



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

“ADOLESCENCIA, SEXUALIDAD Y SIDA:
TALLER DINAMICO VIVENCIAL ENFOCADO AL
CAMBIO DE ACTITUDES”.

400282



61060

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
CESAR MARTINEZ BENITEZ
PATRICIA BECERRA RUIZ
GRACIELA HERNANDEZ BENITEZ

P01340/96
Ej. 3

ASESORES: JOSE ESTEBAN VAQUERO CAZARES
PATRICIA VALLADARES CRUZ
MARCO VINICIO VELASCO DEL VALLE



LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEX.

1996

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.

INDICE

IZT:

Pág.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIA 6

A) DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA. ✓

B) CARACTERÍSTICAS DEL ADOLESCENTE. ✓

1. BIOLÓGICAS. ✓

2. PSICOLÓGICAS. ✓

3. SOCIALES. ✓

CAPÍTULO 2. LA SEXUALIDAD EN EL ADOLESCENTE 29

A) INTERÉS POR LA SEXUALIDAD. ✓

B) LA EDUCACIÓN SEXUAL. ✓

1. LA FAMILIA. ✓

2. LA ESCUELA. ✓

3. LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN. ✓

4. LOS AMIGOS. ✓

5. LA RELIGIÓN. ✓

C) ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA EDUCACIÓN
SEXUAL EN MÉXICO.

D) PROPUESTA PARA UNA EDUCACIÓN SEXUAL ✓

ADECUADA. ✓

CAPÍTULO 3. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA

ADQUIRIDA (SIDA) 84

- A) ¿ QUÉ ES EL SIDA ?
- B) TEORÍAS DEL ORIGEN DEL VIH/SIDA.
- C) CARACTERÍSTICAS DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).
- D) MANIFESTACIONES CLÍNICAS.
- E) PRUEBAS DE DETECCIÓN.
- F) MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS.
- G) FORMAS DE TRANSMISIÓN.
 - 1. A TRAVÉS DEL CONTACTO SEXUAL.
 - 2. A TRAVÉS DE LA SANGRE O COMPONENTES Y POR ÓRGANOS INFECTADOS.
 - 3. DE UNA MUJER INFECTADA AL FETO O RECIÉN NACIDO.
- H) COMO NO SE TRANSMITE EL VIH
- I) ESTADÍSTICAS DE LA SITUACIÓN DEL SIDA EN MÉXICO.
- J) IMPACTO SOCIAL.
- K) PREVENCIÓN.

METODOLOGÍA 158

AGRADECIMIENTOS

A DIOS...

El gran ser interno, que me permite alcanzar lo deseado.

A MI MADRE, CONSUELO BENITEZ...

Por la vida, el amor recibido y sobre todo, por ser lo más importante que poseo.

A MI ABUELA, VALENTINA MARTÍNEZ...

Por ser ejemplo de fuerza y temple para afrontar lo asumido.

A MI PADRE, ARTURO MARTÍNEZ...

Por ser el soporte de mi hogar y de mi educación.

A MIS HERMANOS; LUCY, RICARDO, GUSTAVO Y FRANCISCO...

Por ser mi apoyo y ánimo para lograr lo propuesto.

A YOCSAN Y JONATHAN...

Porque para ustedes buscamos un futuro mejor.

A PATY Y CHELA...

Por ser mis amigas y mis cómplices en lo anhelado; pero sobre todo por compartir tristezas y alegrías siempre respetando lo decidido.

A RENÉ SALINAS...

Por convertirse en motivo y parte importante de mis triunfos presentes y futuros.

JETIAEME VEACOU.

A LA FAMILIA BECERRA RUIZ...

En especial a la Sra. Soledad Ruiz, por su inapreciable amistad.

A LA FAMILIA HERNÁNDEZ BENÍTEZ...

Por compartir toda una vida a mi lado.

A LA FAMILIA SALINAS...

En especial a la Sra. María Damares, por el cariño y el respeto recibidos.

A ANGELES AGUILAR..

Mi amiga, sin condiciones.

A CARLOS ALBERTO MORENO...

Un concepto distinto de amistad.

Y a todas las personas presentes y ausentes que de alguna manera compartieron y compartirán una parte de sus vidas con alguien como yo.

CON ADMIRACIÓN Y RESPETO MIL GRACIAS...

CÉSAR

A DIOS...

Por ser mi más grande inspiración en todo lo que he realizado y realizaré en la vida.

A MI MADRE SOLEDAD...

*Porque gracias a ti vivo, soy lo que soy y sobre todo por tu inigualable amor, apoyo y ejemplo.
Gracias, sol de mis días en penumbra.*

A MIS HERMANOS JOSÉ LUIS Y MANUEL...

*Porque juntos hemos compartido y superado infinidad de cosas. Gracias por el apoyo y amor
que siempre me han brindado.*

A MIS ABUELITOS...

Por todo lo que nos han brindado a mis hermanos y a mi.

A MIS TÍOS...

Por representar a la persona que alguna vez perdí. Gracias por su valioso ejemplo.

A MIS TÍAS...

Por la fuerza y entereza que siempre han mostrado, aun en los momentos más difíciles.

A MIS PRIMAS Y PRIMOS...

Por el apoyo y cariño que siempre me han proporcionado.

A CÉSAR..

Por todos los momentos compartidos, por formar parte esencial en mi y por ser más que un amigo o un hermano. TE AMO.

A CHELA...

Por quererme, apoyarme y sobre todo por ser una persona tan especial e importante para mi.

A CARLOS...

Porque el conocerte fue un regalo de DIOS. Gracias por el apoyo, confianza y amor proporcionado.

A VALENTE....

Por los momentos compartidos juntos, por tu comprensión y cariño gracias, eres muy especial para mi

A JESÚS RODRÍGUEZ...

Por los momentos compartidos, por tu sensibilidad y por tu invaluable amistad. Gracias.

A LA FAMILIA HERNÁNDEZ Y MARTÍNEZ BENÍTEZ...

Por ser ambas como mi segunda familia, por todo el apoyo, cariño y respeto que siempre he recibido. Gracias.

A LA FAMILIA VÁZQUEZ...

Por todo el apoyo y palabras de aliento recibidas.

A MIS ÁNGELES GUARDIANES...

Porque se que cuando llegue el momento, ustedes estarán ahí para recibirme y guiarme.

*Y A TODAS AQUELLAS PERSONAS ANÓNIMAS QUE HAN
SIGNIFICADO Y SEGUIRÁN SIGNIFICANDO ALGO HERMOSO
PARA MI.*

GRACIAS DE TODO CORAZÓN.

PATRICIA.

A MIS PADRES GLORIA, AMPARO Y LUIS, HERMILO...

Por tomar mi mano durante mi niñez y adolescencia, y abrazarme hoy con uno de los más añelados sueños.

de una hija... una mujer LOS AMO.

A MIS HERMANAS SILVIA, ALE, YADY...

Por el cariño y amistad que existe más allá del compartir el mismo seno materno.

A MIS HERMANOS PEPE Y RAFA...

Por ser mi hermano mayor y el babé de la casa.

LOS QUIERO MUCHISIMO.

A BERE, JOSHEF Y FER...

Inefables ternuras contenidas en un vientre, esperanza deseada, efecto de una fusión amorosa son ahora una maravillosa realidad en casa.

A FER, RENÉ Y HAYDDE...

Por apoyarme y amar a mis seres queridos.

A LA FAMILIA MARTÍNEZ...

Porque son mi otra casa, mi otra familia y mis hermanos del alma y corazón.

LOS QUIERO MUCHO.

A GELA..

Por tu alegría, tus lágrimas y fortaleza. Gracias amiga, TE QUIERO MUCHO.

A LA FAMILIA BECERRA...

Por que me siento como en casa y con mi querida familia. Gracias por todo y nada.

A MI ABUELA VALENTINA Y A LA SRA. CELIA...

Simplemente por ser madres, compañeras y admirables mujeres, con una gran fortaleza.

A MI TÍA LUPITA Y A DON RAÚL....

Porque son compañía de mi espíritu, en mis manos, en mis ojos, en mis impulsos y en mi pensamiento, donde siempre vivirán.

A PATY, CÉSAR Y CARLOS...

El destino, la vida, el amor y la muerte nos unió con un lazo anudado tiernamente en el alma, pensamiento, razón y corazón. Gracias por ser parte de mí y compartir por fin una realidad.

MIS HERMANOS, MIS AMIGOS, MIS PAREJAS. LOS AMO.

A MI AMADO...

Porque eres mi mismo idioma, relación prodigiosa y por todas aquellas ocasiones y todas las cosas compartidas voy a darte una vez más mi fiel sentimiento.... gracias amor por ser mi mas bello lazo con la vida.

TE AMO DALÍ.

A DIOS...

Porque en esta etapa buena de mi vida, en que hay madurez, me robo de los días unos instantes y esto es para ti.

Y A TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE NO MENCIONE PERO SON PARTE IMPORTANTE EN MI VIDA PASADA, PRESENTE Y FUTURA..

GRACIELA.

A IRMA...

Por ser el ejemplo de lucha, entrega, bondad y amor hacia las personas que viven con VIH o SIDA y sobre todo por la amistad que nos has brindado siempre.

A CÉSAR Y LILIANA...

Por todo el cariño y apoyo incondicional que perdurará al paso del tiempo, por ser esa mano amiga brindada de todo corazón.

LOS QUEREMOS MUCHO.....

A NUESTROS NIÑOS...

Ana María, Jimena G., Vero, Rodelfin, Mayté, Juan, Gabby, Vere, Liz, Gi, Marco, Argelia, Gladys, Valente, David, Andrea, Sra. Marta.

Porque gracias a una sonrisa, caricia o palabra, iluminaban nuestro día y borran las penas de nuestra alma. Gracias por el amor, dedicación y disposición para apoyarnos.

A ALFREDO Y ENRIQUE...

Por ser la piedra medular de SER HUMANO.

Por todo el apoyo, cariño y por habernos enseñado que...

El ser sus niños es un reto a ser valientes, fuertes, felices y sobre todo SERES HUMANOS.

A JORGE, YURY Y OSCAR..

Vida después de su partida, más perceptiblemente insistentes aun están aquí.

En las caricias que esculpen una historia más: una triada de almas que se prometen en actos, una vida, un amor, amistad, en una eternidad.

A HÉCTOR Y ARTURO...

Ni nuestra vida entera bastaría, en nuestro afán por conservar la suya.

Ni nuestras lágrimas, conmovieran al ser más misericordioso.

Ni las palabras que pudieran existir, alcanzarían a pronunciarse.

La vida es tan corta, tan efimera... Que mejor se las entregamos en una sonrisa.

A SER HUMANO...

Porque todavía existen personas valiosas en el mundo, y es sorprendente que estas se reúnan en una pequeña familia como es SER HUMANO (un mundo aparte).

A LOS ALUMNOS DE BACHILLERES...

*Arriesgados sin pizca de desesperanza, sin porvenir pero perdurables
Con miradas profundas y dulces sonrisas que aun enternecen.
Entre mil recuerdos de aventuras albergadas.
En la escuela existencial, aprendimos paso a paso, la paz en nuestra memoria grabamos, no sobre un adiós sino, sobre la silueta de sus rostros.*

A VAQUERO, PATY Y VINICIO...

*Ha legado el momento de detenerse, de contemplar a nuestro alrededor, de darse tiempo para disfrutar, para reconocer a aquellos maestros que más que títulos y reconocimientos, se respaldaron en su espíritu ávido de aprender y que lograron contagiar sus ganas de seguir más allá de lo ordinario para no hacer lo posible sino lo imposible.....
Sí ha legado el tiempo de valorar a aquellos que tanto nos han dado....
Gracias por sus enseñanzas, reprimendas, consejos, por su tiempo y sobre todo por enseñar no sólo académicamente, sino en gran parte de la vida.*

A FLOR..

Por todo el cariño, respeto y confianza. Gracias por las lecciones aprendidas, el tiempo y la distancia no podrán jamás borrar.

*A TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH O CON SIDA...
PORQUE HE MOS APRENDIDO QUE CUANDO NACEMOS, MIENTRAS UNOS
RÍEN, NOSOTROS LLORAMOS Y CUANDO MORIMOS MIENTRAS OTROS
LLORAN NOSOTROS SONREÍMOS.*

RESUMEN.

El presente trabajo muestra la importancia de desarrollar y aplicar estrategias psicológicas dentro de la educación para la salud a nivel preventivo (talleres dinámico-vivenciales), centrando la atención en grupos específicos que presentan conductas de alto riesgo, para contraer la infección por VIH/SIDA, en este caso adolescentes.

Participaron 158 jóvenes entre 14 y 21 años de edad; en un taller dinámico-vivencial, enfocado al cambio de actitudes ante la sexualidad y al VIH/SIDA.

Se encontró que los adolescentes no cuentan con información sexual adecuada, lo que reditua en actitudes inadecuadas ante la propia sexualidad y el no asumir con responsabilidad los embarazos no deseados, abortos, enfermedades de transmisión sexual entre ellas el VIH/SIDA. Los resultados después de la realización del taller fueron cambios significativos, incrementandose el nivel de información y las actitudes favorables en dos categorías (prevención y respuesta social).

Se concluye que no es suficiente contar con información, sino además es necesario sensibilizar al joven sobre el VIH/SIDA como un problema de salud pública que puede prevenirse.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) se está convirtiendo en uno de los más graves problemas de salud en todo el mundo. Estimaciones conservadoras opinan que, en el año 2000 habrá un mínimo de 10 millones de casos de SIDA en adultos y 40 millones de personas infectadas por el VIH, de los cuales 10 millones serán niños.

El SIDA ha marcado como un hierro candente el final del siglo XX, llega a evidenciar los temores más profundos de la condición humana: miedo a lo desconocido, a la sangre, a la sexualidad, a la enfermedad, a la incapacidad, al abandono, a la soledad y a la muerte. No respeta clase social, status económico, raza, preferencia sexual y edad.

Las reacciones sociales han sido muchas y diferentes, y dependen en gran parte de la posición de la sociedad ante la sexualidad, la vida y la muerte.

A dieciséis años de la aparición del VIH/SIDA, en México, se ha convertido en un grave problema social; desencadenando un miedo que llega a convertirse en pánico. Esta fue una de las reacciones de nuestra sociedad, hacer del SIDA una tragedia para un país en desarrollo, que repercute tajantemente en el impacto sanitario, lo demográfico, lo económico, social y convirtiéndola así un reto para la humanidad.

Este padecimiento ha rebasado la frontera biomédica y se ha convertido en un conflicto biospsicosocial, que afecta a la población abierta en su conjunto, ya que los casos de mayor incidencia son individuos en edad productiva, se han incrementado los casos en niños y adolescentes; esto hace que el VIH/SIDA sea una amenaza pública.

En este momento el 75% de los casos de SIDA se han dado por vía sexual (esto no quiere decir que la vía sanguínea y perinatal se han controlado totalmente) y un grupo de particular importancia en la población son los jóvenes.

En las últimas estadísticas de enero de 1996, de los 27 mil casos de SIDA que se reconocen oficialmente en el país, el 20% son adolescentes y jóvenes entre los 12 y los 24 años. Esto nos habla de más de 5000 jóvenes afectados por el síndrome. Por otra parte, si bien el grupo de edad más afectado es el que oscila entre los 22 y 49 años, es importante tener en cuenta que la infección se realizó en los años anteriores, es decir, en la temprana juventud.

La conclusión resulta evidente: los jóvenes más que nadie requieren campañas educativas y preventivas.

La prevención del SIDA es un problema político y económico mundial. El SIDA es la única enfermedad que ha merecido una declaración de Las Naciones Unidas, que demostró su preocupación sobre el riesgo mundial que representa la pandemia.

La prevención, especialmente en el caso de los adolescentes, se requiere en primer lugar que éstos comprendan y asuman los cambios que experimentan durante la pubertad como naturales; requiere que se maravillen de su anatomía y fisiología sexual, requiere que se les facilite información y repuestas para las múltiples preguntas que les surgen al experimentar sensaciones nuevas y placenteras.

Si bien es cierto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda para la prevención del SIDA por la vía sexual el uso de preservativo, recordemos que en el caso de los adolescentes esto no es suficiente; se requiere de una labor educativa integral que les permita conocer los riesgos y les facilite elementos para que tomen sus propias decisiones ya que la promoción de la ignorancia juvenil en cuestiones sexuales como mecanismo de control, es no sólo un dispositivo ineficaz; sino profundamente inhumano. Negarle a los jóvenes de ambos sexos la posibilidad del ejercicio de una sexualidad plena, basada en la elección libre, con responsabilidad e informada. El reconocimiento del derecho de niños y adolescentes a la instrucción sexual debe ser integral, no puede reducir sólo la enseñanza de hábitos de salud sexual y reproductiva y dejar cuestiones tan importantes como el derecho a la búsqueda del placer.

Los adolescentes carentes no sólo de formación sino de información suficiente, inician sus relaciones sexuales sin la menor protección; sin medir consecuencias: como embarazos no deseados, enfermedades de

transmisión sexual y hoy se suma un nuevo problema el VIH/SIDA. Si bien la vía sexual no es la única fuente de contagio, estadísticamente es la que está causando más víctimas y los adolescentes no permanecen al margen.

Muchos son los factores que influyen en esta situación: tenemos la desinformación, los mitos y creencias que conducen a conductas de riesgo, etcétera; y la dura realidad que deben enfrentar cotidianamente quienes ya no son niños pero tampoco son adultos y viven en un clima de violencia, y de falta de oportunidades y espacio para su desarrollo.

Ante el problema del SIDA persisten la idea entre los jóvenes que les da a otros (hermanos, padres, compañeros de trabajo, y/o de escuela y maestros), es decir, mantienen una vulnerabilidad ficticia - frágil y errónea. Los jóvenes piensan que son inmunes al SIDA y además que la juventud es la edad de todos los riesgos más, sin embargo, ante su aquí y ahora para vivir y ejercer una sexualidad, en una época de VIH/SIDA tendrán que elegir: abstinencia, fidelidad o uso imprescindible y adecuado de los preservativos si quieren sobrevivir.

Finalmente sabemos que la educación es un arma importante en la prevención de VIH/SIDA, el objetivo del presente trabajo es la realización de un taller dinámico - vivencial dirigido al cambio de actitudes que el adolescente tienen en torno al VIH/SIDA.

Para entender la problemática del VIH/SIDA en la adolescencia este trabajo se estructuró en tres capítulos; se abordan los temas de

adolescencia, sexualidad y VIH/SIDA, ya que estos se encuentran íntimamente ligados y nos permitirá explicar, entender y dar alternativas ante la pandemia:

En el Capítulo 1 la adolescencia.- como un suceso en la vida del ser humano inscrito en el contexto biológico, psicológico y social. En la que necesariamente el niño debe incorporarse a la figura del adulto con todas sus implicaciones humanas de un cambio fundamental de actitudes ante el mundo adulto.

En el Capítulo 2 La sexualidad en el adolescente.- que comprende y se proyecta en todas las actitudes y comportamientos de la existencia humana. De hecho, la forma particular en cada individuo se expresa en su entorno. La manera de ser, pensar, sentir, la forma particular en que cada persona camina se viste o se sienta representa una manifestación de su sexualidad.

La necesidad de un cambio de actitudes en toda la sociedad; el respeto a nuestras vidas reproductivas y eróticas. La llamada educación sexual que se transmite en niños y jóvenes en la actualidad todavía esta plagada de un sinnúmero de mitos y tabúes, como los que genera la discriminación sexual, sobre todo en homosexuales.

Y por último; en el Capítulo 3, se describen y analizan aspectos médicos, psicológicos, sociales y de prevención en cuanto a VIH/SIDA.

(CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIA.)

4.- SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA.

4.1.- DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA.

Para abordar el tema de adolescencia es indispensable analizar aspectos biológicos, psicológicos y sociales, que tienen relación estrecha con este periodo de la vida del ser humano.

En primera instancia es importante entender el termino adolescencia, que para diversos autores etimológicamente proviene del latín "adolescencia", "adolecere"; derivado de "adolecer" que significa crecer o crecer a la madurez (Higashida, 1983; Hurlock, 1980; Pepin, 1975).

Como podemos observar, la palabra adolescencia es referida como un periodo de la vida del ser humano el cual implica un crecimiento y/o madurez. Este crecimiento es acompañado de características biológicas, psicológicas y sociales del individuo. No obstante, existen divergencias en cuanto a éstas, un ejemplo claro es tratar de especificar su inicio y su final.

La adolescencia es una etapa de la vida, difícil de definir en términos cronológicos porque si bien se sabe que comienza con los cambios fisiológicos de la pubertad no es fácil indicar cuando termina.

Papalia (1985) e Higashida (1983) consideran que estos cambios inician en las chicas entre los 10 y 15 años y en los chicos entre los 11 y 17 años, la duración media de estos cambios puberales es de 3 o 4 años.

Desde el punto de vista social la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone los 20 años como final de la adolescencia. Este límite evidentemente tiene mucho de convencional, debido a que algunos jóvenes se ven obligados a seguir siendo socialmente adolescentes hasta edades muy avanzadas, puesto que no pueden acceder a las conductas que se consideran propias de los adultos, siguen dependiendo económicamente de éstos y no tienen verdaderas responsabilidades sociales, laborales y familiares. (Enciclopedia de la sexualidad, 1995, vol. 1).

↳ Sin embargo, aunque casi todas las culturas han distinguido entre niñez y adultez, no todas han señalado la existencia de lo que actualmente conocemos en la cultura occidental como adolescencia (Raymond, 1965), es más, sólo hasta hace menos de doscientos años fue reconocida como tal en occidente (Kaplan, 1984), a pesar de que los primeros en realizar una distinción más o menos nítida entre el niño y el joven, hace ya más de 2000 años, fueron los filósofos griegos: Platón y Aristóteles.

Antes del siglo XX, no se le consideraba en forma alguna como un estadio del desarrollo. Los niños pasaban por la pubertad e inmediatamente entraban en una especie de "noviciado" o aprendizaje del mundo adulto. No fue sino hasta 1894 con S. Hall con quién se inició el estadio y caracterización sistemática de la adolescencia como una fase propia del proceso de desarrollo humano. Hall, describió la adolescencia como "la última

ola" del crecimiento humano, una ola que "arroja al niño a la edad adulta tan relativamente indefenso como tras un segundo nacimiento".

Para Hall, la adolescencia era más que un simple aspecto del desarrollo humano digno de ser investigado. Por el contrario, representaba la posibilidad de modificar el rumbo de la vida humana. †

Durante aproximadamente veinte años, junto con sus discípulos, publicó al rededor de doscientos informes de investigaciones efectuadas con niños-adolescentes y, aunque su punto de vista estaba impregnado del puritanismo de su época, sus investigaciones dieron un gran impulso al estudio de la adolescencia, y en este sentido, son un gran aporte para la comprensión del proceso de desarrollo humano.

Ampliamente relacionado con lo anterior, está la creciente concientización de que las experiencias de los primeros años de vida, no son las únicas que poseen fundamentales implicaciones para el ulterior desarrollo individual (Reymond, 1965).

Efectivamente, durante los primeros años de este siglo, bajo el influjo del psicoanálisis, se consideraba que todo cuanto sucedía durante la infancia representaba la piedra fundamental del desarrollo de la personalidad y que los efectos de las experiencias vividas en estos años eran irreversibles. Sin embargo, pronto se admitió que las experiencias que corresponden a otras fases críticas del desarrollo, especialmente durante la adolescencia, ejercen

una influencia igualmente significativas sobre cuanto acontece en el posterior curso de la vida.

Precisamente con tal reconocimiento fue como surgieron numerosas formulaciones teóricas que han intentado dar una explicación al proceso del desarrollo durante la adolescencia. Tales teorías mantienen serias discrepancias entre sí, a pesar de que con frecuencia recurren a investigaciones experimentales y observaciones sistemáticas similares en un afán por resolver algunas de sus diferencias fundamentales.

Algunas posibles causas de esta falta de coincidencia pueden ser como dice Muss (1991), por el uso de terminologías ambiguas, desacuerdos básicos en relación con los métodos y objetivos de la investigación psicológica y con la naturaleza misma del conocimiento psicológico, o como señala Rogera (1964): Los desacuerdos teóricos no consisten simplemente en colocar diferentes palabras o hacer diferentes descripciones del mismo fenómeno, sino que " difieren en los planos básicos de nuestra experiencia personal ". Ahora sin embargo, el periodo entre la pubertad y la adultez es más largo y ha adquirido un carácter propio. Es más prolongado debido a la razón física de que las personas jóvenes maduran hoy más temprano que hace un siglo y también la razón sociológica de que la sociedad actual cada vez más compleja requiere un periodo más largo de educación y por tanto una dependencia financiera más prolongada (Pepin, 1975; Papalia, 1985).

En muchas sociedades contemporáneas de tipo primitivo todavía se produce en forma abrupta el paso de la niñez a la adultez a una edad predeterminada, como por ejemplo en el caso de las niñas en el momento de la menarquía (aparición de la primera menstruación).

Los ritos de la pubertad se producen en diversas formas fluctuando desde severas pruebas de fuerza y resistencia que incluyen mutilaciones tales como la circuncisión en los niños, afilamiento de los dientes, perforación de las orejas o la elaboración de tatuajes o cicatrices. Tales ritos pueden ser ceremonias relativamente poco dolorosas que incluyen bendiciones religiosas (los XV años de las jovencitas), separación de la familia o actos de magia, el lograr la licencia para conducir, el dejar de ser virgen. Pero en la sociedad Occidental moderna un simple rito de iniciación no significa edad adulta.

En realidad, el adolescente es una persona con capacidades biológicas, psicológicas, afectivas y sociales que comienzan a ser bastante similares a la de los adultos con la diferencia de que a los adolescentes les falta experiencia.

(Todos estos cambios tan profundos y rápidos hacen que la adolescencia sea siempre ineludiblemente un periodo de crisis que exige readaptaciones continuas al adolescente y a los que viven con él.)

Hurlock (1980) señala que, los cambios biológicos y psicológicos que gradualmente adquiere el adolescente, de alguna manera marca que éste

tendrá que interactuar con su medio de diversas maneras, que para adaptarse a las normas sociales de su comunidad y afrontar nuevas situaciones más complejas que en la niñez.

Olmedo (1981), señala que es el estado y las instituciones como la familia, la escuela y la ley quienes producen adolescentes; la adolescencia es considerada como un sistema social, más no una etapa de la evolución biológica, por lo tanto cuando el estado produce adolescencia, está produciendo una determinada forma de dominación. Además menciona que cada institución estatal produce adolescencia a su manera asignada por el estado.

Por medio de la ley, se establecen derechos y obligaciones; la familia, ejerce la jerarquía padre-madre-hijo; la escuela, realiza la subordinación del maestro al alumno y regula los títulos y grados estatales del saber; los medios de comunicación, producen valores e ideologías del adolescente; la iglesia, produciendo la subjetividad adecuada a la adolescencia y culpabilidad. Señala finalmente que el concebir a la adolescencia como una relación social no niega el papel que juega la etapa biológica de la persona para definirla como adolescente.

La adolescencia no se da como un proceso aislado en la vida de un individuo, sino que se encuentra inscrito en el contexto biológico, psicológico y social. Enmarcando, así a la adolescencia como el momento de transición para abandonar la figura de niño e incorporarse a la de adulto con todas las

implicaciones humanas de un cambio fundamental de actitudes ante el mundo (Leyva, 1988, Aberastury y Knobel 1988).

En resumen, consideramos que definir la adolescencia no es una tarea fácil, ya que existe una divergencia entre las diferentes posturas (biológica, psicológica y social); que la abordan desde su punto de vista, se ha visto como un lapso de la vida o simplemente se ha dicho que la adolescencia no existe, sino que es un fenómeno creado por la sociedad.

No obstante su diversidad conceptual, la mayoría de estas perspectivas coinciden en algunas ideas fundamentales, como son:

- 1.- La idea de que la pubertad es el indicador más evidente del comienzo de la adolescencia.
- 2.- La idea de que la manera en que se expresa el proceso de desarrollo adolescente no es intrínseco a la naturaleza humana, sino que depende de factores socioculturales y ontológicos.
- 3.- La idea de que la adolescencia es un periodo transitorio entre la niñez y la edad adulta.
- 4.- La idea de que la adaptación a la vida adulta es la meta del proceso de transformación adolescente.

Finalmente consideramos que el término adolescencia es una concepción occidental que no sólo significa crecer o llegar a la madurez física, sino también alcanzar un desarrollo psicológico y social. Para fines del presente trabajo cabe resaltar que el rango de edad de los jóvenes, es

considerado entre los 10 y 21 años de edad, entrando dentro de este criterio los púberes y los adultos jóvenes.

4.2- CARACTERÍSTICAS DEL ADOLESCENTE.

De acuerdo a lo señalado en el apartado anterior, es posible interrelacionar tres grupos de características fundamentales del periodo de la adolescencia, siendo éstas: 1.- Biológicas, 2.- Psicológicas y 3.- Sociales.

4.2.1. BIOLÓGICAS.

Para abordar las características biológicas, que surgen en los adolescentes nos parece conveniente establecer la diferencia existente entre tres términos íntimamente relacionados: la pubescencia, la pubertad y la adolescencia.

- *PUBESCENCIA.*- Periodo que dura aproximadamente dos años y que antecede a la pubertad. Durante este tiempo existen una serie de cambios físicos que culminan en la pubertad. El comienzo de esta etapa se caracteriza por una aceleración del ritmo del crecimiento físico, cambios en las proporciones faciales y corporales, maduración de los caracteres sexuales primarios y secundarios, etcétera.

- *PUBERTAD.*- Es el periodo culminante de la curva del ritmo de crecimiento. En esta etapa comienza a manifestarse la madurez sexual,

caracterizada en las niñas por el primer flujo menstrual y en los varones por diversos signos (eyaculación, poluciones nocturnas, etcétera).

(- *ADOLESCENCIA*.- Este periodo hace referencia a las modificaciones revolucionarias en la actitud, en la conducta y en el estatus social del joven. Representa, una fase durante la cual se descubren pensamientos y sensaciones nunca antes experimentados que le dan al muchacho la impresión de que de él está emergiendo una persona extraña en un cuerpo que día con día se transforma.)

La pubescencia, la pubertad y la adolescencia representan tres aspectos de un mismo fenómeno: la pubescencia y la pubertad, representan el aspecto biológico, en tanto que la adolescencia, el aspecto psico - social. Finalmente, es importante mencionar que los cambios de la primera marcan el inicio de la segunda.

La adolescencia es un periodo de la vida comprendido entre el fin de la niñez y el comienzo de la vida adulta. Puede dividirse cronológicamente en tres etapas:

- 1.- Inicio, de los 10 a los 12 años aproximadamente. El comienzo de la pubertad provoca rápidas manifestaciones de cambios de tamaño y estructura corporales, las cuales van acompañadas de modificaciones en las inquietudes del adolescente. El individuo se transforma de niño en adulto, adquiriendo talla, forma, proporciones y funciones del organismo adulto. Maduran y comienzan a funcionar

los órganos de la reproducción.

- 2.- Fase media de los 13 a los 16 años. La preocupación principal es establecer su propia identidad y satisfacer sus necesidades personales.
- 3.- Final de la adolescencia de los 17 en adelante. El adolescente se ejercita en adaptarse a la sociedad, está preparado para afrontar las decisiones que debe tomar en torno a su futuro.

Existen dos tipos generales de cambios en el sistema reproductivo, los cuales son:

- Caracteres sexuales primarios.- Genitales y demás órganos accesorios.
- Caracteres sexuales secundarios - Aunque están relacionados con la reproducción de manera indirecta de manera indirecta, son causa de notables diferencias entre los dos sexos.

El crecimiento de los órganos sexuales primarios siguen en paralelo el desarrollo de las características sexuales secundarias.

Caracteres sexuales primarios.

Se les llama a los órganos genitales propiamente dichos. Durante la pubertad se produce un desarrollo y aumento de los órganos sexuales, aumentan de tamaño, se hacen más notorios.

El crecimiento corresponde con el estirón general en estructura y estructura esquelética.

En hombres las primeras manifestaciones se pueden citar: el aumento de los testículos, escroto y de la longitud y circunferencia del pene (es capaz de volverse erecto no sólo ante respuestas de estimulación local, sino también ante sensaciones y pensamientos sexualmente provocados).

En mujeres la primera manifestación es la dilatación del ovario y la maduración de uno de los folículos.

Caracteres sexuales secundarios.

Los caracteres sexuales secundarios son aquellas modificaciones biofisiológicas que aparecen en la pubertad, exceptuando la diferencia de los órganos genitales entre el hombre y la mujer, las demás diferencias morfológicas constituyen los caracteres sexuales secundarios.

A partir de la pubertad se produce una diferenciación en la producción hormonal entre los sexos. Los varones producen más andrógenos y las mujeres más estrógenos.

En las niñas aproximadamente hacia los 11 años, comienzan a manifestarse, tales como crecimiento de vello pubiano, desarrollo de los pechos y ensanchamiento de la pelvis.

En los muchachos, la aparición de los signos externos es más tardía que en las chicas. Al rededor de los 12 o 13 años se observa la aparición de vello púbico, cambio en la voz.

Los principales caracteres secundarios se describen de la siguiente manera:

Crecimiento del vello.- Es en la región púbica donde comienza acrecer vello liso, fino, ligeramente más oscuro que el del resto del cuerpo. Después de algunos meses o a veces de algunos años, este vello se torna grueso y rizado. El vello axilar comienza a crecer; y para alegría del adolescente aparece la barba o vello facial y el vello en el pecho aparece más tarde.

Desarrollo de los senos.- Los pezones se agrandan y sobresalen, las areolas o áreas pigmentadas al rededor de los pezones, también se agrandan y los senos toman primero una forma cónica y luego adquieren una forma más redonda. Algunas veces un seno puede crecer más rápidamente que el otro. Algunos muchachos adolescentes experimentan temporalmente un crecimiento de los pechos, el cual puede durar de 12 a 18 meses antes de desaparecer.

Silüeta.- En los varones disminuye de volumen el tejido graso, mientras que en las niñas continua. Ello explica el típico aspecto del chico adolescente, así como las formas más suaves y redondeadas de las muchachas. El desarrollo del hombro en el chico es más importante que el de la pelvis. El hombro masculino más ancho, pesado y musculoso que el de la mujer ya que éste es estrecho y de escasa musculatura. En las niñas se observa la pelvis ensanchada y la cintura estrecha (silüeta femenina).

Las piernas del muchacho se vuelven musculares y huesudas, y en las muchachas se tornean con más grasa.

Los pies, manos y rodillas en las mujeres son menos grandes que en el hombre.

- *Cambios en la piel.*- Los más evidentes son las erupciones de barros y puntos negros que anteceden a la aparición del acné. Producido por la creciente actividad de las glándulas sebáceas, que tornan la piel más grasosa, por el crecimiento de los poros y la textura mas gruesa de la misma en esta época, el acné constituye la ruina de la vida de muchos adolescentes.

- *Voz.*- Este cambio de timbre es más notorio en el hombre que en la mujer. Se debe al rápido crecimiento de la laringe (manzana o nuez de Adán) y alargamiento de las cuerdas vocales.

- *Emisiones nocturnas.*- A menudo el muchacho se despertará y encontrará una mancha húmeda o una seca y endurecida en su cama. Esto le permitirá saber que mientras dormía tuvo una emisión o eyaculación. Con frecuencia, pero no siempre, una emisión se produce con un sueño erótico.

- *Menstruación .*- La menarquía es el principio de la función menstrual en una niña. Pero ella no podrá engendrar hasta que se haya iniciado su ovulación, es decir hasta que los ovarios hayan empezado a liberar óvulos maduros. Existe una variación considerable en la edad en la cual las muchachas llegan a la menarquía.

4. 2. 2.-PSICOLÓGICAS.

Como consecuencia de procesos biológicos cerebrales y hormonales, tienen lugar una amplia transformación de la figura corporal, pero este cambio no se da sólo en cuanto a lo físico sino también en relación a lo psicológico.

La imagen corporal, tiene gran importancia en la vida social de las personas e influyen enormemente en la autoestima y confianza en uno mismo.

En la pubertad los cambios en la figura corporal son tan importantes y rápidos, que se convierten en continuos objetos de atención por parte de todo el entorno social y de atención -preocupación para el chico o chica que se siente a menudo sorprendido por ellos.

✱ En relación a los cambios psicológicos que se producen pueden destacarse los siguientes hechos:

- 1.- *Aumenta el interés por la propia figura corporal*, numerosas conductas de autoobservación en el espejo, preocupación por la la ropa, etcétera; reflejan con claridad este hecho.
- 2.- *La figura corporal es, en muchos casos, lo que más preocupa al adolescente, provocándole verdaderas dificultades de aceptación.*
- 3.- *Hay una relación entre atractivo físico y grado de aceptación social.*
Los chicos y las chicas considerados atractivos y atractivas son mejor valorados y aceptados socialmente (Coleman, 1985).

Los tres puntos anteriores a pesar de afectar a ambos sexos se da con mayor intensidad en las chicas.

El cuerpo de la mujer, en nuestra sociedad, es más " objeto de atracción " que el del hombre, aunque en la actualidad las diferencias son cada vez menos claras.

Los adolescentes empiezan a sentir atracción sexual, por lo que las palabras, los objetos, los valores adquieren un significado sexual. *Sof adels*

Biológicamente el adolescente ya está maduro para la reproducción y puede sentir temor o ir al otro extremo y tener relaciones sexuales.

Sus sentimientos cambian y pueden variar mucho, desde sentirse mal, desesperarse, volverse muy susceptible, hasta sentir una alegría inmensa; desde buscar la soledad hasta tratar de relacionarse con muchas personas.

El adolescente se queja a menudo de que sus padres intervengan constantemente en su vida dándole consejos y, por otra parte critica con amargura el que nadie tome interés por él.

Este problema lo resolverá en función de su educación anterior, si ésta ha sido satisfactoria, si se ha visto asegurado, si se ha adaptado bien a las situaciones, no temerá a la emancipación.

Por el contrario, si esta educación ha sido deficiente oscilará entre la tendencia a un total desapego y a una agresividad, buscará a través de experiencias sentimentales precoces, suplir lo que no ha tenido.

Resulta de gran importancia en este campo el papel que desempeñan los adultos, pues si los padres o educadores se anticipan y conceden demasiado pronto esa ansiada independencia, éste se encontrará desamparado.

Por otro lado el adolescente debe romper innumerables lazos con su familia, basados en la autoridad, afecto, responsabilidad, respeto, fuerza del hábito, etcétera; pues la independencia significa tener libertad emocional para establecer nuevas relaciones y libertad personal para asumir la propia responsabilidad en asuntos como educación, opiniones políticas y la futura carrera profesional que seguirá si es que así lo decide.

En resumen, se puede decir que la adolescencia es considerada, generalmente, como un periodo de cambio y consolidación en el concepto de sí mismo.

4.2.3. SOCIALES.

Hablar del aspecto social de la adolescencia implica también hablar del tiempo y la clase social en que ésta se desarrolla.

No es lo mismo hablar de los ritos que en algunas tribus se practican al adolescente y los roles sociales que esto implica a hablar de la adolescencia en el sistema capitalista, y aún dentro de éste varía según su desarrollo y sus determinantes regionales - históricos.

