el tránsito agitado y tumultuoso al estado adulto. (Masters 1987)

4.4.- Cultura y socialización de la sexualidad

Desde el punto de vista psicoanalítico, consideramos al ser humano como una entidad biológica que entra en contacto con un ambiente ante el cual su biología habrá de modelarse, expresarse, frustrarse o desarrollarse, de acuerdo con las condiciones que esa biología encuentra en el ambiente que la rodea. Somos similares en tanto nuestra biología es parecida y diferentes y tanto las condiciones sociales hacen diferir nuestro destino del de nuestros congéneres.

La familia, la pareja y también la generación tienen en general, en una cultura dada, intenciones similares. Cuando las intenciones de la generación con todas sus instituciones lingüísticas, sociales, religiosas, valorativas, etc; están en discrepancia con las intenciones de la pareja parental encargada de transmitir el troquel cultural, a poco la discordancia se manifestará y encontrará en escena rebelándose en la conflictiva del hijo de la figura parental, el cual ha recibido pautas de comportamiento que la generación esperaba de ese sujeto. Es decir, las instituciones esperan que la familia vectora del troquel cultural aporte al individuo las características que probabilísticamente van a ser las más adecuadas para el logro de los propósitos del grupo cultural.

En otras ocasiones las instituciones culturales sufren un proceso de cambio a una velocidad para la cual la familia no preparó a su progenie; entonces nos enfrentamos ante un sujeto perplejo ante el cambio.

El cambio individual o patológico y el cambio social, también normal o patológico, al no adecuarse o no llevar la misma impronta entran en conflictiva dentro de la estructura individual o social.

En síntesis, la cultura, supraestructura con todas sus instituciones entrega a la familia el troquel con el cual espera que la misma modele las pautas de comportamiento del hijo. (Santiago Ramírez 1977).

Como se menciona, la familia, la escuela y las instituciones que conforman nuestra sociedad aportan ideas, juicios y percepciones que muchas veces no concuerdan entre sí y por el contrario, toda la información que transmiten entra en juego para el desarrollo de las percepciones y juicios que el adolescente ejercerá en sus diferentes roles.

Desde el punto de vista de la psicología social, el proceso del cual surge la persona es un proceso social que involucra la interacción de los individuos del grupo e involucra la preexistencia del grupo. De esta manera, de un proceso social (dentro del cual, tiene lugar la diferenciación, evolución y organización posterior) nacen las personas.

Uno de los mayores adelantos en el desarrollo de la comunidad surge cuando la relación de la comunidad sobre el individuo adopta forma institucional. Es decir, la comunidad actúa sobre el individuo, en determinadas circunstancias en una forma idéntica.

La persona no es tanto una substancia como un proceso en el cual, la conversación de gestos ha sido internalizada en un organismo. Este proceso no existe por sí mismo, sino que es simplemente una fase de toda la organización social de la que el individuo forma parte. El proceso social, con sus distintas inferencias, es incorporado realmente a la experiencia del individuo, de modo que lo que ocurre tiene lugar más eficazmente porque en cierto sentido, ha sido ensayado en el individuo (Mead, 1990).

A continuación observamos un cuadro de los canales de socialización de la sexualidad vistos a través de diferentes instituciones.

CANALES DE SOCIALIZACIÓN DE LA SEXUALIDAD HUMANA

	HOMBRE	MODELO MUJER	ROLES	CONCEPTO DE CUERPO	MODELO DE FAMILIA	VALOR CENTRAL
FAMILIA	infiel, ausente, prepotente proveedor	sumisa, dependiente ahorrativa, pasiva, responsable educadora de hijos, frígida	tradicional, rígidos, sexistas	virginidad de la mujer (negación del placer), el hombre promiscuo, menos naturaleza sexual en la mujer, hombre y mujer con responsabilidades diferentes	familia biológica, nuclear, la mujer responsable de lo doméstico y de servicio, el hombre proveedor de lo económico	sexismo absoluto, rígido.
ESCUELA	difícil, útil, activo, fuera del hogar, rudo, ágil, profesionista	hogareña, pasiva, doméstica, al servicio	tradicional, sexista, rígido	incompleto, negación del cuerpo y zonas genitales, asexuadas	pequeña, unida, matriarcal, hijo mayor primordial, la madre es compañía y educadora	roles tradicionales sexistas
RELIGIÓN	respeto a la mujer, equilibrio psicológico y moral, casto, abstinentes, reproductor	independiente del esposo, sacrificada, fiel, doméstica	tradicional, sexista, rígido	fuentes de impureza, tentación, débil. Cuerpo para la reproducción	biológica, tradicional, paternalista, nuclear, concepto teocéntrico. Activa en el desarrollo de la sociedad	abstinencia
AMIGOS	poder, conceptos machistas, uso de la sexualidad, potencia, agresión sexista	denigrada, devaluada, uso	el hombre usa a la mujer, libertad, poder, sumisión, sexista, rígido	sucio, prosaico, enagenado, utilización, deshecho, agresión, poder, ridiculización, escamio	sexista, narcisismo de familia. Hombre-macho, mujer-sumisa, objeto	agresión, poder
LEYES	impone	objeto del hombre	tradicional, rígido, sexista	reproducción	nuclear, tradicional, biológica	sexismo y reproducción
M.M.C.	guapo, viril, da auxilio, juventud	objeto, llorona, juventud, vieja-rica, joven-tonta	objeto de lujo, modelo comercial	estética, comercial, moda	la mujer da placer, es complaciente, educadora, compañía y doméstica	comprar

Podemos observar que entonces las restricciones culturales, los mitos, los tabúes, y las actitudes, confabulan para acentuar el caos en el pensamiento, actitud y quehacer de los adolescentes.

Así mismo, se debe hacer énfasis en la influencia de los M.M.C. ya que en estudios realizados, uno de los hallazgos significativos ha sido el que la mayoría de las personas experimenta los programas como una sucesión de transacciones con personificaciones y el grado con que la gente se identifica con tales personificaciones se advierte a través de las respuestas espontáneas a las dificultades que enfrentan los personajes de las series que se transmiten a través de tales medios: las estaciones de radio y t.v. se ven inundadas de soluciones que sugieren los escuchas o televidentes que mantienen con los personajes una relación empática.

Al ser la empatía uno de los rasgos esenciales de las relaciones en las sociedades modernas, millones de personas participan vicariamente en las vidas de los personajes que aparecen en los medios masivos de comunicación y reaccionan ante ellos de un modo muy semejante del modo en que reaccionan ante personas reales.

Hay indicios de que los gustos y las normas de conducta se construyen a través de la participación vicaria de tales transacciones.

Wolfenstein y Leites (Shibutani 1971) efectuaron un estudio comparativo de los "encuentros casuales" en las películas estadounidenses y francesas y descubrieron que en aproximadamente dos tercios de las películas estadounidenses el galán encuentra a la heroína por accidente. Es más, en un tercio de los casos se trata de "levantes", pero sin pérdida de status para ninguno de los participantes. Los dos se presentan e inician alegremente sus aventuras. Se niegan los peligros de utilización

sexual, y a pesar de las circunstancias cuestionables en que frecuentemente tiene lugar la acción, ambos personajes resultan ser personas de notable integridad.

Otro rasgo sociológico de la influencia de los M.M.C. es la moda. Las modas no se hallan en modo alguno limitadas a la vestimenta femenina sino que pueden encontrarse en el arte, en la arquitectura, en la literatura, en la filosofía e inclusive en las ciencias sociales.

"Todas las personas tienen libertad para no prestar su conformidad, pero solo unas pocas desafían las tendencias" (Shibutani 1971).

El conocimiento de acuerdo a los paradigmas de la Psicología es una fuente de poder ya que facilita el control y la modificación de la conducta. Las personas que comprenden cómo funciona algo pueden manipular algunas de las condiciones de modo que sea posible reorientar el curso de los acontecimientos en su propio beneficio. El conocimiento se utiliza generalmente para aplicar en la práctica los valores aceptados de una sociedad.

Capítulo V

METODOLOGIA

- 5.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- 5.2.- HIPOTESIS
- 5.3.- VARIABLES
- 5.4.- POBLACION
- 5.5.- MUESTREO
- 5.6.- ESTUDIO
- 5.7.- DISEÑO DE INVESTIGACION
- 5.8.- INSTRUMENTOS
- 5.9.- INSTRUCCIONES DE LOS INSTRUMENTOS
- 5.10.- PROCEDIMIENTO

V.- METODOLOGIA

5.1 Planteamiento del problema

De acuerdo a información proporcionada por el Banco Mundial, en el Reporte Mundial de Desarrollo de 1993, específicamente en estudios sobre salud, la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y su fase terminal conocida como Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA) se han convertido, por su diseminación, en un blanco de atención importante en lo que a salud pública respecta, razón por la cual se deben implementar programas de salud que sean acordes con el área económica y sociocultural para cada país, región y comunidad.

Según este Reporte Mundial de Desarrollo de 1993, existen grupos a los cuales se deben dirigir estos programas entre los que se encuentran los grupos con conductas de alto riesgo como los trabajadores del sexo, sus clientes, las mujeres y los jóvenes.

Se declara que por el tiempo de incubación del VIH, de siete a diez años, la edad de mayor riesgo de adquirir la infección es la adolescencia pues se considera que es cuando se inicia la actividad sexual de los individuos.

Aún encontrando diferencias culturales controvertidas respecto al inicio de la actividad sexual en la adolescencia, es importante que desde entonces los adolescentes de ambos sexos cuenten con información suficiente respecto a todo tipo de enfermedades, desde una buena nutrición, hasta las Enfermedades de Transmisión Sexual.

Por lo expuesto, este estudio comparativo tiene como objetivo determinar los conocimientos que los adolescentes tienen sobre el SIDA y si estos

conocimientos tiene relación con el nivel socioeconómico en el que viven. Este problema podemos centrarlo con las siguientes preguntas:

- ¿Existen diferencias entre los conocimientos sobre el SIDA con los diferentes niveles socioeconómicos de adolescentes?
- ¿Existen diferencias entre hombres y mujeres adolescentes de diferentes niveles socioeconómicos y los conocimientos que tengan sobre el SIDA?

5.2 Hipótesis

5.2.1 Hipótesis de trabajo

- Habrá diferencias en los conocimientos sobre el SIDA debido al nivel socioeconómico.
- Habrá diferencias en los conocimientos sobre el SIDA entre hombres y mujeres.

5.2.2 Hipótesis estadísticas

Hi: Hay diferencias estadísticamente significativas entre el grado de conocimientos acerca del SIDA entre los niveles socioeconómicos.

Ho: No hay diferencias estadísticamente significativas en el grado de conocimientos acerca del SIDA entre los niveles socioeconómicos.

Hi: Hay diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes de ambos sexos de diferentes niveles socioeconómicos y el grado de conocimientos acerca del SIDA.

Ho: No hay diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes de ambos sexos de diferentes niveles socioeconómicos y el grado de conocimientos acerca del SIDA.

