

223

Ly

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



FACULTAD DE PSICOLOGIA

LA CAPACITACION DE TRES GRUPOS DE
MULTIPLICADORES ADOLESCENTES COMO TACTICA
PARA LA PREVENCION DEL SIDA.

R E P O R T E L A B O R A L
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
REBECA JOSEFINA TOLEDO ARRIAGA

DIRECTOR DE REPORTE LABORAL
LIC. CELDO SERRA PADILLA

México, D.F.

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**LA CAPACITACION DE TRES GRUPOS DE MULTIPLICADORES ADOLESCENTES
COMO TACTICA PARA LA PREVENCION DEL SIDA**

<u>INDICE</u>	Pág.
Introducción.	9
Justificación.	15
CAPITULO I	
LA EDUCACION SEXUAL COMO ESTRATEGIA DE ACCION.	18
a) La educación sexual en México.	18
b) La educación sexual para la prevención del SIDA.	22
c) Acciones para prevenir el SIDA en diferentes instituciones.	25
d) Programa de multiplicadores en IMIFAP.	26
e) Objetivos del programa.	27
f) Procedimiento metodológico y resultados del trabajo.	31
g) Evaluación.	35
CAPITULO II	
EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).	42
Antecedentes	42
a) SIDA concepto.	45
b) Desarrollo patológico del virus dentro del organismo.	46
c) Situaciones que favorecen la transmisión del VIH.	51
d) Actitudes ante el SIDA.	53
e) La concepción del ser humano como un ente Bio-Psico-Social.	56
f) Epidemiología.	59
g) Grupos de mayor incidencia.	65
CAPITULO III	
ADOLESCENCIA.	68
a) Características generales de la adolescencia.	68
b) Conceptos teóricos de la adolescencia.	69
c) El adolescente y la sexualidad.	73
d) El adolescente y la influencia de su entorno familiar con respecto al ejercicio de su sexualidad.	77
e) El adolescente y la influencia de su entorno social y cultural.	84
f) El adolescente, su concepto de salud y las E.S.T.	95
g) El adolescente frente al SIDA.	96

CAPITULO IV

PREVENCION.	98
a) Concepto.	98
b) Alternativas para el ejercicio de la sexualidad.	98
c) Prevenir educando a la población.	99
d) El desarrollo del adolescente y sus implicaciones para la prevención del SIDA	108

CAPITULO V

ANALISIS Y CONCLUSIONES.	112
CONTRIBUCION.	118
BIBLIOGRAFIA	123
ANEXOS	128

DEDICATORIAS

AGRADEZCO A DIOS POR HADERME DADO LAS FUERZAS, DE LLEGAR AL FINAL DE LA META.

AGRADEZCO A MIS DOS MADRES A MI MAMÁ REDECA POR DARMIE LA VIDA, POR SER MI AMIGA, MI CONSEJERA Y LA PERSONA QUE SIEMPRE SUPO QUE LO LOGRARÍA, GRACIAS POR CREER EN MI, AMARME Y SUDIRME LA AUTOESTIMA CUANDO MÁS LO NECESITADA Y ESTAR SIEMPRE A MI LADO, A MI MAMÁ ROSALBA POR CRIARME, Y ESTAR AL PENDIENTE DE MI EDUCACIÓN DESDE EL PRIMER MOMENTO EN QUE ESTUVE CON ELLA, POR DARMIE SU AMOR Y SUS CARICIAS SU APOYO Y COMPRENSIÓN Y SABERME ESCUCHAR, CUANDO LO NECESITE GRACIAS A AMBAS LAS DOS SON MUY IMPORTANTES EN MI VIDA, LAS QUIERO MUCHO.

A MI PADRE POR HADERME AYUDADO TANTAS NOCHES, Y MADRUQUADAS A ESTUDIAR MATEMÁTICAS, SE QUE NO SOY UN GENIO PERO TE AGRADEZCO MUCHO EL QUE CUANDO TE NECESITE ME APOYASTE, Y ESO JAMÁS LO OLVIDARÉ.

A MI ESPOSO POR SU APOYO, COMPRENSIÓN, AMOR Y DEDICACIÓN. TÚ SADES QUE PARTE DE ESTA TESIS ES TUYA TE QUIERO TANTO CREO QUE SIN TU AYUDA HUBIERA SIDO DIFÍCIL LOGRARLO SOBRE TODO POR SOPORTAR MIS MOMENTOS DE PRESIÓN Y COMPRENDER AQUELLOS MOMENTOS EN LOS CUALES NO TE PUDE DAR LA ATENCIÓN QUE MUCHAS AMAS DE HOGAR LES

BRINDAN A SUS MARIDOS TE AMO FRANCISCO Y QUE BUENO QUE ERES TÚ MI
ESPOSO NADIE MEJOR QUE TÚ PARA SOPORTAR A TU BELLA DE GENIO.

A MI HERMANA POR SER UNA DE MIS MUSAS CONFÍO EN QUE ALGÚN DÍA
TAMBIÉN TÚ ME DEDICUES TU TESIS ES UNO DE MIS MÁS GRANDES ANHELOS.
SE QUE NO TENGO HIJOS PERO TU ERES COMO PARTE DE LA ESENCIA DE UN
HIJO Y POR ESO MISMO MUCHAS OCASIONES NO ES IMPORTANTE DAR EL
EJEMPLO COMO HERMANO MAYOR SINO ASEGURARTE DE QUE EL MENOR
COMPRENDA EL POR QUÉ DE LAS COSAS Y ESPERO QUE COMPRENDAS LA
IMPORTANCIA DE SER ALGUIEN EN LA VIDA Y SOBRE TODO LO QUE TÚ QUIERAS
SER NO LO QUE TE IMPONGAN SER TE QUIERO ROSA ELENA MI PEQUEÑA
MUJERCITA.

A MIS MAESTROS EL LIC. CELSO SERRA PADILLA EL MTO. SAMUEL JURADO
CÁRDENAS, LA LIC. MARGUINA TERÁN QUILLÉN, EL LIC. JUAN MANUEL FLORES
FLORES Y EL LIC. SOTERO MORENO CAMACHO POR SUS ENSEÑANZAS Y SUS
APORTACIONES TAN VALIOSAS PARA QUE FUERA POSIBLE LLEVAR A CABO ESTE
TRABAJO MUCHAS GRACIAS A TODOS UDS.

A MIS MAESTROS A LO LARGO DE MI VIDA EDUCATIVA, PRINCIPALMENTE A
MI MAESTRO DE PRIMARIA EL PROFE. MIGUEL ÁNGEL GARCÍA FICHARDO, POR
SER EL PILAR DE MI EDUCACIÓN.

A MIS SUZGROS POR SU PACIENCIA, CONTINUA Y AFECTO A LO LARGO DE ESTA ETAPA TÁN IMPORTANTE DE MI VIDA GRACIAS JUNIITA Y PEDRO, SOBRE TODO POR CREER QUE ALGÚN DÍA LO LOGRARÍA.

AL INSTITUTO MEXICANO DE INVESTIGACIÓN DE FAMILIA Y POBLACIÓN POR PERMITIR LLEVAR A CABO LA INVESTIGACIÓN PRINCIPALMENTE A LA DRA. SUSAN PICK, POR SU AMABLE COOPERACIÓN, A LA LIC MARCELA ALVAREZ, LA LIC ANGELA MARTÍNEZ, LA LIC JESSICA RAMÓN Y A UN BUEN AMIGO Y COMPAÑERO EL LIC MARIO ZÁRATE RAMÍREZ GRACIAS.

A EDUCACIÓN CONTINUA POR PERMITIR ESTE ESPACIO TAN VALIOSO Y DAR OPORTUNIDAD A QUE LA GENTE PROGRESE Y CULMINE CON EL CIERRE DE UNA ETAPA IMPORTANTE EN SU VIDA PROFESIONAL, LOS FELICITO POR ESTE TRABAJO Y LES DESEO QUE CONTINÚEN COSECHANDO TRIUNFOS, YA QUE CADA QUE ALQUIEN TERMINA UN CURSO O SE TITULA USTEDES TAMBIÉN LO HACEN, DENTRO DE ESTA INSTITUCIÓN DEBO AGRADECER A LA LIC OLIVIA ALVAREZ, LA LIC HILDA FAREDES Y AL PROFR. HÉCTOR FERNÁNDEZ, GRACIAS POR SER TAN PERSISTENTES Y PROCURAR PARA QUE LA GENTE LOGRE SUS OBJETIVOS.

PRINCIPALMENTE AGRADEZCO A LA LIC MARGARITA OLVERA POR HADER CONTRIBUIDO CON EL SEMINARIO DE TESIS Y LA ELABORACIÓN DEL ANTEPROYECTO PERO SOBRE TODO POR LAS ENSEÑANZAS OBTERIDAS, Y LA MOTIVACIÓN GRACIAS MARGARITA AHORA SI PIENSO QUE NO TE ME DEFRUDDADO Y TE ASEGURO QUE NO ECHASTE EN SACO ROTO TUS ESPUERZOS

CUMPLÍ LO PROMETIDO DE TAL FORMA TE LO AGRADEZCO ERAS UNA PERSONA SENSACIONAL Y MUY VALIOSA OJALÁ Y SIGAS CON ESTA BELLA LABOR POR MUCHO TIEMPO.

A TODOS MIS COMPAÑEROS DEL SEMINARIO POR SUS CRITICAS VALIOSAS PARA EL ANTEPROYECTO Y SOBRE TODO POR SU AMISTAD.

A LA LIC CLAUDIA FRANCO POR HACER POSIBLE QUE EL CURSO DE COMPRENSIÓN DE TEXTOS EN INGLÉS LO APROBARA SOBRE TODO POR TUS CONSEJOS Y ENSEÑANZAS.

A TODOS AQUELLOS QUE A LO LARGO DE MI VIDA PROFESIONAL ME HAN AYUDADO A CRECER COMO PROFESIONISTA PRINCIPALMENTE AL LIC MARIO ZÁRATE, A LA LIC LAURA TAPIA, AL LIC RAFAEL LUÑA SÁNCHEZ, AL LIC JAVIER ALATORRE, GRACIAS POR SUS ENSEÑANZAS.

AL LIC JESÚS DÍAZ ALANIS POR HACER POSIBLE LA IMPRESIÓN DE ESTA TESIS POR SUS CONSEJOS Y SUS NOCHES DE DESVELO PERO SOBRE TODO GRACIAS POR TU AMISTAD.

GRACIAS A TODOS MIS AMIGOS QUE A LO LARGO DE MI VIDA ESTUDIANTIL
ME APOYARON PRINCIPALMENTE A QUIERO, THELMA, KOLIS, MARISOL, BOB,
MÓNICA Y RAÚL. GRACIAS AMIGOS.

GRACIAS A TI MI QUERIDO ARTURO. POR QUE SABÍAS QUE ALGÚN DÍA LO
LOGRARÍA TAMBIÉN ESTA TESIS VA DEDICADA A TI PORQUE AUNQUE EL TIEMPO
PASE TÚ SIGUES Y SEGUIRÁS VIVO EN MÍ CORAZÓN.

FINALMENTE GRACIAS A TODOS MIS FAMILIARES Y GENTE QUE ME ESTIMA
A MIS PADRINOS EL LIC. LEONARDO VEGA, LA DRA. GLORIA CAMACHO, Y A LA LIC.
PILAR ALCÁNTARA GRACIAS POR SU FE Y APOYO.

GRACIAS A TODOS SINCERAMENTE
REBECA JOSEFINA TOLEDO ARRIAGA

INTRODUCCION

Las enfermedades de transmisión sexual, (E.S.T.) son enfermedades de naturaleza infecciosa o parasitaria, en las que la transmisión a través de la relación sexual tiene una importancia epidemiológica, aunque en algunas de ellas, éste no sea el mecanismo de transmisión sexual, ha sustituido al nombre de "enfermedades venéreas", que se usó hasta finales de los años setenta.

El concepto de "Enfermedades Sexualmente Transmisibles" se refiere no sólo a las clásicas enfermedades, como sífilis, gonococia, chancro blando, granuloma inguinal y linfogranuloma venéreo, sino que incluye otras que suelen clasificarse según el agente que las causa: bacterias, virus, protozoos, hongos o artrópodos.

La importancia que las instituciones de salud pública dan en la actualidad a las enfermedades de transmisión sexual es resultado de su elevada incidencia que, pese a los programas preventivos, va en aumento y de sus graves consecuencias económicas, sanitarias sociales, y la manera en que los medios de comunicación masiva distorsionan la realidad de la importancia para prevenir éstas.

Desde la más remota antigüedad han existido enfermedades relacionadas con la sexualidad y no precisamente aquellas las cuales pueden ser producto de la imaginación de las personas que posteriormente pasan a ser mitos dentro del ejercicio de la sexualidad, un ejemplo de esto, pueden ser las supuestas consecuencias de la masturbación, como la aparición de acné en la cara o en diferentes partes del cuerpo, al igual de poder quedar ciegos o locos, o por qué no mencionar la creencia extendida por algunas sociedades e incluso reglamentado en ellas por sus sistemas religiosos, de

que mantener relaciones sexuales con mujeres durante la menstruación pueda provocar riesgos para la salud y fortaleza masculina.

Quizás de las enfermedades sexuales más conocidas sean la sífilis por ser hasta hace poco la más grave, al igual la gonorrea que también se conoce coloquialmente como "purgación", la cual es una de las más extendidas en propagación. En algunas épocas y lugares, estas patologías de carácter sexual alcanzaron una difusión semejante a la de enfermedades como la lepra o la tuberculosis.

Durante la Edad Media la sífilis (llamada también lúes) era tan frecuente que, en términos actuales, podríamos hablar de una epidemia, con todo lo que ello conlleva: aislamiento de las personas afectadas y desprecio por parte de la sociedad. Igualmente, no debe sorprendernos comprobar que, coincidiendo con los períodos históricos en los que se producen guerras, migraciones e invasiones de pueblos como por ejemplo, durante las Cruzadas, en los años posteriores a la llegada de los españoles a tierras americanas y de los británicos a tierras de Oceanía o durante la Segunda Guerra Mundial, la incidencia de estas enfermedades aumentó, dando lugar a grandes brotes epidémicos.

El estudio de la bibliografía médica histórica también nos permite ver que, en la actualidad, han aparecido nuevas enfermedades que no se habían descrito anteriormente como es el caso del SIDA.

Lo mismo que aquellas añejas enfermedades, las cuáles se han estado mencionando, como la sífilis y la gonorrea entre otras, el SIDA, va acompañado de una serie de prejuicios, de actitudes sociales de estigmatización del enfermo, de una visión

cultural del mal, que dificultan su tratamiento y eventual cura; pero a diferencia de ellas, el SIDA aparece en un contexto en el que el conocimiento científico y la tecnología han alcanzado un alto grado de desarrollo. Esto necesariamente determina una distinta manera de enfrentar el problema sanitario.

Es sabido que uno de los principales retos de la humanidad, desde sus orígenes hasta la actualidad, lo constituye el hecho de preservar la salud y posponer la muerte, aspecto que no se ha alcanzado en su totalidad, pero sí se han tenido importantes logros, erradicando algunas de las enfermedades y controlando otras.

Lamentablemente éste no es el caso del SIDA, infección que no ha sido controlada y que va en aumento, diseminándose rápidamente en la población a nivel mundial, sin que se encuentre hasta el momento vacuna o medicamento para combatirla (Carrillo E., 1993; Hernández, 1991).

El SIDA es una enfermedad infecto-contagiosa producida por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), este virus destruye parte del sistema inmunológico de la persona, dejándola desprotegida y a merced de agentes infecciosos y cancerígenos que dañan severamente al organismo y provocan la muerte.

Dadas las características mencionadas de la enfermedad, la cual es progresiva y mortal, así como la principal forma de contagio, por vía sexual, marca a las personas que lo contraen, como anteriormente se había mencionado, sólo por tratarse de una Enfermedad Sexualmente Transmisible y el hecho de que los primeros casos de SIDA se presentaron en homosexuales, generaron una serie de prejuicios y estigmatizaciones en torno a este padecimiento relacionado inmediatamente a los portadores de VIH y enfermos de SIDA con homosexualidad y promiscuidad. Siendo

estas personas víctimas de rechazo por parte de casi toda la población. Se atribuye esta actitud de rechazo principalmente a la falta de información sobre lo que es el SIDA y sus formas de contagio.

La esencia de lo anterior es que desgraciadamente ya que la población debido a la falta de información acerca de las formas de contagio, se sostuvieron en pensar que sólo era una enfermedad exclusiva de Homosexuales, o Prostitutas (os) y nunca se detuvieron a pensar el hecho de informarse acerca de esta enfermedad para prevenirla, o si se detuvieron a pensarlo les dio miedo o bien vergüenza, el hacer este tipo de preguntas a personas que llegasen a manejar el tema como personal de salud o educativo, al paso del tiempo la realidad es otra, las personas que pensaban que eran grupo de mayor riesgo para contraer el SIDA actualmente son grupos estables que no han incrementado mucho sus datos epidemiológicos, dado a que este tipo de población al menos maneja la información básica en relación al SIDA y por lo tanto han practicado más aspectos preventivos para evitar su contracción, sin embargo las poblaciones de más alto rango epidemiológico son aquellas las cuales nunca se imaginaron estar infectadas, ni tampoco consideraron la importancia de educar para prevenir su contagio. Una población demasiado vulnerable y que a la cual se hace referencia a lo largo de este trabajo es la población adolescente, lo cual es angustiante debido a que los jóvenes de hoy serán lo hombres del mañana y no podemos permitir que sigan creciendo con este tipo de educación tan deficiente en referencia a la sexualidad humana y su problemática tanto como de incidencia en embarazos adolescentes como en contagio de VIH.

Esta situación especial, de estar y no estar preparados para afrontar una nueva enfermedad, hace del SIDA una cuestión no sólo médica y de salud pública, sino también un asunto social que concierne al adolescente, a la familia, a grupos

específicos y al Estado, como responsable de conducir el desenvolvimiento de la prevención de este grave problema.

De ahí la importancia por crear un programa educativo en el Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población tratando de que el adolescente este conciente de la importancia de prevenir este tipo de problemas antes mencionados sobre todo el hecho de que sea capaz de manejar la información y poder transmitiría a gente de su misma edad y nivel socio-cultural, es decir el multiplicar a sus propios compañeros ayudando así a prevenir y a educar para tener una mejor calidad de vida y tratar de que al ejercer su vida sexual lo piensen antes de actuar y no actuar y después pensar, es decir, se responsabilicen de su propia sexualidad y de sus ventajas y desventajas al ejercerla.

En el Primer Capítulo se empieza de lo particular a lo general es decir se aborda desde un principio el trabajo realizado con un grupo de multiplicadores adolescente para prevenir la infección del VIH y sobre todo se hace énfasis en la importancia de educar a la población como una estrategia para prevenir esta enfermedad, al igual se ven los objetivos, el desarrollo, procedimiento y evaluación de todo el trabajo.

En el Segundo Capítulo se habla de todo lo relacionado al SIDA, antecedentes, concepto, su desarrollo patológico dentro del organismo, sus formas de contagio y de como el ser humano concibe el problema, a partir de su aspecto Bio-Psico-Social.

En el Tercer Capítulo se trabajan aspectos de adolescencia los cuales son muy importantes, para tratar de comprender qué factores externos e internos se involucran para que esta población sea tan vulnerable al contagio, por otro lado se analiza, la

sexualidad del adolescente y su actitud ante las Enfermedades Sexualmente Transmisibles, principalmente el SIDA.

En el Cuarto Capítulo se maneja el tema de prevención su concepto, la prevención durante la etapa adolescente y su importancia, el concientizar a la población que sólo educándose y previniendo podrá controlarse esta pandemia.

En el Quinto Capítulo se hace el análisis de todo el trabajo, de la importancia y los argumentos de la estrategia utilizada "educar para prevenir", además de la conclusión y la contribución del presente trabajo.

Finalmente la bibliografía, y los anexos, que en este caso es el cuestionario el cual se utilizó para poder realizar los pre-test y post-test que arrojaron los datos cuantitativos de esta investigación.

JUSTIFICACION

El SIDA es uno de los problemas más difíciles que el ser humano haya enfrentado, ya que una epidemia de estas características no registra precedentes en la historia de la humanidad; además de tratarse de una enfermedad nueva que desafía la omnipotencia de las ciencias biomédicas infecciosas, presentándose justamente en el momento en el cual se creían bajo control todo tipo de virus y bacterias, es decir, se pensaba que no habría enfermedad la cual la ciencia médica no fuera capaz de erradicarla, de allí que al principio le fuera un poco difícil el aceptar a la ciencia médica que el SIDA fuese una enfermedad incurable, infecciosa, progresiva y mortal, y que en tan poco tiempo se convirtiera en una Epidemia Mundial.

El hecho de que esta enfermedad la provoque un virus, llamado VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), el cual se interna en el organismo del individuo es más complicado y complejo para su detección, de igual forma la incubación del virus que puede durar desde un mes hasta quince años para que el paciente presente una sintomatología esperada se hace preciso mencionar que la sintomatología por lo general no se presenta sino hasta la fase terminal, provocando que el paciente no se da ni cuenta que es portador del virus sino hasta después.

El SIDA más que por el problema de su asintomatología, el sólo hecho de ser una Enfermedad de Transmisión Sexual y el carácter que le da esta etiqueta, hace que no se detecte y se controle más rápidamente, favoreciendo más la propagación de esta enfermedad.

Algunos de los factores que favorecen a esta propagación son el miedo al contagio, la ignorancia y la vergüenza, anclados este trío es difícil de vencer, ya que por un lado la gente no se informa por miedo a contraer la enfermedad sin saber que ésta no se adquiere por un contacto casual, (hablar, saludar, abrazar etc.) acrecentando así más la ignorancia.

Algunas personas piensan que el SIDA es una enfermedad de minorías la cual sólo les afecta a grupos determinados, que la sociedad ha clasificado como exclusivos, como es el caso de la gente que ejerce la Prostitución y la Homosexualidad, sin saber que éstos son los grupos de menor riesgo, por tomar precauciones para no contraer el virus, al mismo tiempo son unos de los más informados en relación a la enfermedad.

El hecho de que se tengan estas creencias hace que la gente no tome suficientes precauciones y crea que sólo les afecta a "eventados" o a gente muy lejana a ellos, de igual forma la ignorancia crece al centrarse en mitos que están alrededor de esta enfermedad, y en ocasiones la vergüenza les impide informarse y desmitificar las dudas, porque les preocupa que la gente pueda pensar que estén enfermos o bien que pertenezcan a un grupo de los antes mencionados.

El SIDA, se ha convertido en seria amenaza para la humanidad, dadas sus implicaciones médicas, sociales y psicológicas; los estudios epidemiológicos han demostrado que la población contagiada va en aumento; por ejemplo la Organización Mundial de la Salud (OMS) predice que en los próximos años el número de personas infectadas con el virus del SIDA (VIH) llegará a 100 millones y que es muy probable que la infección continúe expandiéndose impactando gravemente las estructuras económicas, políticas, sociales y de salud por lo menos hasta finales de siglo (Preciado y Montesinos, 1992).

Por otro lado, la población adolescente es una de las más vulnerables dada sus características de desarrollo y su estructura socio-familiar, la cual proporciona al adolescente una educación pobre en referencia a su sexualidad haciendo que no esten completamente preparados para prevenir el contagio del VIH.

Por lo tanto, sumándose a la lucha de otras instituciones, el Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, llevo a cabo un programa especializado, para la prevención de VIH en adolescentes, donde su estrategia principal fue capacitar a tres grupos de adolescentes, en tres diferentes escuelas de nivel medio superior, esta capacitación consistió en darles aspectos de educación sexual básica y prevención de VIH, con la finalidad de que estos grupos multiplicaran la información obtenida, a adolescentes de su mismo entorno social, facilitando así que el aprendizaje que reciben sea más significativo, dado que proviene de alguien con sus mismas características físicas, psicológicas, sociales y emocionales, que de alguien de más edad, y mayor nivel jerárquico del cual pueden sentir invadido su espacio, pudiendo correr el riesgo de que la información que reciban no les sensibilice tanto como la proveniente de sus mismos coetáneos.

CAPITULO I

LA EDUCACION SEXUAL COMO ESTRATEGIA DE ACCION

a) La educación sexual en México.

En América, México ocupa el tercer lugar en casos de SIDA reportados con un poco menos que Estados Unidos y Brasil, pero con un número mucho mayor de casos que Canadá.