Pero situándonos en un nivel de contemporaneidad del capitalismo, podríamos decir que una de las principales características sociales (además de la procreación) que aparecen en la adolescencia es la capacidad de ingreso en la máquina productiva. Es en la adolescencia donde se alcanza la capacidad física e intelectual de los adultos, aspectos que los sitúan en la misma posibilidad de desarrollo económico.

En la adolescencia se entra de lleno a las relaciones económicas; ya sea trabajando directamente o entrando a escuelas de nivel superior cuyo fin último es preparar cuadros que después serán utilizados en la maquina productiva.

Esto no implica que de niños no pudieran trabajar sino que en este momento se enfrentan a la sociedad de frente, salen del nivel familiar y son capaces de autosostenerse, cosa que de niños casi siempre el dinero que gana va directamente a la familia, aunque haya excepciones. Entrar en el proceso productivo trae cambios radicales en el vivir adolescente.

En primer lugar le abre la posibilidad de vivir materialmente independiente de una familia, de la cual psicológica y físicamente le es posible abandonar.

Abandonar económicamente a una célula alimentadora en todas las áreas como es la familia, significa la posibilidad de asumir realmente el propio proceso, ya que hablar de libertad sin tener una realidad material que la sustente es pura ideología de colegial.

En segundo lugar este cambio implica convertirse en hombre o mujer históricamente incluido en un modo de producción en un modo de vida.

Para Engels, fue el trabajo lo que convirtió al mono en hombre, de la misma manera es el trabajo el que convierte al niño - joven en hombre - social. Los marxistas dicen que es la infraestructura la que determina en gran medida (con su respectivo proceso dialéctico) y la superestructura, lo que es lo mismo que el modo de producción influye predominantemente sobre las relaciones sociales.

Partiendo de este punto, los cambios ideológicos que plantea la posibilidad económica son profundos en el vivir adolescente.

El adolescente al entrar en la producción tiene que definir su proyecto político, social, esto es, lo que diferencia una clase social de otra es el lugar que se ocupa en la máquina productiva; y esto es exactamente lo que se debe decidir en esta fase adolescente.

El trabajo no sólo implica la posibilidad de independizarse de la manutención humana que ejerce la familia sobre el joven, implica también la oportunidad de asumir su propio proyecto político - social fuera de determinismos de clase.

Hasta la adolescencia la clase social donde se había nacido era la clase madre, o proletario o burgués. Pero al convertirse en átomo - social - productor se decide para quién se trabaja, para quién se vive o contra quién se vive. Se decide a quien se quiere pertenecer a la burguesía o al

proletariado. Esto no significa que uno decida ser burgués o proletario, sino del lado de quién está su proyecto de vida. Así es en la adolescencia donde se objetiviza desde lo económico, la posición política y el proyecto de vida, ya sea trabajando directamente o preparándose para el mismo.

Un aspecto fundamental en la comprensión de la adolescencia es su aspecto social, es que significa para la sociedad el adolescente, la misma adolescencia.

En este sentido la adolescencia es en sí misma una subversión del orden social.

El adolescente viene a cuestionar con su sola presencia, con su sólo desarrollo. Dos pilares básicos de la estructura que son: **La represión sexual familiar y el autoritarismo.**

La "no sexualidad" existe hasta el momento en la familia se ve desmantelada, se esfuma frente al torbellino del adolescente.

El deseo que la recorre y energiza llena a los padres de miedo no sólo ante la posibilidad de perder su propio control, ya que la sexualidad de los adolescentes despierta deseos sexuales que deben ser fuertemente reprimidos en los mismos padres, sino porque la posibilidad de que los hijos asuman su deseo (en todos los sentidos) abre la puerta del camino propio, de su propia vida, de su propia sexualidad.

El factor sexual amenaza a la familia, la cuestiona, la acorrala, la sexualidad está en las paredes con posters de personajes eróticos o símbolos

sexuales, en el comedor con nerviosismo de una erección clandestina, en la ropa pegada al cuerpo, en el baño con las tiras de las toallas femeninas en el cesto de basura, en las sábanas con una mancha endurecida, en la música con gritos francamente eróticos o letras que hablan de relaciones sexuales.

En fin, el fantasma de la sexualidad ronda a la familia y a todas sus ventanas y para mantenerla es necesario reprimirla, vigilarla, tenerla controlada, desviada.

Es necesario negar permisos, conocer a las novias o a los novios, saber el título de la película que fueron a ver, apreciar horarios, aguantar celos de padre, competencia, dureza inflexible de gritos apasionados, castigos severos y encajonamientos groseros, represión sexual.

La estructura ideológica de la sociedad, en la cual intervienen no sólo la familia, sino también la escuela, la religión, los medios masivos de comunicación y otras instituciones sociales, sumerge a los jóvenes en la confusión de " lo moral ", " lo bueno y lo malo ", " el pecado ", etcétera (Tonda, 1991; Arellano, 1990).

La familia es la primera unidad social pero no la única, es también una institución social, y al cuestionarla se cuestiona a todas las instituciones, a todos los núcleos sociales, demostrándonos que el problema con la adolescencia no es de barreras generacionales sino de cuestionamiento social, de subversión social.

El adolescente cuestiona la autoridad social, el maestro se presenta como el que es poseedor de poder saber que lo subyuga, que lo califica y lo cualifica.

El adolescente cuestiona el poder del estado sus leyes; cuestiona el amor tradicional, la castidad, el matrimonio, la formalidad.

En fin, el adolescente cuestiona todo el sistema económico y sus relaciones intersubjetivas, así como la propia posibilidad subjetiva.

Cuando el niño se vuelve adolescente cuestiona todo, la estructura autoritaria de la familia, irrumpe en su base la estabilidad familiar, su cuestionamiento va directamente a uno de los ejes del núcleo: el poder.

El adolescente cuestiona el por qué del poder del padre, el por qué otro sujeto puede dirigir su vida y la de los demás, cómo un hombre y una mujer por el hecho de ser sus padres le pueden decidir sus gustos, sus actividades, su ropa, su cabello, su música, en fin su vida.

Devela al interior de la familia toda esa red de infiltraciones de poder que no está dispuesto a seguir soportando sin entablar una encarnizada lucha por su libertad, por su autonomía.

Cuestiona con esto las reglas familiares, las actividades en la familia, las normas morales que la rigen, su estructura de contrato infantil de sometimiento y sumisión es roto en mil pedazos, poniendo esta vez cláusulas por el propuestas.

El poder - adulto se ve resquebrajado, se ve desbordado, rebasado y por eso se agudiza la violencia, la represión, el control, y más que agudizarse, se hace más transparente, más tangible, cosa que remite a un nuevo cuestionamiento el de conflicto familiar (Olmedo, 1981).

Finalmente para Hurlock (1980), los cimientos de la socialización se construyen durante los años de la infancia; se espera que el adolescente estructure sobre tales cimientos las actitudes y pautas de comportamiento adecuadas que han de permitirle ocupar su lugar en el mundo de los adultos. El grupo social espera que el adolescente domine cuatro tareas evolutivas: debe establecer relaciones estables y más maduras con adolescentes de ambos sexos, desear y alcanzar un comportamiento socialmente responsable, desarrollar las habilidades y conceptos intelectuales necesarios para desempeñarse como ciudadano, y lograr una condición de mayor autonomía por medio de la independencia emocional respecto a los padres y de otros adultos.

Como resultado de intereses y actitudes modificados que acompañan a la maduración sexual, se desarrollan en la adolescencia ciertos tipos de conducta social, muchas de las cuales aparecieron en la infancia en forma rudimentaria. Las más comunes son: intereses en actividades heterosexuales; marcada conformidad a los ideales, normas, principios y patrones de conducta del grupo de padres; un fuerte deseo de obtener aprobación y atención

social; resistencia a la autoridad adulta, competencia social o la facilidad de tratar con la gente y de actuar en situaciones sociales.

En resumen la adolescencia no sólo representa un eslabón de suma importancia en el desarrollo biológico, psicológico y social del individuo, es también la posibilidad de dar un nuevo y mejor cause al desarrollo de la humanidad.

La maduración física, los anhelos sociales y los esfuerzos personales permiten la adquisición de ciertos conocimientos, funciones, habilidades, así como actitudes que permitirán al joven lograr:

- 1.- Aceptación de la propia estructura física y el papel masculino - femenino que corresponda.
- 2.- Nuevas relaciones con personas de ambos sexos.
- 3.- Independencia emocional de los padres y otros adultos.
- 4.- Obtención de la seguridad de independencia económica.
- 5.- Elección de una ocupación y entrenamientos para desempeñarla.
- 6.- Desarrollo de aptitudes y conceptos intelectuales necesarios para la competencia cívica.
- 7.- Deseo y logro de una conducta socialmente responsable.
- 8.- Preparación para el matrimonio y la vida familiar.
- 9.- Elaboración de valores conscientes acordes con una adecuada imagen científica del mundo.

CAPÍTULO 2. LA SEXUALIDAD EN EL ADOLESCENTE.

Estudiar la sexualidad no es una empresa humana nueva, sus misterios, la fascinación por resolverlos y el poder sentido por el saber sexual, han funcionado desde hace siglos, como motores en el interés humano de entender la sexualidad.

La sexualidad es, ante todo, una construcción cognitiva de aquellos aspectos de la existencia humana que adquieren significado sexual, y por lo tanto, nunca es un concepto acabado y definitivo, pues la existencia misma es continua y cambiante. Los modelos de la sexualidad humana y los conceptos de sexualidad más utilizados pueden agruparse en dos polos de un continuo en el que, en un extremo, se encuentran aquellos modelos que atribuyen a la sexualidad un carácter de imperativo biológico que, ante la estructura social y educativa, lucha por expresarse; en el otro la sexualidad es vista básicamente como la resultante de la interacción grupal que, a partir de una base biológica relativamente invariante, origina la diversidad característica de ideas, sentimientos, actitudes, regulación social e institucional de lo que el grupo entiende por sexualidad.

Faltan páginas

N° 30 a 37

(clases, pláticas, conferencias, libros, películas con información sexual dirigida y sistematizada).

Los canales de mayor influencia en el proceso de socialización: la familia, la escuela, los medios de comunicación, los amigos y la religión.

4.4.1. LA FAMILIA.

La familia constituye, por lo general, la organización mínima fundamental tanto de pertenencia como de referencia para el ser humano; así mismo, es la base del reconocimiento social del individuo.

Una de las principales funciones de la familia, consiste en acondicionar a sus miembros a las normas y pautas vigentes en su respectiva civilización; en consecuencia, la familia opera en todo tiempo y lugar como el mejor instrumento de transmisión de las tradiciones y convenciones a imprimir en los hijos.

Aunque los valores de la familia dependen de la época la cultura y la subcultura, los valores familiares no son iguales para todos los miembros: en el hogar se reproducen las pautas de comportamiento humano más elementales, pero el ámbito familiar no las genera por sí misma; la familia es la principal consumidora y reproductora de los valores sociales, morales, así como la encargada de transmitir la educación sexual a sus hijos (Licea, 1993).



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

Así pues, en forma ideal la educación sexual comienza en el hogar ya que este es considerado como el mejor sitio para aprender sobre el sexo. No obstante, muchos padres son incapaces o no están dispuestos a enfrentar la vida según se presenta para sus hijos. IZT.

La educación sexual tiene un carácter informal en la familia, pues hablar de sexo en el hogar es tabú. Por tanto, la transmisión de valores, creencias y normas se hace a través del ejemplo e imitación de lo que se observa en los adultos. El sexo es considerado como sucio e indecente, el cual es tolerado sólo en el matrimonio y con fines reproductivos.

Por lo general, la mayoría de los padres reprueban las relaciones sexuales de la adolescencia, al tiempo que atribuyen las libertades e influencias externas, pues señalan que la sociedad se encuentra impregnada de erotismo y dirigida por el dinero que cubre desde desnudos en las paredes y la proyección de filmaciones pornográficas y que el joven expuesto a la tentación no pueda más que ceder a ellas. Al mismo tiempo el adolescente tiende a adaptar su conducta a lo que le sugieren, por todas partes, los padres deploran semejante conducta, sino es que las reprimen. Sin embargo, cuando el adolescente tiene 17 o 18 años los padres se extrañan y se inquietan de que aún no se hayan llevado a cabo las relaciones sexuales. Esta inquietud sólo es dirigida hacia los varones ya que para las mujeres en esa edad no se les permite.

Esas presiones divergentes, con frecuencia represivas, pero en ocasiones estimulantes dejan ver que existe un problema sexual mal resuelto en la sociedad y esto explica que actualmente los jóvenes se han enfrentado a los mismos problemas que los jóvenes de años atrás en el plano sexual (Store, 1983).

En otras épocas, los padres eludían completamente esta cuestión, y sus hijos aprendían todo lo referente a la sexualidad a través de sus experiencias y de los relatos de sus compañeros. No era la forma más adecuada de hacerlo, pero era lo más común y frecuente, porque hasta los padres más preocupados por el tema se sentían incómodos al referirse a él. La mayoría de los padres no se enteraron de las cuestiones sexuales por sus propios padres. Si se hablaba sobre sexo, se hacía de un modo formal y bastante torpe, de una sola vez no era un tema natural de discusión durante la niñez y adolescencia de los hijos (Fleming, 1992).

A partir de la época actual, los padres deben esforzarse por informarse ellos mismos e informar a sus hijos sobre las bellezas y los peligros del sexo. Ya no se cuestiona el hecho de que los padres deben hablar con sus hijos sobre sexualidad, lo cual significa que la labor de los padres se ha vuelto aún más compleja.

Los padres que desean asumir el papel que les pertenece en la educación sexual de sus hijos pueden prepararse de diversas formas sobre la

sexualidad uno con el otro y tomar en cuenta sus propios sentimientos (Gordon, 1974).

Este paso inicial pone a los padres en comunicación uno con el otro, para que puedan expresar sus necesidades y percepciones, y para que logren madurar y disfrutar su sexualidad. En cierta forma, esta comunicación tal vez les recuerde a los padres que antes de ser padres eran amantes, y que estas dos categorías no excluyen una a la otra. Después que los padres puedan comunicarse uno con el otro sobre el sexo, tal vez tengan que educarse sobre algunos hechos básicos en relación al tema. No obstante, los padres no deberán esperar hasta que sus hijos se acerquen a la pubertad para transformarse en educadores sexuales. La educación sexual no consiste en una plática única sobre la menstruación, sobre las aves y las abejas o sobre las emisiones nocturnas. Los padres pueden asumir su papel desde que nace su hijo, sin embargo, los hechos y las respuestas a las preguntas son sólo una parte del proceso de educación sexual. Los padres deben ser capaces de usar términos sexuales sin vergüenza (palabras como pene, vagina o relación sexual). El hogar puede hacer mucho para crear un conjunto apropiado de actitudes y valores en los niños. La educación sexual no sólo consiste en el hecho sino en la forma que es más importante para los adolescentes.

En resumen, la familia en relación con la educación sexual es la encargada de generar comportamientos y actitudes, así como la que permitirá

que se propicie la comunicación y confianza, que ayudará a hacer sus propias conceptualizaciones acerca de la sexualidad.

Además, no se debe olvidar que es en el hogar donde el joven desde pequeño aprende su papel: femenino o masculino, descubre su cuerpo, los nombres de las partes y funciones sexuales del mismo, la valoración subjetiva acerca de ellas y de su sexo de asignación; lo que es o no aceptado por su grupo social, las relaciones interpersonales con el mismo y el otro sexo, el valor igual y desigual de los sexos, y muchos otros conceptos más que se reflejarán en sus sentimientos, actitudes, pensamientos y conductas de su vida futura.

Por tanto, si los padres consideran que la sexualidad es algo bueno y deseado, llevaran a cabo actitudes y conductas adecuadas que lleven al joven a ver la sexualidad de manera natural, sin temor, rechazo y sobre todo como algo propio y único del ser humano.

Generalmente son los adultos quienes crean conflictos en los adolescentes, ya que les enseñan con frecuencia las reglas morales (nociones del bien y del mal), preocupándolo continuamente con sus actos. La obsesión del pecado, los sentimientos de vergüenza y de culpabilidad continúan. Es importante ya que los padres en general, tengan consciencia de todo lo que provoca a los jóvenes, ya que de no ser así se deben idear más formas para tener un control, ya que las existentes hasta ahora como: la segregación sexual en el trabajo, en la escuela, en los juegos, el servicio

de gente que los vigila, amenaza de castigos, provocan que los adolescentes tengan fantasías sobre las características sexuales que se observan como los senos, curvas, agrandamiento de genitales; muchos de los adolescentes, se interesan por conseguir información sobre el sexo leyendo libros secretamente, y a la vez que en público se presentan en forma refinada y falta de interés por temas sexuales. Los adolescentes suelen demostrar su preocupación por estos temas a través de su comportamiento, sobre su desarrollo físico, su curiosidad por conocer a sus compañeros y los sitios que visitan, así como las actitudes que realizan.

4.4.2. LA ESCUELA.

El medio escolar aunque debería transmitir una información sexual correcta, hace todo lo contrario. Por una parte, los maestros más conservadores eluden mencionar el tema; por otra, los más inquietos también los rehuyen (aunque no en su totalidad) por miedo a la reacción de los padres, la dirección o las autoridades escolares. Los textos escolares ocultan o deforman el problema, las anatomías son totalmente asexuales y los temas sobre reproducción ocultan la objetividad de los hechos, no se habla del amor ni de la ternura.

Muchos sistemas escolares han intentado asumir lo que consideran su responsabilidad, pero pocos han logrado buenos resultados, incluso en lo que se refiere a tener una oportunidad para ocuparse de la educación sexual. Los

obstáculos principales para incluir la educación sexual en las escuelas son: las ideas y opiniones puritanas sobre los efectos de la educación en la conducta de los jóvenes. Los que se oponen a ésta, por lo común consideran que la exposición a la información sexual alentará a los jóvenes a participar en actividades sexuales. Sin embargo, no existen datos que demuestren que las actividades sexuales de los adolescentes aumenten después de los cursos de educación sexual. Según dicen dos educadores " La educación sexual, al igual que cualquier otro tipo de educación suministra información y no es una llamada a la acción " (CONAPO, 1986).

De hecho un aspecto que las escuelas tal vez no sean capaces de modificar en forma significativa son los valores básicos que los niños traen consigo al salón de clases. La mayoría de los valores y conductas que tienen relación con la sexualidad no se debe a la existencia o no de información específica, sino al concepto que tiene el sujeto de él mismo y de su personalidad (Gordon, 1974).

Si los padres asumen su papel de educadores sexuales, las escuelas pueden complementar y ampliar los conocimientos que los padres transmiten a sus hijos, muchas escuelas ya incluyen, de una forma o de otra información sobre la anatomía y fisiología de la reproducción. La educación sexual debe de ser más amplia, y además debe tomar en cuenta lo que los adolescentes desean saber,

En general los adolescentes desean conocimientos sobre la masturbación, las prácticas sexuales (como el contacto buco - genital), el tamaño del pene, la experiencia homosexual, la pornografía , las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el embarazo (Gordon, 1974; Alcántara, 1994).

Debemos hacer hincapié en que la educación sexual en la escuela no afecta de forma considerable de que los jóvenes participen o no en actividades sexuales premaritales. Aún así, se espera que la información que se suministra por los programas de educación sexual ayude a reducir el índice de enfermedades de transmisión sexual y el número de embarazos no deseados en adolescentes. No obstante debemos recordar que es difícil modificar la conducta y las actitudes, los conocimientos sexuales no garantizan la conducta correcta, pues no siempre motivan la actividad deseada; sin embargo, ocurre ningún acto sin motivación y no hay motivación a menos que se fundamente en algún tipo de experiencia previa (Kilander, 1973).

Evidentemente, en la educación superior los estudiantes tampoco conocen tanto sobre la sexualidad humana como podría sugerir su reputación entre generaciones mayores. La generación actual no es tan irresponsable cuando se trata de sexo sin duda esta parece ser más franca y tal vez se activa en lo sexual, pero sus conocimientos sobre anticoncepción, enfermedades de transmisión sexual e incluso anatomía son inadecuados.

Por otro lado el joven recibe múltiples influjos a través de la enseñanza de diversas materias y de la forma de actividades y comportamientos de maestros y compañeros. Si la escuela es mixta o no, la forma de abordar o no hacerlo, los temas sexuales en clase o fuera de ella, etcétera, van forjando en los alumnos modelos y normas de conducta sexual o bien les permite o restringe ir implicando aquello que aprendieron durante los primeros años dentro del medio familiar.

Cuando la escuela y la familia no van de común acuerdo en sus metas y conceptos y existe incongruencia en los mensajes, puede crearse una situación conflictiva en los niños motivada por la contradicción (Monroy, 1990).

Quizá el ruego de que se practique una educación sexual adecuada en el hogar y en la escuela se resume mejor en una pregunta: ¿ Cómo podemos pedir a nuestros hijos que sean responsables en su conducta (sexual y de otro tipo) si permitimos y de hecho garantizamos su ignorancia al seguir resistiéndonos a decirles la verdad sobre sí mismos y sobre la vida en general ? (Gordon, 1974).

Se puede resumir que la educación sexual no debería consistir simplemente en el hecho de impartir datos fisiológicos sobre la reproducción o las enfermedades de transmisión sexual . No debería consistir simplemente en dar información sobre la mecánica de control de natalidad. Tampoco debería ser una unidad de dos semanas ni un curso intensivo una vez al

año sobre el cuerpo humano, destinado a cumplir los requisitos de un programa de ciencias.

La educación sexual en nuestras escuelas debe consistir en un proceso total de comunicación entre adulto, y joven y entre los mismos alumnos; debería estar basada en la franqueza, la honradez y el respeto mutuo. La educación sexual está vinculada a los sentimientos, personas y relaciones, pero sólo tiene sentido para los jóvenes cuando se relaciona con sus propias necesidades, sus propios intereses y sus propios temores. Un programa de educación sexual debe alentar a hablar de todo aquello que sea de interés, importancia o preocupación.

Al tratar de sentimientos y relaciones la educación puede ayudar a los niños y jóvenes a volverse más sensibles a las necesidades de los demás; puede ayudarles a comprender como sus palabras y acciones afectan a los sentimientos y a la conducta de los que les rodean. Lo ideal es que la educación sea un proceso de participación a través de la cual aprendan a apreciar y respetar las diferencias existentes entre ellos y a través del cual cobren una mayor consciencia de las similitudes. Se trata de impartir información fisiológica correcta, al tiempo que se intenta crearles una consciencia y aceptación de su propia sexualidad, de sus roles como varones y hembras, y lo que es más importante como seres humanos dentro del marco de la familia, el grupo de semejantes y la sociedad.

4.4.3

4.3. LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN.

Los medios masivos de comunicación constituyen una característica propia de la sociedad moderna, cuyo desarrollo ha sido paralelo al aumento de las dimensiones y la complejidad de la organización y las actividades sociales, el rápido cambio social, la innovación tecnológica, el incremento de los ingresos y la elevación del nivel de vida y, finalmente, a la progresiva desaparición de algunas de las formas tradicionales de control y autoridad (Mc Quail, 1979).

La expresión " medios masivos de comunicación " se refiere a la televisión, la radio, la prensa de amplia circulación, el cine y en ciertas circunstancias, las grabaciones fonográficas. Por lo general el termino " medios masivos " designa todo el sistema dentro del cual se producen, se seleccionan, se transmiten, reciben y responden los mensajes.

Aunque, por el momento, no podemos establecer reglas precisas para distinguir entre comunicación masiva y otras formas de comunicación social, una definición sintética formulada por Janowitz (1968), permitirá comprender los términos de las características de estos medios: " los medios de comunicación masiva comprenden las instituciones y técnicas mediante las cuales grupos especializados emplean recursos tecnológicos (prensa, radio, cine, televisión, etcétera) para difundir contenidos simbólicos en el seno de un público numeroso y disperso ". Un análisis más detallado de algunas características del uso de los medios masivos confirma también la

interdependencia entre éstos y el desarrollo de una sociedad industrial avanzada. Hay dos hechos que son especialmente pertinentes: el alto nivel promedio de uso individual de los medios masivos de comunicación y el fuerte apego subjetivo a este modo de emplear el tiempo libre. Sobre la base de datos obtenidos por el departamento de investigación de audiencias de BBC, Belson (1967) demostró que hacia 1959, el promedio diario de tiempo dedicado a mirar programas de televisión había llegado, en Gran Bretaña, a dos y media horas por persona, nivel que parece haberse mantenido constante por persona desde entonces. Una investigación acerca de todas las actividades cotidianas, que tomó la forma de plan para el empleo del tiempo, demostró que en Gran Bretaña, en 1962, la televisión absorbía durante la semana un promedio de 2.2 horas diarias, en tanto que el promedio correspondiente a la lectura de periódicos y al cinematográfico era sólo de 37 minutos (Abraham, 1964). Aunque existen minorías que evitan el contacto con los medios masivos de comunicación o bien individuos que absorben cantidades anormalmente excesivas, el patrón general es una distribución normal. En la actualidad parece lógico pensar que un cierto uso de los medios masivos constituyen un índice y hasta un requisito para la pertenencia a la sociedad. El uso de la televisión, en la población desocupada puede verse como algo común.

Tanto el uso excesivo de los medios masivos y el rechazo absoluto, pueden significar un comportamiento inadecuado (Mc Quail, 1979). En efecto

existe una relación empírica entre los bajos niveles de uso de los medios masivos y otros estados, tales como la pobreza, la carencia de un domicilio fijo, la enfermedad, la no participación en política y el aislamiento social. Los medios de comunicación marcan como consecuencia la adaptación de los ordenes institucionales existentes a estos medios, que pueden prescindir de los canales de comunicación y las estructuras de autoridad propias de las esferas de la política, la religión, la educación, la familia y la economía, pues establecen un contacto "directo" con los individuos. Por ejemplo, gracias a los medios de comunicación, es posible difundir ideas políticas o religiosas sin control institucional, y en el campo de la educación y la socialización, los padres y maestros no pueden impedir el temprano acceso de los más jóvenes al contenido de los medios de comunicación para adultos. Si bien al comienzo los medios masivos de comunicación en las esferas propias de las instituciones existentes tropiezan con gran resistencia, pues se les considera una posible amenaza para su autonomía, poco a poco surge una tendencia a la aceptación y el uso de los nuevos medios, que a menudo es acompañada de graduales e imprevistas adaptaciones formales.

Quizá las consecuencias más importantes se relacionan con el control social, puesto que los medios masivos de comunicación proporcionan un instrumento más poderoso y flexible que cualquiera de los ya existentes para influir sobre la gente. A causa de esta capacidad, se desarrollan mecanismos formales e informales para controlar aquellos que manejan los

medios masivos y a quienes intervienen en la selección y redacción del contenido. Esto tiene por objeto asegurar que el proceso se oriente de acuerdo con las leyes y normas sociales prevalecientes, y también, por lo general, que los medios masivos se conviertan en factores de control que refuercen las pautas culturales e institucionales dominantes.

En la sociedad contemporánea, los medios masivos contribuyen también a la socialización del niño y a la continua socialización del adulto. Algunos sociólogos consideran que éstos ofrecen modelos de comportamiento, inculcan roles además de que proporcionan experiencias antiguas a situaciones nuevas y ayudan al individuo a adaptarse a las expectativas de los demás. Los sociólogos que han estudiado los valores implícitos en el contenido de los medios masivos suelen llegar a la conclusión de que las partes sociales dominantes son reforzadas por ellos, en tanto que los elementos que se apartan de los cánones aceptados o los quebrantan, son paulatinamente descartados.

Dadas las características de la sociedad actual y de los avances tecnológicos de los que somos testigos, existen y debe analizarse la importancia de los medios masivos de comunicación. Estamos rodeados de ellos y en ocasiones, otra vez, no los tomamos en cuenta. Sin embargo, estos medios masivos de comunicación traen mensajes aparentemente inocuos, pero la verdad es que estos mensajes traen por detrás un mensaje cargado de ideología muy bien manipulada en la forma consciente por sus

propietarios. La intensión de ellos es vender y además, crear en los compradores necesidades artificiales, siendo esto la principal actividad y función de los medios masivos de comunicación. Esto ocurre en la radio, televisión, cine y medios impresos. Por lo tanto, es necesario analizar y en su caso criticar, cuales son los verdaderos mensajes que envían estos medios. Las ideas que están ahí, implícitas, que no se dicen, pero que sin embargo existen y que son claramente manipuladas. Ideas que son subterráneas, pero tangibles y que tienen relevancia y son determinantes a pesar de que en la superficie no se ven. Este tipo de mensajes son de diversas formas: actitudes hacia la mujer, visiones generales del mundo, actitudes hacia los bienes materiales, hacia la moda (en el vestir, calzado, peinados y hasta el tipo de coches o mujeres consumidas), hacia las actividades políticas (claramente manejadas por el grupo o partido en el poder) y las actitudes, prejuicios y valores hacia el sexo (Alfaro, 1988).

Como ya hemos observado, la sexualidad es utilizada por la sociedad quien determina en forma rigurosa que tipo de actitudes y actividades se deben de tener. La sexualidad no le pertenece al individuo sino que está determinada por el grupo social dominante. Si llega a tomar una decisión individual y personal, aunque no perjudique a nadie, entonces es reprendido y castigado severamente. Y después de que la sexualidad es robada al individuo, entonces se le vende. Esto es a través de los medios masivos de comunicación. Así, se venden películas con temas sexuales, figuras de cine

sugestivas, revistas pornográficas y publicidad con mujeres sensuales y semidesnudas. Pero al mismo tiempo estos mensajes sexuales son ocultos, pues si fueran en forma abierta serían atacados. Por lo tanto, el público robado busca la sexualidad y trata de comprarla ya que no hay otra salida, o al menos eso se les ha enseñado y hecho creer. De ahí el éxito de cierto mensajes publicitarios o de algunas revistas.

* A manera de resumen, podemos decir que los ~~medios de comunicación~~ tienen como ya se mencionó las siguientes características: a) se dirigen a públicos amplios; b) públicos heterogéneos; c) las comunicaciones masivas son públicas; d) Los medios masivos pueden llegar simultáneamente a una gran cantidad de personas que están distantes de la fuente; e) En los medios masivos de comunicación la relación entre el emisor y el público es impersonal; f) El público de los medios masivos de comunicación es una colectividad característica de la sociedad moderna y g) Las comunicaciones masivas requieren organizaciones formales complejas.

Esto nos lleva a concluir que, cuando hablamos de medios masivos de comunicación, tal vez no todas las características antes expuestas estén presentes, pero sí la mayoría de ellas; y con ello se indica que la gran cantidad de tiempo que se emplea en la recepción de la televisión, así como la lectura de determinadas revistas y con el cine, la influencia de estos medios en la adquisición de información sobre la sexualidad es decisiva. En estos medios se encuentra o se cree encontrar, lo que no es proporcionado

los padres y los educadores. Siendo el resultado de lo anterior, una información totalmente irreal; llena de estereotipos y mitos.

4.1 4. LOS AMIGOS.

Las experiencias de aprendizaje entre sus iguales, por las que pasa el adolescente, le sirven de primer paso para su independencia de los adultos. Los iguales facilitan la transición del joven de su afianzamiento en la familia a cierta libertad en la adolescencia y a las nuevas formas de responsabilidad en la adultez.

Su familia sólo le puede brindar un rango estrecho de oportunidad en el ejercicio de algún rol, mientras que en la interacción entre iguales, le brinda intentos probatorios, ensayos sobre el lugar que luego ocupará en la estructura social (Grinder, 1986).

Contrariamente, quizás, a lo que por lo general se piensa, no son los padres necesariamente los mejor situados para la información de los adolescentes en materia de sexualidad y ello en mucha mayor medida si esta información no se ha producido "naturalmente" desde la infancia. En efecto, la comunicación padre - hijo no siempre es fácil en el momento de la adolescencia; por otra parte, los padres tampoco están bien informados ellos mismos y su propia sexualidad no está necesariamente realizada.

El adolescente se mueve en gran parte por el deseo de ser respetado por su grupo y está fuertemente influido por sus opiniones.

En ocasiones un grupo constituye un gran auxilio para formar sus propias normas y valores, pero otras veces es un obstáculo para ello, puede ejercer una fuerte presión para que el joven siga las normas del grupo en lugar de seguir las suyas propias (Heleiner, 1979).

Los amigos son los primeros informadores en materia sexual. En general sólo transmiten información sobre el coito, difundiendo datos acerca del mismo, así como toda la mitología sobre tamaños de pene, posibilidades orgásmicas, métodos anticonceptivos, drogas, placer, sexo, etcétera. Lo más lamentable es que a veces, estos " expertos " son los únicos que transmiten este tipo de información.

De hecho si se les pregunta a los adolescentes sobre la cuestión de quienes les han dado información sexual, citan en primer lugar a los compañeros, sobre todo los chicos (en un 40 o 50 por ciento de los casos).

Por el carácter de secrecia y privacia que reviste la sexualidad los grupos de amigos constituyen un canal importante es la socialización de la sexualidad. Allí establecen vínculos de solidaridad, de intimidad, de identificación que facilitan el clima de confianza necesario para entablar conversaciones acerca de un tema profundo y en el que otros ambientes no se puede tratar: la sexualidad.

Durante la infancia el niño se desarrolla, ordinariamente en su ámbito familiar y en de los amigos, de los padres y los vecinos. Allí comienza a entablar lazos de amistad con otros niños, si los hubiere. A través de juegos,

pleitos, llantos, risas, el niño refleja y conforma su concepto de hombre y mujer, y las curiosidades sexuales propias de esta etapa de desarrollo.

A veces, encuentran compañeros de juego con los cuales pueden satisfacer su curiosidad sexual viéndolos y tocándolos. Si los padres o algún adulto se opone rígidamente a esto, pasa a la clandestinidad y se establece un vínculo aún más fuerte entre los infantes ya que están jugando a lo prohibido.

Esto a su vez, facilita que se instale el silencio entre padres e hijos, e impide que los niños se atrevan a preguntar acerca de sexualidad a sus padres por temor a la reacción de ellos.

 Los amigos van evolucionando en la sexualidad, con dudas e inquietudes similares que los acercan. En la escuela el niño tiene la oportunidad de escoger a los amigos, donde los padres pierden el control de las amistades de sus hijos.

Durante la pubertad y adolescencia los amigos constituyen una fuente importante de intercambio de experiencias. Al presentarse el interés sexual propio de esa época y nuevo para los muchachos, casi siempre acuden a los amigos para confiarles lo que les está sucediendo. Ven revistas, comienzan a perfilar el ideal de hombre y mujer, y lo comparten. Al sentir lo mismo, hay menos posibilidad de burlas. El amigo íntimo cobra mucha importancia, es el confidente, en ocasiones el reflejo de sí mismo, el fuerte, el que comprende y ayuda aconsejando. Es el tiempo de las largas

conversaciones del futuro, de las injusticias familiares y escolares, del gusto por el sexo.

El inicio de la vida sexual activa de un individuo es compartida muchas veces por el grupo de amigos, quienes aceptan con alegría, entusiasmo, indiferencias o tristezas el hecho, de acuerdo a su gusto, comprensión, envidia, por esa situación y a las condiciones que se haya realizado.

Vos y Gale (1987) mencionan que los amigos se estimulan, inhiben o motivan unos a otros para hacer o dejar de hacer algunas cosas, relativas a sexualidad. El que los amigos acepten a la primera novia es importante para él, quién está conformando o reestructurando su propio marco de referencia conductual. Si la mujer o el hombre cumplen ciertos requisitos será aceptada por los amigos y el recién novio (a) se enorgullecerá de su compañera (o).

En la edad adulta los amigos verdaderos siguen siendo confidentes mutuos, critican posturas ante la vida, apoyan proyectos que a su parecer valen la pena, pero pueden también cuestionarse mutuamente comportamientos en los que no están de acuerdo.

A veces se acude al amigo por la necesidad de ser escuchado ante una situación o problema grave. El poderse comunicar en diálogo franco y abierto es un aliciente en momentos difíciles, aunque no siempre llegue la solución.

Hay amigos que se reúnen para beber y divertirse, para relajarse y distensionarse, para tomar aire. Con frecuencia se ve que durante las

Hay amigos que se reúnen para beber y divertirse, para relajarse y distensionarse, para tomar aire. Con frecuencia se ve que durante las reuniones de amigos los hombres conversan por un lado y las mujeres por otro. Se cuentan bromas de temas sexuales y se alardea de números y personas conquistadas, se pregunta qué hacer para enamorar a tal persona, se discute acerca de cómo se tratan las parejas y qué debían hacer. Se cuestiona qué hacer con los hijos (Chilman 1980; Burkhart, 1981).

De todos los temas que tratan los amigos a lo largo de su vida, hay dos que siempre aparecen explícita o implícita: los papeles sexuales y el valor de los hijos, porque uno se comporta espontáneamente como lo que es, hombre o mujer, y muestra sus expectativas ante el otro sexo, y esto es percibido por los amigos.

Así, los grupos de amigos generan, recomiendan, son indiferentes o rechazan ciertos valores y comportamientos sexuales. La fuerza de su influencia radica en que las personas eligen a sus amigos, y por tanto su forma de ser y valores. Es el único canal de socialización que presenta esta característica de selección y libertad.

Además de estos grupos existen otros llamados " de iguales ", que tienen influjo en el comportamiento sexual: los compañeros de trabajo, los sindicatos, las asociaciones deportivas y otras similares.

En algunos casos uno selecciona a que grupos quiere pertenecer, como el caso de un club, y en otros se ve obligado a afiliarse (como los

sindicatos), pero en todo caso ejercen un influjo sobre la manera de vivir y concebir la sexualidad, al aceptar o rechazar comportamientos sexuales de sus integrantes, aislándolos o incluyéndolos en actividades comunes dentro y fuera del lugar de trabajo.

El ser humano necesita reconocimiento y aceptación de los grupos de referencia a los que pertenece. Por ello, a través de estos grupos la sociedad realiza una función normativa acerca de los comportamientos sexuales de sus integrantes.

4.4. 5. LA RELIGIÓN.

La religión es fundamentalmente un producto social; por ello, su lugar y su función no pueden comprenderse en abstracto, al margen de la cultura total en que se integra. Esto significa que la religión no es exactamente igual en las comunidades agrícolas y en las industriales, aunque en ambas lleve la misma doctrina.

La religión tiene cuatro funciones que ayudan a mantener el dominio de las finalidades del grupo sobre el interés privado:

- 1) Ofrece, a través de sus sistemas de creencias sobrenaturales una explicación de las finalidades de los grupos primarios y una justificación de su primacía, en particular de la familia.
- 2) Provee, a través de rituales colectivos, los medios para una renovación constante de los sentimientos comunes.

- 3) Establece a través de sus objetos sagrados, una referencia concreta para los valores y un punto clave para todas las personas que comparten los mismos valores.
- 4) Provee una fuente ilimitada e insuperable de recompensas y castigos (recompensas para la buena conducta y castigos[?] para la mala). De esta manera la religión hace una contribución única e indispensable para la integración social.

No todas las religiones realizan estas cuatro funciones de la misma manera y con la misma intensidad, pero existen mientras responden a necesidades típicas de los grupos que las profesan (CONAPO, 1982).

Por lo que se refiere a la sexualidad, la religión sanciona comportamientos a través de la sacralización de algunos de ellos, primordialmente de aquellos que suelen tener en un momento dado mayor trascendencia para la comunidad, como por ejemplo: el matrimonio, el nacimiento y la muerte.