5.3 Variables

Las variables utilizadas en este estudio comparativo sobre conocimientos del SIDA de adolescentes de diferentes niveles socioeconómicos fueron las siguientes:

Variables de clasificación:

1. Nivel socioeconómico

2. Sexo

Variable dependiente

1. Conocimiento sobre el SIDA

5.3.1 Definición conceptual de las variables

Nivel socioeconómico

Nivel de vida, valoración cuantitativa y objetiva de la manera de vivir media de una nación, de un grupo social (Pequeño Larousse, 1982)

Edad

Tiempo que una persona ha vivido (Diccionario Léxico Hispánico, 1982)

Sexo

Serie de características físicas determinadas genéticamente, que colocan a los individuos de una especie en algún punto del continuo que tiene como extremos a los individuos reproductivamente complementarios. (Alvarez G, 1986)

Nivel de conocimientos del SIDA

El grado o conjunto de saberes que el adolescente tiene del SIDA. (Alfaro, 1991)

5.3.2 Definiciones operacionales de las variables

Nivel socioeconómico

Según Bianchi (1975) es el grado alcanzado por una persona basado en su ocupación. Este nivel puede ser medido en una escala ordinal para la jerarquización del nivel socioeconómico (alto, medio, bajo) siguiendo la técnica de J. Havighurst, (Díaz Guerrero, 1975)

La clasificación del Nivel Socioeconómico para este estudio se conceptualizó como el nivel de vida, como una valoración cuantitativa y objetiva de la manera de vivir de un grupo social.

A continuación se presentan las descripciones ocupacionales de la técnica de Havighurst:

Nivel de ocupación	Descripción
1	Doctor, abogado, magnate industrial o de negocios
2	Industrial, hombre de negocios, funcionario bancario, de relaciones públicas, auditor, contador publico, cabeza de oficina
3	Empleado bancario, empleado burocarata en oficina, dueño de tienda pequeña, agente viajero, profesor de primaria, contador privado
4	Carpintero, mecánico, sastre, electricista, plomero, policia bancario, agente de tránsito
5	Obrero no calificado, mesero, taxista, peluquero, policia
6	Barrendero, bolero, portero.

Para ésta técnica, se consideran los niveles de educación siguientes:

Nivel educativo	Descripción
1	Título universitario, uno o más años de una carrera equivalente
2	Preparatoria terminada, normalista o equivalente
3	Secundaria terminada o su equivalente
4	Uno o dos años de secundaria o su equivalente
5	Primaria terminada
6	Primaria no terminada

Edad

Años y meses que ha vivido un sujeto (16 a 18 años) Esta variable se midió a través de una escala de medición intervalar dado que se manejó la distancia exacta existente entre cada persona.

Sexo

Femenino o masculino. El sexo se midió con una escala nominal y una clasificación de la misma.

Conocimientos sobre el SIDA

Información que los sujetos tienen sobre el SIDA, obtenida por medio de un cuestionario evaluativo de conocimientos. (Alfaro, 1991)

5.4 Población

Se trabajó con adolescentes de 16 a 18 años que residen en el área metropolitana, específicamente en el norte de la Ciudad de México y que pertenecen a un nivel socioeconómico alto, medio o bajo.

La población referida cursaba un grado escolar de bachillerato en tres escuelas a saber: Escuela Nacional Preparatoria # 9 "Pedro de Alba", Escuela "Cristóbal Colón" y el Colegio "Las Rosas".

5.5 Muestreo

Se utilizó un muestreo intencional por cuota para formar grupos de los tres niveles socioeconómicos con un número proporcional de individuos en cada uno.

Se seleccionó a 300 sujetos de 16 a 18 años los cuales pertenecían a un nivel económico alto, medio o bajo. De esta manera la distribución de la muestra quedó de la siguiente forma:

NIVEL SOCIOECONOMICO	SEXO	
	HOMBRES	MUJERES
ALTO	50	50
MEDIO	50	50
BAJO	50	50

tabla 5-1.- Distribución de la muestra.

5.6 Tipo de Estudio

De acuerdo a los objetivos planteados fue un Estudio Comparativo en el que no hubo manipulación directa de variables, únicamente se pretendió descubrir relaciones entre las variables (nivel socioeconómico y sexo respecto al los conocimientos sobre el SIDA) para confirmar o rechazar las hipótesis.

Fue un Estudio de Campo pues se acudió a aplicar los instrumentos de trabajo en el ambiente donde se encontraban los adolescentes.

5.7 Diseño de Investigación

El diseño utilizado fue factorial 3 x 2. El factor 3 es la variable del nivel socioeconómico y el factor 2 la variable de sexo estas variables se relacionaron con la variable dependiente (conocimientos).

NIVEL SOCIOECONOMICO

	ALTO	MEDIO	BAJO
HOMBRES	50	50	50
MUJERES	50	50	50

tabla 5-2.- Diseño factorial de la Investigación.

5.8. Instrumentos

La realización de este estudio comparativo utilizó dos instrumentos:

1) La clasificación del nivel socioeconómico. En este se aplicaron preguntas que definieron el perfil de los encuestados de acuerdo con las necesidades del diseño de la investigación. Sexo, edad y escolaridad, además de la escolaridad y la ocupación del padre y de la madre, respectivamente. (ver anexo A)

2) La evaluación de conocimientos sobre el SIDA. Se utilizó un cuestionario de 46 preguntas de opción binaria en algunos casos y múltiple en otros. Estas preguntas fueron elaboradas de acuerdo al programa que realizó la Organización Mundial de Salud OMS, dirigida a la obtención de conocimientos básicos de el padecimiento para los estudiantes. (ver anexo B)

5.9 Instrucciones de los Instrumentos

Las indicaciones para dirigirse a los adolescentes y proporcionarles los instrumentos de la encuesta fueron:

- De manera oral, para presentar el instrumento para la medición de nivel socioeconómico

"Buenos días, mi nombre es Aurora Paredes, soy estudiante de la Facultad de Psicología de la UNAM. Se está haciendo una investigación sobre el nivel socioeconómico de estudiantes de preparatoria, así que si son tan amables de contestar el cuestionario que les voy a proporcionar a continuación.

La información que ustedes me proporcionen es estrictamente confidencial y para fines estadísticos, por lo cual, les pido que lo contesten individualmente y si tienen alguna duda, hángamelo saber.

GRACIAS"

- De manera oral para presentar el instrumento de conocimientos sobre el SIDA:

"Buenos días, mi nombre es Aurora Paredes, soy estudiante de la Facultad de Psicología de la UNAM. Se está haciendo una investigación sobre los conocimientos que tienen los adolescentes sobre el SIDA. Así que si son tan amables de contestar el cuestionario que les voy a proporcionar a continuación.

La información que ustedes me proporcionen es estrictamente confidencial y para fines estadísticos, por lo cual, les pido que lo contesten individualmente y si tienen alguna duda, hángamelo saber.

GRACIAS"

- De manera escrita, dentro del instrumento.

"A continuación se te presentará una serie de preguntas acerca del SIDA, marca con una (X) la respuesta correcta"

5.10 Procedimiento

La aplicación de los instrumentos fueron en forma colectiva, por lo cual se acudió a diferentes escuelas del norte de la Ciudad de México para aplicar en una primera interacción el instrumento para la medición del nivel socioeconómico.

Se les pidió a los adolescentes que en los datos de identificación anotaran su edad, escolaridad, sexo además de la ocupación y escolaridad de sus padres.

Cada cuestionario tenía asignada una clave (número) que sin necesitar el nombre de las personas lo identificaba como suyo.

Una vez que se obtuvieron los cuestionarios respondidos se hizo la medición del nivel socioeconómico clasificando a los sujetos según su sexo y niveles socioeconómicos.

En la segunda interacción ocurrida el mismo día y sólo con algunos minutos de espera mientras se obtenía la medición del N:S:E, se aplicó el cuestionario sobre conocimientos sobre el SIDA.

Para el análisis estadístico de la información obtenida se conformó una base de datos, con la cual se sacaron los resultados de conocimientos sobre el SIDA. Con esta base de datos se utilizó la estadística descriptiva para sacar porcentajes y frecuencias. Al mismo tiempo esta base de datos sirvió para el uso de la estadística inferencial aplicando un análisis factorial de varianza para conocer los efectos principales y las interacciones entre las variables independientes. (Young y Velman, 1980)

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Capítulo VI

RESULTADOS

- 6.1.- ANALISIS DEL INSTRUMENTO PARA LA EVALUACION DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL SIDA.**
- 6.2.- SEXO, EDAD Y NIVEL SOCIOECONOMICO**
- 6.3.- ANALISIS DE FRECUENCIA DEL CUESTIONARIO DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL SIDA**
- 6.4.- ANALISIS FACTORIAL DE VARIANZA**

VI.- RESULTADOS

En este capítulo se encontrarán los resultados de esta investigación divididos en cuatro secciones a saber:

1) Análisis del instrumento para la evaluación de conocimientos sobre el SIDA. Clasificación de las preguntas en epidemiológicas, de transmisión, desarrollo de la infección y control y prevención, además de su porcentaje dentro del cuestionario.

2) Presentación de los resultados que se obtuvieron del primer instrumento de sexo, edad y nivel socioeconómico según la técnica aplicada de J. Havighurst, (Díaz Guerrero, 1975)

Respecto al análisis de los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento para la evaluación de los conocimientos sobre el SIDA se analizaron a través del programa SPSS V.4 que permiten presentar los datos en dos secciones: A) de manera descriptiva y B) por inferencias. En este trabajo se encontrarán como:

3) Análisis de Frecuencia del cuestionario de los conocimientos sobre el SIDA.

4) Análisis factorial de Varianza.

6.1- Análisis del Instrumento para la evaluación de conocimientos sobre el SIDA

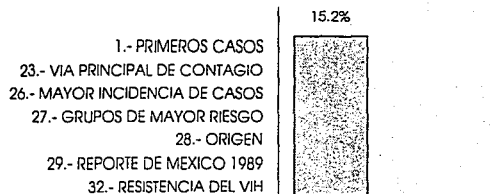
Se clasificaron las 46 preguntas, para el análisis de la muestra de la siguiente manera: Desarrollo de la infección, transmisión, epidemiología y control y prevención de la infección. Pese a la clasificación, se tomó en cuenta que en la mayor parte de los casos, las preguntas no son de clasificación pura, sino que se mezclan los tópicos mencionados.