La mayoría de los casos (83%) se debe a la transmisión por vía sexual, siendo la mayor incidencia de casos de SIDA en grupos que van de los 24 a los 45 años de edad, lo que patentiza que la enfermedad se manifieste menos en personas de más corta edad porque aún cuando se hayan infectado antes, hay que tener en cuenta que el SIDA es sólo la manifestación final de una enfermedad de evolución crónica.

Debido a lo anterior, los grupos de edad con riesgo potencial para contraer la infección por VIH son los adolescentes, puesto que son individuos jóvenes que se encuentran en plena etapa reproductiva y un tanto debido al contexto de crisis cultural por la negación social de los cambios que tienen lugar en la pubertad-adolescencia y el aceleramiento en general de la vida cotidiana del Ser Humano, provocan que las necesidades sexuales de los adolescentes estén especialmente negadas, manipuladas y desatendidas.

De igual forma, es evidente que la comercialización, de la sexualidad, mantenida por los Medios de Comunicación Masiva, juegan una doble moral ante ellos, pues por un lado incitan a ejercer la sexualidad, por medio de videos, revistas, programas televisivos y por el otro la repriman.

También existe el lamentable hecho de haber una limitada educación sexual, tanto en el núcleo familiar como en el sistema educativo y el sistema sanitario, no reconociéndose que los adolescentes puedan ser sexualmente activos por tal motivo no se preocupan por educarles en relación a las alternativas para ejercer su sexualidad tomando en cuenta ventajas y desventajas de cada una de ellas, ni mucho menos en caso de ejercerla ya que no se les brinda el apoyo para que estén concientes de que su ejercicio sexual debe efectuarse de forma responsable, todo ello con la finalidad de prevenir problemas como el contagio de Enfermedades Sexualmente Transmisibles o embarazo adolescente.

El resultado de esta contradicción es dramático, por un lado se les presiona dentro de una sociedad cargada de estímulos sexuales que a la vez les niega el acceso libre y responsable a la satisfacción de las necesidades sexuales; ésta es la gran contradicción de nuestro tiempo.

Con base en lo anterior se hace evidente la necesidad de prevenir que este fenómeno siga creciendo. Sin embargo, esto no es tan sencillo ya que la prevención de la infección por VIH involucra situaciones que tienen que ver claramente con la actitud sexual de cada uno y la toma de conciencia del papel que se desempeñan para su evitación.

Esta realidad llamada SIDA no es ajena a nuestro país, por lo tanto demanda consolidar las estrategias educativas para otorgarles a los adolescentes una información adecuada que les permita afrontar el manejo correcto de su sexualidad.

Es sumamente importante informar a la población en general, que las actividades preventivas deben ser principalmente en 2 sentidos: primero, cuidar que los

productos sanguíneos que se utilizan con fines terapéuticos estén en condiciones óptimas para su uso, no sólo libres de VIH sino de otros virus como el de la hepatitis. Este control puede resultar costoso en algunos casos pero es relativamente sencillo; el segundo punto es en referencia al hecho de tratar de Educar a la población en general y en especial a los adolescentes para la toma de conciencia y responsabilidad de sus prácticas sexuales.

Esta tarea resulta más compleja que la anterior ya que se trata de cambiar prácticas habituales en los individuos, que forman parte de su vida cotidiana.

Además, es importante que los adultos entendamos que dar información sobre sexualidad a nuestros hijos no libera sus impulsos sexuales, sino que trata de responsabilizarlos al ejercerla, siendo relevante mencionar que el adolescente en México incursiona en su primera experiencia sexual a los 15.7 años de edad en promedio para los hombres y 17 años para las mujeres, con el agravante de toda una información deformada y una notable actitud irresponsable muchas de las ocasiones a consecuencia de la ignorancia.

La decisión para impartir educación sexual a la juventud se debe tomar hoy, conjuntando esfuerzos de padres, maestros, médicos, psicólogos y demás personas responsables de su educación.

El observar el acelerado crecimiento en la tasa de infección de VIH en adolescentes, acrecentó el interés por hacer campañas de prevención que promovieran la educación para la prevención del mismo.

Existen algunas instituciones que están en contra de este acelerado crecimiento del SIDA, entre ellas se encuentra el INSTITUTO MEXICANO DE INVESTIGACIÓN DE FAMILIA Y POBLACION (IMIFAP), el cual tomando en cuenta la alta tasa de portadores del virus (VIH) y enfermos de SIDA en la etapa adolescente, realizó una investigación en la que se capacitó a un grupo de adolescentes seleccionados azarosamente de tres diferentes escuelas que se encontraban cursando el nivel medio superior, a los que se procedió a darles un curso sobre Educación Sexual y SIDA, con el propósito de prepararlos y que posteriormente multiplicaran la información dentro de su escuela con población similar a ellos, en el pensamiento de educar para prevenir el contagio del virus del SIDA.

La participación del psicólogo dentro de esta actividad de prevención consiste en capacitar a los grupos, evaluarlos, supervisarlos y motivarlos para que este tipo de información se propague cada vez más tratando así de evitar que esta problemática sea cada vez mayor.

Se puede decir que el fenómeno del SIDA para la psicología es más que un problema de salud, implica todo un contexto cultural, familiar, social, emocional y de actitudes en donde ésta tiene mucho por hacer, educando, motivando, comprendiendo y apoyando todo lo humanamente posible para lograr el bienestar de cada uno de los seres vivos que estén inmersos dentro y fuera de la población enferma, ya que el SIDA debe preocuparnos a la población en general debido a que éste no es un problema de las minorías sino de todos.

b) La educación sexual para la prevención del SIDA.

Se habla mucho sobre educación sexual olvidándose en cierta forma a qué se refiere ésta de manera general y qué impacto crea dentro de la sociedad y del adolescente en sí.

La educación sexual es el conjunto de experiencias formales e informales, verbales y no verbales, que van implícitas con el de ser una mujer o un hombre. Todas las experiencias que se van adquiriendo desde el nacimiento y a lo largo de toda la vida, es lo que forma el aprendizaje sexual.

Este aprendizaje en gran medida es el que va a influir en el comportamiento de nuestra vida sexual futura.

El aprendizaje sexual genital es parte importante dentro de este proceso, pero es un aspecto relativamente pequeño dentro del aprendizaje sexual. Los otros elementos son identidad de género o sexo y rol sexual, sensualidad y erotismo, afecto, amor, intimidad, relaciones; todo este conjunto de conductas constituye la Educación Sexual.

La educación de la sexualidad se da de dos maneras: Formal e Informal (Alvarez, 1993).

La educación sexual formal se da por el sistema educativo junto con los profesores que son los encargados de proporcionar la información científica y objetiva a través del elemento formativo, la capacidad de decisión, juicio y elección.

En lo que respecta a la educación informal esta se encarga de proporcionar los elementos formativos según su estructura e ideología, ésta es dada por los padres de familia, profesores y los medios de comunicación masiva.

Sin embargo el proceso normal de la vida proporciona una educación sexual informal, que como su nombre lo indica es de manera informal y que cotidianamente se puede ir aprendiendo a través de la interacción del ser humano con su medio ambiente por medio de la observación ya que a lo largo de la vida desarrollamos sentimientos acerca de uno mismo y acerca de los demás, aprendemos a dar y recibir afecto, amor y establecer relaciones de noviazgo de pareja y de matrimonio.

En México, como en la mayoría de los países en vías de desarrollo, es reciente la identificación y reconocimiento de los adolescentes como un grupo que posee características y necesidades propias que demandan atención. Este periodo se caracteriza por un conjunto de cambios físicos, psicológicos, cognoscitivos, emocionales y sociales que determinan la transición entre la infancia y la edad adulta.

En efecto, la maduración sexual, la disminución en la edad de la menarca, la postergación del matrimonio a edades mayores, el cambio de valores derivado de la urbanización, el enfrentamiento con culturas diferentes como resultado de las migraciones y la influencia de los medios de comunicación, así como la transformación de la familia extendida a familia nuclear o de un solo padre, incrementa las oportunidades de desajuste que favorecen conductas de riesgo en este grupo.

Estas conductas de riesgo, cuando no se identifican y se previenen a tiempo, pueden llevar al adolescente a sufrir accidentes, suicidios, farmacodependencia, alcoholismo, enfermedades de transmisión sexual, principalmente de VIH, aborto, embarazos e hijos no deseados; hechos que afectan de manera permanente su salud y tienen consecuencias adversas de tipo médico, psicológico, educativo y económico para el adolescente, su familia y la sociedad en que vive.

De ahí la necesidad de tratar lo más integralmente posible, aquellos aspectos del desarrollo bio-psico-social del adolescente, mediante un abordaje principalmente de tipo educativo que enfatice los aspectos tendientes a identificar, prevenir, disminuir o evitar las conductas de riesgo con respecto a la transmisión del VIH y otras

consecuencias, como el embarazo adolescente o infecciones de alguna otra enfermedad de transmisión sexual y tratar de evitar sus efectos devastadores de cada una de ellas dentro de su desarrollo psicosocial que ponen en peligro su maduración e integración a nuestras sociedades en desarrollo.

Lo anterior sólo podrá lograrse con la participación de la sociedad y sus instituciones y en especial la familia, así como del propio adolescente, quien deberá ser motivado y preparado para enfrentarse al reto que la vida le impone (Pick de Weiss S., 1988).

Sabemos que es importante la educación sexual de tipo formal, dirigida principalmente al adolescente para poder prevenir alguna problemática de éstas, sin embargo la contrastación de los hechos no checa dentro de los que se espera ya que a pesar de que se debe educar no se educa y el problema a posterior son las consecuencias por la ignorancia creada al no manejar la información que tienen que ver con el ejercicio de la sexualidad de cada individuo.

Algunas de las limitantes para extender más y mejor la educación sexual serían la situación demográfica, política y social de nuestro país, la época de cambio por la que pasan todas las generaciones de adolescentes, la familia, la escuela la economía, los medios de comunicación masiva que manejan la sexualidad de manera distorsionada y subliminal hacia la población para el consumo de su producto, etc.

Estas y otras limitantes merman el trabajo de la educación sexual, sin embargo no podemos quedarnos cerrados de ojos y dejar que esto siga sucediendo, ya que la Educación Sexual es una de las alternativas para la prevención de tantos y tantos problemas sociales en nuestro país y sobre todo para la infección del VIH.

Considerando que los patrones de conducta sexual se relacionan directamente con factores socio-demográficos es importante tomarlos en cuenta, puesto que son indicadores que ayudan a reconocer a los grupos más expuestos al contagio de VIH y

así poder orientar hacia ellos campañas educativas que tengan como finalidad la emisión de conductas preventivas, principalmente en la población adolescente para evitar el contagio de VIH.

c) Acciones para prevenir el SIDA en diferentes instituciones.

Dentro de nuestra sociedad existen varios grupos los cuales están en pro de la prevención de éste tipo de problemas y básicamente en el de la prevención del SIDA en la población en general, promoviendo programas especiales dirigidos a los adolescentes.

Instituciones como LA FUNDACION MEXICANA PARA LA PLANEACION FAMILIAR (MEXFAM) el cual tiene un programa llamado "Gente Joven", por medio de éste se comunican con adolescentes en diferentes zonas de nuestro país, dándoles estos cursos de manera gratuita para que ellos los multipliquen haciendo una estrategia de comunicación apareada.

Otra organización que ha trabajado en este aspecto de prevención es CONASIDA, el cual a través de cursos, videos educativos, charlas en las escuelas y propaganda, informa y educa a la población con respecto a esta enfermedad.

Además, esta organización es una de las que realiza la prueba de detección del VIH sin costo alguno y de forma discreta; la petición que hace es que la persona platiqe en privado con un especialista dentro de la institución exponiendo su inquietud de la aplicación de la prueba y llene un cuestionario anónimo para mencionar las conductas de riesgo que pudieron influir para que él pensara estar infectado.

Algo importante, es que no sólo van personas las cuales hayan tenido conductas de alto riesgo, a cualquier persona se le da la atención adecuada e información con respecto al tema.

Entre las Instituciones Educativas Públicas y Privadas, destaca con mayor fuerza la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, la cual por medio de las facultades de FILOSOFIA, PSICOLOGIA, MEDICINA y algunas otras centradas en las áreas humanísticas y médicas dan conferencias en torno a esta enfermedad, proporcionando también cursos con respecto al SIDA y SEXO SEGURO, responsabilizándose al mismo tiempo, de remitir a alguien que quisiera ampliar el tema a alguna institución que se especialice en este sentido

AVE DE MEXICO, es otra institución la cual sigue muy de cerca este problema, ofreciendo cursos de SIDA y SEXO SEGURO.

Las instituciones médicas como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), La Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), entre otras brindan también atención a enfermos de SIDA y a SEROPOSITIVOS, realizando pruebas de detección y ofreciendo cursos a la comunidad para la educación y prevención de esta enfermedad.

d) Programa de multiplicadores en IMIFAP.

Existen muchas instituciones que afortunadamente se han sensibilizado y trabajan en lucha contra el SIDA. Una de las que lleva más de 10 años trabajando en temas enfocados a mejorar la comunicación familiar, aspectos de crianza y educación sexual, es el INSTITUTO MEXICANO DE INVESTIGACION DE FAMILIA Y POBLACION (IMIFAP), el cual considerando que el hecho de impartir a los adolescentes educación sexual, con el fin de que planeen y sean responsables al momento en que decidan ejercer su sexualidad, no es sencillo y que sobre todo en esta etapa donde todo puede parecer más fácil de lo que en ocasiones es, o bien sin importancia, a pesar de ésto y con el fin de prevenir estas conductas de riesgo e incidencia en infecciones de VIH durante este periodo de vida del ser humano, ha implementado programas de prevención en donde se pueda abordar con mayor profundidad.

Uno de los más recientes programas de prevención en (IMIFAP), como ya se mencionó, estuvo orientado a capacitar adolescentes entre 15 y 18 años, seleccionados azarosamente en tres diferentes escuelas de nivel medio superior, a los que se procedió a capacitar en el tema de prevención del SIDA, para que a su vez ellos reprodujesen el curso y trabajaran con grupos de coetáneos de su propia escuela, multiplicando así la información que se les proporcionó acerca de este tema.

e) Objetivos del programa.

Para esta investigación se plantearon los siguientes objetivos:

ETAPA 1.- CAPACITACIÓN.

OBJETIVO.

Capacitar a los adolescentes, por medio de un curso de Educación Sexual enfatizando el tema del SIDA con la finalidad de que a través de ellos se pueda multiplicar la información ayudando a la prevención de este problema.

Acciones principales:

Se capacitaron a tres grupos de adolescentes de nivel académico medio superior en tres diferentes escuelas, donde se les impartió un curso de Educación Sexual, llamado "Planeando tu Vida", el cual tuvo una duración total de 36 horas.

En este curso se manejaron temas como "Sexo y Sexualidad", "Comunicación Familiar", "Alternativas para el Ejercicio de la Sexualidad", "Coito, Fecundación, Embarazo y Parto", "Embarazo Adolescente", "Metodología Anticonceptiva" "Roles Sexuales", "Valores" "Autoestima" y especialmente "Enfermedades Sexualmente Transmisibles", desarrollando ampliamente el tema del SIDA, en donde se habló sobre

su forma de contagio, detección, antecedentes históricos (de los que se tienen datos) para situarlos en la época y mencionar los mitos y tabúes que le rodean.

Del mismo modo la posición social ante esta epidemia, conductas de alto riesgo, medidas de prevención, siendo aquí la parte medular del curso, donde se preparó a los adolescentes para que ellos sean capaces de multiplicar la información para prevenir este problema, tratando de evitar que esta pandemia siga aumentando, sobre todo en este tipo de población en la cual se les dificulta reflexionar el hecho, de que si han decidido ejercer su vida sexual lo hagan de manera responsable, concientizando el por qué, cómo, con quién y para qué lo hacen, no confundiendo el deseo con la involucración emocional o dejándose llevar sin antes reflexionar las consecuencias que puede traer consigo una relación sexual sin protección.

PRODUCTO.

La evaluación, en la cual se detectó quién o quiénes de los participantes del curso tenía o tenían los conocimientos y la capacidad para multiplicar la información, se convirtieron en promotores de la Institución.

ETAPA 2.- FORMACION COMO INSTRUCTORES.

OBJETIVO.

Los promotores a partir de la formación educativa adquirida durante el curso multiplicarán a grupos de adolescentes a través de pláticas de información básica sobre el SIDA y su prevención.

Acciones principales:

Después de que los adolescentes son capacitados y evaluados, se empieza el desarrollo del programa en donde ellos formarán parte importante del equipo de trabajo, convirtiéndose en promotores, a través de pláticas, dentro de sus escuelas, distribuyendo su tiempo seleccionando lugar y fecha en dónde y cuándo se llevarán a cabo estas pláticas.

Del mismo modo se encargarán de hacer su propia difusión para poder reunir la mayor audiencia posible para que asistan a ésta; con ayuda del instructor seleccionarán la información que darán al grupo que asista, cuidando que dentro de ésta se hable de los puntos más importantes como la forma de contagio, detección, conductas de alto riesgo, etc., tratando de que se de una plática breve, concisa, amena, dirigida al objetivo central que es el de informar y prevenir.

PRODUCTO.

La evaluación que se aplicó a la gente que acudió a la plática antes y después del curso, la organización en general de los promotores para llevar a cabo la plática y el desenvolvimiento de cada uno de ellos en relación al tema durante la plática.

ETAPA 3.- SUPERVISION DURANTE LA REPRODUCCION DEL CURSO.**OBJETIVO.**

El instructor supervisará el desenvolvimiento y la iniciativa de los promotores, observando su capacidad en el manejo de grupo durante la multiplicación de la plática, a la vez de brindar apoyo dentro de ésta, en el momento que crea necesario para evitar que la información que se esté dando corra el riesgo de distorsionarse y no cumplir su objetivo.

Acciones Principales:

A partir de que los promotores organicen sus pláticas y seleccionen su información, se procederá a llevarlas a cabo, siempre y cuando esté bajo la supervisión del instructor para auxiliarlos en caso de que sea necesario, sobre todo cuando algún participante de la plática no entienda el contenido de ésta o le de una interpretación la cual no se relacione con lo que es en realidad.

Cabe mencionar que esto no se realiza pretendiendo subestimar a los promotores, por el contrario, el que el instructor se encuentre en las pláticas es un apoyo para ellos y un auxiliar en caso de que se equivoquen o bien olviden un dato que es importante mencionar durante la plática.

Finalmente al terminar las pláticas, el instructor retroalimenta a los promotores y les sugiere las modificaciones que se deben tomar en cuenta para la próxima vez que se organice otra plática.

PRODUCTO.

Se observó a cada uno de los promotores en relación al manejo de la información, la facilidad con que la transmiten, el desenvolvimiento y la capacidad de hablar claramente y sin temor en público, la creatividad y la capacidad para llevar un grupo al fin que se pretende. Ante todo ello se les retroalimentó para tener una visión de mejora en la próxima plática.

ETAPA 4.- LEVANTAMIENTO DE DATOS.

OBJETIVO.

Recopilar los datos de las evaluaciones aplicadas a los adolescentes que fueron multiplicados durante las pláticas impartidas por los promotores.

Acciones Principales:

Al finalizar las pláticas se recopilaron todas las evaluaciones del pre y post, que se aplicaron durante las pláticas de los promotores de cada una de las escuelas que estuvieron colaborando con nosotros, se codificaron dentro de una base de datos y se analizaron para obtener los resultados de la investigación.

PRODUCTO.

Cabe mencionar, que las acciones que se realizaron antes de llevar a cabo el plan de estrategia, se apoyaron en las siguientes acciones previas al procedimiento.

Se nos informó a un grupo de 3 instructores dentro de la institución, de la importancia de trabajar sobre la prevención del SIDA en México y se planteó la posibilidad de que trabajáramos en un proyecto de esta Institución sobre educar para prevenir a los adolescentes del VIH. Se habló ampliamente de la finalidad del trabajo que se iba a realizar cómo, cuándo y dónde, el tipo de población y el tiempo en que debía cubrirse el programa de trabajo.

f) Procedimiento metodológico y resultados del trabajo.

La investigación se realizó con 250 adolescentes de tres escuelas diferentes que se ubicaban en el nivel medio superior.

Esta investigación inicialmente trabajaría con la estrategia de impartir el curso a los adolescentes, seleccionando aquellos que por sus características personales e intelectuales fueran los más adecuados para multiplicar la información sobre SIDA a adolescentes coetáneos de su misma escuela que no hubieran recibido el curso.

A esta estrategia se le implementó el manejo de un material videográfico elaborado por CONASIDA el cual representaba situaciones en relación al riesgo de contraer SIDA durante la adolescencia haciendo hincapié, que esta institución había solicitado la colaboración del Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, para probar el impacto del video durante los cursos en los adolescentes, por lo que IMIFAP sugirió a la fundación que financiaba esta investigación, el trabajar con el video como una nueva estrategia utilizando el video en alguno de los grupos multiplicadores y formando debates posteriores a la proyección dirigidos a la información del SIDA que multiplicarían los promotores, lógicamente se pidió la autorización de CONASIDA para llevar a cabo esta prueba dentro de la investigación, haciendo dos cosas al mismo tiempo: probar el video y enriquecer la investigación con una nueva estrategia de trabajo, por tal motivo se procedieron a seleccionar aleatoriamente las estrategias que utilizarían cada una de las escuelas participantes en la investigación.

Las escuelas participantes fueron 3: Preparatoria No. 1 de la UNAM, Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Sur, y el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP), Plantel Magdalena Contreras.

Ya seleccionadas las técnicas de estrategia que trabajaría cada una de las escuelas se procedió a dar un curso de Educación Sexual que fue impartido por IMIFAP y que se intitula "Planeando Tu Vida", encargándose de dar el curso en la Preparatoria No. 1 de la UNAM los instructores Mario Zárate Ramírez, Jessica Ramón López y Rebeca Josefina Toledo Arriaga.

En el CCH Sur y en el CONALEP Contreras la instructora Rebeca Josefina Toledo Arriaga.

En los tres planteles se desarrolló el curso completo que consta de 10 temas, a saber:

- a) Comunicación Familiar y Sexo-Sexualidad.
- b) Fisiología de los Organos Genitales.
- c) Alternativas para el Ejercicio de la Sexualidad.
- d) Respuesta Sexual Humana.
- e) Coito Fecundación Embarazo y Parto.
- f) Embarazo Adolescente.
- g) Metodología Anticonceptiva.
- h) Enfermedades Sexualmente Transmisibles.
- i) Valores y Roles Sexuales.
- j) Autoestima y Planeación de Vida.

Además se incrementó información básica sobre el SIDA (forma de contagio, epidemiología, historia, prevención, etc.).

La capacitación tuvo una duración total de 36 Hrs para cada escuela.

Asimismo, se brindó información homogénea a los tres grupos de adolescentes (los cuales fueron seleccionados al azar) durante el curso a fin de que la capacitación fuera igual en las tres escuelas, aparte de aplicarles un cuestionario sobre SIDA antes y después del curso a cada uno de los adolescentes que participaron tomándolo.

Finalmente, se seleccionaron 77 adolescentes de las tres escuelas para ser promotores, con la finalidad de multiplicar información sobre SIDA a adolescentes coetáneos de su misma escuela.

Tales promotores fueron seleccionados a través de los cuestionarios de evaluación y el criterio del instructor a través de la observación de cada uno de los participantes durante el curso, tomando en cuenta su iniciativa, motivación, espontaneidad y manejo del tema.

Ubicando cada una de las escuelas, se habló con los promotores y se les explicó la estrategia que utilizarían para poder multiplicar la información que adquirieron durante el curso "Planeando Tu Vida".

Las estrategias en cada una de las escuelas fueron las siguientes:

En la preparatoria No. 1, su estrategia de multiplicar fue ofrecer a los adolescentes una plática sobre el SIDA y complementar con el análisis del video "Cuando joven y en caliente mejor" elaborada por CONASIDA.

En el Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Sur, sólo se utilizó la estrategia de multiplicar a través de utilizar el video elaborado por CONASIDA "Cuando joven y en caliente mejor" y hacer una reflexión entorno a éste, lógicamente encaminado al análisis de la parte fundamental, dirigiendo un debate sobre el SIDA.

En el CONALEP, Plantel Magdalena Contreras, se trabajó con la plática solamente, sin utilizar el video como material de apoyo y análisis.

Con la estrategia para trabajar identificada por cada una de las escuelas y manejada por los promotores se empezaron a organizar las pláticas en donde se multiplicaría la información, bajo la supervisión del instructor para auxiliarlos en caso que fuese necesario.