A través de rituales refuerza las creencias y valores ya sacralizados.

Prácticamente toda la religión plantea ideales de hombre y mujer, a través de figuras humanas sacralizadas, que propone a sus seguidores como ejemplo a imitar.

Al igual que la vida familiar, la religión es esencialmente íntima. Al enfrentarse con el problema de la existencia el hombre encuentra en la religión el valor necesario para seguir adelante. Al mismo tiempo se

encuentra inmersa en un medio social determinado por lo que refleja la ética y las normas del mismo medio.

Una de las principales contribuciones de la religión a la civilización ha sido su capacidad funcional de asegurar la transmisión, de generación en generación, de las formas de conducta aprobadas y pretendidamente beneficiadas por los dioses.

La religión proporciona un sentimiento de seguridad porque ofrece respuestas a interrogantes difíciles de responder, y porque su influjo parece trascender más allá de este mundo (Swift, 1978).

A lo largo de la historia de la humanidad y en las diferentes culturas, la religión ha aparecido siempre ligada a las normas éticas que rigen la conducta reproductiva, la función social del hombre y de la mujer, en una palabra, ligada íntimamente a la sexualidad.

(Muchas religiones han establecido normas para gobernar la conducta sexual. Las reglas pertenecientes a la religión judía están establecidas en el antiguo testamento. El cristianismo ha adoptado muchas de estas reglas, y diferentes credos cristianos han añadido otras de acuerdo con sus respectivas creencias y la enseñanza de sus iglesias. Las reglas de conducta de los musulmanes se encuentra en el Corán.

La línea que por lo general adoptan estas reglas es que algunas clases de actos sexuales son siempre malos y se debe evitar, y aquellos que practiquen las religiones que dictan estas deben guiarse por ellas.

En algunos casos el punto de vista religioso respecto a un acto sexual particular se ha visto modificado de acuerdo con el conocimiento que se adquiere de la conducta sexual humana. Sin embargo, otras reglas provienen no de las enseñanzas religiosas, sino de lo que la gente considera "respetable" en una época determinada, las normas que se oponen a que se hable sobre el sexo o a que se vea desnudo el cuerpo humano corresponden con frecuencia a esta clase. Normas de estas características cambian mucho con el tiempo.

Todo el mundo tiene derecho a elegir las normas por las cuales se guiará en la vida, así como tiene derecho a decidir si seguirá tal o cual religión. Sin embargo, prácticamente todos están de acuerdo en el comportamiento sexual egoísta y sin amor hay que rechazarlo, y es también mucho menos placentero que cuando va acompañado por una preocupación por el otro. Esto implica no sólo al comportamiento sexual sino a la vida en general.

Es verdad que las personas son diferentes, tienen diferentes necesidades y viven de manera diferente. Algunas personas efectivamente sólo mantienen relaciones sexuales con un compañero durante toda su vida y lo prefieren así, otros no. Algunos gozan mucho con los variados juegos sexuales, otros no. Es bastante fácil saber lo que uno piensa que le gusta, aunque se puede cambiar de punto de vista a medida que uno experimenta o va creciendo. Puesto que la mayoría de las veces el sexo incluye dos

personas, también hay que averiguar qué es lo que el compañero piensa o necesita.

Existen muchas personas que no tienen ninguna creencia fuerte en un sistema religioso de conducta; tal vez puede resultar difícil imaginar que los que piensen de otra manera pueden tener también vidas sexuales agradables y placenteras, siguiendo las normas que les han enseñado, ya sea de la Biblia, del torah, o de la iglesia a la cual pertenecen.

El sexo no es algo que pueda guardarse en una caja hermética; la manera en que cada uno de nosotros lo use es parte de toda nuestra concepción de la vida.

Probablemente lo más importante que los jóvenes obtienen de la experiencia sexual es aprender a descubrir y a satisfacer las necesidades de otra persona, así como las suyas propias. Por lo cual, un comportamiento egoísta individual por un lado, y el establecimiento de normas estrictas que van contra el propio sentido común por otro, son obstáculos para que los jóvenes se transformen en adultos afectuosos y responsables.

La religión enjuicia la sexualidad de quien la ejerce. No han faltado corrientes o grupos religiosos que niegan o reprimen el ejercicio de la sexualidad, que califican el cuerpo como "malo", que sólo permiten la unión sexual como medio para la procreación, que condena el goce de la comunicación corporal, y que discriminan a la mujer por el sólo hecho de serlo. Pero esto ni es común de todas las religiones ni es percibido de la

misma manera por todas las religiones: hay siempre una relación con el contexto cultural.

Hay grupos religiosos que valoran al hombre y a la mujer como seres humanos iguales, otorgan al cuerpo humano gran importancia como parte integrante de la persona misma, sacralizan la unión corporal a través del matrimonio y promueven el valor de la procreación.

C) ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN MÉXICO.

El interés por brindar una educación sexual es relativamente nuevo. Los primeros trabajos que entendían a la sexualidad no sólo como una actividad natural sino como un proceso que requiere aprendizaje, fueron realizados por Havelock Ellis a principios de siglo.

En el caso de México los antecedentes de la educación sexual, por lo menos como una transmisión de información planificada referente a temas que guardaran alguna relación con la sexualidad, parece remontarse también a los inicios del siglo XX.

Es en 1912 y 1913 cuando la Universidad Popular Mexicana organizó los primeros ciclos de enseñanza de educación sexual; los contenidos se limitan a enfermedades de transmisión sexual, salud materno - infantil y puericultura. Desafortunadamente se pierde mucha de la experiencia obtenida

durante todos estos años, si consideramos que algunos cursos de educación sexual, hoy en día imparten las mismas temáticas.

Los inicios de siglo se caracterizaron en lo político, por grandes transformaciones sociales que recogieron ideas y pensamientos gestados desde finales del siglo XVIII y XIX. Estos vientos también se acompañaron de nuevas formas de acercarse a la sexualidad y a las relaciones de género. La revolución de 1910, indudablemente rompió muchas de las viejas estructuras, fragmentó familias, desplazó hombres y mujeres hacia otros lugares trastocó los roles asignados a los sexos; las mujeres tuvieron que salir de los hogares y encargarse de otras funciones que los hombres dejaron para ir al campo de batalla. Amparados en la ideología revolucionaria se dieron los primeros intentos de establecer programas oficiales de educación sexual (Corona, 1994).

Entre los antecedentes de la educación sexual en México podemos decir que las primeras acciones se dan desde 1916, cuando se llevó a cabo el Primer Congreso Feminista de la República Mexicana en Yucatán y con el trabajo más comentado que fue la " Monografía de la Mujer " de Hermila Galindo.

Martínez (1991), señala que en México la educación sexual y la liberación femenina han evolucionado en forma interrelacionada. El Congreso se llevó a cabo con el apoyo del entonces Gobernador de Yucatán, Salvador Alvarado.

Posteriormente en 1918, en ese mismo estado es elegido gobernador Carrillo Puerto, sus ideas liberales con respecto a la sexualidad se ven reflejadas en 1922 en la propuesta de una nueva ley de divorcio y más radicalmente en la publicación por parte del estado del folleto de la gran pionera de la planificación familiar Margaret Sanger, " La regulación de la natalidad o la brújula del hogar "; en este son expuestos de forma sistemática los métodos anticonceptivos disponibles en la época: El irrigador y el supositorio vaginal, el condón, el pesario y la esponja.

En mayo de 1923, se llevó a cabo en la Ciudad de México el Congreso Panamericano de Mujeres en donde se habla de control de natalidad, el niño, el amor libre y los derechos políticos y sociales de la mujer mexicana.

En 1934, siendo titular de la Secretaria de Educación Pública el Lic. Narciso Bassols se da a conocer el primer proyecto de educación sexual formal a nivel nacional, dentro del cual después de un estudio detenido por una comisión técnica consultiva, rindió un dictamen. Considerando dentro de las más importantes las siguientes:

1a.- La Secretaría de Educación Pública debe establecer, organizar y dirigir la educación sexual en nuestro medio y asumir la responsabilidad de ella.

2a.- La Educación Sexual debe impartirse concretamente desde el tercer ciclo de la escuela primaria y en alguno o algunos de la escuela secundaria.

8a.- El departamento de Psicopedagogía e Higiene se encargaría también, juntamente con el de primaria y normal, junto con el de enseñanza técnica de organizar conferencias sobre educación sexual, para los padres de familia y para muchachos adolescentes, de uno y otro sexo que asistan a la escuela.

9a.- El propio departamento se encargará de dar preparación a los maestros de las escuelas primarias y secundarias que deben impartir educación sexual, así como determinar con la colaboración de maestros y programas, junto a la interpretación y alcance de dichos programas.

14a.- Díctense las medidas necesarias para la introducción de la enseñanza de la Puericultura en las escuelas primarias y secundarias para niñas (Secretaría de Educación Pública, 1934).

Sin embargo no llega a establecerse por presiones sociales, ya que desató una violenta polémica documentada a través de artículos periodísticos. También se dieron expresiones de otra índole; fotografías de la época que mostraban a grupos de padres de familia manifestándose en contra de la educación sexual.

Es claro, que los hechos históricos no ocurren de repente, existen eventos que los preparan y elementos sociales que los construyen, las grandes transformaciones con respecto a la sexualidad ocurridas en México en los 70's, tuvieron también eventos precursores. Grupos que adelantándose a su tiempo abrieron el camino para que pudieran surgir los cambios. Un

ejemplo de estos lo constituyen el Seminario de Sexología , organizado por el Doctor Alberto Cuevas y sus alumnos del colegio de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM en 1958. El valor de este seminario es que fue el predecesor de todas las actividades académicas llevadas a cabo en ese campo. La variedad de los contenidos fue amplísima, desde discusiones Antropológicas hasta disertaciones sobre la normalidad y el placer. También por primera vez se exponía a los jóvenes a una discusión abierta sobre la anticoncepción y a la consecuente separación de los aspectos reproductivos de la sexualidad.

Más tarde, en 1969 se funda la Asociación Mexicana de Sexología que es la más antigua de México y la primera en América Latina. En 1969, la Asociación Pro Salud Materna, integra a sus cursos de planificación familiar las pláticas de educación de sexualidad.

En la década de los 70's fue cuando se dieron las condiciones para una discusión más abierta sobre la sexualidad por diferentes núcleos de la sociedad; a veces con una visión moderna y liberadora y en ocasiones reavivando diferentes mitos y fantasmas. De cualquier modo, se hicieron explícitas las necesidades de la población que articuló sus demandas hacia una forma distinta de abordar la sexualidad y de tener una educación sexual más acorde con la realidad que se vivía.

Es frecuente que en la respuesta a las demandas sociales, la sociedad civil se adelante a los organismos gubernamentales. En México, la Asociación

Mexicana de Educación Sexual (AMES) fundada en 1972, fue una de las primeras organizaciones no gubernamentales en el área de educación sexual creada por un grupo de profesionales de distintas disciplinas que formularon los siguientes objetivos:

- * Ofrecer al individuo y a la sociedad la posibilidad del ejercicio integral, racional, placentero y responsable de la sexualidad a través de una educación adecuada.

- * Estimular un cambio en los papeles sexuales y en los patrones de relación entre los sexos hacia modelos igualitarios y no sexistas.

- * Contribuir a la solución del programa demográfico de México, a través del fomento de actitudes responsables hacia la reproducción.

Por otra parte las instancia gubernamentales se plantearon la necesidad de adoptar políticas y programas en varios ámbitos; buscaban transformar al país en un estado moderno. Así se dieron tres fenómenos que contribuyeron a la legitimación de la educación sexual.

- 1.- Se planteó la necesidad de establecer una reforma educativa que afectara todo el proceso y a todo el sector educativo incluyendo planes programas y particularmente los libros de texto gratuitos. A partir de 1974, se incluyeron en los libros de ciencias naturales contenidos denominados " educación sexual ", sin embargo sólo se limitan a tocar aspectos de reproducción; los libros de ciencias sociales incluyeron temas relativos a la

familia, los fenómenos demográficos y se buscó en ocasiones evitar los estereotipos en roles de hombre y mujeres.

2.- Fue formulada la política de población en donde se reconoce la realidad económica y demográfica del país; ocurriendo así la creación del Consejo Nacional de Población (CONAPO). Dentro de este marco se reconoció a la salud sexual como el sustento y sustrato educativo de los programas.

Surgiendo así un Programa Nacional de Educación Sexual, orientado a:

- * Promoción de la responsabilidad de individuos y parejas en su comportamiento sexual.

- * Promoción de cambios sociales y culturales para una organización más equitativa de los roles de varones y mujeres, y por la organización de la familia con base en el respeto mutuo y mayor participación en la educación de los hijos. (CONAPO, 1979).

3.- La celebración en México, en 1975 de la Primera Conferencia Internacional de la Mujer, que dio pie para la reflexión en cuanto a las relaciones entre la represión a la sexualidad y la subordinación de la mujer. En la tribuna de las Organizaciones No Gubernamentales se dieron amplios debates sobre temas tales como: La salud sexual, y los derechos reproductivos entre otros.

El final de la década se caracterizó por la fundación de una gran cantidad de organismos no gubernamentales, pues se ocupan, ya sea de

forma central o tangencialmente de la educación sexual. Así en 1978, Anameli Monroy crea el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA). Por esos años Juan Luis Alvarez Gayou, estableció el Instituto Mexicano de Sexología (IMESEX), cuya labor es la formación de terapeutas y educadores. En 1977, con motivo del V Aniversario de la Asociación Mexicana de Educación Sexual, se realizó el Primer Congreso de Educación Sexual y Sexología, que en realidad se convirtió en un evento internacional, trayendo a México a los más connotados expertos en Educación Sexual en el Mundo (Monroy, 1980).

A partir de la época de los 80's hasta nuestros días el desarrollo global de la educación sexual. En nuestro país forma parte de las políticas y programas de una gran diversidad de entidades públicas y privadas. Existen un conjunto de propuestas que reflejan el estado de las negociaciones entre los programas de educación formal, las Instituciones de Salud y Planificación Familiar, las organizaciones No Gubernamentales y los movimientos contestatarios.

Por un lado encontramos el modelo oficial, principalmente en los planes y programas de educación, ejerciendo un rol fundamental en términos diferentes normativos y de cobertura. Lo que aparece o deje de aparecer en los programas oficiales dado el carácter nacional y de obligatoriedad que tienen, son un símbolo claro de los avances logrados por un país en el terreno educativo.

Como parte de la educación no formal, las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, particularmente las dedicadas a la planificación familiar, ofrecen servicios de educación sexual con una temática más amplia aunque de menor cobertura.

Formando parte de la cultura de la resistencia están el enfoque Feminista y el movimiento Gay. Este último se sistematiza como modelo educativo con los talleres de sexo protegido que surgen ante el advenimiento del VIH/SIDA, frente al cual ninguno de los otros enfoques ha sido indiferente; el propio estado asume una responsabilidad en la lucha contra ésta enfermedad mortal.

La actual controversia sexual, " la nueva derecha ", el enfoque de abstinencia en nuestro país ha estado comandado principalmente por grupos ligados a la jerarquía eclesiástica, cuya acción se hace presente en algunas escuelas privadas del país, en parte como una reacción a la " Liberación Sexual " de las décadas anteriores.

La situación demográfica de México y su relación con la sexualidad. Como sabemos , en los últimos decenios, México ha tenido tasas altas de nacimientos debidas a altos niveles de fecundidad con la sexualidad es evidente ya que una expresión básica de ésta, es precisamente la conducta reproductiva. La información sexual, los valores y las normas que rigen esta conducta son las que determinan en última instancia el crecimiento poblacional (Brito, 1982).

Nuestro país y muy especialmente en las altas concentraciones urbanas se está experimentando el fenómeno de la migración, el cual está teniendo gran efecto en el comportamiento sexual de la población.

Los efectos de la conducta sexual en general y no tan sólo en sus aspectos demográficos pueden provocar conflictos individuales, familiares y sociales como las disfunciones sexuales, las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos no deseados, embarazos frecuentes, embarazos en madres menores de 18 años, mitos, tabúes y falacias.

Aunque las causas del comportamiento sexual y reproductivo se dan con base en la conjugación de las características personales, familiares y del medio social del individuo (Brito, 1982), la formación sexual oportuna y adecuada puede coadyuvar a disminuir y hasta evitar la problemática mencionada.

Si además de brindar esta información a nivel individual se complementa con acciones educativas para modificar actitudes y conductas de la población, con la finalidad de promover una actitud responsable, una conducta sexual racional y una integración satisfactoria de la sexualidad a la personalidad total de los individuos, estaremos contribuyendo, no tan sólo a una tasa menor de fecundidad sino a que los hombres y las mujeres se acepten sexualmente así mismos y a los demás, se respeten y complementen, y puedan disfrutar de su sexualidad así como planear su reproducción de manera conjunta, libre y voluntaria (Monroy , 1990).

Si los programas de educación sexual para la población pueden coadyuvar para evitar la aparición de estos problemas que muchas veces tienen su origen en una educación inadecuada de la sexualidad de los individuos, de acuerdo a la época en la que se está viviendo, entonces se ve como una necesidad el efectuar acciones de este tipo en nuestro país.

Sin embargo, si a nivel mundial en años anteriores, se ha prestado poca atención a esta área dentro de la Educación Integral del individuo, en América Latina y en México no es hasta los años setenta que empieza a cobrar importancia para determinados grupos, y muy en especial a los involucrados en la política poblacional.

D) PROPUESTA PARA UNA EDUCACIÓN SEXUAL ADECUADA.

Muchos padres y educadores, ante la ansiedad que el tema les produce justifican su incapacidad de hablar sobre sexualidad afirmando que hay cosas que se aprenden solas o que no necesitan explicación. Pero los resultados no concuerdan con esta postura y nos encontramos con gran cantidad de problemas sexuales, dificultades sociales, enfermedades de transmisión sexual, y embarazos no deseados.

Muchos años de represión, de ocultamiento y de información distorsionada han dado lugar a un cumulo de falsedades y tabúes así como a separar a la sexualidad del resto de la personalidad del individuo.

Qué?, Cómo?, Con quienes?, y Cuando? se debe hablar de sexualidad son cuestiones que devienen frecuentemente, en interrogantes angustiosas e insalvables. Es necesario partir de la idea de que son precisamente los padres y profesionales de la enseñanza y la salud los primeros que han de tener comprensión y conocimientos exactos sobre estos temas para después estimular hacia una evolución sana y natural de la sexualidad.

Para la obtención de estos fines uno de los aspectos principales es la determinación de las bases de la educación sexual estableciendo un lenguaje común que esté al alcance de los informadores y de los receptores de esta información. Hay que romper aquellos circuitos que transmiten falsedad, represión e ignorancia.

Actualmente es casi unánime la opinión que existe en la necesidad de una educación sexual, considerándola como un derecho fundamental de la persona.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como la integración de los aspectos sociales, normativos, afectivos e intelectuales de la Sexualidad Humana, para enriquecer positivamente la personalidad, la intercomunicación y la afectividad. Esta definición podría incluso ampliarse con los aspectos de autonomía, privacidad y solidaridad en el placer (Monroy , 1990).

Por educación sexual se entiende toda acción encaminada a hallar el mejor modo de integrar, sobre la base de la sexualidad, el modelo bio - psico

- social prevalente. Enseñar al individuo a vivir sanamente su sexualidad y la del otro compartiéndola y respetándose mutuamente.

Toda educación comprende dos acciones: Información y transmisión de valores.

CONCEPTO:

La llamada educación sexual no puede recluirse en la mera información, ya que informando no se educa y es precisa una instrucción para las relaciones interpersonales. En realidad la sexualidad es tal como es dentro de la personalidad de cada uno; pero si es posible educar a la persona para vivir su sexualidad. Para ello han de entrar en juego conceptos y valores que tienen mucho que ver con la comunicación interpersonal y las habilidades sociales, así como con el cambio de actitudes y el saber respetar y ser respetado.

Hoy en día, se reconoce la sexualidad infantil y la importancia de formar al niño no para la represión, sino para la auto realización y el goce sexual como un bien. Se conoce la importancia del aprendizaje en la conducta sexual y por lo tanto, la importancia del aprendizaje en la conducta sexual y por lo tanto, la importancia de la educación sexual. Esta se compone de tres aspectos: Las vivencias, las actitudes y la información.

Las vivencias positivas constituyen aquellas experiencias que desarrollan las habilidades necesarias para un uso racional de la sexualidad, acorde con las potencialidades humanas.

Una actitud es una posición cognitiva y emocional que uno tiene en favor o en contra de algo. Con respecto al sexo, tal como sucede con cualquier otro objeto, una actitud será negativa o positiva.

La actitud que se debe infundir debe ser de manera natural, realista y positiva.

La idea de que la sexualidad no es mala, sino noble y positiva, que constituye el núcleo de la relación amorosa, afectiva, la base de la máxima unión física y espiritual entre dos seres humanos y nos proporciona el máximo placer físico, lo que debe ser motivo de aceptación. Consecuentemente debemos tomar una actitud natural, aceptando el sexo desde el punto de vista fisiológico y psíquico, tal como aceptamos cualquier parte del cuerpo.

La sexualidad con una actitud realista significa responder directa y claramente sin inventar mentiras, como un tema frecuente y casual ya sea formal o informal (Giraldo, 1988).

La sexualidad humana se construye en la cognición del individuo a partir de las experiencias que tiene desde temprano en la vida y que la hacen significar e integrar las experiencias del placer erótico con su ser hombre o mujer (género), sus afectos que le vinculan con otros seres humanos y con su potencialidad reproductiva. De cualquier forma la sexualidad y sus problemas reclama la intervención de un gran número de profesionales. Cuando se visualiza la importancia de los procesos en la

conformación de la sexualidad humana, una conclusión inevitable es la de reconocer el papel preponderante de la educación, sea esta formal o no; en la determinación de la calidad de vida sexual del individuo y de la sociedad. Una sociedad mejor requiere de una sexualidad vivida en forma armónica, responsable, plena y libre (Rubio, 1994).

El ser humano, ya se ha indicado que no es un organismo meramente biológico, el considerarlo como integración de aspectos biológicos, psicológicos y sociales (ser bio- psico- social) nos encamina a proponer el estudio de la sexualidad humana.

Para fines de esta investigación es aplicada la teoría del sistema general, en el cual los sistemas están formados por elementos en interacción y que éstos elementos son a su vez sistemas completos, Arthur Koestles (1980), propuso se les denominara HOLONES para subrayar el hecho de que son partes constituyentes de un sistema (de ahí el sufijo ON como electrón o protón) pero que tienen en sí mismos, un alto grado de complejidad e integración (holos.- en griego quiere decir " todo ").

Los holones sexuales o sea las partes, elementos o subsistemas de la sexualidad, deberán ser conceptos que conserven su aplicabilidad vertical, es decir, que pueden aplicarse a las diversas metodologías de estudio: Antropología, Sociología, Psicología y Biología. Basándonos en esta idea señalamos que la sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los cuatro holones a saber:

El holón de la reproductividad.- Señala tanto la posibilidad humana de producir individuos que en gran medida sean similares (que no iguales) a los que los produjeron, así como los procesos cognitivos que se producen en torno a esta posibilidad.

IZT.

El holón del género.- En este contexto entendemos género como los procesos cognitivos conductuales que se forman respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos: masculino y femenino, así como las características del individuo que lo ubican en algún punto del rango de diferencias.

El holón del erotismo.- Son los procesos humanos en torno al apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, sus resultantes de la calidad placentera de esas vivencia humanas, así como las actitudes y conductas al rededor de estas experiencias.

El holón de la vinculación afectiva.- Es la capacidad humana de desarrollar afectos intensos (resonancia afectiva) ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano en específico, así como el comportamiento y actitudes individuales y sociales que de ellos se derivan.

Estos cuatro conceptos tienen aplicabilidad vertical, esto es, cada uno de ellos tienen manifestaciones en todos los niveles de estudio del ser humano y por ello no son ofrecidos como conceptos biológicos, sociales o psicológicos. El contar con conceptos que puedan aplicarse a los diversos

niveles y disciplinas que aporten conocimiento, reduce el riesgo de pensar que si un proceso tiene manifestaciones en un nivel digamos: el biológico, el proceso es biológico.

Por otro lado, la idea de integración es central en este modelo teórico. Por integración se entiende en el pensamiento de sistemas, que un elemento no puede ser correctamente representado si se considera aisladamente, pues su actuar depende de los otros elementos del sistema. La integración en los sistemas se alcanza de diversas maneras pero en el caso de la sexualidad, esta se hace presente gracias a los significados de las experiencias, es decir, la integración es fundamentalmente cognitiva, producto de la adscripción de sentido, significado y afecto a aquello que el individuo en lo personal y el grupo social en general, viven como resultado de las potencialidades sexuales están biológicamente determinadas (y por lo que son compartidos por la mayoría de los individuos). Sin embargo , lo que está determinado por nuestra naturaleza biológica es la potencialidad para tener experiencias en las cuatro dimensiones señaladas (reproductividad, género, erotismo y vinculación afectiva). La sexualidad se construye a partir de las experiencias que tiene el individuo en interacción con su medio. La complejidad de nuestras sexualidades se debe en gran medida a que las significaciones casi siempre aluden a los cuatro holones.

Los significados de las experiencias, entonces, permiten la construcción e integración de la sexualidad. Ocurre que los significados en cada una de

las áreas interactúan con las otras porque, precisamente están en relación unas con otras, no es posible modificar los significados reproductivos, por ejemplo: si no se contempla *la significación sexual, entendida con amplitud comprende entonces el significado de la reproducción como posibilidad (reproductividad) de la experiencia de pertenecer a uno de los dos sexos (género) de la significación de la calidad placentera del encuentro erótico y la significación de los vínculos afectivos interpersonales.* En tanto que estos holones operan integralmente, cuando el abordaje educativo ignora alguno de ellos aumenta sus posibilidades de ineficacia.

En resumen es obvio que la educación del país se ha introducido tanto en el sector público como privado a partir de la preocupación por la salud reproductiva, esta situación no es particular del país, sino por el contrario el bienestar y la salud se convierte en prioridades para toda la sociedad, la sexualidad pasa a ser un ámbito de interés público. Sin lugar a dudas los programas de salud y planificación familiar han abierto los principales espacios y oportunidades para estudiar la sexualidad y para ofrecer servicios educativos y de salud que empiezan a superar la mirada biologista.

El hecho de que existan actividades de educación sexual en los organismos dedicados a la salud que en las escuelas, es una contradicción que confirma esta situación.

Pero ligados a la salud reproductiva, en estos servicios se mantiene al erotismo subordinado a la reproducción y se le ubica dentro del binomio

salud - enfermedad. Esta dimensión le imprime un carácter médico, curativo y correctivo, en el mejor de los casos preventivo. Con lo cual se sigue resaltando lo problemático y conflictivo (embarazos no deseados, abusos, etcétera.) por encima de la realización personal del encuentro amoroso y de la dimensión placentera que está en la esencia de la sexualidad humana, con ello se confirma la persistencia de problemas sociales muy serios ligados a la pobreza, así como el carácter obscuro y opresivo que sigue rodeando al erotismo a la sexualidad, donde las luchas entre racionalistas, críticos y reaccionarios no han podido dar un salto cualitativo a un terreno de tolerancia y libertad.

Con todo esto consideramos que el concepto y la práctica de la educación sexual estarán dados por la percepción que se tenga sobre la sexualidad y sobre educación.

Por lo tanto el enfoque integral y humanista propuesto lo aplicamos a lo que debería ser una adecuada educación sexual.

Nuestra concepción de sexualidad y de educación delimitan necesariamente nuestra concepción de educación sexual.

Si concebimos la sexualidad humana como algo pecaminosos, la educación que se imparta generará una acción basada en el temor y la sanción. Por lo contrario si tenemos una concepción de la sexualidad humana como una dimensión del hombre, una forma de relacionarse con el mundo y con los demás, tenderemos a impartir una educación sexual orientada hacia

la auto determinación que le brindará al individuo los elementos mínimos para que logren aceptar su propia sexualidad y la de los demás.

Proponemos, por lo tanto, una educación sexual que se inserte en un proceso de educación integral que tiene que ver con el desarrollo del individuo en todas sus potencialidades. Una educación que orienta hacia la aceptación de si mismo y de los demás y que tiende a la formación de individuos autodeterminados y responsables ante ellos y hacia sus semejantes. Una educación sexual así concebida rechaza tanto la promiscuidad y el libertinaje como las sanciones y la santimonia con que comúnmente se asocia a la sexualidad.

El desarrollo humano es un proceso complejo que incluye aspectos físicos, emocionales, sociales, estéticos, intelectuales, morales y espirituales. Es un proceso individual porque implica derechos y responsabilidades individuales y es un proceso social pues los derechos de los demás están comprometidos. El propósito general de la educación sexual es ayudar a los jóvenes a conciliar todos los elementos que influyen en el ser humano.

CAPÍTULO 3. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Casi a fines del siglo XX, cuando ya se pensaba que la mayoría de las enfermedades transmisibles habían dejado de ser una amenaza, una nueva enfermedad se convirtió en poco tiempo en una de las epidemias más graves de los tiempos modernos. Esta epidemia (o más correctamente pandemia, ya se ha propagado rápidamente por todos los continentes, aún en los lugares más remotos del mundo) es el SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

Pero a diferencia de otras pandemias es en gran medida prevenible. Más aun, la responsabilidad de su prevención recae no sólo en las autoridades de salud de los países sino fundamentalmente sobre todas las personas.

A) ¿QUÉ ES EL SIDA?

El conjunto de enfermedades que sobrevienen como resultado de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), se denomina Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). La diferencia entre la infección por el VIH y el SIDA es que una persona puede estar infectada por el VIH y vivir muchos años sin manifestar problemas de salud. El SIDA es la

etapa más grave de la infección que generalmente se presenta varios años después de la infección por VIH.

Esta es una nueva enfermedad causada por un virus que emergió en Europa y América, en la última mitad de los años setenta. Sin embargo el reconocimiento del SIDA, como una enfermedad se dió durante los primeros años de la década de los ochenta.

Mann y Chin (1989) reporta que el SIDA se presentó por primera vez en 1979 y llamó la atención de la comunidad médica en 1981. El primer informe de este padecimiento provino del Center For Disease Control en Atlanta, Georgia, Estados Unidos y describió los casos de cinco homosexuales jóvenes previamente sanos que se habían tratado en hospitales de los Ángeles de una infección pulmonar rara : Neumonía por *Pneumocystis Carinii* (NPC). Esta infección sólo puede ocurrir en individuos cuyo sistema inmunológico está dañado o muy deteriorado.

Al mismo tiempo, en 1981 llegaron informes de 26 homosexuales previamente, sanos, en New York y California, que habían desarrollado una forma grave de cáncer maligno raro llamado Sarcoma de Kaposi. Ocho de ellos murieron en el transcurso de 24 meses después del diagnóstico.

La aparición de estos dos trastornos Neumonía (NPC) y Sarcoma de Kaposi, que con anterioridad se restringían a grupos bien definidos de individuos, pero que ahora afectaban a varones jóvenes

previamente sanos, surgió la ocurrencia de una nueva entidad patológica. El factor común de los nuevos casos era que todos incluían homosexuales.

Una característica adicional era que la respuesta del huésped a estas infecciones parecía estar deteriorada. Al parecer, la NPC y el Sarcoma eran en realidad "marcadores" de un gran defecto subyacente en el sistema inmunológico. El porque apareció el SIDA hasta los últimos años de la década de los setenta es un misterio científico, pero en el transcurso de cuatro años se convirtió en una pandemia en todo el mundo Occidental y todas las regiones de África Ecuatorial.

Afines de 1981, también se presentó en personas drogadictas homo y heterosexuales, y en 1982 aparecieron los primeros casos en personas con hemofilia (enfermedad que se manifiesta por un defecto en la coagulación de la sangre y que requiere para su control, de transfusiones de plasma sanguíneo que contiene elementos esenciales para la coagulación).

Estas evidencias a las que más adelante se añadió la transmisión de una madre a su hijo recién nacido, hicieron sospechar que su causa probable radicaba en un agente infeccioso, como por ejemplo un virus o algún otro microorganismo, por las características de su presentación se sospechaba que se transmitía por contacto sexual pero que también podía infectar la sangre y transmitirse por agujas y jeringas contaminadas en personas drogadictas y a través de transfusiones de sangre o sus componentes como en el caso de los hemofílicos, las presunciones sobre el

carácter infeccioso del agente causal de este padecimiento, se confirmaron en 1983 cuando se descubrió y caracterizó un virus, hasta entonces desconocido en un paciente con SIDA. En un primer momento fue denominado como Virus - III Lipotrópico de células T Humanas (HTLV - III) (del inglés Human T - Lymphotropic Virus III) por los Estadounidenses y Virus relacionado con Linfadenopatía (LAV) (del inglés Lymphadenopathy - Associated Virus) por los Franceses; y hoy en día se conoce universalmente como Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (del inglés Human Immunodeficiency Virus - HIV).

B) TEORÍAS DEL ORIGEN DEL VIH/SIDA.

Varias fueron las hipótesis que a comienzos de 1981, cuando se identificó el SIDA como un nuevo síndrome trataron de explicar su origen.

El hecho de que el virus causante del SIDA se detectara por primera vez entre hombres homosexuales a creado una imagen falsa y un concepto erróneo de que se trata de una enfermedad exclusiva de las personas cuyas preferencias sexuales están dirigidas a su propio sexo, en esta etapa inicial de la epidemia cuando la enfermedad parecía limitarse a homosexuales promiscuos, se creía que era posible que dependiera de un agente ambiental tóxico. Uno de los principales candidatos fue el Nitrito de Amililo, una llamada droga de la calle o de recreación utilizada para aumentar la actividad sexual y por sus efectos estimulantes generales. Algunos

homosexuales utilizan esa droga y otros Nitritos, como Isobutilo y el Nitrito de Butilio, con mayor frecuencia que los heterosexuales. Los Nitritos también relajan el músculo liso del recto y el esfínter anal facilitando las relaciones por esa vía.

Se culpó a los inhalantes del Nitrito como posible causa del SIDA por las siguientes razones :

- Se sabe que los Nitritos son mutágenos y pueden tener un papel en la etiología del Sarcoma de Kaposi.
- Se pensó que los Nitritos eran inmunotóxicos y producía inmunodeficiencia.
- Por razones epidemiológicas, ya que el uso de los inhalantes de Nitrito ha sido raro fuera de poblaciones homosexuales.

Algunos estudios sugieren una conexión positiva entre el abuso de Nitritos y el riesgo de SIDA. Sin embargo, los resultados de estudios de casos controlados indican que ya no se consideran como un factor importante en la causa del padecimiento. Más aún, se ha demostrado en animales que los Nitritos no son inmunotóxicos. Sin embargo, no se ha descartado su control como cofactor en este síndrome (Daniels, 1991).

Una segunda hipótesis sugiere que el efecto inmune básico del SIDA se debe a una "sobrecarga antigénica". Ello se basa en que en homosexuales receptores (más que en introductores) la relación anal represento un factor de riesgo importante. Estudios en animales indican que

el espermatozoide tiene un efecto inmunosupresor. En consecuencia, se sugirió que los homosexuales que practican en forma predominante la relación sexual anal receptiva se exponen en forma repetida al espermatozoide que induce inmunosupresión. Se pensó que este hecho, aunado a los efectos de las múltiples infecciones que sufren los homosexuales, origina una alteración importante del sistema inmunológico. Sin embargo esta teoría tiene varios puntos débiles:

- No explica porque la inmunodeficiencia es irreversible.
- No indica porque el SIDA también es una enfermedad de origen hematológico.
- No explica porque de su surgimiento reciente.

En los últimos años se han acumulado numerosas pruebas que sugieren que este padecimiento es causado por un agente transmisible específico. Las pruebas de una causa infecciosa de esta enfermedad se apoyan en:

- * La naturaleza epidémica de la enfermedad con el aumento exponencial.
- * El patrón de los grupos de pacientes con riesgo que sugiere transmisión por contacto sexual, transplacentaria, perinatal o sangre a sangre.
- * El agrupamiento geográfico de la mayor parte de los casos.
- * Pruebas directas en contacto caso con caso.

Desde el principio se penso que el agente causal del SIDA era un virus porque :

- * Se ha demostrado claramente que los virus son capaces de causar inmunodeficiencia en el hombre o los animales por ejemplo, el el virus del Citomegalovirus (CMV).
- * Además los virus pueden introducir transformación y neoplasia en cultivos celulares (Virus Epstein - Barr), animales (Retrovirus) y tal vez en el hombre (Virus Epstein -Barr, Retrovirus). Este tipo de virus también se llama oncógeno porque puede inducir la transformación maligna de las células normales.

Una hipótesis más señala que es posible que Haití haya sido la fuente real de la epidemia. Sin embargo, en opinión de investigadores experimentados sobre ese país, en esa isla no se observaron casos de SIDA hasta 1979, un año después de que empezó la epidemia actual. En consecuencia, parece probable de que el SIDA se haya presentado, antes en Estados Unidos que en Haití.

No es fácil explicar la frecuencia elevada del SIDA en Haitianos que viven en ese país o en quienes han emigrado a Estados Unidos, Canadá o Francia. En algunos de esos pacientes la homosexualidad y la toxicomanía no han sido factores de riesgo obvios pero en otros si. Además, ha surgido la interrogante sobre la localización de esta enfermedad sólo en habitantes de esta isla caribe.

Aún no se sabe con exactitud como es que llegó el agente del SIDA a este país. Una posibilidad es que el contacto homosexual en festividades Estadounidenses para quienes la isla ha sido un lugar atractivo. Sin embargo, relativamente pocos Haitianos han admitido actividades homosexuales por los tabúes culturales contra esta costumbre. No obstante se sabe que en ese país hay prostitución homosexual en varones. Los prostitutas son invariablemente Haitianos heterosexuales, por lo general con familia, que recurren a esta actividad para complementar sus ingresos.

En consecuencia, es posible que el contacto homosexual entre Haitianos y turistas Estadounidenses haya introducido el VIH/SIDA en Haití. Una vez establecida la enfermedad pudo diseminarse con rapidez en esa población por contacto sexual. A partir de 1985 el CDC (Center For Disease Control) decidió no considerar más a los Haitianos como una categoría separada de riesgo de las estadísticas de SIDA publicadas. Hoy en día, los pacientes de origen Haitiano con este padecimiento se incluyen en el grupo "otros/desconocidos".

En un inicio cuando comenzaron las investigaciones acerca del VIH/SIDA, los científicos rechazaban la idea de que la inmunodeficiencia humana tuviera sus precedentes en los simios. Sin embargo, estas investigaciones se han centrado en la teoría como posibilidad. La doctora Beatrice Hahn y el doctor George Shaw, especialistas en virología molecular de la Universidad de Alabama (EUA) han presentado evidencias de que el

virus simio que infecta a los monos hallados en África Occidental, también transporta los mismos materiales genéticos (o hereditarios) del VIH - 2 (es decir, una de las dos cadenas de aminoácidos del SIDA humano); según los investigadores, "cada vez existe más razones para considerar que el VIH/SIDA se ha originado en los monos". Entonces, la interrogante surge inevitablemente : ¿ Cómo ha podido infectar a los seres humanos ?.