A continuación se presenta la clasificación de las preguntas graficadas. En todos los casos se toma en cuenta que el número de preguntas (46) son el 100 por ciento del instrumento.

grafica 5-2

PREGUNTAS EPIDEMIOLOGICAS

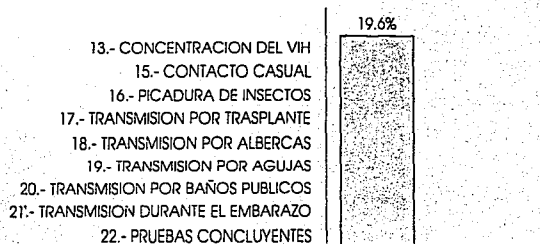
CUYO PORCENTAJE DENTRO DEL CUESTIONARIO FUE DE 15.2%



grafica 5-3

PREGUNTAS DE TRANSMISION

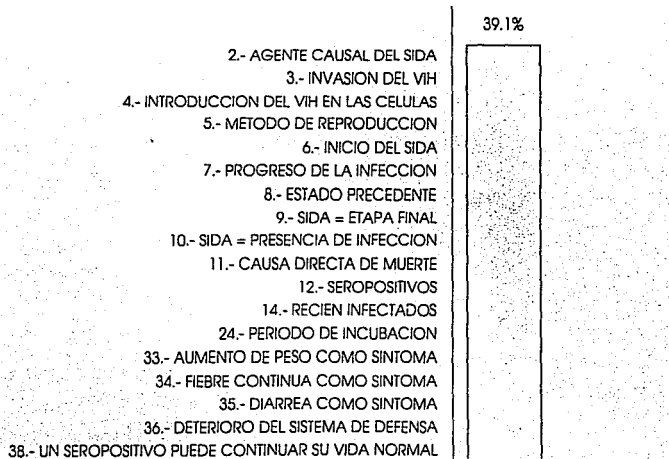
CUYO PORCENTAJE DENTRO DEL CUESTIONARIO FUE DE 19.6%



grafica 5-4

PREGUNTAS DE LA INFECCION

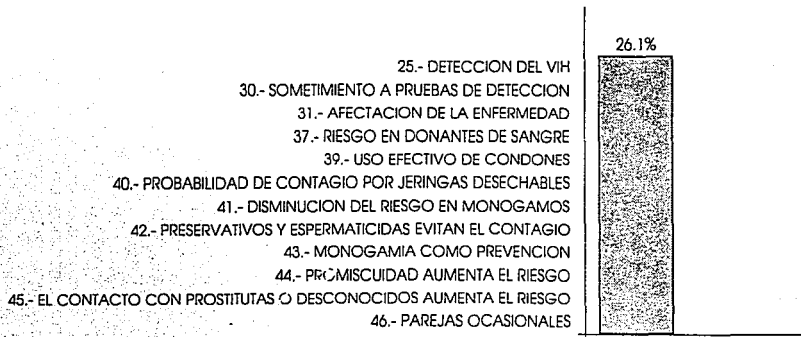
CUYO PORCENTAJE DENTRO DEL CUESTIONARIO FUE DE 39.1%



grafica 5-5

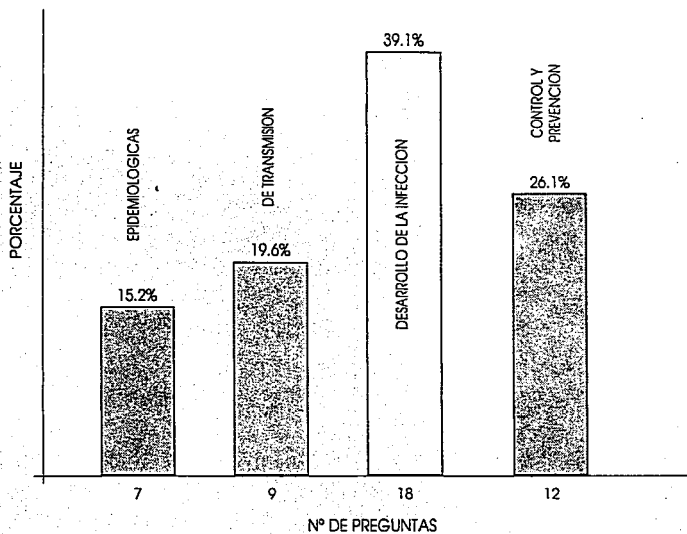
PREGUNTAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN

CUYO PORCENTAJE DENTRO DEL CUESTIONARIO FUE 26.1%



grafica 5-6

COMPARACION DEL NUMERO Y PORCENTAJE DE LAS PREGUNTAS DE ACUERDO A SU TIPOLOGIA



6.2 Sexo, edad y nivel socioeconómico

En este apartado presentaremos las tabulaciones de los resultados obtenidos, razón por la cual la discusión de estos se dará hasta el siguiente apartado.

6.2.1 Distribución de la encuesta por edad.

De los 300 adolescentes encuestados, 150 fueron del sexo masculino y 150 del sexo femenino, las edades comprendieron entre 16 y 18 años, donde tenemos que la media es $X= 17.4$ años, el modo correspondió a los adolescentes de 17 años correspondiendo a estos el 43.3 % de la muestra.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
16	74	24.7
17	130	43.3
18	96	32.0
TOTAL	300	100.00

tabla 6-1. Distribución de la encuesta por edad.

6.2.2 Distribución de la encuesta por religión.

Las religiones que arrojó la muestra estuvo comprendida del 87.7 % Católica, el 3.3 % Cristiana, el 2.0 %, Evangelista, el 2.0 % Mormona, de las respuestas de no pertenecer a ninguna y de ser solo creyentes el porcentaje fue de 1.7 %, de los adolescentes que no contestaron se obtuvo el 1 %, de los que dijeron ser Testigos de Jehová el .7 % y Judío .3 %.

RELIGIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CATÓLICA	263	87.6
MORMONA	5	1.7
EVANGELISTA	6	2.0
CRISTIANA	10	3.3
JUDÍA	1	0.3
TESTIGOS DE JEHOVÁ	2	0.7
NINGUNA	5	1.7
NO CONTESTÓ	3	1.0
CREYENTE	5	1.7
TOTAL	300	100.0

tabla 6-2.- Distribución de la encuesta por religión.

6.2.3 Nivel escolar del padre.

Respecto al nivel escolar de los padres de los encuestados los resultados obtenidos fueron de 37% cuentan con Universidad completa, 19.4% con nivel de estudios secundarios y 17% con nivel de primaria. Se observa un porcentaje del .3% con doctorado y un 1.7 % con maestría. (ver tabla 6-3)

6.2.4 Nivel escolar de la madre.

La escolaridad de las madres de los encuestados los resultados fueron que del 100 % el 34.7 % tienen bachillerato o carrera comercial, el 22.3 % secundaria y el 21.7 % primaria. Un encuestado con valor del .7 % contestó que su madre era finada y el 1.3 % que no tenía estudios. (ver tabla 6-4)

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FINADO	19	6.3
PRIMARIA COMPLETA/INCOMPLETA	51	17.0
SECUNDARIA PREPARATORIA /TECNICA/NORMAL	58	19.4
UNIVERSIDAD INCOMPLETA	48	16.0
UNIVERSIDAD COMPLETA	7	2.3
MAESTRIA	111	37.0
DOCTORADO	5	1.7
	1	0.3
TOTAL	300	100.0

tabla 6-3.- Nivel escolar del padre.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FINADA	2	0.7
SIN ESTUDIOS	4	1.3
PRIMARIA	65	21.7
SECUNDARIA	67	22.3
BACHILLERATO/TECNICA /COMERCIO/NORMAL	104	34.6
UNIVERSIDAD INCOMPLETA	17	5.7
UNIVERSIDAD COMPLETA	41	13.7
TOTAL	300	100.0

tabla 6-4.- Nivel escolar de las madres.

6.2.5 Ocupación del padre.

El 12 % de los padres de los encuestados fueron comerciantes, el 9.7 % obreros y el 9.3 % empleados burócratas. (Tabla 6-5)

OCUPACION PADRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
00 FINADO	19	6.3
01 DIRECTOR /INDUSTRIAL	6	2.0
02 SUBDIRECTOR	4	1.3
03 GERENTE / EJECUTIVO		
ASESOR GERENCIAL	14	4.7
04 SUBGERENTE / JEFE DEPTO.		
SUPERVISOR / COORD. ADMVO.	17	5.7
05 EMPLEADO BUROCRATA /		
OFICINA / FEDERAL /		
CAPTURISTA / PROGRAMADOR	28	9.3
06 CONTADOR PUBLICO /		
AUDITOR ADMVO. L.A.E.	26	8.7
07 INGENIERO CIVIL /		
MECANICO / QUIMICO /		
AGRONOMO / TEXTIL	15	5.0
08 ABOGADO	11	3.7
09 GUIA JURISTAS / TRADUCTOR	2	0.7
10 MEDICO	10	3.3
11 DENTISTA	3	1.0
12 ANTIQUARIO	1	0.3
13 OFICIOS (PINJOR, FOTOGRAFO,		
TORNERO, MECANICO, HERRERO,		
CARPINTERO, PLOMERO, IMPRESOR,		
EBANISTA, REFRIGERACION,		
DIBUJANTE, CONTRATISTA)	24	8.0
14 AGENTE DE VENTAS / ENCARGADO		
DE VENTAS / AGENTE ADUANAL /		
EJECUTIVO DE VENTAS	5	1.7
15 PROFESOR PRIMARIA / SECUNDARIA /		
INSPECTOR / ESCUELA /		
PROFR. BACHILLERATO	8	2.7
16 PROFESOR UNIVERSIDAD	3	1.0
17 DUEÑO PEQUEÑA FABRICA	3	1.0
18 COMERCIANTE	36	12.0
19 CHOFER / OPERADOR / TAXISTA	14	4.7
20 OBRERO	29	9.7
21 VIGILANTE / POLICIA	4	1.3
22 LABORATORISTA	1	0.3
23 JUBILADO	7	2.3
24 GANADERO	1	0.3
25 CAMPESINO	2	0.7
26 CONSERJE	2	0.7
27 ARQUITECTO	4	1.3
28 INVESTIGADOR	1	0.3
TOTAL	300	100.0

Tabla 6-5.- Ocupación del padre.

6.2.6 Ocupación de la madre.

El 55. % de las madres de los encuestados se dedican al hogar, el 8.0 % son secretarías y el 5.7 % son maestras de primaria. (tabla 6-6)

OCUPACION MADRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
00 FINADA	2	0.7
01 ABOGADA	2	0.7
02 CONTADOR PUBLICO	6	2.0
03 PSICOLOGA	2	0.7
04 PEDAGOGA	2	0.7
05 LIC. TRABAJO SOCIAL	1	0.3
06 MTRA. UNIVERSIDAD	2	0.7
07 MTRA. BACHILLERATO	3	1.0
08 VETERINARIA	1	0.3
09 GERENTE / ADMINISTRADORA	3	1.0
10 SUPERVISORA / JEFA DEPTO. SUBGERENTE	5	1.7
11 MTRA. PRIMARIA / SECUNDARIA / EDUCADORA	17	5.7
12 HOGAR	165	55.0
13 BIBLIOTECARIA	2	0.7
14 DELEGADA OFICINA / OFICINISTA ADMINISTRATIVA / AUXILIAR CONTABILIDAD	11	3.7
15 TEC. TRABAJADORA SOCIAL / SECRETARIA / ASISTENTE MEDICO	24	8.0
16 DOMESTICA	3	1.0
17 COMERCIANTE	23	7.6
18 OBRERA	2	0.7
19 COSTURERA / TALLAJERA	3	1.0
20 ENFERMERA	5	1.7
21 ORIENTADORA	1	0.3
22 CAJERA	1	0.3
23 VENDEDORA SEGUROS	1	0.3
24 MEDICO	8	2.7
25 JUBILADA	1	0.3
26 LOCUTORA	1	0.3
27 LABORATORISTA	1	0.3
28 DENTISTA	1	0.3
29 ECONOMISTA	1	0.3
TOTAL	300	100.0

tabla 6-6.- Ocupación de las madres.