Dentro de estas pláticas los promotores también debían evaluar a su población independientemente de la estrategia con la que trabajasen, aplicando un cuestionario de SIDA antes y después de la plática.

Este cuestionario fue homogéneo en las tres escuelas, para facilitar la recolección de datos al final de la investigación.

g) Evaluación.

Análisis de los Datos Estadísticos:

Con relación a la evaluación cuantitativa, se cuenta con datos estadísticos, tablas, porcentajes, en relación a los resultados de las evaluaciones tanto de los promotores como de la gente que ellos multiplicaron en las tres diferentes escuelas.

También se cuenta con tablas comparativas del antes y después, en relación al cambio en conocimiento y actitudes que se produjo con el curso en los promotores.

Las tres escuelas que participaron fueron asignadas en forma aleatoria y en cada escuela se tenía que impartir el curso dirigido a los promotores. De igual forma, a estos promotores se les aplicó antes y después del curso de educación sexual un cuestionario de preguntas de SIDA.

La evaluación en cada una de las escuelas fue diferente por su forma de multiplicar la información, esta forma de multiplicar se seleccionó al azar.

En el Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Sur, se utilizó la primer estrategia que consistía en mostrar a los grupos de adolescentes que iban a multiplicar la información, un video "Cuando joven y en caliente mejor", elaborado por CONASIDA.

Cabe recordar que en esta escuela, sólo se utilizó la estrategia de multiplicar a través del video, ya que después de éste los promotores hacían una serie de preguntas a los participantes dirigiendo un debate y llevándolos a la reflexión y análisis de la problemática del SIDA, apoyados por la temática que maneja el video.

En el CONALEP Plantel Contreras, se trabajó con el segundo tipo de intervención el cual consistió en preparar la plática "Prevención del SIDA" dirigida hacia otros adolescentes por medio de una conferencia, sin utilizar el video como material de apoyo.

Posteriormente a la plática los promotores dirigirán un debate en relación a la conferencia.

En la preparatoria No. 1 de la UNAM, su estrategia de intervención fue doble: multiplicar con plática y video al mismo tiempo, ofreciéndoles a los adolescentes una plática sobre el SIDA y analizando el video "Cuando joven y en caliente mejor" elaborada por CONASIDA.

Con estas tres estrategias de intervención desarrolladas, unidas a la evaluación, se busco una efectiva transmisión de información de los promotores dirigida a otros adolescentes.

Con base a la observación de los resultados de los pre y post, de los adolescentes que participaron en los tres tipos de intervención: video, plática y plática y video, se derivaron las diferencias estadísticamente significativas que fueron registradas de acuerdo a actitudes y conocimientos.

Resultados de las estrategias de intervención aplicada por los multiplicadores en CCH Sur. Como se recordará, en esta escuela la estrategia implementada por los promotores consistió exclusivamente en la presentación del video "Cuando joven y en

caliente mejor" elaborada por CONASIDA, aparte de la organización del debate y la reflexión posterior a la proyección de éste.

Lo anterior también sirvió para evaluar el video considerando los objetivos específicos que se habían citado en el acuerdo con CONASIDA. Los resultados de ésta estrategia se analizan estadísticamente a continuación, corresponden a la evaluación que aplicaron a sus grupos de adolescentes los multiplicadores del CCH Sur:

N=9

	Antes	Después	T. de Eval.	Significancia	Rango
ACTITUDES	14.77	15.00	-1.00	0.347	5-15
CONOC.	40.88	41.88	-1.18	0.273	24-48

Dentro de estos grupos no fueron encontradas diferencias estadísticamente significativas, en actitudes ni en conocimientos antes y después de la película, pero sí se pudieron puntualizar sus conocimientos sobre todo en el debate, al analizar la problemática del SIDA a partir del video.

Es importante notar que el porcentaje y la puntuación obtenida, en la escala de actitudes, fue favorable en el pre así como lo fue también registrado en el de conocimientos sin embargo, lo que se analizó al final fue la contrastación de los datos, no siendo lo favorable ya que en términos de conocimientos hubo una descompensación de los datos, en relación a lo que se esperaba.

Esto pudo haberse debido, a que dentro de esta población y por fortuna, ya se manejaba una adecuada educación sexual y digo afortunadamente porque ésto demuestra que los adolescentes tienen los conocimientos básicos para poder prever

la infección por VIH, sin embargo, cabe señalar que se reafirmaron sus conocimientos y eso es algo importante.

En el CONALEP Plantel Contreras, donde se trabajó exclusivamente con teoría utilizando como estrategia una conferencia con duración de 2 Hrs. y en donde además se les proporcionó información básica a la población acerca del SIDA y del contagio por VIH, se pudieron observar los siguientes datos en la población que evaluaron los promotores:

N=36

	Antes	Después	T. de Eval.	Significancia	Rango
ACTITUDES	10.00	12.69	-2.18	0.036	5-15
CONOC.	32.61	38.13	-4.86	0.000	24-48

Dentro de esta escuela si hubo diferencias estadísticamente significativas, tanto en conocimientos como en actitudes, siendo esto algo alentador dentro del proyecto, ya que deja muy claro que a partir de una pequeña conferencia la gente puede incrementar su educación con referencia a la prevención del VIH, de allí la importancia que se incrementen las pláticas o cursos completos a la población en general.

Finalmente en la Preparatoria No. 1 de la UNAM, ante su estrategia doble: manejo del video "Cuando joven y en caliente mejor" elaborado por CONASIDA y la teoría básica de prevención del VIH-SIDA, se encontraron los siguientes resultados:

N= 32

	Antes	Después	T. de Eval.	Significancia	Rango
ACTITUDES	14.34	14.56	-1.16	0.256	5-15
CONOC.	39.21	42.81	-5.66	0.000	24-48

En esta escuela, como se puede observar, no hubo un cambio significativo en sus actitudes y eso es algo preocupante dado que al cambiar éstas actitudes se podría favorecer la prevención, sin embargo, si hubo un poco más de cambio en conocimientos (aunque no muy acentuado) y al menos sí se logró un reforzamiento de estos conocimientos, como lo fue en el caso del CCH-Sur.

Algo que es preciso subrayar es, que la población que participó en la investigación y las escuelas de donde se integró esta población, fueron seleccionados al azar y que la duración del curso que se les impartió e los promotores, tuvo una duración total de 36 hrs., lo que sugiere grandes diferencias de tiempo, ya que las pláticas que ellos multiplicaban oscilaban entre 2 a 3 hrs.

RESULTADOS FINALES DE LA POBLACION DE LAS TRES ESCUELAS DONDE SE APLICARON TRES DIFERENTES ESTRATEGIAS PARA LA EDUCACION Y LA PREVENCION DEL VIH-SIDA. VIDEO, PLATICA Y PLATICA-VIDEO.

GRUPOS	SUJETOS	ACT./CON.	PRE	POST	T-EVAL.	SIGNIF.	
RANGO							
GRUPO1 CCH-SUR VIDEO	9	ACTITUDES	14.77	15.00	-1.00	0.347	5-15
		CONOCIM	40.88	41.88	-1.18	0.273	24-48
GRUPO 2 CONALEP CONTRERAS	36	ACTITUDES	10.00	12.69	-2.18	0.036	5-15
		CONOCIM	32.61	38.13	-4.86	0.000	24-48
GRUPO 3 PREPA 1 PLAT/VIDEO	32	ACTITUDES	14.34	14.56	-1.16	0.256	5-15
		CONOCIM	39.21	42.81	-5.66	0.000	24-48
TOTAL.	77	ACTITUDES	12.36	14.56	-1.16	0.256	5-15
		CONOCIM	36.32	42.81	-5.66	0.000	24-48

	Antes	Después	T. de Eval	Significancia	Rango
N= 77					
ACTITUDES	12.36	13.74	-2.31	0.024	5-15
CONOC.	36.32	40.51	-6.77	0.000	24-48

• FUENTE: REGISTRO INSTITUTO MEXICANO DE INVESTIGACIÓN DE FAMILIA Y POBLACIÓN 1995.

Como se puede observar, no existen grandes diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, por muy poco que se haya logrado, un cambio en estas 3 poblaciones de adolescentes tanto en conocimientos como en actitudes, es un logro debido a que esta población que fue multiplicada sigue multiplicando a más y más adolescentes con el fin de prevenir el VIH-SIDA y sobre todo crear una conciencia en relación a las actitudes de las personas enfermas de SIDA o seropositivas.

Por otro lado, los análisis estadísticos de esta evaluación mostraron que la implementación del diálogo sobre la prevención del SIDA afectó significativamente a las actitudes de los adolescentes que fueron multiplicados por los promotores de la investigación, de igual forma, el conocimiento en ésta área se vió incrementado.

Hay que mencionar que en la población donde se utilizó sólo la estrategia del video de CONASIDA tuvo un efecto más pequeño que en las otras dos estrategias, sin embargo no se subestima la importancia del análisis de este video y se sugiere incrementar programas educativos en el campo sexual y reproductivo ya que esto favorece a la prevención de la propagación de el SIDA.

En términos para el futuro el entusiasmo y el incremento de la comunicación de los Padres, Maestros e Instructores dentro de este trabajo favorecerá de una manera notable la prevención del SIDA no sólo en los adolescentes sino en todo tipo de población.

Aunado a esto, sería muy importante la colaboración de directores de escuelas, ya que este programa podría extenderse en otras escuelas de nivel medio superior en la Ciudad de México y en el resto de la República.

CAPITULO II

EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Antecedentes

Las enfermedades siempre han jugado un papel importante en el desarrollo histórico de las sociedades, puesto que la manera en que los individuos entienden y afrontan el riesgo de enfermar es un asunto social que ha caracterizado las distintas épocas de los grupos humanos.

En la actualidad, donde parecía que se habían enfrentado con éxito algunas epidemias conocidas, apareció el SIDA, el cual ha causado un impacto social que ha sido relevante por el hecho de que es una enfermedad incurable y mortal producida por el VIH, el cual es capaz de instalarse en las células y permanecer allí por años antes de manifestarse; razón por la cual el individuo infectado es capaz de transmitir la infección sin darse cuenta (Sepúlveda, 1989).

Los primeros casos de la enfermedad probablemente ocurrieron hace algunas décadas, pero eran casos aislados en donde no se encontraba ninguna relación con otros padecimientos y mucho menos al no sospecharse que se estaba frente a una nueva enfermedad.

Es en 1981 cuando en California E.U.A. se reportan los primeros casos; Glottlieb un médico norteamericano reportó haber atendido a cuatro jóvenes de sexo masculino, víctimas de una rara neumonía que sólo afecta a personas cuyo sistema de defensa está severamente dañado, los pacientes atendidos referían haber gozado de buena salud hasta antes de estas manifestaciones, teniendo en común el llevar a cabo

prácticas homosexuales promiscuas; razón por la cual se pensó erróneamente que la enfermedad era propia de homosexuales e incluso llegó a tener el nombre de Inmunodeficiencia Relacionada con Homosexuales (O.M.S, 1989).

A partir de 1981 surge la investigación en cuanto al SIDA, sobre todo en Estados Unidos, ya que es aquí donde se detectan los primeros casos; dos años más tarde en 1983 el doctor Montagnier del Instituto Pasteur de París y el doctor Gallo del Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos, aislan y caracterizan al agente causal del SIDA; en Mayo de 1986 se crea el Comité internacional para la taxonomía del virus y recomienda que el virus responsable del SIDA fuera denominado Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

En 1985 el Dr. Gallo y sus colaboradores desarrollan un método confiable para la detección del virus a través de una prueba de sangre y un año más tarde dan a conocer las diferentes formas de transmisión: por exposición a sangre contaminada mediante la transfusión o agujas contaminadas, perinatal a través de la placenta, mediante el trasplante o injerto de órganos pertenecientes a personas infectadas y a través de contacto sexual en el que existe intercambio de líquidos corporales (sangre y/o semen) (Estanislawski, 1989).

El SIDA tiene muchos misterios no solamente en cuanto a su origen y a sus diversos aspectos médicos; sino también por las implicaciones futuras que tiene sobre la humanidad; su letalidad y el hecho de que es una enfermedad que se transmite por vía sexual, a propiciado que se desarrollen mitos sobre su contagio, buscando culpables y estigmatizando poblaciones; estas reacciones se han visto a lo largo de la historia en otras epidemias como la peste, la sífilis, etc. en las cuales se culpa a los

"desviados" de la diseminación del mal; por lo mismo el origen del virus de inmunodeficiencia humana se presta a este fenómeno.

Por ejemplo, los países occidentales han culpado a África de ser la cuna de la diseminación del SIDA, sin embargo actualmente se sabe que la enfermedad es tan nueva en África como en cualquier otro lugar del mundo (Sepúlveda 1989).

El fenómeno SIDA ha provocado muy diversas respuestas sociales las cuales han ido evolucionando de una respuesta violenta y persecutoria hacia los grupos que se consideraban al inicio de la epidemia como los únicos responsables a una más comprensiva que ha estimulado muy diversos campos de la actividad humana, en la búsqueda de mejoras y avance, todos ellos ubicados en la detección y erradicación de la enfermedad.

La amenaza de este padecimiento ha puesto en marcha a organizaciones civiles, grupos de voluntarios, organismos internacionales y poderes públicos.

La política de salud frente al SIDA ha tenido que ser rediseñada tanto en aspectos administrativos y financieros, como en la coordinación de diversas instituciones sanitarias y de seguridad social, con el propósito de obtener una respuesta eficiente (CONASIDA, 1988; Sepúlveda, 1989).

En México la historia da inicio en 1983, cuando las autoridades sanitarias informaron de pacientes extranjeros con cuadros clínicos semejantes a los encontrados en Estados Unidos; a partir de esta fecha la población contagiada de VIH siguió en aumento; así en 1986 la Secretaría de Salud crea el Comité Nacional de Prevención

del SIDA, cuyo objetivo era evaluar la situación nacional en lo concerniente al SIDA y a la infección por VIH.

Estableció criterios para su diagnóstico, tratamiento, prevención y control, coordinando la implantación y evaluación de normas, pautas y actividades de control adecuadas al país. Este comité evolucionó y se convirtió en un organismo descentralizado de la Secretaría de Salud y en agosto de 1988 se crea el Consejo Nacional para la Prevención del SIDA (CONASIDA); así el SIDA se convierte en una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica (CONASIDA, 1989; Sepúlveda 1989).

a) SIDA Concepto.

El SIDA es la abreviatura para designar al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; y es el conjunto de síntomas y signos que existen a un mismo tiempo y definen clínicamente un estado patológico. Inmunodeficiencia se refiere a la disminución de las defensas que el organismo tiene contra el virus, bacterias, hongos y parásitos que lo pueden enfermar; y Adquirida se refiere a que la deficiencia no es genética sino que es contraída en algún momento de la vida.

El SIDA es causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) para el cual, como para todos los virus no existe cura. Actualmente algunos virus pueden ser controlables, sin embargo, el que causa el SIDA es mortal, ya que favorece el desarrollo de una conjunción de enfermedades oportunistas debido a la deficiencia inmunológica que sufre el organismo una vez instalado el virus (Hernández, Ramírez, Reyes 1993).

b) Desarrollo patológico del virus dentro del organismo.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) disminuye y en ocasiones destruye el sistema inmunológico del cuerpo, pues se pierde la habilidad de combatir enfermedades causadas por organismos que se encuentran comúnmente en el medio ambiente y que por lo regular, no representan ningún peligro para los individuos sanos, pero sí para alguien que tiene un sistema inmunológico alterado, tal como sucede con quienes tienen SIDA.

Estos organismos aprovechan la oportunidad y provocan enfermedades, que pueden atacar diferentes partes del organismo e incluso pueden presentar también diferentes tipos de cáncer como resultado de esta inmunodeficiencia, por tal motivo se les da el nombre de infecciones oportunistas.

Es así como la persona infectada con el VIH no muere propiamente de SIDA sino del conjunto de enfermedades oportunistas que se desarrollaron debido a la deficiencia inmunológica del organismo (Hernández, Ramírez, Reyes 1993).

Para explicar lo anterior más ampliamente, hablaremos de el sistema inmunológico en forma general, podríamos recurrir a una metáfora e imaginar que nuestro cuerpo es un gran país, el cual tiene un ejército que se encarga de vigilar que todo marche bien. Si por algún motivo entra un "enemigo", este ejército se encarga de destruirlo. El sistema inmunológico es el ejército de nuestro cuerpo. Este ejército está formado por "soldados" llamados leucocitos o glóbulos blancos. En el cuerpo humano las células que lo defienden son los neutrófilos, basófilos, eosinófilos, linfocitos y macrófagos; siendo estas dos últimas las más importantes.

De los linfocitos hay dos tipos: los B y los T, cada uno de ellos realiza una función específica. Hay diferentes poblaciones de linfocitos T; los T3, T4, T8 etc. de estos, los T4 (también llamados CD4) son los encargados de coordinar las respuestas de las demás células si entra al cuerpo un enemigo, como por ejemplo una bacteria, un virus, un hongo o un parásito, una vez alertado el ejército todos se coordinan y destruyen al enemigo.

Sin embargo, en el caso del VIH no sucede lo mismo que con otras infecciones porque este virus lo que hace es atacar al comandante en jefe del ejército inmunológico con tal rapidez y agilidad, que pocas veces los soldados (linfocitos) logran darse cuenta de que el enemigo está ahí. Así al entrar de manera silenciosa en contacto con el linfocito T4, usa su cuerpo para alojarse en lugar de matarlo y da órdenes contradictorias al ejército, es decir que dejen de cumplir su misión: defender al cuerpo.

Al mismo tiempo se reproduce con gran velocidad dentro del cuerpo del comandante en jefe hasta que el espacio no es suficiente y estos nuevos virus rompen el uniforme y se liberan para atacar de la misma forma a otros comandantes en jefe del ejército inmunológico.

Mientras todo esto sucede, otros invasores oportunistas (parásitos, bacterias, otros virus) aprovechan esta confusión y atacan, sin ninguna resistencia por parte del ejército, sus objetivos naturales: pulmón, hígado, aparato digestivo, etc. (Olaiz G. 1988).

Una vez dentro del cuerpo el virus ya instalado pasa a la sangre y entra a los macrófagos y a los linfocitos; durante este lapso, los linfocitos B producen armas contra

el enemigo. Estas armas son llamadas anticuerpos y son los que se detectan cuando se hacen las pruebas de laboratorio para descubrir que se está infectado.

El tiempo que pueden tardar en aparecer estos anticuerpos varía pero en promedio es de ocho semanas. Esto quiere decir que a partir del día en que el virus entra al cuerpo, tardará ocho semanas para que el resultado de una prueba de laboratorio salga positiva, sin embargo se recomienda hacer otra prueba reconfirmatoria 4 meses después de la primera ya que sabemos que todos y cada uno de los organismos son diferentes, por eso en algunos de ellos los anticuerpos aparecen más rápidamente que en otros.

Se debe mencionar que la mayoría de la gente confunde el hecho de estar infectado con VIH y estar enfermo de SIDA, realmente hay una gran diferencia, los enfermos de SIDA representan la mínima parte de todos los portadores del virus.

Según datos prospectivos oficiales (CONASIDA, 1991), por cada enfermo de SIDA hay alrededor de 30 a 35 portadores del virus, quienes en su mayoría ignoran que lo son porque no han desarrollado síntomas o SIDA.

A estas personas se les conoce como seropositivas, lo que significa que en el suero de su sangre se han encontrado anticuerpos al VIH.

Estas personas pueden tener una apariencia totalmente sana y no presentar ningún síntoma por varios años, pero si pueden transmitir la infección a otras personas que no tengan el virus.

A partir de que se es portador del virus el individuo pasa por varias etapas o fases:

PRIMER FASE:

Cuando el virus entra al cuerpo se conoce como infección aguda. Todas las personas infectadas atraviesan esta etapa pero pocas de ellas presentan algún síntoma de los que le caracterizan: fiebre, malestar general, dolores musculares, crecimiento de ganglios.

Se puede confundir con cualquier infección viral como la gripe y una semana después desaparecen todas las molestias. A partir de esta fase, ya se puede contagiar a otras personas.

SEGUNDA FASE:

A la persona que se encuentra en esta etapa se le conoce como portador asintomático o seropositivo.

En esta fase el virus puede estar "dormido" o poco activo y no causar todavía daño al "ejército".

El tiempo que dura esta etapa es muy variable y el portador puede estar aparentemente sano durante años.

La única forma de saber que está infectado es a través de una prueba de laboratorio que detecte los anticuerpos contra el VIH. La mayoría de los pacientes pasan por esta fase de la enfermedad.

TERCERA FASE:

En esta etapa pueden aparecer "bolas" en el cuello, axilas e ingles, que persisten durante meses. Estas bolas se deben al crecimiento de los ganglios. A esta tercera fase se le conoce como linfadenopatía generalizada. Sin embargo, no todos pasan por ella.

CUARTA FASE:

La cuarta fase se conoce con el nombre de SIDA. Es la última etapa de la infección; aquí surgen infecciones y tumores malignos que son el resultado de que el sistema de defensa del cuerpo ya se encuentre dañado.

El SIDA es un padecimiento crónico y grave, que amenaza la vida de cualquier ser humano que contraiga el virus, sin importar su sexo, raza, o ideología.

La sintomatología más común que se manifiesta en las personas que pasan de ser portadores del virus o también llamado seropositivos a enfermos de SIDA son las siguientes:

- * Diarreas ininterrumpidas por más de un mes y resistentes a tratamientos.
- * Pérdida excesiva y rápida de peso (10% del peso total en un mes).
- * Complicaciones de enfermedades broncorrespiratorias y tos seca.
- * Fiebres y sudoraciones excesivas, vespertinas y nocturnas.
- * Inflamación de los ganglios, especialmente en cuello y axilas (1 cm. aprox.).
- * Cáncer de piel (sarcoma de Kaposi).
- * Cansancio y malestar general.
- * Falta de aire consecutivamente.
- * Pérdida de apetito considerablemente.

Para considerar que se está enfermo de SIDA se deben presentar varios síntomas juntos sin causa aparente y tener el diagnóstico del laboratorio (Hernández Ramírez, Reyes 1993).

c) Situaciones que favorecen la transmisión del VIH.

Ahora bien, para que una persona pueda contagiarse de VIH es necesario que su sangre entre en contacto con la sangre, fluidos seminales o vaginales de una persona infectada y no obstante el semen y la mucosidad vaginal secreciones corporales, no todas las secreciones del enfermo producen una infección como las lágrimas y el sudor entre otros.

El contacto infeccioso se puede dar de varias formas:

- * De sangre a sangre.
- * Por transfusiones sanguíneas con sangre infectada y uso de agujas para jeringas, tatuajes perforación de orejas o acupuntura, que han sido utilizadas con anterioridad y no fueron esterilizadas.
- * Por utilizar material quirúrgico u odontológico sin esterilizar.
- * Cuando una mujer infectada con VIH se embaraza le transmite el virus a su hijo a través de la placenta o durante el parto, sin importar la forma como ella lo adquirió.
- * Otro aspecto es que en todo contacto sexual sin protección se producen pequeñas irritaciones y rozaduras (microscópicas) mediante las cuales puede darse intercambio de sangre.
- * Por el transplante de órganos infectados.
- * Semen-Sangre.

- * Por coito vaginal: el semen puede entrar al torrente sanguíneo a partir de pequeñas lesiones en la mucosa vaginal o directamente por células de la mucosa que se infectan sin presencia de heridas.
- * Fluidos Vaginales- Sangre.
- * Por coito vaginal.
- * Por el contacto del orificio uretral del pene con los fluidos vaginales ya que estos entran en la uretra y los tejidos del pene los absorben.
- * Por coito anal:
En el coito anal, el tejido rectal absorbe el semen rápidamente y lo lleva al torrente sanguíneo. La absorción se facilita por las pequeñas heridas que comúnmente existen en este tejido y quien penetra puede ser contagiado debido a que minúsculas partículas de excremento con sangre pueden entrar a través de la uretra del hombre y pasar al torrente sanguíneo.
- * Por coito oral: Si existe alguna herida como caries, garganta irritada, labios partidos o fuegos en la boca y se pone en contacto con semen o sangre.
- * Por coito oral: Si los fluidos vaginales llegan a una boca con alguna herida: Esto puede ser más riesgoso si la mujer está menstruando.

Es importante remarcar que el contacto casual con personas seropositivas o con SIDA no puede provocar el contagio.

Debe entenderse por contacto casual, todo tipo de acercamiento cotidiano, que no incluya relaciones sexuales, tales como el saludo (aún de beso), abrazo, compartir utensilios domésticos, sanitarios, albercas, ropa; tampoco por estornudos o tos.