Sobre este particular se han dado muchos argumentos con el propósito de hallar una explicación a este fenómeno, llegando a sugerir la posibilidad de que algunos monos infectados con los que se habían realizado investigaciones pudieron haberse escapado de los laboratorios. Pero, según la mayoría de los expertos esta hipótesis no es posible ya que la enfermedad es común a los monos y en ellos ha existido desde siempre.

Siendo sobre esta misma línea la hipótesis que sugieren la posibilidad de que la causa se halle en ciertas vacunas contra la poliomielitis (algunas de las cuales pudieron haber sido contaminadas accidentalmente con el virus simio), en particular, la vacuna desarrollada por la doctora Hilary Koprovski en la década de 1950, en la cual se aplicaba directamente en la boca de los pacientes. Según algunos especialistas en caso de que ciertas muestras de esta vacuna estuviesen infectadas, su forma particular de inoculación permitía que el virus pudiera sobrevivir más tiempo hasta su incorporación en el sistema sanguíneo, a través de una cortadura o lesión en las mucosas de la boca.

Se calcula que en el año de 1957, este tipo de vacunas se empleó en más de 200 000 pobladores nativos de la zona de Zaire, siendo esta región del África donde en la actualidad los reportes de casos del VIH/SIDA son alarmantes. Precisamente debido a las dudas y las sospechas que existen en torno a este asunto se ha propuesto sean analizadas las muestras congeladas de la vacuna original de la doctora Koprovski, las cuales podrían hallarse en el Instituto Wistar (Filadelfia E. U. A), en cuyos laboratorios fungía como directora de dicho instituto científico. Hoy esta teoría del contagio ha creado una gran controversia y es refutada por otros científicos.

Por su parte algunos investigadores han tratado de explicar el contagio entre el mono y el hombre basándose en un hecho muy singular. Se trata de la evidencia de que ciertas tribus africanas han mantenido la costumbre ancestral de inyectarse sangre de estos animales directamente en el cuerpo con el fin de aumentar la potencia sexual. Asimismo, otros especulan que quizás el traspaso del virus entre el mono y el ser humano puede haber ocurrido mediante una simple mordedura de estos animales o al realizar otra práctica consistente en lacerar el cuerpo de los jóvenes para después bañarlos con sangre del mono verde, siendo este considerado como un rito de iniciación para el paso de la infancia a la edad adulta (Hombre, 1993).

Es natural que haya sido agresiva la reacción inicial con respecto a los resultados del VIH/SIDA ante lo que se percibió como un fracaso de la ciencia médica. Primero se culpó a los Haitianos, luego a los homosexuales y a los drogadictos también se dio a entender que la enfermedad provenía de las relaciones sexuales entre africanos y monos verdes en otras palabras el VIH/SIDA fue interpretado como castigo divino ante la disolución de las normas morales. De esta manera había a quien culpar y se pudo argumentar que esta era una enfermedad de las minorías anormales.

En África por ejemplo, culpaban de la epidemia a los "hombres blancos" por haber empleado un arma genocida creada por la ex URSS o E. U. A para la guerra bacteriológica (o virológica). Dentro de estas especulaciones se llegó a comentar que como arma secreta se realizaban los experimentos utilizando presos condenados a cadena perpetua, bajo la condición de salir en libertad si sobrevivían a tal experimento, como el virus no representa manifestaciones inmediatamente estos eran liberados, con la posibilidad de propagarlo. Otra explicación es la posibilidad de que algún investigador haya sido infectado accidentalmente con el virus (Marchetti y cols., 1993).

El hecho es que nunca había existido un virus cuyo origen haya causado tantas especulaciones y al ser detectado también en personas heterosexuales e incluso en recién nacidos se considera como un peligro inminente para la vida de todos los seres humanos.

En consecuencia las teorías del origen y evolución del VIH/SIDA son provisionales y siguen siendo un área de intensa investigación, por lo que esta información puede contribuir a la búsqueda de una vacuna contra el virus y detener en gran medida esta pandemia.

C) CARACTERÍSTICAS DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

El agente causal del SIDA - Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) - es un retrovirus. Significa que pertenece a una familia de virus que tiene una capacidad única, elaboran DNA (la copia para la replicación genética) a partir de RNA. Los virus comunes no la llevan acabo, en ellos el proceso de la replicación viral ocurre en forma inversa (el DNA produce RNA). Como esta familia única trabaja en la forma opuesta o sea hacia atrás se denomina retrovirus.

Los retrovirus son una familia de virus muy compleja que se aislaron y caracterizaron de animales por primera vez en 1970, los ejemplos de retrovirus en animales que se han encontrado desde esa época incluyen el virus de la leucemia felina que causa una serie de infecciones tipo SIDA (con mayor frecuencia que la leucemia) en gatos; el virus Africano de la fiebre de los cerdos (VAFC), que produce en estos animales anomalías inmunológicas similares a las del SIDA y algunos de los síntomas que se

observan en las personas con SIDA; el virus Visna que afecta ovejas, y el virus de la leucemia bovina.

Tal vez, el retrovirus animal más cercano al del VIH/SIDA en el hombre es el Virus III Linfotrópico de células T de los simios (STLV - III) (del inglés Simian T - Cell Lymphotropic Virus III) que ha originado afecciones en monos.

Fue hasta finales de la década de los 70's que se encontró que los miembros de la familia retrovirus también infectan al hombre. El primero, el Virus de la Leucemia de células T Humanas (HTLV - I) (del inglés Human T - Cell Leukaemia Virus), causa leucemia y es transmitido de madres a niños en el útero, entre adultos por el coito y por transfusiones sanguíneas. Como muchos otros retrovirus es un virus "lento" (quizá transcurran cuarenta años ó más para que se exprese como una enfermedad en el huésped infectado). La otra característica interesante del HTLV - I es que sólo uno de cien infectados desarrolla realmente la enfermedad los otros noventa y nueve al parecer son simplemente portadores.

El segundo miembro es esta familia humana extraña es HTLV - II, que al parecer se transmite en la misma forma que HTLV - I, pero hasta la fecha no se ha comprobado que cause en realidad una afección. Se aisló originalmente de dos pacientes con leucemias de "células poliformes" pero no parece causar esta enfermedad en sí (su aislamiento fue un hallazgo "casual" en estos pacientes). Si HTLV - II causa una enfermedad aún hay que

encontrarla. Los dos retrovirus al parecer se están diseminando lentamente en la población, pero no hay pruebas que indiquen que estén originando una enfermedad muy difundida. Los descubrimientos anteriores en el hombre permitieron aislar el retrovirus que causa el SIDA. Si esta epidemia hubiera ocurrido unos diez años ante la tecnología disponible para aislar el agente causal hubiera sido inadecuado, lo que pueden indicar las técnicas de laboratorio disponibles hoy en día es que los tres miembros de la familia HTLV son primos distantes (no hay una semejanza muy estrecha entre ellos y no causan las mismas enfermedades).

Hasta fecha más reciente se unió un cuarto miembro a la familia. Se denominó en un principio HTLV - IV ó LAV - II (según del lado en el Atlántico en donde se trabaja), aunque hoy en día se conoce con el nombre internacional VIH 2 (Virus de la Inmunodeficiencia Humana 2) y fue aislado por primera vez por científicos franceses en prostitutas de África Occidental; difiere de manera importante del VIH pero a pesar de los primeros informes alentadores que sugieren que podría ser menos patógeno (o sea que originaría una enfermedad menos grave) también causa SIDA. Se sabe que es distinto del virus original del SIDA porque las pruebas que detectan anticuerpo VIH sólo captan VIH 2 la mitad de las veces. Los virólogos que hicieron este descubrimiento sugieren que éste último virus surgió independientemente del VIH y que es más similar al HTLV - III que al VIH (Miller, Weber y Green, 1988).

Aún cuando ambos virus infectan las mismas células y producen el mismo tipo de manifestaciones clínicas se piensa que el VIH 2 tiene un periodo medio de incubación (el que transcurre entre la infección y la aparición de los síntomas) más prolongado. Ambos virus son muy resistentes dentro del organismo pero, son muy vulnerables a los cambios de temperatura y no sobreviven mucho tiempo en el ambiente externo (OMS, 1991).

El VIH/SIDA tiene las siguientes propiedades estructurales :

- * Una envoltura - membrana externa de unas dos millonésimas de pulgada de grueso - muy vulnerable a la destrucción por calor, detergentes y solventes orgánicos, como el alcohol.

- * Dentro de la envoltura hay un "núcleo" de proteínas y genes - el genoma. Los tres genes principales son el gen "gag", que elabora las proteínas centrales específicas que contiene el virus; el gen "env", que produce la envoltura del virus, el gen "pol" que forma la transcriptasa inversa química vital - el elemento que permite que los virus elaboren DNA a partir de RNA. Un cuarto componente vital se denomina gen "tat" o transactivador, que al parecer regula la replicación del virus (se está efectuando un gran esfuerzo de investigación para encontrar formas de anular el gen "tat", de tal manera que el virus no pueda replicarse más en el cuerpo). Esta colección de genes se concibe mejor como una regla, con centímetros que marcan los diferentes genes. En ambos extremos de la regla hay piezas denominadas "repetidores terminales largos" o LTRs (del inglés, Long Terminal Repeats).

Su función consiste en ayudar a que el virus penetre en el genoma de la célula que invade el VIH y a conectarlo.

* Hoy en día se considera muy ampliamente que la estructura del virus puede cambiar a medida que se transmite de una persona a otra. Estos cambios son ligeros pero importantes - explicarían por ejemplo, las variaciones en los seis lados de VIH encontrados en África, Inglaterra, Francia y E. U. A. Los aislados de África muestran mayor variabilidad que los encontrados en Occidente, quizá porque han tenido mayor tiempo para evolucionar. Más intrigante aún es el reciente descubrimiento de que, en tanto permanece en el huésped infectado durante algún tiempo, el virus parece mutar por si mismo. Aún no se valora la importancia total de este descubrimiento. La mayor variación se encuentra al parecer en los genes de envoltura.

* La relación estructural más cercana del VIH es el virus Linfotrópico de células T del simio encontrado en el mono verde de África. Al parecer el VIH ha hecho algo que otros retrovirus han efectuado muy rara vez - a cruzado de animales al hombre - . No se sabe cómo ocurrió (aunque han surgido muchas especulaciones caprichosas sobre las posibles vías).

El principal efecto destructor del VIH ocurre a través de su ataque y depresión selectivos de células inmunológicas específicas en sangre y tejidos - en particular, un subgrupo de linfocitos o células conocidas como linfocitos T4 - . Se piensa que los genes del área central del genoma están relacionados de hecho con la expresión de la enfermedad. En la Figura 1

(Anexo A) se muestra el proceso de la infección de la célula T por el VIH. Como lo indica el diagrama, la primera etapa incluye la unión del virus (llamado un "antígeno" porque el cuerpo reconoce como un "invasor" extraño) por áreas de su envoltura a un receptor en la superficie del linfocito T4. Normalmente, a medida que aparecen en el torrente sanguíneo otros virus "convencionales" son captados por células que presentan antígeno, cuya labor es mostrar el extraño a las células B y otras inmunológicas, una de las cuales tendrá una sustancia química especial ("anticuerpo") que se adhiere a la superficie del antígeno. Una vez que a ocurrido, las células B comienzan a replicarse a un ritmo muy rápido produciendo así más anticuerpo que, a su vez, atrae a otras células que engloban y destruyen al virus invasor y todas sus copias en el torrente sanguíneo y cualquier otra parte. Los linfocitos T4 también producen otras sustancias químicas, amplificadores de la respuesta inmunológica, como Interleucina - 2 e Interferón gamma, para ayudar en la destrucción viral. Sin embargo, por alguna razón no ocurre en el mismo grado con VIH ó VIH 2. Parte de la causa estriba en la extraordinaria capacidad del VIH para atraer anticuerpos principalmente a las partes de su estructura que no son vitales para conservar la reproducción - en esa forma puede continuar atacando células y replicándose en tanto sufre el ataque del anticuerpo. Asimismo, el virus puede estar cambiando constantemente la naturaleza de su envoltura, haciéndola más difícil de identificar y atacar.

El proceso por el cual el VIH penetra en el linfocito a través del receptor (también denominado el "antígeno T4") incluye la "fijación" de porciones de VIH en la pared externa del linfocito. Al parecer, los anticuerpos liberados se fijan a estas partículas y matan a las células en que se localiza el virus. El blanco favorito del VIH son células T (Linfocitos T), que producen sustancias químicas denominadas "linfocinas", que ayudan a que las células B reconozcan antígenos (cuerpos extraños) e inicien la producción de anticuerpos. Como tales, con frecuencia se conocen como células "T colaboradoras"; las que no están infectadas o invadidas por el VIH al parecer también son menos eficaces el resultado neto es que se reduce de manera significativa la producción de anticuerpo y su eficacia. Como si no fuera suficiente, otras células T (células T citotóxicas o células "asesinas"), que normalmente pueden atacar células infectadas por invasores virales sin la ayuda de anticuerpo (destruyen la membrana celular del virus invasor), también se tornan menos eficaces aunque no están infectadas directamente en sí. El resultado total es que una depleción de células colaboradoras, y la disminución de células asesinas, dejan al cuerpo libre para todo tipo de infecciones que de otra forma se combatirían normalmente con facilidad.

Una vez dentro del linfocito blanco, el VIH elimina su cubierta y produce una sustancia química, una enzima llamada transcriptasa inversa; de esa manera , a partir de un RNA de filamento único se elabora un DNA de filamento doble - una copia del virus -. A continuación se lleva a cabo la

siguiente etapa de infección y replicación. Se rompe el filamento de DNA VIH. Una vez insertado, ya no es posible diferenciar el virus de su huésped. Se "enciende" el DNA reestructurado, aunque puede suceder después de un largo periodo de "inactividad" - quizá de muchos años - y se elaboran copias del VIH. Aún se especula mucho sobre el factor que "dispara" este proceso de reproducción; algunos investigadores piensan que puede ocurrir cuando el linfocito T responde a la presencia de otros antígenos reproduciéndose - en consecuencia también se elaboran más copias del virus. Sin embargo, la presencia del gen "tat" dentro del genoma VIH permite que el componente vital del huésped se reproduzca por sí mismo con mucho mayor rapidez de lo que puede hacerlo el linfocito huésped (algunos indican que tal vez hasta mil veces más rápido).

La etapa final del ciclo de reproducción del virus incluye copias vírales que "brotan" del linfocito huésped y se movilizan para infectar otros linfocitos T colaboradores, contribuyendo así a la destrucción inmunológica del cuerpo. En el proceso de replicación y brote, se destruye en sí finalmente el linfocito T colaborador huésped; una vez que se ha destruido cierta cifra de estas células, el cuerpo no puede resistir su suministro necesario de linfocitos T colaboradores estimulados por anticuerpos vitales y se presenta el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) con su gama de infecciones y tumores es necesario comprender que el virus ataca la parte del sistema inmunológico conocida como "inmunológico de adaptación". El sistema inmunológico tiene

muchos más componentes que esta sección únicamente, pero es la porción vital y en consecuencia crítica para conservar la salud frente a las infecciones oportunistas.

D) MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Cuando el VIH infecta a una persona, puede dar lugar a síntomas y signos que se presentan de unas seis semanas después de la infección y duran de dos a seis semanas. Cuando se presentan, estos síntomas iniciales son inespecíficos y similares a los de una infección vírica, como la gripe.

Entre esas manifestaciones iniciales están la hinchazón de los ganglios linfáticos, fiebre, dolores de garganta y erupciones cutáneas, las que por ser tan poco específicas, contribuyen a que muy pocas personas se les diagnostique clínicamente la infección por el VIH en sus comienzos. Aunque inicialmente algunas personas infectadas no manifiestan síntomas, aparenten estar sanas e incluso se sientan bien físicamente, ya pueden transmitir el VIH a otras personas (OMS, 1991).

Generalmente la infección inicial es seguida por un periodo carente de síntomas, que pueden durar desde meses hasta varios años, antes de que la enfermedad comience a manifestarse clínicamente. El periodo de la latencia, es decir, el que transcurre entre la infección inicial y la presentación de los síntomas del SIDA, se pueden prolongar con tratamientos profilácticos

de prevención de infecciones, sobre todo en la etapa en que el sistema inmunitario ya no funciona en forma eficaz.

Es importante conocer la evolución de la infección por el VIH hasta llegar a SIDA, se debe precisar la diferencia entre un portador asintomático y una persona con SIDA.

Las fases de la infección son las siguientes :

I CONTAGIO (Infección aguda)

- a) Características .- El virus entra al organismo.
- b) Manifestaciones .- Cuadro gripal que desaparece inmediatamente, y este puede o no presentarse.
- c) Duración .- Semanas.

II PORTADOR ASINTOMÁTICO (Infección asintomática)

- a) Características .- El virus se encuentra latente dentro de las células y sin causar daño.
- b) Manifestaciones .- No hay manifestaciones, la persona goza de una aparente buena salud "VIVE CON EL VIH", y no saberlo, sin embargo puede infectar a otros sin darse cuenta *.
- c) Duración .- Años.

III COMPLEJO RELACIONADO A SIDA (CRS)

- a) Características.- Se activa el virus y las defensas comienzan a disminuir.

- b) Manifestaciones.- La presencia de signos y síntomas, se inflaman los ganglios de ambos lados de distintas partes del cuerpo (maxilares, axilares, e inguinales).
- c) Duración.- Meses.

IV SIDA (Fase terminal de la infección)

- a) Características.- Las defensas bajan y la persona es presa fácil de enfermedades oportunistas.
- c) Duración.- Meses o años.

*** PERIODO DE VENTANA**

Se encuentra entre la primera y segunda fase de la infección en promedio tiene una duración de 6 a 8 semanas en las cuales no se generan y detectan los anticuerpos contra el VIH ante una prueba de detección, (ELISA y/o Western Blot) (Marchetti y cols., 1993).

Algunas personas infectadas desarrollarán los primeros síntomas de la infección por VIH después de algunos meses o años. Estos síntomas pueden consistir en algunos (o todos) de los siguientes:

- Pérdida inexplicable de peso, más del 10% del peso total del cuerpo en menos de un mes.
- Fiebres nocturnas inexplicables de más de 39 grados, con duración de más de un mes.

- Diarrea crónica inexplicable, en las que el episodio diarreico inicia como cualquier otro, con cinco ó más evacuaciones líquidas o semilíquidas al día por un mes.
- Fatigas inexplicables, en donde la persona siente que se cansa con trabajos o esfuerzos menores a los que antes podía realizar sin sentirse fatigado.
- Aumento persistente (por más de tres meses) del tamaño de los ganglios linfáticos en varias partes del cuerpo (conocido también como linfadenopatía persistente generalizada -LPG- en maxilares, axilares e inguinales.
- * Candidiasis.
- * Leucoplasia Pilosa Oral.
- * Herpes Zoster.

La mayoría de estos síntomas no son específicos de la manifestación temprana de la infección por VIH: muchas otras enfermedades, la mayoría benignas, pueden presentar los mismos síntomas. Lo que hace sospechar de una infección por VIH es la naturaleza persistente e inexplicable de tales síntomas. Algunas personas desarrollarán SIDA y otras no.

Las manifestaciones clínicas del SIDA se presentarán como consecuencia del daño producido por el virus al sistema inmunológico. Los

síntomas se presentarán probablemente dentro de los siguientes diez años, dependiendo de condiciones higienico-dietéticas de la persona.

Estas manifestaciones aparecen cuando el sistema de defensas se encuentra severamente dañado, el virus activado se está replicando, afectando a las células T, haciendo que se presenten manifestaciones específicas como :

* Infecciones y Neoplasias Oportunistas.- Se vive rodeado de bacterias, virus, parásitos, que normalmente no nos provocan enfermedades porque el sistema de defensas los controla. Cuando la inmunidad del cuerpo es deficiente, estos gérmenes aprovechan la oportunidad para invadir el cuerpo e inducen infecciones severas, conocidas como "oportunistas". Estas son graves, porque el cuerpo no puede prevenir su desarrollo espontaneo y sin tratamiento y a veces a pesar de éste pueden resultar fatales (Ver cuadro 1, Anexo B).

Las manifestaciones varían de acuerdo al germen responsable y al órgano afectado. Siendo los principales : pulmones, tracto gastrointestinal, cerebro y piel (Marchetti y cols. , 1993; Acción en SIDA, 1991).

Algunas enfermedades oportunistas pueden ser tratadas exitosamente a través de medicamentos. La persona puede aparentar un buen estado de salud; sin embargo, la inmunodeficiencia está aún presente y otros episodios de enfermedades cada vez más graves pueden ocurrir, de modo tal que eventualmente, la persona no responda al tratamiento.

La enfermedad se desarrolla en forma de episodios entre los cuales el individuo puede volver a un estado más o menos normal. El promedio de supervivencia de la persona portadora de VIH/SIDA, varía y depende principalmente del apoyo médico, psicológico, familiar y económico disponible.

E) PRUEBAS DE DETECCIÓN.

Si una persona sospecha que puede estar infectada por el VIH, ya sea por su estilo de vida o bien por estar expuesto a alguna de las situaciones de riesgo mencionadas, puede confirmar o desechar esta sospecha mediante análisis específicos, tales como la detección de anticuerpos en la sangre. Para confirmar la infección habitualmente se prefiere la detección de anticuerpos por ser más fácil que la detección del VIH en la sangre.

Mediante estas pruebas se determina indirectamente la infección por el virus al detectar los anticuerpos contra el VIH en el suero sanguíneo de la persona que se sospecha está infectada.

Las pruebas positivas de anticuerpos contra el VIH indican que una persona está infectada por el VIH pero no determina si ya está afectada por el SIDA, cuando representará la enfermedad ni cuanto tiempo sobrevivirá después de la infección.

Los dos tipos de análisis de detección de anticuerpos actualmente más en uso son la prueba de inmunoabsorción enzimática (ELISA) y el

análisis por "Western Blot". Generalmente el primer análisis se realiza con la prueba ELISA, que es menos costosa y si está es positiva el resultado se confirma practicando otro ELISA o un análisis por Western Blot u otra prueba semejante. En la actualidad se están ensayando nuevas pruebas más simples y rápidas para poder detectar la infección por VIH (Miller, 1989).

Una prueba positiva no indica necesariamente que la persona tiene SIDA; indica que se han encontrado anticuerpos y que, casi seguramente no está infectada por VIH.

Es preciso tener en cuenta que puede haber resultados positivos falsos y resultados negativos falsos. Se denominan resultados positivos falsos cuando las pruebas son positivas aun cuando las personas no están infectadas por el VIH. Se denominan resultados negativos falsos cuando las pruebas son negativas, aun cuando las personas están infectadas por el virus. Los resultados positivos falsos puede ser consecuencia de infecciones o cánceres concomitantes o, simplemente de errores en el diagnóstico.

Los resultados negativos falsos pueden deberse a que el sistema inmunitario de algunas personas no reaccione frente al VIH y no produce anticuerpos detectables, o a que entre la infección y la prueba no paso el tiempo suficiente para que los anticuerpos sean detectables. En el primer caso estas personas no desarrollan anticuerpos frente al VIH pero ya están infectadas, y por lo tanto pueden transmitir la infección. Afortunadamente, hay muy pocos casos documentados de personas con esta falta de reacción a la

infección por el VIH. El segundo caso es consecuencia de que desde se produce la infección por el VIH hasta que los anticuerpos se manifiesten en el suero sanguíneo transcurre un periodo llamado "periodo de ventana"- que puede ser de hasta seis meses - durante el cual, a pesar de existir la infección el resultado es negativo. Sin embargo durante ese periodo en que la reacción es negativa la persona ya puede transmitir el VIH. Los resultados negativos falsos también pueden deberse a errores en el diagnóstico.

PRUEBAS DE DETECCIÓN POSITIVAS AL VIH.

Si el diagnóstico de la infección por el VIH se comprueba por más de uno de los análisis mencionados, la persona requerirá de consejos profesionales respecto a la infección y a la enfermedad, y sobre como hacer para que el impacto negativo y las consecuencias afecten lo menos posible su propio bienestar y de quienes lo rodean. La capacidad de asimilar la noticia y la respuesta frente a la misma, dependerá en gran medida del apoyo que el paciente reciba de sus familiares y amigos. Al estrés psicológico resultante de saber que se adquirió una infección que pondrá en peligro la vida se añade, en muchos casos el estigma de pertenecer a grupos marginados por la sociedad. En numerosas circunstancias, el diagnóstico positivo al VIH ha revelado comportamientos sexuales y adicción a las drogas hasta entonces desconocidos e ignorados por familiares y amigos.

Un diagnóstico positivo no significa necesariamente la muerte inminente, ni la terminación de una vida normal. Impone, eso sí, la necesidad de reordenar prioridades y de cuidados, especialmente en lo que se refiere a la transmisión de la infección a otras personas. Se sabe que entre el momento de la infección y la aparición de los síntomas del SIDA pueden pasar hasta más de diez años durante los que la persona puede ser una vida relativamente normal.

Se ha descrito que la reacción psicológica de ajuste a la enfermedad pasa por los cuatro periodos siguientes: crisis, estado de transición, aceptación y preparación para la evolución de la enfermedad. Estos periodos pueden ser concomitantes y no presentarse estrictamente en esa secuencia.

La infección por el VIH no limita por sí misma, la capacidad de trabajo por lo que es una manifestación básica de solidaridad humana buscar la condiciones más apropiadas para que las personas infectadas puedan seguir realizando sus tareas habituales. La discriminación contra las personas infectadas debe evitarse no sólo en los lugares de trabajo sino también en las cárceles, donde es muy frecuente (OMS, 1991).

El temor infundado por parte de familiares, amigos y compañeros de trabajo es una de las consecuencias más terrible de la infección por el VIH, ya que muchas veces afecta los sistemas de apoyo familiar y social. Ese temor, basado en la falta de conocimiento sobre el modo de transmisión

de la enfermedad conduce a que muchas personas infectadas sean despedidas de sus empleos, en momento en que se necesitan más que nunca apoyo material y afectivo.

Cuanto más avanza esté la enfermedad, más crítica, será la necesidad de consejo y apoyo. Estudios llevados a cabo en personas sin Hogar han demostrado que aquellos que carecen de sistemas de apoyo familiar y social son más vulnerables a los problemas psicológicos, físicos y legales. La tarea del consejero no debe limitarse al enfermo y a su pareja sino que deben extenderse a los familiares, quienes, en muchos casos, asumen la responsabilidad de cuidar al miembro sobreviviente, que a veces también puede estar infectado (Bateson, 1988 y Miller, 1989).

Una persona infectada por el VIH debe:

- Abstenerse de mantener relaciones sexuales sin protección, mantener informada de los riesgos a su pareja.
- No compartir agujas o jeringas con otra persona.
- No donar sangre, semen, órganos o tejidos.
- Evitar el uso de alcohol y de drogas, y tener una nutrición adecuada.
- Hacer consultas médicas periódicas.

Desde el momento del diagnóstico de la infección, a las personas infectadas por el VIH requerirán de asistencia médica profesional para

prevenir o tratar lo antes posible las infecciones o cánceres que puedan afectarlas.

La prueba de anticuerpos contra el VIH pueden ayudar a tomar decisiones en el caso de parejas en que uno o ambos miembros tuvieron comportamientos riesgosos, especialmente si desean tener hijos. Se sabe que cuanto más avanzada está la infección en una mujer embarazada mayores son las probabilidades que la transmita a su hijo. En estos casos las recomendaciones de consejeros profesionales pueden ser sumamente útiles para decidir el camino a seguir.

Por otro lado, uno de los avances anunciados en la XI Conferencia Internacional sobre SIDA, en julio de 1996, en Vancouver, fué el lanzamiento de una nueva prueba llamada Prueba de Carga Viral, que mide el nivel de virus en el cuerpo de las personas seropositivas y sirve como un indicativo para guiar el tratamiento, además del lanzamiento de pruebas de autodetección del virus, 95% confiables que se podrán comprar en cualquier farmacia.

F) MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS.

Aun cuando no se ha encontrado una vacuna ni un tratamiento eficaz contra el VIH/SIDA, actualmente se trata la infección con dos tipos de medicamentos, sustancias antivíricas que interfieren con la replicación de VIH y medicamentos contra los cánceres y las enfermedades oportunistas.

Varios compuestos han demostrado su eficacia, sino en curar la enfermedad, por lo menos en interferir en la multiplicación del virus en el organismo y en retardar la aparición de los síntomas del SIDA.

Uno de los primeros compuestos antiviricos empleados contra el VIH fue la Zidovudina, también llamada AZT, que se usa sola o en combinación con otros medicamentos (OMS, 1991).

Aunque la AZT ha demostrado ser un medicamento moderadamente eficaz contra el SIDA, ya que mejora el estado físico de los paciente, tiene limitaciones importantes : si bien retarda la progresión de la enfermedad, no proporciona una cura definitiva; y en algunos pacientes provoca efectos tóxicos que la hacen peligrosa, mientras que en otros se desarrolla resistencia contra este medicamento haciéndolo ineficaz (Hombre, 1993).

Actualmente, se usan uno o varios medicamentos combinados (entre ellos dos conocidos por las siglas DDI y DDC) para bloquear la acción del virus en las personas infectadas.

Por primera vez en años, después de 10 Conferencias Internacionales, 15000 personas de los cinco continentes trabajando en SIDA, desde investigadores, médicos, psicólogos, trabajadores sociales y activistas, se reunieron en Vancouver, Canadá, en la XI Conferencia Internacional sobre SIDA del 7 al 12 de Julio de 1996. Se mencionaron los nuevos adelantos en tratamientos que han venido apareciendo en los últimos meses.

Investigadores de Europa y los Estados Unidos confirmaron lo que mucha gente con SIDA está experimentando en sus vidas: en estudios con personas con niveles avanzados de SIDA el uso de combinaciones de uno o dos de los antivirales como son AZT, D4T, 3TC y otros, con uno o tres de los nuevos medicamentos llamados inhibidores de proteasa, o con nevirapine, (que es un medicamento nuevo que interfiere con el RNA del virus), el VIH ha sido exitosamente suprimido por debajo de niveles detectables, mientras los niveles de células T han aumentado significativamente. En un estudio con 900 personas que viven con VIH, el régimen de combinación con nevirapine ha demostrado la oportunidad de sobrevivencia en un 72%, en personas con SIDA en un periodo de 18 meses.

En cuanto a tratamiento, actualmente es lo mejor. La mayoría de los investigadores hablaron de la posibilidad de suprimir o erradicar el VIH en personas con SIDA (parece mucho más factible que hace algunos años)

La terapia de combinación triple ha suprimido exitosamente el virus a niveles virtualmente indetectables por más de seis meses usando AZT y 3TC junto con los ya famosos inhibidores de proteasa: indinavir (Crixivan), ritonavir (Norvir) y saquinavir (Inivirase). Este tratamiento, al reducir la carga de virus e impedir su reproducción en el cuerpo ha detenido también la aparición de enfermedades oportunistas por lo que existe un gran debate entre si empezar a tomar los medicamentos inmediatamente después

de infectarse con VIH o esperar a que los síntomas de SIDA aparezcan. Estos nuevos tratamientos requieren de extrema disciplina en su administración, ya que de no seguir el tratamiento al pie de la letra, el VIH puede crear, no solamente resistencia a los inhibidores de proteasa sino también al AZT y 3TC, lo que provocaría que ya no hubiese manera de combatir el virus ni de impedir que invadiera al cuerpo y sus órganos.

Mientras miles de médicos y gente con SIDA permanecen cautelosos con los nuevos descubrimientos que han reducido la mortalidad en pacientes con SIDA por encima del 50%.

No se sabrá, sin embargo, por algún tiempo si las nuevas terapias seguirán siendo exitosas o si erradicaran al virus del cuerpo, pero los resultados hasta ahora han sido motivo de esperanza para científicos y personas que viven con SIDA.

El tiempo dirá, si los nuevos tratamientos continúan siendo tan exitosos como en los pasados 18 meses, el SIDA podría convertirse en una enfermedad crónica como la diabetes o la hipertensión. Tomará un par de años para que se pueda saber la realidad sobre esto.

Sin embargo, no se puede declarar la victoria aún, queda mucho por hacer y muchos resultados que esperar, sobre todo por la tan frágil infraestructura de salud pública en cuanto a SIDA en todo el mundo, que fué confrontada en la Conferencia con retos nuevos y urgentes en cuanto a prevención, acceso a atención médica e investigación. La nueva terapia de

combinación triple tiene un costo de aproximadamente 20 - 30 mil dólares al año. Solamente en México el costo del tratamiento de triple combinación costaría \$90,000 m.n. anuales, lo que representa 129 salarios mínimos, éste costo no incluye aún hospitalización, atención médica - psicológica, enfermería etcétera. Para los 30 millones de personas seropositivas alrededor del mundo, de los cuales el 90% viven en países subdesarrollados de África, sureste de Asia y Latinoamérica, este nuevo tratamiento costaría billones de dólares, lo cuál ninguno de estos países está preparado para pagar. De no empezar a implementar este nuevo tratamiento, el total de infecciones actuales se duplicaría para el año 2000, por lo que debido al costo de los medicamentos y la complejidad para usarlos, ésta no es aún una solución o un avance para las grandes masas del tercer mundo o inclusive de los Estados Unidos. Estos tratamientos que están ya salvando vidas son totalmente inaccesibles a millones de personas por lo que en este sentido parece que no hubiese habido cambio alguno en cuanto a nuevos adelantos.

En cuanto a transmisión perinatal, otra novedad en la conferencia fué el anuncio de que el tratamiento con AZT en mujeres embarazadas reduce, aunque no elimina, el riesgo de transmisión de VIH al feto.

Se concluyó también que todos aquellos que están siguiendo el tratamiento con los nuevos medicamentos pueden ser menos propensos a transmitir el VIH a otras personas (Rosas, 1996).

El tratamiento de las enfermedades oportunistas varía de acuerdo con la infección o tipo de cáncer de que se trate (Ver cuadro 1, Anexo B).

Cuando el virus ha entrado al cuerpo es necesario cuidar el sistema inmune :

- a) Evitando nuevas infecciones por el VIH (reinfecciones).
- b) Evitar cualquier tipo de infección y cuando se presente iniciar un tratamiento oportuno.
- c) Reconocer la infección y evitar contagiar a otros.

Para proteger adecuadamente el sistema inmune se deben hacer ciertos cambios en el estilo de vida buscando la calidad de ésta como :

- a) Eliminar los contactos sexuales de alto riesgo y sin protección.
- b) Control médico periódico o inmediato en caso de cualquier infección.
- c) Evitar los embarazos en mujeres portadoras del VIH.
- d) Evitar el uso de drogas intravenosas.
- e) Mantener hábitos higiénicos adecuados, como es llevar una alimentación balanceada, dormir bien, ejercicio no competitivo, no estrés, no depresión, evitar el consumo de tabaco y alcohol , etcétera.
- f) Recibir apoyo psicológico profesional.

También existen grupos experimentales en centros de investigación que reciben atención y tratamientos alternativos basados en distintas disciplinas como :

- Acupuntura.
- Masajes.
- Homeopatía.
- Entre otros sistemas similares.

Gracias a estas terapias, muchos pacientes VIH/SIDA, han hallado alivio a los síntomas y han podido modificar sus condiciones físicas y psicológicas.

G) FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH.

El VIH por ser un virus necesita un organismo vivo para poder sobrevivir y lo hace principalmente en los Linfocitos T por lo tanto se puede encontrar tanto en algunas células como en líquidos y secreciones orgánicas de las personas infectadas, en cantidades variables a lo largo del tiempo. Su presencia en distintos líquidos y secreciones orgánicas no supone el mismo riesgo de transmisión en todos ellos. Así por ejemplo, el VIH se puede aislar en forma más o menos fácil del semen, líquido preeyaculatorio, secreciones vaginales y de la sangre. También se lo ha aislado de la leche materna y con bastante dificultad, de las lágrimas, saliva, sudor heces y la orina. Sin embargo actualmente se acepta que sólo a través de la sangre, el semen, el

líquido preeyaculatorio, las secreciones vaginales y la leche materna se puede transmitir el virus a otra persona.

Las principales puertas de entrada del VIH en el organismo son las mucosas (membranas muy delicadas que recubren el recto, la vagina, la uretra, la boca y parte de los ojos), y la piel dañada como resultado de cortaduras, abrasiones o ulceraciones. Tanto debajo de las mucosas como de la piel que recubre la superficie externa del cuerpo se encuentran los vasos sanguíneos y linfáticos. El VIH, luego de reproducirse en la puerta de entrada, se disemina a otras partes del organismo.

Los mecanismos de transmisión de la infección por este virus son :

- * - A través del contacto sexual.
- * * - A través de la sangre o sus componentes, y por la donación de órganos o tejidos infectados por el VIH.
- * * * - De una mujer infectada por el virus al feto o al recién nacido.

1. A TRAVÉS DEL CONTACTO SEXUAL.

* El contacto sexual con una persona infectada es el modo de transmisión más frecuente de la infección por el VIH, especialmente si practica el coito no protegido, o sea de cualquier acto sexual penetrante en el que no se utilice condón (profiláctico o preservativo).

El riesgo difiere de acuerdo con el tipo de acto sexual que se practique. El coito vaginal, anal u oral puede dar lugar a la transmisión del

virus de un hombre infectado a una mujer, o viceversa; el coito anal u oral puede dar lugar a la transmisión de un hombre a otro hombre. El riesgo de contagio depende de varios factores, a saber :

a) **El tipo de acto sexual.**- El acto sexual con penetración en el que no se utiliza protección, entraña un riesgo significativo de transmisión del VIH si las secreciones de una persona infectada se ponen en contacto con la mucosa que recubre el recto, la vagina la uretra o la boca de la persona expuesta.

Tanto el coito vaginal como el coito anal no protegidos conllevan riesgo elevado; de ambos, de ambos, el coito anal no protegido es el que representa mayor riesgo, ya que la mucosa que recubre el recto es más frágil que la de la vagina y, por lo tanto es más fácil que sufra pequeñas lesiones o desgarros y permita la entrada del virus de la persona infectada, aún cuando se sabe que el VIH puede penetrar incluso la mucosa intacta (OMS, 1991; Bateson y Golsby, 1988). En cuanto al coito oral sin protección, aunque los datos disponibles no permiten traer conclusiones definitivas respecto a esta forma de transmisión, debe ser considerado una práctica que implica riesgo de contagio.

b) **Probabilidad de que uno de los miembros de la pareja pueda ya estar infectado.**- No todas las personas las personas tienen el mismo riesgo de estar infectadas por el VIH. El intercambio frecuente de parejas sexuales hace a las personas más proclives a relacionarse con una

persona infectada y, por lo tanto masculina como femenina implica riesgos elevados de infección debido a la actividad sexual con múltiples parejas que tienen personas que la practican. Ser homosexual, bisexual y adicto a las drogas no conducen, por el hecho de sí, a la infección por VIH y posteriormente a contraer SIDA. Lo que ocurre es que muchas veces, el número y la frecuencia de intercambio de parejas sexuales de las personas de esos grupos aumenta el riesgo de adquirir la infección.

c) **Cantidad de virus presente en la sangre o en las secreciones de la persona infectada.**- Poco tiempo después de la infección inicial por VIH, la cantidad de virus es grande y el grado de contagio es alto; en etapas subsiguientes disminuye la cantidad de virus y aumenta la de anticuerpos, pero la persona infectada continua siendo una fuente de contagio. Al cabo de varios, la cantidad de virus aumenta nuevamente, hasta que se presentan los síntomas del SIDA. Los riesgos de transmisión a través de la sangre, las secreciones vaginales, el semen y el líquido preeyaculatorio de las personas infectadas, radica en el hecho de que estos líquidos orgánicos, el virus se encuentra habitualmente en mayores cantidades que en otros líquidos y secreciones (Fan y cols., 1991; OMS, 1991).

d) **Presencia de otras enfermedades de transmisión sexual;** de lesiones en la piel o en las mucosas; en uno o ambos miembros de la pareja.- Si bien el VIH puede transmitirse por contacto sexual cuando ningún miembro de la pareja padece de otra enfermedad de transmisión sexual, la

posibilidad de contagio aumenta cuando los hombres o las mujeres tiene lesiones de la piel o de las mucosas resultantes de enfermedades de transmisión sexual o producidas por otras causas, ya que todas estas facilitan la entrada del virus en el organismo. Prevenir diagnosticar y tratar estas lesiones por lo tanto, contribuye en parte a prevenir la transmisión del VIH por contacto sexual (Gordon y Klouda, 1990).