6.2.7 Perfil de encuestados

De acuerdo a lo expuesto en los apartados anteriores, se presenta como una tabulación de resultados general respecto al perfil de los encuestados la siguiente tabla con el fin de que se tenga una visión panorámica de los participantes de este estudio comparativo. (cuadro 6-1)

PERFIL DE ENCUESTADOS

Nº ENCUESTADOS	ESCOLARIDAD PADRE	OCUPACION PADRE	ESCOLARIDAD MADRE	OCUPACION MADRE
300	0 FINADO 1 PRIMARIA INCOMPLETA PRIMARIA COMPLETA 2 SECUNDARIA 3 PREPARATORIA / TECNICA / NORMAL 4 UNIVERSIDAD INCOMPLETA 5 UNIVERSIDAD COMPLETA 6 MAESTRIA 7 DOCTORADO	00 FINADO 01 DIRECTOR /INDUSTRIAL 02 SUBDIRECTOR 03 GERENTE / EJECUTIVO ASESOR GERENCIAL 04 SUBGERENTE / JEFE DEPTO. SUPERVISOR / COORD. ADMVO. 05 EMPLEADO BUROCRATA / OFICINA / FEDERAL / CAPTURISTA / PROGRAMADOR 06 CONTADOR PUBLICO / AUDITOR ADMVO. LA E. 07 INGENIERO CIVIL / MECANICO / QUIMICO / AGRONOMO / TEXTIL 08 ABOGADO 1 3.7 09 GUIA TURISTAS / TRADUCTOR 10 MEDICO 11 DENTISTA 12 ANTIQUARIO 13 OFICIOS (PINTOR, FOTOGRAFO, TORNERO, MECANICO, HERRERO, CARPINTERO, PLOMERO, IMPRESOR, EBANISTA, REFRIGERACION, DIBUJANTE, CONTRATISTA). 14 AGENTE DE VENTAS / ENCARGADO DE VENTAS / AGENTE ADUANAL / EJECUTIVO DE VENTAS 15 PROFESOR PRIMARIA / SECUNDARIA / INSPECTOR ESCUELA / PROFESOR BACHILLERATO 16 PROFESOR UNIVERSIDAD 17 DUEÑO PEQUEÑA FABRICA 18 COMERCIANTE 19 CHOFER / OPERADOR / TAXISTA 20 OBRERO 21 VIGILANTE / POLICIA 22 LABORATORISTA 23 JUBILADO 24 GANADERO 25 CAMPESINO 26 CONSERJE 27 ARQUITECTO 28 INVESTIGADOR	0 FINADA 1 SIN ESTUDIOS 2 PRIMARIA 3 SECUNDARIA 4 BACHILLERATO / TECNICA COMERCIO / NORMAL 5 UNIVERSIDAD INCOMP. 6 UNIVERSIDAD COMP.	00 FINADA 01 ABOGADA 02 CONTADOR PUBLICO 03 PSICOLOGA 04 PEDAGOGA 05 LIC. TRABAJO SOCIAL 06 MIRA. UNIVERSIDAD 07 MIRA. BACHILLERATO 08 VETERINARIA 09 GERENTE / ADMINISTRADORA 10 SUPERVISORA / JEFA DEPTO. SUBGERENTE 11 MIRA. PRIMARIA / SECUNDARIA / EDUCADORA 12 HOGAR 155 13 BIBLIOTECARIA 14 DELEGADA OFICINA / OFICINISTA / ADMINISTRATIVA / AUXILIAR CONTABILIDAD 15 TEC. TRABAJADORA SOCIAL / SECRETARIA / ASISTENTE MEDICO 16 DOMESTICA 17 COMERCIANTE 18 OBRERA 19 COSTURERA / TALLAJERA 20 ENFERMERA 21 ORIENTADORA 22 CAJERA 23 VENDEDORA SEGUROS 24 MEDICO 25 JUBILADA 26 LOCUTORA 27 LABORATORISTA 28 DENTISTA 29 ECONOMISTA
SEXO				
F = 150 M = 150				
EDAD				
16 A = 74 17 A = 130 18 A = 96				
RELIGION				
1 CATOLICA 2 MORMONA 3 EVANGELISTA 4 CRISTIANA 5 JUDIA 6 TESTIGOS DE JEHOVA 7 NINGUNA 8 NO CONIESTO 9 CREYENTE				

6.3 Análisis de frecuencia del cuestionario de los conocimientos sobre el SIDA

En este apartado se presentan los resultados de la respuesta al cuestionario, en las cuales se han dividido las preguntas por tipología, además se presenta la respuesta correcta a las preguntas que se hicieron.

6.3.1 Resultados a las preguntas de tipo epidemiológico.

Como se observó en el análisis del instrumento de la encuesta las preguntas de tipo epidemiológico (7) corresponden al 15.17 % del total del cuestionario, (46) igual al 100 %.

Este bloque de preguntas consta de cuestionamientos respecto a:

- Los primeros casos reportados de SIDA, en donde la respuesta correcta es en el año de 1985.
- La vía principal de contagio tiene como respuesta correcta que es a través del contacto sexual con personas infectadas.
- La mayor parte e incidencia de personas con SIDA queda comprendida entre: la respuesta es de entre 30 a 39 años.
- La respuesta correcta de los grupos de mayor riesgo para contraer la infección por VIH es el de los adolescentes.
- El lugar del origen del SIDA fue: la respuesta es que se desconoce.
- El número de casos de SIDA reportado en México hasta 1989 era de: la respuesta correcta es 2,683 casos.
- Como respuesta de falso es que el VIH es muy resistente a las condiciones externas del medio ambiente.

El comportamiento de las respuestas fue de la siguiente forma:

RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS DE TIPO EPIDEMIOLOGICAS

PREGUNTAS	CORRECTAS %	INCORRECTAS %	NO CONTESTO
1.- Primeros casos	28.3	63.4	8.3
23.- Vía principal de contagio	79.4	20.3	0.3
26.- Mayor incidencia de casos	23.3	64.4	12.3
27.- Grupos de mayor riesgo	20.0	78.7	1.3
28.- Origen	77.3	19.0	3.7
29.- Reporte de México 1989	36.0	35.0	29.0
32.- Resistencia del VIH	50.7	43.3	6.0

Tabla 6.7.- Resultados de las preguntas clasificadas como epidemiológicas

El 79.4 % de los encuestados sabe cual es la vía principal del contagio, el 77.3% conoce cual es el origen de la enfermedad, sin embargo sólo el 20.0 % conoce cuales son los grupos de mayor riesgo.

El 64.4 % de los encuestados desconoce cuales son las edades en las cuales se encuentra la mayor incidencia de casos y el 63.4 % no sabe en qué año se reportaron los primeros casos de SIDA.

Se considera importante que el 29.0 % de los encuestados prefirieron no contestar respecto a los primeros casos reportados de SIDA.

Posteriormente en estos porcentajes se aplicó la χ^2 con la finalidad de observar si existen diferencias entre estas respuestas de tipo epidemiológico, los resultados muestran diferencias significativas ($\chi^2=82.44$; $p=.001$); entre ellas esto indica que

los adolescentes conocen que la vía principal de contagio es la sexual, que el origen del SIDA se desconoce, pero ignoran que los primeros casos de SIDA reportados datan de 1985, y que el número de casos reportados en México hasta 1989 era de 2,683.

6.3.2 Transmisión

Las preguntas de transmisión (9) corresponden al 19.6 % del total del cuestionario, (46) igual al 100 %.

Este bloque de preguntas consta de cuestionamientos respecto a:

- La mayor concentración del VIH se encuentra en la sangre, el semen y el líquido cefalorraquídeo, en donde la respuesta correcta es el valor de cierto.
- Es falso que el contacto casual con personas infectadas puede ser transmisor del VIH.
- Como respuesta correcta es falso que una vía de contagio del VIH es el piquete de insectos.
- De igual manera es falso que en las albercas y los baños públicos puede ser transmitido el virus VIH.
- Es cierto que como vías de contagio de este virus puede ser el trasplante, la transfusión sanguínea y en el embarazo hacia el feto.
- La existencia de pruebas concluyentes respecto a la transmisión del VIH es correcta la respuesta de por sangre y semen. (ver tabla 6-8).

El 95.6 % de los encuestados sabe que una vía principal de transmisión del VIH es en el embarazo hacia el feto. El 94.7 % sabe que el virus se contrae a través de agujas infectadas y el 94.3 % conoce que las pruebas concluyentes arrojan que la transmisión de este virus es a través del semen y de la sangre. Sólo el 80.3 % sabe que no puede haber transmisión en los baños públicos.

El 19.3% de los encuestados desconoce que la picadura de insectos no puede ser transmisora de VIH y sólo el 14.3 % desconoce que el VIH se puede transmitir por trasplante.

RESPUESTA A LAS PREGUNTAS SOBRE TRANSMISIÓN DE LA INFECCIÓN

PREGUNTAS	CORRECTAS %	INCORRECTAS %	NO CONTESTÓ %
13.- Concentración del VIH	93.4	4.3	2.3
15.- Contacto casual	73.3	25.0	1.7
16.- Picadura de insectos	76.7	19.3	4.0
17.- Transmisión por trasplante	81.7	14.3	4.0
18.- Transmisión por albercas	91.0	7.7	1.3
19.- Transmisión por agujas	94.7	5.0	0.3
20 - Transmisión por baños públicos	80.3	16.7	3.0
21.- Transmisión durante el embarazo	95.6	2.7	1.7
22.- Pruebas concluyentes	94.3	4.7	1.0

tabla 6-8.- Resultados de las preguntas sobre transmisión

Al aplicar la χ^2 a estos porcentajes observamos que no hay diferencias significativas ($\chi^2=6.99;p=.001$) entre ellas, lo que significa que los adolescentes conocen que el virus del VIH no se transmite por contacto casual con personas infectadas, por picaduras de insectos, en albercas, en baños públicos, sin embargo, no desconocen que el VIH se puede transmitir a través de trasplante de

tejidos u órganos infectados, por utilización de jeringas infectadas y no esterilizadas y de madre embarazada e infectada hacia su hijo.

6.3.3 Desarrollo de la infección

Las preguntas de desarrollo de la infección por VIH (18) corresponden al 39.13 % del total del cuestionario, (46) igual al 100 %.

Este bloque de preguntas consta de cuestionamientos respecto a:

- Que el agente causal del SIDA es: VIH virus respuesta correcta.
- Los glóbulos blancos es correcta como respuesta a que el virus de inmunodeficiencia humana los invade predilectamente.
- Es falsa la respuesta de que el VIH se introduce en las células de los linfocitos T4 ayudando a cumplir su función alertadora e inductora de todo el sistema de defensa.
- La seroconversión es respuesta correcta a la denominación que el VIH tiene como método singular de reproducción.
- También es falso que el SIDA empieza desde el momento en que se contrae la infección por VIH, que a medida que progresa la infección por VIH van apareciendo en la sangre del individuo infectado los linfocitos T-4, por lo que la deficiencia se torna permanente y progresiva.
- El valor cierto es respuesta correcta de que al estado que precede al SIDA donde el individuo presenta anticuerpos contra el VIH, se le conoce como Complejo Sintomático.

- Ciertas también son las respuestas de que el SIDA es la etapa final del VIH y que El SIDA se caracteriza por el gran ataque al estado general del individuo, presentando diversas infecciones oportunistas y variadas que ponen en peligro la vida.

- La respuesta de que la causa directa de muerte de los enfermos de SIDA es el mismo padecimiento es falso.

- Es cierto la respuesta a que los "seropositivos" son portadores sanos del VIH y son permanentemente infectantes.