No se han registrado casos de contagio por saliva, lágrimas u otro fluido corporal que no sea sangre, semen, fluidos vaginales o utensilios que estén en

contacto directo con fluidos del virus y no se esterilicen, aún estos fluidos no son infectantes si no se encuentran en condiciones que permitan que el VIH sobreviva (Hernández, Ramírez, Reyes 1993).

d) Actitudes ante el SIDA.

Las enfermedades que por su incidencia alcanzaron niveles epidémicas, provocaron reacciones de no aceptación dentro de las poblaciones de todos los tiempos.

Desde entonces hasta nuestros días, las actitudes de comportamiento hacia la gente que presentaba los síntomas o bien, el padecimiento de alguna enfermedad epidémica, era en primera instancia el hacerlos sentir culpables o en ocasiones asociar su padecimiento con hechos sobrenaturales como la posesión de los malos espíritus, el demonio o un castigo divino por el comportamiento de la gente que padecía la enfermedad.

Por lo que el tratamiento que daban a estas personas era la tortura, la estigmatización, el desprecio, el rechazo, la marginación, el aislamiento, el exorcismo y los remedios secretos.

El SIDA es una de las enfermedades más difíciles y complejas que haya enfrentado el hombre a lo largo de su historia, porque si bien hablar de SIDA es hablar de un virus, linfocitos, infecciones oportunistas, tumores, caquexia y demencia, también lo es hablar de sexo, drogas, prejuicios, discriminación, temor al contagio, estigma, persecución, ignorancia, escarnio y aislamiento.

El SIDA es incurable hasta este momento, sus complicaciones son progresivas y mortales, razón por la cual provoca temor a la humanidad, pero lo más grave es la falta de información que de este virus se tiene.

Enfrentarse con algo que no ofrece aún alguna solución curativa, pone en juego factores principalmente de tipo emocional, los cuales están estrechamente relacionados con los procesos evolutivos de la inmunodeficiencia del paciente.

Desgraciadamente, el SIDA ha desencadenado diferentes reacciones en las personas que han oído acerca de él, reacciones que van desde el miedo exagerado hasta la indiferencia total, originando de esta manera mitos que provocan graves confusiones en la población.

Entre las reacciones más comunes encontramos:

1) Miedo a pedir información.

Muchas personas no se atreven a preguntar abiertamente o buscar información porque temen que los otros piensen que son seropositivos, homosexuales, prostitutas, drogadictos o que ya tienen el síndrome.

2) Miedo a dar información.

Aquellos que por algún medio han adquirido conocimientos sobre el SIDA temen difundirlos entre sus amigos, familiares o compañeros por miedo a ser incluidos en alguno de los grupos catalogados como "perversos" o "inmorales", "enfermos" o simplemente marginados.

3) Decir no al sexo por miedo de contagio.

El SIDA no ha afectado sólo a quienes lo padecen y a sus allegados, sino a todos aquellos que han escuchado acerca de él, que han visto imágenes en las revistas, la televisión o en las notas de los periódicos, que sienten alterada la expresión de su sexualidad al tener que protegerse y proteger a su(s) pareja(s).

4) Decir no a las prácticas de sexo seguro por no considerarse en riesgo de contagio.

Hay quienes se sienten muy seguros de la fidelidad de su pareja y/o en su capacidad intuitiva para detectar la salud física de su compañero ocasional o permanente. Esto los lleva a no utilizar algún método preventivo y/o interpretar como agresivo el que la pareja le proponga el uso del condón.

5) Rechazo a las personas estigmatizadas como grupos con conductas de Alto Riesgo (Prostitutas, Homosexuales, Drogadictos).

Es común que la gente se deje llevar por las apariencias y rechace a aquellos que por su ideología, estilo de vida, forma de vestir, voz, etc., no encajan en los estereotipos hombre masculino, mujer femenina o mujer/hombre decente.

Es por esto que se cataloga a quienes parecen ser homosexuales (hombres y mujeres), prostitutas y/o drogadictos, como seguros portadores del virus.

6) Rechazo a los seropositivos o enfermos del SIDA.

Cuando las personas se enteran que alguien es seropositivo sienten un gran temor de ser contagiados y crean historias acerca de cómo pudo obtener el virus, de sus preferencias sexuales, de su moral, de lo insano de sus costumbres.

El miedo a saberse en riesgo de contagio produce en los seres humanos un rechazo y defensa hacia aquellos que perciben como enemigos, causantes del posible contagio.

7) Tener alguno de los síntomas del SIDA y creerse contagiado sin estarlo.

Aquellas personas que tienen o han tenido prácticas de conductas consideradas de alto riesgo para el contagio del VIH, es posible que comiencen a tener síntomas asociados con el SIDA sin estar realmente contagiados.

Asimismo suele suceder que algunas de las personas que buscan y obtienen información sobre formas de contagio y síntomas o se enteran de que alguien conocido es seropositivo, pasen por una etapa en la que presentan sudoración nocturna, diarrea y/o decaimiento (Cruz y Pelayo 1991).

e) La concepción del ser humano como ente Bio-Psico-Social.

El control del estímulo sexual y su respuesta es una especie de círculo interactivo de influencias. En principio, hay un estímulo sensorial o imaginado que desencadena un impulso que llega a la médula cerebral y a través de hormonas e impulsos nerviosos se provoca la orden a los órganos sexuales para que se pongan en movimiento. Todos estos elementos y las vías nerviosas (médula, diencefalo y córtex) que transmiten estas órdenes, deben estar en buen estado para que el proceso total se lleve a cabo.

El programa genético, el sistema endocrino (hormonal), los órganos genitales y el sistema nervioso convergerán en la organización biológica del sexo.

Deseo, capacidad para estimularse, respuesta sexual y capacidad de satisfacción dependen, en gran parte, de la armonía de estas estructuras biológicas. Y

no sólo eso, la procreación y quizás las diferencias en estimulación y respuesta de hombres y mujeres son tributarios de controles biológicos.

La interacción de controles, estímulos y respuesta nos permite establecer el esquema básico que conforman este edificio biológico sobre el cual se estructura la arquitectura del sexo. Arquitectura resultante de impulsos muy primitivos, emociones a veces muy sofisticadas y personalidades diversas, las cuales se nutren de distintas sustancias bioquímicas, (hormonas, y neurotransmisores cerebrales), sin las cuales aparecerían fácilmente grietas.

Pero el edificio sexual está sometido a los vientos ambientales. Vientos a veces arcaicos y tormentosos, otras veces son brisas refinadas pero provenientes de la naturaleza exterior compuesta de elementos sociales y culturales.

La capacidad de recepción de estos factores aparentemente foráneos es justamente lo que diferencia el sexo humano del animal. Y esta discrepancia es fruto, paradójicamente, de la propia organización biológica, que interacciona desde que nacemos con el ambiente y el aprendizaje social por la facultad que tiene nuestro cerebro de condicionarse, programar, asociar y actuar como verdadera "sala de máquinas" del organismo desde donde se coordina el mundo interior (somático) con el exterior (ambiental).

Precisamente es en el sexo donde más se nota esta capacidad de interacción social ya que, a diferencia del hambre y la sed, la motivación sexual no está sujeta a la saciedad, nadie se muere por no satisfacer sus necesidades sexuales, pues de lo contrario la cantidad de fallecimientos por kilómetro cuadrado sería impresionante, por lo que la organización biológica se permite muchísimas más veleidades y es más sensible a los estímulos que provienen del exterior.

Se trata de una ordenación que se puede permitir una mayor flexibilidad y es, por tanto, más susceptible al cambio individual y social que otras conductas humanas. Todo ello nos permite entrar en la otra dimensión del sexo: La Psicosocial.

Desde niños adoptamos pensamientos y conductas hacia el sexo que vienen conformados por las actitudes familiares y escolares, nos ponen nombres, vestidos y nos proponen juegos que pretenden identificarnos con nuestra identidad générica de varón o mujer, antes incluso de que tengamos conciencia de la misma. El rol de niño frente al de la niña ya son condicionados desde el momento de nacer.

Por otra parte, las diferentes culturas y elementos sociales regularán el sistema de valores éticos y morales que afectarán inexorablemente a los comportamientos sociales de tal manera y de forma tan diferenciada, que difícilmente tendrán validez universal y serán aplicables a todos los seres humanos.

Debido a que todo cambia y no es estático, se modifican culturas enteras al paso del tiempo de tal forma que se modifican el pensamiento y la actitud del ser humano.

La propia ciencia con sus estudios que pretenden comprender y, en ocasiones, vencer a la naturaleza es causa de cambios en el comportamiento: el ejemplo más claro es lo que ocurrió con el perfeccionamiento de los métodos anticonceptivos y al hecho de luchar por que se viera al ejercicio sexual no como un hecho destinado a la fecundidad sino que fuera aceptado como placer, satisfacción, comunicación con la pareja, afecto y planeación de vida.

De igual forma la propia naturaleza biológica cuando sufre virulentas agresiones se "defiende" ante uno de los causantes de la transmisión de la enfermedad y frena la libertad sexual, naturalmente es el caso del SIDA y sus secuelas en el actual comportamiento mucho más "conservador" que invade nuestra sociedad (Alfaro M. 1995).

Así, los destinos de la sexualidad, que en gran parte no son prefijados, vendrán dados por la propia plasticidad del ser humano y por esta especie de aleación biología-ambiente que conforman el material sexual y que tanto diferencia a los programados animales de los humanos. A lo largo de la historia de cada sociedad humana, las actitudes hacia el sexo han cambiado; algunos creen que cíclicamente, otros de forma más ondulante, pero en líneas cada vez de mayor libertad y responsabilidad, gracias a los conocimientos cada vez más amplios que tenemos sobre los elementos que controlen o descontrolan el comportamiento sexual.

Hemos pasado de la negación, el ocultamiento, la prohibición y la obsesión por el sexo a una mayor permisividad, pero también a un exceso de comercialización que ha bandalizado el sexo y quizás nos ha hecho olvidar la importancia que tiene la educación adecuada y la asistencia sanitaria en este tema.

f) Epidemiología.

La distribución y frecuencia de los infectados por el VIH y de los enfermos de SIDA en las poblaciones y áreas geográficas, así como su evolución en el tiempo, dependen de factores psicológicos y sociales, además de las características biológicas de la interacción entre este virus y el Ser Humano.

Así, para determinar la magnitud y distribución de cualquier enfermedad infecciosa es necesario conocer:

- 1) El número de personas que están infectadas.
- 2) Cuántos son capaces de transmitir la infección a otras personas (infectantes).
- 3) Cuántos infectados tienen manifestaciones clínicas (casos o enfermos).
- 4) Las muertes por esta causa.

Al abordar el tema del SIDA es de suma importancia referirse al avance de la epidemia, a las cifras, que pueden resultar alarmantes al observar su veloz incremento y hablan por si mismas de la necesidad de prevenir la mortal enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportaba 81,433 casos de SIDA en el mundo a principios de 1988; para mediados del mismo año la cifra ya había ascendido a 108,176 casos; dos años después en 1990 se llegaba a la cifra de 266,098 casos en el mundo, alcanzando un incremento de más del doble (CONASIDA 1988,1991).

Para el año de 1991, la OMS notifica 314,611 casos de SIDA a nivel mundial (CONASIDA, 1991). Había detectado SIDA en 143 países del mundo, de los cuales poco más del 70% correspondían a América, cerca del 15% a África, poco más de 10% a Europa y sólo 1% a Asia y Oceanía.

Como se observa, América es el continente con mayor frecuencia de casos de SIDA notificados, de los cuales el 91.1% corresponde a norteamérica, 0.4% a centroamérica, 4.8% a sudamérica y 3.7% al Caribe.

En el año de 1987, la OMS reportaba 1,233 casos de SIDA en México cifra que se multiplicó con rapidez en los años subsecuentes, llegando a la cantidad de 8,889 casos acumulados y registrados para el año de 1991 (CONASIDA, 1991).

Según estimaciones de la OMS, para 1993 México ocuparía el tercer lugar en América Latina de acuerdo a los casos registrados de SIDA, después de Estados Unidos y Brasil. A los 17,387 casos registrados en México hasta 1993, se suman 966 casos hasta marzo de 1994, incrementándose la cifra a 18,353 personas con SIDA (CONASIDA, 1994).

Desde el año de 1992 hasta 1994, el grupo más afectado es de personas entre 25 y 44 años, siendo la principal vía de contagio la sexual. Para el año de 1994 por cada 6 hombres con SIDA existe una mujer infectada (CONASIDA, 1994)

Aún cuando se trata de una enfermedad de predominio urbano, que se concentra en las grandes áreas metropolitanas, se extiende con gran rapidez a áreas semiurbanas y rurales.

Un ejemplo de esto es que el total de casos notificados en 1994, el 56.5% se dieron en el Distrito Federal, Estado de México y Jalisco; siendo las entidades con menos casos: Campeche, Colima, B.C.S., Zacatecas y Aguascalientes.

El contagio por vía sexual constituye la principal forma de transmisión y contagio del VIH, tanto en México como en el mundo. La OMS reportó que en 1993, un 75% de los casos reportados habían sido transmitidos por vía Heterosexual tomando una gran fuerza esta vía de infección. La OMS visualiza que para el año 2000 se espera que el 90% de los casos totales de infección en todo el mundo sean transmitidos por esta vía. Hasta 1993, en nuestro país el 84.5% de hombres y el 50% de mujeres con SIDA, se habían contagiado por vía sexual. Porcentaje que se incrementó para el año de 1994, dándose el contagio por vía sexual en un 93.4% en hombres y 65.5% en mujeres (SIDA/ETS, 1994).

Con respecto a la vía de transmisión sanguínea, se ha observado en distintos países que puede ser controlada con medidas enérgicas de detección de donadores, así como en el caso de mujeres que planean embarazarse.

Del total de casos reportados hasta marzo de 1994, el cual asciende a 18,353 como ya se mencionó, se realizó una relación porcentual según la categoría de transmisión en adultos, en la cual se puede observar nuevamente el incremento en la transmisión del VIH por vía sexual.

SITUACION DEL SIDA EN MEXICO. DATOS ACTUALIZADOS PARA EL SEGUNDO TRIMESTRE, MAYO-JULIO 1995

Es difícil caracterizar la epidemia del SIDA en México de manera global, pues existen a lo largo del país regiones que por la magnitud del problema y los patrones epidemiológicos que las distinguen, la existencia de diversas subepidemias. Puesto que el análisis particular de cada una de estas y las regiones o estados a las que corresponden rebasa las pretensiones de este análisis podemos decir, que a nivel nacional y a lo largo del tiempo la epidemia ha presentado tres tipos de tendencia:

- * de 1983 a 1986 el crecimiento fue lento.
- * de 1987 a 1990 fue de tipo exponencial.
- * a partir de 1991 el crecimiento se ha amortiguado, con una tendencia a la estabilización.

El análisis de las tendencias por factor de riesgo en adultos, indica un importante descenso en la transmisión sanguínea, que representó el 16.7% de los casos acumulados en 1990 y descendió a 11.2% de los casos acumulados en 1994.

La proporción de casos atribuibles a transmisión heterosexual en cambio, aumentó de 28.0% en 1990 a 35.0% en 1994.

Una de las cifras que más ha cambiado es la de los casos en donde el factor de riesgo no está documentado, que fue de 35.0% en 1990 y de 42.0% en 1994.

Esto se debe fundamentalmente a que ahora una proporción de casos cada vez mayor, es captada mediante certificado de defunción y dicho documento no consigna variables específicas sobre vigilancia epidemiológica de SIDA.

Otra tendencia de la epidemia del VIH/SIDA en México es el crecimiento en zonas rurales, donde cada vez es mayor el número de casos autóctonos. Hasta 1990 solamente se habían registrado 224 casos en trabajadores agropecuarios.

Para noviembre de 1994 esta cifra creció en un 26% siendo hasta el 1 de julio de 1995, 843 los casos en este rubro de ocupación.

La mortalidad por SIDA en hombres en el grupo de edad de 25 a 44 años se ha desplazado rápidamente a los primeros lugares y las tasas de mortalidad por esta causa son cada vez mayores. En 1988 ocurrieron 340 defunciones por SIDA en México. La tasa fue de 34 por 100,000 habitantes y esta causa de muerte ocupó el décimo cuarto lugar, mientras que para 1993 fueron 1,923 las defunciones para este mismo grupo de edad, con un desplazamiento como causa de muerte en ambos sexos y a nivel nacional hasta el sexto lugar.

En los casos acumulados de SIDA pediátrico las tendencias por factor de riesgo son las siguientes: por vía sanguínea se presenta una disminución importante: 43.0% en 1990 y 18.8% en 1994; por transmisión perinatal en cambio, ha aumentado de 55.0% en 1990 a 81.2% en 1994.

Este incremento se asocia al aumento de casos de SIDA en mujeres heterosexuales.

Hasta el 1° de Julio de 1995, el Registro Nacional de Casos de SIDA cuenta con 23,064 casos. En los casos notificados durante el presente año se continúa observando retraso en la notificación (Ver Cuadro 1).

La estimación del número real de casos de SIDA en México es de 35,500 al corregir por subnotificación y retraso en la notificación.

(SIDA ETS: Conasida Epidemiología, vol. I num. 1 Mayo- Julio 1995. Dra. Blanca Rico)

CUADRO 1

Casos Nuevos de SIDA por Año de Notificación
México, Julio 1995

AÑO	CASOS	TASA DE INCIDENCIA	RAZON DE MASCULINIDAD	PORCENTAJE DE CASOS EN MUJERES
1983	6	0.08	0:0	0.0
1984	6	0.08	0:0	0.0
1985	29	0.4	14:1	6.9
1986	246	3.1	30:1	3.3
1987	518	6.4	11:1	8.1
1988	905	10.9	6:1	13.5
1989	1605	19.0	6:1	15.2
1990	2587	31.0	5:1	16.2
1991	3155	37.1	5:1	15.5
1992	3210	37.0	6:1	15.2
1993	5057	57.2	6:1	14.8
1994	4112	45.6	6:1	13.5
1983-1995	23064		6:1	14.4

*Tasa por, 1,000,000 de habitantes.

FUENTE: 1980-1989, proyección realizada por el Consejo Nacional de Población (CONAPO).

1990, XI Censo General de Población y Vivienda, 1990/INEGI.

1991-1995, Proyección del Centro de Estudios en Población y Salud/SSA

g) Grupos de mayor incidencia.

Edad y sexo.

Durante los trimestres de mayo-julio de 1990, 1994 y 1995 la mayor parte de los casos notificados ocurrió en los grupos de 20 a 49 años. En esos grupos, entre el 81.2% y el 90.8 de los casos correspondió a hombres.

Del total de casos acumulados en 1995 el 83% pertenece a estas edades, correspondiendo el 30.3% al grupo de 20 a 29 años, al de 30 a 39 años el 35.8% y al de 40 a 49 años el 16.9%.

Los resultados del análisis por tasa indican que los hombres están seis veces más afectados que las mujeres.

Uno de cada 713 hombres del grupo de edad de 30 a 34 años se ha visto afectado por la enfermedad, en comparación con una de cada 4,807 mujeres de este mismo grupo; en el grupo de 35 a 39 años uno de cada 779 hombres se ha visto afectado, en comparación con una de cada 4,878 mujeres; en el grupo de 25 a 29 años uno de cada 897 hombres en comparación con una de cada 6,711 mujeres.

La razón hombre/mujer es diferente según los grupos de edad. Para los grupos más afectados (25 a 39 años) esta razón varía entre 6 y 8 hombres por cada mujer afectada, mientras que es de 2:1 en el grupo de menores de 10 años (Ver Cuadro 2).

CUADRO 2

Casos de SIDA por Grupo de Edad y Sexo
México, hasta el 1 de julio de 1995

GRUPO ETAREO	NO. DE CASOS NOTIF. EN EL			NO. DE CASOS ACUMULADOS HASTA EL 2° TRIMESTRE														
	2° TRIM DE 1990			2° TRIM DE 1994			2° TRIM DE 1995			1990		1994		1995				
	MASC.	FEM.	TOT.	MASC.	FEM.	TOT.	MASC.	FEM.	TOT.	MASC.	FEM.	TOT.	MASC.	FEM.	TOT.			
1	2	1	3	6	1	7	2	3	5	6	3	11	11	2	13	5	6	11
1-4	6	8	12	0	0	0	3	4	7	14	12	26	4	3	7	5	13	18
5-9	2	1	3	0	1	1	1	0	1	2	1	3	1	2	3	5	4	9
10-14	1	0	1	1	0	1	3	1	4	4	0	4	2	2	4	6	1	7
SUBTOT.	11	8	19	7	2	9	9	8	17	26	16	44	18	9	27	21	24	45
15-19	5	1	6	11	5	16	12	4	16	11	3	14	17	0	25	19	7	2
20-24	46	10	56	61	9	70	60	10	70	102	23	125	123	20	143	129	20	14
25-29	92	20	112	131	22	153	121	16	137	217	41	258	268	44	332	270	37	30
30-34	73	13	86	139	22	161	155	6	163	195	28	223	316	49	367	310	36	34
35-39	63	12	75	93	20	113	125	17	142	131	32	163	225	34	259	234	39	27
40-44	42	13	55	58	11	69	70	4	74	108	27	135	142	17	159	148	13	16
45-49	21	10	31	39	5	44	47	3	50	66	20	86	90	10	100	108	11	11
50-54	17	3	20	34	4	38	33	3	36	47	6	53	79	15	94	72	7	7
55-59	12	2	14	19	1	20	16	0	16	19	3	22	50	5	55	46	5	5
60-64	7	2	9	12	3	15	9	5	14	17	6	23	31	4	35	15	6	2
65+*	5	1	6	10	0	10	6	0	6	10	3	13	24	4	28	17	4	2
SUBTOT.	383	87	470	607	102	709	656	70	726	923	192	1115	1387	210	1597	1366	185	155
ND	1	0	1	16	1	19	13	0	13	16	2	18	67	12	79	300	0	3
TOTAL	395	95	490	632	105	737	678	78	756	967	210	1177	1472	231	1703	1419	209	162

FUENTE: REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA 1995.

Revisar los datos obtenidos a través de los estudios epidemiológicos es esencial, para obtener información acerca del tipo de poblaciones con las cuales es importante trabajar y una de las poblaciones con mayor importancia para su estudio es la conducta sexual de los adolescentes, ya que éstos son un grupo con patrones conductuales de riesgo potencial de adquirir la infección por VIH, siendo además los que se inician en una futura vida sexual y posiblemente desarrollen patrones sexuales que los ponen en riesgo de adquirir la infección (Sepúlveda, Valdespino, Juárez y Mondragón, 1989).

CAPITULO III

ADOLESCENCIA

a) Características generales de la adolescencia.

El hecho de que los adolescentes sean una población que esté expuesta con más facilidad al contagio del virus del SIDA puede deberse a su falta de madurez, a su Educación Sexual raquítica o bien, distorsionada, al deseo latente de ejercer su sexualidad o también por el omitir usar protección por la vergüenza de que los adultos le recriminen su decisión.

Lo que podría aunerse al tiempo, la época cultural, social y tecnológica en la que se desenvuelven. Otro factor importante son los medios de comunicación masiva que les transmiten disfrazadamente a través de mensajes subliminales una doble moral, por un lado les incitan a experimentar ejercer su propia sexualidad y por el otro la represión de ésta.

También puede deberse a su pensamiento mágico, el cual tiene que ver con el "a mí no me pasa," "eso sólo le sucede a los reventados," "hierba mala nunca muere" etc., de forma que se creen inmunes a este tipo de infecciones, lo que estaría en relación a los cambios físicos, emocionales y psicológicos que experimentan durante esta etapa, llevándolos a ver al mundo y los problemas de éste desde otra perspectiva, modificando muchas de las ocasiones los conceptos iniciales los cuales son inculcados por los padres desde la niñez.

Además, buscando forjar una identidad propia diferente a la del padre esto motiva al adolescente al cambio de actitudes y conceptos. Ejemplo de esto es el que se refiere al concepto de salud en su persona, ya que por lo general es muy poco su interés por informarse acerca de las enfermedades y su sintomatología, teniendo una

conceptualización de que el problema es tan lejano que a ellos será difícil que les suceda, no teniendo una clara percepción de riesgo del contagio del virus.

b) Conceptos teóricos de la adolescencia.

La adolescencia es un periodo muy importante de la especie humana durante la cual se da la máxima diferenciación sexual y donde se dan diversos y rápidos cambios tanto fisiológicos e intelectuales como en la personalidad; en la sociedad occidental comienza alrededor de los 12 años y termina finalizando a los 19, sin embargo no tiene principio ni fin determinado.