2. A TRAVÉS DE LA SANGRE O SUS COMPONENTES, Y POR ÓRGANOS O TEJIDOS INFECTADOS POR EL VIH.

Esta forma de transmisión incluye el uso de agujas y jeringas contaminadas, la transfusión de sangre y el transplante de órganos o tejidos infectados por el VIH.

a) Por el uso de agujas y jeringas contaminadas con el VIH.-

El uso de este material por personas adictas a las drogas es una de las formas más importantes de transmisión del virus en los países industrializados; sin embargo, aumento del número de adictos a las drogas inyectables, hoy lo es también en muchos países en desarrollo (Bateson y Golsby, 1988; Chelala, 1992).

La forma en que tiene lugar este modo de transmisión es la siguiente: cuando una persona infectada por el VIH se inyecta droga, la jeringa y la aguja con que lo hace se contamina con su sangre. Si otra

persona utiliza estos mismos instrumentos sin esterilizar, parte de la sangre. Si otra persona utiliza estos mismos instrumentos sin esterilizar, parte de la sangre del primer usuario contaminada con el virus, entra en la circulación sanguínea de la próxima persona y la infecta.

Otro modo de transmisión por agujas y jeringas contaminadas se puede dar entre los agentes de salud que atienden a personas con SIDA, o entre el personal de laboratorios donde se manipula material contaminado, quienes pueden infectarse por pinchaduras accidentales con agujas contaminadas. Si bien sólo una parte muy pequeña de estos accidentes laborales resultan en la infección por el VIH, es preciso estar al tanto de esta forma de transmisión para saber evitarla.

Otras prácticas que conllevan riesgos cuando se utiliza material contaminado y no esterilizado, son la transmisión de paciente a paciente, por personal médico o de enfermería, o por tratamientos dentales. Los tatuajes, la perforación de las orejas u otras partes del cuerpo, la acupuntura, el uso de material punzocortante compartido (navajas, equipo para manicure, tijeras, etcétera), así como artículos de aseo personal (cepillo dental, rastrillos, etcétera) son también prácticas riesgosas cuando no se tienen las precauciones necesarias.

b) Por transfusiones de sangre o sus componentes, por el trasplante de órganos infectados por el VIH.- La transmisión a través de las transfusiones de sangre continúa siendo un problema serio especialmente

en algunos países en desarrollo. Mientras que en los países industrializados el riesgo de adquirir una infección por el VIH como consecuencia de una transfusión de sangre es en la época actual, aproximadamente 1 en 100 000, en algunos países en desarrollo con alta prevalencia del SIDA ese riesgo puede llegar a ser significativamente mayor (OMS, 1991).

Esa diferencia se debe, fundamentalmente, al hecho de que muchos países en desarrollo no se efectúan pruebas para la detección del VIH en la sangre a transfundir, ya sea por problemas de costos o bien porque se carece de los medios técnicos. También influye en esta diferencia el hecho de que en los países desarrollados existen generalmente mejores estrategias de reclutamiento de donantes voluntarios y no remunerados.

El problema de las transfusiones de sangre es más serio, o en el caso de aquellas personas que las requieren con frecuencia (como ocurre con los enfermos de hemofilia), por ello aumenta el riesgo de recibir sangre contaminada (Selwyn, 1986).

Por último, los transplantes de órganos o tejidos infectados, así como el semen contaminado en el caso de la inseminación artificial, son otras de las fuentes de infección que conviene tener en cuenta.

3. DE UNA MUJER INFECTADA POR EL VIH AL FETO O AL RECIÉN NACIDO.

Si una mujer embarazada está infectada por el VIH, existe la posibilidad de que el virus se transmita al feto ya que, aun cuando la corriente sanguínea de la madre y el feto están separadas de la placenta, esta separación sólo previene el intercambio de células, pero no de sustancias nutritivas o de partículas pequeñas tales como el virus. El recién nacido también entra en contacto con la sangre materna y secreciones durante el parto cuando es posible que la infección se transmita de la madre a su hijo. También es posible durante la lactancia, principalmente cuando comienza a aparecer la dentición (Uribe, 1988 ; Richardson, 1990 y OMS, 1991).

H) COMO NO SE TRANSMITE EL VIH.

Tan importante como saber los mecanismos de transmisión del VIH es saber como no se transmite, para evitar preocupaciones y temores innecesarios.

El VIH no se transmite por el contacto habitual de persona a persona en el hogar, no por las relaciones sociales cotidianas en escuelas, lugares de trabajo o públicos.

Hasta la fecha no se sabe de ningún miembro de la familia de un paciente, encargado de su cuidado, que se haya infectado por el contacto

habitual con el enfermo. El VIH no se transmite por el contacto diario casual ya que el virus no sobrevive por mucho tiempo en el aire, el agua o los objetos que la sangre o el semen de una persona infectada pudieran haber contaminado.

El VIH no se transmite:

- Dar la mano.
- Dar besos en la mejilla o en la boca.
- Abrazar.
- Conversar muy cerca.
- Acariciar.
- Toser o estornudar.
- Sentarse en el mismo asiento o silla.
- Compartir vasos, tazas, cubiertos de mesa o vajilla.
- Usar los mismos retretes.
- Compartir ropa o zapatos.
- Utilizar el mismo teléfono.
- Tomar las perillas de las puertas.
- Picaduras de mosquitos, pulgas u otros insectos.
- Mudar de ropa a niños o adultos enfermos.
- Jugar con otros niños.
- Usar la misma ducha.
- Dormir en la misma cama (sin tener relaciones sexuales).

- Ir a la piscina.
- Usar el mismo jabón.
- Compartir las toallas.
- Lavar la ropa de otra persona.
- Bañar enfermos.
- Alimentar a otra persona.

Está demostrado que se puede besar, abrazar o acariciar a las personas infectadas sin peligro de contraer la infección por el VIH. Tampoco se transmite por lágrimas, sudor, la tos o los estornudos. La comida preparada por una persona infectada no conlleva riesgo de infección para los que la consumen, ni supone riesgo de contagio el cuidar a los enfermos que desean permanecer en el hogar y que no requieren hospitalización (Durham y Cohen, 1994) .

1) ESTADÍSTICAS DE LA SITUACIÓN DEL SIDA EN MÉXICO.

La epidemia de VIH/SIDA en México ha presentado tres tipos de tendencia, de 1983 a finales de 1986 el incremento fue lento, a partir de 1987 a 1990 fue de tipo exponencial y a partir de 1991 el crecimiento se ha amortiguado con una tendencia a la estabilización (Ver cuadro 2, Anexo B). Comportamiento de la epidemia es el resultado de la conjunción de varios

tipos de epidemias con diferentes velocidades de crecimiento determinadas en las diferentes localidades, municipios o entidades por :

- a) Antigüedad de los primeros casos autóctonos de SIDA.
- b) Modos de transmisión preponderantes.
- c) Disponibilidad de susceptibles y
- d) Adopción de medidas preventivas específicas en cada población.

En cuanto a las características de las formas de transmisión y sus tendencias, en términos generales podemos decir que el SIDA en México se continua heterosaxualizando, ruralizando y que la transmisión sanguínea se encuentra bajo control. Así paso de ser una epidemia predominantemente, de hombres homosexuales y mujeres transfundidas, a ser cada vez más un padecimiento de transmisión heterosexual. De hecho en mujeres adultas la transmisión heterosexual corresponde actualmente a la mitad de todos los casos acumulados (50.2 %), pero si consideramos los casos notificados durante los cuartos trimestres de 1990 y 1994 vemos que el porcentaje aumentó de 34.4 % a 67.4% es esta categoría. La transmisión sexual en hombres sigue siendo predominantemente homo/bisexual, pero también a aumentado la transmisión heterosexual.

La mortalidad por SIDA en hombres entre 25 a 44 años se ha desplazado rápidamente a los primeros lugares y las tasas de mortalidad por

esta causa son cada vez mayores. De hecho en 1992 fue la sexta causa de muerte en este grupo a nivel nacional y la cuarta en D. F.

Hasta el 1° de enero de 1996 el Registro Nacional de Casos de SIDA cuenta con 25 746 caso. En los casos notificados durante el presente año se continua observando retraso en la notificación. La estimación del número real de casos de SIDA en México es de 36 790 al corregir por subnotificación y retraso en la notificación.

Las ciudades con mayores tasas por millón de habitantes, (el cálculo no incluye municipios conurbados) son : D.F. 750 , Baja California 599, Jalisco 558 y Morelos 446 (SIDA/ETS, 1995-1996).

FECHA DE INICIO Y DE NOTIFICACIÓN.

Hasta el 1° de marzo de 1995, el registro Nacional de Casos de SIDA cuenta con 22, 055 casos. Se registro un promedio de 9 casos diarios de SIDA, 263 se registraron en el último mes. En los casos notificados durante el presente año se continúa observando retraso en la notificación.

La estimación del número real de casos de SIDA en México es superior a 31 900, al corregir por subnotificación y retraso en la notificación.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA.

En el D. F, el Estado de México y Jalisco, notificaron en conjunto el 56.0% de los casos. Al comparar los casos acumulados entre

1990 y 1995, se aprecia que en veintiún estados el número de casos notificados en 1995 fue mayor. En 8 es menor, dos entidades permanecieron sin cambio. Del total de casos, 14 399 (56.0 %) se acumulan en el D.F. (750); Estado de México (308) y Jalisco (558). Las entidades con menor incidencia son: Chiapas (91), Zacatecas (86) y Guanajuato (98) (Ver Cuadro 3, Anexo B).

Las entidades con mayor razón de casos por habitante son: EL D.F. en donde 1 cada 1328 habitantes tiene SIDA o ha fallecido por este padecimiento, el estado de Jalisco con 1 de cada 2083 habitantes y el Edo. de Morelos con 1 de cada 2638.

EDAD Y SEXO.

La mayor parte de los casos notificados ocurrió en los grupos de 20 a 49 años. En esos grupos 87.1 % y el 88.0 % de los casos correspondió a hombres. De los casos acumulados tanto en hombres como en mujeres, la mayor proporción se ubica en el grupo de 30 a 39 años con 38.6 %; en el de 20 a 29 años 30.3 % en el 40 a 49 años 18.0%.

Los resultados del análisis por tasas indican que los hombres están seis veces más afectados que las mujeres, uno de cada 637 hombres del grupo de edad de 30 a 34 años se ha visto afectado por la enfermedad en comparación a una de cada 4 425 mujeres de este mismo grupo; en el grupo de 35 a 39 años 1 de cada 691 hombres se ha visto afectado en

comparación con una de cada 4 444 mujeres; en el grupo de 25 a 29 años 1 de cada 1 021 hombres en comparación con una de cada 7 874 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 cada mujer afectada, mientras que esta relación es de 2 : 1 en el grupo de menores de 10 años (Ver Figura 2, Anexo A).

CATEGORÍAS DE TRANSMISIÓN EN ADULTOS.

HOMBRES

Los casos acumulados hasta el 31 de diciembre de 1990, 1994 y 1995 respectivamente, en los que se conoce el factor de riesgo, se observa una tendencia al aumento de los casos adquiridos por vía sexual. La proporción de los casos atribuibles a transmisión sexual fue de 84.8 % en 1990; 91.3% en 1994 y 94.0 % en 1995, en los casos por transmisión sanguínea la proporción es de 14.1 % en 1990, 7.3 % en 1994 y 5.5 % en 1995.

Hasta el 1º de enero de 1996 se han notificado un total de 21 648 casos en hombres adultos (Ver cuadro VI, Anexo D) : 6 006 (38.6 %) son homosexuales; 4 232 (27.2 %) bisexuales y de 3 692 (23.7 %) heterosexuales. En total para la categoría de transmisión sexual se han reportado 13 930 (89.5 %).

MUJERES

Los casos acumulados hasta en 1990, 1994 y 1995, muestran que la proporción de casos atribuibles a transfusión sanguínea tiene una tendencia de decremento, 65.6 % en 1990 el 32.5 % en 1994 y 25.8% en 1995. En los casos atribuibles a transmisión heterosexual, hubo un incremento entre 1990 y 1994 de 34.4 % a 67.4%. Para el mismo periodo de 1995 aumento a 74.2 %.

Hasta este trimestre de 1995 se han notificado 3 395 casos en mujeres adultas (Ver Figura 3, Anexo A): 50.2 % se atribuyen a transmisión heterosexual; 49.8% a transfusión sanguínea; 1.9 % son exdonadoras remuneradas de productos sanguíneos y 0.9 % adquirió la enfermedad por otras vías de transmisión.

CATEGORÍAS DE TRANSMISIÓN EN NIÑOS.

Durante el último trimestre se notificaron nuevos casos de SIDA, 13 niños y 6 niñas, ninguno de esto es atribuible a transmisión sexual (Ver Cuadro 4, Anexo B). Del total de casos en los que se conoce el factor de riesgo, por vía sanguínea se presenta una disminución importante : 40.7% en 1990, 26.3% en 1994 y 15.9% en 1995; los casos atribuibles a transmisión perinatal tiende a incrementarse 56.8 % en 1990 a 73.7 % en 1994 y en 86.6 % en 1995. Existen 703 casos en menores de 15 años, 449 (63.8 %) en niños y 254 (36.1 %) en niñas, esta diferencia por sexo podría

estar dada en parte por las características propias de la hemofilia. De los casos pediátricos acumulados hasta el 1° de enero de 1996, el 60.4 % se transmitió por vía perinatal: 23.2% por transfusión sanguínea; 14.6 % en hemofílicos y el 1.8% por abuso sexual. Se desconoce la categoría de transmisión de 135 casos (19.2%).

CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN POR ENTIDAD FEDERATIVA.

Los factores de riesgo asociados a la transmisión de VIH en los casos de SIDA presentan diferentes proporciones según la entidad federativa, por ejemplo, los más altos índices de transmisión en homosexuales se encuentran en Yucatán 44.5%, Nuevo León 37.6% y Colima 37.0%. Para transmisión heterosexual: Chiapas 43.4 %, Puebla 40.6 %. Por transfusión sanguínea Puebla 7.5 % y Jalisco 6.9 %. Los estados de mayor proporción donde el factor de riesgo es desconocido son: Edo. de México 43.2 %, D. F. 35.3 % (Ver Cuadro 5 , Anexo B).

CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN POR EDAD Y SEXO.

En los cuadros 6 y 7 (Anexo B) se muestran los casos de SIDA por sexo, categoría de transmisión y grupo de edad. En el cuadro que corresponde al sexo masculino, se observa que la mayor proporción de casos atribuibles a transmisión sexual se presenta en el grupo de 20 a 44 años de edad, que es el de mayor actividad sexual. Para esta misma categoría de

transmisión pero en mujeres los grupos de edad más afectados son entre 20 y 44 años (edad productiva). En relación a los casos por transfusión sanguínea, éstos se observan en todos los grupos etáreos, pero la mayor proporción para los hombres se encuentran entre los 25 y 34 años, mientras que para las mujeres es de entre los 20 y 44 años. Los casos en hemofílicos se encuentran entre escolares y adolescentes. En cuanto a los casos en drogadictos intravenosos, existen 10 casos en hombres por cada caso de mujer. Para el sexo masculino el mayor problema se encuentra entre los 20 y 39 años de edad. En los casos de hombres exdonadores remunerados de productos sanguíneos, la mayor proporción de casos se sitúa entre los 20 y 49 años al igual que en las mujeres. Sólo en los casos perinatales no se observan diferencias importantes por sexo y la mayor proporción de casos se encuentran en lactantes y preescolares.

EVOLUCIÓN DE LOS CASOS.

Del total de los casos, 14 679 han fallecido y corresponden a 57.0% continúan vivos 9 196 (35.7%) y se desconoce la evolución de 1 871 (7.3%).

J) IMPACTO SOCIAL.

El SIDA es una enfermedad de reciente aparición, los primeros casos aparecieron en 1981 en América del Norte y en la actualidad se ha

difundido a todo el mundo. Como toda enfermedad "nueva" surgió rodeada de un gran desconocimiento que en este caso, se combinó con una gran campaña de información, en su mayoría, falsa y alarmista a través de los medios de comunicación.

Las reacciones sociales han sido muchas y diferentes y dependen en parte de posición de la sociedad ante la sexualidad y por otros problemas relacionados a ella.

En nuestra sociedad las reacciones fueron en primer lugar un gran miedo que llegó a convertirse en pánico, y en segundo término que se "acusara" de ser los portadores del mal a algunos grupos que inicialmente resultaron afectados como hombres homosexuales, bisexuales, personas que comerciaban con su sangre, adictos a drogas de aplicación intravenosa, etcétera, incrementando el rechazo que de por sí ya había para algunos de esos grupos.

En respuesta, los integrantes de estos grupos, a pesar de haberse expuesto, se negaron a admitir que este problema les pudiera llegar a suceder a ellos. La población que no realizaba estas prácticas de riesgo se considero totalmente ajena al riesgo, se negaron a tomar algún tipo de medida preventiva y el resultado es ya conocido, porque cada vez más personas de más grupos adquieren la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (Mexicanos contra el SIDA, 1993).

El SIDA no sólo afecta a la persona que lo porta y a sus familiares y amigos, sino ha demostrado tener efectos significativos sobre toda la sociedad. Sus consecuencias han repercutido sobre las instituciones religiosas, políticas y sociales, obligando a una revaloración constante sobre la mejor forma de prevenir y enfrentar esta enfermedad.

El impacto económico del SIDA es enorme, porque la mayoría de las personas afectadas se encuentran en los grupos de edad productivos. Esto es especialmente significativo si se tiene en cuenta que en muchos países atraviesan una grave crisis económica que, a su vez, limita la posibilidad de importación de medicamentos y otros suministros para combatir la enfermedad. Además, cuanto más se tarda en poner en práctica las medidas para combatir el SIDA, más caras éstas resultan.

Los países en desarrollo, cuyo servicio de salud muchas veces son insuficientes para atender las necesidades de la población son los más afectados por la epidemia del SIDA. En términos generales, el impacto negativo de la enfermedad es mucho mayor en los países en desarrollo que en los industrializados, porque estos últimos cuentan con más recursos económicos y un mayor avance tecnológico para enfrentarla (Reid, 1988).

Muchas veces, los escasos fondos disponibles se utilizan para tratar otras enfermedades y, en algunos casos, se despiden a los pacientes de SIDA de los hospitales donde se tratan afecciones curables. Además de competir con otras enfermedades por los escasos recursos existentes, la

infección por el VIH - al disminuir las defensas orgánicas de los afectados - magnifica el impacto de otras enfermedades tales como la tuberculosis, que se hacen más frecuentes y generales.

Los recursos limitados y la necesidad de lograr la mayor eficacia con las acciones, obligan a integrar los servicios de prevención y control de otras enfermedades, tales como las de transmisión sexual.

El SIDA amenaza con destruir la base sobre la que está estructurada la sociedad. Si las políticas represivas y coercitivas resultantes de temores infundados triunfan sobre la capacidad de proveer atención y cuidados a los afectados, y de prevenir la infección en los no infectados, se habrá hecho un daño irreparable a la sociedad moderna.

A dieciséis años de la aparición del VIH/SIDA en México se ha convertido en un grave problema social. Este padecimiento ha rebasado la frontera biomédica y se ha convertido en un conflicto biopsicosocial, que afecta a la población abierta en su conjunto, ya que los casos de mayor incidencia son individuos en edad productiva, además de estos han incrementado los casos en niños y adolescentes; esto hace que el VIH/SIDA sea una amenaza pública.

Esta pandemia hace necesario rescatar y revalorar la condición humana, ya que las personas que viven con este padecimiento sufren depresiones, rechazos, mala o nula atención médica, aislamiento, etcétera; todo esto a causa de que la enfermedad ha sido estigmatizada y no existe

una información veraz y oportuna que llegue a las masa por tanto se ve y se siente al VIH/SIDA como una crisis de unos cuantos y no un problema social nuestro.

K) PREVENCIÓN.

Hablar de sexualidad es tarea ardua y difícil que requiere de mucha claridad, de trabajo de investigación, despojo de poses, alejamiento de espejismos y mitos y sobre todo, de una definitiva convicción y consecuencia; coherencia entre el decir y hacer.

Hablar de sexualidad bajo estas consideraciones y vincularlas al fenómeno del SIDA tarea doblemente difícil en la que la exigencia es agudizar los sentidos, definir los valores, ampliar los enfoques históricos y sin ningún temor y prejuicio al decirlo, apelar hacia una nueva dimensión de los sentimientos para enfrentar con posibilidades de éxito los efectos de tan terrible mal.

Al revisar tres aspectos que, aunque diferenciados entre sí y aparentemente obvios, suelen fundirse y confundirse :

- 1.- El sexo en sus dos acepciones;
 - a) Como hecho biológico que determina la condición anatómica de los seres masculino y femenino.
 - b) Como la práctica e intercambio de los placeres y el deseo en los niveles físico y cognitivo.

- 2.- La condición sexual entendida como el conjunto de valores, prácticas y preferencias que de continuo se ponen en juego en el conjunto social.
- 3.- La sexualidad que abarca los aspectos psicológicos, biológicos y sociales del ser humano.

En ausencia de una vacuna, la única forma de prevenir el VIH/SIDA hoy en día es la educación (Sepúlveda, 1992). Aun cuando se cuente ya con dicha vacuna será indispensable seguir programas permanentes de educación sobre VIH/SIDA, y ésta será una estrategia de prevención. Por ese motivo más que esperar para contar con una nueva vacuna para iniciar la prevención debemos educar. Hoy en día la educación es un excelente "vacuna" contra el virus; pues se conocen los mecanismos de transmisión del mismo. Si todos los individuos que conforman una sociedad tienen la información necesaria modificarán su comportamiento sexual o adquirirán las habilidades necesarias para influir sobre el comportamiento sexual de su pareja, la transmisión del VIH se detendrá y la epidemia del SIDA llegará a su fin mucho antes de que aparezca una vacuna. Más que una vacuna, hoy en día necesitamos programas de educación, acceso y disponibilidad.

A pesar de que el único recurso preventivo al alcance es la educación, y que ésta es eficaz, existe aun gran resistencia de diversos grupos de la sociedad para que la educación sexual sea algo real dentro de la educación básica.

El doctor Michael Merson, el director ejecutivo del programa mundial sobre SIDA en su discurso pronunciado en el IX Congreso Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión sexual y la III Conferencia Panamericana del SIDA, llevada a cabo en Cartagena de Indias, en noviembre de 1993 expresó :

"... Es posible que tabúes o tradiciones religiosas o culturales impidan llevar a cabo campañas francas en los medios de comunicación o en las escuelas sobre como evitar la transmisión del VIH. Pero seamos realistas, lo que está en juego son vidas humanas; las de nuestros hijos entre ellas sencillamente tenemos que vencer nuestra negación y nuestras inhibiciones. Debemos reconocer la existencia de relaciones sexuales riesgosas y en consecuencia facilitar la información, las actitudes y los medios para reducir los riesgos ...".

Este concepto ha creado, de tanto repetirse la ilusión de que la sola información bastará para lograr que la gente modifique sus conductas. La experiencia en ciertos sentidos alentadora, no parece apoyarla de manera contundente. Solamente algunas comunidades homosexuales han demostrado cambios sostenidos en sus prácticas sexuales, y una estabilización en la curva de crecimiento de sus casos. A pesar de ello; inevitablemente surge la duda de si en realidad estas comunidades modificaron sus prácticas como resultado de la educación, o por el impacto que sobre ellas tuvo el número de muertes, que en algunos núcleos gay de San Francisco ha llegado a ser

de tal magnitud de cada individuo conoce hasta setenta amigos que están infectados, tienen SIDA o ya han fallecido (Hernández, Uribe y cols. 1992; Stall, 1990 y Winkelstein, 1987).

Pero nunca es tarde para empezar a trabajar en la prevención del VIH/SIDA, ni demasiado tarde para redoblar los esfuerzos en ese sentido. Pero tampoco nunca es demasiado temprano para empezar a actuar.

Las estrategias de prevención dirigidas a la "población en general" contemplan la utilización de los medios masivos de comunicación, así como el acceso a información de manera directa, ya sea a través de una línea telefónica o bien mediante módulos donde este disponible la información básica. Uno de los principales objetivos de la información en la población en general, cuando las prevalencias son bajas, es alertar y sensibilizar a la población sobre la percepción de riesgo de adquirir el VIH y sobre la importancia de respetar los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA. Se deben de establecer estrategias paralelas o previas a los mensajes a través de los medios masivos que generen o fortalezcan un clima propicio para que la población reciba el mensaje.

Encuestas realizadas diversos grupos poblacionales se ha encontrado un marcado contraste entre el alto nivel de conocimientos sobre la enfermedad y sus formas de transmisión y de prevención, por una parte, la falta de aplicación de esos conocimientos en las prácticas sexuales, por la otra. Es significativo que las personas entrevistadas no se perciben así

mismas en riesgo de adquirir la infección por el VIH, a pesar de incurrir en prácticas que, como ellos mismos saben traen consigo un alto riesgo de transmisión (estudio citado en, Sepúlveda, 1992).

Ninguna campaña de educación sanitaria tiene, ni remotamente los grados de complejidad que tiene la del SIDA. Por otra parte existe la necesidad, desde la perspectiva de la salud pública de hacer llegar, un mensaje contundente sobre el uso del condón a una parte importante de la población sexualmente activa y por otra, es necesario respetar la sensibilidad de los amplios grupos de población que se sienten molestos ante la crudeza de los mensajes.

Difundir información sobre el SIDA es necesario pero no suficiente ya que se deben combatir mitos, el miedo y la discriminación. Se requiere de una presencia constante y repetida de mensajes educativos claros y explícitos, por todos los medios de comunicación con el objeto de que no se olvide la existencia del padecimiento y no se baje la guardia. Pero también se requiere de otras estrategias más específicas y delimitadas a grupos y sectores, y que son éstas las que han mostrado un mayor de eficiencia para que se pase del conocimiento a cambios concretos de conducta.

Un grupo de particular importancia en la población son los jóvenes. Es imprescindible reforzar la autoestima y las aptitudes de negociación de los hombres y de las mujeres y hacer ver a muchos y

muchas por igual que deben compartir responsabilidad de las relaciones sexuales y sus consecuencias.

Muchas personas piensan que la educación sexual fomenta la experimentación sexual precoz o la promiscuidad. En realidad, diecinueve investigaciones examinadas por el programa mundial sobre SIDA han demostrado categóricamente que el hablar seriamente con los jóvenes sobre la sexualidad y los riesgos de transmisión del VIH no fomenta el inicio de las elecciones sexuales a edades más tempranas; más bien conduce a posponer el inicio de la actividad sexual a tener relaciones sexuales menos peligrosas o a ambas (Who, 1993).

Además en la promoción de relaciones sexuales más seguras no sólo se debe informar a las personas que los condones pueden prevenir la transmisión del VIH; deben de adquirirlos si los necesitan; deben saber cómo usarlos, y no deben sentirse avergonzados por ello.

Los programas de mercadeo pueden poner los condones al alcance de todos. Excelentes campañas de promoción en varios países han logrado la amplia aceptación de los condones quitándoles la connotación negativa, confiriéndoles una imagen de hombría asociándolos con el interés por los demás y la responsabilidad, en vez de lo contrario.

En el caso de la "población con prácticas de riesgo" es necesario considerar a cada una de las poblaciones de manera individual a fin de incrementar estrategia de comunicación que sean específicas y

culturalmente apropiadas es en este grupo donde la tarea es más ardua, pero la necesidad más urgente es el riesgo potencial a infectarse. A estos grupos en la planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones, ya que la información que existe sobre estos grupos es deficiente y el acceso no es fácil.

Los pasos a seguir dentro de estas estrategias son : primero entender el comportamiento sexual y de alto riesgo de cada una de las poblaciones ; en segundo lugar se deben revisar los estudios ya existentes o proponer investigaciones que proporcionen información necesaria. Posteriormente se diseñarán las intervenciones adecuadas, de acuerdo con las necesidades detectadas y con los recursos existentes, aplicar las intervenciones y finalmente hacer una evaluación efectuada.

El aumento de la urbanización, el impacto e los medios masivos de comunicación en los patrones de conducta, la mayor fragilidad de las estructuras familiares y muchos otros factores han influido sobre el comportamiento sexual de los adolescentes; ya que estos comienzan a exhibir comportamientos riesgosos, como actividad sexual con varias parejas o uso de alcohol y drogas a edades tempranas, están más dispuestos a contraer la infección por VIH.

Para abordar la problemática del VIH/SIDA en la adolescencia es indispensable analizar, aunque sea someramente, ciertos aspectos biológicos,

psicológicos y sociales que tienen relación estrecha con este periodo de la vida del ser humano.

Desde el punto de vista biológico no se puede ignorar el despertar hacia sexualidad del adolescente; pubertad significaría también la posibilidad de entrar o no a la vida sexual activa.

La estructura ideológica de la sociedad, en la cual intervienen no sólo la familia, sino también la escuela, la religión, los medios masivos de comunicación y otras instituciones sociales, sumerge a los jóvenes en la confusión de " lo moral ", " lo bueno y lo malo ", " el pecado ", etcétera. Los adolescentes buscan resolver su problemática entre un ser y un deber totalmente desdibujado. Más allá de lo que nuestra cultura Occidental y cristiana dice, llegada la madurez sexual; las opciones de todo ser humano son : Abstinencia, masturbación o relaciones sexuales. La realidad nos marca que muchos de nuestros jóvenes optan por la tercera opción, el problema no radica en la opción sino en las condiciones en que se enfrenta a ella.

Los adolescentes carentes no sólo de formación sino de información suficiente, inician sus relaciones sexuales sin la menor protección; sus posibilidades son aquí y ahora o hasta la próxima oportunidad.

Esto los hace aceptar " el aquí y el ahora " sin medir las consecuencias, que en muchos casos se traducen en embarazos no deseados, matrimonios predestinados al fracaso, enfermedades de transmisión

sexual, etcétera. Hoy se suma un nuevo problema: el VIH/SIDA que, se expande vertiginosamente.

Si bien la vida sexual no es la única fuente de contagio, estadísticamente es la que está causando más víctimas y los adolescentes no permanecen al margen aun cuando el número de adolescentes infectados por el VIH es mucho menor que el de adultos. Del Río (1994) y Marchetti (1993) sugieren que la infección por el VIH en este grupo de edad se está convirtiendo en un problema de gran magnitud, pues los adolescentes infectados o presentarán las manifestaciones del SIDA. La infección en los adolescentes, plantea una serie de problemas éticos y legales relacionados con el diagnóstico de la infección y la comunicación de los resultados a sus padres (Chelala, 1988).

Es claro que una de las más importantes herramientas con que se cuentan es la educación, pero una educación que sólo cobra sentido cuando se permite transformar una realidad que es adversa en el camino del conocimiento de las verdaderas causas que motorizan la naturaleza y la sociedad Y la realidad de hoy en día cuestionan no sólo al sistema educativo formal sino también al rol de los padres como educadores de las nuevas generaciones. Como primera medida se debe reflexionar y llevar a la práctica una educación coherente, es decir, abandonar las doctrinas que no concuerdan con la realidad, y la sociedad, en que se vive. No se puede pretender educar al niño y al adolescente mediante la imposición de un

orden establecido que se encarna en modelos superficiales, desprovistos de metas con verdadero contenido social; por el contrario se debe acompañarlos en este gran proceso que es la vida, ayudándoles a resolver las contradicciones que seguramente encontrarán porque si bien es la escuela donde se sistematiza la educación, es menos cierto que la misma comienza en el seno del hogar. Es aquí donde debe iniciarse la educación sexual; en las muchas oportunidades que brinda el natural deseo de los niños de conocer para que sirven y cómo funcionan los diversos órganos que integran su cuerpo. Esa curiosidad de los niños los llevan a hacer preguntas sobre su conformación y funcionamiento sexual; este es el momento en el cual, con seriedad y afecto debemos iniciarlos en el conocimiento de su cuerpo, debemos darle los elementos sobre los que ellos construirán su conocimiento; y una vida sexual sana y plena.

La educación sexual recibida por los adolescentes (a través de sus padres, escuela, amigos u otros medios de información) es insuficiente, considerando que las actitudes que toman en torno a su propia sexualidad está basada en aspectos mitificados y hasta deformados, razón por la cual se puede afirmar que el adolescente que no recibe educación sexual adecuada con la que sea posible comprender la problemática actual y asumirse como parte de ésta, es presa fácil de la adquisición de diversas enfermedades de transmisión sexual, en este caso específico del VIH/SIDA.

Es posible decir que para la mayoría de los padres siempre ha sido difícil hablar de sexo con sus hijos. Actualmente, en la época del VIH/SIDA, el tema es mucho más temible y genera gran ansiedad además de confusión en los padres y en los adolescentes. Pero los padres ya no pueden permitir que su incomodidad les impida conversar sobre temas de sexualidad con sus hijos, ya que la ignorancia, respecto a las prácticas sexuales pueden implicar un riesgo para su vida.

Los valores de los padres con respecto al sexo pueden ser muy diferentes de los de sus hijos, y muchos adultos se vuelven más conservadores en sus opiniones cuando se trata de la sexualidad de sus hijos. Aunque los problemas sanitario actuales fomentan, en general, una conducta sexual más conservadora, siempre existirán conflictos entre la necesidad de los adolescentes de explorar su sexualidad y la resistencia de los padres a aceptar este hecho como inevitable.

El panorama actual sobre el VIH/SIDA es desolador, en agosto de 1994 dentro del Congreso Internacional celebrado en Yokohama Japón, los científicos presentaron el estado actual sobre la pandemia concluyendo :

“ El VIH/SIDA es una enfermedad incurable que provocará para el año 2000 un total de 10 millones de niños huérfanos y unos 40 millones aproximadamente de personas infectadas con el VIH y la única forma o medio para detener la pandemia es la EDUCACIÓN y la PREVENCIÓN “.

Esto demuestra que en el mundo y en México el problema más grave de salud pública es este incurable mal y nos marca la línea de acción inmediata : Informar y educar a la población en general, poniendo mayor énfasis en aquellos que presentan conductas de alto riesgo.

En lo que se refiere a la información que el joven puede percibir fuera del hogar, se puede mencionar que las actividades de educación sobre VIH/SIDA comparten una meta importante, buscan aumentar el conocimiento y la confianza, estimular cambios de actitud y conducta en la vida personal del adolescente. Muchas actividades se reducen a dar información al público mediante folletos y conferencias. Si bien es cierto que las personas necesitan tener información acerca del VIH/SIDA, la información por si sola no cambia las actitudes o comportamientos de la gente.

Con demasiada frecuencia las actividades de educación consisten en pláticas para la gente diciéndoles que hacer, o repitiéndoles lo que ya saben. Es común que las técnicas tradicionales de enseñanza no tomen en cuenta las experiencias personales del individuo y su grado de comprensión de la enfermedad, lo que influye en sus actitudes ante la vida, la muerte, la sexualidad y los riesgos. Dichas técnicas no permiten que la persona encuentre maneras de resolver sus problemas en la comunidad, la familia o en su vida personal, ni tampoco le permite evaluar cambios de actitud o comportamiento.

Por lo que es necesario promover la creación y aplicación de talleres basados en técnicas de participación activa para una mejor comprensión de la información.

El concepto de prevención para la salud tiene como componente principal las acciones educativas. Educar ante todo es un intercambio de experiencias, ya que todos de alguna manera educamos y estamos siendo educados constantemente. En el caso del SIDA con el proceso educativo que va unido a la socialización es insuficiente, pues el mal sigue extendiéndose a pesar de los intercambios de información que hoy por hoy se dan en muchos sectores. De ahí la necesidad de realizar programas educativos sistemáticos orientados a la generalización de prácticas sexuales "más seguras" con la cual se despliegan una serie de decisiones y acciones.

Actualmente es del conocimiento general que la información "por sí sola" es insuficiente para cambiar una conducta. Los cambios de la conducta dependen de una serie de factores de tipo económico, político, cultural y genérico; estos factores no pueden ser cambiados de la noche a la mañana, pues la promoción de la conducta sexual más segura es un objetivo a largo plazo, que requiere de un cambio social profundo. Las normas culturales, los prejuicios y los tabúes deben ser cuestionados en su conjunto y modificados a través de tantas actividades como sean posibles, estratificadas y dirigidas a diferentes grupos y comunidades.

Estos cambios y cuestionamientos sociales deben difundirse más rápidamente que el VIH/SIDA, movilizand o actividades en el mayor número de grupos. En América Latina los enfoques participativos han demostrado su impacto movilizador en programas de alfabetización, concientización política y muy ampliamente en programas preventivos de educación para la salud (Rodríguez, 1992).

La estructuración de un programa educativo se basa en el estudio de la audiencia, que saben del SIDA, que han escuchado, que tipo de información intercambian, cuales son sus miedos, sus prejuicios, sus expectativas; son los mitos, las creencias, las contradicciones y valoraciones de la gente el punto de partida, es lo que la gente sabe y piensa acerca del SIDA (Cruz Roja Americana, 1990).

La importancia de la educación para la prevención del VIH/SIDA se ha dirigido al estudio de diversas propuestas educativas, en la búsqueda de la más adecuada para el problema que nos ocupa. Si bien de todas se ha tomado algo, la experiencia muestra que la metodología más adecuada es aquella que favorece la comprensión global del problema y facilita la toma de decisiones descartando con lo anterior al método tradicional en cual de un lado están los que saben y del otro los que tienen que aprender.

La pedagogía activa es adoptada como un proceso dinámico de mutuo aprendizaje donde tanto el educador como el educando tienen algo

que aportar y a través de la acción - reflexión - acción, puede aproximarse a la comprensión del problema (Marchetti, 1993).

Se han hecho esfuerzos para investigar que es lo que lleva a la gente a modificar el comportamiento sanitario, mencionándose cinco elementos importantes :

- 1.- **RACIONAL BASADO EN EL CONOCIMIENTO**, para el cual las personas deben saber que clase de enfermedad es, como se transmite, la probabilidad de infectarse y que pueden hacer para evitar la infección.
- 2.- **EMOCIONAL BASADO EN LA INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES O SENTIMIENTOS**, ya que las personas necesitan sentirse en una situación de vulnerabilidad intensa y personal y ante la enfermedad, ante una obligación anímica hacia el comportamiento que les ayude a evitarla, manifestar solidaridad con los ya afectados e interés por proteger de la enfermedad a los suyos.
- 3.- **PRÁCTICO BASADO EN LA HABILIDAD PERSONAL NECESARIA PARA EL NUEVO COMPORTAMIENTO**, mostrando con ello seguridad y competencia, ya se trate del uso de condones, renuncia a múltiples parejas sexuales, la modificación de sus prácticas sexuales de consumo de drogas.