- Es falso que los recién infectados presenten manifestaciones clínicas de la enfermedad.

- La respuesta correcta de el periodo de incubación del VIH varía es de 4 a 10 años.

- El aumento de peso como síntoma en las personas con SIDA tiene como respuesta correcta el valor de falso.

- Tienen como respuestas el valor de cierto las preguntas respecto a los síntomas de fiebre continua, diarrea continua y el deterioro del sistema de defensa.

- Es cierto como respuesta correcta que una persona "seropositiva" puede continuar con sus actividades normales siempre y cuando tome las precauciones necesarias.

A continuación se presenta el comportamiento de las respuestas de desarrollo de la infección:

RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS SOBRE DESARROLLO DE LA INFECCION			
PREGUNTAS	CORRECTAS.%	INCORRECTAS.%	NO CONESIO.%
2.- AGENTE CAUSAL DEL SIDA	80.0	15.3	4.7
3.- INVASION DEL VIH	22.7	71.0	6.3
4.- INTRODUCCION DEL VIH EN LAS CELULAS	47.0	42.3	10.7
5.- METODO DE REPRODUCCION	25.7	44.0	30.3
6.- INICIO DEL SIDA	42.3	53.7	4.0
7.- PROGRESO DE LA INFECCION	13.3	79.0	7.7
8.- ESTADO PRECEDENTE	34.0	41.3	24.7
9.- SIDA = ETAPA FINAL	42.3	50.4	7.3
10.- SIDA = PRESENCIA DE INFECCION	88.4	7.3	4.3
11.- CAUSA DIRECTA DE MUERTE	39.3	58.0	2.7
12.- SEROPOSITIVOS	47.4	32.3	20.3
14.- RECIEN INFECTADOS	62.0	34.0	4.0
24.- PERIODO DE INCUBACION	36.0	44.7	19.3
33.- AUMENTO DE PESO COMO SINTOMA	91.3	4.0	4.7
34.- FIEBRE CONTINUA COMO SINTOMA	72.3	22.0	5.7
35.- DIARREA COMO SINTOMA	54.6	38.7	6.7
36.- DETERIORO DEL SISTEMA DE DEFENSA	91.0	6.3	2.7
38.- UN SEROPOSITIVO PUEDE CONTINUAR SU VIDA NORMAL	66.0	21.7	12.3

tabla 6-9.- Resultados de las preguntas sobre desarrollo.

El 91.3 % de los encuestados sabe que es falso que un paciente de SIDA pueda aumentar de peso, el 91.0 % conoce que el VIH deteriora el sistema de defensa

de la persona que contrae la infección. Sólo el 13.3 % sabe acerca del progreso de la infección.

El 71.0 % de los encuestados desconoce que el VIH invade predilectamente a los glóbulos blancos, el 58.0 % desconoce que el SIDA no es la causa directa de muerte de los enfermos de este síndrome.

Cabe señalar que respecto a las preguntas de desarrollo de la infección los encuestados presentaron porcentajes considerables de no respuesta como lo fue respecto al método de reproducción 30.3 %, el estado precedente al SIDA de un infectado por VIH 24.7 %, referente a los "seropositivos" como portadores sanos del VIH el 20.3 % y en general fue en esta tipología de preguntas en donde se encontraron los porcentajes más altos de no respuesta.

Después de aplicar la χ^2 observamos que no existen diferencias significativas entre las preguntas de Desarrollo de la Infección ($\chi^2=186.98$; $p=.001$), lo que significa que los adolescentes conocen los principales síntomas de las personas infectadas por VIH, y en menor grado que el virus de inmunodeficiencia adquirida tiene especial predilección por invadir los glóbulos blancos y que un seropositivo puede continuar con su vida normal.

6.3.4 Control y Prevención

Las preguntas de control y prevención por VIH (12), corresponden al 26.1 % del total del cuestionario, (46) igual al 100 %.

Este bloque de preguntas consta de cuestionamientos respecto a:

- La detección del VIH se hace a través de: una prueba de sangre es la respuesta correcta.

- Que los grupos que deben someterse a la prueba de detección del VIH, para evitar la diseminación del virus del SIDA son como respuesta correcta los homosexuales, bisexuales y heterosexuales que tengan múltiples compañeros sexuales, prostitutas, drogadictos, quienes hayan recibido transfusiones de sangre e hijos de personas pertenecientes a los grupos anteriores.
- Es cierto la respuesta correcta que el SIDA puede afectar a todos los individuos no importando edad o sexo.
- El valor falso es la respuesta correcta a que los donadores de sangre corren el riesgo de contraer el VIH, aún con medidas preventivas.
- La respuesta correcta a que los condones son efectivos para prevenir el SIDA es el valor de cierto.
- Es falso que las jeringas desechables y esterilizadas aumentan la probabilidad de contagio del VIH.
- Tener relaciones sexuales con la misma pareja evita y disminuye el riesgo de infectarse con el VIH es cierto la respuesta correcta.
- Las respuestas con valor de cierto son correctas en las preguntas de que los preservativos y espermaticidas garantizan totalmente que no ocurra la infección por VIH; que limitar el número de compañeros (as) sexuales es una forma de prevenir el contagio del VIH; que el tener relaciones sexuales con personas que tienen una vida sexual promiscua, aumenta la probabilidad del contagio y que debe evitarse el contacto sexual con prostitutas (os) o con desconocidos para disminuir el riesgo de infectarse con el virus de inmunodeficiencia humana.
- Finalmente es falso que tener relaciones sexuales con parejas ocasionales disminuye la probabilidad del contagio (ver tabla 6-10).

El 98.7 % tiene conocimiento de que el SIDA puede afectar a todos los individuos sin importar edad o sexo. El 89.7 % sabe que el contacto con los trabajadores del sexo y con desconocidos aumenta el riesgo de infección por VIH. Sólo el 53.7 % sabe que las personas que donan sangre con medidas preventivas no corren riesgo de contraer el virus de inmunodeficiencia humana.

El 66.3 % desconoce que los preservativos y espermaticidas evitan el contagio de VIH, el 31.3 % no sabe que las personas que deben someterse a la prueba de detección del VIH son los homosexuales, bisexuales y heterosexuales- que tengan varios o múltiples compañeros sexuales, las prostitutas, drogadictos, quienes hayan recibido transfusiones de sangre y los hijos de personas pertenecientes a los grupos mencionados.

RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS SOBRE CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN

PREGUNTAS	CORRECTAS %	INCORRECTAS %	NO CONTESTÓ %
25. Detección del VIH	84.6	13.7	1.7
30. Sometimientto a pruebas de detección	65.7	31.3	3.0
31. Afectación de la enfermedad	98.7	1.9	0.3
37. Riesgo en donantes de sangre	53.7	43.3	3.0
39. Uso efectivo de condones	73.0	25.0	2.0
40. Probabilidad de contagio por jeringas desechables	73.6	25.7	0.7
41. Disminución del riesgo en monógamos	88.6	10.7	0.7
42. Preservativos y espermaticidas evitan el contagio	32.7	66.3	1.0
43. Monogamia como prevención	69.3	28.0	2.7
44. Promiscuidad aumenta el riesgo	83.6	12.7	3.7
45. El contacto con prostitutas o desconocidas aumenta el riesgo	89.7	9.3	1.0
46. Parejas ocasionales	77.3	21.7	1.0

tabla 6.10.- Resultados de las preguntas sobre control y prevención

Al aplicar la χ^2 para observar si existen diferencias entre las respuestas de Control y Prevención de la Infección los resultados obtenidos muestran que no existen diferencias significativas ($\chi^2=46.58$; $p=.001$) lo que significa que los adolescentes

saben que el uso adecuado del condón y espermaticidas, el uso de jeringas desechables y/o esterilizadas así como la monogamia reducen los riesgos del contagio del VIH

6.4 Análisis factorial de varianza

- El análisis de varianza tiene por objeto observar las diferencias entre las variables de clasificación y las interacciones existentes entre la variable dependiente (véase capítulo V Metodología).

En este apartado se analizarán los efectos principales y las interacciones significativas del análisis de varianza de los conocimientos que tienen los adolescentes de diferente nivel socioeconómico sobre el SIDA.

6.4.1 Los efectos significativos del análisis de varianza de los conocimientos que tienen los adolescentes de diferente nivel socioeconómico sobre el SIDA.

FACTOR	F	P	\bar{X} ALTO	N/S		\bar{X}	SEXO	
				MEDIO	BAJO		M	F
CONOCIMIENTOS SOBRE EPIDEMIOLOGIA	1.341	0.266	1.44	1.49	1.51	1.51	1.46	
CONOCIMIENTOS SOBRE TRANSMISION	0.316	0.730	1.10	1.12	1.13	1.10	1.13	
CONOCIMIENTOS SOBRE DESARROLLO DE LA INFECCION	1.033	0.360	1.47	1.43	1.46	1.44	1.46	
CONOCIMIENTOS SOBRE CONTROL Y PREVENCIÓN	1.629	0.201	1.20	1.28	1.25	1.23	1.26	
CONOCIMIENTOS GENERALES	0.662	0.518	1.32	1.34	1.35	1.33	1.34	

tabla 6-11.- Datos estadísticos para el análisis de varianzas.

a) Análisis de varianza de los conocimientos sobre la epidemiología de la infección por VIH

- Diferencias por sexo: No hubo diferencias significativas por efectos principales [$f = (2/99) 1.341$; $p = .26$] pues los hombres obtuvieron una media ($x = 1.51$) similar a la de las mujeres ($x = 1.46$) lo que nos indica la falta de conocimientos sobre la epidemiología del VIH.

- Diferencias por nivel socioeconómico: Se observó que tampoco hubo diferencias significativas ya que, las medias de los distintos niveles socioeconómicos , alto ($x = 1.44$), medio ($x = 1.49$) y bajo ($x = 1.51$) requieren de mayor información al respecto.

b) Análisis de varianza del factor de conocimientos sobre transmisión del VIH.

- Diferencias por sexo: No hubo diferencias significativas por efectos principales [$f = (2/99) .316$; $p = .73$]. Las medias por sexo ($x = 1.10$ y $x = 1.13$) hombres y mujeres respectivamente tienen un nivel similar de conocimientos sobre la transmisión del VIH.

- Diferencias por nivel socioeconómico: Las medias de respuesta de los niveles alto ($x = 1.10$), medio ($x = 1.12$) y bajo ($x = 1.13$) socioeconómicos, nos hacen inferir que respecto a la transmisión del VIH la información que se tiene es muy similar, razón por la cual no se reportan diferencias significativas.

c) Analisis de varianza del factor de conocimientos sobre el desarrollo de la infección del VIH.

- Diferencias por sexo: Se observa que no hubo diferencia significativa por efectos principales [$f = (2/99) 1.033$; $p = .36$] ya que es similar la media entre hombres y mujeres ($x = 1.44$, $x = 1.46$) respectivamente, reportando falta de conocimientos referentes al desarrollo de la infección por VIH.

- Diferencias por nivel socioeconómico: De la misma manera en los niveles socioeconómicos alto ($x = 1.47$), medio ($x = 1.43$) y bajo ($x = 1.46$) las medias requieren de mayor información sobre este factor.

d) **Análisis de varianza del factor de conocimientos sobre control y prevención de la infección por VIH.**

- **Diferencias por sexo:** No hubo diferencia significativa en este aspecto [$f = (2/99) .201$; $p = .20$] pues las medias resultaron en los hombres ($x = 1.23$) y en la mujeres ($x = 1.26$).