Al respecto se revisaron las investigaciones pertinentes que aportan claridad sobre este punto, así como algunas de las conceptualizaciones teóricas respecto a la etapa adolescente y en particular a lo relacionado con el ejercicio de la sexualidad. "La adolescencia es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y anuncia la adultez. Para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades íntimas, de aflojamiento de las ligaduras con los padres y de sueños acerca del futuro" (TORDJMAN GILBERT 1984).

(SOREN SON 1966) Designa adolescente a quien está sometido a un proceso de crecimiento. Este crecimiento hay que entenderlo en el sentido de una adaptación al cambio. Viéndose obligado a replantearse todo su sistema de valores mediante un permanente reajuste.

El paso de la infancia a la adolescencia está marcado por una zona de ruptura y de desequilibrio cuya amplitud es considerable. El adolescente no nace de la nada. No existe una máquina que en el momento de la adolescencia surja para transformar radicalmente los comportamientos y la personalidad del individuo.

Tampoco hay categorías fáciles con las que podamos definir a todos los adolescentes; en cierto sentido, la adolescencia ha venido a ser una etapa del desarrollo humano con naturaleza propia, distinta de los demás, un periodo de transición entre la niñez y la adultez.

Sin embargo, si sólo se la define como la terminación de la niñez por un lado y el principio de la edad adulta por el otro, el concepto de adolescencia resulta confuso para el que la estudia y para el adolescente mismo.

Por consiguiente, por muchas razones, el periodo de adolescencia evade toda definición exacta. En cuanto que es una etapa de transición entre la niñez y la plena madurez de la edad adulta, se apoya en la definición de estos periodos laterales para su propio esclarecimiento. Y precisamente esta dificultad de definición refleja una de las principales características de la adolescencia, a saber: la falta de claridad con respecto al lugar que ocupa el adolescente en la comunidad.

Asimismo, la adolescencia en los seres humanos se presenta como una fase distinta de desarrollo, aunque sea una fase de transición, con sus propias características biológicas, sociales e intelectuales.

De acuerdo a: (HURLOCK ELIZABETH, 1981), la palabra adolescencia, se deriva de un verbo latino "adolescere", que significa crecer o crecer hacia la madurez. La adolescencia es un periodo de transición en el cual el individuo pasa física y psicológicamente desde la condición de niño a la de adulto.

Mucho de lo anterior tiene que ver con un proceso y como todo ser humano, nosotros pasamos por varias etapas que anteceden a la adolescencia. Una de las etapas previas cuya finalidad es el preparar ante los cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales, es la etapa de la pubertad.

En la pubertad el individuo se encuentra ante la paradoja de saber que ya no es un niño, pero no está seguro de que todavía sea un hombre. Por lo que es una etapa llena de ansiedades y angustias, que dan pauta a dudas acerca de lo que está sucediendo tanto a su cuerpo como a su manera de pensar y el trato familiar que recibe.

Se podría entonces decir, que la pubertad comienza con el inicio de la transformación del cuerpo infantil en el de un adulto y finaliza cuando la transformación se completa.

Algunas sociedades determinan el paso de la niñez a la edad adulta por medio de iniciaciones y de ritos de pubertad.

Estas iniciaciones dramáticas tienen el efecto de confirmar la entrada a la edad adulta y a su madurez que en esta etapa ira adquiriendo poco a poco.

TORDJMAN (1984) dice que durante la pubertad además de las modificaciones de los órganos de reproducción aparecen cambios en el resto del cuerpo; esto a su vez, originan alteraciones en los intereses, las actitudes y la conducta del sujeto.

El desarrollo físico continúa después de haberse alcanzado la madurez sexual, pero en forma cada vez más lenta.

Ahora bien, aún cuando la pubertad es un periodo relativamente breve dentro de todo el ciclo vital y es sólo una parte de la adolescencia, para su estudio se le divide en tres etapas: prepubescente, pubescente y pospubescente

ETAPA PREPUBESCENTE.

Se le considera como una etapa inmadura en la cual suceden los cambios corporales y comienzan a desarrollarse las características sexuales secundarias o los

rasgos físicos que distinguen a los dos sexos. Pero en la que todavía no se ha desarrollado la función reproductora (HURLOCK ELIZABETH 1981)

ETAPA PUBESCENTE.

Es una etapa de maduración en la cual se producen las células sexuales en los órganos de reproducción, pero en la que aún no se han completado los cambios corporales (HURLOCK ELIZABETH 1981).

ETAPA POSPUBESCENTE.

Es la etapa madura en la cual los órganos sexuales funcionan a la perfección y en donde el cuerpo ha alcanzado la altura las proporciones debidas y las características sexuales secundarias están bien desarrolladas (HURLOCK ELIZABETH 1981).

En conclusión, la pubertad básicamente es el paso de todos los cambios físicos y biológicos de cada uno de los individuos.

La diferencia con la adolescencia estriba que en la pubertad comienzan estos cambios y se desarrollan ampliamente durante el periodo de la adolescencia, lo que se espera que todo esto, los haga sentirse adaptados y amados a fin de evitar cualquier tipo de desajuste.

En cuanto a la etapa contigua que es la adolescencia, la mayoría de los jóvenes consideran que los años de la adolescencia son un tiempo para independizarse, para "aflojar" los lazos familiares y establecerse entre los compañeros.

En esta etapa del ¿Quién soy?, los adolescentes pasan a través de un proceso en el que se ven a sí mismos diferentes de otros y al mismo tiempo, pueden asustarse de ser tan diferentes temiendo que sus amigos los rechacen.

Aún así quieren ser reconocidos como únicos e individuales, respetados y "juiciosos". La autoestima o la forma en que una persona se valora a sí misma, está estrechamente relacionada en la familia y con el medio ambiente, incluyendo antecedentes económicos y sociales.

Cuando a los adolescentes se les pone atención, que a lo que digan le dan importancia y que se preocupen por ellos, entonces su autoestima será alta. Es decir, con amor y apoyo cualquier persona puede sentirse valorada y especial.

Sin embargo, si los adolescentes crecen en un ambiente donde los adultos importantes (padres, maestros y otros) los critican continuamente, los hostigan o restringen, pueden perder fe en sí mismos.

Pueden empezar a dudar de su propia capacidad, creer que nunca tendrán éxito en algo y sentir que hay oportunidades limitadas para su futuro. Cuando los jóvenes sienten que no son importantes o que a nadie importa lo que hacen, pueden experimentar dificultades al tomar decisiones o planear sus vidas.

c) El Adolescente y la Sexualidad.

Durante la adolescencia la sexualidad llega a ser muy importante y constituye un centro de predominante interés. Alrededor de ésta se forman actitudes y conductas que se ven influenciadas por el momento histórico y la cultura en que se vive; es así como las conductas sexuales se forman a través de los primeros contactos del niño con la familia.

A medida que crece recibe los modelos de los grupos de amigos y de instituciones sociales como la escuela y/o la religión; estas influencias dependen de la cultura en que se vive y del subgrupo socioeconómico que ocupe el individuo dentro de ella (Watson, 1971; Horrocks, 1974).

También, cuando se habla de sexualidad es importante indicar cómo ha sido su desarrollo histórico, puesto que con el paso del tiempo surgen diferentes puntos de vista en relación a ésta.

La sexualidad se manifiesta de acuerdo a la época y a la cultura en que se vive, ya que se relaciona directamente con el sentido que cada sociedad le dá con base en sus valores, creencias, normas, conocimientos y costumbres (Monroy y Mora 1985); por ejemplo el Antiguo Testamento hace hincapié en el sexo dentro del matrimonio, considerando al matrimonio una obligación y alegría que celebra la relación espiritual, además de física entre la mujer y el hombre; en cambio, en la tradición grecorromana conductas como la homosexualidad, bisexualidad y el aborto se practicaban y se aceptaban ampliamente (Gotwald, 1983).

El estudio científico de la sexualidad inicia apenas en el presente siglo, cuando Sigmund Freud, uno de los pioneros en el estudio de la sexualidad e través del psicoanálisis vino a revolucionar las ideas existentes; las contribuciones de éste no solo hicieron de la sexualidad un tema de estudio y comenterio, sino que la estableció como un proceso vital en la formación del ser humano (Gagnon, 1980).

En 1983 Alfred Kinsey (en Gotwald, 1983), un biólogo de la Universidad de Indiana, estudió la conducta sexual a través de una serie de encuestas, publicando sus hallazgos en su libro "Sexual Behavior in the Human Males"; lo que motivó a muchos investigadores en la aproximación científica del tema.

Entre ellos podemos mencionar a Master y Jhonson (1964) los cuales estudiaron los aspectos fisiológicos, anatómicos y psicológicos de la respuesta sexual humana. Su obra fue de gran importancia a nivel mundial ya que hasta cierto punto lograron eliminar la ignorancia, el mito y la superstición, mediante el establecimiento de hechos válidos y confiables a la fisiología y psicología de la respuesta sexual humana.

En estudios más recientes relacionados específicamente con la conducta sexual de los adolescentes (Aberastury, 1978; Gagnon, 1980; Le Shan, 1986) se ha observado que, en las sociedades occidentales los jóvenes en su mayoría utilizan el periodo de la adolescencia para adquirir destreza en la conducta sexual; cuando el adolescente va aceptando su genitalidad inicia la búsqueda de la pareja, siendo el periodo en que comienzan los contactos superficiales como besos y caricias, los cuales son cada vez más profundas e íntimas; observándose un oscilar entre la actividad de tipo masturbatorio y los comienzos del ejercicio genital; así las relaciones sexuales de los adolescentes tienen un carácter exploratorio, de aprendizaje de la genitalidad, más que de un verdadero ejercicio genital adulto.

Asimismo, en la forma más típica de las sociedades actuales los adolescentes ignoran en gran parte la sexualidad del adulto y lo que es peor, la imaginan propiciando desinformación, mitos, creencias, actitudes, conocimientos erróneos entre otros, acerca de la sexualidad; lo que los coloca ante graves problemas de salud, sobre todo ante la probabilidad de adquirir el VIH.

Es por ello que el estudio de los patrones sexuales de los adolescentes, adquiere una gran importancia para comprender cuales son las conductas de los adolescentes que los ponen en riesgo para el contagio del VIH.

Se sabe que dentro de esta etapa, las pulsiones sexuales del adolescente se empiezan a activar y que también surgen las limitaciones familiares, sociales y culturales para ejercer esta sexualidad, concibiéndose al adolescente como un ser asexual el cual no siente y no piensa en esta sexualidad.

Sin embargo la realidad es otra ya que el adolescente es un ser con pulsiones como cualquier adulto, claro que el desconocimiento de estas lo hace más interesado y obsesivo en determinados momentos para desear ejercerla.

Mucho se ha hablado de la sexualidad y de la adolescencia, sin embargo, no es solo el hablar, sino tratar que esta sea más difundida y asegurarse que el adolescente logre comprenderla y concientizarla siendo responsable de sus actitudes, deseos, pulsiones, sentimientos, etc. valorando todas y cada una de sus expectativas, para que de tal forma él decida cual es lo mejor para sí mismo.

Cuando el adolescente empieza a sentir que puede ejercer su sexualidad, muchas de las ocasiones comienza a dudar con relación a usar o no algún método anticonceptivo, sintiendo una confusión provocada por tabúes con referencia a la esterilidad o la falta de sensibilidad etc. Estos comentarios vienen a manipular de tal forma al adolescente que evita el uso de estos métodos

No concientizando el riesgo que corre al poder contraer una enfermedad sexualmente transmisible como es el caso del SIDA o bien tener un embarazo en la etapa adolescente.

Por otro lado, el adolescente es muy manipulable en este aspecto. El deseo de querer descubrir su sexualidad lo orille en ocasiones a tratar de ejercerla cueste lo que cueste, sin importar que en caso de embarazar o quedar embarazada se limitarían muchos aspectos hasta su propia sexualidad.

O bien al contraer una enfermedad sexualmente transmisible y principalmente el SIDA, terminaría de golpe con todo ese deseo de ejercer su sexualidad y comenzaría a tomar un significado distinto a la vida si es que logra asimilarlo, o bien decida optar por el camino fácil del suicidio, que es una de las acciones comunes dentro de esta etapa debida e depresiones o a que su vida no haya salido como ellos le esperaban.

De tal forma que lo imprescindible a través de la prevención, es el educarlos y tratar de que el adolescente reflexione y ejerza su sexualidad de forma responsable.

Sin embargo, dentro del camino de la prevención a veces se encuentran limitantes como la falta de comunicación del adolescente con la familia. Esto les afecta de manera tal que se dificulta la prevención y la planeación de vida.

Recordemos que el adolescente por lo regular repite las pautas familiares y si dentro de su entorno familiar no ve la importancia de concientizarse ante éste problema y más aún la comunicación es nula, esto dificultará el que decida prevenirse contra esta enfermedad.

d) El adolescente y la Influencia de su entorno familiar con respecto al ejercicio de su sexualidad.

El ser humano desarrolla su capacidad de comunicación dentro de la familia, en ella aprende acerca de los mensajes que emiten los diferentes miembros de la misma, lo cual le permitirá posteriormente interactuar con su medio social.

Asimismo es dependiente de la familia desde el momento del nacimiento y es ella la que en primera instancia le proporciona el contexto para crecer, desarrollarse y comunicarse.

Con base en los valores y pautas que establece cada sociedad, la familia crea sus propias reglas, normas y patrones que permiten a ésta la expresión de afecto, la capacidad de decisión y la negociación de los problemas. Los patrones familiares, pueden hacer frente de manera dinámica a los cambios y adaptarse cuando se requiera en cada uno de los diversos momentos de la familia.

Una de las etapas críticas de la familia, es la llegada de los hijos a la pubertad. Muchas de las familias que hasta entonces habían tenido una buena comunicación, que les permitía un equilibrio familiar, lo pierden en este momento y les es difícil recuperarlo con resultados negativos para los padres y los jóvenes.

Sin embargo, aún es posible lograr una nueva forma de comunicación que les permita la independencia a cada quien, si hay esta disposición, tanto de parte de los padres, como de los jóvenes.

Durante la adolescencia es crucial para el individuo la manifestación de la identidad, esto hace que el cuestionamiento y la rebeldía sean necesarias en esta etapa. La religión, la sociedad, la política, las normas de la casa y la sexualidad, son jerarquizadas en una nueva dimensión que puede no coincidir con la posición de los padres.

El despertar sexual de los hijos hace que quede evidenciada la sexualidad de los padres y esto muchas veces se vive como un enfrentamiento. Esta y otras actitudes que se presentan en esta etapa, pueden originar una conflictiva familiar.

Cuando no hay posibilidad de solución o negociación, el joven busca algo o a alguien que lo pueda rescatar, entonces piensa en huir de casa con un amigo, llevar a cabo un matrimonio precoz, tener un embarazo que sustituya su necesidad de compañía, huir de la situación intolerable a través de las drogas, el alcohol o se inclina por una conducta delictiva para expresar su inconformidad y también estar consciente del riesgo de poder contraer el virus del SIDA y no hacer nada por omitir las conductas de alto riesgo para contraerlo.

Si el proceso de comunicación se lleve a cabo de manera eficaz, los hijos podrán sentir la confianza de expresar sus sentimientos, de acercarse a preguntar dudas y de solicitar orientación ante sus interrogantes.

La familia tiene la posibilidad de reencontrarse y restablecer el equilibrio si busca una nueva forma de comunicación que facilite la readaptación de las relaciones familiares ante la independencia y la búsqueda de la identidad de los jóvenes. Por el contrario, si los canales de comunicación se cierran, se crea una resistencia al cambio

con resultados negativos, para la familia en general y para el joven que inicia una nueva vida.

Podría decirse que la conducta del joven no es sólo el resultado de su personalidad y de la etapa por la que está cruzando, sino un reflejo de la interrelación y la comunicación que se da en la familia (Pick de Weiss 1988).

Es aquí donde cabe remarcar, que los padres tienen el deber de impartir a sus hijos adolescentes una adecuada educación sexual que los instruya en las responsabilidades para ejercer su sexualidad de manera responsable, sin embargo no es así, ya que la sexualidad es un tema acerca del cual a la familia le resulta difícil afrontar, sobre todo de explicar a sus hijos, de tal forma que muchos padres no están de acuerdo con la Educación Sexual, debido a que se justifican diciendo que sus hijos se pueden "pervertir" o se les puede crear un problema de tipo emocional.

En ocasiones cuando se les llega a ofrecer un curso de educación sexual formal, algunos no están de acuerdo en que sus hijos participen en ellos y de igual forma no apoyan los textos científicos que hablan sobre sexualidad e incluso tratan de evitar mencionar dentro de su núcleo familiar este tema.

Esto es preocupante, ya que en el núcleo familiar es donde más se encuentra el adolescente y es importante transmitirle la Educación Sexual Formal, sin embargo podría pensarse que los padres se niegan a hablar de ello por lo siguiente:

- a) Sentir que no saben como transmitir esta información o tal vez ellos tengan las mismas dudas que su hijo.
- b) Poder pensar que el hablar de sexualidad es algo pecaminoso y no deben hablar con sus hijos en relación a ello, ya que este pensamiento fue transmitido por su misma familia con anterioridad.
- c) Temer que podría quedar al descubierto su propia sexualidad y que sus hijos puedan reprocharles algo.

- d) Tener una notable apatía con respecto al tema.
- e) Pensar que este tema es obligación de los profesores.
- f) O bien el que su hijo mismo cuando crezca deba preocuparse como a él le sucedió durante su adolescencia y ver como podría enterarse, duplicando conductas y pensando: "ya aprenderá como yo lo hice."

Esto y muchos otros aspectos recurrentes, que por una causa o por otra la mayoría de los padres no reconocen ante tal educación desde el núcleo familiar, repercute posteriormente en el adolescente al estar lleno de incógnitas.

Sin embargo y empeorando la situación, los padres no hablan de sexualidad con los hijos pero si les transmiten los miedos, tabúes y prohibiciones que a ellos les transmitieron o fueron surgiendo a lo largo de su vida.

Los tabúes y prohibiciones rigen los valores sociales, culturales, morales y estéticos de los individuos, estableciendo una cierta convergencia entre sus intereses, garantizan el orden y la seguridad colectiva.

Casi siempre estas prescripciones inciden con mayor fuerza sobre las clases dominadas y explotadas, aún cuando también se da en las clases altas o burguesas.

Es por ello que los tabúes reducen la libertad del individuo, paralizan cualquier iniciativa y son la causa del inmovilismo y estancamiento de nuestras comunidades.

No obstante, es imprescindible distinguir el tabú de la prohibición. El tabú entraña una impureza ritual y comparte una dimensión religiosa que tiene que ver básicamente con la prohibición. La transgresión de un tabú, sea o no voluntaria, obliga de forma insoslayable a la reparación mediante un acto ritual.

En tanto que la transgresión de una prohibición, se sanciona todo lo más con una multa o simplemente, con la reprobación general en la mayor parte de la sociedad.

Concluyéndose que en el núcleo familiar, existe una mixtura de tabúes y prohibiciones que bloquean la educación sexual. Por lo tanto es muy común que la familia decida no hablar de la sexualidad ante los adolescentes o los niños y mucho menos permitir que ellos les hagan preguntas con respecto al tema, ocultando todo lo relacionado con la sexualidad y con su sexualidad.

El hecho de hablar de sexualidad es poner al descubierto la propia sexualidad y al hablar con los hijos acerca de este tema es el reconocimiento de concebir tanto a los hijos como a los padres como seres sexuales, con pulsiones, deseos, necesidades que cubrir en el ámbito sexual.

Esto es muy difícil que lo logre aceptar un padre de familia ya que, por lo regular, ellos conciben a sus hijos como personas que no tienen la capacidad ni el derecho de sentir sexualidad durante esta etapa, apoyándose en un pensamiento mágico.

Al brincar la etapa de la niñez a la adultez sin llegar a la adolescencia. Sin embargo en la vida real no es así y más aún el hecho de que se conviva en un mismo techo y se tengan lazos emocionales, sanguíneos y psicológicos, al igual que una similitud de costumbres transmitida generación tras generación, dificulta en ocasiones el poder despejar dudas y mostrarse tal y como somos en realidad.

Los padres también sienten deseos de tener una relación sexual, y no solo tienen deseos sino que de hecho ejercen una vida sexual activa, tal vez esto puede ser un poco complejo para poderlo concientizar durante esta etapa y más aún cuando jamás hable de sexualidad o bien se han generado restricciones y prohibiciones dentro del núcleo familiar en relación a la sexualidad y a sus alternativas para vivirla.

El decir no te toques, no sueñes, no preguntes, provoca inquietud al adolescente y al no tener contestación dentro del núcleo familiar lógicamente habrá de buscarlo en algún lugar donde le puedan proporcionar información en relación a este tema, sin

embargo, no siempre acuden a un lugar donde se les puede educar, ya que en muy pocos casos se atreven a preguntar a un educador o consultar un libro, por el mismo concepto de que la sexualidad es algo sucio, malo, prohibido y de lo cual no se debe preguntar. Adquiriendo la información la mayoría de las veces de forma distorsionada. Teniendo como consecuencia que en vez de disiparle las dudas en ocasiones se las agudicen más.

De tal forma que el joven al no desentrañar lo relacionado con la educación sexual ni con su familia, ni con amistades o por otros medios, crece con una percepción muy nula ante la educación sexual y lo más preocupante es que a su familia y sobre todo a sus hijos les transmita este miedo, esta ignorancia, esta confusión, este coreje al no saber y temer nuevamente preguntar.

Tales mitos y prohibiciones son una esquema de repetición, debido a que lo único que aprendió con su familia fue a mentir y a ocultar algo que es tan natural, pero que teme descubrirlo porque quedaría al desnudo su educación sexual pobre, llena de confusiones y reprimida.

El SIDA es un vivo ejemplo de esto ya que entorno a él se dan muchos mitos y tabúes con referencia a su contagio, su procedencia y su veracidad de que existe o no existe. Hay mucha gente que todavía esta en la creencia de que el virus del SIDA no existe, que es un mero cuento, que no hay nada de que temer, esto mismo, lo transmiten a sus hijos que al ejercer su vida sexual van con estos antecedentes y evitan la prevención de este virus.

Otro de los factores presionantes para el adolescente, es la sociedad, ya que las presiones sociales determinan en gran parte la forma en que asumen las modificaciones de aptitudes, "Estas presiones se originan principalmente en el adolescente que trata de cambiar sus aptitudes y su manera de conducirse, de modo de conformarse a las normas establecidas por el grupo con el cual quiere identificarse" (Papalia D. 1985).

Algunas de las características psicosociales más sobresalientes de la adolescencia son:

a) Independencia.

La lucha por lograr la independencia del medio familiar es en realidad una forma de crecer y progresar en el desarrollo.

Existe el deseo de independencia, pero al mismo tiempo se está consciente de que debe mantenerse una dependencia familiar. Se produce el alejamiento de los padres para buscar otros grupos fuera del hogar.

b) Reconocimiento de Autoridad.

Hay que diferenciar la autoridad del autoritarismo. Precisa que haya ideas claras entre lo que esta bien y lo que esta mal.

Con esto se quiere decir que se le muestran las ventajas y desventajas de cada una de sus actitudes. Sabemos que en toda acción hay una consecuencia y es importante hacer notar al adolescente la existencia de estas consecuencias, a veces pueden ser positivas o negativas para sus fines que a él le convengan, de tal forma es importante que el adolescente tome conciencia de todas sus acciones y que antes de hacer las cosas, piense qué es lo que podría venir más adelante y si esto le beneficia o perjudica creando rechazo y frustración dentro de su núcleo social o bien, sentimientos de culpabilidad o culpar a terceras personas por su actitudes.

Aquí lo importante es que el adolescente se haga responsable de sí mismo. El ejercicio de la autoridad no se refiere al hablar con agresión o hablar y mandar, sino hacer reflexionar y transmitir experiencias para que a partir de ellas el adolescente sea capaz de visualizar las consecuencias y las ventajas de sus acciones, siendo capaz de planear su vida de una forma más responsable.

c) Inseguridad.

La inseguridad se revela en la falta de control de la agresividad. Las peleas y la fanfarronería que pueden surgir, son formas de miedo y de inseguridad. Observándose una gran tendencia a sentirse humillado o el temor de hacer el ridículo en las reuniones de grupos.

d) Labilidad.

La labilidad se manifiesta como la felicidad para cambiar de opinión con el natural cambio del estado de ánimo (HURLOCK 1981).

e) El adolescente y la influencia de su entorno social y cultural.