- 4.- **INTERPERSONAL O LA RED SOCIAL**, ya que las personas necesitan relacionarse con otras y recibir el apoyo de la familia, grupos, comunidades que faciliten el conocimiento, las conductas y cogniciones que refuercen los cambios saludables.
- 5.- **ESTRUCTURAL DE CONTEXTO SOCIAL, ECONÓMICO, JURÍDICO Y TECNOLÓGICO EN EL CUAL TIENE LUGAR EL COMPORTAMIENTO**, las personas necesitan tener acceso a los productos y servicios necesarios (como condones y análisis de sangre) además de vivir en un ambiente en el que se facilite el comportamiento más seguro, se acepte e incluso se considere habitual, al tiempo que se pongan trabas al comportamiento arriesgado.

La propuesta de la implementación de una educación no formal para adultos, para abordar la problemática del VIH/SIDA esta sustentada primordialmente en una nueva corriente dentro de la pedagogía, como lo señala Malcom Knowles (1990), "**LA ANDRAGOGÍA**, es la combinación de elementos de la psicología humanista con un sistema de alcance en el aprendizaje, siendo esta un arte y una ciencia que ayuda a los adultos a aprender. El mayor aprendizaje se da cuando los métodos y técnicas de enseñanza que involucran al individuo en la curiosidad autodirigida".

La adecuación de la pedagogía activa se debe a dos razones : el juego como una necesidad permanente en la vida del hombre tenga la edad

que tenga, y la vivencia es un medio y un fin al mismo tiempo. El juego, como vehículo didáctico, ha adquirido una importancia capital en la enseñanza y en el aprendizaje de niños, jóvenes y adultos para lograr una enseñanza en cuanto a conocimientos, crear habilidades y modificar actitudes.

La educación no formal como una forma de liberación, puede proporcionar a hombres y mujeres la habilidad de definir su propio mundo y tomar sus propias decisiones. Los principios de la educación no formal para adultos para lograr un aprendizaje eficaz son :

- 1.- **ES AUTODIRIGIDA**, los adultos pueden compartir la responsabilidad de su propio aprendizaje.
- 2.- **LLENA UNA NECESIDAD INMEDIATA**, la motivación para aprender es máxima cuando llena una necesidad inmediata del participante.
- 3.- **ES PARTICIPATIVA (INTERACTIVA)**, la participación en el proceso de aprendizaje es activa no pasiva.
- 4.- **ES VIVENCIAL**, el aprendizaje más eficaz proviene de las experiencias compartidas, los participantes aprenden unos de otros y el facilitador con frecuencia aprende de ellos.
- 5.- **ES REFLEXIVA**, se logra aprender, lo máximo de una experiencia cuando la persona se toma el tiempo de reflexionar sobre lo que aprendió, llega a una conclusión y deduce principios para aplicar el conocimiento a experiencias similares

en el futuro.

- 6.- **PROPORCIONA UNA CONTRAREACCIÓN**, el aprendizaje eficaz requiere que exista una retroalimentación que corrija pero también apoye.
- 7.- **DEMUESTRA RESPETO HACIA EL PARTICIPANTE**, el respeto mutuo entre facilitador y participante contribuyen al proceso educativo.
- 8.- **PROPORCIONA UN AMBIENTE DE SEGURIDAD**, una persona que esta relajada y contenta aprende con más facilidad que una que se siente con temor, con vergüenza o con enojo.
- 9.- **SE DA UN AMBIENTE CÓMODO**, una persona que siente hambre, frío, cansancio, esta enferma o tiene una incomodidad física no puede lograr su nivel máximo de aprendizaje.

Aunado todo lo anterior al compromiso de los padres de familia y escuelas hacía una educación sexual abierta y libre de mitos y tabúes.

Un aspecto importante que podemos rescatar es el hecho que la desinformación entorno a este problema propicia el no asumir la enfermedad como una situación que afecta directamente al individuo percibiéndola como algo lejano y ajeno, tomando actitudes como : **“ A MI NO ME PUEDE PASAR ”**. Por lo tanto la información permite asumir una concientización en diversos niveles. La enfermedad es una situación concreta que afecta directamente al individuo; afecta económica, psicológica y moralmente a todos

los integrantes de la familia considerando que esta es el principal núcleo de desarrollo del individuo.

Es muy importante destacar que el VIH/SIDA es un problema de salud pública que puede ser prevenido. Y aunque sea descubierta una vacuna, la prevención será la principal arma para atacar esta enfermedad, ante esto la prevención sólo puede ser lograda a través de información precisa, oportuna y asimilada junto al cambio de actitudes ante el riesgo y sobre todo puesta en práctica.

El presente trabajo tiene como objetivo la aplicación de un taller dinámico - vivencial basado en la educación no formal, dirigido al cambio de actitudes que el adolescente se ha formado en torno a su sexualidad y al VIH/SIDA.

METODOLOGÍA

Sujetos:

Participaron 158 jóvenes, de los cuales 83 fueron del sexo masculino y 75 del sexo femenino; con un rango de edad entre 14 y 21 años, con promedio de 16 años. Las regiones profesadas fueron 128 católicos, 19 creyentes, 1 evangélico y 10 sin religión. Todos los participantes fueron solteros con ocupaciones de estudiar y trabajar 13 participantes y 145 sólo estudian.

Respecto a la escolaridad de los padres se encuentra en diferentes niveles educativos que son reportados por sus hijos de la siguiente manera, 2 sin estudio, 55 cuentan con primaria, 49 con secundaria, 20 con bachillerato, 10 a nivel técnico, 17 a nivel profesional y 5 sólo saben leer y escribir.

El procedimiento de elección fue un muestreo no probabilístico de tipo accidental, ya que se aprovecharon muestras disponibles. Los sujetos pertenecían al Colegio de Bachilleres, planteles No 1 "El Rosario" y No 19 "Río de Luz", al primer semestre de dicho nivel educativo y en específico a la materia de orientación vocacional.

Escenarios:

Se trabajó en aulas de las mismas instalaciones, con las siguientes características:

- 1.- Espacio amplio para trabajo en mesa redonda con un mínimo de 15 y un máximo de 30 personas.
- 2.- Butacas individuales, no fijas al piso suficientes para cada participante.
- 3.- Luz artificial y natural proporcionada a través de ventanales con la posibilidad de cubrirse para evitar distractores externos.
- 4.- Ventilación adecuada.
- 5.- Espacios libres de ruidos externos.

Instrumentos:

1.- **EVALUACIÓN DE SEXUALIDAD HUMANA:** Es un instrumento que consta de 38 preguntas abiertas, en el cual abordan los cuatro holones pertenecientes a la sexualidad del ser humano (reproducción, género, erotismo y vinculación afectiva). A través de éste se evaluó cualitativamente, el tipo de educación sexual con la que cuenta el participante. La información para la realización de dicho cuestionario fue obtenida del programa piloto que se realizó para los fines de esta investigación (Anexo C, Evaluación 1).

2.- **EVALUACIÓN DE INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE VIH/SIDA:** Este instrumento está compuesto por un total de 16 preguntas de las cuales 2 son

para respuesta abierta y 14 son de opción múltiple. Fue aplicado antes y después del taller para evaluar el nivel de información con el que contaban los participantes.

La información de este cuestionario proporcionó datos cuantitativos y fue obtenida de la publicación Sociedad y SIDA No 37, octubre 1993, p. 9 (Anexo C, Evaluación 2).

3.- ESCALA DE ACTITUDES ANTE EL VIH/SIDA: La escala consta de 19 ítems que recopilaron actitudes en torno a la sexualidad, uso de condón, embarazo, contacto casual, preferencias sexuales, derechos humanos y sexo servicio en relación al VIH/SIDA (Anexo C, Evaluación 3). Fue aplicado en forma pre y post evaluatoria a la realización del taller y analizado en forma cuantitativa. La información fue obtenida del programa piloto anterior a esta investigación.

4.- DIFERENCIAL SEMÁNTICO: Fue considerado parte de la evaluación de actitudes hacia el VIH/SIDA, constando de 9 adjetivos bipolares. Se aplicó de manera pre y post evaluatoria al taller, determinando la percepción del participante ante el SIDA (Anexo C, Evaluación 4).

Procedimiento:

PROGRAMA PILOTO: Se realizó un estudio observacional, dentro del cual participaron 120 jóvenes entre 18 y 22 años, pertenecientes a la carrera de medicina de la UNAM CAMPUS IZTACALA, con los cuales se trabajó en

cuatro talleres con duración de 10 horas cada uno, dividido en cinco sesiones de dos horas, en los cuales hubo una muestra fluctuante de 25 a 35 participantes; y a quienes se les aplicó la primera propuesta del taller con dos fines:

⇒ Primero, evaluar la información con la que cuentan en torno a sexualidad y VIH/SIDA, así como sus actitudes hacia el VIH/SIDA; y

⇒ Segundo, modificar las estructuras del taller para adecuarlo a la educación no formal con adolescentes.

Se aplicaron la evaluación de sexualidad humana, la escala de actitudes hacia el VIH/SIDA y el diferencial semántico.

BÚSQUEDA DE ESPACIOS GEOGRÁFICOS

Con el fin de encontrar lugares para realizar la aplicación del taller fueron visitados los dos planteles del Colegio de Bachilleres, solicitándose autorización para tal fin a la dirección de cada plantel y ser canalizados al departamento de orientación vocacional. Tras la revisión de la propuesta de trabajo en conjunto con el equipo de orientadores vocacionales de cada plantel, se destinaron dos horas a la semana con cada grupo, para la aplicación del taller, formándose seis grupos cuya asistencia fluctuó entre 15 y 35 participantes por cada grupo.

Por acuerdo con los profesores de orientación vocacional se hizo obligatoria la participación del taller, tomándose asistencia a cada sesión y

marcando como condición el cubrir el 80% de participación mínima para obtener la constancia de acreditación a la materia de orientación vocacional.

El trabajo con cada grupo se inició con la presentación del temario y los objetivos a cubrir del taller. Aplicándose a cada participante los cuatro instrumentos de evaluación.

El taller que constó de 10 a 12 sesiones, la duración dependía de 10 a 12 sesiones, la duración dependía del interés y participación de los asistentes, un total de 10 a 15 horas para cada grupo y cubriendo con ello los objetivos del temario (las características del taller, objetivos y temas a tratar son descritos en el Anexo D).

Al comienzo y final del taller fueron aplicadas a los participantes la escala de actitudes, el diferencial semántico y la evaluación de información básica sobre VIH/SIDA, con el fin de realizar el análisis cuantitativo.

RESULTADOS

EVALUACIÓN DE INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE VIH/SIDA

La prueba estadística utilizada para el análisis en la evaluación pre y post prueba, para el cuestionario de información básica sobre VIH/SIDA fue la T de Student, la cual mostró que existen diferencias significativas ($T(158) = -25.67, P < 0.000$). Se encontró una mejoría en cuanto a la adquisición de conocimientos de los jóvenes, después de su participación en el taller.

PRE-EVALUACIÓN.- En la aplicación de la pre-evaluación de información básica sobre VIH/SIDA se encontró un rango de 0 a un máximo de 9.3 puntos de calificación para el total de los sujetos muestra, con una media de 6.331 puntos (Anexo A, Figura 3). Se puede considerar como información deficiente con la que cuentan los participantes.

POST- EVALUACIÓN.- Se encontró un rango de 6.8 a 10 puntos de calificación en la muestra total, manifestándose la mayor incidencia en las puntuaciones de 8.7 con 61 casos y 9.3 con 53 casos, con una media de 8.841 puntos (Anexo A, Figura 3); el promedio alcanzado en esta post-evaluación se considera alto satisfactorio.

ESCALA DE ACTITUDES HACIA EL VIH/SIDA

La prueba estadística utilizada para el análisis de la escala de actitudes hacia el VIH/SIDA, determinó que existen diferencias significativas de la pre a la post prueba ($T(158) = -6.38, P < 0.000$). Esto significa que se encontró un cambio favorable de las actitudes en las categorías de prevención y respuesta social de la muestra, después de la realización del taller.

En la escala de actitudes se consideran temas como: La sexualidad, el uso del condón, el embarazo, el contacto casual, las preferencias sexuales y el sexo servicio.

La escala de actitudes se construyó en base a dos categorías:

1.- **PREVENCIÓN.**- En la cual se refleja una actitud favorable o desfavorable para ejercer una sexualidad responsable (Anexo B, Cuadro 8).

2.- **RESPUESTA SOCIAL.**- En la cual se refleja la actitud favorable, y desfavorable en cuanto a la estigmatización hacia las personas que viven con VIH o con SIDA (Anexo B, Cuadro 9).

Para lo cual se consideró una **actitud favorable** al veredicto a favor, respaldado por sentimientos, pensamientos e información veraz y clara de un tema, en este caso de adolescencia, sexualidad y VIH/SIDA; y a la **actitud desfavorable**, al veredicto en contra de un tema, respaldado por información con prejuicios, mitos y tabúes que conllevan al adolescente a tener actitudes de estigmatización hacia las personas que viven con VIH o con SIDA y a la no protección.

Los datos obtenidos en la pre y post evaluación de la escala de actitudes hacia el VIH/SIDA, se muestra en las Cuadros 8 y 9 (Anexo B), y en la Figura 4 (Anexo A).

En 16 de los ítems los jóvenes mostraron actitudes favorables dirigidas hacia las categorías de prevención y respuesta social hacia el VIH/SIDA, manifestando esta actitud en la pre y post evaluación.

En 6 de los ítems de la categoría de prevención, los jóvenes mostraron actitudes favorables. De los cuales dos de ellos (ítems 14 y 15) se encontró que las actitudes favorables dirigidas a la prevención mostraron un cambio notorio, específicamente en el uso y negociación del condón, después de la realización del taller; sin embargo, en tres de los ítems, que hacen referencia a la sexualidad de los portadores (3), la decisión de embarazarse o no siendo portador (10) e identificar a la prostitución como grupo de riesgo (12), se mantuvieron actitudes desfavorables influidas por los prejuicios, tabúes y estigmas.

En la categoría de respuesta social, en los diez ítems, los jóvenes mostraron actitudes favorables, es importante señalar que en cinco de éstos (4, 6, 9, 17 y 18) se observó un cambio significativo de éstas, en cuanto a las vías de no transmisión y derechos humanos, posterior a la aplicación del taller, es decir, son actitudes que reflejan apoyo, solidaridad y respeto hacia las personas que viven con VIH o con SIDA.

DIFERENCIAL SEMÁNTICO

Los datos que se obtuvieron en la pre y post del diferencial semántico, reflejan la percepción que tiene el adolescente del SIDA.

En la Figura 5 (Anexo A) y Cuadro 10 (Anexo B) se observa que la mayoría de los sujetos, perciben al SIDA como malo, dañino, destructivo, innecesario y desagradable, tanto en pre como en post evaluación.

Por otro lado se muestra una posición neutral al dar su opinión en los adjetivos 5 (Moral - Inmoral) y 8 (Bendición - Castigo) en pre y post.

Los datos obtenidos son representados en el Cuadro 11 (Anexo B) a través de la media estadística y se pueden observar cambios relativos positivos de la pre a la post, en torno a la percepción del SIDA que tienen los jóvenes.

La prueba estadística utilizada para determinar la comparación entre la pre y post evaluación de este diferencial semántico fue la T de Student , ($T(158) = 2.13, P < 0.035$), se pueden observar diferencias significativas.

Esto significa que la percepción del adolescente ante la enfermedad, está cargada de mitos, tabúes y miedos, posteriormente a la aplicación del taller ésta cambia; al brindarle al joven la información veraz y suficiente acerca del SIDA.

DISCUSIÓN

Se ha convivido con el VIH/SIDA, desde 1981. En ese momento aparecieron los primeros casos de cáncer (Sarcoma de Kaposi) y enfermedades en personas jóvenes cuyo sistema inmunológico estaba casi destruido.

Como sociedad se vive con el impacto que tiene esta enfermedad en la salud pública, la atención médica, el gobierno y el empleo.

" No existen grupos de riesgo sino prácticas de riesgo ". Creyendo lo contrario se han creado mitos, tabúes y estigmas alrededor del VIH/SIDA, sufriendo rechazo, agresiones, abandono, etcétera, las personas que lo padecen.

Como individuos se convive con el impacto sobre la vida personal, familiar, amigos, conocidos, etcétera. Aunque los tratamientos médicos se perfeccionen los expertos sobre el tema del VIH/SIDA estiman que aún faltan años para una cura o una vacuna.

El panorama actual sobre el VIH/SIDA es desolador, en agosto de 1994 en el congreso internacional celebrado en Yokohama, Japón; se presentó es estado actual sobre la pandemia concluyendo:

" El VIH/SIDA es una enfermedad incurable que provocará

para el año 2000 un total de 10 millones de niños huérfanos y unos 40 millones aproximadamente de personas infectadas con , el VIH y la única forma o medio para detener la pandemia es la EDUCACIÓN y la PREVENCIÓN ”.

Esto demuestra que en el mundo y en México, el problema más grave de salud pública, es este incurable mal y marca la línea de acción inmediata: **INFORMAR Y EDUCAR A LA POBLACIÓN EN GENERAL**, poniendo mayor énfasis en aquellos que presentan conductas de alto riesgo.

Uno de los factores que más ha contribuido en años recientes a activar la discusión sobre la educación sexual, ha sido la aparición del VIH/SIDA. Si bien otras enfermedades de transmisión sexual han estado presentes desde hace tiempo de forma endémica, ninguna ha causado tanto impacto por su letalidad. Por primera vez, se ha visto una gran necesidad de estudiar los hábitos sexuales de la población Mexicana y de establecer programas de educación sexual a gran escala, ya que de ello depende la vida de un sin número de personas.

Términos como condón, homosexualidad, prostitución, etcétera, se han convertido en parte del vocabulario cotidiano aún de los mismos niños. Sin embargo, esta asociación con el SIDA ha causado el efecto negativo de otorgarle a la sexualidad un matiz estigmático, asociado con las enfermedad y con la muerte, y ha provocado que ciertos sectores conservadores de la

sociedad asuman actitudes sexofóbicas que poco contribuyen a la búsqueda de una solución al problema real que representa la presencia y la propagación de este padecimiento.

El desarrollo de los niños y los adolescentes incluye el establecimiento de actitudes y conductas que influyen de manera directa e indirecta en la futura salud de los jóvenes. Las primeras opciones de conducta, en lo referente a la sexualidad, el abuso de sustancias tóxicas y prácticas seguras, influyen directamente en el estado de salud actual de las personas jóvenes.

El mayor riesgo de contagio por el VIH entre adolescentes es la vía sexual, aunque también se puede contraer por vía sanguínea; los patrones de transmisión del VIH difieren de un país a otro, por esto es importante señalar que en Estados Unidos, 1981, no se conocía ningún caso de SIDA en personas comprendidas en el grupo de edad de 13 a 21 años. Siete años después, a finales de 1988, habían más de 800 casos. El consumo de drogas intravenosas es la fuente principal de contagio entre los adolescentes del vecino país. Asimismo, las relaciones sexuales no protegidas son las formas de transmisión más común en el caso de mujeres adolescentes por ejemplo 29 de cada 100 mujeres adultas con SIDA se infectaron por relaciones sexuales, a diferencia de los adolescentes donde la relación es de 50 por 100. En la ciudad de New York, la razón es de 3:1, es decir, por cada tres adolescentes con SIDA, hay una mujer adolescente que tiene la enfermedad. Con estas cifras se teme que la infección por VIH se vuelva tan

común entre los adolescentes norteamericanos como la sífilis, gonorrea, herpes y otras enfermedades de transmisión sexual.

Los casos de adolescentes y adultos menores de 25 años con SIDA acumulados entre octubre de 1989 y septiembre de 1991 son: de 13 a 19 años 751; de 20 a 24 años 7820. En las primeras edades, el 30% corresponde a hemofílicos a 25% a relaciones sexuales y el 14% al contacto heterosexual. Del grupo de 20 a 24 años, el 55% corresponde a relaciones homosexuales, 17% a usuarios de drogas intravenosas y 10% por relación heterosexual. Como se observa, conforme avanza la edad aumenta la proporción de contagio por vía sexual en relación con la transmisión por vía sanguínea (Sepúlveda, 1992).

En México, la notificación no es tan precisa por edades, ni se reporta a los adolescentes en un grupo separado. Esto, probablemente se debe a que los servicios de salud mexicanos no contemplan la atención médica específica para adolescentes hasta los 16 años, los casos de especialidades son atendidos en el servicio de "pediatría". En el caso del IMSS, a la misma edad se le deja de prestar servicios médicos a menos de que continúen estudios en planteles oficiales o trabajen.

En cuanto a otras instituciones del sector salud, la población juvenil tampoco es objeto directo de atención, lo que los dejan en el desamparo total.

De los 12 mil 900 casos reportados en México hasta marzo de 1993, 400 corresponden a menores de 15 años; de estos 51.7% fue infectado por vía perinatal, 18.3% son hemofílicos y el 28.1% fue infectado por transfusiones sanguíneas.

En el grupo de 15 a 24 años se concentran 1658 individuos con SIDA en la que el 35.8% fue infectado por relaciones homosexuales, el 22.3% por bisexuales y el 15.8% por relaciones heterosexuales. Es importante señalar que en los dos grupos el contagio por drogadicción intravenosa es sumamente bajo.

En el grupo de edad de menores de 15 años predomina la transmisión sanguínea, mientras que el grupo de 15 a 24 años la vía más común de infección es la sexual (Licea, 1993).

Para enero de 1996 se presentaron 3 184 casos de SIDA en jóvenes cuyas edades oscilan entre los 10 y 24 años de edad, o que representan el 5% del total de los casos detectados.

Por grupo de edad y sexo se detectó a 2 648 hombres, 12% de los casos reportados por género, en tanto que en mujeres se presentaron 536 casos, es decir, el 14.7% del total de casos registrados hasta ahora en este grupo (Martínez, 1991).

Sobre las principales formas de transmisión del virus en grupos de jóvenes CONASIDA señala, que en hombres, el 22% lo adquieren por tener relaciones homosexuales, 16% por relaciones heterosexuales y 15% por

relaciones bisexuales. En mujeres las transfusiones sanguíneas son el primer agente causal en 36% de los casos mientras que el 34% se debe a transmisión heterosexual, principalmente por parte de su pareja.

Por lo anterior se puede afirmar que el SIDA se encuentra presente en la población adolescente y además puede diseminarse en forma alarmante debido a las características psicológicas propias de los jóvenes, entre las que podemos mencionar: búsqueda de la propia identidad, alguien a quien amar, intento de afirmar la identidad sexual, así como la autoestima, el deseo de probar su "poder sexual", interés por lo prohibido, rebelión contra la sociedad y la necesidad de sentirse adulto. Por esto las medidas preventivas que se efectúen en este grupo de edad son sumamente importantes.

Por lo cual en la actualidad las nuevas generaciones tienen que vivir su sexualidad sorteando los cambios históricos heredados y enfrentando el presente a un alto costo. Los adolescentes de hoy demandan respuestas y los adultos no quieren o no pueden responder, algunas veces por ignorancia, otras por temor de que ellos asuman su sexualidad y la vida con autodeterminación y libertad. Debido a esto, es necesario que la educación sexual sea reconocida como un derecho humano, para poder contrarrestar la falta de información, los prejuicios existentes, la baja autoestima y las confusiones en la planeación de la vida y en la toma de decisiones de los adolescentes.

Algunos padres y educadores ante la ansiedad que el tema les produce, justifican su incapacidad de hablar sobre sexualidad afirmando que hay cosas que se aprenden solas o que no necesitan explicación. Pero los resultados no concuerdan con esta postura, ya que de alguna manera en los jóvenes que participaron en el presente estudio, se observaron diferentes actitudes como: falta de comunicación traducida a su vez en miedo, angustia, incertidumbre, pena, ignorancia, etcétera, para hablar libremente acerca de su propia sexualidad.

Por lo tanto uno se enfrenta con una gran cantidad de disfunciones, dificultades sociales, enfermedades transmitidas sexualmente y embarazos no deseados.

Muchos años de represión y ocultamiento de información han dado lugar a un cúmulo de mitos y tabúes, así como también, separar al placer del resto de la sexualidad del individuo. ¿Qué?, ¿cómo?, ¿con quiénes? y ¿cuándo? se debe hablar sobre sexualidad, son cuestiones que devienen en interrogantes angustiosas e insalvables. Es necesario partir de la idea de que son precisamente los padres y profesionales de la enseñanza y salud los primeros que han de tener comprensión y conocimientos adecuados sobre estos temas para estimular a los jóvenes hacia una evolución sana y natural de la sexualidad.

Educar para la salud, la Organización Mundial de la Salud define la salud como el estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo ausencia de dolor.

La salud sexual se relaciona con este estado de bienestar en la vida sexual de una persona, sentirse a gusto y seguro acerca del sexo y de la sexualidad, ser capaz de evitar una enfermedad por transmisión sexual (ETS) y embarazos no deseados.

La educación es el proceso de socialización del individuo dentro del cual se involucran las actitudes, creencias y valores dentro del marco para un desarrollo biopsicosocial satisfactorio.

Actualmente es casi unánime la opinión que insiste en la necesidad de la información sexual como un derecho fundamental de la persona. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como "la integración de los aspectos sociales, normativos, afectivos e intelectuales de la sexualidad humana para enriquecer positivamente la personalidad, la intercomunicación y la afectividad".

México es un país joven, un país de jóvenes. Se estima que en 1993 habían 88 millones de habitantes, de los cuales 22 millones tienen entre 10 y 19 años de edad y su presencia no puede pasar inadvertida.

Durante la adolescencia, los jóvenes experimentan nuevos e importantes cambios físicos y psicológicos. Las experiencias nuevas y los riesgos que traen son importantes para su desarrollo integral necesitan sin embargo,

conocer y evitar aquellas actividades que ponen en alto riesgo su salud como la adquisición de alguna enfermedad de transmisión sexual y en el caso particular del VIH/SIDA.

Al realizarse un estudio 989 estudiantes de la UNAM (515 hombres y 474 mujeres), acerca de prácticas sexuales, conductas preventivas y percepción de riesgo de contraer SIDA, se encontró que éstos describen su propio riesgo, como muy bajo.

En cuanto a la conducta preventiva, el método anticonceptivo más usado fue el condón 57%. Del total de sujetos que reportan pareja fija, el 57.6% usan siempre el condón, mientras que los del grupo con parejas esporádicas sólo el 38.7% manifiestan usarlo siempre.

En cuanto a la utilidad del condón, los estudiantes que lo usan lo relacionan para prevenir el embarazo y los que más lo usan afirman que produce mayor placer. En el estudio no se menciona si los estudiantes utilizan el condón para prevenir el SIDA (Licea, 1993).

En el presente estudio, a diferencia del estudio anterior se encontró que la mayoría de los jóvenes perciben la enfermedad del SIDA como mala, dañina, destructiva y desagradable, y que por lo tanto están expuestos a adquirir el VIH; por otro lado muestran una actitud favorable para utilizar y pedir que la pareja use el condón en las relaciones sexuales y evitar así una infección por VIH.

Otra investigación, que resulta importante mencionar, es la que se refiere a la comunicación y conocimientos sobre SIDA y uso del condón entre los habitantes de la ciudad de México realizada por CONASIDA en 1992-1993 (CONASIDA, 1994).

La encuesta se realizó con una muestra de 1 748 personas, representativas de la población de 15 años y más del área metropolitana de la ciudad de México. El 45.7% fueron hombres y el 54.3% mujeres; la distribución de edades en el grupo de encuestados fue: 15-17 años, 15.6%; 18-22 años, 23.8%; y 45 o más, 20.9%.

Respecto al nivel socioeconómico, el 20.9% corresponden al alto; 52.9% al medio y 26.2% al bajo.

Casi toda la muestra encuestada está enterada de la campaña de prevención contra el SIDA realizada por CONASIDA y otras Organizaciones no Gubernamentales, pero existen diferencias en cuanto a la evocación: prácticamente todos los adolescentes y jóvenes recuerdan la campaña; en los adultos mayores de 45 años, el índice del recuerdo disminuye al 80%. Asimismo, influye el nivel socioeconómico y el estado civil. Las personas de mayor nivel socioeconómico alto recuerdan más y con mayor intensidad las cápsulas informativas de la campaña y, los solteros tienen una alta retención en comparación con los casados.

Según los autores, las diferencias en la evocación mencionadas entre los distintos grupos poblacionales parecen deberse a dos factores principales:

el riesgo de contraer la enfermedad y la capacidad para entender la información.

La muestra recuerda básicamente dos mensajes: el uso del condón y la fidelidad como medidas preventivas para no contraer el SIDA. La mayoría de la muestra opina que la información es interesante, verídica, útil y buena.

Uno de los hallazgos relevantes en cuanto a la implementación del taller dinámico vivencial (empleado en esta investigación) dentro de una campaña de prevención, fue que por medio de éste se pueden generar actitudes de protección, a través de una información veraz y oportuna, paralelamente con una sensibilización que conlleve principalmente al joven, a ejercer una sexualidad responsable consigo mismo y su pareja.

Retomando la investigación de CONASIDA realizada en 1992-93, los resultados que se obtuvo en cuanto a los conocimientos sobre la enfermedad fueron: el SIDA es incurable 90% y mortal 96%; no existe vacuna 92%; es contagioso 90% y es una enfermedad prevenible 87%.

En lo que se refiere a las nociones sobre formas de contagio y prevención, se encontró que entre la población general existente todavía se presenta la desinformación con respecto a estos temas.

Se dio una proporción importante de los encuestados que aún cree que el SIDA puede transmitirse por donar sangre 43%; por usar sanitarios públicos 29%; nadar en una alberca desde ha nadado una persona infectada 12.4% y hasta por respirar 4% o darle la mano a alguien con SIDA 3%.

El condón es mencionado espontáneamente como forma de prevenir el SIDA por el 37% de la población. El 56% afirma saber del preservativo al oír el nombre; 7% no sabe de este método preventivo.

Sobre el riesgo percibido de contraer la enfermedad, sólo una de cada cinco personas declara tener riesgo de adquirir la enfermedad. El riesgo percibido es más alto entre mujeres, casados, personas mayores y los más conservadores. Entre la población que tiene una vida sexual activa, el riesgo percibido es más alto entre los hombres, solteros, jóvenes, los más liberales y de nivel socioeconómico elevado.

Dos tercios de la población de la ciudad de México mayor de 15 años declaró haber tenido relaciones sexuales durante el último año. El mayor índice de relaciones sexuales está entre las personas adultas, casadas, entre 23 y 44 años. De los varones encuestados que han tenido relaciones sexuales en el último año, el uso del condón en ellos o sus parejas es bajo. Sólo el 9% de la población declaró usarlo siempre, a veces un 15% adicional.

El uso del condón se incrementa significativamente pero sin alcanzar un nivel considerable, entre los adolescentes y jóvenes menores de 22 años 29%, personas de nivel alto 17% y estudiantes 30%.

Del estudio se deriva la siguiente conclusión: El conocimiento acerca del SIDA es uno de los factores más importantes para predecir el uso del condón. Este se eleva significativamente, con respecto al resto de la

población, entre quienes mejor conocen qué es el SIDA Y cuáles son las formas de prevenirlo. Por otro lado en la medida que se difunda más la idea que toda la población que mantenga relaciones de riesgo está expuesta, se elevará la búsqueda de información y por ende, indirectamente el uso del condón.

En la presente investigación se encontraron resultados similares antes de la implementación del taller, posteriormente se comprobó, que en las campañas de prevención para jóvenes es importante planear cuidadosamente, programas estructurados de tal manera que informen y sensibilicen; sin olvidar que el compartir en un diálogo información sobre adolescencia, sexualidad y VIH/SIDA se puede generar un sentido de responsabilidad y prevención de una infección o un embarazo no deseado; partiendo de lo que el adolescente sabe, sus vivencias y el papel que juega dentro de la problemática del SIDA.

Considerando el aumento de la urbanización, el impacto de los medios de comunicación masiva en los patrones de conducta, la mayor fragilidad de las estructuras familiares y muchos otros factores han influido sobre el comportamiento sexual de los adolescentes que comienzan a exhibir actitudes y conductas de riesgo, por ejemplo: la actividad sexual con varias parejas o el consumo de alcohol y drogas a edades tempranas están expuestos a contraer la infección por el VIH.

Finalmente se puede concluir que los adolescentes, al igual que los participantes dentro de esta investigación, no contaban con información

precisa sobre el VIH/SIDA y que aún predominan los mitos sobre dicho padecimiento. En consecuencia, esto provoca que los jóvenes no se consideren en riesgo de contraer la enfermedad, a pesar de que los estudios realizados sobre sus prácticas sexuales demuestran que se inician tempranamente en la sexualidad, con una falta de información sobre el tema, lo cual los hace ser una población potencialmente expuesta al peligro de contagiarse por VIH.

Con todo esto se puede decir que el papel juega el psicólogo dentro de la planeación e implementación de programas de prevención de la infección por VIH es fundamental en el trabajo con diferentes poblaciones y principalmente la labor que se puede realizar con jóvenes. Por lo tanto es protagonista esencial en la educación formal e informal del adolescente, ya sea en el área clínica (como consejero) o en el área educativa (como educador).

Su desarrollo profesional básicamente se realiza en dos rubros que a su vez son complementarios:

1. Como **EDUCADOR**: Contando con conocimientos y habilidades para tratar temas de sexualidad, de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y de VIH/SIDA. Reconociendo el derecho del joven para no reducir la instrucción a la enseñanza de hábitos de salud sexual y reproductiva, y dejar cuestiones tan importantes como el derecho a la búsqueda del placer y la

posibilidad del ejercicio de una sexualidad basada en la elección libre de prejuicios, mitos, tabúes y miedos; con responsabilidad e información.

2. Como **CONSEJERO**: Comprometido y preocupado por la salud integral del joven. Su labor es la de fungir como educador además de informar y orientar adecuadamente al adolescente, ante la posibilidad o realidad de una infección por VIH o un embarazo no deseado.

Finalmente se puede concluir que se constituye un deber de la sociedad asegurar la información adecuada para todos sus miembros y brindar acceso a los dispositivos para la prevención. A la vez, los individuos tienen la obligación de adoptar un comportamiento responsable para protegerse a sí mismos y a los demás. He aquí una paradoja: el SIDA debe concebirse como un problema global de la sociedad pero su control también depende de la participación activa de cada sujeto.

CONCLUSIONES

En los adolescentes la infección por VIH se realiza de la misma forma que en los adultos o sea por contacto sexual, por compartir agujas y jeringas contaminadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana o bien por transfusiones de sangre (o sus componentes).

Aún cuando el número de adolescentes infectados por el VIH es mucho menor que el de los adultos, expertos en el tema sugieren que la infección por VIH en este grupo de edad puede convertirse en un problema de gran magnitud en un futuro próximo.

Los adolescentes infectados de hoy, en pocos años serán adultos infectados o presentarán las manifestaciones del SIDA. La infección por el VIH en los jóvenes, plantea una serie de problemas éticos y legales relacionados con el diagnóstico de la infección y la comunicación de los resultados a sus padres.

Estadísticamente el mayor índice de personas infectadas se encuentra entre las edades de 24 a 44 años, siendo que en estos casos la infección pudo haber surgido durante la adolescencia.

El aumento de los embarazos en las adolescentes, es una manifestación del incremento de las relaciones, sexuales a edades cada vez más tempranas y da una pauta de los peligros que enfrentan durante esta

etapa de la vida, en las sociedades modernas de contraer no sólo el SIDA sino otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

Preparar a los adolescentes para estos peligros requiere no sólo de acciones provenientes del sector salud, sino también de la participación de los sectores educativos, laborales, culturales y legales en campañas y promoción de programas de educación diseñados para modificar el comportamiento sexual de los adolescentes.

Los jóvenes en los que se refiere al SIDA, son la población que más requiere de campañas de prevención. En las últimas estadísticas de enero de 1996, de los 27 mil casos de SIDA que se reconocen oficialmente en el país, el 20% son adolescentes y jóvenes entre los 12 y 24 años. Esto habla de más de 5 mil afectados por el síndrome.

Entre los adolescentes la principal barrera para que las campañas dirigidas a la prevención del VIH/SIDA penetren en la escasa información que existe sobre el tema. Este hecho se debe a que la preocupación sexual más grande es la posibilidad del embarazo y no una infección por VIH u otra enfermedad de transmisión sexual.

Se puede concluir que los adolescentes al igual que la mayoría de la población carecen de información precisa del VIH/SIDA y aun predominan los mitos sobre dicho padecimiento. En consecuencia, esto provoca que los jóvenes no se consideren en riesgo de contraer la enfermedad, a pesar de que los estudios realizados sobre sus prácticas sexuales demuestran que se

inician tempranamente en la sexualidad, con una falta de formación y de información, sobre el tema.

La adolescencia es un fenómeno complejo de la vida humana, matizado por factores biológicos y psicológicos propios de la edad del individuo; factores sociales y culturales ya que es en el contexto comunitario donde cada individuo habrá de encontrarse con sí mismo. El adolescente busca una definición de sí mismo y del mundo que lo rodea, definición que se da gradualmente en el proceso de transición a la vida adulta. La búsqueda de identidad plantea conflictos entre los valores propios de los padres, amigos y maestros.

El proceso de formación de la identidad puede ser relativamente fácil o complejo, breve o prolongado, satisfactorio o doloroso, todo depende de las oportunidades que la cultura y la sociedad proporcionan al individuo para lograr su objetivo.

En toda esta información de la familia ocupa un papel preponderante para el cuidado de socialización y transmisión de valores. La familia opera en todo tiempo y lugar como el mejor instrumento de transmisión de las tradiciones y las pautas de comportamiento humano más elementales, pero el ámbito familiar no las genera por sí misma y que la familia es la principal consumidora y reproductora de valores sociales y morales, que se encuentran en el seno de la sociedad.

Por lo tanto el comportamiento de la familia ante la sexualidad es un reflejo de los valores que maneja la sociedad y que parecen caracterizarse por: falta de comunicación e información, clandestinidad y complicidad.

La educación sexual tiene un carácter informal en la familia ya que hablar de sexo en la familia es tabú. Por tanto la transmisión de valores, normas y creencias se hace a través del ejemplo, e imitación de lo que se observa en los adultos.

El sexo es considerado como sucio e indecente y es tolerado sólo en el matrimonio con fines reproductivos. El aprendizaje sexual ocurre regularmente fuera de la familia, con los grupos de amigos y los medios de comunicación.

En lo que se refiere a las normas, impera la doble moral: a la mujer se le exige virginidad, recato, pudor y no se le permite tomar la iniciativa en sus relaciones con los hombres; asimismo, se espera de ella fidelidad absoluta en el matrimonio. Del hombre, se espera experiencia sexual antes del matrimonio, iniciativa sexual y se le tolera y justifica cualquier relación amorosa.