- **Diferencias por nivel socioeconómico:** De igual forma las medias en los niveles tuvieron un comportamiento en el alto ($x = 1.20$), medio ($x = 1.28$) y bajo ($x = 1.25$) datos por los cuales se infiere que el nivel de conocimientos de este factor es similar y aunque no se reporten diferencias significativas, es sobre este aspecto que se tiene mayor información.

e) **Análisis de varianza de los factores de conocimientos generales sobre VIH y SIDA.**

- **Diferencias por sexo:** No hubo diferencias significativas en los conocimientos globales o generales sobre el SIDA y VIH [$f = (2/99) .662$; $p = .51$]. La media que reportaron los hombres fue de ($x = 1.33$) y las mujeres de ($x = 1.34$) un resultado casi idéntico.

- **Diferencias por nivel socioeconómico:** Tampoco hubo diferencias significativas ya que, se puede observar que las medias del nivel alto ($x = 1.32$), nivel medio ($x = 1.34$) y nivel bajo ($x = 1.35$) es de igual manera que por sexo casi idéntico.

Esto resalta que la información que tienen los adolescentes sobre VIH y SIDA es la misma.

6.4.2 Interacciones en el análisis de varianza de los conocimientos que tienen los adolescentes de distintos niveles socioeconómicos sobre el SIDA.

a) **Interacciones en el análisis de varianza en los conocimientos sobre epidemiología de la infección por VIH.**

No existieron diferencias significativas ($p=.45$) en las interacciones por sexo y nivel socioeconómico. Sin embargo, como se observa en la tabla 6-12 los hombres de nivel socioeconómico alto ($x= 1.43$) son los que tienen mayor conocimiento sobre epidemiología de la infección por VIH; a diferencia de las mujeres de nivel socioeconómico bajo que son las que menos conocimientos tienen sobre este aspecto.

N/S	SEXO	
	M	F
ALTO	1.43	1.45
MEDIO	1.56	1.45
BAJO	1.56	1.58

tabla 6-12 Medias (X) de nivel socioeconómico por sexo respecto a conocimientos sobre epidemiología.

b) Interacciones en el análisis de varianza en los conocimientos sobre transmisión de la infección por VIH.

En esta área se encontró una diferencia marginal ($p= .08$) observando en la tabla 6-13 que los hombres de nivel socioeconómico medio ($x=1.06$) tienen mayor conocimiento sobre la transmisión de esta infección; contrariamente a las mujeres de este mismo nivel socioeconómico son las que manifestaron tener menor información al respecto.

N/S	SEXO	
	M	F
ALTO	1.10	1.10
MEDIO	1.06	1.16
BAJO	1.15	1.11

tabla 6-12 Medias (X) de nivel socioeconómico por sexo respecto a conocimientos sobre transmisión

c) Interacciones en el análisis de varianza en los conocimientos sobre el desarrollo de la infección por VIH.

No existen diferencias significativas ($p = .15$) en las interacciones de nivel socioeconómico y sexo respecto a los conocimientos sobre el desarrollo de la infección. De cualquier modo se puede observar en la tabla 6-14 que los hombres del nivel socioeconómico medio ($x=1.41$) son los que tienen mayores conocimientos sobre el factor de desarrollo de la infección; asimismo las mujeres de nivel socioeconómico alto reportaron tener el menor nivel de conocimientos sobre este mismo factor.

d) Interacciones en el análisis de varianza en los conocimientos sobre control y prevención de la infección por VIH.

No existieron diferencias significativas ($p=.86$) al interactuar el sexo y nivel socioeconómico en este aspecto. Mas, como se muestra en la tabla 6-15, se infiere que es el nivel socioeconómico alto ($x=1.20$; $x=1.21$) es el que mayor información tiene sobre el control y prevención de esta infección y las mujeres de nivel socioeconómico medio reportaron necesitar más información al respecto. (ver tabla 6-15)

e) Interacciones significativas en el análisis de varianza en los conocimientos generales sobre la infección por VIH y SIDA.

No se reportaron diferencias significativas ($p = .20$) en la interacción de las variables sexo y nivel socioeconómico. Cabe destacar que aunque las medias varíen por décimas, los hombres del nivel socioeconómico alto ($x=1.31$) tienen el mayor conocimiento respecto a los que infección por VIH y SIDA se refiere, a diferencia de que el mismo sexo pero en el nivel socioeconómico bajo ($x=1.36$) sean los que menos conocimientos tienen. (ver tabla 6-16)

N/S	SEXO	
	M	F
ALTO	1.20	1.21
MEDIO	1.25	1.29
BAJO	1.23	1.26

tabla 6-15.- Medias (X) del nivel socioeconómico por sexo respecto a conocimientos sobre control y prevención.

N/S	SEXO	
	M	F
ALTO	1.31	1.34
MEDIO	1.32	1.35
BAJO	1.36	1.33

tabla 6-16.- Medias (X) del nivel socioeconómico por sexo respecto a conocimientos sobre VIH y SIDA

CONCLUSIONES, DISCUSION SUGERENCIAS,
LIMITACIONES Y CRÍTICAS

CONCLUSIONES, DISCUSION, SUGERENCIAS, LIMITACIONES Y CRITICAS.

Conclusiones

Las conclusiones del estudio comparativo de conocimientos sobre el SIDA, enfermedad psico socio cultural e histórica, en adolescentes de diferentes niveles socioeconómicos

Al término de este estudio comparativo se pueden responder a las hipótesis de esta investigación:

No hay diferencias en los conocimientos sobre el SIDA debido al nivel socioeconómico. Los resultados arrojados por el método estadístico y los análisis de frecuencia y varianza, en los efectos principales e interacciones significativas de las variables de sexo y nivel socioeconómico no presentaron diferencias significativas. En los tres niveles socioeconómico se ostenta el mismo nivel de conocimientos

La tendencia en los conocimientos sobre epidemiología es que el nivel socioeconómico bajo es el que tiene menos información, al igual que en transmisión, y control y prevención no así en el desarrollo de la infección que fueron los de nivel socioeconómico alto los que menos información tienen. Es relevante que los de nivel socioeconómico medio son los que tienen más conocimiento sobre el desarrollo de la infección.

No se encontraron diferencias en los conocimientos sobre el SIDA entre hombres y mujeres. Estadísticamente no hay diferencias significativas entre los adolescentes de ambos sexos de diferentes niveles socioeconómicos y el grado de conocimientos acerca del SIDA. Ambos sexos ostentan el mismo grado de

conocimientos sobre el SIDA. El sexo no es un factor determinante para tener conocimientos respecto al SIDA.

La tendencia en conocimientos generales sobre VIH y SIDA fue que son los hombres de nivel socioeconómico alto los que mayor conocimiento tienen, a diferencia de los hombres de nivel socioeconómico bajo que son los que tienen menor información a nivel general. Esto puede explicarse dado al nivel de permisividad sexual que tienen los hombres de nivel socioeconómico alto y el acceso a la información por el tipo de actividades sociales que pueden practicar.

Como se observa, las hipótesis nulas fueron las que se corroboraron, sin embargo hubo momentos en los análisis que presentaron información relevante encontrando que a pesar que se indican las tendencias, en términos generales se observó que los adolescentes no tienen los conocimientos suficientes en todas las áreas y que en el caso del planteamiento del problema responden a la necesidad de crear e implementar un programa que difunda información, dé y en su caso amplíe los conocimientos que tienen los adolescentes sobre la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA.

Discusión

El conocimiento acerca de la epidemiología del SIDA se obtuvo que el mayor conocimiento es respecto a vía principal del contagio y el desconocimiento mayor es respecto al año en el cual se reportaron los primeros casos de SIDA. Sin embargo respecto a los grupos de mayor riesgo el porcentaje que contestó que eran los homosexuales fue del 78.7%, menor que en la investigación de Pérez y Fariás (1990) 79.1%, cabe resaltar que esta respuesta es incorrecta pues son los adolescentes los más propensos a la infección, en esta investigación sólo el 20.0% contestó correctamente. Lo anterior muestra la incidencia del mal manejo

de la información respecto a los grupos de mayor riesgo y, como bien apunta Pérez y Farías los medios educativos utilizados en la actualidad con la población adolescente no son los más adecuados, ya que no logran que esta población se sienta afectada y aún menos que pueda ser el grupo de mayor riesgo en el contagio por VIH.

En la presente investigación los adolescentes aunque no se identifican como grupo de alto riesgo 78.7%, el 98.7% tiene conocimientos de que el SIDA puede afectar a todos los individuos sin importar edad o sexo.

Los factores de sexo y nivel socioeconómico no fueron determinantes para el conocimiento sobre la epidemiología del SIDA, lo cual hace inferir que la información está manejada de igual forma para ambos sexos de distinto nivel socioeconómico.

El conocimiento de la transmisión del VIH tuvo un comportamiento similar al de otras investigaciones: según Helgerson (en Pérez y Farías, 1990) el 95% de sus encuestados respondió que la principal vía de contagio era a través del semen, el trabajo de Pérez y Farías (1990) arrojó un porcentaje del 88.4% de su muestra y en la presente investigación el porcentaje fue de 94.3%.

Es relevante el cambio que se ha dado en el conocimiento de que el VIH no se transmite por picadura de mosquito o cualquier insecto, pues Helgerson encontró que en su muestra el 57% aseguraba que sí era una vía de transmisión, en la muestra de Pérez y Farías el 49.8% aseguraba lo mismo, en esta investigación sólo el 19.3% lo consideró una vía de contagio. Esto es, seguramente, debido a que se ha reforzado la información correcta en este aspecto.

El conocimiento sobre transmisión es similar en ambos sexos y en los tres niveles socioeconómicos, en esta investigación no fueron factores determinantes para el manejo de información referente a la Transmisión de VIH.

Sobre el desarrollo de la infección por VIH los resultados obtenidos son, respecto a los demás conocimientos, los de menor porcentaje de respuestas correctas y respecto a otros estudios este es el aspecto menos indagado, sólo Alfaro (1991) hace mención al poco conocimiento que su muestra tuvo en el desarrollo de la infección o etiología como ella lo clasificó.

El conocimiento es restringido respecto al desarrollo de la infección por VIH, sin embargo, tampoco en este aspecto el sexo o el nivel socioeconómico fueron determinantes para el conocimiento.