La clase de amigos que seleccionan los adolescentes deben tener cualidades adecuadas a las necesidades de éste e insiste en elegirlos él mismo. Cuando sus padres tratan de persuadirlo de que intime con personas que ellos consideran "correctas" para él, sean de su propio sexo o del opuesto, el joven se resiste porque le ofende la interferencia paterna.

A medida que transcurre el tiempo adquiere mayor capacidad crítica. La preferencia se desvía gradualmente hacia amigos del sexo opuesto. Las relaciones amistosas son muy intensas y están cargadas de emoción.

La pauta de conducta sexual del adolescente esta marcada por actividades heterosexuales, conformidad con el grupo, afirmación personal, resistencia a la autoridad adulta de ayudar a otros, prejuicio y competencia social.

En este aspecto es importante que el adolescente se relacione como un ser social en toda la extensión de la palabra ya que esto le permitirá desarrollarse más ampliamente tanto psicológica, física y socialmente.

En la adolescencia los chicos y las chicas tienen que redefinir su identidad por varias razones. Su figura corporal cambia de forma tan importante que les exige continuas readaptaciones. Las nuevas capacidades intelectuales les abren nuevas dimensiones y una forma diferente de interpretar la realidad.

El deseo sexual, más específico y fuerte, les obliga a redefinir sus intereses interpersonales y todo ello durante un período de tiempo muy corto y en una situación social menos definida que la de los niños y la de los adultos.

Los adolescentes no son niños, pero tampoco son adultos. Esta situación tan compleja les obliga a replantearse su identidad a veces de forma conflictiva con los adultos, bien porque estos les niegan suficiente autonomía, ya que desde la perspectiva del adulto, esto podría generar riesgos o bien, conductas que le parecen indeseables o fuera de lugar dentro de la sociedad, en relación a que no tienen suficiente edad para realizar ciertas acciones o tomar decisiones por sí mismos.

Esto hace que, para el adolescente, sus compañeros, sus iguales, adquieran un significado especial. El adolescente es "como sus compañeros", no como los niños o los adultos. En este contexto el grupo de iguales tiene una influencia decisiva, creando incluso formas "subculturales" diferentes a las de la cultura y las costumbres de los adultos y, por supuesto de los niños (cuya vida es regulada mucho más directamente por los mayores).

Esta subcultura es especialmente evidente en las grandes ciudades, donde grandes grupos de adolescentes se reúnen en determinados locales o zonas que no frecuentan los adultos ni los niños. Esta subcultura se expresa en el vestido, peinado, adornos, gustos musicales, juegos preferidos, locales y actividades preferidas, valores, actitudes y normas, de las cuales los adolescentes de una generación participan más o menos según el grado de independencia respecto de su familia y su conformación al grupo de iguales.

Se trata en el fondo de buscar identidad y su seguridad en un momento de cambio y dentro de una sociedad que no prevé un lugar claro para ellos o predescible para su futuro, el cual les cuesta trabajar y concientizar que existe y que dejarán de ser adolescentes para convertirse en lo que en este momento más rechazan los adultos.

Una de las barreras más grandes que los adolescentes enfrentan, es cuando piensan en su futuro y es la idea de que están limitados en lo que pueden hacer con sus vidas. Los adolescentes pueden creer que sus planes futuros no tienen significado para ellos porque no tienen esperanza, ni fe en un futuro real y posible. Pueden sentir que sus vidas tienen muy pocas "opciones" por muchas razones, siendo una de éstas su género.

La importancia de la identidad y del rol sexual es tan grande que pasa a regular toda la conducta de los niños y las niñas, de los adolescentes y de las adolescentes y posteriormente de los hombres y de las mujeres, a lo largo de toda la vida.

Durante la infancia esta regulación es tan importante que unos y otras prefieren a los o a las de su sexo para compartir un lugar en el salón de clase, jugar en el recreo seleccionar amistades o bien celebrar algún cumpleaños o tener una reunión.

Aunque esta división no es rígida y depende mucho de las pautas educativas que aprendan, sigue siendo un hecho global universal hasta entrada la adolescencia, en la que la fuerza del deseo sexual y las necesidades afectivas llevan a que las personas de un sexo busquen a las del otro.

Durante la etapa de la adolescencia a través de la influencia social y familiar, los adolescentes pueden adoptar ideas tradicionales acerca de los roles que son apropiados para los hombres y las mujeres, bien sea en el trabajo, la familia o en las relaciones personales

Algunos adolescentes creen que deben comportarse de cierta forma para ser "masculinos", tal como interesarse en las vocaciones mecánicas o analíticas, en vez de las artes o la ciencias sociales; mantener sus emociones bajo control en lugar de mostrarse sensitivos y vulnerables o ser la persona dominante en una relación.

En cambio para las adolescentes, las expectativas que identifican a su rol tendrían que ver con ciertas actitudes que las hagan más de tipo emocional, sensibles, sumisas, abnegadas y a tratar de ser exclusivas para la crianza, labores del hogar y en caso de tener alguna profesión serían significativas aquellas que tuvieran que ver con la enseñanza, la enfermería o el trabajo social, evitando las que sean propias del varón como las analíticas o matemáticas.

El considerar los sentimientos de otros ignorando los propios o someterse a las preferencias y demandas de un compañero "masculino", ya sea en una relación personal o en el trabajo, es otro de los aspectos que se espera que funja la mujer propios del rol que le corresponde.

Las implicaciones de pensar de manera estereotipada influyen a muy temprana edad y son extremadamente difíciles de superar. Muchos adolescentes ya han establecido patrones de conducta y planes futuros por sí mismos, que son congruentes con las expectativas tradicionales de roles sexuales, de acuerdo a los modelos aprendidos desde la infancia.

Este proceso de aprendizaje de la identidad y el rol sexual, así como buena parte de todo lo que conocemos sobre la sexualidad, lo hacemos a través de la observación de los demás, máxime cuando ocurre en nuestro alrededor.

La identidad sexual para el adolescente es un aspecto muy importante y significativo dentro de su desenvolvimiento en la sociedad y por otro lado los roles sexuales se encuentran definidos y latentes para que el adolescente desde la infancia

sepa a quien debe imitar para poder desenvolverse en su entorno social y reafirmar su sexualidad dentro de su grupo de amigos.

Algo de gran importancia y que hace que se acentúe más la importancia del adolescente por reafirmar su rol sexual, es que éste pasa muchas horas ante la televisión, (más que en la escuela si contamos todos los días del año) y en ella aparecen modelos muy definidos según los roles.

Esta cantidad de exposición a estos modelos, el significado social que tienen los "famosos" y el "carácter mágico" que tiene para los adolescentes y la sociedad en general el salir en televisión, aumenta el poder modelador de este medio de comunicación.

De esta forma, cuando los adolescentes se dan la mano, se besan, se acarician o tienen relaciones sexuales por primera vez, ya lo han visto centenares de veces. El problema no es las veces que lo miren sino el cómo lo conceptualicen y el cómo afecte para que en un futuro ejerzan su sexualidad de forma planeada y responsable.

Los modelos que tiende el adolescente a imitar son de muy diferente tipo. Existen los modelos reales, con los que los adolescentes tienen una relación directa; un ejemplo de ello son los padres, hermanos, familiares y educadores que están entre los más importantes.

Aunque todos cuantos se mueven en el entorno familiar del adolescente pueden contribuir a enriquecer con su propia personalidad, la aportación de los padres, es la más importante, ya que éstos ocupan sin duda el primer lugar en la escala de modelos reales que el adolescente pretenderá imitar.

Estos modelos reales son una referencia permanente, cargada además de significado afectivo, que regula buena parte de sus aprendizajes por observación. Los modelos reales son, a la vez, las personas que controlan el acceso que los

adolescentes tienen a la observación de otros modelos y quienes regulan su conducta a través de otras formas de aprendizaje, como el castigo o el refuerzo de las conductas sexuales.

Otros de los modelos existentes son los modelos intermediarios. En esta categoría están los objetos, como juguetes, vestidos, adornos, etc., a través de los cuales les llegan a los adolescentes los múltiples mensajes sobre el papel que deben desempeñar en la sociedad.

Un ejemplo, es que el color para el hombre será azul y para la mujer el rosa o bien, el hombre jugará con carritos y las niñas con muñecas. Estas etiquetas se tienen desde que se nace y se transmiten de generación en generación.

Los modelos simbólicos también participan dentro de la vida del adolescente. Este tipo de modelos se refieren a los medios de comunicación masiva: revistas, cine, televisión, etc., los que a través del soporte de la escritura, el dibujo o la imagen, transmiten continuos mensajes sobre la sexualidad, en general y sobre los roles sexuales en particular. Tales modelos son además, muy significativos, ya que estas opciones que manejan los medios de comunicación, además de ser de fácil acceso para ver lo pueden hacer en el momento que deseen y aunque los observen por corto tiempo se les queda grabado el mensaje, ya que en un corto espacio de tiempo representan secuencias de acciones e historias con principio, desarrollo y final, lo cual permite a los adolescentes relacionar más claramente la conducta y empezar a fantasear, queriendo adoptar ciertas características del personaje que les agrada y tratan de imitar sus acciones. aunque en ocasiones su realidad no concuerde con el aspecto idealizado del personaje que quisieran ser.

Desgraciadamente muchos de los adolescentes no se encuentran preparados para establecer esta diferenciación entre lo real y lo ficticio, lo posible y lo que no está a su alcance por barreras económicas, físicas, sociales, culturales, familiares, etc. no obstante saber estas consecuencias, las personas que están detrás de la elaboración

de todos y cada uno de los medios de comunicación masiva, no se preocupan por transmitir a la gente situaciones realistas dentro de lo que representan.

Solo les interesa la popularidad y la economía que puedan sacar a costa de los receptores, aunque el precio sea la enajenación de toda una población, ya que en contadas ocasiones encontramos gente que verdaderamente se preocupe por la educación en lo que transmiten y aunque existen opciones educativas dentro de los medios, ésto es relativamente pobre.

Y si a ello agregamos que la población esta acostumbrada a ver cualquier cosa menos algo educativo, hace que la demanda por estas opciones no sea tan exigente. Además los personajes que manejan la mayoría de los medios masivos no transmiten una reflexión a fondo de todas las ventajas y desventajas del personaje que desean representar, provocando que principalmente el adolescente no logre establecer una diferencia, tomando en cuenta solo lo aparente de la representación, de allí que al adolescente le surja la idea de tener ídolos y tratar de adoptar todas sus características, admirarlos en todo lo que hagan y hasta creer amarlos ciegamente y en ocasiones hasta adoptar su imagen.

Por ejemplo las chicas llegan a tener la idea que para ser aceptadas dentro de su núcleo de amistades deben tener una figura estética, una ágradable sonrisa, un carácter moldeable y los chicos adoptar una figura varonil y sobre todo no salir de los parámetros que la moda de vestir imponga.

Desgraciadamente los adolescentes no manejan la contraparte que tratan de representar sus ídolos, entre ellas las actitudes negativas que los llevan al fracaso o bien el contexto físico, cultural, psicológico y a veces familiar que los rodea, imitando solo lo aparente y no lo real jugando en un mundo de fantasías y más adelante lo más terrible es cuando despiertan a este mundo verdadero que es la sociedad que los rodea.

El desconcierto y la no aceptación que esto provoca hace que muchos de ellos se sientan fuera de lugar y rechacen su realidad, creándose graves conflictos de adaptación y personalidad.

LOS MODELOS EJEMPLARES.

En cuanto a los modelos ejemplares se encuentra que al igual que en el pasado, se proponían explícitamente a determinados santos o personajes históricos como modelos a seguir (vidas ejemplares, se solían llamar).

En la actualidad, de una forma menos explícita pero más eficaz también se proponen ejemplos a seguir. En el pasado se trataba de personas que habían encarnado valores sociales o virtudes morales que se deseaba inculcar durante la infancia.

En la actualidad, los modelos presentados tienen el carácter de famosos que han alcanzado el éxito (deportistas, cantantes, banqueros, políticos, etc.) entendiéndose casi siempre como la acumulación de dinero, poder y prestigio social. La vida de estos famosos es, por otra parte, objeto de una atención morbosa en lo que a su conducta sexual se refiere por parte de los medios de comunicación, lo cual influye también sobre esta dimensión humana.

Todos estos modelos o ejemplos observados tienen una gran influencia en el desarrollo del rol sexual y de otros aspectos de la sexualidad. A través de ellos se adquieren conductas nuevas, se inhiben o desinhiben conductas que ya se daban en los adolescentes, se excitan o apaciguan los intereses sexuales, se refuerzan determinadas creencias y valores y se rechazan o debilitan otras. Los adolescentes acaban pareciéndose a éstos modelos, siendo como ellos, haciendo propias sus actitudes, imitando en definitiva a ellos.

Durante la adolescencia estos cambios confunden al joven que está definiendo y constatando su identidad como hombre o mujer.

Tener un conocimiento más claro de lo que significa ser hombre y mujer y de la diferencia entre género, orientación y rol sexual le permitirá al joven hacer su propia elección en forma más conciente.

Las diferencias sexuales precisamente son un hecho biológico que interactúa con factores culturales, los cuales finalmente determinan lo que se espera de un hombre o de una mujer.

Toda sociedad asigna a los hombres y mujeres diferentes roles, los cuales son más o menos flexibles dependiendo de la cultura.

El rol sexual se le enseña al individuo desde que nace. Una vez que se ha determinado el género al que pertenece, los padres, la familia y la sociedad en general, se encargan de transmitirle las conductas apropiadas para su género. A medida que el niño crece y se va identificando con el sexo biológico al que pertenece, se va haciendo más conciente de lo que se espera de él según las normas establecidas en su grupo.

Sin embargo, en los últimos años cada vez más se acepta que tanto el hombre como la mujer asuman comportamientos que hasta hace algunos años eran percibidos como exclusivos de uno u otro sexo.

Estos cambios generan confusión en el adolescente, quien percibe en forma menos clara la distinción entre lo que se espera del hombre y de la mujer.

De tal forma están las cosas, que en las manos del educador está el ayudar a los jóvenes a evaluar y analizar dichos cambios, clarificar sus sentimientos y hacer elecciones congruentes con sus propias expectativas y valores (Pick de Weiss S. 1988).

Para que los adolescentes superen las actitudes estereotipadas acerca de sus papeles adultos como hombres y mujeres, deben reconocer que los patrones

tradicionales están cambiando y que pueden elegir trabajos, carreras y roles familiares no tradicionales. Por ejemplo, en el hogar un hombre puede desempeñar un papel importante en la crianza de los hijos y una mujer el poder reparar aparatos eléctricos o hacer alguna actividad que se catalogaba como tradicionalmente masculina.

Algo muy importante es que el adolescente no deje de imitar modelos, sino que tome de ellos lo más enriquecedor y más adecuado en la conformación de su propia identidad.

Desgraciadamente los adolescentes además de estar "bombardeados" en relación a la sexualidad humana, también se han visto afectados por los conceptos que la sociedad tiene para este término.

El hecho de hablar de sexualidad dentro de nuestra sociedad causa mucha euforia hasta nuestras fechas y sin embargo existe la paradoja de que todavía sea una incógnita.

Un ejemplo de esto es la educación sexual, la cual se debe impartir a los niños desde temprana edad para prepararlos a recibir y aceptar la adolescencia, tomando con naturalidad sus cambios físicos, psicológicos y emocionales y concientizar que son seres humanos con deseos e impulsos sexuales.

No obstante, el concepto de educación sexual se maneja diferente ya que dentro de la sociedad el hablar de sexualidad se refiere al hecho del comportamiento del ser humano de acuerdo a su sexo.

Si es hombre deberá comportarse de una forma y si es mujer de otra; estos aspectos hacen que el adolescente no esté de acuerdo con muchas actitudes de la gente, pero sobre todo, le crea cierta confusión en relación a como debe comportarse creándole un miedo al ridículo que la sociedad le hereda desde que nace hasta que muere.

Afortunadamente en los últimos 20 años se han dado una serie de transformaciones en cuanto al concepto de femineidad y masculinidad y lo que socialmente le es permitido hacer al hombre y a la mujer.

Sea como sea, la escena contemporánea nos revela, en líneas generales, cambios muy importantes. En primer lugar, gracias al triunfo de las ideas progresistas, en parte por la acción de los movimientos feministas y al avance de la ciencia y las necesidades económicas, han variado notablemente las concepciones sobre el papel sexual del hombre y de la mujer.

Este hombre siempre pensando y en teoría dispuesto a "cumplir", en su particular maratón sexual, convertido en una verdadera pelvis en marcha, le está sucediendo progresiva y más moderadamente lo que sería deseable. Otro más atento con los deseos de su compañera, más tierno, más sensible al sexo con mayor sensualidad y con menos demostración de virilidad; al mismo tiempo, la mujer pasiva y conformada da paso a otra más participativa. Es interesante constatar que, a pesar de cierto determinismo biológico que parece reservar un papel de mayor agresividad sexual al hombre, las reglas de aprendizaje les permiten en cierto modo liberarse de éstas y otras esclavitudes biológicas.

Una segunda modificación psico-social concierne a los valores sexuales. Se concibe hoy día la relación sexual como un acto de gratificación y como algo de lo que se puede y se debe hablar con más naturalidad.

Hay más petición, por parte de la población de educación sexual, de centros de planificación familiar y de asistencia clínica sexológica.

Esta naturalidad ha dado lugar a que se acepte con menos rigidez el erotismo en la vida cotidiana. El contraste negativo es una excesiva y a veces, grosera y vanal descarada instrumentalización del sexo con fines comerciales.

El sexo incrementa las ventas y se ha convertido en una forma de consumo más de la sociedad, que absorbe con velocidad de rayo cualquier situación excitante. Vivimos tiempos de excitantes estímulos; el sexo que bombardea nuestras vidas es un ejemplo de esta situación de "hambre de sensaciones" tan típica de los albores del siglo XXI.

f) El Adolescente, su Concepto de Salud y las E.S.T.

Otro matiz muy interesante ha sido la incorporación más temprana de los adolescentes a la sexualidad compartida. Un matiz con riesgos no siempre bien conocidos por los jóvenes es la extensión de las enfermedades de transmisión sexual y muy especialmente el contagio del VIH, o el aumento de embarazos no deseados, lo cual impone a todos poner en marcha la capacidad de responsabilidad individual y social.

Los adolescentes precisan de más información sexual (que deberían recibir en escuelas e instituciones, pero no es así), acceso adecuado y sencillo a los centros y medios de planificación familiar, conocimiento riguroso de las técnicas anticonceptivas, así como de una educación en valores, de comunicación entre sexos y de respeto hacia las peculiaridades sexuales, como la homosexualidad y hacia las diferentes opciones personales que cada uno tenga ante el ejercicio de su sexualidad.

Algo ha cambiado en todos y es en las actitudes ante el sexo en este final del siglo. Pero, ¿cuáles han sido las causas?.

En primer lugar, el triunfo de las ideas democráticas que han permitido acercarse con libertad a los conocimientos y opciones sexuales. Y en segundo lugar, el avance de los conocimientos científicos sobre el sexo. Avances que cristalizaron a partir de la década de los setenta con importantes pioneros como Alfred Kinsey y que, codo a codo con los cambios sociales, han permitido contemplar la realidad sexual de forma mucho más objetiva y pragmática.

Otro aspecto importante es el que la mujer ha accedido al mercado de trabajo. El empleo femenino ha provocado cambios en la sexualidad y en la pareja: al empezar a conseguir la independencia económica, ya no necesita someterse a un varón, padre o marido y puede asumir una notable libertad personal.

Desde el punto de vista sexual, los anticonceptivos modernos le han permitido una libertad de acción que antes no tenía. El futuro de la sexualidad femenina en el mundo occidental parece claramente positivo y serán los hombres los que deberán reajustarse para adaptarse a los nuevos conceptos sexuales, los cuales, probablemente, también será beneficioso para ellos.

El adolescente es sumamente hábil para comprender las cosas que percibe, cuando todo el conjunto de cuestiones que contribuyen a su tarea de formarse como adulto tratan de retrasar considerablemente el hecho de que algún día ajerza su sexualidad, tomando una actitud prohibitiva o bien restringente.

El problema de todo esto, es que aunque se presiona de manera continua para que ellos eviten tener relaciones sexuales, se siguen dando fenómenos de contagio y en especial de ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES, EMBARAZOS ADOLESCENTES E INFECCIONES DE SIDA.

g) El Adolescente frente al SIDA.

Los adolescentes ante la problemática del SIDA, en ocasiones muestran conductas de apatía, en otras de preocupación pero no concientizan el hecho de la prevención, ya que no han tenido una educación adecuada que los prepare para ver su sexualidad desde un panorama amplio, del mismo modo las ventajas y desventajas de ejercer la sexualidad de manera responsable.

Es así como viendo esta problemática que crece cada día más, se ha tenido que pensar en hacer algo y como se sabe que el virus ya establecido dentro del organismo

del ser humano es imposible erradicarlo y sobre todo que es progresivo y mortal, se trata entonces de buscar una solución antes de sufrir las consecuencias de transmitir y ser portador del virus.

Lo que se necesita es erradicar el problema desde su raíz no contrayéndolo y que mejor que la prevención como una opción para evitar que siga acrecentándose esta pandemia y lógicamente reforzarla muy especialmente en la población adolescente.

CAPITULO IV

PREVENCIÓN

a) Concepto.

Anticipación a la aparición de una conducta o fenómeno // Acción y efecto de prevenir. // Preparación, disposición que se toma para evitar algún peligro.

Debido que hasta éste momento no existe vacuna ni medicamento específico para la cura del SIDA, sino solo para las enfermedades derivadas o asociadas con el mismo, la prevención es el aspecto más apropiado para poner en práctica.

b) Alternativas para el ejercicio de la sexualidad.

La prevención es la única vía para detener la pandemia del SIDA. Debe de llevarse a cabo a un nivel social por medio de las autoridades sanitarias, realizando programas de prevención y realizando pruebas de detección de VIH a la sangre y sus derivados; por otra parte a un nivel individual, requieren promover comportamientos, disminuyendo las conductas del alto riesgo.

Para ello es necesario adoptar cambios en las prácticas sexuales, los cuales parten desde las propuestas por grupos conservadores:

- Fidelidad entre parejas casadas.
- Abstinencia entre solteros.
(hasta propuestas más progresistas)
- Práctica de relaciones monógamas.
- Evitar la inoculación de sangre y material.
- Uso del preservativo (Ramírez, 1989).

c) Prevenir educando a la población.

Los diversos programas de prevención tienen por objeto concientizar a la población sobre la necesidad de un cambio en la conducta sexual y/o utilizar el condón, sin embargo, esto se ha topado con la resistencia de amplios grupos de la sociedad, incluyendo a los grupos más afectados y a los heterosexuales, quienes se consideran exentos de contraer el virus.

Muchos hombres no utilizan el condón alegando que no logran la misma sensación sexual y otros por simple negligencia, no obstante que éste método logra un alto grado de prevención si se emplea correctamente (CONASIDA, 1988).

La prevención se puede dividir en dos partes: La prevención primaria y secundaria. La prevención primaria es la parte inicial en la que se debe poner mayor atención, tratando de corregir la problemática desde antes que comience a serlo ya que debe estar dirigida a anticipar las posibilidades de infección del VIH.

En esta etapa que es la más importante, se trata de hacer conciencia dentro de la población en general, de la importancia de educarse para prevenir el contagio, a la vez de disipar dudas en torno a la epidemia y tratar de evitar que se sigan dando actitudes de estigmatización y rechazo a los enfermos de SIDA o portadores de VIH.

Asimismo, la prevención primaria comprende las siguientes metas:

- a) Determinar conocimientos, actitudes y prácticas de la población en relación al SIDA.
- b) Publicidad de prevención y percepción de enfermedad.
- c) Diseñar modelos y ejecutar acciones de comunicación social para grupos específicos y población general.
- d) Formar centros de información y atención telefónica.
- e) Promover higiene y educación sexual en escuelas de educación media.
- f) Introducir valores positivos hacia la salud; arte, deporte y relaciones comunitarias.
- g) Aclarar precauciones a tomar en empresas, hospitales e instituciones públicas.

h) Especificar recomendaciones en centros educativos, militares, comunitarios y civiles.

i) Publicidad radial, televisiva y gráfica, comunicando medidas de protección como:

- Abstenerse de las relaciones sexuales con desconocidos (as).
- Tener relaciones sexuales con quien se tenga la seguridad de que no estén infectados.
- Reducir el número de parejas sexuales.
- Realizar la penetración con preservativos de comprobada eficacia.
- Evitar las relaciones promiscuas.
- Evitar la penetración ante la duda de persona infectada.
- No compartir agujas, ni jeringas.
- Usar material desechable en transfusiones.
- Extremar reglas de higiene en el uso de instrumental quirúrgico.
- Evitar el uso de drogas.
- Chequeos médicos periódicos, incluyendo para SIDA.
- No abusar de bebidas alcohólicas, ni el tabaco.
- Apoyar las campañas de investigación, docencia y prevención de ésta enfermedad.
- Mantener un estado óptimo físico y psíquico.
- Ante la duda acudir a instituciones especializadas.
- Ante duda en embarazadas realizarse análisis y seguir criterios éticos y médicos.
- Utilizar la sexualidad para placer y vida, no para precipitarse a la muerte.
- En el área profesional, favorecer y facilitar el trabajo multi e interdisciplinario.