Se puede percatar que el adolescente no tiene oportunidades para el desarrollo de su integridad física, psicológica y social, ya que la sociedad, específicamente en la escuela y la familia, no les ofrecen alternativas de información con respecto a la sexualidad violando con esto el derecho a la salud que es un derecho humano y que la comunidad tiene la obligación de

proveerle de todos los elementos básicos que coadyuven a ellos para cumplir con las pautas que marca la Organización Mundial de la Salud señala que la salud sexual es "la integración en el ser humano de lo somático, intelectual y social de la conducta sexual para lograr un enriquecimiento positivo de la personalidad humana que facilite sus posibilidades de comunicación y de dar y recibir amor".

Lo antes citado estaría vinculado con la problemática del SIDA que es una enfermedad de transmisión sexual, así como por la rapidez de su infección y que a la fecha no se ha encontrado una terapéutica efectiva; la prevención es la única arma que tiene la sociedad para proteger al ser humano. En el caso de la población mexicana, esta se encuentra totalmente desprotegida porque no se le ha ofrecido una información continua, precisa y específica acerca de la enfermedad.

El SIDA plantea a los individuos diversos cuestionamientos acerca de los valores familiares y sociales debido a que es una enfermedad que está más allá del ámbito médico.

Los valores y normas, en cuanto a la sexualidad, deben ser modificados y ventilados en espacios públicos a fin de lograr efectos positivos en la sociedad, la familia y los individuos; ya que tanto las personas que tratan de evitar que los jóvenes obtengan información han cometido dos errores fundamentales:

1. Limitar la sexualidad al aspecto reproductivo y

2. No utilizar la metodología adecuada para dar información.

Es decir, no se ofrecen espacios que permitan la reflexión sobre actitudes y valores para un verdadero cambio.

La educación sexual no puede reducirse en la mera información, ya que informando no se educa y es precisa una instrucción para las relaciones interpersonales. En realidad el sexo y la sexualidad es tal y como es dentro de la personalidad de cada uno. Es obvio comprender que resulta imposible educar el sexo (o la afectividad o la creatividad), ya que no se puede parcelar o cuartear al individuo y a su personalidad. Pero sí es posible educar a la persona para vivir su sexualidad con responsabilidad. Para ello han de entrar en el juego conceptos y valores que tienen mucho que ver con la comunicación interpersonal y las habilidades sociales inhiben, o reemplazan, las conductas incompatibles con la adaptación social y sexual, como pueden ser la agresividad o el desentendimiento, por mencionarse algunas.

La nueva educación necesita, para ser eficaz, no sólo impartir conocimientos, sino cambiar las actitudes y los comportamientos, ya que se ha demostrado en investigaciones recientes nacionales como internacionales que las intervenciones efectivas son aquellas que retoman el concepto de la salud sexual y que implica un estado de bienestar en la vida sexual de la persona, es decir, sentirse a gusto acerca de la sexualidad con información real, suficiente y necesaria.

Es necesario proveer un nuevo modelo para abordar la sexualidad que permita la expresión y discusión de sentimientos, actitudes y valores, cuidando y promoviendo en todo momento el respeto a las opiniones individuales y facilitando la comprensión y aceptación de las diferencias.

La propuesta del taller aplicado al estar basado en la educación no formal para adultos, enmarca los aspectos psicosociales de la formación del ser humano abarcando diferentes formas de percibir la problemática del VIH/SIDA, por parte del joven aludiendo no solamente a la información sino sensibilizándolo como parte del problema y de la solución, para lograr con esto que tenga claro ciertas situaciones y prácticas que lo ponen en riesgo de contraer la infección por VIH.

ANEXO A

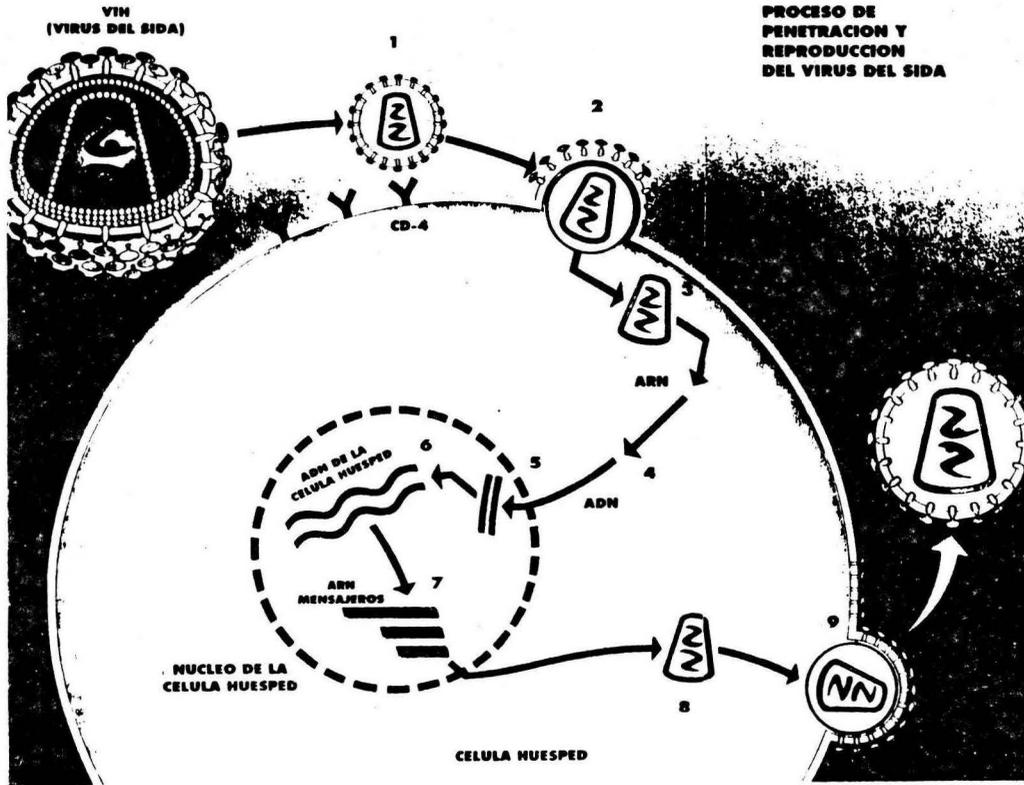
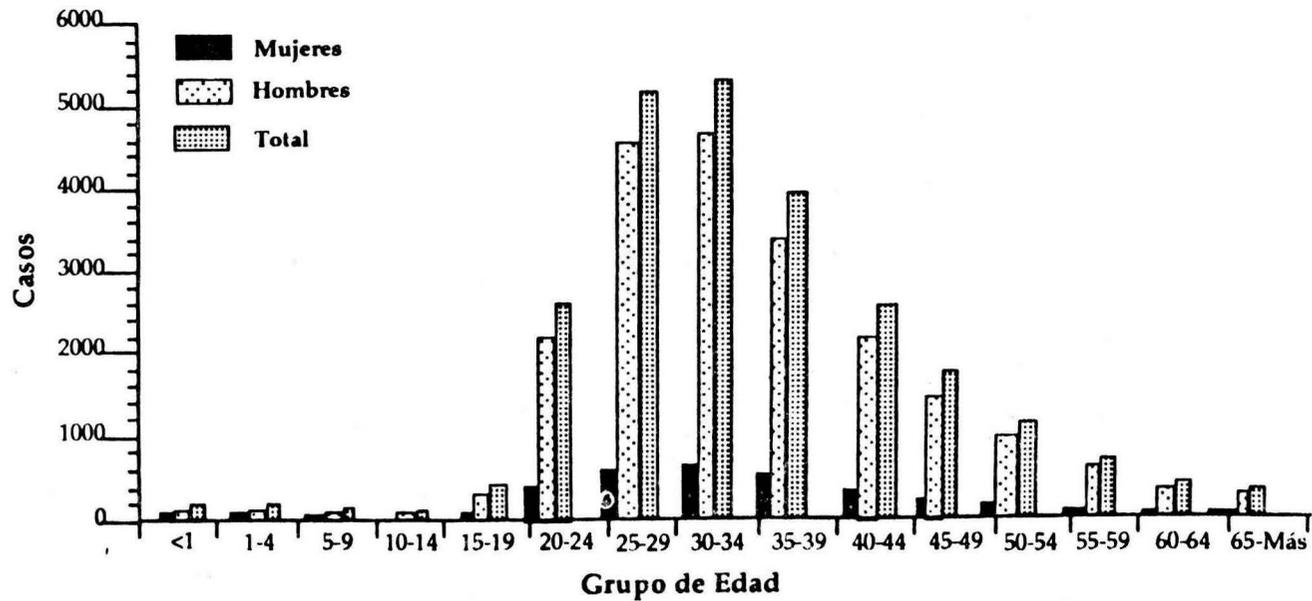


Figura 1. Proceso de penetración y reproducción del VIH.

(tomado de la revista HOMBRE).



FUENTE: CUADRO 2. REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA/DGE

Figura 2. Casos acumulados de SIDA por edad y sexo México, 1º de enero de 1996 (Tomada de SIDA/ETS/1995; Vol I, núm. 3)

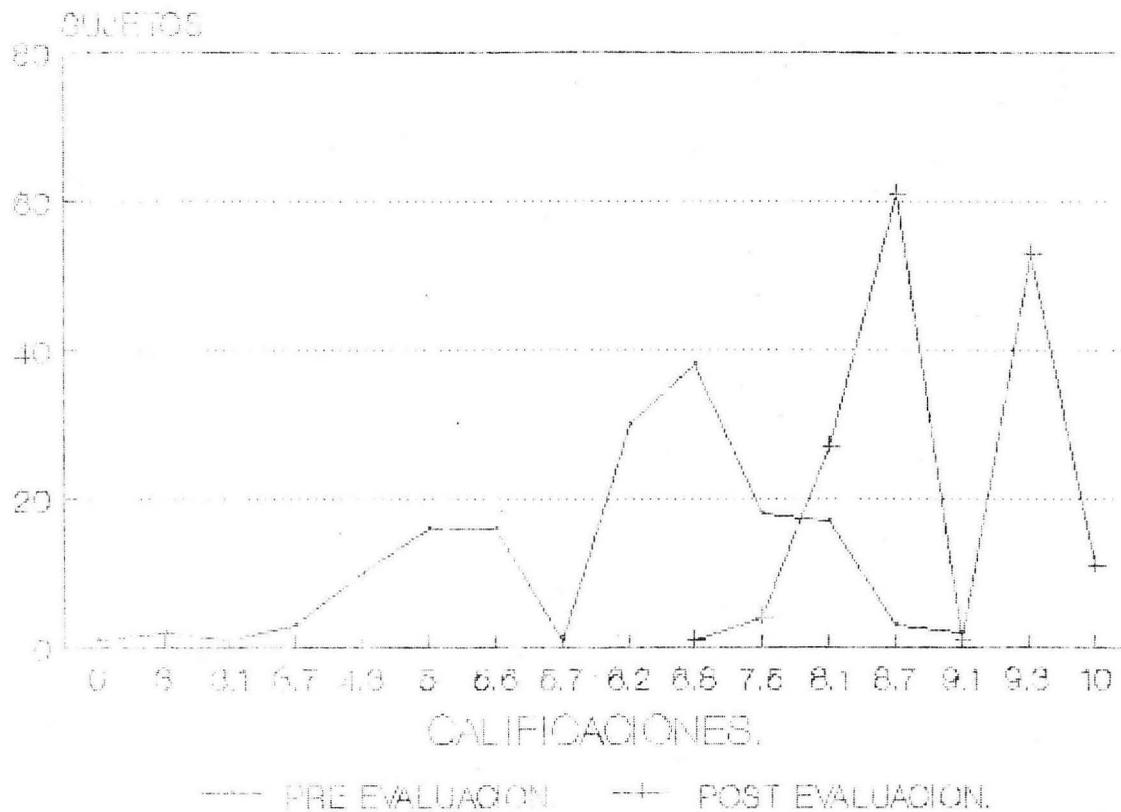


Figura 3. Distribución de las calificaciones obtenidas por los adolescentes en la evaluación de información básica sobre VIH/SIDA, antes (pre) y después (post) de la realización del taller.

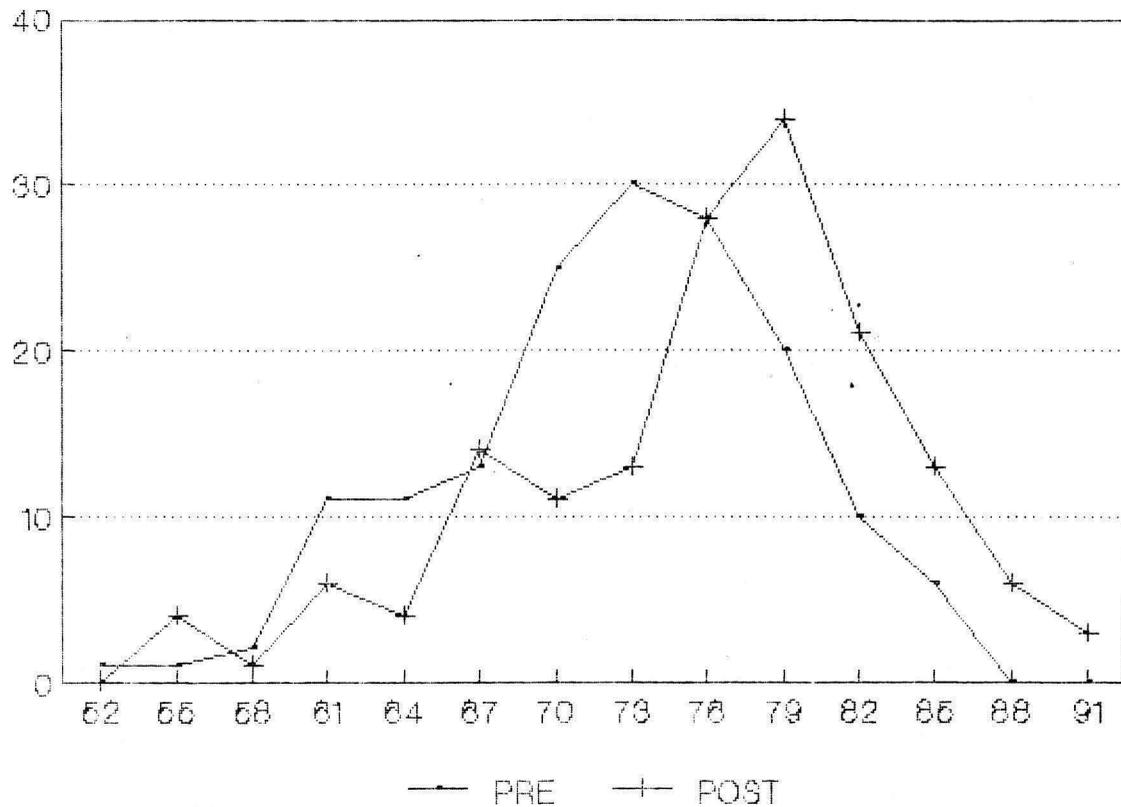


Figura 4. Distribución de los puntajes de la escala de actitudes ante el VIH/SIDA antes (pre) y después (post) del taller.

EL SIDA ES :

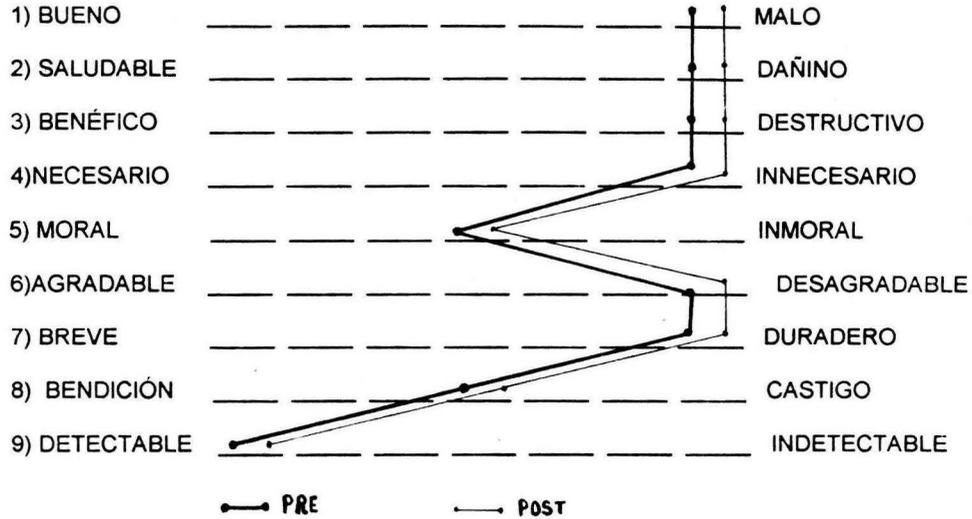


Figura 5. Percepción de los participantes en torno al SIDA antes (pre) y después (post) del taller.

ANEXO B

FORMA DE DIAGNOSTICO	MEDICAMENTOS	EFFECTOS SECUNDARIOS POR EL MEDICAMENTO	INFECCIONES OPORTUNISTAS	PRINCIPALES SINTOMAS
1. Anamnesis clínica 2. Anamnesis epidemiológica 3. Examen físico y cultivo de palmar 4. Examen clínico y cultivo de piel	Reticularidad, Neblina, acrociano, fluctuación, Anidrosis en cutáneas.	Gastritis, Infección miciliar (disminución en la producción de sangre), Alteraciones en la función renal, Toxicidad hepática	CANDIDIASIS (hongos) Causada por <i>Candida albicans</i>	Oral: Grumos color blanco lechoso en lengua y paladar Cutáneo: Erupciones alérgicas y dolor rectorial "En palmar: Dolor, erupciones alérgicas y lesiones escamosas con coacción" "En piel: Manchas rojizas y vesículas escamosas con coacción"
Revisión de fondo de ojo Biopsia (si está en entintado o palmar)	Ganciclovir Foscarnet	Toxicidad en riñón Disminución de potasio Dolor en médula ósea	CITOMEGALOVIRUSIS (virus) Causada por <i>Cytomegalovirus</i>	Dientes, disminución de agudeza visual, visión borrosa o con manchas
Estudio de líquido cefalorraquídeo	Amidoneo B 5-Fluorouracil Itraconazol	Gastritis, náuseas, mareo, vómito Dolor en médula ósea Neuropatía	CRYPTOCOCCOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (hongos) Causada por <i>Cryptococcus neoformans</i>	Dolor de cabeza, visión borrosa, convulsiones. Fiebre (a la vez)
Examen coproparasitológico en sene de tres	Propranolol (Espiramcine) Trimetoprima con sulfametoxazol	Gastritis, náuseas, mareo Neuropatía	CRIPTOPORIDIOSIS (parásitos) Causada por <i>Cryptosporidium</i>	Audiológico o con omeas nocturnas y espumosas
Electroencefalograma, Tomografía axial computarizada de cráneo, Busqueda de VIH en líquido cefalorraquídeo	Rifampin (ACT)	Alteración muscular: Dolor en médula ósea, artralgia, fiebre de origen desconocido, de inducción o de fondo. Dolor en las articulaciones.	ENCEFALOPATIA (virus) Causada por VIH	Progresiva de memoria, alteraciones del estado de alerta, convulsiones, crisis (dolor de cabeza), alteraciones de la conducta, falta retención y desorientación
Análisis clínico. Biopsias en caso de duda	Aciclovir	Gastritis, náuseas, mareo	HERPES SIMPLEX (virus) Causado por <i>Herpes simplex</i> , tipo 1 y 2	Lesiones mucocutáneas, peribucales (tipo 1) y perianales (tipo 2)
Análisis clínico y biopsias en caso de duda	Aciclovir Factor de transferencia	Ronchas y coacción en la piel por la resistencia al medicamento	HERPES ZOSTER (virus) Causado por <i>Varicella zoster</i>	Lesiones mucocutáneas en el espacio nervioso generalmente intercostal, media cara o algún miembro
Cultivo de sangre, esputación y médula ósea Biopsias de ganglio, palmar, hígado y piel	Amidoneo B Foscarnet Itraconazol	Toxicidad en riñón, disminución de potasio	HISTOPLASMOSIS (hongos) Causada por <i>Histoplasma capsulatum</i>	"Cáñales: Lesiones tipo ronchas con evolución a coacción" "Huesos: Lesiones tipo ronchas con especificación respiratoria." "Sustancia: Fiebre, crecimiento de hígado, bazo y ganglios"
Análisis clínico Tomografía axial computarizada	No hay tratamiento	No hay tratamiento	LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL Causada por <i>Pneumocystis carinii</i>	Demencia progresiva
Análisis clínico, serología (Busqueda de anticuerpo contra virus de Epstein Barr)	Aciclovir	Gastritis, náuseas, mareo	LEUCOPATIA O LEUCOPLACIA (virus) Causada quizás por virus de Epstein Barr	Lesiones papilares blanquecenas de tipo rugoso en las bovedas de la lengua.
Indicación e especificación biopsias palmar (usando alcohol) Neorocopia bronquial	Trimetoprima con Sulfametoxazol (Bactrim), Dapsone, Pentamida	Gastritis, ronchas, sebre Baja de glucosa en sangre (Pentamida)	NEUMOCITOSIS (hongos) Causada por <i>Pneumocystis carinii</i>	Tos, expectoración blanca y espumosa, insuficiencia respiratoria, fiebre, sudoración nocturna, falta de apetito
Tomografía axial computarizada de cráneo Biopsias de ganglio, hígado y/o bazo	Primitidina, Sulfadiazina, Clindamicina Acido Fólico	Hepatitis miciliar, Anemia Ressequedad de la piel	TOXOPLASMOSIS (parásitos) Causada por <i>Toxoplasma gondii</i>	Crecimiento de ganglios, hígado y/o bazo alteraciones neurológicas, hemiparesia o hemiparesis laterales o parciales en miembro cuerpo, dificultad para hablar, dolor de cabeza ocasional
Electrocardiograma en esputación, sangre, orina, jugo gástrico y/o líquido cefalorraquídeo Biopsias y cultivo para <i>Mycobacterium</i>	Mycobactericidas Etambutol, Isoniazid, Caproamicina Estríptomicina	Infección sistémica, hipersensibilidad cutánea, dolor hepático, neuropatía periférica	TUBERCULOSIS Y OTIAS MICOBACTERIOSIS "MAY" (bacterias) Causada por <i>Mycobacterium TB</i> y otras micobacterias atípicas	Dolor de pecho al respirar los, fiebre, sudoración nocturna, falta de apetito. Puede estar fuera de palmar expectoración blanca y espumosa.
Biopsias	Quimioterapia o Radioterapia	Alopecia, fiebre, marear general, anemia, leucopenia, estomatismo	NEOPLASIAS OPORTUNISTAS	Tumoración de tejido linfático: ganglio, pulmon, hígado, bazo, intestino, puede ser subaracnoidea, pedúnculo de pene Puede haber crecimiento ganglionar
Biopsias de la lesión	Quimioterapia y/o radioterapia	Anorexia, sebre, marear general, hipersensibilidad cutánea, neuropatía	SARCOMA DE KAPOSI	Aparición de manchas, color vino en el paladar, eructos, plantitas de los pies, entre dedos y uñas, recital o genital y en piel de cualquier parte del cuerpo No produce molestias

Cuadro 1. Infecciones y Neoplasias oportunistas (tomado de amigos contra el SIDA/1992; núm. 3).

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
1989	1,605	19.0	6 :1	15
1990	2,587	31.0	5 :1	16
1991	3,155	37.1	5 :1	15
1992	3,210	37.0	6 :1	15
1993	5,057	57.2	6 :1	14
1994	4,112	45.6	6 :1	13
1995	4,310	51.1	6 :1	14.2
1983-1995	25,746		6 :1	14

* TASA POR 1,000,000 DE HABITANTES

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

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

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

Cuadro 2. Casos nuevos de SIDA por año de notificación México, 1983 - 1995 (Tomada de SIDA/ETS/1995; Vol I, núm. 3).

ESTADO	NUM. DE CASOS NOTIFICADOS EN 4º TRIM. DE 1990	NUM. DE CASOS NOTIFICADOS EN 4º TRIM. DE 1994	NUM. DE CASOS NOTIFICADOS EN 4º TRIM. DE 1995	NO. DE CASOS ACUMULADOS HASTA EL 1º DE ENERO DE 1996	TASA *	PORCIENTO DEL TOTAL ACUMULADO DE CASOS
REGION CENTRO						
D.F.	275	259	238	7763	750	30.2
SUBTOTAL	275	259	238	7 763	750	30.2
REGION CENTRO ORIENTE						
MEXICO	148	378	145	3695	308	14.4
PUEBLA	38	59	53	1371	331	5.3
VERACRUZ	6	63	29	988	145	3.8
MORELOS	24	18	28	575	446	2.2
GUANAJUATO	8	19	2	352	98	1.4
HIDALGO	0	2	7	220	119	0.9
TLAXCALA	1	11	4	190	281	0.7
QUERETARO	2	5	5	134	137	0.5
SUBTOTAL	227	555	273	7 529	240	29.2
REGION CENTRO OCCIDENTE						
JALISCO	56	86	27	2941	558	11.4
QUEPHERO	32	64	3	742	285	2.9
MICHOCAN	24	31	50	715	209	2.8
SINALOA	5	35	9	334	138	1.3
NAYARIT	14	6	23	294	343	1.1
SAN LUIS POTOSI	16	7	18	249	121	1.0
DURANGO	2	12	1	148	106	0.6
ZACATECAS	3	4	3	108	86	0.4
AGUASCALIENTES	9	18	1	102	145	0.4
COLIMA	0	2	3	82	192	0.3
SUBTOTAL	161	265	130	5 715	260	22.2
REGION NORTE						
BAJA CALIFORNIA	75	27	91	844	599	3.3
NUEVO LEON	12	40	26	808	252	3.1
TAMAUPLAS	19	11	29	403	176	1.6
COAHUILA	13	4	17	398	205	1.5
SONORA	24	27	4	282	154	1.1
CHIHUAHUA	4	2	1	244	108	0.9
BAJA CALIFORNIA SUR	0	8	4	104	318	0.4
SUBTOTAL	147	119	172	3 083	233	12.0
REGION SUR						
YUCATAN	8	60	24	481	362	1.9
OAXACA	3	68	14	387	145	1.5
CHIAPAS	0	4	22	233	91	0.9
TABASCO	1	1	11	148	112	0.6
QUINTANA ROO	1	8	1	125	302	0.5
CAMPECHE	1	9	4	71	116	0.3
SUBTOTAL	14	150	76	1 445	162	5.6
SUBTOTAL	824	1348	897	25 531	303	99.2
EXTRANJERO	3	11	6	215		0.8
TOTAL	827	1359	903	25 746	306	100.0

* TASA POR 1 000 000 DE HABITANTES

* Las Tasas se calculan de acuerdo al Banco de Datos Sociodemográficos 1990-2010 de la Secretaría de Gobernación/CONAPO

FUENTE: REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA

Cuadro 3. Distribución de casos de SIDA notificadas en el cuarto trimestre de 1990, 1994 y 1995 por región geográfica, México, hasta el 1º de enero de 1996 (Tomada de SIDA/ETS/1995; Vol I, núm. 3).

CATEGORIA DE TRANSMISION	NUM. DE CASOS NOTIF. EN # TRIMESTRE 1990			NUM. DE CASOS NOTIF. EN # TRIMESTRE 1994			NUM. DE CASOS NOTIF. EN # TRIMESTRE 1995			NUM. DE CASOS ACUMULADOS HASTA EL # TRIMESTRE DE									TOTAL DE CASOS ACUMULADOS HASTA EL 1° DE ENERO DE 1996					
	1990			1994			1995			1990			1994			1995			MASC		FEM		TOT	
	MASC	FEM	TOT	MASC	FEM	TOT	MASC	FEM	TOT	MASC	FEM	TOT	MASC	FEM	TOT	MASC	%	FEM	%	TOT	%			
Transfusión	3	1	4	4	1	5	1	0	1	13	10	23	8	5	13	5	3	8	80	22.2	52	25.1	132	23.2
Hemofílico	5	0	5	0	0	0	1	0	1	10	0	10	2	0	2	3	0	3	83	23.0	0	0.0	83	14.6
SUBTOTAL TRANS.SANG.	8	1	9	4	1	5	2	0	2	23	10	33	10	5	15	8	3	11	163	45.2	52	25.1	215	37.9
Homosexuales	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	1	0	1	7	1.9	0	0.0	7	1.2
Heterosexuales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	3	1.4	3	0.5
SUBTOTAL TRANS. SEXUAL	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	1	0	1	7	1.9	3	1.4	10	1.8
Perinatal	7	8	15	8	6	14	6	4	10	24	22	46	25	17	42	27	30	57	191	52.9	152	73.4	343	60.4
SUBTOTAL	16	9	25	12	7	19	8	4	12	49	32	81	38	22	67	38	33	69	361	100.0	207	100.0	568	100.0
																				80.4		81.5		80.8
No Documentados	3	0	3	2	0	2	5	2	7	10	0	10	11	4	15	24	12	36	88	19.6	47	18.5	135	19.2
TOTAL	19	9	28	14	7	21	13	6	19	59	32	91	46	26	72	60	45	105	449	100.0	254	100.0	703	100.0

FUENTE: REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA

Cuadro 4. Categoría de transmisión en casos de SIDA Pediátricos México, hasta el 1° de enero de 1996 (Tomada de SIDA/ETS/1995; Vol I, núm. 3).

ENTIDAD	HOMOBEX.		BIBEXUAL		HETEROBEX.		TRANSFUS.		HEMOPHILICO		DROGLIV.		DONREM.		EXP.OCCUP.		HOMO/DROGLIV.		PERINATAL		NO DOCUM.		TOTAL	
	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%
AGS	25	26.6	21	22.3	22	23.4	4	4.3	0	0.0	0	0.0	3	3.2	0	0.0	1	1.1	0	0.0	18	19.1	94	100.0
B.C.	190	25.8	128	17.4	95	12.9	29	3.9	2	0.3	33	4.5	3	0.4	0	0.0	26	3.5	12	1.6	218	29.6	736	100.0
B.C.S.	32	34.0	27	28.7	8	8.5	1	1.1	1	1.1	2	2.1	0	0.0	0	0.0	1	1.1	1	1.1	21	22.3	94	100.0
CAMPECHE	17	27.9	14	23.0	13	21.3	1	1.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.6	1	1.6	14	23.0	61	100.0
COAHUILA	130	35.5	108	29.5	81	16.7	6	1.6	13	3.6	3	0.8	0	0.0	0	0.0	3	0.8	1	0.3	41	11.2	366	100.0
COLIMA	27	37.0	13	17.8	15	20.5	1	1.4	1	1.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	16	21.9	73	100.0
CHIAPAS	37	19.6	33	17.5	82	43.4	10	5.3	2	1.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	25	13.2	189	100.0
CHIHUAHUA	61	27.0	62	27.4	26	11.5	11	4.9	0	0.0	3	1.3	1	0.4	0	0.0	4	1.8	0	0.0	58	25.7	226	100.0
D.F.	2259	32.2	1081	15.4	811	11.6	198	2.8	62	0.9	11	0.2	69	1.0	2	0.0	14	0.2	35	0.5	2478	35.3	7020	100.0
DURANGO	39	27.9	43	30.7	35	25.0	4	2.9	2	1.4	2	1.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	15	10.7	140	100.0
GUANAJUATO	61	20.7	75	25.5	67	22.8	17	5.8	5	1.7	1	0.3	2	0.7	0	0.0	2	0.7	2	0.7	62	21.1	294	100.0
GUERRERO	182	28.0	147	22.8	132	20.3	27	4.2	10	1.5	4	0.6	4	0.6	0	0.0	12	1.8	4	0.6	128	19.7	650	100.0
HIDALGO	34	20.1	29	17.2	34	20.1	8	3.6	5	3.0	4	2.4	1	0.6	0	0.0	1	0.6	1	0.6	54	32.0	169	100.0
JALISCO	514	22.4	405	17.8	348	15.2	158	6.9	38	1.7	26	1.1	40	1.7	0	0.0	40	1.7	34	1.5	694	30.2	2297	100.0
MEXICO	603	18.6	409	13.3	432	14.1	125	4.1	43	1.4	13	0.4	80	2.6	0	0.0	7	0.2	33	1.1	1325	43.2	3070	100.0
MICHOACAN	159	25.8	183	28.4	187	30.3	32	5.2	10	1.8	8	1.3	3	0.5	0	0.0	10	1.6	4	0.6	41	6.6	617	100.0
MORELOS	102	23.3	92	21.1	105	24.0	23	5.3	4	0.9	2	0.5	15	3.4	0	0.0	4	0.9	7	1.6	83	19.0	437	100.0
NAYARIT	63	28.0	75	31.0	55	22.7	18	6.6	1	0.4	1	0.4	0	0.0	0	0.0	6	2.5	4	1.7	21	8.7	242	100.0
NUevo LEON	284	37.6	189	25.0	105	13.9	12	1.6	10	1.3	4	0.5	2	0.3	0	0.0	11	1.5	3	0.4	136	18.0	756	100.0
OAJACA	77	22.8	95	28.1	95	28.1	18	4.7	2	0.6	0	0.0	2	0.6	0	0.0	3	0.9	3	0.9	45	13.3	338	100.0
PUEBLA	178	17.5	207	20.6	408	40.6	75	7.5	10	1.0	8	0.8	62	6.2	0	0.0	5	0.5	17	1.7	38	3.8	1004	100.0
QUERETARO	36	30.3	24	20.2	27	22.7	6	5.0	1	0.8	4	3.4	0	0.0	0	0.0	1	0.8	1	0.8	19	16.0	119	100.0
QUERO	38	34.9	33	30.3	13	11.9	5	4.6	0	0.0	1	0.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	3.7	15	13.8	109	100.0
SAN LUIS POTOSI	63	29.7	69	32.5	39	18.4	5	2.4	1	0.5	1	0.5	2	0.9	0	0.0	3	1.4	4	1.9	25	11.8	212	100.0
SINALOA	79	27.7	86	30.2	53	18.6	14	4.9	3	1.1	6	2.1	1	0.4	0	0.0	3	1.1	1	0.4	39	13.7	285	100.0
SONORA	69	27.1	66	25.9	26	10.2	13	5.1	3	1.2	14	5.5	0	0.0	0	0.0	19	7.5	0	0.0	45	17.6	255	100.0
TABASCO	34	26.0	34	26.0	19	14.5	7	5.3	4	3.1	1	0.8	1	0.8	0	0.0	1	0.8	0	0.0	30	22.9	131	100.0
TAMAULIPAS	80	22.3	84	23.5	69	19.3	10	2.8	3	0.8	2	0.6	1	0.3	0	0.0	3	0.8	2	0.6	104	29.1	358	100.0
TLAXCALA	22	16.3	17	12.6	53	39.3	9	6.7	3	2.2	1	0.7	5	3.7	0	0.0	0	0.0	1	0.7	24	17.8	135	100.0
VERACRUZ	253	28.5	206	23.2	166	18.7	21	2.4	5	0.6	1	0.1	5	0.6	1	0.1	3	0.3	10	1.1	216	24.4	887	100.0
YUCATAN	195	44.5	144	32.9	30	6.8	7	1.6	5	1.1	2	0.5	1	0.2	0	0.0	4	0.9	4	0.9	46	10.5	438	100.0
ZACATECAS	22	22.9	13	13.5	28	29.2	6	6.3	0	0.0	2	2.1	1	1.0	0	0.0	2	2.1	1	1.0	21	21.9	96	100.0
EXTRAJERO	50	25.1	40	20.1	33	16.6	7	3.5	0	0.0	6	3.0	1	0.5	0	0.0	7	3.5	1	0.5	54	27.1	199	100.0
TOTAL	8013	27.2	4232	19.2	3892	16.7	882	4.0	249	1.1	164	0.7	305	1.4	3	0.0	197	0.9	191	0.9	6169	27.9	22097	100.0

FUENTE: REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA

Cuadro 5. Casos acumulados de SIDA en hombres por categoría de transmisión y Entidad Federativa. México hasta el 1° de enero de 1996 (Tomada de SIDA/ETS/1995; Vol I, núm. 3).

GRUPO ETAREO	HOMOSEX.		BISSEXUAL		HETEROSEX.		TRANSFUS.		HEMOFILIC.		DROG.I.V.		DON.REM.		EXP.OCLUP.		HOMO/DRO.I.V.		PERINATAL		NO DOCUM.		TOTAL	
	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%
<1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	3.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	109	83.2	17	13.0	131	100.0
1-4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	24	16.9	7	5.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	70	55.1	26	20.5	127	100.0
5-9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	27	26.4	35	36.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	12	12.6	21	22.1	95	100.0
10-14	7	7.3	0	0.0	0	0.0	24	25.0	41	42.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	24	25.0	96	100.0
SUBTOTAL	7	1.8	0	0.0	0	0.0	89	17.8	83	18.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	191	42.8	88	19.6	449	100.0
15-19	86	29.7	57	17.6	52	16.1	17	5.3	34	10.5	3	0.9	0	0.0	0	0.0	5	1.5	0	0.0	59	18.3	323	100.0
20-24	710	31.9	453	20.5	377	16.9	87	3.9	30	1.3	25	1.1	21	0.9	0	0.0	24	1.1	0	0.0	502	22.5	2229	100.0
25-29	1421	31.1	905	19.8	743	16.3	127	2.8	31	0.7	48	1.1	86	1.4	1	0.0	62	1.4	0	0.0	1160	25.4	4564	100.0
30-34	1358	29.2	909	19.6	768	16.6	148	3.2	23	0.5	48	1.0	75	1.6	0	0.0	41	0.9	0	0.0	1269	27.4	4838	100.0
35-39	841	27.7	670	19.7	579	17.0	95	2.8	14	0.4	20	0.6	67	2.0	0	0.0	30	0.9	0	0.0	986	29.0	3402	100.0
40-44	685	28.4	458	20.6	388	17.5	82	3.7	14	0.6	7	0.3	26	1.2	1	0.0	11	0.5	0	0.0	646	29.2	2216	100.0
45-49	344	22.7	320	21.1	271	17.9	75	4.9	3	0.2	1	0.1	22	1.5	0	0.0	8	0.5	0	0.0	472	31.1	1516	100.0
50-54	209	21.0	199	20.1	183	18.5	52	6.3	8	0.8	5	0.6	18	1.6	0	0.0	8	0.8	0	0.0	315	31.8	990	100.0
55-59	128	18.7	115	18.0	116	18.2	46	7.2	2	0.3	1	0.2	8	0.9	1	0.2	1	0.2	0	0.0	225	35.2	639	100.0
60-64	62	17.8	41	11.6	80	22.5	24	6.8	1	0.3	2	0.6	2	0.6	0	0.0	2	0.6	0	0.0	141	39.7	359	100.0
65 - MAS	38	11.9	37	12.2	59	19.4	38	12.5	2	0.7	1	0.3	1	0.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	130	42.8	304	100.0
SUBTOTAL	8088	27.8	4199	16.7	3617	17.1	791	9.7	189	2.8	161	2.8	302	1.4	3	0.2	199	6.9	0	0.0	8088	27.8	21176	100.0
NO DOCUM.	181	26.6	70	14.8	75	16.9	11	2.3	6	1.3	3	0.6	3	0.6	0	0.0	7	1.5	0	0.0	176	37.3	472	100.0
TOTAL	8919	37.8	4822	19.2	3692	16.7	882	4.9	249	1.1	164	0.7	309	1.4	3	0.0	197	0.9	191	0.9	6169	37.8	23097	100.0

FUENTE: REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA

Cuadro 6. Casos acumulados de SIDA en hombres por grupo de edad y categoría de transmisión México hasta el 1º de enero de 1996 (Tomada de SIDA/ETS/1995; Vol I, núm. 3).