En control y prevención fue el aspecto en donde se encontraron mayores conocimientos al igual que en otras investigaciones. El conocimiento de que el SIDA puede afectar a todos los individuos sin importar edad o sexo, en el estudio de Pérez y Farías (1990), en la muestra de The Gallup Report contestó afirmativamente el 51%, en la de Pérez y Farías se modificó hasta el 84.5% y en la presente investigación llegó hasta el 98.7%. El 87% de la encuesta hecha por The Gallup Report contestó que el tener múltiples parejas sexuales es un modo de contraer la infección y el 86.9% en Pérez y Farías; en el presente estudio el 83.6% contestó acertadamente. El 59% de la primera investigación asegura que las transfusiones sanguíneas sin medidas preventivas son un medio de contagio, en la segunda el porcentaje se ve modificado hasta un 91% y en la presente el 53.7% contestó correctamente. En este caso ni el sexo ni el nivel socioeconómico fueron determinantes para tener conocimientos sobre control y prevención

Sugerencias

Alfaro (1991) encontró que la mayoría de los adolescentes tienen pocos conocimientos sobre epidemiología, etiología y desarrollo de la infección del VIH; Pérez y Fariás halló que la desinformación respecto al VIH y SIDA no se encuentra sólo a nivel de adolescencia sino que es a todos los niveles; y dado que en este estudio no se encontraron diferencias en los conocimientos que los adolescentes de ambos sexos de diferentes niveles socioeconómicos tienen sobre VIH y SIDA se deberá plantear un programa completo sobre el conocimiento general de la infección por VIH y no sólo respecto a la prevención y control de la infección. Se debe hacer hincapié en la información sobre estos aspectos:

1) Se debe reiterar que los grupos con mayor proclividad a adquirir la infección por VIH son los adolescentes, pues es en esta etapa en la cual el ejercicio de la sexualidad irresponsable, es decir, sin conocimiento, puede acarrear consecuencias indeseables en cuanto a las ETS, VIH y SIDA.

2) Se debe reforzar y difundir información respecto al desarrollo de la infección y epidemiología. Los programas educativos en instituciones escolares deben contener información sobre sexualidad y su ejercicio desde niveles preescolares

- **Suministrándole al individuo un conocimiento adecuado de sus propios procesos de maduración física, emocional en el contexto sexual.**
- **Eliminando temores y ansiedades relacionadas con el desarrollo y ajuste sexual del individuo.**
- **Fomentando actitudes objetivas con respecto a todas las manifestaciones del sexo no sólo del individuo mismo sino de quienes lo rodean.**
- **Proporcionando al individuo conocimientos de sus relaciones con los miembros de ambos sexos y ayudarlo a entender sus obligaciones para con los demás.**

- Enseñarle a valorar la segura satisfacción de que las sanas relaciones humanas pueden producir en el individuo.
- Demostrarle que es necesario contar con los valores morales que proporcionan bases para la toma de decisiones.
- Impartir suficiente conocimiento acerca del uso incorrecto y aberraciones del sexo como para que el individuo pueda protegerse de ser usado y de las lesiones a su salud física y mental.
- Inducir a trabajar en la construcción de una sociedad libre de males como la prostitución, nacimientos ilegítimos, E.T.S., SIDA, leyes sexuales arcaicas, temores irracionales del sexo y la explotación sexual.
- Estimular la comprensión y el acondicionamiento necesarios para que cada individuo pueda utilizar su sexualidad eficaz y creativamente en sus diferentes roles, cónyuge, padre, ciudadano, etc. (Siecus, 1977).

3) Se debe informar con exactitud y profundidad las vías de transmisión del VIH.

Lo anterior con un tratamiento, en la manera de lo posible, exento de tabués y prejuicios que impidan el manejo y la recepción adecuada de la información.

Fue claro que el mayor porcentaje, en frecuencia y varianza, fue en los conocimientos sobre control y prevención, sin embargo, se considera que los conocimientos sobre los demás aspectos desarrollo, epidemiología y transmisión harían un programa más exitoso, en cuanto a la reducción del número de infectados por VIH, pacientes de SIDA y diseminación de esta epidemia mundial.

El presente estudio demostró que el nivel socioeconómico no es un factor determinante para la elaboración y aplicación de programas sobre salud pública, pues se considera que estos deben llegar a cualquier sector de la población

La información que debe darse es desde la base de una educación sexual, escolar e intrafamiliar en donde, no sólo se dé a conocer la naturaleza sexual, sino que se otorgue en un sentido de conciencia, de reconocimiento de la sexualidad como algo inherente al ser humano, esto a su vez permitirá la preparación para hacer uso de ella como un ejercicio natural y normal. Al mismo tiempo educar e informar respecto a las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), lejos de una moral social que propicie prejuicios respecto a los infectados como a la prevención y control de esta enfermedad. Una vez poniendo en acción los dos puntos debe haber un programa de difusión, que con un lenguaje sencillo y accesible libre de tabúes y prejuicios (como el que si se practica la sexualidad se adquiere el VIH o que se niegue la sexualidad como un acto normal e inherente al género humano), informe respecto al VIH y el consecuente SIDA, su prevención, su etiología (causas), su epidemiología (extensión o diseminación) su transmisión y su tratamiento.

Los programas como el anterior, hoy en día, pese a que serían los óptimos, carecen de los puntos básicos - educación escolar, Alfaro (1991) y Pérez y Farías (1990) e intrafamiliar-, sin embargo, se puede echar mano de los medios de comunicación - información en el sentido de que se debe identificar y hacer uso de lo que la población consume, ve y oye radio y televisión, ya que no cuenta con una educación óptima. Los encargados de la conformación de los programas, por hoy, son quienes detentan los medios de comunicación en conjunto con las entidades de Salud Pública.

Fomentar la constante y permanente actividad de investigación con el fin de depurar instrumentos, detectar nuevas variables, instrumentar opciones de educación sexual que redunden en beneficio tanto de los adolescentes como de sus padres.

Relacionar variables como nivel de maduración adolescente que no estudian, actitudes y conocimientos sobre sexo, conducta sexual, estructura familiar, educación sexual adquirida, características de personalidad, tipo de comunicación y relación con los padres, familia y educadores, creencias, etc.

Realizar investigaciones con los padres para obtener información sobre las actitudes, prejuicios y conocimientos sexuales que poseen y que potencialmente modelan o influyen en la conducta sexual de sus hijos.

Llevar a cabo investigaciones con adolescentes dirigida a entender sus necesidades, conductas, conocimientos, actitudes y percepciones en relación con su sexualidad y cambio conductual.

Limitaciones y críticas

Aunque en este trabajo se recogió información sobre la religión que practicaban los encuestados no se incluyó como variable independiente ya que no se pudieron formar grupos iguales, se sugiere que se hagan comparaciones con esta variable, para profundizar la investigación.

La información más completa que se encontró respecto a la epidemiología, desarrollo del VIH y SIDA fue hasta 1993, y algunos datos globales que datan ya de diciembre de 1994 respecto al nivel mundial, además se incluyen datos de marzo de 1995 para el caso de México, esto es debido a que los reportes de investigación que edita y difunde la Organización Mundial de la Salud a través del Banco Mundial llevan una periodicidad propia de los presupuestos mundiales asignados para la investigación.

Quizá la inclusión del N.S.E por sí misma, como una variable de clasificación no es suficiente para ahondar en problemas psicosociales y se debería de hacer interacciones con otras variables como actitud, educación, mitos, prejuicios, comunicación, etc.

Al contar con interacciones de otras variables se pueden realizar hipótesis más creativas que redunden en profundización de los problemas psicosociales que afectan a nuestra época.

Metodológicamente se pueden depurar los instrumentos, las variables, el tipo de estudio pero, considerando que si la Psicología pretende ser una ciencia un tanto cuanto predecible, debe de sistematizar el sentido común.

BIBLIOHEMEROGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Aberasturi, A y Knobel N, (1985) *La adolescencia normal*, editorial. Paidós. México.
2. Alfaro Martínez L.. (1991) *Sexualidad y sida en la adolescencia*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología editorial UNAM, México.
3. Álvarez Gayou, J.L. (1987) *Elementos de sociología*, editorial Interamericana. México.
4. ----- (1986) *Sexoterapia integral*. Ed. Manual Moderno, México.
5. Bosch García, Carlos.(1982) *La técnica de investigación documental*. editorial UNAM, México.
6. CONAPO, (1982) *Resultados principales de la Encuesta Nacional Demográfica*, editorial CONAPO, México.
7. CONAPO,(1982) *La educación de la sexualidad humana*, vol 4. editorial CONAPO México.
8. Confort y Confort. (1980) *Adolescencia, vida sexual y crecimiento*. Ed. Bloom
9. Díaz Guerrero, Rogelio, et.al. (1975) *Investigación formativa de Plaza Sésamo*. editorial Trillas, México.
10. Erickson, E.H. (1984) *Sociedad y adolescencia*. editorial Siglo XXI, México.
11. Garza Mercado, Ario. (1981) *Manual de técnicas de investigación*. editorial Colegio de México.
12. G.H. Mead. (1990) *Espíritu, personalidad y sociedad*. Ed. Paidós. Buenos Aires.
13. Gomezjara, Francisco A. (1985) *Sociología*. editorial Porrúa.
14. González Llamas, J. C. (1986) *Aspiraciones de la mujer a partir de sus valores, rol sexual y nivel socioeconómico*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.

15. **Historia de la vida privada, tomo 1 *Del imperio romano al año mil*, (1987)**
editorial Taurus, Madrid España.
16. **Hollander, Edwin P. (1978) *Principios y métodos de psicología social*.** editorial Amorrortu.
17. **Katchandourian, H.A. y Lunde D.T. (1979) *Las bases de la sexualidad humana*.** editorial Continental. México
18. **Kerlinger, Fred N. (1988) *Investigación del comportamiento*,** editorial Mc.Graw Hill Interamericana. 2ª edición. Oregon, E.U.
19. **Kinsey, A. Pomeroy W. y Martin C. (1980) *Sexual behavior in the human male*.** Philadelphia.
20. **Knobel N. (1985) "Adolescencia es su problema psicossociasís", en *Psiquiatras*, número 147, Brasil.**
21. **Levin. (1978) *Estadística aplicada a las ciencias sociales*,** editorial Harla, México.
22. **Llewellyn-Jones, Derek. (1987) *Enfermedades de transmisión sexual*,** editorial Grijalbo.
23. **Masters W. Johnson, E. Kohdny R. (1987) *La sexualidad humana*.** editorial Grijalbo. España.
24. **Mendieta y Núñez, Lucio (1967) *Las clases sociales*.** editorial Porrúa.
25. **Mussen H.P., Coger J.J. (1982) *Desarrollo de la personalidad en el niño*.** editorial Trillas, México.
26. **Papalia, D.E., Olds, W.S. (1985) *Desarrollo humano*,** editorial Mc Graw Hill. México.
27. **Pérez y Farías, J.M. (1990) *Conocimiento y conducta de riesgo para la transmisión del Sida en adolescentes de la ciudad de México*.** (Tesis profesional) Universidad del Valle de México,
28. **Piaget, J. (1983) *Seis estudios de psicología*.** editorial Seix Barral, España.
29. **Ramírez, Santiago. (1977) *El mexicano, psicología de sus motivaciones*.** Ed. Grijalbo. México.

30. Rojas Soriano, Raúl. (1984) *Métodos para la investigación social*. editorial Folios.
31. Sepúlveda Amor, Jaime *et.al.* (1989) *Sida, ciencia y sociedad en México*. edición Secretaría de salud, Instituto Nacional de Salud Pública, FCE.
32. Sicus. (1977) *Guía sexual moderna*. Ganca editorial, Barcelona.
33. Tamotsu Shibutani. (1971) *Sociedad y personalidad*. Ed. Paidós. Buenos Aires.
34. Young y Veldman, (1980) *Estadística*, editorial Trillas. México.
35. World Development Report. (1993) *Investing in health. Published for the World Bank*. Oxford University Press.