También se contempla:

- a) Aumentar la calidad de vida.
- b) Formar centros informativos para familias y adolescentes.
- c) Organizar grupos para informar y prevenir.
- d) Usar solo sangre o hemoderivados tipificados, al igual que tejidos, órganos o esperma.
- e) Usar equipo anti-SIDA en caso de riesgo conocido.
- f) Evitar lesiones con objetos que pudieran estar contaminados.
- g) Evitar embarazos en la mujer infectada o de alguien infectado o con conductas de alto riesgo.

- h) Evitar situaciones estresantes, peligrosas o depresivas ya que no favorecen al sistema inmunológico.
- i) Uso adecuado de antisépticos.
- j) Limpieza estricta de cualquier superficie contaminada con sangre o secreciones que tengan o puedan tener el VIH.

Por otra parte, la prevención secundaria se caracteriza en proporcionar educación sexual al seropositivo o enfermo de SIDA, para que pueda prevenirse el contagio a más población y seguir propagando esta pandemia.

De igual forma establecer una mejor calidad de vida en el enfermo de SIDA ya que a pesar de que se observe la patogenia de la enfermedad, éste merece una digna calidad de vida siendo importante que el seropositivo o enfermo de SIDA viva lo mejor que sea posible. Gorzarelli J. (1993), en términos generales propone:

- Diagnóstico oportuno
- Realizar pruebas en la población, aconsejar los beneficios que representa, debiendo ser gratuito, anónimo e individual
- Efectuar pruebas serológicas en bancos de sangre y grupos con conductas de alto riesgo.
- Tratamiento con AZT.
- Tratamiento adecuado de las enfermedades oportunistas.
- Asistencia psicológica al portador y familiares.
- Evaluaciones periódicas a seropositivos y en proceso de recuperación.
- Informar a la pareja, dentista o personal de salud de que se es portador, para que tomen medidas necesarias.
- Fomentar campañas que desmitifiquen la enfermedad.
- Estar concientes y alertas de que la enfermedad es permanente y que todos los portadores son transmisores del virus y que las relaciones sexuales con otros infectados producen nuevas cargas virológicas. Las sobreinfecciones aumentan la

posibilidad de mortalidad. Un caso similar es el de los dependientes de drogas intravenosas.

La prevención se facilita en la medida en que los individuos pueden elegir sus prácticas sexuales.

Las tres medidas que generalmente se recomiendan para disminuir el riesgo de contagiarse por VIH son:

- 1) abstinencia sexual.
- 2) relación monógama con alguien no infectado.
- 3) uso rutinario de condón.

En caso de que las dos primeras medidas no puedan llevarse a cabo, deben realizarse aquellas técnicas conocidas como "Sexo Seguro", esto se refiere a prácticas sexuales que se han considerado sin riesgo de contacto con fluidos infectantes de otra persona: besos secos, abrazos, masturbación, masajes y frotamiento, así como el uso del preservativo para cualquier tipo de coito.

Si bien el uso de éstas técnicas no garantiza totalmente la prevención del contagio del virus, el practicarlas siempre de forma adecuada es el método más eficaz para evitar su transmisión.

Para prevenir los contagios por vía sanguínea se debe detectar la infección por VIH en todos los donadores de sangre, semen u órganos infectados y eliminar todos los productos que puedan estar contaminados.

Otra forma de prevenir este modo de transmisión, consiste en utilizar agujas y jeringas desechables, sobre todo el personal médico y para-médico, así como los usuarios de todo tipo de drogas, (por su estado de enajenación, que no miden sus acciones y pueden tener un contacto sexual sin protección) principalmente drogas intravenosas, tatuajistas, pedicuros, acupunturistas y similares.

También debe someterse a esterilización cualquier material punzocortante que vaya a ser utilizado en tejidos humanos, como en el caso de estilistas y dentistas.

Dentro de las medidas de prevención para evitar la transmisión de VIH por vía perinatal, se hace énfasis en que la mujer seropositiva debe evitar embarazarse pues puede transmitir el virus al feto a través de la placenta, durante el parto o en la lactancia, además, el embarazo puede acelerar el desarrollo de la sintomatología.

El hombre seropositivo, por su parte, debe evitar embarazar a una mujer para no transmitirle el virus y ella, a su vez, al bebé.

Los niños nacidos de madres seropositivas o que hayan realizado prácticas de riesgo, deben recibir evaluación clínica para obtener un diagnóstico temprano y en caso de infección someterlos a atención médica adecuada. La prueba de detección del VIH "ELISA" es una de ellas.

Del mismo modo el paciente seropositivo y el enfermo de SIDA tienen derechos desde el punto de vista Jurídico-Legal, los cuales se mencionan a continuación.

Aspectos jurídicos y derechos humanos en pro de los enfermos de SIDA.

Las personas con VIH/SIDA tienen los mismos derechos que aquellos que no están afectados: "Sus derechos son los mismos que todos."

La persona que vive con el virus, o que ya está enferma, antes que nada es un ser humano. Esto quiere decir que tienen los mismos derechos que cualquier ciudadano y de todos depende hacerlos realidad cada día.

Existen quienes por diferentes razones, reaccionan con rechazo ante las personas con VIH/SIDA.

Por otra parte, es indispensable que la sociedad no continúe lesionando los derechos humanos de las personas que viven con SIDA, con reacciones como: rechazo, despidos, lanzamientos, discriminación, abusos, falta de atención médica, entre muchos otros. Por lo cual, se creó la cartilla de derechos humanos VIH y SIDA, aprobada y respaldada por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, publicada el 9 de abril de 1992, con el fin de que las personas que viven con VIH o SIDA recuperen y conserven sus derechos que nuestras leyes consignan por igual para todos los mexicanos y la cual incluye los siguientes 14 puntos básicos:

DERECHOS HUMANOS EN PRO DEL ENFERMO DE SIDA.

Los derechos humanos para las personas con VIH/SIDA son los siguientes:

1. La ley protege a todos los individuos por igual; en consecuencia no debe sufrir discriminación de ningún tipo.
2. No está obligado a someterse a la prueba de detección de anticuerpos del VIH ni a declarar que vive con VIH o que ha desarrollado SIDA. Si de manera voluntaria decide someterse a la prueba de detección de anticuerpos VIH, tiene derecho a que ésta sea realizada en forma anónima y que los resultados de la misma sean conservados con absoluta discreción.
3. En ningún caso puede ser objeto de detención forzada, aislamiento, segregación social o familiar por vivir con VIH o haber desarrollado SIDA.
4. No podrá restringirse su libre tránsito por el territorio nacional.
5. Si desea contraer matrimonio, no podrá ser obligado a someterse a ninguna de las pruebas de detección de anticuerpos del VIH.
6. Vivir con VIH o SIDA no es un impedimento para el ejercicio de la sexualidad, siempre y cuando se tomen las precauciones necesarias.
7. Cuando solicite empleo, no podrá ser obligado a someterse a ninguna de las pruebas de detección del VIH. Si vive con VIH o ha desarrollado SIDA, éste no podrá ser motivo para que sea suspendido o despedido del empleo.

8. No se le puede privar del derecho a superarse mediante la educación formal o informal que se imparta en instituciones educativas públicas o privadas.
9. Tiene derecho a asociarse libremente con otras personas o afiliarse a instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con VIH o han desarrollado SIDA.
10. Tiene derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre los medios de propagación del VIH y la forma de protegerse.
11. Si vive con VIH o desarrollado SIDA, tiene derecho a recibir información sobre su padecimiento, las consecuencias y tratamientos a los que puede someterse.
12. Tiene derecho a los servicios de asistencia médica y social que tengan como objetivo mejorar la calidad y tiempo de vida.
13. Tiene derecho a una atención médica digna y su historial médico deberá manejarse en forma confidencial.
14. Tiene derecho a una muerte y servicio funerario dignos.

Como todos los seres humanos que viven en este país, el paciente tiene derecho a la protección de salud, para lo cual, las instituciones de salud, deben respetar los siguientes derechos:

- 1.- A la vida.
- 2.- A la salud.
- 3.- A la autonomía.
- 4.- A la información.
- 5.- A la verdad.
- 6.- De confidencialidad.
- 7.- A la libertad.
- 8.- A la intimidad. .
- 9.- A un trato digno.
- 10.- A la atención médica.

"Cuando la humanidad venza a la ignorancia, al temor y a los prejuicios, podrá detener al SIDA" (Carrasco E. 1994).

La prevención requiere de la población en su conjunto, para que pueda llevarse a cabo una campaña educativa que abarque diferentes elementos dentro de la comunidad y ejerza su influencia sobre todos ellos.

Por el momento no hay alternativa mejor ante el SIDA que la prevención. Y dentro de las cosas que debemos saber para prevenir el contagio de VIH es el uso correcto del condón.

Algunas personas creen que si están usando otro método anticonceptivo no tienen necesidad de usar el condón, esto es falso, no importa con quien se este teniendo la relación sexual, ni si están o no usando algún método anticonceptivo, el uso del condón es insustituible para prevenir el contagio de VIH.

Hay también quienes se quejan de falta de sensibilidad durante el coito usando el condón: que se rompe fácilmente, que no están de un tamaño adecuado. etc. La cuestión es que siempre encuentran una justificación para no utilizarlo; el condón es un método bastante, aconsejable aunque no 100% efectivo para la prevención del VIH.

Los condones no deben exponerse al calor o frío excesivos, ya que el material del que están hechos es sensible a los cambios extremos de temperatura y pueden romperse en el momento de usarlos.

En cuanto al suministro de sangre, es labor de la comunidad participar en la donación y las personas que pudieran estar infectadas deben excluirse voluntariamente de la misma.

Las actividades educativas se dirigen, en primer lugar, a aquellas personas con prácticas o conductas que las ponen en riesgo de adquirir la infección.

En el caso de los trabajadores del sexo, prostitutas y prostitutos, los estudios llevados a cabo en nuestro país han demostrado que el problema de infección por VIH es bajo, y los sujetos que se dedican a esta actividad deben igualmente participar en la educación sobre SIDA.

Un segundo grupo son los individuos que se encuentran en capacidad de tomar decisiones, como lo son las autoridades políticas.

Finalmente, el grupo más importante y al que deben orientarse las campañas educativas lo constituyen en primer instancia los adolescentes, por ser una de las poblaciones con un alto riesgo de contraer el virus. Además de educarlos a ellos también las campañas educativas deben estar dirigidas a maestros y padres de familia, por estar tan cercanos a los adolescentes.

Siendo de suma importancia que ellos tengan la capacidad para dar una adecuada respuesta a las dudas de los adolescentes, en relación a la sexualidad y no evadirla, sancionarlos o bien ignorarlos en el momento que plantean sus preguntas.

Por otro lado también es de gran importancia que padres y maestros, tengan una adecuada información acerca del SIDA y puedan prevenir su contagio; en cuanto al personal de salud, es decir todos y cada una de las personas que estén relacionadas con el bienestar físico y psicológico del ser humano deben de manejar el tema del SIDA y su prevención, para poder informar a la comunidad en general, en caso de ser requerida la información.

Por último es importante que para todos aquellos que trabajen directamente con problemas físicos, que involucren la manipulación directa con el paciente, con fluidos seminales, vaginales o sanguíneos, o con objetos punzocortantes, sepan que medidas de esterilización y de protección deban tomar en cuenta para no correr riesgos de contagiarse ni de contagiar a otros pacientes. Todas estas medidas tienen la finalidad de educar y prevenir que esta epidemia continúe creciendo.

d) El desarrollo del adolescente y sus implicaciones para la prevención del SIDA.

La adolescencia es una etapa crucial de la vida, no solamente en lo que se refiere a la educación y la promoción de la salud en general, sino a la prevención de contagio del VIH y la educación sobre el SIDA en particular.

En los países industrializados se destacan tres aspectos entre estas exigencias del desarrollo, los cuales guardan una importante relación con la prevención del VIH. Las discusiones llevadas a cabo en la conferencia de Yaoundé han demostrado que estos temas que se describen a continuación, también se pueden ampliar a los países en desarrollo como México:

"El cuerpo": preparará los futuros adolescentes para las transformaciones físicas que acompañan a la pubertad con el fin de aceptar su propio aspecto físico y verlo como algo natural.

"El rol": Hacer frente a las expectativas derivadas de los roles sociales y del género;

"La exposición al riesgo": controlar la voluntad individual y las presiones sociales que incitan a correr riesgos en el terreno de la salud (por ejemplo, por el consumo de drogas ilegales, la búsqueda de excitaciones físicas sexuales).

Como parte del proceso de desarrollo, la sexualidad puede implicar el riesgo de infección del VIH, ya que los jóvenes de ambos sexos por lo regular no tienen parejas sexuales eternas es decir suelen cambiar constantemente de parejas sexuales antes de establecer relaciones íntimas duraderas, ya sea por incompatibilidad de caracteres o problemas de tipo emocional.

Además, la gran mayoría de los adolescentes mantienen sus primeras experiencias sexuales y las siguientes sin usar preservativos.

Por ello, como objetivo prioritario en la prevención del SIDA entre adolescentes se debería intentar influir en su comportamiento sexual y de exposición a riesgos, dentro del contexto de sus estilos de vida teniendo en cuenta las diferencias de trasfondo cultural, económico y familiar.

En muchos países, los niños y los adolescentes en general no constituyen aún un grupo de alto riesgo, sin embargo se les considera como uno de los grupos más significativos a los que se debe dirigir la prevención y educación, ya que las relaciones sexuales esporádicas, los cambios de parejas o el consumo de drogas suelen ser elementos comunes que aparecen por igual en el desarrollo de los jóvenes de uno y otro sexo.

Una educación comprensiva sobre el SIDA puede tener su mayor efecto cuando se le introduce en la primera fase de la adolescencia, es decir, en esta etapa del desarrollo en que los rasgos del comportamiento sexual, del rol y de riesgos aún se están conformando y pueden resultar más fáciles de influir o cambiar que en una etapa posterior.

A fin de alcanzar este objetivo, la prevención de la infección del VIH para los adolescentes deberá adoptar una amplia perspectiva metodológica que integre la educación sobre el SIDA en la educación sexual y la promoción de la salud.

Las estrategias preventivas deberán contemplar las áreas e intereses principales de los adolescentes: sexualidad, la pareja, la prevención del embarazo no deseado y enfermedades de transmisión sexual y la exposición a riesgos.

La información y los conocimientos médicos referentes a las vías de transmisión del VIH deberán sumarse a una educación práctica y al apoyo de los adolescentes con respecto a las prácticas de reducción de riesgos a través de la comunicación y el contacto sexual "seguro" (o el "uso seguro", en el caso de adictos a drogas intravenosas).

En la práctica se pueden extraer importantes enseñanzas de la educación para la planificación familiar, es decir, de la experiencia adquirida en la prevención del embarazo no deseado el aborto y la educación sobre los métodos anticonceptivos.

La información sobre los riesgos de la transmisión del VIH siempre se debería unir a una encaminación a medidas preventivas a través de la comunicación personal.

La educación sobre el SIDA debería fundamentarse en la acción individual y de grupo creando un ambiente de confianza entre los adolescentes y los adultos dentro del ámbito escolar.

En un creciente número de países en todo el mundo, ya se complementan los programas específicos para la educación sobre el SIDA con la inclusión de las informaciones sobre el SIDA como parte integral de la educación sexual, planificación familiar, prevención de la droga y promoción de la salud. Esta tendencia ha de continuarse y la efectividad de ambas aproximaciones ha de evaluarse (Franzkowiack, P.1990).

Es obvio, por lo tanto, que las actividades educativas abarcan diferentes elementos dentro de la comunidad, por lo que ejercen su influencia sobre todos ellos.

La OMS, reporta que la única medida preventiva es educar e informar, desterrar el miedo. Por lo tanto el objetivo de toda campaña preventiva debiera ser: combatir prejuicios de estigmas, hostigamiento y pánico, modificando la representación social que se tiene del SIDA.

También se debe motivar la movilización social solidaria para apoyar y ayudar a los enfermos e infectados por el VIH. Se debe educar sobre los medios de transmisión, principalmente el sexual, explicar el riesgo de cada práctica sexual y sus opciones preventivas, así el individuo será responsable de la elección de sus prácticas sexuales y no se impondrán reglas.

El conocimiento de la realidad social del individuo permitirá también orientar mejor las campañas de educación sexual. La forma como se concibe el fenómeno de la sexualidad difiere de un individuo a otro, por lo tanto las medidas y su difusión deberán responder a los diversos marcos socioeconómicos, culturales e ideológicos de una sociedad. Esto permitirá efectivamente un conocimiento del problema provocando un cambio de ideas erróneas y conductas sexuales de riesgo (CONASIDA, 1988).

CAPITULO V

ANALISIS Y CONCLUSIONES

ANALISIS

El hecho de que la juventud esté viviendo una época en la cual se acelera de tal forma el ritmo de vida de cada uno de los seres humanos, provoca cierta confusión y angustia por el desarrollo e involucración del ejercicio de su sexualidad.

Junto a esto, la falta de información y de comunicación en muchas de las familias mexicanas incrementa una educación a medias o bien distorsionada e través de los medios de comunicación masiva.

De tal forma que los adolescentes desean vivir su vida de forma más rápida a la que se vivió en la adolescencia de algunas décadas anteriores a éste, contraponiendo en ocasiones algunas teorías sobre esta etapa, las cuales están situadas en tiempos no paralelos a éste, por muchos motivos que tienen que ver desde la situación geográfica, económica, social, cultural, y familiar.

Con ello se enfrenta una transformación dentro de una nueva forma de vida, que parte desde lo social hasta lo físico, psicológico y emocional del individuo, en donde de pronto se tiene que confrontar a una Pandemia de la densidad del SIDA. Aunado a esto, durante esta etapa el mismo aceleramiento social, cultural, emocional y hormonal provoca en ocasiones la falta de responsabilidad y el querer fugar una angustia por el lado de la inconsciencia o la conciencia sin responsabilidad, a veces solo por terminar con este viaje sin final.

Tomando en referencia lo anterior y la importancia de la estrategia utilizada, dentro de este trabajo, la cual se refiere al hecho de educar para prevenir multiplicando la información pero algo esencial es que los multiplicadores, sean de la misma edad,

ya que el sólo hecho de mantener un contacto del adolescente con gente de diferente jerarquización, como es el caso de los profesores, psicólogos y trabajadores de la salud, les impone cierto rechazo para aceptar la importancia de la prevención, sin embargo al establecer un ser humano paralelo a su edad, su nivel cultural, social y jerárquico, es más fácil que la información proveniente de este le sea más significativa y sobre todo lo haga concientizar sobre el hecho de prevenir y porqué no también invitarlo a que siga multiplicando con otros de su misma edad la información obtenida.

Es importante mencionar que el adolescente como ya se menciono en el Capítulo III esta situado en su mundo, con sus propias reglas y el hecho de que sea invadido su espacio por un adulto en ocasiones no es tan agradable, por otro lado si es con alguien que comparte sus sueños, anhelos, problemática, habla su mismo lenguaje y esta de acuerdo con su grupo social, sera más eficiente esta multiplicación, claro esta que para poder multiplicar al primer grupo, debe ser necesario el recurrir a un adulto, que maneje esta información, como es el caso de el psicólogo, sobre todo es de gran importancia que el multiplicador sepa que cuenta con alguien que lo respalda y que en cualquier momento le brindará su ayuda tratando de disipar sus dudas que surjan dentro del camino como multiplicador.

Algo que es de suma importancia a modo de resumen, es que dentro de la investigación la diferencia significativa que se dió en las dos escuelas de la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTOMA DE MEXICO (Prepa 1 y CCH-SUR) en comparación al COLEGIO NACIONAL DE EDUCACION PROFESIONAL TECNICA, fue el cambio de actitudes y conocimientos, esto es, mientras que en el CCH- SUR y la PREPA 1 sólo se reafirmaron sus conocimientos, no habiendo cambios significativos en las actitudes, dentro del CONALEP sí existieron cambios significativos tanto en conocimientos como en actitudes, esto fue algo muy importante debido a que se pudo observar que dentro de estas escuelas no se manejan tantos curso como en las perteneciente a la UNAM y a pesar de esto reaccionaron más favorablemente, ya que pudo observarse dentro de los datos obtenidos de los pre-test y post-test aplicados a esta población un incremento favorable de cambio en actitudes y conocimientos. sus

conocimientos aumentaron un 6% en tanto que sus actitudes un 2% de manera tal, que esta población a pesar de sólo trabajar con pláticas, es decir sin apoyo de audiovisual se concientizó más de la importancia de prevenir y de multiplicar la información y se palparon más sus cambios de actitudes, ya que se pudo observar en las dos escuelas anteriormente citadas, que los conocimientos básicos acerca de la prevención del SIDA, los han tenido gracias a cursos constantes dentro de la UNAM, sin embargo no hay muchos cambios de actitudes y ésto es preocupante, tienen los conocimientos pero no los aplican eficientemente para poder prevenir el VIH-SIDA.

Tal aspecto podría deberse a que la información que ha surgido en torno al SIDA, ha hecho que los individuos realicen procesos cognoscitivos en torno a la enfermedad, pero sin una percepción adecuada en referencia a esta epidemia.

La percepción es un proceso cognoscitivo fundamental en la adquisición del conocimiento, puesto que se concibe como un conjunto total dentro del cual se encuentran incluidos el aprendizaje y pensamiento, así, a medida que el conjunto perceptual se amplía y se torna más complejo y rico con la experiencia, el individuo se vuelve más capaz de extraer información del medio que lo rodea.

Los individuos son alcanzados simultáneamente por una gran variedad de estímulos; no obstante sólo se percibe una parte de ellos, existiendo así una selectividad perceptiva, la cual en las relaciones sociales se manifiesta de muy diferentes maneras, por ejemplo exaltar los aspectos negativos de las personas de las que sentimos aversión o disminuirlos por aquellas que sentimos simpatía.

También nuestras experiencias pasadas facilitan e influyen en la percepción de los estímulos con los que se tuvo un contacto anterior; es así como el proceso de aprendizaje afecta el proceso perceptivo.

Es por esto que muchas veces un mismo hecho es percibido de manera diferente por dos personas en virtud de su condicionamiento anterior, lo que hace que

se perciban elementos diferentes de una misma estructura; además de que existen otros factores que influyen en la percepción del estímulo sensorial como los estados fisiológicos (hambre, sed, depresión), factores de personalidad, así como factores socio-culturales (Forgus, 1975; Rodríguez, 1978).

Al respecto Asch (en Deutsch y Krauss, 1990) establece que la organización perceptual tiende a ser tan buena como las circunstancias lo permitan. En la mayor parte de su teoría trató de demostrar el principio de la gestalt que establece que la experiencia social no es arbitraria sino organizada de tal manera que resulte coherente y significativa.

A través de sus estudios, Asch demostró, que por lo regular las personas tienden a formarse impresiones completas sobre otras personas u objetos psicológicos aún cuando la información sea escasa; además afirma que las impresiones están estructuradas, ya que ciertos rasgos se perciben como centrales y determinantes y otros como periféricos o dependientes; agrega, que cada rasgo posee la propiedad de ser la parte de un todo, por lo que ejerce influencia sobre la organización total de la cual forma parte y es influida por ella.

Asimismo las impresiones existentes determinan el contexto en el que se forman otras impresiones. Finalmente, si existen incongruencias, las personas conducen la búsqueda de una noción más profunda que resuelva la contradicción.

Es así como la percepción que los individuos tienen sobre el SIDA, ha sido influida por una serie de factores, que van desde el contexto en que se ha dado, la forma en que las personas manejan la información hasta sus características de personalidad, lo que hace que los individuos no estimen objetivamente su propio riesgo de adquirir SIDA en forma adecuada, ya que en general las personas evalúan sus posibilidades de adquirir el virus del SIDA de manera muy remota.