GRUPO ETAREO	HETEROSEX		TRANSFUS.		DON.REM.		EXP.Ocup.		PERINATAL		DROGAS		NO.DOCUM.		TOTAL	
	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%
<1	0	0.0	2	2.3	0	0.0	0	0.0	75	86.2	0	0.0	10	11.5	87	100.0
1-4	0	0.0	18	19.8	0	0.0	0	0.0	63	69.2	0	0.0	10	11.0	91	100.0
5-9	1	2.0	17	34.7	0	0.0	0	0.0	12	24.5	0	0.0	19	38.8	49	100.0
10-14	2	7.4	15	55.6	0	0.0	0	0.0	2	7.4	0	0.0	8	29.6	27	100.0
SUBTOTAL	3	1.2	52	20.5	0	0.0	0	0.0	152	59.8	0	0.0	47	18.5	254	100.0
15-19	47	50.0	26	27.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	3.2	18	19.1	94	100.0
20-24	193	46.5	111	26.7	5	1.2	0	0.0	0	0.0	2	0.5	104	25.1	415	100.0
25-29	251	41.7	182	30.2	5	0.8	2	0.3	0	0.0	3	0.5	159	26.4	602	100.0
30-34	264	39.5	224	33.5	14	2.1	0	0.0	0	0.0	5	0.7	161	24.1	668	100.0
35-39	175	33.0	197	37.2	12	2.3	1	0.2	0	0.0	3	0.6	142	26.8	530	100.0
40-44	102	27.3	161	43.0	3	0.8	1	0.3	0	0.0	0	0.0	107	28.6	374	100.0
45-49	67	26.5	100	39.5	5	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	81	32.0	253	100.0
50-54	48	27.9	61	35.5	2	1.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	61	35.5	172	100.0
55-59	34	35.4	34	35.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	28	29.2	96	100.0
60-64	18	31.6	24	42.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	15	26.3	57	100.0
65 - MAS	13	21.7	26	43.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	21	35.0	60	100.0
SUBTOTAL	1212	36.5	1146	34.5	46	1.4	4	0.1	0	0.0	16	0.5	897	27.0	3321	100.0
NO DOCUM.	23	31.1	11	14.9	1	1.4	0	0.0	0	0.0	1	1.4	38	51.4	74	100.0
TOTAL	1238	33.9	1209	33.1	47	1.3	4	0.1	152	4.2	17	0.5	982	26.9	3649	100.0

FUENTE: REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA

Cuadro 7. Casos acumulados de SIDA en mujeres por grupo de edad y categoría de transmisión México hasta el 1º de enero de 1996 (Tomada de SIDA/ETS/1995; Vol I, núm. 3).

CATEGORIA DE PREVENCIÓN

CODIGO DE RESPUESTAS	ITEM 1 *		ITEM 2 *		ITEM 3		ITEM 7 *		ITEM 10		ITEM 12		ITEM 13*		ITEM 14*		ITEM 15*	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
TOTALMENTE DE ACUERDO	3	3	3	1	83	46	49	42	13	9	62	52	6	6	7	4	10	5
DE ACUERDO	17	5	5	1	31	33	66	71	4	2	51	41	2	1	9	7	20	12
INDIFERENTE	35	21	10	6	22	42	24	25	6	3	21	30	1	1	26	14	38	28
EN DESACUERDO	52	56	41	32	12	25	15	14	45	44	14	18	39	35	54	39	58	50
TOTALMENTE EN DESACUERDO	51	73	99	118	10	12 ^x	4	6	90	100 ^x	10	17 ^x	110	115	62	94	34	63

Cuadro 8. Actitudes de la muestra ante la infección de VIH/SIDA antes (pre) y después (post) del taller. Actitud favorable (*) y actitud desfavorable (+).

CATEGORIA DE RESPUESTA SOCIAL

CODIGO DE RESPUESTAS	ITEM 4 *		ITEM 5 *		ITEM 6 *		ITEM 8 *		ITEM 9 *		ITEM 11 *		ITEM 16 *		ITEM 17 *		ITEM 18 *		ITEM 19 *	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST								
TOTALMENTE DE ACUERDO	4	8	6	2	12	10	2	1	15	11	1	1	8	4	12	3	1	2	7	9
DE ACUERDO	4	3	15	13	4	8	3	6	34	25	4	4	7	4	2	4	4	4	4	1
INDIFEREN- TE	16	12	22	23	12	6	15	8	49	67	16	8	15	9	12	4	11	3	46	45
EN DESA- CUERDO	43	42	58	53	46	33	34	45	35	38	54	59	35	42	50	44	58	36	45	42
TOTALMENTE EN DESA- CUERDO	91	101	57	67	84	101	104	98	25	25	83	86	101	99	92	103	92	103	56	61

Cuadro 9. Actitudes de la muestra ante la infección de VIH antes (pre) y después (post) del taller. Actitud favorable (*).

ADJETIVOS POSITIVOS	1		2		3		4		5		6		7		ADJETIVOS NEGATIVOS
	PRE	POST													
BUENO	1	0	0	0	1	0	7	4	3	2	5	12	141	140	MALO
SALUDABLE	0	0	0	0	0	0	0	4	5	0	8	19	145	135	DANINO
BENEFICO	0	0	0	0	0	0	2	1	3	2	7	20	146	135	DESTRUCTIVO
NECESARIO	3	1	0	0	0	2	12	16	3	1	12	20	128	118	INECESARIO
MORAL	5	5	0	3	2	4	72	84	19	22	12	12	48	28	INMORAL
AGRADABLE	0	1	0	0	4	0	11	5	11	6	16	20	116	126	DESAGRADABLE
BREVE	6	11	4	3	9	14	38	44	17	13	19	4	65	59	DURADERO
BENDICION	5	2	1	0	3	3	91	93	10	14	14	11	34	35	CASTIGO
DETECTABLE	118	125	15	14	4	4	9	10	2	2	4	0	6	6	INDETECTABLE

Cuadro 10. Percepción de la muestra en torno al SIDA antes (pre) y después (post) del taller (del diferencial semántico).

No ADJETIVO	PRE	POST
1	6.734	6.823
2	6.886	6.804
3	6.880	6.829
4	6.544	6.468
5	5.076	4.665
6	6.449	6.665
7	5.361	5.044
8	4.759	4.835
9	1.722	1.494

Cuadro 11. Datos obtenidos de la media estadística de la pre y post evaluación del taller (del diferencial semántico).

ANEXO C

EVALUACIÓN 1

CUESTIONARIO SOBRE SEXUALIDAD HUMANA.

1. ¿ Qué es el sexo ?.
2. ¿ Qué es la sexualidad ?.
3. ¿ Qué es la menstruación ?.
4. ¿ Qué es la eyaculación ?.
5. ¿ Qué es la erección ?.
6. ¿ Qué es el semen ?.
7. Antes de tener tu primera menstruación ¿ sabías que es lo que te sucedería y por qué ? (mujeres).
8. ¿ Quién te informo de ello ? (mujeres).
9. Antes de tener tu primera eyaculación ¿ sabías lo que te sucedería y por qué ? (hombres).
10. ¿ Quién te informo de ello ? (hombres).
11. ¿ Qué es la masturbación ?.
12. Si te masturbas ¿ con que frecuencia lo haces ?.
13. ¿ A los cuantos años comenzaste a masturbarte ?.
14. ¿ Qué le sucede a los jóvenes que se masturban con frecuencia ?.
15. Las personas que se masturban con mucha frecuencia ¿ cuántas veces lo hacen al día, a la semana, al mes o al año ?.

16. ¿ Qué es polución nocturna ?
17. ¿ Quién te informo sobre la polución nocturna ?
18. ¿ A qué edad te sucedió ? (hombres)
19. ¿ Qué es la pornografía ?
20. ¿ A qué edad se pueden ver con libertad esta clase de películas, libros o revistas ?
21. ¿ Has tenido la oportunidad de que ver alguna ?
22. ¿ Por que medio la conseguiste ?
23. ¿ Qué es una preferencia sexual ?
24. ¿ Qué es la homosexualidad ?
25. ¿ Qué es la heterosexualidad ?
26. ¿ Qué es la bisexualidad ?
27. ¿Cuál es la edad o el momento propicio para comenzar ha tener relaciones sexuales, y con quién ?
28. ¿ Para qué sirven las relaciones sexuales ?
29. ¿ Quién debe usar los métodos anticonceptivos ?
30. Menciona los métodos anticonceptivos que conoces.
31. ¿ Quién es responsable si en la relación sexual surge el embarazo ?
32. ¿ Quiénes adquieren las enfermedades de transmisión sexual ?
33. ¿ Existen formas de prevenirlas, menciona cuáles ?
34. ¿ Tú puedes llegar a contraer el SIDA menciona por qué ?

35. ¿ Quiénes deben hablar de sexualidad a los individuos ?.
36. ¿ A que edad se deben comenzar a conocer temas sobre sexualidad ?.
37. ¿ Qué es sexo seguro y sexo protegido ?.
38. ¿ Por qué medios obtuviste tu primera información sexual y a que edad ?.

EVALUACIÓN 2

CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN DE SOBRE VIH/SIDA

Nombre: _____ Edad: _____ Grupo: _____ Sexo: _____

Religión: _____ Edo. Civil: _____ Ocupación _____

Escolaridad de los padres: _____

SEÑALE CON UNA "X" SU RESPUESTA (S) A CADA PREGUNTA

1.- ¿ Qué es el SIDA ?

- Un tipo de cáncer.
- Una enfermedad infecciosa.
- Una intoxicación causada por el consumo de drogas.
- Una organización de educación sanitaria.
- Una campaña alarmista.
- No sé.

2.- ¿ Cómo se contrae el SIDA ?

- Utilizando agujas no esterilizadas para las inyecciones.
- Bebiendo del mismo vaso que una infectada.
- Teniendo relaciones sexuales con una persona infectada.
- Trabajando junto a una persona infectada.

_____ Por la picadura de un mosquito que ha picado a una persona infectada.

_____ No sé.

3.- ¿Quiénes corren mayor riesgo de contraer SIDA ?

_____ Quién tiene relaciones sexuales sin condón.

_____ Los presos.

_____ La gente que consume drogas ilegales.

_____ Las prostitutas.

_____ Los médicos y enfermeras.

_____ Los que usan condones.

_____ Las personas que tienen relaciones sexuales con personas de su mismo sexo.

_____ Las personas que permanecen en abstinencia sexual por mucho tiempo.

_____ Los niños.

_____ Otro ¿Cuál? _____

_____ No sé.

4.- ¿ Sólo una prueba de sangre permite saber si una persona aparentemente sana está infectada por el VIH ?

_____ SÍ _____ NO _____ NO SÉ

5.- ¿ Puede una persona ser portadora del VIH y no parecer enferma o saberlo ?

_____ SÍ _____ NO _____ NO SÉ

6.- ¿ Existen tratamientos o medicamentos curativos para el SIDA ?

_____ SÍ _____ NO _____ NO SÉ

7.- ¿ Todas las personas con SIDA están destinadas a morir en corto tiempo ?

_____ SÍ _____ NO _____ NO SÉ

8.- ¿ Se puede prolongar la vida de las personas infectadas con VIH ?

_____ SÍ _____ NO _____ NO SÉ

9.- ¿ Sabes cuantos casos de SIDA existen en nuestro país ?

_____ SÍ _____ NO _____ NO SÉ

10.- Si vas a tener relaciones sexuales con una pareja nueva ¿Que puedes hacer para protegerte del SIDA ?

11.- La información con que cuentas sobre VIH/SIDA ¿De dónde la obtuviste ?.

12.- ¿ El SIDA se debería de considerar un problema de salud pública ?

_____ SÍ _____ NO _____ NO SÉ

13.- ¿ Se considera una persona propensa a padecer SIDA ?

_____ SÍ _____ NO _____ NO SÉ

14.- ¿ Alguna persona de tú familia está propensa a padecer SIDA ?

_____ SÍ _____ NO _____ NO SÉ

15.- ¿ Saber cómo se transmite y cómo se puede evitar el SIDA debe ser tema obligatorio en las primarias y secundarias ?

_____ SÍ _____ NO _____ NO SÉ

16.- ¿ Consideras como lo más adecuado aislar a las personas con SIDA ?

_____ SÍ _____ NO _____ NO SÉ

EVALUACIÓN 3

ESCALA DE ACTITUDES

INSTRUCCIONES: DE ACUERDO AL SIGUIENTE CÓDIGO DE RESPUESTAS, COLOCA DENTRO DEL PARÉNTESIS DE CADA UNA DE LAS PREGUNTAS, LA LETRA DEL INCISO CON EL CUAL ESTÉS A FAVOR.

- A) Totalmente de acuerdo.
- B) De acuerdo.
- C) Indiferente.
- D) En desacuerdo.
- E) Totalmente en desacuerdo.

- () 1.- Los adolescentes no deben tener relaciones sexuales.
- () 2.- Los adolescentes no deben conocer los condones porque se vuelven promiscuos.
- () 3.- Los portadores de VIH no deben tener relaciones sexuales.
- () 4.- Los enfermos de SIDA no deben convivir con personas sanas.

- () 5.- No se debe comer en el mismo plato en el comió un portador de VIH/SIDA:
- () 6.- Las pruebas de detección del VIH deben de ser conocidas por todos los seres humanos.
- () 7.- Las pruebas de detección deben aplicarse a los individuos como medida profiláctica.
- () 8.- Los portadores de VIH deben de ser despedidos de sus trabajos para que no contagien a sus compañeros.
- () 9.- Los portadores de VIH no deben contraer matrimonio.
- () 10.- Las mujeres portadoras del VIH no deben embarazarse.
- () 11.- Un portador de VIH no debe ser contratado por ninguna empresa.
- () 12.- La prostitución debe de terminar para evitar la propagación del VIH/SIDA.
- () 13.- El hombre debe de usar el condón para protegerse.
- () 14.- La mujer no debe pedir que su pareja use el condón.
- () 15.- La mujer no debe cargar los condones.
- () 16.- Los portadores de VIH no deben de tener los mismos derechos que las personas sanas.
- () 17.- Los hijos de portadores de VIH no deben de convivir con niños sanos.

- () 18.- Los hijos de portadores de VIH no deben de ir a la escuela donde asisten niños sanos porque los pueden contagiar.
- () 19.- Los homosexuales deben morir porque son los causantes de que exista el SIDA.

EVALUACIÓN 4

DIFERENCIAL SEMÁNTICO

INSTRUCCIONES: DE ACUERDO A CADA UNO DE LOS ANTÓNIMOS COLOCA SOBRE LA RAYA UN TACHE (X) EN EL ESPACIO QUE TÚ CREAS CONVENIENTE.

EL SIDA ES :

- | | | |
|---------------|-------|--------------|
| 1) BUENO | _____ | MALO |
| 2) SALUDABLE | _____ | DAÑINO |
| 3) BENÉFICO | _____ | DESTRUCTIVO |
| 4) NECESARIO | _____ | INNECESARIO |
| 5) MORAL | _____ | INMORAL |
| 6) AGRADABLE | _____ | DESAGRADABLE |
| 7) BREVE | _____ | DURADERO |
| 8) BENDICIÓN | _____ | CASTIGO |
| 9) DETECTABLE | _____ | INDETECTABLE |

ANEXO D

DINÁMICA: EL JUEGO DEL NOMBRE.

TEMA: Presentación.

OBJETIVO: Romper el hielo y comenzar a trabajar en grupo.

MATERIAL: Pizarrón y gises.

DURACIÓN: De 15 a 30 minutos aproximadamente de acuerdo al tamaño del grupo.

PROCEDIMIENTO: El facilitador comienza escribiendo su nombre y el significado de éste en el pizarrón. Da la instrucción de que cada uno de los participantes pasen y lo hagan de la misma manera, anotando también algunas características de su personalidad.

DINÁMICA: SEXUALIDAD ENCUBIERTA.

TEMA: Sexualidad.

OBJETIVO: Los participantes utilizarán un lenguaje común y fluido para ser empleado a lo largo del taller, así como lograrán la desinhibición al hablar sobre temas de sexualidad.

MATERIAL: Pizarrón y gises.

PROCEDIMIENTO: El facilitador explica que cada uno de los participantes tiene que enunciar un sinónimo de genitales masculinos. Se anotaran en forma de lista y al terminar se procede a continuar con genitales

femeninos y relación sexual. Por último el facilitador retroalimentará al grupo, acerca de la importancia de hablar de una sexualidad no encubierta.

DINÁMICA: **TÓMBOLA DE PREGUNTAS.**

TEMA: Sexualidad.

OBJETIVO: Los participantes expresaran la información sobre sexualidad que posee cada uno.

MATERIAL: Tómbola de plástico, hojas de papel con preguntas sobre diversos temas de sexualidad.

DURACIÓN: 45 minutos aproximadamente.

PROCEDIMIENTO: El facilitador explica que cada uno de los participantes extraerá un papel de la tómbola y en voz alta responderá la pregunta en un tiempo máximo de un minuto. Una vez dada la respuesta, se podrá complementar por cualquier integrante del grupo. En caso de que no se conozca la respuesta, el facilitador dará una breve explicación.

DINÁMICA: **HUEVO CON FIRMA.**

TEMA: Vida y responsabilidad.

OBJETIVO: Los participantes valoraran su vida y la responsabilidad que tienen sobre ella.

MATERIAL: Huevos y marcadores.

PROCEDIMIENTO: El facilitador da un huevo a cada participante, posteriormente pasará a firmarlos y se les dará la siguiente instrucción: " a partir de este momento este huevo representará su vida y tendrán que cuidarla y cargarla para todos lados hasta que finalice el taller. Se les aclara que la dinámica se retomará en la última sesión ". Al final del taller se plantearán las siguientes reflexiones:

- ¿Qué sintieron al tener que cargar con su vida a todos lados?
- ¿ Realmente sintieron que el huevo representó su vida?
- ¿ Qué pensamientos, sentimientos y reacciones tuvieron aquellos a quienes se les rompió su vida?

DINÁMICA: **SI PARA MI, NO PARA MI.**

TEMA: Expresiones de la sexualidad.

OBJETIVO: Que los participantes identifiquen la diferencia entre una parafilia y una expresión de la sexualidad.

MATERIAL: Hojas con definiciones de las diferentes parafilias o expresiones de la sexualidad, gises y sillas.

DURACIÓN: 90 minutos.

PROCEDIMIENTO: El facilitador repartirá a cada uno de los participantes una hoja con la definición de las parafilias. Posteriormente explicará el término de parafilia y ejemplificará alguna de ellas desde un punto de vista sexual y un ejemplo en el plano no sexual.

Cada participante describirá una situación de alguna de ellas en el plano sexual y no sexual. El facilitador anotará únicamente los ejemplos en el plano sexual en el pizarrón y se les pedirá que le pongan un nombre a su ejemplo.

Ya anotados los ejemplos en el pizarrón, los participantes se pondrán en el centro del salón y se darán las siguientes instrucciones: " de el lado derecho será SI PARA MI y del lado izquierdo NO PARA MI. Aquellos que algún día pensaron, fantasearon o que quizá realizarían alguna de las prácticas sexuales que están escritas en el pizarrón caminarán hacia SI PARA MI, y aquellos que no lo harían por ningún motivo caminarán hacia NO PARA MI.

El facilitador subrayara aquellas prácticas en donde la mayoría de los participantes de manera voluntaria pasen al frente (en forma de panel) y mencionen sus argumentos por los cuales nunca harían dicha práctica sexual. Una vez dadas las explicaciones se les pedirá que se pongan en la situación opuesta y defiendan el porque hacen dicha práctica. Una vez dadas las explicaciones se les pedirá que se pongan en la situación opuesta y defiendan el porque hacen dicha práctica. Por último el facilitador explicará la diferencia entre una parafilia y una expresión de la sexualidad.

DINÁMICA: **CANCIÓN / POEMA / CUENTO.**

TEMA: VIH.

OBJETIVO: Identificar la información que manejan los participantes sobre VIH.

MATERIAL: Una tarjeta que contenga las siguientes preguntas:

- 1.- ¿ Dónde nació ?
- 2.- ¿ De qué familia viene?
- 3.- ¿ En qué viaja ?
- 4.- ¿ A qué se dedica ?
- 5.- ¿ Cómo se llama ?
- 6.- ¿Cómo es?
- 7.- ¿A quién le tiene miedo?
- 8.- ¿ Cuáles son sus objetivos ?
- 9.- ¿ Cómo se reproduce ?
- 10.- ¿ Por quién tiene preferencia ?

DURACIÓN: 30 minutos.

PROCEDIMIENTO: Se enumera a los integrantes del grupo formando equipo de cuatro personas, a cada equipo se le entrega una tarjeta y se les pide que contesten las preguntas en base a la información que tengan sobre el VIH. Además se les pide que con las respuestas elaboren una canción, un poema o un cuento. Cada equipo expondrá su trabajo. Para cerrar se les dará una exposición acerca del VIH/SIDA.

DINÁMICA: **TÉCNICA EXPOSITORA.**

TEMA: Información básica de VIH/SIDA.

- ¿ Qué es el VIH ?
- ¿ Qué es el SIDA ?
- ¿Qué es el sistema inmunológico ?
- ¿ Cómo los linfocitos T ?
- ¿ Historia natural de la infección por VIH ?
- ¿ Medicamentos ?
- ¿ Vías de transmisión ?
- ¿ Vías de no contagio ?
- Sexo / Seguro / Protegido.

OBJETIVO: Los participantes conocerán información básica sobre el VIH y sobre el SIDA.

MATERIAL: Diapositivas, proyector de diapositivas, aula con poca iluminación para proyección de diapositivas y pantalla.

DINÁMICA: **SIGA LAS INSTRUCCIONES.**

TEMA: Magnitud de la pandemia del VIH/SIDA.

OBJETIVO: Brindar una experiencia a los participantes, que les permita analizar la forma de expansión del VIH.

MATERIAL: 1 tarjeta con la inscripción " SIGA LAS INSTRUCCIONES
GRACIAS

6 tarjetas con la inscripción " NO SIGA LAS
INSTRUCCIONES ".

6 tarjetas con la inscripción " SIGA LAS INSTRUCCIONES
(C)

Tarjetas para cada uno de los participantes que resten
con la inscripción " SIGA LAS INSTRUCCIONES ".

PROCEDIMIENTO: El facilitador distribuye las tarjetas a cada uno de los participantes, indicando que es individual y que el compañero de al lado no puede verla. Se les pide que momentáneamente lean su tarjeta.

Se les indica que pidan el nombre a tres personas sin que exista un intercambio recíproco y al tener los 3 nombres regresen a sus lugares. Equivalencia: Pedir o dar nombre es igual a tener relaciones sexuales con esa persona. A la persona que tiene la tarjeta de " SIGA LAS INSTRUCCIONES GRACIAS " se le pide que se ponga de pie y se le indica al grupo que esa persona es portadora del VIH.

Posteriormente se les pide que se pongan de pie aquellas personas que tengan en su papelito el nombre de éste. Se le indica al grupo que debido a este intercambio todos son portadores de VIH. Se les pregunta:

- ¿Cómo se sienten?
- ¿ Van a informárselo a su familia, amigos, pareja (s), conocidos ?
- ¿ Qué van ha hacer ?

Posteriormente se reconoce a las personas con la tarjeta " NO SIGA LAS INSTRUCCIONES " y se les pregunta del porqué siguieron las instrucciones, se anotan las respuestas y se les explica que generalmente ese tipo de contestaciones las da una persona cuando resulta infectada por VIH. Después se reconoce a las personas con la tarjeta de " SIGA LAS INSTRUCCIONES (C) ", ésta tarjeta equivale a que usaron condón en sus relaciones sexuales y por lo tanto pueden sentarse, además de preguntarles como se sienten ahora que saben que no están infectados.

DINÁMICA: VIDA - MUERTE

TEMA: Sentimiento de pérdida .

OBJETIVO: Que los participantes analicen el papel de vida-muerte que el VIH o el SIDA tienen así como la importancia de valorar la vida y el ejercicio de una sexualidad responsable.

MATERIAL: 10 pedazos de papel engrapados (uno por cada participante).

Plumas o lapiceros.

Kleenex o papel higiénico.

DURACIÓN: 90 minutos aproximadamente.

PROCEDIMIENTO: Se le entrega a cada participante un fajo de 10 papeles y una pluma. Se les pide que anoten en 5 papelitos cosas no materiales que les sean indispensables en la vida o bien que les tengan un

afecto especial (una por papel). En los cinco papeles restantes se les dice que anoten a 5 personas que les sean indispensables para vivir, a quienes quieran muchísimo. Posteriormente se les pide que hagan de cuenta que tanto las cosas como las personas que anotaron en sus papeles estuvieran con ustedes. Se les pide que sostengan en sus manos los papeles y los miren fijamente y que entreguen un papel de cada grupo, se les explica entonces que la vida o la muerte se acaba de llevar esas cosas y que nunca más las volverán a ver. Se les pide que estiren sus manos y de manera azarosa se les quitan de 2 a 4 papeles a cada uno y finalmente se les pide que cierren los ojos y el facilitador les arrebatará de forma violenta los papeles restantes.

Se recogen impresiones, sentimientos experimentados a través de la participación voluntaria, se les explica la intención de la dinámica y finalmente se les ayuda para que desliguen sus cosas y personas queridas de los papeles. De manera respetuosa el facilitador recoge los pedazos de papel y los guarda en un cesto de basura, para finalizar se pide a los participantes que den un abrazo a la persona que vieron que se puso mal durante el proceso de la dinámica.

DINÁMICA: EROTIZACIÓN DEL SEXO PROTEGIDO.

TEMA: Sexo más seguro.

OBJETIVO: Brindar a los participantes alternativas de disfrute sexual sin intercambio de líquidos que contengan VIH.

MATERIAL: Pizarrón.

Gises.

Hojas.

Blancas.

Lápices.

Carteles con diferentes frases.

DURACIÓN: 120 minutos aproximadamente.

PROCEDIMIENTO: Se forman equipos dependiendo del tamaño del grupo. Cada equipo analizará las preguntas que una a una indicará el facilitador. Las preguntas son las siguientes:

- ¿ Qué cambios han existido en tu sexualidad con la aparición del SIDA ?.
- ¿ Qué voy a extrañar del sexo ?
- ¿ Qué siento al escuchar sexo seguro ?
- ¿ Qué parte de tú cuerpo les gusta más ?
- ¿ Qué características de tú personalidad te gusta más ?
- ¿ Qué parte de tú cuerpo te gusta que te acaricien y besen?
- ¿ Qué parte del cuerpo te gusta acariciar y besar?

Se anotan las respuestas de los participantes y se les explica la importancia de conocerse y conocer a la pareja y el como se puede disfrutar con el simple cachondeo y la importancia de no reducir la sexualidad a los genitales.

DINÁMICA: USO DE BARRERAS.

TEMA: Las barreras en el sexo protegido (1).

OBJETIVO: Mostrar a los participantes las diversas barreras que existen para evitar una infección por VIH.

MATERIAL: Condones, dildo, plástico " Kleen pack ", guantes de látex, lubricante soluble el agua, papel higiénico.

DURACIÓN: 30 minutos.

PROCEDIMIENTO: El facilitador ira mostrando una a una cada barrera marcando la importancia que tiene su uso adecuado. Se solicita la participación de algunos integrantes del grupo para hacer la demostración más dinámica.

TEMA: Las barreras en el sexo protegido (2).

OBJETIVO: Que los participantes utilicen la imaginación y la creatividad, apoyándose en la información obtenido sobre sexo seguro.

PROCEDIMIENTO: A cada equipo se le entrega una serie de tarjetas con los siguientes enunciados:

- Sexo visto.
- Sexo hablado.
- Juego con condones y/o sexi - pack.
- Masturbación mutua.
- Coger algo diferente a pene/vagina/culo.

Cada equipo tiene que inventar tres prácticas sexuales por tarjeta, utilizando las barreras y los conocimientos sobre sexo protegido.

Para finalizar esta dinámica los participantes deberán analizar las siguientes preguntas:

- ¿ Con quién ?
- ¿ Cómo ?
- ¿ Cuándo ?
- ¿ En dónde ?
- ¿ Les gustaría tener relaciones sexuales sin temor a infectarse ?.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1988). La adolescencia normal: Un enfoque psicoanalítico. México: Paidós, pp. 110-120.
- Abraham, K. (1964) " Selected paper, basic book ". En: CONAPO. (1982). La educación de la sexualidad humana. México: CONAPO.
- Acción en SIDA (1991) "Manifestaciones cutáneas e infección por VIH". En ACCIÓN EN SIDA. N° 10, Enero, pp 2-3.
- Alcántara, G. (1994) Educación de la sexualidad: taller dirigido a padres de familia. Tesis, UNAM, CAMPUS IZTACALA, pp. 43-46.
- Alfaro, A. J. L. (1988). Análisis de los mensajes sobre sexualidad en los medios de comunicación impresos, en el D.F. y área metropolitana. Tesis, UNAM, CAMPUS IZTACALA, P. 149.
- Alvares, G. (1986). Elementos de sexología. México: Interamericana, pp. 71-81.
- Arellano, M. O. E. (1990) Actitudes de los adolescentes ante la conducta sexual. Tesis, UNAM, CAMPUS IZTACALA, p. 130.

- Bateson, M.C. y Golsby, R. (1988). Thinking aids. Reading Massachusetts, Addison-Wesley Publishing Company.
- Belson (1967). En: CONAPO (1986) La educación de la sexualidad humana: Individuo y sexualidad. México: CONAPO. Vol. 2
- Brito, E. (1979). Canales de socialización en sexualidad. México: CONAPO.
- (1982). Población, la historia de todos. México: CONAPO.
- Burkhart (1981). En: Gale, J. (1984). Guía sexual para el adolescente: Para vivir mejor. México: Vergara.
- Coleman, J.C. (1985). Psicología de la adolescencia. Madrid: Morata, cap. III, pp. 157-183.
- CONAPO (1979). Programa nacional de educación sexual. México: CONAPO, Folletos, segunda edición.
- (1982). La educación de la sexualidad humana. México: CONAPO.
- (1986). La educación de la sexualidad humana: Individuo y sexualidad. México: CONAPO, Vol. 1, 2, 3, 4.
- Corona, V. E. (1994). "Resquicios en las puertas: La educación sexual en México en el siglo XX". En: Antología de la sexualidad humana. México: CONAPO, Vol. 3, pp. 681-706.

- CONASIDA (1994). "Comportamiento sexual en la ciudad de México, encuesta 1992-1993". México: CONASIDA.
- Cruz Roja Americana (1990). Manual del instructor sobre el VIH/SIDA. Washington D.C. : American Red Cross, p. 425.
- Chelala, C.A. (1988). El embarazo entre las adolescentes americanas. Salud Mundial, pp. 22-23.
- (1990). Embarazos de las adolescentes en Nueva York. Salud Mundial, pp. 21-23.
- (1992). Health and rights. Lancet 339, pp. 1288-1289.
- Chilman, C. (1980). Adolescent sexuality in a changing American society. Social and psychological perspectives. Maryland, E.U.: Department of health education and welfare.
- Daniels, V. G. (1991). SIDA Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida. México: El Manual Moderno, p. 181.
- Del Río, C.C. (1994). "Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana". En: Antología de la Sexualidad Humana. México: CONAPO, pp. 451-486.
- Durham, J.D. y Cohen, F. L (1994). Pacientes con SIDA, cuidados de enfermería. México: El Manual Moderno, pp 365.
- Enciclopedia de la sexualidad (1995). México: Océano, Vol. 1
- Fan, H. , Connor, R.F. y Villareal, L.P. (1991). The biology of AIDS.

- Boston: Jones and Barlett Publishers, 2da. Edición.
- Fleming, D. (1992).. Como dejar de pelearse con su hijo adolescente. México: Páidos, pp. 223-239.
- Giraldo, N.O. (1988). Explorando las sexualidades humanas. Aspectos psicosociales. México: Trillas, pp. 255-260.
- Gordon, G. y Klouda, T. (1990). Hablando del SIDA. Nueva York: Federación Internacional sobre planificación familiar.
- Gordon, M. (1974). The social dimension of human sexuality. Boston: Litle, Brown Company, p. 290.
- Grinder, R. (1986). Adolescencia. México: Limusa.
- Heleiner, G.K. (1979). ¿Hacia un nuevo orden económico internacional ?. México: Siglo XXI, p. 371.
- Hernández, M.; Uribe, P. y cols. (1992). " Sexual Behavior and status for Human Inmmunodeficiency virus type 1 among homosexual and bisexual males in México city " Am J Epidemio, Vol. 135, No. 8.
- Higashida, H.B.Y (1983). Ciencias de la salud . México: McGraw-Hill, pp. 245-255, 347-367.
- Hombre (1993) " SIDA enfermedad de nuestro tiempo ". En: HOMBRE. México: Procoelsa, N° 1, pp. 130.

- Hurlock, E. (1980). Psicología de la adolescencia. Buenos Aires: Páidos.
- Janowitz (1968). En: CONAPO (1987). Guía básica de la educación sexual para el maestro de secundaria. Lecturas II, México: CONAPO.
- Kaplan, L. (1984). Adolescencia: El adios a la infancia. Buenos Aires: Páidos.
- Kilander, H.F. (1973). La educación sexual en la escuela primaria y secundaria: los métodos. Buenos Aires: Páidos, p. 254.
- Kuestles, A. (1980). En: Rubio, A.C. (1994). Introducción al estudio de la sexualidad humana. México: CONAPO y PORRÚA, pp. 17-45.
- Leyva, J. (1988). "Adolescencia un bache generacional". En: ICYT. No. 4, pp. 19-23.
- Licea, J.G. (1993). "Adolescentes, sexo y SIDA". En: Sociedad y SIDA. México: El Nacional, No. 32, mayo, pp. 8-9.
- Malocom Knowles (1990). "Andragogía: Una tecnología de involucramiento". En: Trainiq of trainers in Non-Formal Education US: México border health Association, cap. 2.
- Mann, J.M.; Chin, J.; Piot, P. y col. (1989) "The international epidemiology of AIDS". Sci. Amer., 259, pp. 60-69.

- Marchetti, L. R. ; Ortiz, A. V y cols (1993). Guía de orientación para informadores VIH/SIDA. México: CONASIDA, p. 48.
- Martínez (1991) Delitos Sexuales. México: Porrúa.
- Martínez, A. (1996) " Jóvenes y SIDA: los estragos de la información". En: Letra S. México: EL NACIONAL, N° 18, abril, pp. 8-9.
- McQuail, D. (1979). Sociología de los medios masivos de comunicación. Buenos Aires: Páidos, p.165.
- Miller, D. (1989). Viviendo con SIDA y VIH. México: El Manual Moderno, p. 142.
- Miller, D. ; Weber, J. y Green, J (1988). Atención de pacientes de SIDA. México: El Manual Moderno, p. 247.
- Monroy, A. (1980). El educador y la sexualidad humana. México: Pax-México.
- Monroy de V.A. (1990). Salud, sexualidad y adolescencia. México: Cora, p. 301.
- Muss, R.E. (1991). Teorías de la adolescencia. México: Páidos.
- Organización Mundial de la Salud (1991) El SIDA y la infección por el VIH. Información para funcionarios de las Naciones Unidas y sus familias. Ginebra.

- Olmedo, R. (1981) "Existe la adolescencia?, un intento interdisciplinario de definición ". En: memorias del primer encuentro sobre la adolescencia. IMPPA. pp 9-18.
- Papalia, D.E. (1985). Desarrollo Humano. México: McGraw-Hill, pp 383-516.
- Pepin, J. (1975). La psicología de los adolescentes. Barcelona: Oikas - Taw.
- Reid, E. (1988) Las mujeres y el SIDA. Salud MUndial, pp 28-29.
- Reymond, R. B. (1986). El desarrollo social del niño y el adolescente. Barcelona: Herder.
- Richardson, d. (1990). La mujer y el SIDA. México: El Manual Moderno. pp 167.
- Rodríguez, G. (1992) " Como elaborar mensajes educativos sobre VIH/SIDA ". En: Acción en SIDA. México, N° 16, pp. 12-13.
- Rogera, C. (1964) " Algunas observaciones acerca de la organización de la personalidad ". En: Lafarga, L. y Gómez del C. J. Desarrollo potencial humano. Vol. 2.
- Rosas, R. J. C (1996) " XI Congreso Internacional sobre SIDA, celebrado en Vancouver, Canadá". México: Ser Humano A.C, pp 1-3.

- Rubio, A. C. (1994). " Introducción al estudio de la sexualidad humana ". En: Antología de la sexualidad. México: CONAPO-PORRUA, PP. 17-45.
- Schofield, M. (1976). El comportamiento sexual de los jóvenes. Barcelona: Fontanela, p. 310.
- Secretaria de Educación Pública (1934). Algunos datos y opiniones sobre la educación sexual en México. México: Talleres gráficos de la Nación.
- Selwyn, P.A. (1986). AIDS. What is now known I. History and immunovirology. Hospital Practice.
- Sepúlveda, J., Fineberg, H. Y Mann, J. (1992). " Panorama general ". En: SIDA su prevención a través de la educación: Una perspectiva mundial. México: Manual Moderno, pp. 3-7.
- SIDA / ETS (1995-1996) " Separata de la revista SIDA ETS ". En: SIDA ETS . Vol 1 enero, N° 3. México: CONASIDA Y EPIDEMIOLOGIA, pp. 1-21.
- Stall, R., Ekstrand, M. y col. (1990) "Relapse from safer sex: The next challenge for AIDS prevention efforts ". J. AIDS. 3(12), pp. 1181-1187.

- Store (1983). En: Cuatzo, M.G. y Hernández, A.L. (1992). Información sexual durante la pubertad y su comportamiento en la adolescencia. Tesis, UNAM, CAMPUS IZTACALA, pp. 202-204.
- Suehsdorf, A. (1989). Guía para la educación sexual. Buenos Aires: Páidos, pp. 79-105
- Swift (1978). En: CONAPO (1982) (1982). La educación de la sexualidad humana. México: CONAPO.
- Tiefer, L. (1989) Sexualidad humana: sentimientos y funciones. México: Harla, pp. 49-59.
- Tonda, J. (1991). "Amame con CONDÓN ". Gaceta CONASIDA. México, marzo-abril, No. 2, pp. 3-5.
- Vos, J. y Gale, J. (1987) Guía sexual para el adolescente: conversar con amigos. Argentina: Javier Vergara.
- Uribe, P. (1988) "Cómo se transmite el virus del SIDA de madre a hijo ?". En: Gaceta CONASIDA. México, sep-oct, N° 3, p 3-4.
- Uslander, A. S. y Weiss, C. (1987). Como responder a las preguntas sobre el sexo. Barcelona: Ceac pp 7- 11.
- William, H. G. (1983) Sexualidad: la experiencia humana. México: Páidos, pp 223-229.
- Winkelstein, W. y cols (1987). " The San Francisco men's health study: III. Reduction in human immunodeficiency virus

transmission among homosexual / bisexual men, 1982-86". **Am**

J Pub Health 76 (9): 685-689.

Who (1993) "World Health Organization urges sex education in schools to prevent AIDS". Press Release WHO/94.