HEMEROGRAFÍA

1. **World Health Organization**, (1995, January) Global Programme on AIDS. "The current global situation of the HIV/AIDS pandemic".
2. **SIDA/ETS**, (1995) boletín mensual, año 9 número 3, "Situación del sida hasta el 1 de marzo de 1995". México, Sistema Nacional de Salud.
3. "Viola derechos humanos el 199bis del Código Penal" por Francisco Galván Díaz, y "Los derechos humanos en el Sida" por Jaime Sepúlveda Amor, en **Sociedad y Sida** número, 6, marzo 1991, suplemento del periódico *El Nacional*.
4. "Capacitación de prevención de Sida en ámbito educativo: un modelo" por Mariana Iurcovich, en **Psicólogo Argentino** (1993) vol.IV, número 2/3 abril/sept.
5. "The UCLA multidimensional condom attitudes scale: documenting the complex determinants of condom use in college students" por Marie Helweg-Larsen y Barry E. Collins, en **Health Psychology** (1994) vol. 13 número 3, p 224-237
6. "Nuevo índice NSE AMAI", en **Adcebra**, La revista mexicana de mercadotecnia, publicidad y comunicación, (1995) número 2, febrero.
7. Eduardo del Río. Rius. (1992) **Todo lo que tú querías saber del Sida**. Conasida.
8. "La construcción de un índice del estatus socioeconómico", por Lozada de Izcaray e Izcaray F, en **Boletín de la AVEPSO**, vol. IV; número 2, agosto de 1981, Caracas, Venezuela, p 1-9

GLOSARIO

GLOSARIO

Anticuerpo. Proteína producida por el sistema inmunológico, como resultado de la entrada de un antígeno y que tiene la capacidad de combinarse en forma específica con el antígeno que estimuló su producción, con el objeto de inactivarlo o neutralizarlo. No todos los anticuerpos, aunque sean específicos, tienen capacidad de proteger al huésped.

Antígeno. Sustancia o agente que el organismo reconoce como extraña (germen, toxina, etc.), capaz de inducir una respuesta inmune; esta respuesta puede ser a base de anticuerpos o de células inmunes.

Antiviral. Literalmente significa contra los virus. Se considera antiviral a cualquier droga que destruye o impide la replicación de los virus.

Célula B. Glóbulo blanco que pertenece al sistema inmunológico, producido por la médula ósea, cuya función es la producción de anticuerpos; también se le conoce como linfocito B.

Célula T. También conocida como linfocito T (por madurar en el timo).

Enfermedades oportunistas. Enfermedades causadas por microorganismos que comúnmente se encuentran presentes en el organismo o en el ambiente, pero que sólo producen enfermedad en los individuos que no presentan condiciones óptimas de salud como una deficiencia en el sistema inmunológico.

Enfermedad consuntiva. Enfermedad que consume al organismo. (de latín *cum*: conjunto y *sumo-sumptum* que significa tomar).

Pneumocystis carinii. Germen oportunista responsable de la infección más característica en el sida.

Retrovirus. Subclase de virus de ARN, cuya característica fundamental es convertir su ARN en ADN, lo que se conoce como transcripción reversa, de donde viene su nombre.

Sarcoma de Kaposi (SK). Cáncer originado en la pared de los vasos sanguíneos. La forma clásica no se relaciona con el sida, aparece en individuos mayores de 60 años, de origen mediterráneo que desarrollan el tumor en la piel de las extremidades inferiores, avanza lentamente y no tiende a dar metástasis a órganos internos. La forma epidémica está relacionada con el sida, aparece en piel o en mucosa de cualquier región del cuerpo, y tiende a dar metástasis a órganos internos.

Seroconversión. Una vez que el virus ha penetrado en el organismo y se aloja en las células susceptibles, el individuo infectado desarrolla niveles detectables de anticuerpos específicos contra el virus, que se pueden localizar a través de un análisis sanguíneo. El momento en que aparecen estos anticuerpos es variable y recibe el nombre de seroconversión.

Seropositivo. Situación en la que existe presencia de anticuerpos en la sangre.

ANEXO A
INSTRUMENTO PARA LA MEDICION DEL NIVEL
SOCIOECONÓMICO

Anexo A

SEXO _____ **EDAD** _____

ESCOLARIDAD _____ **RELIGION** _____

ESCOLARIDAD DEL PADRE _____

OCUPACION DEL PADRE _____

ESCOLARIDAD DE LA MADRE _____

OCUPACION DE LA MADRE _____

ANEXO B
INSTRUMENTO PARA EL ANALISIS DE CONOCIMIENTOS
SOBRE EL SIDA

MARCA CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTA

1.- Los primeros casos reportados de SIDA datan de:

- 1971
- 1985
- 1981
- 1975

2.- El agente causal del SIDA es:

- ADN Virus
- VIH Virus
- Retrovirus (HTLV-1)
- Retrovirus (VIH)

3.- El virus de la inmunodeficiencia humana tiene especial predilección para invadir:

- Glóbulos rojos
- Glóbulos blancos
- Macrófagos
- Células del sistema nervioso central

4.- Cuando el VIH se introduce en las células de los linfocitos T-4 ayuda a cumplir su función alertadora e inductora de todo el sistema de defensa.

- Cierto
- Falso

5.- El VIH tiene un método singular de reproducción denominado:

- Inversión
- Linfadenopatía
- Seroconversión
- Replicación

6.- El SIDA empieza desde el momento en que se contrae la infección por el VIH:

- Cierto
- Falso

7.- A medida que progresa la infección por VIH van apareciendo en la sangre del individuo infectado los linfocitos T-4, por lo que la deficiencia se torna permanente y progresiva:

- Cierto
- Falso

- 8.- Al estado que precede al SIDA donde el individuo presenta anticuerpos contra el VIH, se le conoce como Complejo sintomático relacionado:
- () Cierto () Falso
- 9.- El SIDA constituye solo la etapa final de la infección con el VIH:
- () Cierto () Falso
- 10.- El SIDA se caracteriza por el gran ataque al estado general del individuo, presentando diversas infecciones oportunistas y variadas que ponen en peligro la vida.
- () Cierto () Falso
- 11.- La causa directa de muerte de los enfermos de SIDA es el mismo padecimiento:
- () Cierto () Falso
- 12.- Los llamados "seropositivos" son los portadores sanos del VIH y son permanentemente infectantes.
- () Cierto () Falso
- 13.- La mayor concentración del VIH puede estar en la sangre, semen y líquido cefalorraquídeo.
- () Cierto () Falso
- 14.- La persona recién infectada con el VIH presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad.
- () Cierto () Falso
- 15.- El VIH se puede transmitir por el contacto casual con personas infectadas.
- () Cierto () Falso
- 16.- Una vía de contagio del VIH es el piquete de insectos:
- () Cierto () Falso
- 17.- El VIH se puede transmitir por el trasplante de tejido y órganos pertenecientes a personas infectadas:
- () Cierto () Falso

18.- El virus del SIDA se puede transmitir en las albercas:

- Cierto Falso

19.- Un mecanismo importante para la transmisión del VIH es por exposición a sangre contaminada mediante la transfusión o por agujas contaminadas.

- Cierto Falso

20.- La infección por el virus del SIDA se puede contraer en baños públicos.

- Cierto Falso

21.- Una mujer embarazada infectada con el VIH puede transmitir a su hijo el virus del SIDA:

- Cierto Falso

22.- Existen pruebas concluyentes que el VIH se transmite con:

- La sangre y las lágrimas
 La sangre y el semen
 El semen y la orina
 La saliva y las lágrimas

23.- La vía de contagio más importante del VIH en relación con el número de casos es:

- Por las transfusiones sanguíneas con sangre contaminada
 A través del contacto casual con personas infectadas
 A través del contacto sexual con personas infectadas
 Mediante el trasplante de órganos infectados

24.- El período de incubación del VIH varía de:

- 2 a 8 semanas
 1 mes a 2 años
 4 meses a 10 años
 2 meses a 3 años

25.- La detección del VIH se hace a través de:

- Un análisis de orina
 Una prueba de sangre
 Radiografías
 Ninguna de las anteriores

26.- Según los reportes de varios países, la mayor parte e incidencia de casos de SIDA queda comprendida entre:

- 30 a 39 años
- 15 a 30 años
- 40 a 59 años
- 45 a 60 años

27.- Los grupos de mayor riesgo para contraer la infección por el VIH son:

- Los homosexuales
- Los drogadictos
- Los adolescentes
- Las prostitutas

28.- El origen del SIDA fué en:

- América
- África
- Europa
- Se desconoce

29.- En México hasta 1989 se habían reportado:

- 20,000 casos de SIDA
- 2,683 casos de SIDA
- 8,300 casos de SIDA
- 10,750 casos de SIDA

30.- Los grupos que deben someterse a la prueba de detección del VIH, para evitar la diseminación del virus del SIDA son:

- La población en general incluyendo niños, homosexuales y bisexuales
- Las mujeres embarazadas, homosexuales que tengan varios compañeros sexuales y personas que donen sangre
- Homosexuales, bisexuales y heterosexuales que tengan múltiples compañeros sexuales, prostitutas, drogadictos, quienes hayan recibido transfusiones de sangre e hijos de personas pertenecientes a los grupos anteriores
- Los hombres homosexuales, bisexuales y heterosexuales; así como los ancianos y las personas que donan sangre.

31.- El SIDA puede afectar a todos los individuos no importando edad o sexo.

- Cierlo
- Falso

- 32.- El VIH es un virus resistente a las condiciones externas del medio ambiente.
- () Cierlo () Falso
- 33.- Un sintoma en las personas de SIDA es el aumento de peso.
- () Cierlo () Falso
- 34.- Las personas con SIDA padecen de fiebre continua.
- () Cierlo () Falso
- 35.- La diarrea continua es un signo asociado al SIDA.
- () Cierlo () Falso
- 36.- El VIH deteriora el sistema de defensa de la persona que contrae la infección.
- () Cierlo () Falso
- 37.- Las personas que donen sangre corren el riesgo de contraer el VIH, aún con medidas preventivas.
- () Cierlo () Falso
- 38.- Una persona "seropositiva" puede continuar con las mismas actividades que ha venido realizando en su vida, siempre y cuando tome las precauciones necesarias.
- () Cierlo () Falso
- 39.- Los condones son efectivos para prevenir el SIDA.
- () Cierlo () Falso
- 40.- Las jeringas desechables y esterilizadas aumentan la probabilidad de contagio del VIH.
- () Cierlo () Falso
- 41.- Tener relación sexual con la misma pareja sana evita y disminuye el riesgo de infectarse con el VIH.
- () Cierlo () Falso

42.- Los preservativos y espermaticidas garantizan totalmente que no ocurra la infección por VIH.

Cierto

Falso

43.- Limitar el número de compañeros (as) sexuales es una forma de prevenir el contagio con el VIH

Cierto

Falso

44.- Tener relaciones sexuales con personas que tienen una vida sexual promiscua, aumenta la probabilidad de contagio del VIH.

Cierto

Falso

45.- Se debe evitar el coito con prostitutas (as) o con desconocidos para disminuir el riesgo de infectarse con el VIH.

Cierto

Falso

46.- Tener relaciones sexuales con parejas ocasionales disminuye la probabilidad de contagio del VIH.

Cierto

Falso

GRACIAS POR TU COLABORACION