Según Lawrence Gree (CONASIDA, 1989), si existiera una percepción de alto riesgo de contraer SIDA, podría influir en la motivación al cambio; sin embargo, opina que todavía la mayoría de la población y en especial los adolescentes, tienen una percepción muy baja de adquirir el VIH, dificultando así las campañas preventivas (CONASIDA, 1989; Sepúlveda 1989, Díaz Loving y Rivera Aragón, 1992; Villagrán Vázquez y Díaz Loving 1992, Villagrán Vázquez, 1993)

Hoy por hoy, el SIDA forma parte de un problema de comportamiento, ya que afecta a la persona por lo que en un momento determinado realice. En este sentido, lo que en última instancia determinará que una persona este expuesta o no al virus, es su conducta; así, si una persona se involucra en conductas de riesgo como el no usar condón al tener relaciones sexuales, tiene una alta probabilidad de infectarse.

Por otro lado si lleva a cabo conductas sexuales de protección en las cuales incluya el uso del condón, sus probabilidades de adquirir el virus serán muy bajas.

Se sabe que la información acerca de las conductas sexuales de riesgo o de prevención es necesario pero no suficiente para lograr un cambio conductual; puesto que además de la información, existe la influencia de una gran cantidad de factores: de personalidad, cognoscitivos, emocionales y motivacionales entre otros, que determinan que las personas lleven a cabo conductas sexuales específicas de protección ante el SIDA y principalmente los adolescentes, dado a que es una población tan vulnerable por sus características propias de la etapa en que viven y su medio que los rodea a poder contraer el VIH.

La prevención de la infección por el VIH en las comunidades escolares y universitarias adquiere una importancia trascendental entre los adolescentes, donde el riesgo de infección es por edad, ocupación y ubicación, agregándose el factor de convivencia con otros grupos de alto índice de infección.

Ante esto, se requieren estrategias adecuadas para grupos específicos y los esfuerzos deben estar orientados también a la educación para la salud a través de la información y adiestramiento a profesores para que incluyan en sus clases tópicos preventivos en relación a los embarazos no deseados y la prevención del VIH-SIDA.

Por lo que considerando el tema central de esta tesis, es importante establecer acciones inmediatas y específicas de prevención, ya sea por organizaciones de personal de salud competentes u otras organizaciones comunitarias, como lo ha hecho IMIFAP en colaboración con la SEP y la UNAM para la prevención de este problema.

CONTRIBUCION

La aportación de esta tesis, esta dirigida a los adolescentes, a la comunidad estudiantil de la Facultad de Psicología de la UNAM, a mí misma y a todos los seropositivos y enfermos de SIDA, no recriminando ni juzgando su enfermedad ni la forma de haberla contraído, sino tratando de educar para intentar un cambio de actitudes en la población que los rechaza y etiqueta. con la finalidad de fomentar la prevención de este virus que produce el riesgo latente en cualquier ser humano.

De hecho, la misma problemática es la que incita a tratar de poner un alto a esta pandemia, para evitar que se siga propagando, de allí el preocuparse por llevar a cabo este tipo de investigaciones y sobre todo el promover y actualizar campañas educativas que tengan como fin capacitar a la población adolescente para prevenir este tipo de problemas.

Entendiéndose como capacitación, el hecho de desarrollar habilidades y conocimientos mediante los cuales pongan en juego recursos existentes que no se habían explotado.

Es decir, se busca que el adolescente sea capaz de difundir y multiplicar de forma geométrica (dando él mismo la información a otro adolescente) los conocimientos en torno a la prevención del SIDA a fin de que tengan elementos para evitar Enfermedades Sexualmente Transmisibles, principalmente, el SIDA y más importante aún es que ellos sepan que cuentan con instituciones que los respaldan apoyándolos y proporcionándoles información acerca de este tema.

Como en el caso de IMIFAP que al preparar a un determinado grupo de adolescentes en tres escuelas diferentes, dos de ellas pertenecientes a la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO y ofrecerles un curso de capacitación básica para multiplicar la prevención del SIDA.

Quedó establecido que el papel del psicólogo llega a ser relevante por su enlace al manejar información actualizada, aparte de la acción conjunta que establece con otras instituciones para poder capacitar a la población y crear la conciencia de la importancia de multiplicar adecuadamente a otras personas. Además, con este trabajo debe considerarse que el psicólogo tienen que ampliar su horizonte y no conformarse con trabajos locales, sino que también sería óptimo el multiplicar todo tipo de escuelas desde el nivel básico hasta las escuelas superiores y no sólo del sector público sino también privado, aparte de comunidades de bajos recursos y rurales, para extender el mensaje de "Educar para Prevenir".

Los siguientes pensamientos que se escriben en relación a los portadores de VIH y enfermos de SIDA, no son mencionados para recriminarlos o hacerlos sentir mal, sino precisamente están escritos con el fin de que la gente al leer comprenda que ustedes son seres humanos que sienten que viven con la esperanza de algún día recobrar su salud y no morir, y que aunque no lo crean, muchos de ustedes se encuentran en la lucha para prevenir que se siga expandiendo esta pandemia que es un problema no solo de las minorías sino que a todos afecta.

Al familiar, amigo o compañero del que vive con el VIH o con SIDA

Hoy has recibido una noticia, una noticia que no hubieras querido recibir nunca, una persona muy cercana a ti está infectada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana VIH., o tal vez ya se encuentra enferma, a causa del SIDA. Lo piensas y no lo quieres creer, tú y los que lo saben se miran desorientados, "¿por qué nosotros?" te preguntarás hasta miedo de decir la palabra SIDA, y dirás "no puede ser que tenga esa enfermedad". Tal vez estés enojado. Tienes coraje, mucho coraje, tal vez hasta se te haya ocurrido "lavarte las manos" o "rajarte", algunos te dirán que ese ser al que amas tuvo la culpa de lo que te está pasando, Que no lo sepa mamá, que no se entere papá, los niños, los vecinos, o en la chamba. En fin, un fantasma se ha instalado en tu casa. Todas éstas son las voces de nuestros miedos, de lo que no queremos ver porque no

nos gusta, del coraje por nuestra tranquilidad quebrantada. Tu cabeza ya parece que va a explotar y todavía te sigues preguntando, ¿y ahora qué? No escuches solo la voz de tus miedos en los momentos difíciles a algunas personas les sale lo menos valioso de sí mismas. Pero afortunadamente, a muchas otras les sale lo mejor de sí mismas. Y es lo mejor de nosotros mismos lo que nos tiene que salir en este momento esa grandeza que sabemos que tenemos ese afecto y ese amor para dar, ese dar sin juzgar, como quisiéramos que otros hicieran con nosotros. ¿Se puede o no se puede? ¡Sí se puede! se puede acompañar a alguien que sufre y que nos necesita y vale la pena hacerlo. Es un desafío, un camino con obstáculos del que todos saldremos enriquecidos, más humanos (Chiriboga 1990).

CARTA DE UN PACIENTE.

Ciudad de México, septiembre de 1990

A quien pueda ser de utilidad:

Hay muchas cosas que podría escribir sobre lo que me está pasando, pero son tantas que prefiero recopilarlas en los siguientes sentimientos:

MIEDO. a lo que vendrá: al rechazo, a la humillación, a no poder hacer frente a los gastos, a no poder comprar los medicamentos, a no tener qué comer, a no poder moverme, a no poder valerme por sí mismo, al dolor, al sufrimiento, a la muerte, a lo que vendrá después de la muerte.

FRUSTRACION por no poder realizar mis metas, mis sueños, mis anhelos, mis objetivos. A no poder alcanzar mi realización personal, profesional, etc. Por no poder encontrar la pareja ideal o disfrutar la que tengo. Por no poder alcanzar la madurez, por no poder recompensar a mis padres y demás seres queridos por lo que me dieron e hicieron por mí. Por no poder ser lo que siempre quise ser.

CORAJE de que me pasara a mí, de que me hayan contagiado, de que la gente no entienda que esto ni es castigo, ni es por ser homosexual. De que me traten como a una persona desahuciada, como un leproso o un apestado. De que me echen en cara que fue por mi culpa.

CULPA porque aun cuando pude evitarlo, no lo hice o no quise hacerlo. Porque pude contagiar a alguien más.

TRISTEZA porque no salieron las cosas como yo las esperaba, porque voy a sufrir y a hacer sufrir a los demás. Porque voy a morir antes de lo esperado y en una forme que no me agrada. Porque mi apariencia se va a deteriorar y voy a terminar dándome lastima a mí mismo y a los demás. Porqué voy a dejar de existir.

INCERTIDUMBRE por lo que podrá venir hoy, mañana, pasado mañana o en el futuro (si es que lo hay). Por no saber cuándo voy a empezar a desarrollar la enfermedad, cuándo empezaré a desarrollar síntomas mortales o hasta cuándo voy a poder aguantar. Por todo lo que vendrá, por no saber cuándo voy a morir.

NOSTALGIA por no poder hacer lo que antes hacía; por tener la necesidad de cambiar mis hábitos de vida.

ENVIDIA de las personas que no están infectadas, de las personas que hicieron lo mismo que yo (e incluso lo siguen haciendo) y no se infectaron. De los viejos porque llegaron a una edad a la que probablemente ya no llegaré. De los que tienen cuerpos atléticos, de los que no se enferman, de los que viven sin esta preocupación, de los que hacen planes para el futuro.

RESIGNACION porque no puedo cambiar mi seropositividad, porque no me queda otra, porque el hecho es real y porque tengo que aprender a vivir con ella.

ALEGRÍA porque no voy a llegar a ser un viejo solo, triste, desamparado o abandonado. Porque a lo mejor Dios me da esta oportunidad para arrepentirme a tiempo y poder morir en paz. Porque voy a morir cuando aún soy útil y le hago falta a alguien, y no cuando ya estorbe. Porque tal vez mi muerte sirva para salvar a otros; porque tal vez los experimentos que se hagan con mi cuerpo (y con mi mente) sirvan para ayudar a otros. Porque existen personas que me ayudan, me entienden y se preocupan por mí. Porque pasar por lo que estoy pasando, tal vez sea la misión que debo cumplir en esta vida. Y por último.

ESPERANZA de que se retrase el proceso, de que se descubra una medicina, de que no me rechacen, de que me traten bien, de que me entiendan, de que no me abandonen, de que no tenga que morir. José de Jesús Septiembre de 1990 (Chiriboga 1990).

BIBLIOGRAFIA

- Aberastury (1978), La adolescencia normal, Buenos Aires: Paidós Ed.
- Alfaro, M. L. (1995), El modelo de acción razonada como predictor del uso del condón en adolescentes y factores psicosociales asociados al contagio de VIH, Tesis Maestría México UNAM.
- Almedal, C. (1991), Acción en SIDA "Promoviendo la Salud Sexual", No. 13, pag. 1-2 México.
- Alvarez, N. P. (1993), Rompan filas. El adolescente y el manejo de su sexualidad, (7), pag. 28-32 México.
- Bayés, R. (1989), Cuadernos de Salud "La prevención del SIDA", (2), pag 45-55 México.
- Bayés, R. (1992), Revista Latinoamericana de Psicología "Aportaciones del Análisis Funcional de la Conducta al Problema del SIDA", (24), pag. 1-2,17-33 México.
- Cárdenas, J. (1989), "Manejo Psicosocial del SIDA", México: Instituto Mexicano de Psiquiatría Ed.
- Carrasco, E. (1994), Acción en SIDA "VIH y Derechos Humanos", No. 22, pag. 8-9 México.
- Carrillo E, Carrillo H. (1993), CONASIDA, Sn. Francisco AIDS Foundation E. E. U. U. "Manual de Telsida Información Básica para Voluntarios", México.
- Castro, P. (1988), Salud Pública de México "Aspectos psicosociales del SIDA", (30), pag 4, 629-634. México.
- Coates, T. (1992), Revista Latinoamericana de Psicología "Prevención del SIDA, logros y prioridades", (24), pag. 1-2,17-33 México.
- Colectivo Sol-CONASIDA (1992), Acción en SIDA "Transmisión sanguínea del VIH en México" No. 14, pag. 8-9 México.
- CONASIDA (1988) Boletín mensual SIDA, "Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida", Julio (2) No 7 México.

CONASIDA (1988), Gaceta "Mitos y realidades sobre la transmisión de VIH", Nov/Dic (1), pag. 3. México.

CONASIDA (1989), Boletín mensual SIDA "Informe Epidemiológico", Enero (3) No. 1 México.

CONASIDA (1989), Boletín mensual SIDA "Declaración conjunta CIE/OMS sobre la infección por VIH", Dirección General de Epidemiología, Abril (3) No. 5 México.

CONASIDA (1991), Gaceta CONASIDA "Informe Epidemiológico", Nov/Dic (1) 4 México.

CONASIDA (1994), Gaceta CONASIDA "Informe Epidemiológico", Nov/Dic (8) 8 México.

Cruz, P. M. L., Pelayo N. (1991), "Actitud sexual ante el SIDA", Tesis México. UNAM.

CHIRIBOGA, D. C. (1990), CONASIDA, GUÍA PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH-SIDA, México.

David, P., (1988), Revista en Psicología Social "Conductas Sexual y Anticonceptiva en adolescentes: aspectos psicosociales y servicios de orientación", (4) No. 1, pag. 1-11 México.

Deutsch y Krauss (1990), Teorías en Psicología Social, Buenos Aires: Paidós Ed.

Díaz, Loving R., y Rivera A. (1992), "Percepción y Auto percepción de Riesgo ante el contagio del VIH. en estudiantes universitarios", Investigación Psicológica pag.27-38 México.

Estanslawski (1989), "El agente Casual " En Sepúlveda Amor, Sida, "Ciencia y Sociedad en México", México: Fondo de Cultura Económica Ed.

Et, all (1993) Enciclopedia de la Sexualidad, tomo IV España: OCEANO Ed.

Filgueiras&Henry (1995), AIDS CAPTIONS "Sida y adolescentes", Nov./95, pag.8-15 Estados Unidos.

Foreman, Martin (1994), Panos Worls Aids "Californian Migrants Health Threat", No. 36 Nov/94, pag. 3 Londres.

Forgus (1975), Percepción, México: Trillas Ed.

Franzkowiack, P.(1990), Intercambio El desarrollo del adolescente y sus implicaciones para la prevención del sida, No Y, pag. 1 México.

Gagnon (1980), Sexualidad y Cultura, México: Pax Ed.

Gallo (1985) en Alfaro M. (1995), "El modelo de acción razonada como predictor del uso del condón en adolescentes y factores psicosociales asociados al contagio de VIH", Tesis México UNAM.

Gorab R.A(1990), Salud Pública de México "La prevención de la infección por el VIH en adolescentes", (1) No. 32 pag. 84-87 México.

Gorzarelli (1993) en Mejía(1995), "Sida y percepción de riesgo y conductas de alto riesgo en adultos jóvenes", Tesis México UNAM.

Gotwald (1983), Sexualidad, México: Manual Moderno Ed.

Hernández G. (1991), Trabajo Social y SIDA: posibles líneas de acción, Caso práctico para obtener el diploma de especialización en Trabajo Social en el área de salud, División de Estudios de Posgrado, ENTS, UNAM.

Hernández, J. Ramírez, H. Reyes. J., "Información para dar a los clientes en la farmacia", CONASIDA, México.

Horrocks (1974), Problemas de la Juventud, México: Trillas Ed.

Hurlock E. (1981), Psicología de la Adolescencia, Buenos Aires: Paidós Ed.

Le Shan E. (1986), Los Adolescentes y la Revolución Sexual, México: Pax Ed.

MALDONADO, V. (1979), Sexualidad e integración familiar, México: lito offset, Ed.

Master & Jhonson (1964), Respuesta Sexual Humana, Buenos Aires: Intermédica Ed.

McCARY, (1983), SEXUALIDAD HUMANA DE McCARY, México: manual moderno Ed.

Mejía, H. (1995), Sida y percepción de riesgo de contagio y conductas de alto riesgo en adultos jóvenes, Tesis. México UNAM.

Merino, G. C. (1990), Perfiles Educativos. Adolescencia, juventud y plan de vida, 47-48 (ene-jun), pag. 66-70. México.

Michael, M. (1991), Acción en SIDA. "Informe de la OMS sobre la situación actual de la pandemia del SIDA", No. 12, pag. 7-10 México.

Monroy & Mora (1985), Trabajo Social y Sexualidad Humana, México: Pax Ed.

Murillo, A (1993), Amigos contra el SIDA "Transmisión del VIH", No. 2 Nov/ 1993, pag. 4-5 México.

OLAIZ, G.(1988), SIDA LA EPIDEMIA QUE A TODOS AFECTA, México: Diana Ed.

O.M.S. (1989), "Sida Información Básica para el Estudiante", Dirección de servicios médicos UNAM.

PAPALIA, D. (1985), Desarrollo humano, México: McGraw Hill Ed.

Pérez y Frías(1990), "Conocimiento y conducta de riesgo para la transmisión del SIDA en adolescentes de la ciudad de México". Tesis Universidad del Valle de México.

Pick, Susan et all. (1988), "PLANEANDO TU VIDA", México: Limusa Ed.

Preciado, J., y Montesinos, L. (1992), Revista Latinoamericana de Psicología "Desafíos para la psicología, en la prevención del SIDA", 24, pags. 1-2.109-122. México.

Rico, B. (1994), SIDA-ETS "Situación Epidemiologica del SIDA", vol. **1 No, 2 Julio- Octubre** pag. I-X

RICO, B.(1995) SIDA-ETS "Situación Epidemiologica del SIDA", Vol. I No. 1 mayo-julio, pag. I-XI México.

Rodríguez (1978), Psicología Social , México: Trillas Ed.

Rodríguez G.(1994), Acción en SIDA "VIH/SIDA, Salud Sexual y Reproductiva, una vinculación que debe fomentarse", No 23 pag. 9-10 México.

Rodríguez, M.G. (1995), "La contratransferencia en el equipo de salud como causa de rechazo a pacientes con VIH/SIDA", Tesina México UNAM.

SEPULVEDA, A. J.(1989), SIDA, CIENCIA Y SOCIEDAD EN MEXICO, México: Fondo de Cultura Económica Ed.

Sepúlveda, J., Valdespino, J., Juárez, y Mondragon, M. (1989), CONASIDA Boletín Mensual "Campañas para la educación en SIDA, ejecución y problemas", (3), pag. 6, 689. México.

Sorenson (1966), en Alfaro M. "El modelo de acción razonada como predictor del uso del condon en adolescentes y factores psicosociales asociados al contagio del VIH", Tesis México UNAM.

TORDJMAN,G.(1984), REALIDADES Y PROBLEMAS DE LA VIDA SEXUAL EN EL ADOLESCENTE, España: Argos Vergara Ed.

VELÁZQUEZ, G.(1993), SIDA ENFOQUE INTEGRAL, México: CIB Ed.

Watson (1971), Crecimiento y Desarrollo del Niño, México Trillas Ed.

Zavriaw, L. (1994), Panos World Aids. "Dangerous practices", No. 33 May/94 pag. 5-9 Londres.

A N E X O S

Nombre _____

Cuestionario para adolescentes

Por favor contesta el siguiente cuestionario. Los datos se manejarán de manera confidencial.

1. N° de caso ____ (FAVOR DE NO LLENAR ESTE ESPACIO)
2. Edad _____
3. Escuela _____
4. Grupo _____ Fecha _____
5. Sexo: Femenino (1)
Masculino (2)
6. ¿Cuál es tu estado civil?
 - 1) Soltero(a)
 - 2) Casado(a)
 - 3) Unión libre
 - 4) Divorciado(a)
7. ¿Has tomado algún curso sobre prevención del SIDA aparte de éste?
 - 1) Sí
 - 2) No
8. ¿Cuándo lo tomaste? _____
9. ¿Dónde lo tomaste? _____

Contesta marcando en el paréntesis si estas de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes frases:

*(A/D= No sé. Ni acuerdo, ni desacuerdo)

	Acuerdo 1	A/D 2	Desacuerdo 3
10. Sólo los adultos pueden tomar decisiones importantes.	()	()	()
11. Las mejores decisiones son las que no se piensan.	()	()	()
12. Es falta de respeto hablar sobre sexo con personas mayores.	()	()	()
13. La mujer que pide a su pareja que use condón para tener una relación sexual no es digna de confianza de su pareja.	()	()	()
14. Los adolescentes son capaces de tomar decisiones importantes.	()	()	()

Contesta SI, NO o NO SE, marcando en el paréntesis que corresponde.

	SI	NO	NO sé
15. La masturbación es dañina para la salud mental del individuo.	()	()	()
16. Los anticonceptivos causan enfermedades.	()	()	()
17. Se puede contagiar una enfermedad de transmisión sexual aunque sólo se tengan relaciones sexuales de vez en cuando.	()	()	()
18. Se puede tener alguna enfermedad sexualmente transmisible sin tener ningún síntoma o molestia.	()	()	()
19. El virus del SIDA sólo lo contraen los homosexuales.	()	()	()
20A. Es lo mismo tener Sida que ser Seropositivo	()	()	()

SI No No sé

20. Sólo las prostitutas pueden contagiar una enfermedad sexualmente transmisible. () () ()
21. El virus del SIDA se puede contagiar por un abrazo con una persona infectada. () () ()
22. El SIDA es curable. () () ()
23. El condón es un método efectivo para prevenir el SIDA. () () ()
24. El condón tiene fecha de caducidad. () () ()
25. Un condón puede ser utilizado varias veces. () () ()

26. Marca la secuencia correcta para el uso del condón. Colocar el número 1 en el primer paso y el número 10 en el último.

- ___ Después de la eyaculación, retirar el pene, tomando el condón del borde para evitar que se quede en la vagina.
- ___ Tirar el condón en la basura.
- ___ Verificar hacia qué lado se desenrolla el condón.
- ___ Poner una gota de lubricante soluble en agua en la punta del condón.
- ___ Tomar la punta del condón y presionarla, colocarlo en la cabeza del pene erecto y desenrollarlo.
- ___ Verificar que el empaque del condón tenga aire.
- ___ Durante el acto sexual verificar que el condón permanezca en su lugar.
- ___ Abrir el empaque con las yemas de los dedos.
- ___ Retirar el condón del pene desenrollándolo y tomando la punta del condón para evitar que el semen se derrame.
- ___ Verificar la fecha de caducidad.

27. Para evitar el contagio de enfermedades sexualmente transmisibles, lo mejor es:

- 1) Utilizar condones.
- 2) Utilizar anticonceptivos.
- 3) Tener cuidado y conocer a la persona con quien se tienen relaciones sexuales.
- 4) No tener relaciones sexuales con prostitutas.

28. ¿Qué significa VIH? _____

29. El periodo de incubación del VIH es de:

- 1) Uno a 3 días después de adquirida la infección.
- 2) 6 meses a 7 años después de adquirida la infección.
- 3) Dos semanas después de adquirida la infección.
- 4) Todas son correctas.

30. Marca las formas de transmisión de SIDA.

- Coito vaginal, anal u oral sin protección.
- Usar los cubiertos de una persona infectada.
- Dormir en la misma habitación con una persona infectada.
- Transfusión sanguínea de una persona infectada.
- Usar el mismo baño que una persona infectada.
- Compartir agujas hipodérmicas con una persona infectada.
- Dar la mano o abrazar a una persona infectada.

36. Cuando tienes relaciones sexuales, ¿tú o tu pareja utilizan algo o hacen algo para prevenir el embarazo?

1) Si 2) No 3) Cual _____

4) Ya no hemos tenido relaciones sexuales

37. ¿Qué utilizan o que hacen?
(No leer opciones)

1. Ritmo
2. Retirar el pene antes de eyacular
3. Condón y óvulos juntos
4. Óvulos (solo)
5. Condón (solo)
6. Espumas
7. Pastillas
8. Inyecciones

PARA HOMBRES:

38. ¿Vas a usar condón cuando tengas relaciones sexuales?

1) Si 2) No 3) No sé

Pasa a la preg. 40.

PARA MUJERES:

39. ¿Vas a decirle a tu pareja que use condón cuando tengas relaciones sexuales?

1) Si 2) No 3) No sé

40. ¿Qué vas a ser si se rehusa? (puede elegir más de una)

_____ Tener relaciones sexuales sin condón

_____ Seguir hablando con él para tratar de convencerlo

_____ Definitivamente no tener relaciones sexuales si no usa condón

_____ Usar un anticonceptivo de uso femenino (eg.: condón de mujer, pastillas, óvulos, diafragma). Otro: ¿cuál? _____

41. ¿Qué harías para convencer a tu pareja de que use condón?
